

### Nº: 25

#### QUAL A MELHOR VIA DE ABORDAGEM DE CURA DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO?

Mariana Medeiros; Frederico Ferronha;  
Francisco Fernandes; Gil Falcão; Thiago Guimarães;  
Rui Bernardino; Vanessa Andrade; Rita Tomás;  
João Guerra; Luís Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central*

**Introdução:** Num estudo epidemiológico, OI-sen *et al* estimou que cerca de 11% das mulheres em algum momento da sua vida iriam ser submetidas a cirurgia de cura de prolapso de órgão pélvico (POP), e destas, cerca de 30% iriam necessitar de uma reintervenção por recorrência do prolapso.

Atualmente, existe grande controvérsia em torno dos materiais utilizados na cirurgia de cura de POP por via transvaginal e esta via de abordagem é cada vez mais restrita para casos complexos.

O Centro Hospitalar de Lisboa Central é um Centro de referência de Uroginecologia, onde são realizados inúmeros procedimentos cirúrgicos de cura de POP com rede por via transvaginal e por via laparoscópica.

**Objectivo:** Este estudo tem como objetivo comparar a eficácia da cura de POP por via transvaginal ou via laparoscópica (sacropromontofixação laparoscópica) utilizando rede, no que diz respeito a taxa de complicações, recorrência, reintervenção cirúrgica e grau de satisfação das doentes.

**Material e métodos:** Neste estudo foram avaliadas 102 doentes com POP, das quais 51 submetidas a cura por via transvaginal com rede e 51 a promontofixação laparoscópica com rede.

Todas as pacientes apresentavam prolapso do compartimento médio igual ou superior a 2, em associação ou não com prolapsos.

**Resultados:** A média de idades do grupo de pacientes submetidas a cura de POP por via transvaginal com rede foi superior,  $71,85 \pm 1,074$  anos, quando comparada com o grupo de doentes submetidas a promontofixação laparoscópica.

As características demográficas da população encontram-se resumidas na tabela 1.

Em relação à taxa de recorrência, esta foi superior no grupo de doentes submetidas a tratamento por via vaginal em comparação com as doentes submetidas a promontofixação (18,4% vs 7,8%).

A taxa de complicações relacionadas com a rede foi também superiores neste grupo: duas doentes apresentaram erosão da rede (3,9%) e por essa razão foram submetidas a nova cirurgia. Não houve complicações relacionadas com a rede no grupo de doentes submetidas a promontofixação.

No entanto, a taxa de complicações intra-operatórias foram superiores nas doentes submetidas a promontofixação. Houve 4 casos de rotura iatrogénica da bexiga com rafia em dois planos. Houve também um caso de fistula vesico-vaginal submetido a cirurgia posteriormente.

**Discussão/Conclusão:** O número reduzido de doentes foi uma limitação deste estudo.

A definição de recorrência estabelecida também pode ter sido a causa da taxa de recorrência encontrada ser superior a outros estudos. Além disso, a classificação POP-Q não foi utilizada, o que reduz a objectividade do estudo.

Em conclusão, a escolha da via de abordagem deve sempre ser avaliada em cada caso específico.

## Nº: 26

### **ABOBOTULINUM TOXIN A INJECTION AND MID-URETHRAL SLING OR BULKING AGENT AT THE SAME SURGICAL TIME FOR TREATMENT OF MIXED URINARY INCONTINENCE. CONTROVERSIAL TREATMENT? SAFE? EFFECTIVE?**

Mariana Medeiros; Frederico Ferronha; Francisco Fernandes; Vanessa Andrade; Gil Falcão; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Rita Tomás; João Guerra; Luís Campos Pinheiro  
Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

**Introduction:** Urinary incontinence (UI) is an extremely common pathology, mainly on the female gender. About one-third of women with UI have Mixed Urinary Incontinence (MUI) with symptoms of both Stress Urinary Incontinence (SUI) and UUI (Urgency Urinary Incontinence), and this becomes more common with increasing age. In terms of evidence base, many studies include patients with MUI, but is rare for these studies to provide a separate analysis of patients with MUI.

The European guidelines suggest the treatment of most bothersome symptoms first in patients with MUI, however, without significant levels of evidence.

The objective of this work consists in verifying the surgery efficiency of the bladder injections of abobotulinum toxin A combined with mid-urethral sling or injection of a urethral bulking agent at the same surgical time for the mixed urinary incontinence, performed between 2012 and 2018.

**Materials and methods:** 135 clinical records of patients that were submitted to a urinary incontinence surgery were analysed between January 2012 and January 2018, and from these, only female patients that undergone urgency-predominant mixed urinary incontinence surgery were selected.

The procedure consisted in administering abobotulinum toxin A (500 U) on 20 points of

bladder wall above the trigone. This method was applied in 40 patients alone. Another 11 patients were submitted to the aforementioned treatment combined with mid-urethral sling and finally a third group of 10 patients that were submitted to abobotulinum toxin A injection combined with urethral bulking agent.

All patients had urgency urinary incontinence refractory to conservative therapy (such as pelvic floor muscle training and/or drug treatment).

To evaluate the satisfaction grade, patients completed a 10-point satisfaction questionnaire (scale 0–10) answering the question “How satisfied are you with the outcome of your treatment?” and “For how long, in months, did you feel better symptoms after being submitted to this treatment?”

**Results:** The demographic characteristics of the study are summarised in Table 1 and operative outcomes in Table 2. Mean follow-up was 49 months ( $\pm 34$ );

4 patients within the group undertaking treatment with abobotulinum toxin A only, have shown surgical premature complications, UTI, being medicated with directed antibiotherapy, without other occurrences. In the group of patients submitted to abobotulinum toxin A injection combined with mid-urethral sling, there was a case of episodic pelvic pain as a postoperative complication.

Of all the three groups, none of the patients required clean intermittent catheterisation.

All the treatments were proven to be efficient by the reduction of daily pads ( $p < 0.05$ ), however the satisfaction rate, on a scale from 0 up to 10, was bigger in the abobotulinum toxin A with mid-urethral sling group  $7,27 \pm 1,07$ .

This group also shown more efficiency longevity according to the patient’s questionnaire,  $22,182 \pm 5,480$  months.

**Discussion and conclusions:** The satisfaction rate of the group abobotulinum toxin A with mid-urethral sling might be linked to the less amount of pads after procedure, hence the improvement of patient's symptoms being experienced for longer periods of time. We also have to be mindful that this group was the youngest. The fact the mid-urethral sling is able to treat the SUI component, might benefit the surgical outcome in the treatment of mixed urinary incontinence. Regarding SUI, studies report collagen injections showed less efficiency but equivalent levels of satisfaction and fewer serious complications compared to procedures with mid-urethral sling. In our study, the bulking agent group had no further surgical complications, however, the satisfaction rate was lower. The main limitation of this study is associated with the relatively small universe of participants represented here, but also because of the retrospective and ambiguous nature of the study, as its efficiency was assessed by the patients.

## Nº: 27

### **CYSTITIS GLANDULARIS, WHEN ENDOUROLOGY IS NOT ENOUGH**

Margarida Manso; Luís Vale; André Silva;  
Paulo Dinis-Oliveira

Centro Hospitalar Universitário São João - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introduction:** Cystitis glandularis is a rare proliferative process of the bladder epithelium, of unknown etiology, although there are some reports of association with chronic inflammation by recurrent urinary tract infections (UTI), indwelling catheters or chronic obstruction. Despite being usually benign, it is not clear if, in some cases, a transformation into adenocarcinoma may occur. Cystitis glandularis main manifestations' are hematuria and storage voiding symptoms, however it may lead to upper urinary tract dysfunction

when the lesions themselves are obstructive. Treatment includes the resolution of the inflammatory condition, and transurethral resection of the bladder (TURB) is generally the only surgical approach required.

**Objective:** Here we present a case-report of a patient with cystitis glandularis, in which TURB was not enough to achieve symptomatic and functional control.

**Materials and methods:** Review of the patient clinical file.

**Results/Case-report:** A 51-year-old woman was referred to Urology with suspicion of bladder cancer. She had history of recurrent UTI, and hematuria of 4 months duration. She also referred a weight loss of 13Kg in 6 months. Despite having a normal kidney function, the computerized tomography (CT) she brought revealed a bladder neof ormation with infiltrative characteristics, causing bilateral hydronephrosis. Cystoscopy was not performed and the patient was inscribed to TURB. During TURB, multiple sessile lesions involving the whole bladder were observed, with incomplete resection due to extension of the lesions. The histological report was negative to malignancy, concluding it was a chronic cystitis with appearance of cystitis glandularis. After TURB, the patient kept the episodes of hematuria, referring urgency. In postoperative CT, there still was bilateral hydronephrosis and a renogram confirmed obstruction. It was conducted a new TURB without symptomatic and functional resolution and, with a slight worsening of kidney function, the patient was proposed to cystectomy with an ileal neobladder reconstruction. The histopathological examination confirmed cystitis glandularis.

**Discussion and conclusion:** Clinical symptoms and macroscopic appearance of cystitis glandularis can, erroneously, lead to the diagnosis of bladder cancer. Early resection of the lesions and subsequent histological

*analysis exclude the presence of malignancy, and in some cases is enough to provide relief of the symptoms. In these situations, as future malignant potential is controversial, is not possible to exclude surveillance with cystoscopy. Nevertheless, in this case, neither the symptoms nor the upper tract dysfunction were reversible with TURB, and a cystectomy was required, achieving full normalization of kidney function.*

## **Nº: 28**

### **TUMOR DO ESTROMA DE POTENCIAL MALIGNO INCERTO (STUMP) PROSTÁTICO – O DESAFIO DA ABORDAGEM**

João Lemos Almeida; Helena Correia; Carolina Ponte; José Palma dos Reis; Tomé Lopes  
*Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria (CHULN)*

**Introdução:** Os tumores do estroma de potencial maligno incerto (STUMP) prostáticos são neoplasias muito raras e apresentam-se num espectro alargado de padrões histológicos e comportamentos clínicos. Vão desde massas indolentes que não progridem, a outras que recorrem frequentemente após ressecção e ainda a tumores que crescem de forma agressiva e metastizam.

**Objetivos:** Contribuir com a descrição de um caso de STUMP prostático para aumentar informação disponível que é fundamental para melhorar os cuidados e desenvolver linhas orientadoras.

**Material e métodos:** Descrevemos o caso de um doente que apresentou um STUMP prostático com características clínicas de agressividade que foi tratado com prostatectomia radical.

**Resultados:** Um homem de 68 anos com HBP, próstata de 170cc e litíase vesical foi submetido a prostatectomia aberta (operação de Millin) e cistolitotomia. O PSA pré operatório era de 4,8ng/dL e uma biópsia prostática sistemática prévia tinha sido negativa para neoplasia. Apesar de intraoperatoriamen-

te a próstata se apresentar estranhamente assimétrica, com um abaulamento anterior, o procedimento decorreu dentro da normalidade, sem complicações. A análise anatomopatológica da peça revelou um STUMP composto por uma proliferação de células fusiformes, com atipia degenerativa dispersa e um padrão mixóide parcial, positivo para CD34 e actina de músculo liso e negativo para desmina e Bcl-2. Não havia necrose. Foi realizada uma RM multiparamétrica 3 meses depois que revelou uma massa de 4 x 4 x 2 cm que se estendia anteriormente desde o apex até à base da próstata. Apresentava características imagiológicas de agressividade, nomeadamente restrição à difusão, captação de contraste e perda de plano de clivagem com a bexiga. Dadas as características de agressividade, velocidade de crescimento da massa e a possibilidade de sarcoma do estroma prostático, foi decidido realizar prostatectomia radical. Foi necessário realizar uma excisão alargada do colo. A análise anatomopatológica revelou um STUMP com as mesmas características histológicas da peça prévia, que permeava o colo vesical. O PSA tornou-se indetectável no pós operatório e 2 anos depois o doente permanece livre de recorrência em RM.

**Discussão/Conclusões:** O STUMP prostático é um tumor muito raro de comportamento clínico imprevisível. Recorre frequentemente após ressecção e existem casos descritos de comportamento maligno com doença metastática e desenlace fatal. Pode sofrer desdiferenciação ou coexistir com sarcoma do estroma prostático. Apesar de não existirem linhas orientadoras, dada a raridade e escassez de informação sobre o seu curso clínico, estes doentes devem ser alvo de uma vigilância apertada e o tratamento radical deve ser considerado quando a doença demonstrar comportamento clínico agressivo.

## Nº: 29

### **EMBOLIZAÇÃO SELETIVA URGENTE DE ANGIOMIOLIPOMA HEMORRÁGICO**

João Lemos Almeida; Sérgio Pereira; Afonso Castro; Helena Correia; Tomé Lopes

*Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria (CHULN)*

**Introdução:** Os angiomiolipomas (AML) renais são a neoplasia mesenquimatosa renal mais comum. Cerca de 80% dos casos são esporádicos estando os restantes associados ao complexo esclerose tuberosa (tuberous sclerosis complex - TSC). O TSC é uma doença genética autossómica dominante rara com manifestações multissistémicas variáveis, caracterizada pela formação de hamartomas. 60-80% dos doentes com TSC desenvolvem AML renais que frequentemente complicam com hematuria podendo também manifestar-se por hemorragia retroperitoneal, ameaçadoras da vida. Em 2-4% dos doentes surgem carcinomas de células renais.

**Objectivos:** Demonstrar o papel da embolização arterial no tratamento urgente de AML em hemorragia activa

**Material e métodos:** Descrevemos o caso de uma doente com esclerose tuberosa e AML renal volumoso complicado de hemorragia activa, submetida a tratamento minimamente invasivo através de embolização arterial seletiva.

**Resultados:** Uma mulher de 39 anos com antecedentes de esclerose tuberosa foi admitida no Serviço de Urgência, transferida de outra instituição, com o diagnóstico em TC de hematoma perirrenal direito em relação com AML complicado de hemorragia e com formação de queda de hemoglobina de 10,9 para 9,8gr/dL em 12h. A doente descreveu um quadro de dor abdominal com 2 semanas de evolução, agravada nesse dia com localização ao flanco/ região lombar direita, acompanhada de náuseas, sem outros sintomas associados e sem hematuria. Apresentava-se

hemodinamicamente estável e com 10gr/dL hemoglobina à entrada. Manteve-se sob vigilância e realizou TC de controlo no dia seguinte que revelou um angiomiolipoma com 8 cm de maior eixo no polo superior do rim direito, com sinais de hemorragia activa por ruptura de falso aneurisma com cerca de 3 cm de diâmetro. A lesão vascular tinha origem num ramo polar superior da artéria renal direita. Havia um volumoso hematoma perirrenal, de dimensões superiores ao exame prévio. Observavam-se ainda múltiplos outros nódulos compatíveis com AML de pequenas dimensões em ambos os rins. A doente foi assim submetida a arteriografia renal direita por via femoral e embolização com múltiplos coils do pseudoaneurisma e da artéria que o alimentava, de forma selectiva. O procedimento foi bem sucedido, no entanto, por dúvidas relativas a possível agravamento da ruptura do pseudoaneurisma durante o mesmo, realizou-se TC que demonstrou ausência de expansão do hematoma. Houve necessidade de drenagem de um derrame pleural reactivo que condicionava atelectasia do lobo inferior direito. O restante internamento decorreu sem complicações. 2 anos depois a doente encontra-se clinicamente assintomática, sob vigilância imagiológica, com estabilidade das restantes lesões descritas.

**Discussão/Conclusões:** O AML é um tumor benigno cuja complicação mais frequente é a hemorragia, muitas severa e ameaçadora da vida. O tratamento de primeira linha da hemorragia aguda é a embolização arterial do tumor. Quando bem sucedida permite controlar a hemorragia com maior probabilidade de preservação do rim, nem sempre possível em cirurgia de urgência. Este aspecto é particularmente importante em doentes com TSC passíveis de complicações futuras no rim contralateral.

## Nº: 30

### RECONSTRUÇÃO PÉLVICA TOTAL DE CLOACA SEQUELAR A TRATAMENTO DE NEOPLASIA GINECOLÓGICA

Pedro Simões de Oliveira; Francisco Martins; Anthony Mundy; Stella Ivaz; Tomé Lopes  
*Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; Urology department, University College London Hospitals*

**Introdução:** Fístulas pélvicas constituem uma patologia pouco frequente, resultando, a maioria, de complicações obstétricas. Outras etiologias possíveis são: neoplasia, radioterapia, cirurgia, infecção/inflamação crônicas ou necrose isquêmica resultante de dispositivos intrauterinos.

O diagnóstico clínico e complementar por endoscopia e métodos de imagem é relativamente simples a padronizado. No entanto, são de realçar a uretrocistografia e a RM pélvica ou TC pélvica com reconstrução 3-D para delinear a estratégia reconstrutiva com maior acuidade.

**Objetivos:** Apresentar um caso de uma doente com antecedentes de neoplasia ginecológica cujo tratamento resultou em extenso trajeto fistuloso recto- e vesico-vaginal, originando uma cloaca, que foi tratada cirurgicamente com reconstrução pélvica total.

**Material e métodos:** Mulher de 38 anos com carcinoma do colo do útero, submetida a quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes e histerectomia radical. Aos 4 quatro meses após cirurgia, desenvolve trajeto fistuloso com 24 mm de largura, entre a bexiga e a vagina, e 6 mm entre a vagina e o reto. Foi submetida a colocação nefrostomias bilaterais e realizou-se colostomia derivativa.

Um ano depois, foi submetida a reconstrução pélvica total, através de laparotomia com incisão mediana. Procedeu-se a cistostomia anterior com identificação do trajeto fistuloso e posterior ressecção do mesmo com o tecido

fibrótico circundante. Realizou-se cistectomia e vaginectomia parciais de necessidade. Posteriormente, realizou-se retosigmoidectomia segmentar com anastomose retosigmoideia primária.

Procedeu-se a mobilização do grande epíplon com laqueação dos vasos epiploicos seguida de omentoplastia pélvica. Posteriormente, mobilizou-se o cólon transverso sendo dividido em 2 segmentos (2/3 + 1/3), seguido de colocostomia primária entre os cólons ascendente e descendente, com preservação do mesocólon. 1/3 do cólon transverso foi usado para reconstrução da vagina e 2/3 para enterocistoplastia de aumento. Ambos ureteres foram mobilizados, sendo o esquerdo transposto para o lado direito seguido de realização de ureteroneocistostomia segundo técnica de Wallace.

Finalmente, procedeu-se a realização de nova colostomia em ansa e encerramento da parede abdominal por planos.

**Resultados:** Três semanas após a cirurgia foi realizada uretrocistografia com identificação de imagem sugestiva de pequena fuga de contraste entre a bexiga e a vagina. Retiram-se cateteres ureterais, mantendo-se a punção suprapúbica. Três semanas mais tarde foi realizada nova uretrocistografia, sem evidência de qualquer fuga, tendo-se retirado cateter suprapúbico. Aos 7 meses foi realizada RMN pélvica, sem evidência de trajetos fistulosos.

Atualmente aguarda encerramento de colostomia, sem evidência de trajetos fistulosos, sem hidronefrose, RPM nulo e incontinência urinária de esforço ligeira.

**Discussão/Conclusões:** Fístulas pélvicas genitourinárias e vesico-intestinais têm um grande impacto na qualidade de vida das doentes, incluindo a esfera sexual e emocional. A sua correcta abordagem pode associar-se a uma taxa de sucesso de 100%. Na

abordagem cirúrgica é fundamental respeitar premissas básicas, como ressecção do trajeto fistuloso, encerramento por planos, adequada interposição de tecidos, principalmente após radioterapia, e drenagem urinária e fecal temporárias.

### **Nº: 31**

#### **PROSTATE CANCER WITH CRIBRIFORM PATTERN: EXCLUSION CRITERION FOR ACTIVE SURVEILLANCE?**

Rui Miguel Bernardino; Rita Carvalho; Marta Alves; Luis Severo; Ana Luisa Papoila; Luis Campos Pinheiro  
*Urology Department, Central Lisbon Hospital Center, Lisbon, Portugal; Pathology Department, Central Lisbon Hospital Center, Lisbon, Portugal; Epidemiology and Statistics Unit, Research Center, Central Lisbon Hospital Center, Lisbon, Portugal; CEAUL (Center of Statistics and its Applications), University of Lisbon, Lisbon; NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa, Lisbon, Portugal*

**Introduction:** *Following the 2014 International Society of Urological Pathology meeting, a rapidly growing body of evidence by several researchers has been demonstrating a poor prognosis in association with cribriform morphology. The aim of our study is to describe the cribriform foci on the RP specimens, and to evaluate whether demographic and clinical characteristics are associated with the presence of cribriform pattern.*

**Materials and methods:** *This cohort study was based in 70 radical retropubic prostatectomies specimens collected between 2012 and 2016 and evaluated the association of the cribriform pattern with age, prostate-specific antigen at surgery day, Gleason on biopsy, Gleason after radical prostatectomy, extracapsular extension, vesicles invasion, margins, multiparametric magnetic resonance imaging, and post-operative radiotherapy.*

**Results:** *From the univariable analysis, biochemical prostate-specific antigen recurrence ( $p=0.001$ ), extracapsular extension*

*( $p=0.003$ ), pre-operative prostate-specific antigen ( $p=0.017$ ), vesicles invasion ( $p=0.038$ ) and post-operative radiotherapy ( $p<0.001$ ) showed an association with the presence of cribriform pattern. There was also a significant difference with cribriform pattern and Gleason 7 in needle biopsy ( $p=0.020$ ) and with cribriform pattern and Gleason 8 or 9 in radical prostatectomy specimen ( $p=0.036$ ).*

**Conclusions:** *In our study, the increase in preoperative prostate-specific antigen had a high association with cribriform pattern. Further evidence is needed to discriminate preoperative prostate specific antigen values that might potentially be associated with the presence of cribriform pattern. Raising our knowledge about the cribriform pattern can be an excellent opportunity to correctly identify and treat patients who will eventually die from prostate cancer, sparing treatment in those who will not.*

### **Nº: 32**

#### **PARAFINOMA DO PENIS**

Duarte Vieira e Brito; Mário Lourenço; Ricardo Godinho; Amílcar Sismeiro  
*Instituto Português de Oncologia Coimbra*

Homem português de 50 anos, saudável, com antecedente de injeção de parafina no pênis 30 anos antes, é referenciado a consulta de urologia por volumosa massa na base do pênis, ulcerada e endurecida, provocando evidente deformidade do pênis e dor. Doente foi submetido a biópsia da lesão que objetivou uma lesão granulomatosa benigna, tendo sido submetido a excisão da massa e plastia do pênis com retalho escrotal bipediculado no mesmo tempo operatório. O exame histológico confirmou o diagnóstico de parafinoma. Após 3 meses da cirurgia, doente satisfeito com resultados funcionais (dinâmica miccional e capacidade erétil) e estéticos. O parafinoma peniano é uma doença muito

rara (mais comum na Ásia e Europa de Leste) e resulta da resposta inflamatória secundária à injeção subcutânea de parafina, vaselina ou outros óleos minerais. O tratamento habitualmente é cirúrgico.

### **Nº: 33**

## **SEGUIMENTO PÓS-NEFRECTOMIA DO CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS LOCALIZADO – UM PARADIGMA EM MUDANÇA?**

Primeiro autor: Andreia Cardoso<sup>1</sup>;

Co-autores: Lorenzo Marconi; Arnaldo Figueiredo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;

<sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Urologia e Transplantação Renal

**Introdução:** A incidência do carcinoma de células renais (CCR) localizado tem vindo a aumentar nos últimos anos, estimando-se que cerca de 20-30% dos doentes desenvolverão recidiva neoplásica após tratamento cirúrgico. O objetivo primordial do seguimento pós-nefrectomia é o diagnóstico precoce da recidiva, enquanto ainda seja potencialmente curável, contudo, nenhum protocolo de vigilância demonstra maior benefício de sobrevivência que os restantes, não existindo um universalmente aceite.

**Objetivos:** Analisar a nossa estratégia de seguimento destes doentes e as recidivas detetadas.

**Material e métodos:** Neste estudo transversal incluímos os doentes com CCR localizado submetidos a nefrectomia entre 01/01/2006 e 31/12/2011 no Serviço de Urologia e Transplantação Renal dos Hospitais da Universidade de Coimbra (SUTR-HUC). Estraticámos os doentes de acordo com as categorias de risco de Leibovich, e analisámos o seguimento efetuado no SUTR-HUC e as recidivas detetadas desde a cirurgia até 31/03/2016, recorrendo a: processos clínicos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Plataforma de Dados da Saúde e Registo Nacional

de Utentes. Registámos o número e tipo de exames imagiológicos realizados até à deteção de recidiva, quando aplicável, e considerámos as recidivas com 3, ou menos, metástases num único local como doença “potencialmente curável” (PC), e as restantes como “provavelmente incurável” (PI).

**Resultados:** Durante o seguimento pós-nefrectomia no SUTR-HUC, os doentes de baixo risco de Leibovich (n=98) realizaram uma mediana de 4 ecografias abdominais e renais, 2 radiografias torácicas e 2 TC abdominais e renais, em 59,31 meses de seguimento médio. Os doentes de risco intermédio (n=50) realizaram, em 57,24 meses, uma mediana de 4 ecografias, 2,50 radiografias, e 2 TC, respetivamente, enquanto que os doentes de alto risco (n=23), em 29,26 meses, terão realizado 1 exame de cada tipologia. No global, detetaram-se 30 recidivas, sendo a taxa de recidiva para os tumores de baixo, intermédio, e alto risco de Leibovich de 7,7%, 13,7% e 60,0%, respetivamente ( $p < 0,001$ ). Nos CCR de baixo risco 75,0% das recidivas foram PC, enquanto que nos de risco intermédio e alto, 71,4% e 80,0% foram PI, respetivamente. Identificaram-se dois picos de incidência das recidivas: no 1º ano de seguimento (n=12, 40% das recidivas), e entre o 4º e 6º anos (n=13, 43%). O tempo médio até ao diagnóstico dos 10 casos de doença PC foi de 42,60 meses, sendo de 21,16 meses na doença PI.

**Discussão/Conclusões:** Realizaram-se menos exames imagiológicos de seguimento que os esperados segundo as EAU RCC Guidelines 2014, verificando-se as maiores diferenças nos exames torácicos e nos doentes de alto risco. Sendo o pulmão o principal local de metastização e os tumores de alto risco os que mais recidivam, não descartamos que a utilização de esquemas de seguimento menos intensivo possa explicar, em parte, a

baixa taxa de recidivas obtida, devido a um eventual sub-diagnóstico das mesmas. Os CCR de baixo risco de Leibovich recidivaram menos, mais tardiamente e associaram-se sobretudo a lesões “potencialmente curáveis”, o que nos leva a reforçar o interesse em manter um seguimento regular neste subgrupo de doentes, questionando até se a sua vigilância não deveria ser mais prolongada que os 5 anos propostos pela maioria das linhas de orientação. Por outro lado, questionamos se o seguimento apertado do CCR de alto risco será benéfico atualmente, já que as suas recidivas apresentam reduzida probabilidade de cura.

#### Nº: 34

### HÁ ALGUMA VANTAGEM NA REALIZAÇÃO DE UMA ECOGRAFIA PENIANA COM DOPPLER?

Afonso Morgado<sup>1,2</sup>; Paulo Dinis<sup>1,3</sup>; Carlos Silva<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto; <sup>2</sup>Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto; <sup>3</sup>Departamento de Cirurgia e Fisiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

**Introdução:** A disfunção erétil (DE) é uma doença prevalente com cerca de 26% do homens Portugueses com mais de 60 anos a queixarem-se de problemas de ereção. No estudo diagnóstico especializado da DE pode ser necessária a realização de um teste de injeção intra-cavernosa (TII) ou de uma ecografia peniana com doppler (EPD). O nosso objetivo primário foi comparar o valor prognóstico do TII e da EPD tendo em conta a eficácia do tratamento e a satisfação dos doentes com o tratamento de primeira linha com sildenafil citrato.

**Material e métodos:** Após 200 doentes referenciados por DE pelos cuidados de saúde primários serem rastreados, um total de 77 doentes com DE foram incluídos e realizaram

um EPD de forma protocolada por uma terceira parte com dupla ocultação para o objetivo do estudo. A velocidade de pico sistólica (PSV), o fluxo diabólico (EDV) e o índice de resistência (RI) foram registados em intervalos regulares. A escala Erection Hardness score (EHS) foi utilizada para classificar a rigidez peniana durante o teste, e também foi registada. Os participantes preencheram o questionário *briefed international index of erectile function* (IIEF-5) e iniciaram o tratamento com sildenafil citrato 100 mg on demand. Os questionários IIEF-5 e *Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction* (EDITS) foram repetido e preenchido aos 6 meses de seguimento, respetivamente. Melhoria, cura e satisfação foram definidos como um aumento de 4 pontos no IIEF-5, um IIEF-5 superior a 21 pontos e um EDITS superior a 50, respetivamente. Curvas *receiver operating characteristic* (ROC) foram desenhadas e as áreas sob a curva calculadas e comparadas.

**Resultados:** A idade média dos doentes era  $58.76 \pm 10.27$  anos e quase metade dos doentes tinha uma DE moderada tendo em conta o IIEF-5 (42.8%). As taxas de melhoria, cura e satisfação foram altas entre os participantes (77.9%, 64.9%, and 67.5%, respetivamente). A rigidez peniana avaliada pelo EHS mostrou uma boa a excelente capacidade para prever melhoria, cura e satisfação (AUC= 0.921, 0.873, and 0.898, respetivamente) dos doentes tratados com sildenafil citrato. O EHS mostrou ter uma AUC maior ou igual ao PSV, EDF, ou RI para prever melhoria, cura e satisfação com sildenafil citrato.

**Conclusão:** Assim, não parece haver vantagem prática na realização de mais do que um TII quanto a uma avaliação diagnóstica especializada é necessária por motivos diagnóstico ou medico-legais, já que o EPD requer mais tempo, hardware e técnica de ecografia sem valor prognóstico acrescido. Os parâme-

tros da EPD não acrescentam valor prognóstico á determinação da rigidez peniana durante um TII. Assim, a rigidez peniana durante um TII avaliada pelo EHS é suficiente como ferramenta de prognóstico.

### Nº: 35

#### **URETROPLASTIA FEMININA COM ENXERTO DE MUCOSA VAGINAL TIPO *DORSAL ONLAY*: DESCRIÇÃO DE TÉCNICA CIRÚRGICA**

João Lemos Almeida; Francisco Martins;  
Paulo Pé Leve; Tomé Lopes  
*Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria (CHULN)*

**Introdução:** A estenose da uretra feminina é uma entidade rara, que pode causar LUTS marcados e ter um impacto muito significativo na qualidade de vida. Apenas 10% das mulheres com obstrução no esvaziamento têm verdadeira estenose (“anatômica”) da uretra. Tradicionalmente, são tratadas com dilatação. Este método tem, no entanto, um sucesso limitado, com recidivas frequentes e precoces. São necessários múltiplos procedimentos que por sua vez agravam a estenose levando a maior fibrose. A literatura sobre a uretroplastia feminina é escassa e refere-se a um conjunto procedimentos infrequentes, com os quais poucos urologistas estão familiarizados. Descrevem-se técnicas como meatoplastia, uso de retalhos ou enxertos livres de mucosa vaginal ou oral para reconstruir a área estenótica.

**Objetivos:** Descrever uma técnica de uretroplastia feminina com recurso a enxerto livre de mucosa vaginal tipo *dorsal onlay*.

**Material e métodos:** Relato de um caso clínico de uma mulher com estenose da uretra submetida a uretroplastia, com descrição detalhada da técnica cirúrgica.

**Resultados:** Mulher de 53 anos com história de LUTS de esvaziamento com mais de 10 anos de evolução, diversos episódios de retenção urinária aguda e múltiplas dilatações uretrais. Sem antecedentes relevantes além

de um parto instrumentado e episiotomia. Referia principalmente LUTS de esvaziamento com marcado impacto na qualidade de vida. O diário miccional revelou polaquiúria praticamente horária, muitas vezes acompanhada de urgência miccional. O Qmax era de 1,8mL/s e o resíduo pós miccional de 180mL. Após dilatação progressiva da uretra, realizou-se uma uretoscopia que demonstrou mucosa uretral esbranquiçada compatível com estenose fibrótica. Dada a sua extensão optou-se por uma uretroplastia com enxerto de mucosa vaginal tipo *dorsal onlay*. A cirurgia consistiu em:

- 1- Incisão semilunar suprameática.
  - 2- Dissecção do plano entre a uretra dorsal e os corpos do clitóris com auxílio de hidrodistensão, até ao limite da estenose.
  - 3 - Uretrotomia dorsal mediana, incluindo toda a estenose até encontrar uretra sã.
  - 4 - Colheita um enxerto de mucosa vaginal com a dimensão adequada (4x1,5cm) e encerramento do defeito.
  - 5 - Anastomose do enxerto ao bordo proximal da uretrotomia.
  - 5 - Sutura dos limites laterais do enxerto aos bordos da uretra espatulada com suturas contínuas, desde a extremidade proximal até ao meato uretral, incluindo tecido periuretral para obter fixação adequada.
  - 6 - Realização de suturas medianas de *quilting* para garantir boa aposição do enxerto.
  - 7- Reconstrução do meato uretral com sutura com pontos separados do bordo distal do enxerto ao bordo da incisão semilunar.
  - 8 - Cateterização da uretra com sonda vesical 20Fr (que se manteve durante 2 semanas) e *Packing* vaginal (durante 24h).
- A avaliação pós operatória revelou remissão completa da clínica de LUTS, Qmax de 23mL/s e resíduo pós miccional desprezável. Um ano após o procedimento a doente mantém-se assintomática e sem recidiva da estenose.

**Discussão/Conclusões:** A abordagem da estenose uretral feminina deve ser semelhante à da masculina. A uretroplastia apresenta elevadas taxas de cura e deve ser o procedimento de eleição perante recorrência da estenose após dilatação. A escolha da técnica mais adequada depende da localização e da extensão da estenose. Enquanto que estenoses curtas e distais poderão ser tratadas com meatoplastia ou plastia de Heineke-Mikulicz, estenoses mais extensas e proximais requerem o uso de flaps ou enxertos. Neste caso, dado comprimento da estenose, decidiu-se pelo uso de um enxerto. A abordagem dorsal confere acesso a um leito tecidual de fixação mais resistente e vascularizado. Optou-se pela utilização de mucosa vaginal pela qualidade que esta apresentava e perante o fácil acesso e menor invasividade relativamente à colheita de mucosa oral, com um excelente resultado funcional. Estudos com maior seguimento são necessários para avaliar os resultados a longo prazo e o efeito da menopausa neste tipo de enxertos.

## Nº: 36

### COMPLICAÇÃO TARDIA DE CISTOPLASTIA DE AUMENTO

António Modesto Pinheiro; André Barcelos;  
Cisaltina Sobrinho; Fernando Ribeiro; Fernando Ferrito  
*Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca EPE*

**Introdução e objetivos:** A cistoplastia de aumento é uma cirurgia recomendada para bexigas de baixa compliance, de baixa capacidade e hiperatividade do detrusor. Atualmente está em decréscimo, devido à maior disponibilidade de outros tratamentos menos invasivos, sendo a sua utilização limitada aos casos refratários.

Esta cirurgia está associada a complicações, destacando-se as complicações do equilíbrio hidro-electrolítico e as gastrointestinais. Outra complicação menos conhecida e estudada, é o risco do desenvolvimento de neoplasias.

Neste trabalho reportamos um caso raro de neoplasia após cistoplastia de aumento e revemos a literatura existente sobre o tema, tendo em conta o diagnóstico e o prognóstico.

**Métodos:** Foi consultado o processo clínico e lâminas histológicas de um doente diagnosticado com tumor na cistoplastia de aumento durante o ano de 2019 no Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE.

**Resultados:** Um homem de 75 anos, foi referenciado à consulta de Urologia por duas massas diagnosticadas por TC envolvendo a ileocistoplastia. De antecedentes pessoais destaca-se nefroureterectomia esquerda e ileocistoplastia de aumento por tuberculose genito-urinária há 53 anos. O doente posteriormente não manteve seguimento em Urologia. De clínica refere febre vespertina, anorexia, perda ponderal de 10% do peso em 2 meses e dor abdominal nos quadrantes inferiores.

Dos exames complementares no TC, destacam-se duas massas nodulares contactando com a vertente superior da ileocistoplastia, ureterohidronefrose direita e múltiplos nódulos pulmonares suspeitos de metastização. Na cistoscopia destaca-se prociência da parede posterior em provável relação com compressão extrínseca, sem outras alterações de relevo.

O doente teve de intercorrência um episódio de suboclusão intestinal por crescimento de nodulos com compressão de ansas e distensão a montante.

O doente foi discutido em reunião multidisciplinar e submetido a laparotomia exploradora com identificação de tumor da vertente superior da ileocistoplastia com extensão e invasão do músculo grande recto anteriormente e de outras ansas ileais posteriormente. A destacar ainda a existência de carcinomatose peritoneal e de um implante tumoral no colon sigmóide. O doente foi submetido a excisão em bloco de peça de ileocistoplastia com

prostatectomia e ureterectomia distal juntamente com ansas ileais invadidas adjacentes assim como de ressecção segmentar de massa da sigmoide. Foi realizada ainda remoção de depósitos múltiplos de carcinoma-tose peritoneal. De reconstrução foram realizadas duas anastomoses manuais ileo-ileais e colono-colónica e de derivação urinária foi realizada ureterostomia cutânea direita.

No pós-operatório teve uma excelente recuperação, tendo alta 7 dias após a cirurgia, com o trânsito intestinal reestabelecido e com urostomia funcionante.

Na análise da anatomia patológica relata-se adenocarcinoma do tipo intestinal da ansa ileal da cistoplastia de aumento, não invadindo a bexiga nativa. A neoplasia é de baixo grau, do tipo convencional, contudo no estadiamento é um pT4b N0 M1c R1 por invasão da margem radial anterior.

Foi discutido em reunião multidisciplinar e atualmente encontra-se em seguimento a realizar quimioterapia adjuvante com FOLFOX.

**Discussão:** As neoplasias são uma complicação conhecida embora rara e pouco estudada após a cistoplastia de aumento. O tempo de latência descrito varia entre 4 a 53 anos. Frequentemente desenvolve-se na anastomose entero-vesical e está associado a utilização do colon sigmoide. O prognóstico é mau sendo frequentemente a causa de morte. Outro ponto relevante é a falência no seguimento destes doentes, com o diagnóstico tardio e em estádios avançados destas neoplasias.

**Conclusão:** Este tipo de neoplasia é raro, contudo é uma complicação conhecida a que devemos estar atentos. Deve-se manter o seguimento destes doentes em consulta por forma a tentar o diagnóstico precoce de tal complicação devido ao mau prognóstico associado à mesma.

## **Nº: 37**

### **TREATMENT OF STRESS URINARY INCONTINENCE WITH SINGLE-INCISION SLINGS – MAY IT BECOME A DYSFUNCTION ITSELF?**

Margarida Manso; Francisco Botelho; Carlos Silva; Francisco Cruz

*Centro Hospitalar Universitário São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

**Introduction:** *Stress urinary incontinence (SUI) is a prevalent condition, making even more relevant the scrutiny of its methods of treatment. When conservative management fails, surgery is the preferred option, with mid-urethral slings (MUS) being the recommended procedure to uncomplicated SUI. Although first and second generation MUS, inserted either by retropubic or transobturator approach, have been proven to be effective and with acceptable profile of complications in the long-term, the risk of bladder injury during retropubic approach and inguinal pain following transobturator route, have conducted to the development of a third generation MUS, the single-incision slings (SIS). As the short-term efficacy of SIS is similar to standard MUS and their peri-operative complications of SIS are possibly lower, in the long-term their value is still unproven. To clarify this statement, data from cohorts with longer follow-up time is relevant.*

**Objective:** *Here we analyze a SIS cohort with a median follow-up of 10 years.*

**Materials and Methods:** *A total of 172 women with predominant SUI were consecutively treated with a SIS (MiniArc) until 2013. From these, 115 (66.9%) were available for reevaluation in the second semester of 2018. The treatment success was defined as no reintervention and no self-reported SUI symptoms. Patient reported outcomes were assessed through the questionnaires Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) and*

Severity (PGI-S), and the question “would you repeat the surgery”. The adverse events were evaluated.

**Results:** The mean age at surgery was 51 years and median follow-up was 113 months. The overall treatment success was 46.1%. Forty-four women (38.3%) reported incontinence at reevaluation and 17 women had been reoperated, 14 (12.2%) due to the reappearance of SUI. Three (2.6%) of the reoperations were due to complications: acute urinary retention led to sling section in 2 women and in 1 the sling was removed due to vaginal exposure/erosion. De novo urgency appeared in 30.6% of the patients and it was managed with anticholinergic drugs with favorable outcomes. Among the 98 patients not submitted to a reintervention, when responding to PGI-I, 63.3% stated that they were much better or very much better. In 17.4% some improvement was still found. Only 3% declared they were much worse or very much worse. In the PGI-S, the continence problem was normal or mild in 71.4% of the patients, while only 8.2% reported that the situation was severe. When asked “would you repeat the surgery”, 83.7% answered affirmatively.

**Discussion and conclusion:** When we compare the results from our series with others from standard MUS reported in the literature, we perceive inferior objective cure rates and similar subjective success rates. Regarding to complications, the peri-operative complications and long-term pain are, indeed, better, being clear that our experience with de novo urgency is worse than the described with standard MUS. In fact, one third of the patients reports de novo urgency. Such percentage could be expectable after 10 years, not only due to current knowledge of more reported overactive bladder symptoms after MUS but also due to the increasing incidence of such symptoms with ageing. Nevertheless, long-term studies

regarding MUS do not reflect this incidence and, eventually, the placement of the SIS abutting the urethra may contribute to this difference in the novo urgency and should be an object of investigation in the future. Notwithstanding, despite this presumed dysfunction, it was successfully managed conservatively, and patients did state a high degree of satisfaction nearly after 10 years follow-up. Accordingly, with SIS reasonable long-term cure and high satisfaction rates, we may offer it to women seeking for cure of SUI, explaining that urgency may develop with years, even if they do not have it at baseline.

### Nº: 38

## NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA EM RINS PÉLVICOS – EXPERIÊNCIA DE CENTRO TERCIÁRIO

Rodrigues Fonseca R.<sup>1</sup>; Lains Mota R.<sup>1</sup>; Peyroteo I.<sup>2</sup>; Bilé Silva A.<sup>1</sup>; Alpoim Lopes F.<sup>1</sup>; Santos J.C.<sup>1</sup>; Monteiro, P.<sup>1</sup>; Abranches Monteiro L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; <sup>2</sup>Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

**Introdução:** Actualmente, tem-se verificado um aumento da prevalência de doença litiásica, nomeadamente em países mais desenvolvidos. No mesmo contexto, com a evolução científica e tecnológica, o aumento do número de transplantes renais e de doentes identificados com anomalias congénitas anatómicas do rim colocam desafios no tratamento cirúrgico da litíase.

A nefrolitotomia percutânea (PCNL) é utilizada no tratamento de cálculos volumosos ou complexos. Contudo, a utilização da PCNL nos doentes com rim pélvico pode implicar adaptações técnicas que facilitem a sua aplicabilidade nestes doentes.

**Objetivos:** Apresentar a aplicabilidade da PCNL por abordagem anterior em rins pélvicos realizados no mesmo centro hospitalar no que concerne ao acesso cirúrgico e às

complicações associadas à sua utilização.

**Materiais e métodos:** Revisão retrospectiva dos doentes com litíase urinária em rim pélvico tratados por PCNL entre 1/1/2018 e 30/06/2019. Identificaram-se quatro casos que foram caracterizados quanto à etiologia da localização renal, dados demográficos e caracterização litiásica (volume e localização pré-operatórios, volume pós-operatório), dados laboratoriais e variáveis peri-operatórias (abordagem cirúrgica, tempo operatório, técnicas de endourologia utilizadas, resultado intra-operatório cirúrgico, complicações peri-operatórias).

**Resultados:** Dos quatro doentes submetidos a PCNL em rim pélvico, três eram transplantados renais na fossa ilíaca e um era portador de rim pélvico congénito localizado na fossa ilíaca direita. Dois doentes apresentavam litíase coraliforme que envolvia os cálices inferior e médio; 1 doente tinha um cálculo no ureter e na anastomose uretero-vesical e outro tinha uma combinação de litíase uretérica e no grupo calicial inferior.

Um dos doentes transplantados era portador de uma nefrostomia colocada no grupo calicial inferior por uropatia obstrutiva e lesão renal aguda. Este acesso foi utilizado na PCNL subsequente.

Em todos os doentes, o acesso percutâneo foi realizado por via anterior na fossa ilíaca anterior: 1 no cálice superior, 2 no cálice médio e 1 no cálice inferior. O acesso foi executado através da combinação de fluoroscopia e ecografia. O trajecto foi dilatado com recurso a balão insuflável Cook (n=3) ou dilatadores Amplatz (n=1). Três dos doentes foram submetidos a combinação de nefroscopia e ureteroscopia flexível retrógrada.

A duração média da intervenção cirúrgica foi de 230 minutos (mínimo: 195 minutos máximo: 254 minutos).

Os doentes foram considerados stone-free

(<5mm) imediatamente após a cirurgia. Em 2 doentes foi constatada a presença de litíase milimétrica em TC de reavaliação subsequente.

Relativamente a complicações, identificou-se um evento classe 2 e outro 3A da escala de Clavien-Dindo em doentes distintos. Não se assistiu a perda de órgão em nenhum doente.

**Conclusões:** A PCNL num rim pélvico pode ser um procedimento desafiante. Aquando do planeamento cirúrgico, a decisão do acesso calicial pode ser determinante no sucesso do procedimento nomeadamente para evitar a punção peritoneal durante a cirurgia.

Na nossa casuísta, observou-se um maior risco hemorrágico nos doentes transplantados; dois factores poderão ter contribuído para esta situação: a hipervascularização da cápsula do enxerto renal e o relativo reduzido número de doentes identificados no nosso centro, neste período. Verificámos, no entanto, que um acesso calicial inferior ou médio se associou a menos complicações de maior gravidade e a um status stone-free face à punção caliceal superior.

A melhoria da performance e dos resultados nestes doentes raros provavelmente será optimizada com a sua concentração atendendo à sua reduzida prevalência.

## **Nº: 39**

### **STATINS PREVENT BIOCHEMICAL RECURRENCE OF PROSTATE CANCER AT 84 MONTHS AFTER RADICAL PROSTATECTOMY**

Roberto Jarimba; João Pedroso Lima; Miguel Eliseu; João Carvalho; Hugo Antunes; Edgar Tavares da Silva; Pedro Moreira; Arnaldo Figueiredo

*Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introduction:** Prostate cancer is the most commonly diagnosed cancer in men. When localized it can be treated with radical pros-

tatectomy, although a significant percentage of these patients will suffer a biochemical recurrence with associated mortality. A wide spectrum of anticancer properties of statins has been demonstrated and the role of these drugs in prevention and treatment of other types of cancer has been increasingly studied.

**Objectives:** The aim of this study was to investigate whether the use of statins is associated with risk reduction for biochemical recurrence among patients submitted to radical prostatectomy.

**Patients and Methods:** A retrospective review of 875 patients submitted to radical prostatectomy between January 2009 and December 2018 was conducted. Fifty-nine percent were being treated with statins at the time of surgery. We evaluated if there was an association between statin use and biochemical recurrence and which patients would benefit the most from statin treatment.

**Results:** Overall, there was an approximately 30% (Hazard Ratio (HR) 0,685,  $p=0,044$ ) risk reduction for biochemical recurrence at 84 months after the surgery. Patients with pT2c staging (HR 0,435,  $p=0,011$ ) and ISUP less or equal than 2 (HR 0,651,  $p=0,024$ ) seemed to benefit more from statin use.

**Conclusion:** In this cohort, statins used proved beneficial in reducing the risk of biochemical recurrence among patients submitted to radical prostatectomy. Prospective studies are required to confirm these results and to evaluate its safety profile in those patients.

**Nº: 40**

## **RESSEÇÃO TRANSURETRAL VESICAL APÓS DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA VESICAL NÃO MUSCULO-INVASOR DE ALTO GRAU NA PRIMEIRA RESSEÇÃO: JUSTIFICA-SE?**

Abreu-Mendes, P.<sup>1</sup>; Dias, N.<sup>1</sup>; Costa, D.<sup>1</sup>; Botelho, F.<sup>1</sup>; Dinis, P.<sup>1,2</sup>; Alturas-Silva, J.<sup>1,2</sup>; Martins-Silva, C.<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal

**Introdução:** O sub-estadiamento e persistência tumoral são as mais importantes falhas da resseção transuretral vesical (RTU-V), a terapêutica de eleição na carcinoma vesical não musculo-invasivo (CVNMI). Atualmente, segundo as *guidelines* europeias, uma RTU-V pT1 é uma das 3 indicações para a realização de uma segunda RTU-V, denominada de *second look* RTU-V (SRTU-V).

**Objetivos:** Avaliar a necessidade de realizar uma SRTU-V em todos os CVNMI de alto grau após uma primeira RTU-V aparentemente completa, bem como avaliar se o estadiamento tumoral pode ser um factor de risco independente para o *upstaging* ou persistência tumoral, na SRTU-V.

**Material e métodos:** Neste estudo retrospectivo, foram incluídos um total de 152 doentes consecutivos com CVNMI de alto grau (pTa ou pT1) submetidos a SRTU-V de 2009 a 2019 no hospital de São João. Doentes com RTU-V's primárias incompletas foram excluídos. As cirurgias foram realizadas por vários cirurgiões do serviço.

**Resultados:** Dos 152 doentes, 122 (80.3%) eram masculinos e a média de idades foi 69.3 anos (de 20 a 90). Das RTU-V's primárias, 23 eram pTa (15.1%) e 129 eram pT1 (84.9%). Na análise patológica das SRTU-V's, 50 doentes (32.9%) apresentavam tumor residual sendo que destas, 43 (86%) continham muscular própria na primeira RTU-V. Dos 23 doentes com pTa primário, 3 (13%)

apresentavam persistência tumoral na SRTU-V, enquanto que em 47 pT1 (37.3%) apresentavam tumor residual ( $p=0.02$ ). Destes 47 pT1 com doença residual, 3 (6.4%) apresentavam invasão da muscular própria, casos de subestadiamento mesmo após uma SRTU-V completa.

**Discussão/Conclusões:** Estes resultados apoiam inequivocamente a indicação de realizar uma segunda RTU-V em todos os CVNMI de alto grau pT1, independentemente da primeira cirurgia ter sido completa e com representatividade do detrusor.

#### Nº: 41

### EXPLORAÇÃO ESCROTAL CIRÚRGICA DE ESCROTO AGUDO NO ADULTO, ACHADOS CLÍNICOS E IMAGIOLÓGICOS: 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Abreu-Mendes, P.<sup>1</sup>; Morgado, A.<sup>1,2</sup>; Dinis, P.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal

**Introdução:** Ainda que habitualmente classificada como patologia pediátrica, a torção testicular (TT) é também relativamente frequente no adulto jovem sendo, assim, um diagnóstico diferencial no escroto agudo do adulto. É conhecido que o tempo entre o início de dor escrotal e a exploração escrotal é determinante para a preservação testicular, sendo que as primeiras 6 horas são comumente consideradas seguras.

**Objetivos:** Avaliar a associação entre o tempo entre início de dor escrotal e exploração cirúrgica, e a realização de orquidectomia na TT do adulto.

**Material e métodos:** Um estudo retrospectivo dos 170 doentes que recorreram ou foram transferidos para a urgência de um centro hospitalar universitário, de 2009 a 2019, com clínica de escroto agudo e suspeita clínica ou imagiológica de TT. A idade, duração da dor escrotal até à avaliação na urgência e du-

ração da clínica até à cirurgia bem como os resultados do ecoDoppler testicular, quando realizado, foram colhidos. Os doentes foram divididos em dois grupos pelo tempo (mais ou menos de 12 horas), a distribuição da necessidade de orquidectomia e as características do ecoDoppler testicular foram comparadas utilizando o teste de Chi-Quadrado. O poder prognóstico do intervalo de tempo entre início de dor escrotal e exploração cirúrgica analisada através da curva *Receiver operator characteristics* (ROC) e a área de baixo da curva (AUC) foi calculada. O nível de significância estatística foi definido com  $p$  inferior a 0.05.

**Resultados:** Foram incluídos 170 doentes, que apresentavam um mediana de idades de 21 anos ( $P_{25}=19$ ,  $P_{75}=26$ ), a mediana de tempo desde o início da clínica até recorrer às urgência foi de 6 horas ( $P_{25}=4$  horas;  $P_{75}=12$  horas) e a median[1] [p2] a da duração até à exploração cirúrgica de 8 horas ( $P_{25}=6$  horas;  $P_{75}=15.75$  horas). Foram[3] submetidos a orquidectomia 33 doentes(19.4%). Dos 67 doentes (39.4%) que foram submetidos a ecoDoppler, apenas 7 (4.2%) mantinham circulação arterial testicular. com O tempo entre início de dor escrotal e exploração cirúrgica foi menor que 12 horas em 110 doentes (67.5%) e igual ou superior em 53 doentes (32.5%). No primeiro grupo, apenas 3 casos (2.7%) foram submetidos a orquidectomia enquanto no segundo a orquidectomia foi realizada em 29 casos (54.7%), com diferença estatisticamente significativa ( $p<0.001$ [4]).

Dos 53 doentes do segundo grupo, em 24 houve preservação do testículo, havendo 8 doentes (33.3%) que apresentavam ecoDoppler normal ou com diminuição de fluxo arterial enquanto os 29 doentes com perda testicular somente 1 (3.4%) apresentava ecodoppler normal ou com diminuição de fluxo arterial ( $p<0.03$ [5]).

A curva ROC indica que a duração de clínica é um excelente[6] indicador da perda ou preservação testicular (AUC=0.899)[7].

**Discussão/Conclusões:** Nos adultos, a duração da clínica testicular é um excelente preditor da preservação testicular na exploração cirúrgica de uma TT; a perda testicular em doentes com menos de 12 horas de clínica é rara. Em doentes com mais de 12 horas de clínica com ecodoppler testicular realizado a presença de torção testicular parcial é um fator prognóstico de preservação testicular.

**Nº: 42**

### **A TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE BEXIGA HIPERATIVA IDIOPÁTICA: RESULTADOS DA VIDA REAL E GESTÃO DAS EXPECTATIVAS DO DOENTE**

Abreu-Mendes, P.<sup>1</sup>; Portugal-Rodrigues, I.<sup>2</sup>; Dinis, P.<sup>1,2</sup>; Cruz F.<sup>1,2,3</sup>; Antunes-Lopes T.<sup>1</sup>; Martins-Silva, C.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal; <sup>3</sup>I3S-Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Translational Neuro-Urology Group, University of Porto

**Introdução:** A síndrome de bexiga hiperativa idiopática (SBHi) é uma condição muito prevalente em ambos os sexos, podendo afetar quase 15% das mulheres, e afetando de forma significativa a qualidade de vida dos doentes. Quando as medidas gerais e o tratamento farmacológico de primeira linha não são eficazes, a injeção detrusora de toxina botulínica pode ter um papel relevante no controlo dos sintomas desta condição crónica.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia na vida real do tratamento da SBHi refratária, com injeção detrusora de 100 unidades de toxina botulínica, com o objetivo de informar e gerir as expectativas dos doentes, aquando da proposta desta terapêutica. Avaliar o número de tratamentos realizado por doente e motivo de abandono da terapêutica.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, com base nos registos da consulta externa de urologia de doentes do sexo feminino submetidas a injeção intravesical de toxina botulínica do serotipo A, entre 2005 e 2018. Análise de dados demográficos e clínicos: idade, presença de incontinência, tipo de incontinência urinária (imperiosidade vs mista), número de tratamentos realizados por doente, eficácia do tratamento e motivo de abandono.

Com os dados disponíveis, considerámos a resposta terapêutica como positiva de 2 formas distintas: nas doentes que requisitaram o segundo tratamento por agravamento progressivo dos sintomas depois de uma melhoria inicial com a toxina botulínica intravesical, e aquelas que após realizarem o primeiro reportaram melhoria sintomática, e não necessitaram de repetir a terapêutica com toxina botulínica.

**Resultados:** 137 doentes do sexo feminino com SBHi refractário ao tratamento farmacológico oral foram submetidas a injeção intravesical de 100U de toxina botulínica do serotipo A. A mediana de idades foi de 69 anos (P25=59 anos; P75=70 anos); das 85 doentes, apenas 9.4% (n=8) não tinham incontinência associada. Um total de 66 doentes apresentava incontinência urinária mista (IUM) (72%), sendo a imperiosidade a queixa mais prevalente e relevante.

A média de tratamentos com toxina botulínica foi de 1.96 (1-8). Em termos relativos, 48% das doentes (n=66) realizou 1 tratamento, 29.2% (n=40) realizou 2 tratamentos e 10.9% (n=15) realizou 3. Apenas 11.9% das doentes realizaram 4 ou mais tratamento. O intervalo médio entre o primeiro e o segundo tratamento foi de 17.5 meses (DP=11.7 meses).

Das 137 doentes, 9 não foram avaliadas após cirurgia, 23 não repetiram por manterem controlo dos sintomas com medidas gerais

ou fármacos orais, 2 aguardam novo tratamento e 71 doentes foram submetidas a dois ou mais tratamentos. Segundo os critérios de eficácia definido no estudo, 96 doentes das 128 doentes avaliadas após procedimento apresentaram melhora sintomática, obtendo 75% eficácia.

Das 66 doentes submetidas por uma vez à terapêutica, 32 doentes recusaram o segundo tratamento: em 14 deveu-se a ausência de melhoria dos sintomas (21%), em 10 doentes (com IUM) ao agravamento da IUE (15%) e em 8 doentes por melhoria parcial, pouco relevante para a doente (12%).

**Discussão/Conclusões:** Apesar do carácter retrospectivo e simples deste estudo, o registo do resultado qualitativo do tratamento é muito importante, uma vez que na realidade é ele que motiva a continuação do uso desta terapêutica de forma crónica. Os resultados obtidos coadunam-se com os dados da literatura publicada, estando reportadas taxas de eficácia que variam entre 65% e 80%.

Na nossa prática clínica, a toxina botulínica no tratamento da SBHi refratária assume um papel relevante, tendo tido uma eficácia de cerca de 75%. Adicionalmente, cerca de metade das doentes requer um novo tratamento 18 meses depois do primeiro.

## Nº: 43

### FATORES DE PROGNÓSTICO DO CANCRO DO PÉNIS EM PORTUGAL

Luís Vale; Bernardo Fernandes; Vasco Rodrigues; Francisco Botelho; André Silva; Carlos Martins da Silva; Tiago Antunes-Lopes; Paulo Dinis  
*Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

**Introdução:** O cancro do pénis (CPe) é uma neoplasia rara, principalmente em países desenvolvidos, com uma incidência <1%. O único tratamento curativo é a cirurgia, que depende essencialmente do estadiamento

da doença. A grande predisposição para o envolvimento ganglionar faz com que muitas vezes este implique a realização de linfadenectomia (LDN) inguinal e/ou pélvica.

**Objetivos:** Determinar os principais fatores de prognóstico dos doentes com CPe submetidos a cirurgia.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de 65 doentes com CPe tratados num centro terciário nos últimos 15 anos (2004-2018).

**Resultados:** A idade média dos doentes foi de 64 anos (P25-75, 41-96). O subtipo histológico mais frequente foi o epidermoide (89%). Quase metade (48%) dos doentes foi diagnosticado num estadió local avançado pT3/4. Apenas uma minoria apresentou invasão linfovascular (34%) e perineural (20%). 38 (58%) doentes realizaram LDN inguinal, sendo que 65% foram negativas para invasão ganglionar. A maioria dos doentes com LND positiva não apresentava invasão extra-nodal (58,3%). Relativamente ao número de gânglios removidos registou-se uma mediana de 18. Foram realizadas 11 LDN pélvicas sendo 8 positivas (72,7%).

A sobrevida mediana não foi atingida. Contudo, a sobrevida global foi de 80% numa mediana de seguimento de 31 meses. Na análise multivariada, os principais fatores de mau prognóstico foram o estadiamento ganglionar (N) ( $p=0,008$ ) e a invasão perineural ( $p=0,023$ ). A presença de metastização ganglionar e a invasão perineural no tumor primário aumentaram o risco de morte em 29 e 13 vezes, respetivamente. Na nossa série, 87,5% dos doentes com gânglios positivos morreram no seguimento, enquanto nos doentes com gânglios negativos, apenas 12,5% morrem no mesmo período.

**Discussão/Conclusões:** O diagnóstico tardio do CPe continua a ser uma realidade. Este fator pode ter um impacto negativo na sobrevida global do CPe uma vez que o estadia-

mento ganglionar se correlaciona com a sobrevivência. Apesar do número de LDN inguinais negativas ser elevado, continuamos a defender o tratamento cirúrgico agressivo desta doença face ao mau prognóstico associado à metastização ganglionar e à ausência de alternativas terapêuticas na doença avançada.

**Nº: 44**

### **NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER AND ITS IMPACT ON PERIOPERATIVE BLOOD TRANSFUSION**

Luísa J. Alves; João Ascensão; Catarina Gameiro;  
Sofia P. Lopes; João Marcelino  
*Hospital Beatriz Ângelo*

**Introduction and objectives:** Neoadjuvant chemotherapy (NAC) previous to radical cystectomy (RC) is the standard of care for muscle-invasive bladder cancer (MIBC) with level 1 evidence for survival benefit, correlated with down-staging of the cancer to pT0. However, the use of this multimodal approach is not yet widespread. The reasons for its underuse are unclear, but they may be related to concerns about increasing peri-operative morbidity after chemotherapy. In our institution, all patients with the diagnosis of MIBC, without renal insufficiency or clinical criteria contra-indicating the use of NAC were offered cisplatin-based combination chemotherapy followed by radical cystectomy with concomitant bilateral pelvic lymphadenectomy. Regarding intra-operative blood transfusion (BT), there is still conflicting results published in terms of its prognostic effect. Our aim is to analyze retrospectively the impact of NAC on perioperative blood transfusion in this population.

**Material and methods:** Retrospective evaluation of the electronic medical records of all pts with bladder cancer who underwent radical cystectomy in Hospital Beatriz Ângelo, from 2012 to 2019. Statistical analysis was

performed with the use of SPSS version 24.

**Results:** A total of 57 pts submitted to RC were included, with a median age of 68 years-old (yo) [46; 77], 81% (46) being males. 37 pts received NAC followed by RC, with a median age of 64,8 yo. 20 pts were not eligible to NAC due to poor performance status, renal insufficiency or non-muscle invasive bladder tumor (no-NAC). Cisplatin plus Gemcitabine was the preferred regime (30 pts). 10 pts had grade III or IV toxicities (27%), mainly hematologic (80%). Regarding the staging at diagnosis, in NAC group 4 pts (10,8%) showed positivity for nodal disease (N+) while in no-NAC group 9 pts (45%) were N+. The need for perioperative BT was similar in both groups (75%). NAC was neither a predictor of increased pre-operative ( $p=0,39$ ) nor intra-operative BT ( $p=0,48$ ).

**Conclusion:** We found no statistically significant difference between both groups. In our series, NAC does not seem to be associated with higher rate of perioperative BT. However, the use of upfront NAC in younger patients and in those with less advanced disease, which are the ones eligible for chemotherapy, may result in limiting differences between patients and disease staging in both groups.

**Nº: 45**

### **QUAL A IMPORTÂNCIA DA PET-TC PSMA 68-Ga NA RECIDIVA BIOQUÍMICA DO TUMOR DA PRÓSTATA LOCALIZADO?**

João Carvalho; Pedro Nunes; João Lima;  
Vasco Quaresma; Rodolfo Silva;  
Edgar Tavares da Silva; Paula Soeiro; Belmiro Parada;  
Lorenzo Marconi; Gracinda Costa; Arnaldo Figueiredo  
*Serviço de Urologia e Transplantação Renal; Serviço de Medicina Nuclear, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A abordagem clínica da recidiva bioquímica do carcinoma da próstata (CaP) localizado após terapêutica local é controversa. O diagnóstico preciso de recidiva local ou

à distância é fundamental para a seleção da terapêutica. A PET-TC PSMA 68-Ga (PET-PSMA) parece ser o exame mais promissor, mas o seu acesso é limitado e são necessários mais estudos para confirmar a sua utilidade.

**Objetivos:** Avaliar a acuidade da PET-PSMA no diagnóstico da recidiva bioquímica do CaP localizado e impacto no resultado clínico.

**Material e métodos:** De 319 doentes com CaP que realizaram PET-PSMA na nossa instituição entre 10/2015 e 06/2019, foram selecionados 70 com recidiva bioquímica após terapêutica de intuito curativo. Foram criados 2 grupos: Grupo C (GC)—doentes submetidos a cirurgia (N:48;68.6%) e Grupo R (GR)—doentes submetidos a terapêuticas de radioterapia (N:22,31.4%), tendo sido avaliadas variáveis clínicas, analíticas, patológicas e os resultados da PET-PSMA.

**Resultados:** A idade inicial foi diferente em ambos os grupos (GC—66 ± 6.5 vs GR—69 ± 6.2 anos,  $p = 0.008$ ). O PSA inicial foi semelhante (8.7 ± 5.7 vs 7.5 ± 5.8 ng/mL,  $p = 0.4$ ). Os doentes do GC eram principalmente de risco intermédio (85.1% vs 42.9%,  $p = 0.001$ ) enquanto que os do GR eram de baixo risco de recorrência (8.5% vs 47.6%,  $p = 0.001$ ).

O tempo entre o tratamento inicial e a recidiva bioquímica foi semelhante (23.5 ± 42.7 vs 44.5 ± 42.5 meses,  $p = 0.09$ ).

Nos grupos GC e GR, a PET-PSMA detetou, respetivamente, recidiva pélvica em 31.3% e 63.6%, e extrapélvica em 18.8% e 31.8%. A PET-PSMA foi negativa em 50.0% ( $n=24$ ) dos GC e 4.5% ( $n=1$ ) dos GR.

De entre os doentes GC com PET-PSMA positiva e negativa o PSA foi, respetivamente, 0.97 ± 8.2 e 0.48 ± 3.2 ng/mL,  $p=0.07$ . No subgrupo GC com PET-PSMA positiva, o PSA na doença confinada à pélvis e extrapélvica foi, respetivamente, 0.99 ± 0.9 e 0.5 ± 13.2 ng/mL,  $p=0.6$ .

No subgrupo GR com PET-PSMA positiva,

o PSA na doença confinada à pélvis e extrapélvica foi, respetivamente, 3.0 ± 2.1 e 4.5 ± 5.4 ng/mL,  $p=0.2$ .

O tratamento de salvação foi realizado em 61.9% ( $n=26$ ) dos GC (radioterapia à loca em 54.7%, radioterapia de metástase óssea única em 2.4% e linfadenectomia em 4.8%) e em 15% ( $n=3$ ) dos GR (prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral em 10% e braquiterapia de alta dose 5%),  $p<0.001$ .

Dos doentes GC submetidos a terapêutica local de salvação, 59.1% voltaram a ficar em remissão completa. Dos que não responderam ao tratamento de salvação, 4 tinham doença limitada à pélvis na PET-PSMA, 4 tinham PET-PSMA negativa e 1 tinha metástase única.

Dos 3 doentes GR submetidos a tratamento de salvação, em 2 houve diminuição do PSA e no restante não houve resposta bioquímica, correspondente ao caso que fez braquiterapia de alta dose.

O tratamento escolhido após a realização da PET-PSMA não teve influência no último valor de PSA atingido em ambos os grupos.

Fazendo uma análise da acuidade diagnóstica da PET-PSMA, no GC é positiva para doença pélvica principalmente quando o PSA préPET ≥ 0.36 ng/mL (Sensibilidade (S): 80%, Especificidade (E): 30%) e PSA ≥ 0.4 ng/mL (S: 67%, E: 31%) para doença extrapélvica,  $p > 0.05$ . No GR, a PET-PSMA é positiva para doença pélvica principalmente quando o PSA pré-PET é ≥ 2.3 ng/mL (S: 71.4%, E: 37.5%) e para doença extrapélvica, quando o PSA é ≥ 3.5 ng/mL (S: 71.4%, E: 60%),  $p > 0.05$ .

A taxa de PET-PSMA negativa no GC foi de 0%, 50% (N:12), 37.5% (N:9), 8.3% (N:2) e 4.2% (N:1) nos intervalos de PSA de <0.2, 0.2-0.49, 0.5-0.99, 1-1.99 e ≥ 2 ng/mL. Apenas 1 doente do GR teve PET-PSMA negativa, sendo que este apresentava PSA entre 0.5-0.99 ng/mL.

**Discussão/Conclusões:** O PSA pré-PET-PSMA não é diferente nos casos de PET positiva e negativa. Quando a PET-PSMA é positiva, o PSA não é diferente entre os doentes com doença pélvica e extrapélvica em ambos os grupos.

A taxa de persistência bioquímica após terapêutica de salvação é semelhante em ambos os grupos (GC e GR), rondando os 30-40%.

Os valores de PSA de corte estabelecidos no nosso estudo para doença pélvica detetada na PET-PSMA foram  $\geq 0.36$  ng/mL(GC) e  $\geq 2.3$  ng/mL(GR).

## Nº: 46

### **INFLUÊNCIA DO AMBIENTE MOLECULAR NO TUMOR VESICAL NÃO MUSCULO-INVASIVO**

João Carvalho; Rui Caetano; Pedro Nunes; Edgar Tavares da Silva; João Lima; Roberto Jarimba; Belmiro Parada; Augusta Cipriano; Arnaldo Figueiredo

*Serviço de Urologia e Transplantação Renal;  
Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A caracterização imunohistoquímica tem um papel cada vez mais importante na caracterização do carcinoma urotelial musculoinvasivo vesical. Contudo, 75% das neoplasias uroteliais vesicais são não-musculoinvasivos e representam uma população com elevado potencial de cura. O seu estudo imunohistoquímico poderá ajudar a decidir a agressividade terapêutica necessária.

**Objetivos:** Avaliar a influência do fenótipo imunohistoquímico do tumor vesical urotelial ao longo da evolução da doença.

**Material e métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo com 45 doentes submetidos a ressecção transuretral da bexiga (RTU-V) entre 2011 e 2012 cujo estudo patológico revelou carcinoma urotelial invasivo do tecido conjuntivo subepitelial (pT1). Foi determinado o seu fenótipo molecular basal vs luminal. Os subgrupos moleculares basal e luminal po-

dem ser reconhecidos pela marcação preferencial [CK5/6+, CK20-] e [CK5/6- ; CK20+], respetivamente. Dos casos avaliados, 14 foram designados como basal (grupo B) e 23 como luminal (grupo L).

**Resultados:** A idade mediana era diferente entre grupos [grupo B –  $65.5 \pm 17.3$  vs grupo L –  $77 \pm 7.5$  anos,  $p:0.004$ ]. Havia um predomínio masculino em ambos os grupos (78.6% vs 69.6%), sendo que todos os tumores eram primários com a exceção de 6 tumores (26.1%) exclusivamente do grupo L que tinham tido uma RTU-V anterior,  $p:0.04$ . A maioria dos tumores era único (64.3% vs 56.5%,  $p:0.7$ ), com uma dimensão  $<3$  cm preferencialmente no grupo B (57.1%) e  $\geq 3$  cm no grupo L (60.9%),  $p:0.3$ . A localização preferencial do tumor era lateral direita no grupo B (35.7%) e lateral esquerda no grupo L (39.1%),  $p:0.9$ . A forma era polipóide com exceção de 3 tumores do grupo L (13%),  $p:0.2$ . Os tumores eram preferencialmente bem diferenciados no grupo B (57.1%) e moderadamente diferenciados no grupo L (43.5%),  $p:0.2$ . A presença de cis concomitante verificou-se em 14.3% (grupo B) vs 21.7% (grupo L),  $p:0.6$ . A invasão linfovascular era patente em ambos os grupos (71.4% vs 69.6%,  $p:0.9$ ). O padrão de inflamação histológico predominante era irregular no grupo B (42.9%) e em banda no grupo L (43.5%),  $p:0.9$ . A instilação intravesical pós-operatória imediata de mitomicina-C foi predominante em ambos (71.4% vs 65.2%,  $p:0.7$ ). Apenas um dos doentes do grupo B recidivou sob a forma de pT2G2 ao invés de 11 doentes do grupo L ( $p:0.01$ ) que tiveram uma primeira recidiva com um predomínio de pT1 (36.4%) G1 ou G3 (37.5%) passados cerca  $30 \pm 27.3$  meses da primeira RTU-V estudada em lâmina de Anatomia Patológica. O doente do grupo B fez uma nova RTU-V apenas paliativa (pT2G2) enquanto que 3 doentes do grupo L tiveram

uma 2ª recidiva passados  $23.3 \pm 29.2$  meses sob a forma preferencial de pTaG1 (66.7%). A 3ª recidiva verificou-se em 2 doentes do grupo L passados  $14 \pm 4.3$  meses sob a forma de pTa G1 ou G2.

Nenhum dos doentes do subtipo basal foi submetido a cistectomia radical ao invés de dois doentes do grupo L passados  $34.5 \pm 47.4$  meses da primeira RTU-V.

A mortalidade não foi diferente entre grupos (35.7% vs 30.4%,  $p:0.7$ ), sendo que parece que a sobrevivência é menor no grupo B ( $70.5 \pm 9.0$  vs  $84.0 \pm 5.7$ ,  $p:0.5$ )

**Discussão/Conclusões:** O estudo imunohistoquímico poderá ter impacto no seguimento do tumor vesical pT1. Os doentes do subtipo basal são mais novos; os tumores são primários; mais pequenos, polipóides, bem diferenciados, com padrão de inflamação menor, menos recidivas mas menor sobrevida aparente.

**Nº: 47**

## **RADIOTERAPIA EXTERNA NO CARCINOMA DA PRÓSTATA LOCALIZADO: EFICÁCIA E MORBILIDADE**

João Carvalho; Valter Duarte; Pedro Nunes; Belmiro Parada; João Casalta; Ana Cleto; Arnaldo Figueiredo

*Serviço de Urologia e Transplantação Renal; Serviço de Radioterapia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A radioterapia externa é uma opção terapêutica com intuito curativo para o carcinoma da próstata (CaP) localizado.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia e complicações associadas à radioterapia externa efetuada no serviço de radioterapia dos CHUC entre 2015 e 2017 nos doentes com CaP localizado.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo em que foram incluídos todos os doentes submetidos a radioterapia externa com intuito curativo do CaP localizado no serviço de radioterapia do Centro Hospitalar

da Universidade de Coimbra (CHUC) entre 2015 a 2017. Foram excluídos os que tinham sido submetidos a procedimentos anteriores. Foi descrita a população do estudo e analisada a incidência de complicações precoces e tardias consoante o tipo de técnica utilizada, fracionamento da dose, dose total de radiação e local irradiado.

Foi avaliada a variação do valor do PSA consoante o tipo de técnica, dose total de radiação e utilização de terapêuticas adjuvantes ou neoadjuvantes bem como a sobrevivência livre de doença e global aos 12, 24 e 36 meses.

**Resultados:** Foram analisados 102 doentes, com idades médias de  $70.9 \pm 5.3$  anos (compreendidas entre 55 e 79 anos). Foram classificados 12 (11.8%) doentes de baixo risco, 63 (61.8%) de intermédio risco e 27 (26.5%) de alto risco. Quanto aos tratamentos, 16 (15.7%) doentes foram tratados com Radioterapia Conformacional em 3 Dimensões (3D-CRT) convencionalmente fracionada, 25 (24.5%) doentes com Arcometria Volumétrica Modulada (VMAT) convencionalmente fracionada e 61 (59.8%) doentes com VMAT com hipofracionamento moderado. Apenas 5 (4.9%) doentes foram irradiados à próstata e pélvis e 51 (50%) doentes receberam terapêuticas adjuvantes. Evidenciou-se relação entre os grupos de risco e a utilização de terapêuticas adjuvantes ( $p<0.001$ ) e o local irradiado ( $p=0.001$ ).

Nas complicações precoces, houve uma maior incidência de complicações génito-urinárias (66.7%), destacando-se a disúria (42.1%) e a polaquiúria (40.2%). Relativamente às complicações tardias, houve uma maior incidência de complicações gastrointestinais (24.5%), destacando-se a proctite rádica (13.7%). Houve uma incidência de 7.8% de incontinência urinária. A sobrevivência global e a sobrevivência livre de doença aos 3 anos foi de 100% e 98%, respetivamente.

**Discussão/Conclusões:** A radioterapia externa efetuada no CHUC mostrou ser eficaz para o tratamento do CaP localizado. A incidência das complicações gastrointestinais precoces e gênitó-urinárias tardias foi maior na técnica VMAT em relação à 3D-CRT. Relativamente ao fracionamento, houve uma maior incidência de complicações gênitó-urinárias tardias no grupo de fracionamento padrão.

**Nº: 48**

### **HYPERTHERMIC INTRAVESICAL CHEMOTHERAPY FOR BCG UNRESPONSIVE NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER PATIENTS**

Gil Falcão; João Barreira; Francisco Fernandes; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; João Guerra; Rita Tomás; Cabrita Carneiro; Luís Campos Pinheiro  
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

**Introduction:** Adjuvant intravesical instillations with bacillus Calmette-Guérin (BCG) is the recommended treatment option for patients with intermediate- and high-risk non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC). Despite adequate BCG treatment, a large proportion of patients experience a recurrence. Although radical cystectomy is the gold standard for BCG unresponsive NMIBC, some patients are unfit or unwilling to consider this option.

The optimal therapy in such cases is unknown, as established and effective salvage intravesical therapies are not yet available [15]. The European Association of Urology and International Consultation on Urologic Diseases (EAU-ICUD) does not endorse salvage intravesical gemcitabine, valrubicin, or IFN $\alpha$ , in patients who fail BCG, but chemo-hyperthermia is recommended as a promising treatment modality.

**Objective:** The objective of the present study was to assess the effectiveness and safety of hyperthermic intravesical chemotherapy (HI-

VEC®) in BCG unresponsive NMIBC patients.

**Materials/Methods:** Between 2018-2019, 6 patients underwent HIVEC for BCG unresponsive NMIBC at Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Patients were eligible for inclusion in the present study if the criteria for BCG unresponsive disease were met and/or had histologically confirmed high-grade NMIBC or a combination of CIS and papillary disease.

**Results:** The study population consisted of 6 BCG unresponsive NMIBC patients of whom 6 underwent HIVEC®. The median age and follow-up were 74 years and 12 months.

Four patients showed recurrence after 5,5 months (75% were pT1 and 25% CIS). The other two patients are still tumor free after 9 months. All patients were followed by cystoscopy and cytology every 3 months and biopsies were performed if cystoscopy showed a recurrence or cytology showed a suspicion of the presence of urothelial carcinoma. The primary outcome was the disease-free survival (DFS), defined as the time from start of first HIVEC® treatment until disease recurrence, which was 5.5 months.

**Conclusion:** Despite HIVEC® seems to be a valid treatment option for BCG unresponsive NMIBC patients, we report a median DFS of 5.5 months, postponing the need for radical surgery in a proportion of these patients. Our sample is small and we require a longer follow up period.

**Nº: 49**

### **TESE IN AZOOSPERMIC PATIENTS. OUR EXPERIENCE**

Gil Falcão; Francisco Fernandes; Thiago Guimarães; João Guerra; Cabrita Carneiro; Fortunato Barros; Luís Campos Pinheiro  
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

**Introduction:** Fifteen percent of couples present with infertility and male factor infertility play a role in up to 50% of these couples.

*Azoospermia is defined as the absence of spermatozoa in the ejaculate. Azoospermia can be classified by etiology into obstructive (OA), and non-obstructive azoospermia (NOA). In 30-40% of cases, no male-infertility-associated factor is found (idiopathic male infertility). These men present with no previous history of diseases affecting fertility and have normal findings on physical examination and endocrine, genetic and biochemical laboratory testing.*

*Following a thorough history, physical exam, and investigations, some patients may be successfully treated medically using hormonal manipulation while others will ultimately require attempts at surgical sperm retrieval. Although testicular sperm extraction (TESE) is often an effective method for sperm retrieval from men with NOA, it can be used in OA as well.*

**Objectives:** *To show the positive and negative results of TESE from 1997-2019 as well as the impact of NOA and OA.*

**Material and methods:** *It is a retrospective study from 1997 to 2019 with evaluation of 289 infertile men who underwent TESE. They were divided in 2 groups according to clinical and hormonal studies: NOA and OA. Every patient was checked for congenital or acquired diseases. TESE was used despite NOA or OA. The samples were analyzed by the same embryologist.*

**Results:** *From 1997 to 2019, 289 infertile men underwent TESE for sperm retrieval. The average age at TESE time was 35 years old (10-46). All of them were considered azoospermic men and they were divided in 3 groups: NOA (68%), OA (10%) and idiopathic (22%). In the first group, 36% report an acquired disease (varicocele, mumps, trauma, cytostatic drugs), while 5% presents a congenital disorder (Klinefelter syndrome, Turner syndrome, AFZc deletion). Most of OA men*

*had vasectomy in the past while 7% has cystic fibrosis with bilateral congenital absence of vas deferens. In NOA group, 76% and 24% had positive and negative biopsies ( $p < 0.05$ ), respectively. While in OA group, all patients had positive biopsies.*

*From the 84 men with negative biopsies, 37% adopted a child, 13% resorted to sperm bank.*

**Discussion/Conclusions:** *Our study results match the current literature underlying the need of a full patient examination with physical examination, semen analysis, hormonal determinations, karyotype and ultrasonography.*

*In the era of ICSI, testicular biopsy is usually performed in men with non-obstructive azoospermia (NOA) for spermatozoa extraction, the testicular sperm extraction (TESE) procedure. In about 50%–60% of men with NOA and in 100% of men with OA, spermatozoa can be retrieved from the testes and used for ICSI.*

*However, the results should be interpreted carefully since single testis biopsy is not representative to the whole organ. Finally, the procedure used may impact the outcome (microsurgical TESE was associated with higher sperm retrieval rate compared to the conventional TESE), as will the experience of the laboratories in identifying testicular sperm.*

## **Nº: 50**

### **EFFECTIVENESS OF SEMEN WASHING TO PREVENT HIV TRANSMISSION**

Gil Falcão; Francisco Fernandes; Thiago Guimarães; João Guerra; Cabrita Carneiro; Fortunato Barros; Luís Campos Pinheiro

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central*

**Introduction:** *Approximately 37 million people are living with HIV worldwide (1) and over 80% of HIV-infected individuals are of childbearing age (2). A cornerstone of successful HIV prevention campaigns has included the promotion of consistent condom use (3). However, many heterosexual HIV-discordant couples*

*desire pregnancy (4, 5) and consistent condom usage impedes this desire. Couples may risk sexual HIV transmission in order to achieve pregnancy if they do not have access to safer reproductive methods (4, 6, 7). Semen washing is a safer reproductive strategy that HIV-discordant couples in which the male is infected can use to achieve pregnancy (8).*

*Semen washing removes spermatozoa, which are not vectors for HIV, from surrounding seminal fluid, and the HIV-negative sperm fractions are used in assisted reproduction (8)*

**Material and methods:** *Between 2010 and 2019, 50 HIV-discordant couples achieved pregnancy without horizontal or vertical transmission. 45 semen samples underwent several “cleaning” cycles named sperm washing while the 5 sperm samples left were retrieved directly from TESE (testicular sperm extraction). In the latter no sperm washing cycles were done.*

*It's a retrospective study which included 50 patients, sperm evaluation, ART (antiretroviral therapy), TESE, sperm washing cycles and HIV status before and after pregnancy.*

**Results:** *No HIV transmission occurred in 145 cycles of assisted reproduction using washed semen among 50 women ( $p < 0.05$ ). All men underwent viral suppression before semen washing, and no HIV seroconversions occurred. 50 pregnancies were achieved and no horizontal or vertical transmission occurred.*

**Discussion/Conclusion:** *We found that semen washing provides a safe and effective method for HIV serodiscordant couples to become pregnant. There were no instances of HIV seroconversion among HIV-uninfected women inseminated with washed semen from their HIV-infected partners. TESE patients don't need to undergo sperm washing because the sperm sample is already small and there is an higher risk of losing some sperm during the cycles.*

*There were no cases of vertical transmission. Careful selection and handling of sperm after TESE procedure is essential to prevent HIV transmission.*

**Nº: 51**

## **CABAZITAXEL IN PATIENTS WITH CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER**

Gil Falcão; João Barreira; Francisco Fernandes; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; João Guerra; Rita Tomás; Cabrita Carneiro; Luís Campos Pinheiro  
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

**Introduction & objectives:** *Prostate cancer (CaP) is among the most common cancers in males. Although most cases of prostate cancer are diagnosed and treated while disease is localized, some men have evidence of metastatic prostate cancer. Contemporary research has led to the development of multiple active treatment modalities for men with advanced disease, in addition to androgen deprivation therapy (ADT). Management of men with metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) involves the sequential use of these approaches, with the goals of prolonging survival, minimizing complications, and maintaining quality of life. CaP is androgen dependent in the beginning, but as time progresses, it becomes refractory to androgen deprivation treatment. At this stage, docetaxel has been used as standard treatment for years. Cabazitaxel has become the first chemotherapeutic agent which has been shown to increase survival for patients (pts) with mCRPC that progresses after docetaxel. The correlation of the oncological outcomes of pts age in mCRPC pts have not been unclear.*

**Materials & methods:** *In this study, we evaluated a total of 16 pts who progressed despite docetaxel treatments, had ECOG performance score between 0-2, and used cabazitaxel treatment 25 mg/m<sup>2</sup> at every 3*

weeks, and prednisolone 5 mg twice a day for mCRPC diagnosis in Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central from June 2016 to June 2019, retrospectively. We assessed the prognostic significance of cabazitaxel, focusing on pts age and the correlation of efficacy between docetaxel and cabazitaxel. Demographic and clinical data were collected and the information was cross-checked with that of the pharmaceutical services. Significance ( $p$ ) of less than 0.05 was considered statistically significant. Statistical analysis was performed in Stata.

**Results:** The median overall survival (OS) periods after the introduction of cabazitaxel was 10,4 months. A 30% PSA response to cabazitaxel was achieved in 13 (81%) pts. A 30% PSA response to cabazitaxel was achieved in 3 (50.0%) pts with  $\geq 75$  years ( $n = 6$ ) and 6 (60%) pts with less than 75 years ( $n = 10$ ). There was no significant correlation between the PSA response and pts' age ( $p = 0.093$ ). A 30% PSA response to cabazitaxel was achieved in 9 (56%) and 4 (25%) pts with and without that to docetaxel, respectively. There was no significant correlation of the PSA response between docetaxel and cabazitaxel ( $p = 0.087$ ). Univariate and multivariate analysis revealed that there were no significant correlation of pts age, the response to prior docetaxel therapy or cycles of docetaxel therapy with shorter OS.

**Conclusions:** These results suggest that cabazitaxel is a safe and effective treatment option for mCRPC pts who progress after docetaxel and indicate that the introduction of cabazitaxel for mCRPC pts could result in oncological outcomes without any association with pts's age and the profiles of previous docetaxel therapy.

**Nº: 52**

## **THE ABILITY OF OUR EYES TO PREDICT INVASIVE BLADDER CANCER**

Luís Vale; José Pedro Vieira; Pedro Mendes; Francisco Botelho; Tiago Antunes-Lopes; Carlos Martins da Silva; João Silva; Paulo Dinis  
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário São João; Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introduction:** Transurethral resection of bladder tumors (TURBT) is concomitantly a diagnostic and therapeutic procedure. In fact, TURBT main goals are to obtain pathological material with good quality for histological diagnosis/staging and to completely remove all visible lesions. The presence of detrusor muscle in the specimen is a key landmark for the quality of resection.

**Objective:** To evaluate the naked eye perception and the quality of the initial TURBT by surgeons with different levels of experience in a tertiary center.

**Materials and methods:** A prospective study was conducted, including 68 patients with bladder cancer submitted to the first TURBT, between 2018 and 2019 in a tertiary center. We compared the perception of two blinded surgeons, a senior and a resident, in 3 different parameters: muscle or non-muscle invasiveness, high or low grade cancer, and the presence or absence of detrusor muscle in the specimen.

**Results:** The pathological analysis revealed the presence of muscle invasive bladder tumors in 15% of the resections. Macroscopically, the resident group revealed a sensitivity of 70% and a specificity of 71% to detect muscle invasive tumors, while the senior group revealed a sensitivity of 80% and a specificity of 87%. The negative predictive value was 94% in the residents and 96% in the seniors.

Regarding the tumor grade, high grade cancer was reported in 74% of the specimens. In

this setting, the sensitivity and specificity of the residents were 79% and 44%, respectively, while those of the seniors were 83% and 61%. The positive predictive value was 79% for residents and 83% for seniors.

Finally, 80% of the TURBT had muscle representativeness. The sensitivity of surgeons (either resident or senior) to report the presence of muscle in the specimen was 88%, with a specificity of 17% for the resident and 33% for the senior. The positive predictive value for this parameter was 79% for the resident, and 81% for the senior. There were no statistically significant differences between groups for the three parameters.

**Conclusion/Discussion:** According to our results, surgeon's naked eye analysis showed a good predictive ability to detect muscle invasive, high grade bladder cancer and the presence of detrusor muscle in TURBT specimen. However, in 20% of patients there was no muscle representativeness in the sample, underlining the role of second look in this setting. A future study to compare surgeon's predictive ability to infer relevant parameters of the tumor pathology in the first TURBT with the results of the second look pathology will better elucidate the real value of the second look.

**Nº: 53**

### **FEMALE PRIMARY URETHRAL TUMOR: IS PARTIAL URETHRECTOMY AN OPTION IN ADVANCED TUMOURS?**

Lúisa Jerónimo Alves; João Ascensão; Bruno Graça; João Soares; Sofia P. Lopes; João Marcelino  
*Hospital Beatriz Ângelo*

**Introduction and objectives:** Female primary urethral carcinoma (PUC) is a rare cancer which accounts for less than 1% of all malignancies. In the published data on this issue there are still questions that remain unanswered as if a partial urethrectomy is a safe procedure regarding oncological outcome

and if a multimodality approach would improve either the recurrence-free survival or the overall survival. Our aim is to report a case of an advanced urethral tumour submitted to a urethra-sparing surgery.

**Material and methods:** Case report of PUC in a patient treated in Hospital Beatriz Ângelo, Lisbon.

**Results:** A 71 years-old female patient with a history of hypertension, presented with gross hematuria and fatigue. At clinical examination a mass located at the distal urethra, with hemorrhagic features and left inguinal lymph node enlargement was observed. Blood analysis revealed a hemoglobin of 5,8g/dL. The contrast enhanced computed tomography (CT) was positive for bilateral positive inguinal lymph nodes without further abnormalities of notice. Flexible urethrocystoscopy was negative for bladder lesions. Thus, an excisional biopsy of the urethral mass as well as of the left inguinal lymph node were performed revealing a well-differentiated squamous cell carcinoma with inguinal nodal metastasis. The patient underwent to a partial urethrectomy and bilateral radical inguinal lymphadenectomy. Final staging was pT1N2R0 (2/20) M0 (stage IV). After discussion, was decided to perform a laparoscopic radical pelvic lymphadenectomy which was negative for malignancy (0/12). The patient is on her tenth month of follow up, fully continent, without tumour relapse.

**Conclusions:** Primary urethral carcinoma is a rare entity hence the investigation is hampered by the small number of cases described and recommendations are made based on small series of patients. In females, urethra-sparing surgery is a treatment option in cases of distal tumours if negative margins can be achieved. However, it is still controversial if conservative surgery can be a choice in advanced tumours. Regarding the multimodal

*approach, a trend towards offering combined therapies emerged. However, scarce data exists on the best timing to implement chemoradiation treatments.*

**Nº: 54**

## **TUMOR MISTO EPITELIAL E ESTROMAL DO RIM (MEST): UM CASO CLÍNICO**

Maria Alexandra Rocha; Mariana Madanelo; Paulo Príncipe; Miguel Ramos; Nuno Jorge Lamas; Avelino Fraga  
*Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** O tumor misto epitelial e estromal (MEST) do rim é uma neoplasia benigna, rara, com um componente epitelial e estromal em proporções variáveis. Estes tumores ocorrem com maior frequência em indivíduos do sexo feminino, na quinta década de vida. Habitualmente apresentam-se de forma inespecífica com hematúria ou dor lombar. Apesar de ser um tumor benigno, estão descritos casos de transformação maligna.

Os autores reportam um caso de um tumor MEST.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso de um tumor MEST, numa mulher de 61 anos, enviada à consulta por lesão ocupante de espaço no rim esquerdo, diagnosticada no decorrer da investigação de uma dor lombar contralateral. A doente tem como antecedentes patológicos de relevo diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e história prévia de eritema nodoso de origem bacilar (em 1999). Na consulta, apresentava-se assintomática. Na tomografia computadorizada (TC) era evidente uma lesão nodular complexa, medindo 65x53mm, parcialmente exofítica, localizada na vertente externa do rim esquerdo. A doente foi submetida a nefrectomia radical esquerda laparoscópica. O exame anatomo-patológico da peça cirúrgica revelou a presença de um tumor MEST. 6 meses após a cirurgia, a doente encontrava-se assintomática e com um TC inocente, sem sinais de

recidiva local ou metastização, assim como cistoscopia e citologia urinária negativas.

**Discussão/Conclusões:** O MEST é mais frequentemente encontrado em mulheres, normalmente perimenopáusicas. Os sintomas de apresentação normalmente são dor lombar, hematúria ou sintomas do trato urinário; em 25% dos casos corresponde a um achado incidental. Do ponto de vista radiológico, o MEST apresenta-se como uma massa quística complexa, geralmente classificada como Bosniak III a IV, indistinguível de carcinoma de células renal cístico.

No caso apresentado, a massa renal foi identificada numa TC abdomino-pélvica requisitada pelo médico assistente no decorrer do estudo de uma dor lombar contralateral, correspondendo neste caso a um “incidentaloma”. A doente foi submetida a nefrectomia radical esquerda laparoscópica. O exame anatomo-patológico demonstrou uma neoplasia multicística bifásica com cavidades císticas revestidas por células epiteliais cuboidais ou achatadas frequentemente com aspecto em *hobnail*; o componente estromal subjacente foi predominantemente do tipo ovárico alternando com áreas de tipo muscular liso. Estes aspetos são compatíveis com as descrições presentes na literatura.

Trata-se, então, de uma neoplasia benigna rara, com potencial maligno. Este diagnóstico deve ser tido em consideração pré-operatoriamente em indivíduos sujeitos a terapêutica hormonal, principalmente mulheres.

**Nº: 55**

## **ESTUDO COMPARATIVO DE CUSTO-EFETIVIDADE DE LEOC *VERSUS* URSF NO TRATAMENTO DE CÁLCULOS RENAI NUM HOSPITAL TERCIÁRIO**

Silva, Andreia Bilé<sup>1</sup>; Dinis, Paulo Jorge<sup>1</sup>; Fonseca, Rita Rodrigues<sup>1</sup>; Monteiro, Pedro<sup>1</sup>; Peyroteo, Inês<sup>2</sup>; Monteiro, Luís Abranches<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; <sup>2</sup>Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

**Introdução:** A urolitíase é uma patologia cada vez mais prevalente e representa um problema de Saúde Pública dada a morbilidade e custos associados. O tratamento de cálculos renais, habitualmente assintomáticos, é instituído para prevenir complicações. As técnicas adotadas visam obter os melhores resultados (traduzidos por taxas de *stone-free*) com o mínimo de complicações possível. Os procedimentos mais utilizados no tratamento de cálculos renais de dimensão <20mm são a litotricia extracorporeal por ondas de choque (LEOC) e a cirurgia intrarrenal retrógrada (CIRR) com recurso a ureterorenoscopia flexível (URSF), podendo os doentes ser elegíveis para ambas as técnicas. Os custos implicados no tratamento da litíase são significativos, pelo que condicionantes de índole económica devem ser ponderadas na seleção do tratamento a adotar, sem prejuízo dos resultados que se pretendem obter. Da literatura não constam análises comparativas de resultados e custos de cada um destes tratamentos na abordagem primária de cálculos renais, tornando complexo estimar o possível impacto de fatores económicos como agentes de decisão terapêutica.

**Objetivo:** Analisar e comparar custos e efetividade da LEOC e da URSF no tratamento primário de cálculos renais, num hospital de nível terciário, com uma unidade diferenciada em litíase.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, ob-

servacional, unicêntrico em que foram identificados os doentes submetidos a LEOC e URSF na nossa instituição no ano de 2015. Incluíram-se todos os doentes acompanhados na nossa unidade, com cálculos renais <20mm, radiopacos, não submetidos a tratamentos prévios. Definiu-se *stone-free* como a ausência de cálculos obstrutivos >4mm, aquando da reavaliação após o tratamento. Recorreu-se ao Registo de Saúde Eletrónico (RSE) para aferir complicações até 3 meses após o procedimento. O custo direto médio de cada sessão de LEOC e de cada procedimento de CIRR foi estimado a partir dos gastos com pessoal e espaço (atendendo à duração média do procedimento), consumíveis utilizados e custos com aquisição e manutenção do material necessário à técnica. A análise estatística foi efetuada com recurso ao software SPSS, versão 23. Considerou-se um  $p < 0.05$  como estatisticamente significativo.

**Resultados:** De entre os 93 doentes incluídos no estudo, 72 foram submetidos a LEOC (77,4%) e 21 a URSF (22,6%) como tratamento primário de cálculos renais. As amostras foram comparáveis em idade ( $58.4 \pm 1.3$  e  $51.8 \pm 3.1$  anos –  $p=0.3$ ) e sexo ( $p=0.2$ ). A dimensão dos cálculos ( $11.5 \pm 0.6$  para LEOC e  $12.0 \pm 1.2$ mm para URSF –  $p=0.7$ ) e a sua localização ( $p=0.6$ ) foram semelhantes. A taxa de complicações foi comparável em ambos os grupos: 13.9% (10/72) pós-LEOC e 4.8% (1/21) pós-URSF ( $p=0.5$ ), bem como o tipo de complicações registadas ( $p=0.6$ ) e a necessidade de internamento subsequente. Obteve-se uma taxa de *stone-free* comparável de 87.9% (58/66) após 2 sessões de LEOC (em média), e 80% (12/15) com URSF. Registaram-se 6 doentes perdidos para *follow-up* em cada um dos grupos. O custo direto médio de cada sessão de LEOC e de cada procedimento de CIRR foi de 300,17€ e 2235,04€, respetivamente. Dado que dos

doentes submetidos a LEOC, 37.5% (27/72) realizou mais do que uma sessão, o custo direto médio desta técnica na amostra considerada rondou os 525,32€, significativamente inferior ao custo médio da URSf ( $p < 0.001$ ). **Discussão:** Verifica-se que as amostras em estudo são comparáveis em termos de demografia, características dos cálculos, taxa de *stone-free* e complicações. A avaliação final de resultados foi realizada após 2 sessões de LEOC (em média) e um procedimento de CIRR. A única diferença estatisticamente significativa reporta-se aos custos diretos médios estimados para cada um dos procedimentos.

**Conclusões:** Para a obtenção de taxas de *stone-free* e de complicações comparáveis, a LEOC é menos dispendiosa do que a URSf e, portanto, na amostra estudada, demonstrou ser a técnica mais custo-efetiva no tratamento primário de cálculos renais.

## Nº: 56

### SÍNDROME DE REED

#### – DESCRIÇÃO DE UM CLUSTER FAMILIAR

Afonso Castro<sup>1</sup>; Carolina Borges da Ponte<sup>1</sup>; Tiago Oliveira<sup>1,2</sup>; Pedro Oliveira<sup>1</sup>; José Santos Dias<sup>1</sup>; Tomé Matos Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal; <sup>2</sup>Hospital das Forças Armadas, Lisboa, Portugal

**Introdução:** O Síndrome de Reed, ou leiomiomatose hereditária associada a carcinoma de células renais, é um síndrome genético, descrito em 2001, de transmissão hereditária com padrão autossômico dominante, caracterizado pela mutação heterozigótica no gene da fumarato hidratase, localizado na região 1q. 42-44. Este codifica uma enzima relacionada com o ciclo de Krebs, envolvida no metabolismo energético celular.

Carateriza-se pelo desenvolvimento de leiomiomas uterinos de aparecimento precoce (95% dos casos no sexo feminino), leiomiomas

cutâneos (76% dos casos) e de carcinoma de células renais de tipo papilar de comportamento agressivo (15% dos casos).

O diagnóstico é feito, na sua maioria, durante a investigação diagnóstica e etiológica de um ou mais componentes da tríade acima referida ou através do seguimento genético após o diagnóstico realizado a um familiar direto.

**Objetivos:** Apresentar, através da descrição de um caso clínico representativo, as manifestações e história natural do Síndrome de Reed.

**Material e métodos:** Os autores descrevem o caso de uma mulher de 20 anos, caucasiana, assintomática até essa data, que inicia quadro de dismenorreia e metrorragia. A avaliação ecográfica evidenciou múltiplos uterinos subserosos, pelo que foi submetida a ressectoscopia, com resolução do quadro. Passado um ano, apresentou recidiva sintomática e ecográfica, acompanhada do aparecimento de múltiplas lesões cutâneas papulomatosas. Posteriormente, em 2008 realizou estudo genético, que demonstrou mutação missense em heterozigotia no gene da fumarato hidratase, confirmando molecularmente o diagnóstico de síndrome de Reed.

**Resultados:** Pelo risco aumentado de desenvolvimento de carcinoma de células renais, foi realizada avaliação imagiológica periódica com tomografia computadorizada. Aos 4 anos de seguimento, foi identificado quisto renal Bosniak III, pelo que foi submetida a nefrectomia parcial esquerda por via laparoscópica transperitoneal, concomitantemente com histerectomia total e ooforossalpingectomia bilateral. A análise anatomopatológica da peça de nefrectomia parcial revelou tratar-se de carcinoma de células renais papilar tipo 2, pT1a com margens cirúrgicas negativas.

Após cinco anos de seguimento, foi identificada adenopatia em localização lateroór-

tica esquerda com 16 mm e características suspeitas, pelo que foi excisada por via laparoscópica. A análise anatomopatológica foi compatível com metástase de carcinoma de células renais papilar tipo 2.

Atualmente, aos 54 anos, 34 anos após as primeiras manifestações, apresenta-se em seguimento clínico e imagiológico regular por equipa multidisciplinar, não apresentando evidência de recidiva tumoral.

Paralelamente, é seguida em consulta de Genética Clínica, em conjunto com outros familiares nos quais a doença apresentou alguns ou todos os componentes da tríade que a compõe.

**Discussão/Conclusões:** Cerca de 4% dos tumores do rim têm padrão de transmissão hereditário. Dentro destes, o Síndrome de Reed é raro, com apenas 200 famílias descritas em todo o mundo. O desenvolvimento de carcinomas de células renais determina o prognóstico, em que metade dos doentes afetados evidencia doença metastizada na apresentação, sendo responsável pela morte dos doentes em 75% dos casos. O diagnóstico de tumores renais ocorre maioritariamente na 4ª ou 5ª décadas de vida, sendo mais comuns no sexo feminino e, na sua maioria, unilaterais e solitários. Pela agressividade demonstrada, a vigilância deve ser iniciada aos 10 anos nos doentes com diagnóstico estabelecido e é recomendada a excisão das massas renais suspeitas, mesmo nos casos de pequenas dimensões. As características metácronas destes obrigam à realização de abordagens poupadoras de nefrónios sempre que possível. Nos casos de doença mais avançada, a abordagem é semelhante aos outros tumores do rim, não havendo, até à data, tratamento dirigido para este síndrome. O aconselhamento genético e acompanhamento multidisciplinar são assim fulcrais nestes casos.

**Nº: 57**

## **URETEROSTOMIA CUTÂNEA BILATERAL NA DISFUNÇÃO MICCIONAL NEUROGÉNICA END-STAGE**

Paulo Pe Leve; Afonso Castro; Carolina Ponte; João Felício; João Lemos Almeida; Ricardo Pereira e Silva; José Palma dos Reis; Tomé Lopes

*Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte*

**Introdução:** A cistectomia com derivação urinária no contexto de doença benigna é sempre uma opção de última linha de tratamento de doentes com queixas graves do aparelho urinário inferior, ausência de resposta às modalidades terapêuticas menos invasivas ou com danos irreversíveis/complicações decorrentes da situação de base. Existem 3 tipos de cistectomia possíveis nestes casos: cistectomia total, cistectomia subtrigonal e cistectomia supratrigonal, sendo esta última associada a menor tempo operatório e menos morbidade para os doentes. Alguns urologistas optam por realizar derivação urinária sem cistectomia associada, mas com risco acrescido de algumas complicações, nomeadamente piocistis. Relativamente à derivação urinária, esta deve ser sempre escolhida pelo cirurgião atendendo ao doente em questão, no que concerne a comorbilidades, perfil cognitivo e expectativas do próprio doente.

**Objetivo:** Descrever um caso clínico de sucesso de um doente com bexiga neurogénica, submetido a cistectomia supratrigonal e no qual a derivação urinária com ureterostomias cutâneas em “cano de espingarda” acabou por ser a solução adotada.

**Materiais e métodos:** Descrevemos o caso clínico de um doente do sexo masculino, com 51 anos de idade, com Síndrome de Di George com importante défice cognitivo e antecedentes de AVC Isquémico há 6 anos. O doente apresentava um diagnóstico de bexiga neurogénica, encontrando-se com cateter

suprapúbico há 3 anos. O cateter suprapúbico apresentava-se em drenagem contínua, para otimizar o esvaziamento, por apresentar importante refluxo vesico-ureteral bilateral com consequente ureterohidronefrose bilateral, diminuição da espessura parenquimatosa bilateralmente e ureteres dilatados e tortuosos. Da disfunção supra resultou degradação progressiva da função renal. O doente recorria frequentemente ao serviço de urgência por quadros de obstrução do cateter, com necessidade de substituição. Esta situação apresentava um significativo impacto na qualidade de vida do doente e dos cuidadores. Descrevemos neste trabalho a solução cirúrgica encontrada para o doente em questão, através de fotografias retiradas por elementos externos à equipa cirúrgica.

**Resultados:** Dado o quadro de bexiga neurogénica com importante disfunção miccional, com atingimento do aparelho urinário alto e degradação da função renal optou-se pela realização de derivação urinária. Dadas as comorbilidades do doente e a evidência imagiológica de grande calibre dos ureteres optou-se por derivação urinária por ureterostomias cutâneas “em cano de espingarda”. Por dúvidas acerca da capacidade de drenagem vesical através do esfíncter estriado com eventual risco de piocistis foi decidida realização de cistectomia supratrigonal. O procedimento decorreu sem intercorrências. Teve alta clínica para domicílio ao final de 7 dias. O doente ficou com cateteres mono J bilateralmente, que retirou após 3 semanas. O resultado anatomopatológico revelou extensa inflamação, com ausência de tecido neoplásico, como esperado. O doente encontra-se com 1 ano de *follow-up*, muito satisfeito e bem adaptado ao estoma. Refere grande ganho de qualidade de vida, tal como os cuidadores.

**Conclusão:** A derivação urinária através de

ureterostomias cutâneas pode ser uma boa opção em doentes com bexiga neurogénica, com LUTS graves ou envolvimento do aparelho urinário superior, nos quais se tenham esgotado todas as opções terapêuticas conservadoras / minimamente invasivas. Embora seja um procedimento tendencialmente preterido em detrimento de outras opções disponíveis, poderá ser útil nomeadamente em doentes com comorbilidades, idade avançada ou risco elevado de disfunção metabólica após interposição de segmento intestinal, dado menor tempo cirúrgico e menor taxa de complicações. Este caso clínico é paradigmático de como uma opção cirúrgica *patient-tailored* pode permitir um significativo incremento na qualidade de vida em doentes neurológicos, preservando igualmente a função renal.

#### **N.º: 58**

#### **PROGNOSTIC MEANING OF pT0 FINDING IN RADICAL CYSTECTOMY SPECIMENS**

Ramos, S.<sup>1</sup>; Braga, I.<sup>2</sup>; Moreira e Silva, V.<sup>2</sup>; Oliveira, J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca;

<sup>2</sup>Instituto Português de Oncologia do Porto

**Introduction:** *Absence of detected tumor tissue (pT0) on histological examination of radical cystectomy (RC) specimens ranges from 5 to 20%. Although outcomes in these patients tend to be favorable, pT0 does not always mean cure from the disease.*

**Objective:** *We assessed clinical outcomes in bladder cancer patients with no evidence of disease (pT0) following RC.*

**Materials and Methods:** *Retrospective analysis of clinical data from patients submitted to RC in a tertiary Urology department between January 2013 and June 2017. Patients lost to follow-up and those with primary non-urothelial tumors (n= 14) were excluded. Patients were divided into 2 groups: Group A (pT0) and group B (tumor present). Considered clinical and oncological variables were: age at the*

time of RC, gender, preoperative clinical stage (TNM), use of neoadjuvant chemotherapy (NCT). We estimated cancer-specific survival (CSS) and overall survival (OS) through the Kaplan-Meier method (SPSS v20).

**Results:** Data from 146 patients was collected, with a mean follow-up time of  $37,3 \pm 22,6$  months. Mean age at the time of RC was  $65,9 \pm 9,5$  months, and 87,7% were men. Twenty one patients (14,4%) had pT0N0 histology at the time of RC: prevalence was 43,6% in those who completed NCT, compared to 4,4% in patients submitted to RC alone ( $p < 0.001$ ). Among group A, clinical stage was  $\geq cT2$  in 17 patients (81%, all of them received NCT), whereas in 4 (19%) the indication for RC was non-muscle invasive disease. After a mean surveillance period of  $46.7 \pm 17.7$  months, cancer-specific (CSS) and disease-free survival (DFS) were 100%, and overall survival (OS) was 95,2%. Conversely, in group B patients, estimated 5-year CSS and OS were 59,2% and 56%, respectively.

**Discussion/conclusions:** The present study shows that pT0 pathology in RC specimen is associated with a good prognosis regarding CSS and OS. In patients that completed NCT a significant difference in pT0 patients was found, highlighting the possible benefit of this treatment in UBC outcomes. Although stage pT0 confers a benefit in survival, surveillance is still required as some patients experience disease recurrence according to literature.

**Nº: 59**

### **VERY LOW-RISK PROSTATE CANCER – IS RADICAL PROSTATECTOMY A REASONABLE CHOICE?**

Ramos, S.; Barcelos, A.; Cebola, A.; Pinheiro, A.; Varregoso, J., Ferrito, F.  
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

**Introduction:** Low risk prostate cancer (LRPC) overdiagnosis has become more frequent in the last decade, raising concerns on the mor-

bidity induced by the subsequent overtreatment. Active surveillance (AS) is an appealing alternative in these indolent tumors, allowing the postponement or avoidance of radical treatments, without compromising cancer-specific survival (CSS). However, there are no prospective randomized controlled trials available reporting long-term outcomes or comparing AS to standard treatments.

**Objective:** We aimed to compare outcomes of AS and radical prostatectomy (RP) in the approach of patients with LRPC.

**Materials and methods:** Retrospective clinical data was gathered on men diagnosed with very low-risk PC (biopsy Gleason score  $<7$ ;  $\leq 3$  positive biopsy cores with  $\leq 25\%$  tumor involvement in each positive core; PSA  $< 10$ ng/dL; stage  $\leq cT2a$ ) between January 2012 and July 2017 in our department, and either included in the AS protocol or submitted to RP. Triggers for AS discontinuation were disease progression in re-biopsies; suspected PSA kinetics; patient's will. The following outcomes were analyzed: CSS, metastasis-free survival, postoperative functional outcomes.

**Results:** Sixty six (66) patients were included: 31 initially submitted to RP (group 1) and 35 included in the AS protocol (group 2). Mean age was  $65.6 \pm 5.2$  years old in group 1 and  $68.2 \pm 5.4$  years old in group 2. Mean initial PSA was  $7.8 \pm 2.7$  ng/dL vs  $6.3 \pm 3.9$  ng/dL in groups 1 and 2, respectively. In group 2, after a mean follow-up of  $44.5 \pm 26.9$  months, the reported discontinuation rate was 30.6% (11 cases, 4 of whom for Gleason progression after  $39.7 \pm 11.1$  months of AS). Radical prostatectomy was performed in 7 of these patients (two reported cases of reupstaging to pT3a ISUP group 2), and 2 received radiotherapy. In group 1 patients, histopathological analysis revealed an upgrade to ISUP group  $\geq 2$  in 13 cases (41.9%) comparing to biopsy. One patient died during surgery due to an acute myocar-

*dial infarction. Adjuvant radiotherapy was performed in 4 patients, and 3 received salvage RT for biochemical relapse. Regarding functional results after RP, 5 patients (16.1%) report some degree of stress urinary incontinence and 20 (64.5%) have erectile dysfunction. No cases of cancer-related mortality or metastatic disease were reported in both groups.*

**Discussion/Conclusions:** *AS is increasingly accepted as a solution to reduce insignificant prostate cancers' overtreatment morbidity. We report good results in our department's protocol, with a 30.6% discontinuation rate but only 4 cases triggered by disease progression. In patients initially submitted to RP, functional morbidity was induced in a not negligible proportion of patients, which could have been delayed or avoided by AS. However, an alarming 41.9% of cancers initially submitted to surgery were upstaged in RP specimen, also raising the need for an accurate initial staging so patients are safely selected for AS. The recent EAU guidelines regarding the utility of multiparametric MR will probably minimize some of these problems.*

## **Nº: 60**

### **NEOPLASIAS TESTICULARES BILATERAIS SÍNCRONAS**

Diogo Pereira; Raquel Catarino; Gabriel Costa; Tiago Correia; André Cardoso; Frederico Carmo Reis; Manuel Cerqueira; Rui Prisco  
*ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano*

**Introdução:** As neoplasias testiculares bilaterais são raras. A sua incidência varia entre 1 e 2%, sendo que a maioria é metácrona. Os fatores de risco para neoplasias do testículo bilaterais, síncronas ou metácrônicas, são semelhantes aos das neoplasias unilaterais. Apesar da orquidectomia parcial poder ser uma opção, a orquidectomia radical bilateral está recomendada no tratamento de neoplasias testiculares síncronas quando o tumor corresponde a mais do que 30% do volume testicular.

**Objetivos:** Apresentar três casos de neoplasias testiculares bilaterais síncronas.

**Material e métodos:** Foram analisadas retrospectivamente variáveis clínicas dos doentes diagnosticados com neoplasia do testículo no Hospital Pedro Hispano entre 2008 e 2019, e identificados os doentes com neoplasias testiculares bilaterais.

**Resultados:** Foram identificados 3 doentes com neoplasias testiculares bilaterais síncronas, sendo que nenhum doente apresentou neoplasia metácrona no testículo contralateral durante o período de seguimento. Todos foram submetidos a orquidectomia radical bilateral e fizeram quimioterapia adjuvante. Histopatologicamente, dois doentes apresentavam seminoma bilateral, enquanto um doente apresentava um seminoma num testículo e tumor de células germinativas misto no contralateral.

**Discussão:** Apesar de 65-75% dos tumores testiculares bilaterais serem metácrônicos, na nossa instituição, todos os casos recentemente diagnosticados foram síncronos. Torna-se importante fazer uma avaliação cuidadosa do testículo contralateral, e nos casos em que um procedimento poupador de tecido testicular não é possível deverão adoptar-se estratégias para uma gestão cuidadosa dos problemas do doente, tanto a nível oncológico como psicológico.

## **Nº: 61**

### **NEOFORMAÇÕES RENAI SÍNCRONAS COM HISTOLOGIA DISCORDANTE: UM CASO CLÍNICO**

Diogo Pereira; Raquel Catarino; Gabriel Costa; Tiago Correia; André Cardoso; Frederico Carmo Reis; Manuel Cerqueira; Prof. José Manuel Lopes; Rui Prisco  
*ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano, Hospital CUF Porto, IPATIMUP*

**Introdução:** O carcinoma de células renais representa 2-3% de todas as neoplasias. A incidência de tumores esporádicos mul-

tifocais é de 4-20% à data de diagnóstico, podendo estar associados a uma predisposição genética, ocorrendo estes bilateralmente com maior frequência. A histologia discordante em tumores multifocais pode ocorrer em até 30% dos casos.

**Objetivo:** Descrever um caso clínico de uma doente com múltiplas neoformações renais síncronas ipsilaterais com diferentes histologias.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de um caso clínico e sua descrição.

**Resultados:** Uma doente do sexo feminino com 49 anos foi orientada à consulta de Urologia por um achado incidental de duas neoformações renais à direita no âmbito do estudo de um quadro de hipertensão de novo associada a astenia. A ressonância magnética demonstrou uma massa com cerca de 5cm de máximo diâmetro no pólo superior do rim direito, com crescimento exofítico sem plano de clivagem com a glândula suprarrenal direita, sem segura exclusão de infiltração do músculo psoas, mostrou ainda uma lesão nodular com cerca de 1cm no pólo inferior do mesmo rim. A doente foi proposta para Nefrectomia Radical e Adrelectomia Laparoscópica que decorreu sem intercorrências. O resultado anatomopatológico demonstrou 3 neoformações: Perivascular *epithelioid cell tumor* (PEComa) de células fusiformes com envolvimento do tecido adiposo suprarrenal (pólo superior), carcinoma cromóforo (pólo inferior), tumor renomedular intersticial (terço médio).

**Discussão:** O PEComa é uma neoplasia mesenquimatosa composta por células epitelioides perivasculares. Habitualmente tem um comportamento benigno, mas estão descritos casos muito agressivos. O tumor renomedular intersticial é uma neoplasia benigna que provém das células medulares intersticiais. O carcinoma cromóforo, apesar de ser

uma entidade maligna, tem um prognóstico relativamente bom.

A possível coexistência de múltiplos tumores síncronos de diferentes histologias no mesmo rim é um fator importante a ter em conta na abordagem de neoformações renais.

## Nº: 62

### **THE IMPACT OF MILLIMETRIC RESIDUAL STONES AFTER ENDOUROLOGICAL PROCEDURES FOR TREATMENT OF KIDNEY CALCULI: A RETROSPECTIVE ANALYSIS**

Nuno Morais; Carla Ribeiro; Paulo Mota; João Torres; Sara Anacleto; Ricardo Rodrigues; Emanuel Dias; Carlos Oliveira; Mário Alves; Estêvão Lima

*Serviço de Urologia - Hospital de Braga*

**Introduction:** *The advent of minimally invasive surgical techniques has enabled the reduction of morbidity associated with surgical treatment of renal lithiasis. However, there is not a consensus on the best approach to residual stones, as it is known that these fragments have the potential to cause complications after elective procedures.*

**Objectives:** *The objective of this study is to evaluate the characteristics and the natural history of residual stones after percutaneous nephrolithotomy (PCNL) or flexible ureterorenoscopy (F-URS) for treatment of kidney calculi.*

**Materials and methods:** *Retrospective analysis of 369 patients submitted to endoscopic procedures for treatment of kidney stones. The presence and characteristics of residual fragments was accessed with follow-up radiologic exams and the occurrence of complications or the necessity of additional procedures were evaluated.*

**Results:** *The overall stone-free rate was 56.6% in F-URS and 60.9% in PCNL. The natural history of 239 patients with residual fragments was the spontaneous passage in 10.8% (26) of cases, 29.7% (71) developed new symptoms, 31.3% (75) had complications*

and 38.5% (92) required a new surgical procedure. The residual stones larger than 4mm had more complications ( $p<0.001$ ), more recurrence of symptoms ( $p=0.02$ ) and more additional surgeries ( $p<0.001$ ) than stones smaller than 4mm. However, there was not found a significant association in spontaneous passage of residual calculi and its size ( $<4\text{mm}$  vs  $>4\text{mm}$ ;  $p=0.305$ ). In the logistic regression models, the size of the residual fragments and the multi-calicial distribution were predictors of the development of new symptoms ( $p=0.005$  and  $p=0.016$ , respectively) and the need of surgical re-intervention ( $p<0.001$  and  $p=0.028$ , respectively). For each millimetre increase in size of the residual stone the chance of having a renal colic caused by a residual fragment increased by 8.7%. The location in the upper calyx, the multi-calicial distribution and the size of residual fragments were predictors of complications ( $p=0.034$ ,  $p=0.033$  and  $p<0.001$ , respectively).

**Conclusions:** Residual stones are a common scenario after endoscopic renal lithiasis procedures and have the potential to cause morbidity and complications, even in the case of small stones with  $<4\text{mm}$  of diameter. More studies with prospective and randomized design are necessary to confirm these findings.

## **Nº: 63**

### **KIDNEY TRANSPLANTATION FROM NON-HEART-BEATING DONORS (NHBD) AFTER EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION (ECMO) – ARE THE SURGICAL COMPLICATIONS DIFFERENT?**

Margarida Manso; Luís Pacheco-Figueiredo; Tiago Antunes-Lopes; João Silva; Gerardo Oliveira; Francisco Cruz; Paulo Dinis-Oliveira  
Centro Hospitalar Universitário São João - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introduction:** Kidney transplantation is a widely performed surgery, mostly with kidneys harvested from brain-death donors (BDD).

Despite being a very standardized procedure, surgical complications are expected, with the literature reporting values up to 25%. With increasing demand for organs, non-heart-beating donors (NHBD) have emerged as a new source of kidneys for transplantation. As the functional outcome of allograft from NHBD may be inferior in the short-term, it is not clear if it also influences the surgical complications.

**Objective:** To describe the surgical complications among patients submitted to kidney transplantation from NHBD after using extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) and to assess their potential determinants.

**Materials and methods:** From January 2016 to December 2018, 58 kidneys were implanted from NHBD (Maastricht classes IIa and IIb) after using extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). Cumulative incidence of surgical complications at 12 months was calculated within this population, stratified by vascular, wound-related, lymphocele and infection subgroups; Clavien-Dindo classification was also applied to grade the severity of the complications. Potential determinants (donor and recipient gender and age, ischemia times) for those outcomes were investigated using binary logistic regression.

**Results:** After a median follow-up of 23 months, 22 (37.9%) patients presented surgical complications, despite only 12 (20.7%) corresponded to a Clavien-Dindo grade higher than I. The complications were vascular in 10 (45.5%) cases, 6 (27.3%) wound-related, there were 3 (13.6%) lymphoceles and 3 (13.6%) allograft infections. The vascular complications were mostly thrombosis (conducting to graft loss in five cases) and one renal artery pseudoaneurysm (solved by embolization). The wound-related problems were dehiscences (closed by second intention in two cases and with necessity for surgical

closure in one case). The lymphoceles were managed expectantly in one case, drained percutaneously in other and with laparoscopic peritoneal window in the remaining). The all three cases of graft infection lead to nephrectomy. Early allograft nephrectomy occurred in 8 patients (13.8%). Regarding potential determinants of surgical complications, female donor revealed a statistically significant association with a higher risk of surgical complications, although not evident concerning the receptor gender. Donor and recipient ages did not affect the surgical outcome. Similarly, warm and cold ischemia times did not correlate to outcome, however there was an association between increasing time in ECMO and surgical complications.

**Discussion and Conclusion:** More than one third of our patients submitted to kidney transplantation with grafts from NHBD developed surgical complications (although only approximately one fifth with a severity grade higher than I), being the majority of them vascular. The reason for such percentage is still not clear and further studies will try to investigate it. Nevertheless, renal transplantation from NHBD is a valuable option, allowing more patients to benefit from successful organ transplantation in this time of organ shortage, improving the balance between patients waiting for transplant and available kidneys.

**Nº: 64**

**a1A-ADRENERGIC RECEPTOR ANTAGONISM IMPROVES ERECTILE AND CAVERNOSAL RESPONSES IN RATS WITH CAVERNOUS NERVE INJURY AND ENHANCES NEUROGENIC RESPONSES IN HUMAN CORPUS CAVERNOSUM FROM PATIENTS WITH ERECTILE DYSFUNCTION SECONDARY TO RADICAL PROSTATECTOMY**

La Fuente J.M. MD, PhD<sup>1</sup>; Nuno L. MD<sup>1</sup>;  
Juan I. Martínez-Salamanca MD, PhD<sup>2</sup>;  
E Martínez-Salamanca, LT<sup>3</sup>; Argentina Fernández, LT<sup>3</sup>;  
Pepe-Cardoso J., MD<sup>4</sup>; Joaquín Carballido, MD, PhD<sup>3</sup>;  
Angulo J., PhD<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Hospital Santo Antonio, Porto, Portugal; <sup>2</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Spain; <sup>3</sup>Servicio de Histología-Investigación, Unidad de Investigación Cardiovascular Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain; <sup>4</sup>Serviço de Urologia. Hospital Fernando da Fonseca, Amadora-Sintra, Portugal

**Introduction:** Erectile Dysfunction pos- Radical Prostatectomie (ED-RP is typically attributed to injury to the CNs that provide most of the autonomic input to the erectile tissue. Recent results obtained in our laboratory have shown that neurogenic contractile responses (adrenergic) are increased in corpus cavernosum (CC) from rats after CN injury (CNI) and in cavernosal tissues from men with ED-RP. This is parallel to a profound impairment of neurogenic relaxant responses (nitrgenic) that result in a marked imbalance in the neurogenic control of penile smooth muscle tone favoring contractile input over relaxant drive, thus antagonizing the erection process.

In addition, adrenergic stimulation inhibits nitric oxide (NO) release from nitrgenic nerve terminals through activation of pre-synaptic ARs. Therefore the adrenergic system antagonizes neurovascular processes leading to erection.

**Aim:** To evaluate the modulation of the a-a-drenergic system as a strategy to relieve erectile dysfunction (ED) and functional ca-

vernosal alterations induced by CNI.

**Material and methods:** A non-selective  $\alpha$ -blocker (phentolamine 1 mg/kg daily), a selective  $\alpha$ 1-blocker (silodosin [SILOD] 0.1 mg/kg daily), or vehicle was orally administered for 4 weeks after bilateral crush CNI (BCNI). Erectile and neurogenic responses of the corpus cavernosum (CC) were evaluated. The acute effects of SILOD also were evaluated in vivo (0.03 mg/kg intravenously) and ex vivo (10 nmol/L). The effects of SILOD and tadalafil (TAD) on nitroergic relaxations were determined in human CC from patients with ED with a vascular etiology or ED secondary to RP.

**Main outcome measures:** Erectile responses in vivo in rats and neurogenic contractions and relaxations of rat and human CC.

**Results:** Long-term treatment with SILOD significantly improved erectile responses and allowed for the potentiation of erectile responses by acute treatment with TAD (0.3 mg/kg intravenously) in rats with BCNI. SILOD partly recovered nitroergic relaxations and normalized neurogenic contractions in CC from rats with BCNI. Long-term treatment with SILOD partly prevented BCNI-induced decreases in neuronal nitric oxide synthase expression. Acute administration of SILOD (0.03 mg/kg intravenously) improved erectile responses in vivo and potentiated nitroergic relaxation and decreased neurogenic contractions ex vivo in CC from rats with BCNI. In human CC from patients with ED with a vascular etiology, TAD (30 nmol/L), SILOD (10 nmol/L), or their combination increased nitroergic relaxations.

Potentiation by TAD was lost in human CC from patients with ED after RP but was recovered after co-treatment with SILOD.

**Conclusion:**  $\alpha$ -Adrenergic modulation, especially selective  $\alpha$ 1A-blockade, improves erectile and cavernosal functions after BCNI. Modulation of the adrenergic system, mainly

in combination strategies, could have a role in the management of ED after RP.

## Nº: 65

### **ACTIVATION OF L-CYSTEINE / H2S PATHWAY INVOLVES HYPERPOLARIZATION AND GUANYLYL GICLASE STIMULATION IN HUMAN CORPUS CAVERNOSUM AND PENILE ARTRIES. INTERFERENCE WITH NO / GMPc PATHWAY**

La Fuente J. M.<sup>1</sup>; Nuno L.<sup>1</sup>; Martinez Salamanca J. I.<sup>2</sup>; Cuevas P.<sup>3</sup>; Fernandez A.<sup>3</sup>; Rolo F.<sup>4</sup>; Angulo J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santo Antonio, Porto, Portugal; <sup>2</sup>Hospital Puerta de Hierro, Madrid, Spain; <sup>3</sup>Hospital Ramon y Cajal, Histologia-Investigacion, Madrid, Spain;

<sup>4</sup>Hospital Universidade de Coimbra, Portugal

**Introduction:** Sexual stimulation causes relaxation of trabecular smooth muscle and dilation of human penile resistance arteries within the corpus cavernosum.

Nitric oxide / cGMP pathway is key for smooth muscle relaxation and blood flow increase into the corpora cavernosa. However, alternative relaxation pathways have been demonstrated to be functional in human penile smooth muscle (prostanoids-cAMP, hyperpolarizing factor, ...).

Modulation of these alternative pathways could have a marked interest in the management of ED in case of inadequate response of human penile smooth muscle to NO/cGMP pathway.

Formerly considered a toxic gas, hydrogen sulfide (H2S) has been recently demonstrated to be a gas-transmitter with vasodilatory anti-inflammatory, anti-oxidant and anti-inflammatory activities and capacity to relax human corpus cavernosum. H2S is endogenously formed from the aminoacid, L-cysteine, has been demonstrated to relax human corpus cavernosum.

**Objectives:** 1 - Evaluate the impact of ED on relaxation induced by H2S signaling in human corpus cavernosum and penile resistance arteries.

2 - Evaluate H<sub>2</sub>S signaling pathway in human penile tissue, mainly when associated to pathological situations such as hypertension and diabetes.

**Aim:** The aim of this work was to characterize physiological pathways involved in relaxation of human corpus cavernosum (HCC) and vasodilatation of penile resistance arteries (HPRA) induced by H<sub>2</sub>S/L-cysteine pathway.

**Material and methods:** HCC and HPRA were obtained from organ donors without ED and from impotent diabetic and non diabetic men at the time of penile prosthesis insertion after giving informed consent.

Strips of corpus cavernosum tissue (3 x 3 x 7 mm) were immersed in 8 ml organ chambers containing physiological salt solution (PSS) and relaxation responses were evaluated by cumulative additions of compounds to the chambers.

Helicine arteries (lumen diameter 150-400 µm), which are the terminal branches of deep penile arteries, were dissected by carefully and arterial ring segments (2 mm long) were mounted on two myographs for isometric tension recordings. The vessels were allowed to equilibrate for 30 min in PSS at 37° C.

Protocols were approved by the Ethics Committees at the Hospitals where the tissues were collected

**Results:** Relaxation caused by exposure of HCC to the stable donor of H<sub>2</sub>S, NaSH (300 µM) (87.4±2.2%) was unaffected by the treatment with the K<sub>ATP</sub> channel inhibitor, glibenclamide (10 µM) or the NO Synthase inhibitor, L-NAME (100 µM). Depolarization contraction with high K<sup>+</sup> or inhibition of Na / K-ATPase with ouabain (1 µM) inhibited NaSH-induced relaxation (38.2±4.1% and 44.1±3.3%, respectively). However, inhibition of soluble guanylyl cyclase (sGC) with ODQ (20 µM) also reduced relaxation to NaSH (47.6± 9.5%).

ODQ also inhibited relaxation caused by the precursor of H<sub>2</sub>S, L-cysteine (300 µM), in HCC (16.7±1.8%) vs 43.6±4.7%). Inhibition of sGC also reduced vasodilatation to both NaSH (30.6±8.2% vs 65.4±4.4%) and L-cysteine (17.5±4.7% vs 48.2±9.8%) in HPRA. Removal of the endothelium did not change maximal relaxation to L-cysteine (11.4±6.2% vs 69.2±9.9%).

Pretreatment with L-cysteine (30 µM) caused potentiation of relaxation to acetylcholine (EC<sub>50</sub> 0.07±0.06 vs 0.74±0.52 µM) and sildenafil (EC<sub>50</sub> 0.59±0.36 vs 11.43± 4.69 M) in HPRA.

**Conclusions:** 1. Relaxation caused by L-cysteine/H<sub>2</sub>S pathway in HCC and HPRA involves hyperpolarization and sGC stimulation.

2. Relaxations induced by NaHS are impaired in HCC from patients with ED - having or not diabetes.

3. In HPRA, a significant impairment of NaHS-induced relaxations is only found in patients with diabetic

## Nº: 66

### **DO ALL PATIENTS WITH SUSPICIOUS PROSTATE CANCER NEED MULTIPARAMETRIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING BEFORE PROSTATE BIOPSY?**

Sara Anacleto; Joana Aberto; Emanuel Dias; Beppe Caló; Paulo Mota; João Torres; Nuno Morais; Pedro Passos; Agostinho Cordeiro; Ugo Falagarro; Estêvão Lima

Serviço de Urologia - Hospital de Braga; Urology and Renal Transplantation Unit - University of Foggia, Italy.

**Introduction:** Multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) is a promising tool to diagnose prostate cancer but its cost is not negligible. In order to avoid unnecessary costs and minimize time to diagnosis, it is necessary to establish which patients benefit from doing mpMRI prior to prostate biopsy (PB).

**Objectives:** Our aim is to test if mpMRI still

*predicts prostate cancer (PCa) and clinically significant prostate cancer (csPCa) in patients with high clinical suspicion of cancer, defined as prostate specific antigen (PSA) >10ng/ml, PSA-Density (PSAD) >0.15ng/ml/cc or suspicious digital rectal examination (DRE).*

**Materials and methods:** *We retrospectively collected data on 594 patients who underwent transrectal ultrasound-guided PB at the Urology Department of Hospital de Braga from January 2017 to July 2018. From these, 206 patients who underwent mpMRI were selected. mpMRI results were classified using Prostate Imaging Reporting and Data System (PI-RADS) version 2. In primary analysis, Chi-Squared and Fisher's-Exact Tests were used to evaluate the association of mpMRI with PCa and csPCa. Stratification of this model for low versus high clinical suspicion of cancer, defined by different PSA and PSAD cutoffs and DRE, was then performed.*

**Results:** *In primary analysis and overall, mpMRI was predictive of PCa and csPCa ( $p < 0.001$ ). In stratified analysis, we found that in patients with high clinical suspicion of cancer (PSA >10ng/ml and PSAD >0.15ng/ml/cc), mpMRI was still significantly associated with PCa ( $p=0.004$  and  $p < 0.001$ , respectively) and csPCa ( $p < 0.001$ ). In men with suspicious DRE, however, mpMRI was no longer predictive of PCa nor csPCa ( $p=0.168$  and  $p=0.571$ , respectively).*

**Conclusions:** *mpMRI is still useful in predicting csPCa in patients with PSA >10ng/ml and PSAD >0.15ng/ml/cc. In patients with suspicious DRE though, mpMRI might be no longer useful in the prediction of cancer, since almost all men will have csPCa.*

**Nº: 67**

### **HAEMOSTATIC SEALANTS IN TUBELESS PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY: A MULTICENTRE EXPERIENCE**

Beppe Caló; Sara Anacleto; Emanuel Carvalho-Dias; Nuno de Sousa Morais; Joao Nuno Torres; Giovanni Silecchia; Francesca Fortunato; Riccardo Autorino; Luigi Cormio; Estêvão Lima  
*Urology and Renal Transplantation Unit - University of Foggia, Italy; Serviço de Urologia - Hospital de Braga; Division of Urology, Department of Surgery - VCU Health, Richmond, USA; Department of Epidemiology -University of Foggia, Italy*

**Introduction:** *The current European Association of Urology guidelines recommend as "strong" to perform a tubeless or totally tubeless percutaneous nephrolithotomy (PCNL), but data from clinical practice show that there is not common agreement on the best exit strategy after PCNL.*

*In this setting is debated the need of seal the nephrostomy tract with appropriate haemostatic glues to make the return to the patient's daily life safer and faster. Haemostatic sealants were increasingly utilized in order to prevent bleeding and urinoma, but the necessity of these sealants has not been demonstrated.*

**Objectives:** *To compare the efficacy and safety of sealed versus unsealed nephrostomy tract after tubeless percutaneous nephrolithotomy (PCNL).*

**Materials and methods:** *We analysed our multi-centre prospectively maintained PCNL database. Five hundred and thirteen patients with nephrolithiasis treated with PCNL (26-30 Fr) were reviewed regarding the type of PCNL (standard or tubeless) and use of sealants to close the nephrostomy tract.*

*The primary end points were haemorrhagic complications rate, haemoglobin (Hb) loss and the blood transfusions rate. The secondary end points were overall complications rate, post-operative hospital stay and stone free rate. Univariate and multivariate analysis were per-*

formed to identify the correlation between use of haemostatic sealant and outcomes.

**Results:** Among 400 eligible patients, 191 had a sealed (Group A) and 209 had an unsealed procedure (Group B). Even if there was difference in the haemorrhagic complications rate (9.9% Group A vs 30.1% Group B,  $p < 0.0001$ ), there was no difference in median Hb loss (1.79 vs 1.80 g/dl, [ $p = 0.4950$ ] in Group A and B, respectively), and in blood transfusion rates (4.2% vs 3.8%;  $p = 0.861$ ). Lower rate in overall complications was observed in Group A (37.2% vs 62.2%;  $p < 0.0001$ ).

Post-operative hospital stay was longer in Group B (3.58 vs 4.92 days,  $p = 0.0001$ ).

Multivariate logistic regression analysis showed that none of the outcomes was significantly associated to sealant use.

**Conclusion:** Haemostatic agents probably do not represent a needed tool to decreasing the bleeding complications or improving the outcomes of tubeless PCNL.

## Nº: 68

### ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA DE ALTO RISCO EM DOENTE HIPOCOAGULADO: IATROGENIA CATASTRÓFICA

João Ascensão; Luísa Alves; Catarina Gameiro;  
João Marcelino  
Hospital Beatriz Ângelo

**Introdução:** A abordagem terapêutica em doentes hipocoagulados com adenocarcinoma da próstata localizado deve ser individualizada. Apresentamos o caso de um homem hipocoagulado por prótese aórtica mecânica, cuja biópsia prostática resultou numa grave complicação hemorrágica, tendo posteriormente sido tratado com radioterapia externa (RTE). Cinco anos após a conclusão do tratamento é admitido por cistite hemorrágica.

**Objectivo:** Análise de um caso de cistite hemorrágica em doente hipocoagulado por prótese aórtica mecânica, submetido a RTE por adenocarcinoma da próstata.

**Materiais e métodos:** Análise do processo clínico do doente no Hospital Beatriz Ângelo.

**Resultados:** Um homem de 67 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes tipo 2 e síndrome da apneia obstrutiva do sono, e hipocoagulado com varfarina por prótese aórtica mecânica, foi diagnosticado com adenocarcinoma da próstata Gleason 7 (3+4), cT2cN0M0, em Junho de 2012. Na sequência da biópsia prostática transrectal teve choque hemorrágico com necessidade de suporte transfusional, tamponamento cirúrgico e internamento em unidade de cuidados intensivos. Realizou posteriormente RTE e seis meses de bloqueio androgénico completo atingindo PSA nadir de 0,12ng/mL em Setembro de 2015. Por queixas de proctite e cistite rádicas 4 e 5 anos após conclusão da RTE, iniciou oxigenoterapia hiperbárica em Abril de 2018. É admitido em Maio de 2018 por hematúria macroscópica com queda de 6g/dL no valor da hemoglobina. Ao 38º dia de internamento é submetido a cistoprostatectomia radical de salvação. Ao 15º dia de pós-operatório é submetido a relaparotomia exploradora por deiscência de anastomose uretero-ileal e suspeita de deiscência da anastomose ileo-ileal. O doente acabou por falecer ao 58º dia de internamento, 5 dias após relaparotomia. A histologia confirmou cistite rádica sob forma de cistite hemorrágica com numerosas ulcerações, sem tecido de neoplasia.

**Discussão:** O risco de toxicidade hemorrágica em doentes hipocoagulados submetidos a radioterapia externa é significativamente superior, pelo que muitas vezes o tratamento cirúrgico pode ser mais indicado. Quando se opta por cirurgia em doentes hipocoagulados está recomendado bridging para heparina de baixo peso molecular. A hemorragia peri-operatória pode ter uma abordagem potencialmente mais eficaz do que as disponíveis para o tratamento da cistite rádica.

**Nº: 69**

## **TOCILIZUMAB: LESÕES ULCERADAS DO PÊNIS EM DOENTE SOB IMUNOTERAPIA POR POLIMIALGIA REUMÁTICA**

João Ascensão; Luísa Alves; Catarina Gameiro;

João Marcelino

*Hospital Beatriz Ângelo*

**Introdução:** Nos últimos 20 anos, a introdução e desenvolvimento de terapêuticas biológicas através de factores de crescimento, citocinas, anticorpos monoclonais e outras proteínas tem revolucionado o tratamento de várias doenças inflamatórias e neoplásicas. O tocilizumab é um anticorpo humanizado anti receptores de IL-6 utilizado no tratamento de artrite reumatóide, artrite idiopática juvenil e doença de Castleman, embora a sua utilização possa ser alargada a várias doenças inflamatórias sistémicas. As complicações mais frequentes são infecciosas e a probabilidade de desenvolver uma infecção grave aumenta em doentes com mais de 65 anos, diabéticos ou sob corticoterapia. Apresentamos o caso de um doente com lesões ulceradas do pénis após 10 meses de tratamento com tocilizumab por polimialgia reumática.

**Objectivo:** Descrição de um caso de lesão iatrogénica do pénis na sequência de imunoterapia por polimialgia reumática.

**Materiais e métodos:** Análise do caso clínico de um doente seguido em consulta de Urologia no Hospital Beatriz Ângelo.

**Resultados:** Homem de 66 anos, com antecedentes de hipertensão e polimialgia reumática é encaminhado a consulta por lesões ulceradas no sulco balano-prepucial com 5 e 3mm, suspeitas de neoplasia do pénis. Dez meses antes do início dos sintomas começou tratamento para polimialgia reumática com tocilizumab em associação com prednisolona. Foi tratado conservadoramente com acetonido de fluocinolona tópico e suspensão de imunoterapia, com desaparecimento das lesões após 3 meses.

**Discussão e conclusões:** A imunoterapia com recurso a anticorpos monoclonais tem vindo a desenvolver-se nas últimas décadas e tem um papel cada vez mais importante no tratamento de doenças inflamatórias sistémicas e principalmente no doente oncológico. Este tipo de terapêuticas altamente selectivas resulta numa menor toxicidade sistémica para o doente, devendo o clínico estar alerta para algumas complicações de diagnóstico nem sempre imediato.

**Nº: 70**

## **CATETER URETÉRICO DUPLO J ABERTO-ABERTO: SERÁ MAIS SEGURO QUE O CATETER ABERTO-FECHADO?**

Ana Marinho; Pedro Simões; Edgar Tavares Silva; Paulo Azinhais; Belmiro Parada; Edson Retroz; Henrique Dinis; Lorenzo Marconi; Luís Sousa; Paulo Temido; Pedro Moreira; Pedro Nunes; Arnaldo Figueiredo

*Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução/Objetivo:** Os cateteres uretéricos são amplamente usados em procedimentos urológicos para drenagem do trato urinário alto para tratar infeção, dor ou obstrução. Contudo, estão associados a morbilidade significativa como infeção, hematúria e sintomas do trato urinário inferior (LUTS) incapacitantes. A minimização destes efeitos adversos é um objetivo na idealização de novos cateteres uretéricos. O objetivo deste estudo foi comparar a taxa de complicações de cateteres uretéricos duplo J de extremidades aberta-aberta (AA) e aberta-fechada (AF).

**Material e métodos:** Foi realizado o estudo retrospectivo de 432 doentes submetidos à colocação de cateter duplo J. Todos recorreram ao serviço de urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018. A amostra populacional analisada era formada por 215 mulheres (49,8%) e 217 homens (50,2%). A

idade média foi de 57 anos (20-98 anos). Recorreu-se a cateter duplo J AA em 191 casos (44,2%), enquanto que o cateter AF foi usado em 241 doentes (55,8%). O tempo médio de cirurgia foi de 17,8 minutos (2-75) e o tempo médio de internamento foi de 3,7 dias (1-40). Foi colocado um cateter de 4,8 Ch em 7 casos (1,6%); 6 Ch em 341 casos (78,9%); 7 Ch em 33 casos (7,6%); 9 Ch em 2 casos (0,5%) e em 49 casos não foi registado o tamanho do cateter.

Recorreu-se ao teste de independência Qui<sup>2</sup> para avaliar a associação entre o tipo de cateter e a ocorrência de complicações. Aplicou-se o teste t-student de amostras independentes para comparar variáveis numéricas relativas a cada tipo de cateter.

**Resultados:** Registou-se pelo menos uma complicação em 110 doentes após a colocação do cateter uretérico duplo J (25,5%); 20 casos de cistite que motivaram a ida ao serviço de urgência (4,6%); 28 pielonefrites associadas ao cateter (6,5%); 11 casos de exteriorização do cateter (2,5%); 24 casos de hematúria macroscópica (5,6%); 46 casos de LUTS de armazenamento com necessidade de recorrer ao serviço de urgência e prescrição de fármacos para alívio sintomático (10,6%) e 4 casos de fístula urinária (0,9%). Ocorreu pelo menos uma complicação em 61 doentes nos quais foi colocado o cateter duplo J AF (61/110) e em 49 indivíduos submetidos à colocação do cateter AA (49/110). Relativamente ao cateter AF verificaram-se 11 casos de cistite (11/20); 10 casos de pielonefrite aguda associada ao cateter (10/28); 11 casos de hematúria (11/24); 27 casos de LUTS de armazenamento que motivaram a ida à urgência (27/46); 9 casos de exteriorização do cateter (9/11) e 2 casos de fístula urinária (2/4). Quanto ao cateter AA, ocorreram 9 casos de cistite (9/20); 18 casos de pielonefrite aguda (18/28); 13 casos de he-

matúria (13/24); 19 casos de LUTS (19/46); 2 casos de exteriorização do cateter (2/11) e 2 casos de fístula urinária (2/4).

Não se verificou associação entre o tipo de cateter uretérico duplo J e a ocorrência de complicações ( $p=0,935$ ), incluindo cistite ( $p=0,942$ ), hematúria ( $p=0,312$ ) ou LUTS incapacitantes ( $p=0,674$ ). Apenas a ocorrência de pielonefrite aguda se relacionou com o tipo de cateter utilizado visto que as variáveis não foram independentes ( $p=0,027$ ). Contudo, concluiu-se que a associação entre a colocação de duplo J AA e a ocorrência de pielonefrite foi muito fraca ( $\Phi=0,106$ ).

O tempo médio de internamento não diferiu consoante o cateter usado ( $p=0,921$ ). No entanto, o tempo médio de cirurgia foi diferente conforme o tipo de cateter ( $p<0,01$ ). A colocação de cateter AA demorou, em média, 22,83 minutos, enquanto que para o cateter AF se despendeu 13,76 minutos.

**Discussão/Conclusão:** Nesta série o tempo para a colocação de um cateter uretérico duplo J AA foi significativamente superior ao da colocação de um cateter AF. Por outro lado, a taxa de complicações foi similar para os dois tipos de duplo J. Consequentemente, a escolha do tipo de cateter uretérico duplo J, AA ou AF, pode ser realizada de forma segura de acordo com a preferência do cirurgião.

## Nº: 71

### HEMANGIOBLASTOMA PERIFÉRICO DO RIM – DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Mariana Madanelo<sup>1</sup>; Carlos Ferreira<sup>1</sup>; Maria Alexandra Rocha<sup>1</sup>; José Ramon<sup>2</sup>; Avelino Fraga<sup>1</sup>; Miguel Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto; <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário do Porto

**Introdução:** O hemangioblastoma é um tumor vascular benigno, que ocorre, maioritariamente, no Sistema Nervoso Central (SNC). Apenas um número inferior a 250 heman-

gioblastomas foram reportados, até à data, fora do SNC. Estes casos podem ocorrer em nervos periféricos, retroperitoneu, pele, fígado, rim, supra-renal ou bexiga, existindo pouca informação sobre as suas características clínicas, patológicas e imunohistoquímicas. Em 25% dos casos, estes tumores estão relacionados com a doença de Von-Hippel-Lindau (VHL).

**Caso clínico:** Doente de 62 anos, sexo masculino, avaliado em Consulta Externa de Urologia por uma massa renal esquerda, nodular, exofítica, de aspeto bilobulado, com cerca de 47mm de maior eixo. Esta massa foi descoberta em tomografia computadorizada (TC), realizada no contexto de dor lombar esquerda. Não existia mais nenhuma sintomatologia associada, nomeadamente, hematúria.

Foi submetido a uma nefrectomia parcial laparoscópica transperitoneal, cuja peça foi enviada para análise anátomo-patológica. Ao corte, foi identificada uma lesão renal com 4.5 x 3 x 3 cm, de aspeto necrosado, carnudo avermelhado, com áreas compactas esbranquiçadas. Histologicamente, a lesão apresentava abundante componente vascular e o índice mitótico era extremamente baixo. No estudo imunohistoquímico, as células neoplásicas apresentavam imunorreatividade para proteína S100 e inibina.

Tendo em conta a relação existente entre hemangioblastomas e doença de VHL, foi pedida a sequenciação deste gene. O doente não apresentava outra sintomatologia, característica desta síndrome, nem antecedentes familiares relevantes. O resultado foi negativo para as mutações mais comuns.

Por conseguinte, trata-se de um hemangioblastoma periférico do rim esporádico, não associado a doença de VHL.

Após um ano de seguimento, o doente encontra-se bem, sem qualquer evidência de recidiva ou metastização.

**Discussão:** Os hemangioblastomas periféricos do rim são entidades raras e, como tal, o diagnóstico pode, facilmente, passar despercebido ou ser confundido com outras entidades. Pela sua riqueza vascular e pela atipia nuclear, podem mimetizar entidades como o carcinoma de células renais (CCR), o angio-mioliopoma epitelióide, o carcinoma da supra-renal ou o feocromocitoma. Existem algumas características morfológicas típicas: tumores bem circunscritos, poucas figuras mitóticas, atipia celular, abundante componente vascular. No entanto, estas características podem também estar presentes nos CCR e, como tal, só se conseguem distinguir estas entidades pelo perfil imunohistoquímico. Os hemangioblastomas apresentam imunorreatividade para proteína S100 e inibina, contrariamente aos CCR.

**Conclusão:** A incidência dos hemangioblastomas renais pode estar subestimada pela dificuldade que existe no seu diagnóstico histológico. Por conseguinte, torna-se importante considerar esta hipótese diagnóstica para que não se estabeleça um diagnóstico incorreto de malignidade.

## Nº: 72

### QUAL É O IMPACTO DO TEMPO DECORRIDO ENTRE A BIÓPSIA E A PROSTATECTOMIA RADICAL?

Nuno Ramos; Vanessa Metrogos;  
Alexandre Macedo; João Paulo Rosa;  
Miguel Carvalho  
*Hospital Garcia de Orta*

A Prostatectomia Radical (PR) é o *gold standard* no tratamento do Carcinoma da Próstata localizado. O tempo decorrido entre a biópsia e a PR pode variar, não só pelas listas de espera cirúrgicas, como também pelas várias modalidades terapêuticas existentes, dificultando a escolha do paciente. A influência no prognóstico do atraso entre a biópsia e tratamento cirúrgico não é totalmente conhe-

cido. Se por um lado é aceitável um tempo de espera maior nos tumores de baixo risco, pelo seu carácter indolente, nas situações de risco intermédio e alto risco, os resultados são controversos.

**Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo avaliar se o tempo decorrido entre a biópsia prostática e a PR tem impacto na recorrência bioquímica.

**Métodos:** Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes diagnosticados com carcinoma da próstata e submetidos a prostatectomia radical, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016, no nosso serviço. Foram avaliadas as características clínicas dos doentes, o tempo decorrido entre a biópsia e a PR, assim como, os fatores anatomopatológicos da biópsia prostática e da peça cirúrgica, tendo sido correlacionados com a recorrência bioquímica (RB). A sobrevivência livre de RB foi calculada através da análise de Kaplan-Meier. O efeito do tempo decorrido entre a biópsia e a PR foi avaliado pelo modelo de regressão de Cox, nas diferentes categorias de risco de D'Amico.

**Resultados:** A amostra analisada é constituída por 107 pacientes, com idade média de 63 anos e PSA médio prévio à biópsia de 7,8 ng/mL. O tempo médio decorrido entre a biópsia e a realização da PR foi de 113 dias. Na biópsia prostática, 66,4% dos casos apresentavam *score* de Gleason 6, 30,9% Gleason 7 e 2,7% Gleason  $\geq$  8. Em relação às categorias de risco da D'Amico, 60,7% dos tumores eram de risco baixo, 27,1 % risco intermédio e 12,2% risco alto. Analisando as características anatomopatológicas da peça operatória, observou-se invasão tumoral das vesículas seminais em 6,5%, doença ganglionar em 9,3% e margens cirúrgicas positivas em 27,1% dos casos, sendo estas multifocais em 12,2%. Quando comparado o *Score* de Gleason da biópsia prostática com o da peça

operatória observou-se *upgrade* em 24,2% dos casos. Durante o *follow-up* dos doentes, registou-se RB em 24,3% dos casos. As características clínicas e anatomopatológicas foram estratificadas em função do tempo decorrido entre a biópsia e a PR ( $<90$  e  $\geq 90$  dias), existindo significância estatística na amostra, em relação ao *upgrade do Score* de Gleason ( $p=0.039$ ) e em relação às margens cirúrgicas positivas (unifocal vs multifocal) ( $p=0.033$ ). Por outro lado, não houve relação estatística entre o tempo decorrido para a PR e a RB (hazard ratio [HR] = 0.99; 95% CI: 0.98–1.005;  $p=0.353$ ), mesmo quando avaliado em função das diferentes categorias de risco de D'Amico. As curvas de Kaplan-Meier, com avaliação da sobrevivência livre de RB, não revelaram diferença em função do tempo decorrido entre a biópsia e a PR ( $p=0.81$ )

**Conclusões:** Este estudo revela que o tempo decorrido entre a biópsia prostática e a PR, apesar de estar relacionada com fatores anatomopatológicos adversos (*upgrade do score* de Gleason e margens cirúrgicas positivas multifocais) não parece influenciar a RB. Estes resultados deverão ser confirmados com um estudo prospetivo.

## Nº: 73

### TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO REFLUXO VESICoureTERAL. A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Nuno Ramos; Aline Silva; Sara Rodrigues; Fátima Alves; Dinorah Cardoso; Vanda Vital; Rui Alves

*Hospital Garcia de Orta; Hospital Dona Estefânia*

**Introdução:** O refluxo vesicoureteral (RVU) é a anomalia nefrourológica mais frequente na população pediátrica, com uma prevalência estimada em 1%. O diagnóstico precoce e a vigilância atenta são princípios fundamentais do seu tratamento. Não existe, contudo, uma estratégia terapêutica única para o RVU e a escolha deve ser individualizada. Nos últimos

anos, a cirurgia endoscópica tem apresentado uma popularidade crescente ao estabelecer um bom compromisso entre segurança e eficácia.

**Objetivos:** Avaliar a efetividade e morbidade da correção endoscópica do RVU num hospital pediátrico terciário.

**Material e métodos:** Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes diagnosticados com RVU e submetidos a tratamento endoscópico, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016, pela Unidade de Urologia Pediátrica do Hospital Dona Estefânia. O grau de RVU foi classificado de I a V de acordo com os critérios definidos pelo *International Reflux Study Committe* (1981). Através da análise do processo clínico dos doentes, foi avaliado o género, idade, infeção do trato urinário prévia, método de diagnóstico de RVU e grau do RVU. Foi também avaliado o sucesso clínico da terapêutica endoscópica, as complicações associadas, com pesquisa dos casos em que persistiu o RVU assim como, da terapêutica utilizada nestes casos e o seu resultado.

**Resultados:** No período estudado, 182 doentes foram submetidos a correção endoscópica do RVU, contudo 52 foram excluídos por não apresentarem dados suficientes no processo clínico. Foram incluídos no presente estudo 130 doentes (66 sexo masculino e 64 sexo feminino), com idade média de 43.7 meses. O diagnóstico de RVU foi realizado em 72.3% dos casos recorrendo a uretrocistografia miccional e em 27.7% a cistografia radioisotópica. O RVU era unilateral em 46.9% dos doentes e bilateral em 53.1%, comprometendo assim 198 ureteres (109 lado esquerdo e 89 direito). Vinte cinco doentes apresentavam casos complexos (17 com duplicidade, 3 com válvulas da uretra posterior, 3 com rim único). O RVU era de grau I em 5.5%, grau II em 22.7%, grau III em 31.8%, grau IV em 27.8 e V em 12.1%. Cerca de

81% dos doentes apresentaram infeção do trato urinário previamente à cirurgia. Quando avaliado a terapêutica utilizada, em 45.4% dos casos foi usado Macroplastique® e em 54.6% Deflux.® Durante o *follow up*, apenas 8.5% (11) de doentes obtiveram complicações, a maioria infeção do trato urinário. O sucesso clínico foi confirmado em 80% (104) dos doentes. Os restantes 20% (26) foram submetidos a um segundo procedimento (20 endoscópico e 6 reimplantação ureteral). Os 20 doentes que foram submetidos a um segundo procedimento endoscópico não tiveram complicações e foram todos considerados um sucesso clínico.

**Conclusão:** O tratamento endoscópico com injeção de um agente de volume é uma opção adequada para RVU, com uma taxa de sucesso de até 80% na primeira intervenção. O procedimento é adequado para RVU simples e complexo, unilateral ou bilateral e de todos os graus.

## Nº: 74

### RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA NO TRANSPLANTADO RENAL: FATORES PREDITIVOS E IMPACTO NA FUNÇÃO DO ENXERTO

Ana Marinho<sup>1</sup>; Pedro Simões<sup>1</sup>; Carlos Alberto Bastos<sup>1</sup>; António Roseiro<sup>1</sup>; Belmiro Parada<sup>1</sup>; Edgar Tavares Silva<sup>1</sup>; Edson Retroz<sup>1</sup>; Francisco Rolo<sup>1</sup> Lorenzo Marconi<sup>1</sup>; Pedro Moreira<sup>1</sup>; Pedro Nunes<sup>1</sup>; Vitor Dias<sup>1</sup>; Catarina Romãozinho<sup>2</sup>; Lídia Santos<sup>2</sup>; Arnaldo Figueiredo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

<sup>2</sup>Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução/Objetivo:** A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é frequente em idosos com doença renal crónica. Embora seja assintomática porque o fluxo de urina diminui nos doentes com insuficiência renal crónica, pode tornar-se sintomática quando a diurese

aumenta após o transplante renal.

Pretendeu-se avaliar o impacto da retenção urinária aguda (RUA) nos primeiros 4 meses após o transplante renal na função do enxerto aos 6 meses, bem como identificar fatores preditivos deste evento.

**Material e métodos:** Analisou-se retrospectivamente 303 homens submetidos a transplante renal entre janeiro de 2015 e dezembro de 2018. A idade média da amostra populacional foi de 51 anos (17-73). Verificou-se que 40 doentes eram obesos (13,2%); 82 doentes tinham excesso de peso (27,1%); 56 possuíam diabetes mellitus; 244 hipertensão arterial (80,5%); 27 doença arterial periférica (8,9%) e 34 tinham história de um evento trombótico (11,2%). Em 39 doentes a causa da doença renal crônica foi a nefropatia diabética (12,9%) e em 12 casos foi uma malformação congénita do trato urinário (4%). Verificou-se que 11,6% dos doentes tinham diagnosticada HBP previamente ao transplante (35 casos).

Recorreu-se ao teste t-student de amostras independentes na comparação da taxa de filtração glomerular aos 6 meses após o transplante. Foi aplicada uma regressão logística para identificar fatores preditivos de RUA nos primeiros quatro meses após o transplante renal. Para comparar a variável numérica identificada como fator preditivo foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

**Resultados:** Verificaram-se 14 casos de RUA nos primeiros 4 meses após o transplante renal, o que corresponde a 4,6% do total de casos analisados. O tempo médio até ocorrer o episódio de retenção urinária foi de 38,57 dias (6-130). Dez doentes foram submetidos a ressecção transuretral da próstata, sendo que 8 apresentavam HBP e em 2 foi realizado o diagnóstico incidental de carcinoma da próstata. Três doentes foram medicados para alívio da obstrução provocada pela HBP.

A taxa de filtração glomerular na consulta aos 6 meses após o transplante foi significativamente inferior no grupo que sofreu um episódio de RUA ( $p=0,01$ ). No grupo que desenvolveu um quadro de RUA foi de 49,4 mL/min, ao passo que no grupo em que não se observou este evento foi de 64,5 mL/min.

Verificou-se que a presença de obesidade, excesso de peso, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença arterial periférica, história de um evento trombótico ou a causa da doença renal crônica (nefropatia diabética ou malformação congénita do trato urinário) não foram fatores preditivos. A idade do doente aquando da realização do transplante, o diagnóstico prévio de HBP, bem como a toma de  $\alpha$ -bloqueadores ou inibidores da 5- $\alpha$ -reductase não foram fatores preditivos.

A diurese residual foi o único fator preditivo de RUA precoce ( $p=0,048$ ;  $B=0,002$ ;  $Exp(B)=0,998(0,996-1)$ ). Verificou-se que a diurese residual média foi significativamente inferior nos doentes que evoluíram com RUA ( $p=0,026$ ). Enquanto que a diurese residual pré-transplante renal foi de 559,3 ml no grupo de indivíduos que não sofreu RUA no pós-operatório, no grupo em que se verificou este evento foi de 226,9 ml.

**Discussão/Conclusão:** Embora as principais razões de perda da função do enxerto renal sejam a rejeição e infeções, as patologias obstrutivas devem ser consideradas. Verificou-se que a ocorrência de RUA nos primeiros 4 meses após o transplante condicionou uma menor taxa de filtração glomerular do enxerto aos 6 meses.

A principal causa de RUA foi a HBP. Desta forma, e sobretudo em idosos, a anamnese, a urofluxometria e o toque rectal são críticos na avaliação pré e pós-transplante. Doentes com diurese residuais pré-transplante reduzidas têm maior risco de desenvolver RUA. Consequentemente, homens com HBP e diurese residuais reduzidas devem ser monito-

rizados no pós-operatório a fim de identificar e corrigir precocemente quadros de uropatia obstrutiva, evitando a perda de função renal.

## Nº: 75

### TUMOR ADENOMATÓIDE DO TESTÍCULO, UMA PATOLOGIA RARA – RELATO DE CASO A

Raquel Rodrigues; Daniela Pereira;  
Alexandre Gromicho; Débora Araújo; Rui Amorim;  
Luís Ferraz  
CHVNG/E

**Introdução:** Os tumores adenomatóides são as neoplasias benignas mais frequentemente encontradas no tecido paratesticular, correspondendo a 32% dos tumores paratesticulares. Têm origem mesenquimatosa e as localizações mais comuns são o epidídimo, mas podem ser encontrados na túnica albugínea, o cordão espermático e em raros casos no parênquima testicular, ductos ejaculadores e próstata. Os tumores adenomatóides podem ter envolvimento extra-genital, aparecendo em locais como o coração, gânglios linfáticos, glândulas supra-renais, mesentério, omento e retroperitoneu.

**Objectivos:** Relatar o raro caso de um doente com o achado anatomopatológico de neoplasia adenomatóide intratesticular. Até à data apenas se encontram reportados 5 casos de tumor adenomatóide intratesticular.

**Materiais e métodos:** Consulta do processo clínico do doente.

**Resultados:** Homem, 35 anos de idade enviado à consulta de urologia por apresentar uma tumefação dolorosa do testículo direito com cerca de um ano de evolução. Negava história familiar de neoplasia testicular, história pessoal de criptorquidia e/ou infertilidade. Na Ecografia identificava-se uma imagem, intratesticular, hipovascularizada com 16 mm, condicionando discreto abaulamento do contorno externo do testículo. Testículo esquerdo sem alterações ecográficas. Os marcadores tumorais AFP,  $\beta$ -HCG e LDH eram negativos à

data do diagnóstico e o TAC-TAP não revelou alterações. Por já ter 3 filhos o doente optou por não criopreservar esperma. Foi submetido a orquidectomia radical à direita. A anatomia patológica revelou um nódulo de superfície lisa e esbranquiçada com 17 mm bem delimitado com padrão trabecular e em ninhos, rodeada por um estroma fibroso com fibras musculares e células inflamatórias. O diagnóstico de com tumor adenomatóide, variante epitelióide do testículo, foi confirmado através da análise imunohistoquímica da peça com positividade para calretinina, WT1 e vimentina.

O doente encontra-se em regime de *follow-up*, apresentando-se totalmente assintomático, sem sinais de recidiva.

**Discussão/Conclusão:** Classicamente os doentes com tumores adenomatóides apresentam-se entre a terceira e a quinta década de vida, sendo que a apresentação típica é o aparecimento de massa intra-escrotal firme assintomática, habitualmente nos anexos testiculares. Os marcadores ao diagnóstico são sempre negativos. Os achados ecográficos são inespecíficos, não permitindo a diferenciação entre lesão maligna ou benigna quando esta é intratesticular. No caso acima descrito a história clínica, localização da massa e achados imagiológicos não permitiram um grau de suspeição de patologia benigna, tendo sido realizada orquidectomia radical. O prognóstico destas lesões é favorável, sem nenhum caso de recidiva e/ou metastização à distância descrito.

## Nº: 76

### ADENOCARCINOMA DO ÚRACO: CASO CLÍNICO RARO

Mariana Medeiros; Frederico Ferronha;  
Francisco Fernandes; Fortunato Barros;  
Luís Campos Pinheiro  
Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

**Introdução e objetivo:** O úraco origina-se da cloaca fetal e comunica com a bexiga fetal. Com o desenvolvimento fetal, o seu lúmen é

progressivamente perdido, mas permanece um cordão fibromuscular que se encontra entre o umbigo e a cúpula vesical.

O carcinoma do úraco é uma neoplasia rara e representa 0,17-0,34% do total de tumores da bexiga. É geralmente insidiosa, levando a um diagnóstico tardio e frequentemente de mau prognóstico.

O objetivo deste trabalho consiste em apresentar um caso clínico de neoplasia do úraco.

**Material e métodos:** Neste trabalho, recorreu-se ao processo clínico da doente para exposição do caso.

**Discussão:** Trata-se de uma doente do sexo feminino de 47 anos, cuja apresentação clínica foram sintomas de polaquiúria, urgência miccional, e desconforto suprapúbico. A realização de exames complementares de diagnóstico como ecografia, ressonância pélvica e uretroscopia levou à suspeita de tumor do úraco.

A doente foi submetida a cistectomia parcial que confirmou posteriormente, por exame anatomopatológico, adenocarcinoma do úraco.

**Conclusão:** O *gold standard* do tratamento é ressecção cirúrgica. O papel de outras terapêuticas como radioterapia e quimioterapia permanece por esclarecer. Existe a necessidade de mais estudos, com maior número de casos analisados para melhor entendimento desta patologia.

**Nº: 77**

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA – UMA PANACEIA OU UMA ARMADILHA PARA OS CENTROS DE BAIXO VOLUME?**

### **– RESULTADOS DO CHVNG/E**

Raquel Rodrigues<sup>1</sup>; Daniela Pereira<sup>1</sup>;  
Alexandre Gromicho<sup>1</sup>; Débora Araújo<sup>1</sup>; Rui Amorim<sup>1</sup>;  
Luís Ferraz<sup>1</sup>; João Neves<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CHVNG/E; <sup>2</sup>CHUSJ

**Introdução:** Inúmeros estudos têm comparado a associação dos achados em RMNmp e a probabilidade de se encontrar de Carcinoma

da próstata clinicamente significativo (Cs-Cap) na biópsia. No entanto, a correlação do *score* PIRADS e o *score* de Gleason na peça de prostatectomia radical não se encontra bem estabelecida.

**Objetivos:** Analisar a correlação entre o *score* de Gleason na peça de Prostatectomia radical e o *score* de PIRADS obtido da RMNmp da próstata realizada no pré-operatório.

**Materiais e métodos:** Estudo analítico retrospectivo de doentes submetidos a prostatectomia radical na nossa instituição entre os anos de 2015 e de 2019 que possuíam RMNmp da próstata com classificação PIRADS V2 pré operatória. Análise estatística realizada com SPSS®

**Resultados:** Entre Janeiro de 2015 e Julho de 2019 foram submetidos a prostatectomia radical (PR) 124 doentes. Destes, apenas 57 doentes apresentavam RMNmp da próstata pré operatória. A idade média da nossa população foi de 63,56 +/- 6,45 e o PSA médio de 9,46 +/-5,5. 38,6% tinham RMNmp realizadas por um prestador externo e 61,4% dos doentes tinham uma RMNmp realizada no CHVNG/E. A anatomia patológica final desta população foi de Gleason 6 em 5,3% (N=3) Gleason 7 em 75,4% (n=43) Gleason 8 em 8,8% (n=5) e Gleason 9 em 10,5%. (n=6). A classificação PIRADS obtida na RMNmp foi de 2 em 10,5% (n=6), 3 em 1,8% (n=1), 4 em 54,4%. (n=31) e 5 em 33,3% (n=19)

Na nossa população houve uma má concordância entre *score* de PIRADS e o *score* de Gleason final (cohen Kappa = 0.164, P= 0.186), não se verificando uma relação linear entre estes dois *scores* (HR; -1.0164, IC: -1,684 – 0,535, P= 0,304). A percentagem CsCap no grupo classificado como PIRADS <3 foi de 83,3% e a percentagem de doentes com Carcinoma da próstata não clinicamente significativo no grupo PIRADS ≥ 3 foi de 33,3%. A acuidade diagnóstica da RMNmp

na nossa população para a deteção de csCap foi baixa, apresentando uma AUC (área debaixo da curva) de 0,571,  $P= 0,0304$ .

**Discussão/Resultados:** Embora a RMNmp seja uma ferramenta no arsenal ao dispor do Urologista e apesar de muitos estudos já associarem a classificação de PIRADS V2 ao risco de CsCap, a RMNmp é um exame operador e técnico dependente. Os resultados publicados na literatura são de centros especializados e com um grande volume de doentes. Com base neste trabalho não é seguro, no presente momento, extrapolar esses resultados para a população servida no CHV-NG/E. Com a criação de um grupo de trabalho dedicado à RMNmp da próstata no serviço de Imagiologia desta unidade espera-se a obtenção de melhores resultados no futuro.

## Nº: 78

### **CISTITE ENFISEMATOSA – UMA INFECÇÃO POTENCIALMENTE FATAL**

Vanessa Andrade; João Guerra; Rita Tomás; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Rui Farinha; Luís Campos Pinheiro

*Hospital São José, Centro Hospitalar Lisboa Central*

**Introdução:** A cistite enfisematosa é uma infecção do tracto urinária complicada, rara e potencialmente fatal. É caracterizada pela presença de ar no lúmen e parede vesicais. É mais frequente no sexo feminino e em doente diabéticos. O prognóstico é variável e depende do rápido reconhecimento desta patologia e tratamento adequado.

**Objetivos:** Apresentação de um caso clínico de cistite enfisematosa e revisão bibliográfica do tema.

**Material e métodos:** Relatamos um caso clínico de uma doente com cistite enfisematosa. Para obtenção da informação clínica relevante foi consultado o processo clínico e realizada entrevista à doente. A revisão bibliográfica foi realizada através da base de dados pubmed®.

**Resultados/Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, 65 anos, diabética, apresentava história de dor abdominal com várias semanas de evolução e distensão abdominal e obstipação nas últimas 2 semanas. Negava sintomas urinários. Ao exame objectivo contactou-se massa abdominal com cerca de 20cm de diâmetro, ligeiramente dolorosa. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios. Foi solicitado exame de imagem, tomografia computadorizada (TC) abdominal que demonstrou distensão vesical com cerca de 5700cc com nível líquido/ar e ar intra-parietal, associada a ureterohidronefrose bilateral. Assumiu-se o diagnóstico de cistite enfisematosa e iniciou-se antibioterapia de largo espectro, posteriormente ajustada às culturas colhidas previamente. A evolução clínica foi favorável, com resolução completa do quadro.

**Discussão/Conclusões:** Apesar da cistite enfisematosa ser uma entidade rara é necessário estarmos alerta para o seu diagnóstico, visto que a sua apresentação clínica pode ser pouco específica, variando desde completamente assintomática até urossépsis. Apesar de potencialmente letal, o tratamento precoce, que assenta em 3 princípios: drenagem vesical, controlo metabólico e antibioterapia de largo espectro, contribui para um prognóstico favorável sem necessidade de tratamento cirúrgico.

## Nº: 79

### **DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE LINFOMA NA PEÇA OPERATÓRIA DE UMA NEFRECTOMIA RADICAL**

Vanessa Andrade; Rebeca Brito; João Guerra; Rita Tomás; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Rui Farinha; Luís Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar Lisboa Central*

**Introdução:** Apesar de se tratarem de casos raros, a ocorrência de carcinomas de células renais (CCR) e neoplasias hematológicas,

como os linfomas não-Hodgkin, no mesmo paciente, parece ser superior ao expectável para a população em geral.

**Objetivos:** Apresentação de um caso clínico de diagnóstico de linfoma linfocítico crónico (LLC) através da peça cirúrgica de uma nefrectomia radical por CCR.

**Material e métodos:** Relatamos um caso clínico de um doente a quem foi diagnosticado um linfoma linfocítico crónico por achado na peça de nefrectomia radical por CCR. Para obtenção da informação clínica relevante foi consultado o processo clínico do doente. A revisão bibliográfica foi realizada através da base de dados pubmed®.

**Resultados/Caso Clínico:** Doente do sexo masculino, 69 anos, assintomático, em RMN foi descoberto, incidentalmente, uma lesão nodular sólida no rim esquerdo, suspeita de atipia. Foi submetido a nefrectomia radical esquerda por via laparoscópica. A anatomia patológica confirmou o diagnóstico de carcinoma de células renais. Encontrava-se também presente um infiltrado linfoide atípico consistente com linfoma/leucemia linfocítica crónica. Em TC de reavaliação foram encontradas múltiplas adenomegalias intra-abdominais bem como lesões ósseas lombares e no fémur esquerdo. A lesão de L3 foi biopsada confirmando tratar-se de leucemia/linfoma linfocítico crónico. Actualmente, aos 13 meses de seguimento, o doente não apresenta recidiva do CCR e continua assintomático e sob vigilância da sua doença hematológica.

**Discussão/Conclusões:** Apesar de conhecida a associação entre o CCR e doenças hematológicas, os mecanismos responsáveis não são ainda completamente conhecidos. Pensa-se que possam contribuir as alterações induzidas por tratamentos prévios (quando uma das neoplasias é diagnosticada primeiro), desregulação imunológica, predisposição genética, exposição ambiental ou alterações cromossómicas.

## Nº: 80

### NEFRECTOMIA PARCIAL E RADICAL – A EXPERIÊNCIA NO CHLC

Vanessa Andrade; João Guerra; Rita Tomás;

Mariana Medeiros; Thiago Guimarães;

Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes;

Rui Farinha; Luís Campos Pinheiro

*Hospital São José, Centro Hospitalar Lisboa Central*

**Introdução:** Os carcinomas de células renais representam cerca de 2 a 3% do total das neoplasias. No nosso país foram reportados 18.3 novos casos por 100.000 habitantes em 2018. Existe uma predominância no sexo masculino e um pico de incidência ente os 60 e 70 anos. O tratamento cirúrgico continua ser o *gold standard* no tratamento dos tumores localizados.

**Métodos:** Procedeu-se a uma avaliação retrospectiva das nefrectomias parciais e radicais realizadas por suspeita tumoral entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2018 no CHLC. Foram revistas as anatomias patológicas de cada peça bem como o *follow-up* clínico desde a cirurgia.

**Resultados:** Durante o período considerado foram realizadas 124 nefrectomias por suspeita de CCR. A maioria (68,5%) dos doentes eram do sexo masculino, com uma idade média de 66 anos. 67,7% dos procedimentos foram nefrectomias radicais e 32,3% nefrectomias parciais, tendo a maioria (71%) sido realizada por via laparoscópica. A maioria dos tumores eram carcinomas células claras (46%), seguidos dos cromóforos (16,1%) e papilares (14,5%). Foram reportadas complicações no pós-operatório de 9 doentes, 5 dos quais Clavien-Dindo  $\geq 3$ . Em cerca de 19 meses de *follow-up* há a reportar progressão da doença em 3 doentes com metastização à distância e 3 óbitos, dois dos quais no pós-operatório imediato.

**Discussão/Conclusão:** A terapêutica cirúrgica continua a ser o tratamento recomendado para os tumores do rim localizados, podendo ser aplicada a outras situações com o intuito

de controlo da doença, apesar de não curativa. A nossa série de doentes encontra-se dentro do expectável do descrito globalmente tanto no sexo como na idade, bem como nos 3 tipos mais comuns de CCR. Os óbitos verificados ocorreram em doente com mau prognóstico de base.

## Nº: 81

### **PODE A APRENDIZAGEM BASEADA EM VÍDEO MELHORAR A SEGURANÇA CIRÚRGICA DIMINUINDO O ERRO DO CIRURGIÃO? UM ESTUDO EXPERIMENTAL**

Ricardo Matos Rodrigues; Sara Anacleto; Vítor Fernandes; Nuno Carvalho; Manuel João Costa; Nuno Morais; João Torres; Agostinho Cordeiro; Emanuel Dias; Jorge Correia-Pinto; Estevão Lima; Paulo Mota

*Hospital de Braga, Escola de Medicina da Universidade do Minho*

**Introdução:** A laparoscopia revolucionou a prática cirúrgica e o modelo Halstediano de aprendizagem tornou-se ultrapassado e insuficiente. A aprendizagem cirúrgica baseada em vídeo e em simulação está a surgir como técnica importante para ultrapassar esta necessidade. O objectivo deste estudo foi desenvolver dois tutoriais em vídeo (TV) para os exercícios de transferência de “pegs” (PT) e de condução da agulha (NG) do *European Basic Laparoscopy Urological Skills examinations* (E-BLUS) e avaliar o impacto no desempenho dos participantes.

**Materiais e métodos:** Realizou-se um trial clínico randomizado, experimental, não cego com uma amostra de 42 estudantes de medicina voluntários, distribuídos de forma aleatória por 2 grupos (grupo 1 = 21; grupo 2 = 21). Ambos os grupos dispuseram de duas tentativas em cada exercício. O grupo 1 observou o tutorial antes de cada tentativa, e o grupo 2 observou primeiro o vídeo original do E-BLUS e depois o tutorial. Os *outcomes* medidos foram o tempo total da tarefa e o número de erros.

Foi distribuído um inquérito pós-experimental. **Resultados:** No primeiro período, os participantes que visualizaram os tutoriais PT e NG tiveram um número total de erros menor do que os participantes que visualizaram o vídeo E-BLUS ( $p=0,001$  e  $p=0,014$ , respetivamente). No segundo período, depois de ver o tutorial, constatou-se uma diminuição do número total de erros nos exercícios PT e NG nos participantes que tinham observado o vídeo E-BLUS (grupo 2) previamente ( $p=0,001$  e  $p=0,002$ , respetivamente). No segundo período, observou-se uma redução no tempo médio da tarefa nos dois grupos depois de ver o tutorial PT ( $P=<0,001$  e  $p=0,003$ , respetivamente) e o tutorial NG ( $p=0,005$  e  $p=0,010$ , respetivamente). Da análise do inquérito pós-experimental verificou-se que a característica preferida do tutorial foi a presença de “Truques e dicas”.

**Conclusão:** Estes achados sugerem que o uso de tutoriais de vídeo pode levar a menor número de erros, e se aliado a prática deliberada, poderia levar a diminuição do tempo na realização dos exercícios em participantes sem experiência prévia de laparoscopia. Finalmente, estes skills poderiam ser transferidos para o cenário do bloco operatório, melhorando a performance do cirurgião e os *outcomes* dos doentes.

## Nº: 82

### **O IMPACTO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL NOS OUTCOMES DA NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA E DA CIRURGIA INTRA-RENAL RETROGRADA**

Matos Rodrigues R.; Pimentel Torres J.; Pereira P.; Cordeiro A.; Morais N.; Anacleto S.; Leão R.; Lima E.; Mota P.

*Hospital de Braga, Escola de Medicina da Universidade do Minho*

**Introdução:** O aumento da prevalência de doentes obesos e com excesso de peso levou à necessidade de escolha do procedimento

ideal para o tratamento da nefrolitíase. O objetivo deste estudo é comparar os *outcomes* e as complicações cirúrgicas da nefrolitotomia percutânea (NLPC) e da ureterorenoscopia flexível (RIRS) em doentes com diferente índice de massa corporal (IMC).

**Métodos:** De janeiro 2011 a maio 2018, 331 doentes (RIRS= 130; PCNL=201) com nefrolitíase foram tratados num único centro. Definiram-se três grupos de doentes de acordo com o IMC [obesos (BMI>30), excesso de peso (30>IMC>25) e peso normal (BMI<25)]. Foram avaliadas e comparadas entre os grupos variáveis demográficas, características do cálculo (tamanho, número e localização), *outcomes* cirúrgicos, nomeadamente taxa *stone-free* e as complicações intra e pós-operatórias.

**Resultados:** As variáveis sociodemográficas eram semelhantes entre os grupos. Entre os doentes submetidos a RIRS, os obesos e com excesso de peso apresentaram menos complicações pós-operatórias do que os doentes com peso normal ( $p=0,038$  e  $p=0,045$ , respetivamente). No grupo da PCNL, os doentes obesos apresentaram uma menor queda de hemoglobina (mediana=1,40g/dL) do que os doentes com peso normal (mediana =2,00g/dL) e com excesso de peso (mediana =2,10g/dL) ( $p=0,030$ ). Ainda na PCNL, os doentes obesos e com excesso de peso tiveram um risco menor de hematúria pós-cirúrgica do que os doentes com peso normal ( $p=0,026$  e  $p=0,015$ , respetivamente). As taxas *stone-free* foram semelhantes ( $p=0,030$ ) nos dois procedimentos, com taxas *stone-free* semelhantes entre os diferentes grupos de IMC para cada procedimento. Adicionalmente, nos doentes obesos e com excesso de peso, a PCNL estava associada a complicações mais frequentes quando comparada com a RIRS ( $p=0,004$ ), nomeadamente hematúria ( $p=0,024$ ) e queda de hemoglobina ( $p=0,024$ ) condicionando estadia hospitalar

mais prolongada ( $p<0,010$ ) e maior tempo cirúrgico ( $p<0,010$ ).

**Conclusão:** O IMC não teve impacto sobre as taxas *stone-free* em doentes submetidos a RIRS e PCNL. Contudo, um IMC elevado parece ter efeito protetor em vários *outcomes* pós-operatórios, nomeadamente complicações hemorrágicas na PCNL e complicações globais na RIRS. Finalmente, estes dados mostram que a RIRS é aparentemente mais segura que a PCNL em doentes selecionados e com elevado IMC. São necessários estudos prospetivos e com amostra maior para confirmar estes resultados.

### Nº: 83

#### **HAND-POCKET VS CONVENTIONAL ULTRASOUND GUIDED PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY: A PROSPECTIVE COMPARATIVE STUDY**

Pedro Passos<sup>1</sup>; Nuno Carvalho<sup>2</sup>; Sara Anacleto<sup>2</sup>; Nuno Morais<sup>2</sup>; João Torres<sup>2</sup>; Ricardo Rodrigues<sup>2</sup>; Andreia Cardoso<sup>2</sup>; Estêvão Lima<sup>2</sup>; Emanuel Carvalho-Dias<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Urology, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal; <sup>2</sup>Department of Urology, Hospital de Braga, Braga, Portugal and School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal

**Introduction and objectives:** Recently a new type of ultrasound devices have emerged, the Hand Pocket portable ultrasound machines (PUMs). PUMs have several potential advantages comparatively to conventional ultrasound machines, being the most obvious the portability and immediate disponibility at the bedside of the patient, even in the Emergency Rooms. Although, several reports have explored the diagnostic accuracy of PUMs comparably to conventional ultrasound, in urological field few reports have compared both methods. The limited available reports have focused only in the diagnostic capacity of PUMs in the detection of hydronephrosis. However, no studies have used PUM in inter-

ventional Urology. In this study our aim was to verify the feasibility of PUM in the placement of percutaneous nephrostomy tube (NPC) and at the same time prospectively compare both types of ultrasound machines in terms of safety, satisfaction and procedure success.

**Materials and methods:** From July 2018 until January 2019, a total of 40 patients requiring urgent PCN were prospectively evaluated. Patients were separated in two groups: Group 1 (n=20) PCN with conventional ultrasound machine and Group 2 (n=20) PCN using PUMs. In both groups: dimension of hydronephrosis, pre-puncture ultrasound time, time of puncture, number of attempts for effective calyx puncture and lost of tract during dilatation were recorded and compared. Visual Analogue scale ranging from 0 to 10 was assessed 5 minutes after the completion of the procedure in all patients. Intra-procedure and post-procedure monitoring of safety was evaluated by the recording of vaso-vagal responses, nausea/vomiting during the procedure, intra-procedure bleeding, and post procedure haematuria.

**Results:** We describe here the introduction of a PCN using a portable ultrasound machine (PUM). The success rate of this procedure was 100% (20/20). No major complications occurred and no significative pain was observed. When we compared patients submitted to PCN using PUM with conventional ultrasound machine for: dimension of hydronephrosis, pre-puncture ultrasound time, time of puncture, number of attempts for effective calyx puncture, lost of tract during dilatation, pain and complications no significant differences were observed ( $p>0,05$ ).

**Conclusions:** In this study we described for the first time at the best of our knowledge the feasibility of PCN using a portable ultrasound. This approach is feasible and safe and compares equally to PCN with conventional ultrasound.

**Nº: 84**

## **RETROPERITONEOSCOPIA OU LAPAROSCOPIA? – QUAL A MELHOR VIA PARA NEFRECTOMIA PARCIAL DE TUMORES POSTERIORES?**

Jorge Correia; Bernardo Teixeira; Gonçalo Mendes; Catarina Tavares; Paulo Príncipe; Rui Versos; Rui Borges; Avelino Fraga; Miguel Silva-Ramos  
Centro Hospitalar Universitário do Porto, Hospital Lusíadas Porto

**Introdução:** Nos últimos anos, várias publicações se têm centrado no papel da cirurgia renal retroperitoneal, tentando demonstrar possíveis vantagens. A via retroperitoneal permite um acesso mais directo e rápido ao rim e hilo renal, e evita a manipulação de órgãos intra-abdominais, podendo melhorar os resultados cirúrgicos intra-operatórios e diminuir as complicações pós-cirúrgicas. Apesar disso, apenas raramente é utilizada nas nefrectomias parciais. Os tumores posteriores parecem ser os mais apropriados para esta via de abordagem.

**Objectivos:** Realizar uma análise comparativa dos resultados peri-operatórios e oncológicos das nefrectomias parciais para tumores posteriores entre as vias laparoscópica e retroperitoneal.

**Material e métodos:** Foi efectuada análise retrospectiva dos dados clínicos de 112 doentes submetidos a nefrectomia parcial minimamente invasiva, realizada pelo mesmo grupo de cirurgiões, em duas instituições, entre Abril de 2011 e Abril de 2019. As características demográficas e os resultados peri-operatórios e oncológicos foram comparados entre doentes no grupo da laparoscopia (GL) e no grupo da retroperitoneoscopia (GR). O RENAL score foi utilizado para classificar a complexidade cirúrgica e indicar a localização tumoral.

**Resultados:** 43 doentes (38%) apresentaram tumores posteriores, 31 intervencionados por

via laparoscópica e 12 utilizando a via retro-peritoneal. O diâmetro médio da neoplasia (29,7±10,7 mm no GL e 26,7 ± 10,1 mm no GR) e o RENAL score (6,9±1,8 no GL e 6,3±1,3 no GR) foram semelhantes em ambos os grupos. De igual modo, o tempo de isquemia quente (18,7±5,2 min no GL e 20,2±6,6 min no GR), tempo de cirurgia (145,2±39,4 min no GL e 135,9±43,6 min no GR) e tempo de internamento (4,71±2,51 dias no GL e 4,45±5,9 dias no GR) não apresentaram diferenças entre os grupos. As perdas sanguíneas foram significativamente menores no GR (69,0±34,8 ml *versus* 160,0±150 ml no GL, p=0,016). A classificação histológica, margens cirúrgicas e complicações ≥ grau III de Clavien-Dindo também foram semelhantes em ambos os grupos.

**Discussão/Conclusões:** A via retroperitoneal apresentou menores perdas sanguíneas, com resultados peri-operatórios e oncológicos equivalentes à via laparoscópica. A nefrectomia parcial por retroperitoneoscopia é uma opção segura e eficaz, sendo uma abordagem interessante para o tratamento de massas renais posteriores.

## Nº: 85

### **UNDERACTIVE DETRUSOR – DIFFERENT WAYS TO DIAGNOSE AN UPCOMING CONDITION**

Rodrigues Fonseca R.<sup>1</sup>; Lains Mota R.<sup>1</sup>; Peyroteo I.<sup>2</sup>; Bilé Silva A.<sup>1</sup>; Alpoim Lopes F.<sup>1</sup>; Santos J.C.<sup>1</sup>; Covita A.<sup>1</sup>; Nogueira R.<sup>1</sup>; Abranches Monteiro L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; <sup>2</sup>Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

**Hypothesis:** Detrusor underactivity (DU) is a prevalent condition, affecting up to 48% of men over 70 years old and 12-45% of elderly women. While its etiopathogenesis remains to be completely understood, we know it may be consequence of a neurogenic or a non-neurogenic insult, with probable major

factors including diabetes, trauma, neurological disorders, bladder outlet obstruction (BOO) and age-related dysfunction. Though this condition has gained renewed interest, we are still not able to diagnose it without using invasive urodynamic exams. A variety of urodynamic criteria have been proposed to diagnose detrusor underactivity, however, none of these criteria are validated.

**Aims of the study:** We compared different sets of urodynamic criteria (previously published) to diagnose the prevalence of DU diagnosis in a sample of patients with refractory lower urinary tract symptoms. We also studied the correlation between the DU diagnosis and its associated risk factors.

**Study design, materials and methods:** We retrospectively reviewed the urodynamic findings in 506 consecutive patients who had conventional urodynamics between 01/04/2016 and 31/12/2018.

The terminology used was defined by the ICS reports of 2016 and 2019. Patients demographic and clinical issues were assessed (namely risk factors for DU – Diabetes Mellitus, neurological disorders, previous surgeries, radiotherapy and drugs consumption). Patients were classified according to two different sets of diagnostic urodynamic criteria. In set A we used the Bladder Contractility Index (BCI). In set B, males patients were stratified using BCI, BOO index and Bladder Voiding Efficiency (BVE) and female patients using Qmax, PdetQmax and BE, according with previous literature.

Statistical analysis was by T-Test and Chi-Square analysis and significance determined as P < 0.05.

**Results:** About 22,5% of patients (n=114) were excluded due to technical issues. A total of 53,75% of patients (n=275) had reliable data excluding DU.

In set A (n=119; 19 males and 100 females),

women with DU were younger than male patients. Regarding their comorbidities, male patients had a higher prevalence of Diabetes Mellitus, Parkinson Disease and past urological surgery. Concerning medication, women generally consumed higher rates of drugs such as tricyclic antidepressants and opioids; there was no significant difference regarding SSRI. They had more mixed urinary incontinence complaints. Regarding the urodynamic findings, women presented with higher Qmax levels, higher post-void residuals and higher BVE.

In set B, there was a substantial reduction in patients number; however, it still displayed the same male:female proportion. Regarding demographics and comorbidities, women were still younger, had less neurological disorders and consumed higher rates of drugs, as in set A. They also presented with more complaints of stress, urge and mixed type urinary incontinence. There was no difference in the prevalence of Diabetes Mellitus.

When comparing sets A and B, there was no significant statistical difference in all categories, except in post-void residual in males ( $p < 0,042$ ).

**Conclusions:** DU affects a considerable proportion of patients referred to our functional urology unit. Despite using different sets of diagnostic criteria, both groups presented with prevalence rates that correlate with the ones published in previous studies and there is no significant statistical difference in clinical or urodynamic patients' characteristics or regarding their treatment. However, using set B we narrowed the number of patients labeled with DU, and simultaneously the number of patients that might benefit from treatment. Notwithstanding the inherent limitations of our study, since it is a retrospective analysis of an already existing database, it confirms the need for establishing a gold-standard urodynamic definition of DU. More prospec-

tive, longitudinal studies are mandatory to ascertain its urodynamic set of diagnostic criteria.

**Nº: 86**

### **CATETERES URETERAIS INCRUSTADOS: A REALIDADE DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA**

Carolina Borges da Ponte; Margarida Paiva; Afonso Castro; Joana Polido; João Gomes; Paulo Pê-Leve; João Felício; João Lemos Almeida; Ricardo Pereira e Silva; Sérgio Pereira; José Palma dos Reis; Tomé Matos Lopes  
*Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte*

**Introdução:** Os cateteres ureterais são amplamente utilizados em Urologia. O aumento da frequência da sua utilização foi acompanhado pelo aumento das suas complicações, nomeadamente a incrustação.

Os cateteres incrustados apresentam morbidade significativa (inclusive risco de urosepsis potencialmente fatal) e custos acrescidos no tratamento.

**Material e métodos:** Procedeu-se a revisão dos doentes com cateteres ureterais incrustados tratados no Serviço de Urologia do CHULN de modo a apurar o tempo médio de permanência do cateter e fatores de risco para incrustação.

Avaliaram-se retrospectivamente os doentes submetidos a cirurgia por cateter ureteral incrustado de janeiro de 2016 a julho de 2018. Além dos dados demográficos, foram revistas as indicações para colocação de cateter, tempo de permanência do mesmo e fatores de risco reconhecidos para incrustação (como gravidez, colonização bacteriana e pH urinário). A análise estatística foi realizada através do SPSSv25.

**Resultados:** Durante o período de 18 meses, quinze doentes apresentaram cateter ureteral incrustado, o que correspondeu a 5.8% da

cirurgia eletiva realizada por litíase no Serviço de Urologia do CHULN.

A média de idade foi  $57 \pm 18$  anos e 53.3% dos doentes eram do sexo masculino. Todos os doentes tinham colocado cateter por litíase do aparelho urinário: 53.3% com caráter urgente e 46.7% eletivamente (dois doentes para realização posterior de LEOC). Uma das doentes foi derivada durante a gravidez.

O intervalo médio de tempo desde a colocação de cateter ureteral até à cirurgia para tratamento de cateter incrustado foi  $6.5 \pm 4.2$  meses (mínimo 3 semanas, máximo 14 meses). Destes doentes, três (20%) apresentavam colonização do cateter (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* e *Aerococcus viridans*). Esses doentes apresentavam pH urinário superior a 7, sendo neutro nos restantes doentes.

Pelo menos seis doentes (40%) apresentaram recidiva do quadro.

Foram necessárias, em média, 1.5 cirurgias para a remoção do cateter (máximo de quatro procedimentos).

**Discussão/Conclusão:** A incrustação do cateter elevou o nível de complexidade cirúrgica e o risco de infeção, quando comparado com a indicação inicial para a derivação urinária.

Apesar do tempo de permanência ser apondoando como o principal fator de risco, verificou-se que um doente apresentava incrustação do cateter apenas três semanas. Além disso, 40% dos doentes apresentaram novamente incrustação de cateter, o que parece sugerir que existem fatores litogénicos, ainda não completamente esclarecidos, que contribuem para este processo.

O número de doentes com cateter colocado em regime de urgência foi praticamente semelhante àqueles operados eletivamente.

Reconhece-se o limitado número da amostra, ausência de registo do fabricante do cateter

e do ionograma urinário, que são fatores determinantes no processo de incrustação. Não foi também possível confirmar se a colonização constituiu um fator de risco de calcificação nesta casuística.

Os cateteres ureterais incrustados são uma realidade na prática diária de todos os Serviços de Urologia, seja por fraca adesão do doente ao esquema terapêutico proposto ou por limitações logísticas no aconselhamento, seguimento e tratamento destes doentes. Deste modo, a estratégia para a redução deste problema poderá passar pela redução do número de cateteres colocados, sinalização dos doentes com maior risco para incrustação e extração de cateter no pós-operatório precoce. Além de fornecer informação adequada ao doente, também seria relevante a sensibilização dos cuidados de saúde primários para identificação desta problemática.

## Nº: 87

### INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO E HIPOCONTRATILIDADE DO DETRUSOR: REVISÃO DA LITERATURA

Mariana Madanelo<sup>1</sup>; Maria Alexandra Rocha<sup>1</sup>; Paulo Príncipe<sup>1</sup>; Avelino Fraga<sup>1</sup>; Carlos Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto

**Introdução:** A hipocontratilidade do detrusor é definida, segundo a *International Continence Society* (ICS), por uma contração de força ou duração reduzida, resultando num esvaziamento vesical prolongado ou incapacidade em esvaziar completamente a bexiga num intervalo de tempo considerado normal. Apesar de alguns sintomas serem, frequentemente, associados a bexiga hipoativa, a tradução fenotípica exata dos parâmetros urodinâmicos de hipoatividade do detrusor ainda não se encontra bem estabelecida.

A incontinência urinária de esforço (IUE) define-se, segundo a ICS, como a existência de queixas de perda involuntária de urina duran-

te situações que elevem a pressão abdominal. Esta revisão pretende reunir a evidência existente acerca de duas patologias cuja sobreposição é, ainda, subestimada.

**Métodos:** A revisão bibliográfica resultou da pesquisa de artigos publicados na Pubmed/Medline, Cochrane e em revistas específicas como *Neurourology and Urodynamics*, *International Neurourology Journal* e *European Urology*.

Os termos MeSH usados foram *underactive bladder*, *underactive detrusor*, *stress urinary incontinence*. Foram selecionados artigos em inglês, português ou espanhol, publicados entre 2009 e 2019.

**Resultados:** De uma pesquisa inicial, resultaram 162 artigos. Após leitura do título ou resumo, foram selecionados 16 artigos. Da respetiva análise, 12 contribuíram para a construção desta revisão. Em mulheres, a hipocontratilidade do detrusor coexiste, frequentemente, com bexiga hiperativa ou IUE, existindo estudos a demonstrar mostrar uma prevalência de bexiga hiperativa ou IUE de cerca de 70% em doentes com hipocontratilidade do detrusor. A hipocontratilidade do detrusor, combinada com outras patologias, pode exacerbar sintomatologia e complicar o tratamento, daí resultando piores resultados a curto e longo prazo. Relativamente ao tratamento, os estudos consultados mostram taxas semelhantes de satisfação em doentes tratadas com redes suburetrais para IUE com ou sem hipocontratilidade do detrusor. No entanto, o fluxo máximo (Q<sub>máx</sub>), após colocação de rede, mostrou-se inferior e o resíduo pós-miccional superior em doentes com detrusor hipocontrátil. Foi, ainda, referida a importância crescente em usar redes suburetrais de tensão ajustável, cuja taxa de eficácia ultrapassa os 90% em doentes com sobreposição de detrusor hipocontrátil e IUE. Foram estabelecidos alguns fatores prediti-

vos de sintomas de esvaziamento pós-operatórios, como antecedentes de retenção urinária aguda e de histerectomia e existência pré-operatória de um detrusor hipocontrátil e de sintomas obstrutivos.

**Conclusão:** Apesar da evidência ainda ser escassa, pensa-se que a sobreposição de bexiga hipoativa com IUE pode dificultar o tratamento da IUE, com consequências na qualidade de vida da doente. Importa conhecer o impacto dessas consequências, bem como determinar formas de as prevenir ou prevenir aquando da ponderação de cirurgia no tratamento da IUE.

Torna-se imprescindível existência de mais e melhor evidência relativamente à tradução fenotípica da hipocontratilidade do detrusor, bem como a elaboração de estudos prospetivos relativamente aos resultados a curto e longo prazo do tratamento cirúrgico da IUE em doentes com detrusor hipocontrátil.

## Nº: 88

### UTILIZAÇÃO DE RADIAÇÃO EM CIRURGIA ELETIVA POR LITÍASE

Carolina Borges da Ponte; Afonso Castro; Paulo Pé-Leve; Margarida Paiva; Ricardo Pereira e Silva; Sérgio Pereira; José Manuel Palma dos Reis; Tomé Matos Lopes  
*Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte*

**Introdução:** A fluoroscopia é crucial na endourologia, pela informação anatómica que fornece, orientação espacial e monitorização do tamanho e localização do cálculo durante a cirurgia. No entanto, a exposição a radiação ionizante tem efeitos nefastos amplamente conhecidos, quer para o doente quer para a equipa cirúrgica.

Pretende-se avaliar a dose de radiação utilizada durante os procedimentos eletivos de litíase, assim como esclarecer os fatores de risco relacionados com maior utilização de fluoroscopia.

**Material e métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo onde se incluíram os doentes com litíase do aparelho urinário submetidos a cirurgia eletiva no Serviço de Urologia do CHULN, durante um período de 18 meses. Procedeu-se à colheita de dose de radiação utilizada e dados relacionados com a cirurgia e cálculo. O volume do cálculo foi estimado a partir da fórmula do volume da esfera ( $4/3 \times \pi \times r^3$ ).

As cirurgias realizadas foram *Percutaneous Nephrolithotomy* (PCNL), *Endoscopic Combined Intrarenal Surgery* (ECIRS), *Retrograde Intrarenal Surgery* (RIRS) e Ureterorenoscopia (URS). Pelo reduzido número de ECIRS, aglomeraram-se esses doentes com aqueles submetidos a PCNL. A análise estatística foi realizada através do SPSSv25.

**Resultados:** De janeiro de 2016 a julho 2017, 256 doentes foram submetidos a cirurgia, designadamente: 142 URS (55.5%), 98 RIRS (38.3%) e 16 PCNL/ECIRS (6.3%). A média de idade foi  $55.3 \pm 14.8$  anos, 53.1% dos doentes eram do sexo feminino. O número médio de cálculos tratado por doente foi 1.3, a carga litíásica média  $4.2 \pm 0.022 \text{ cm}^3$ , sendo 9.4% dos casos cálculos coraliformes. A localização mais frequente foi o bacinete (24%), seguido do ureter proximal (22%) e ureter distal (15.6%). Cerca de 13% encontrava-se no grupo calicial inferior (GCI), 12% no grupo calicial médio (GCM) e 6% no grupo calicial superior (GCS).

Cerca de 58% dos procedimentos foram realizados por especialistas e os restantes por internos da especialidade.

O tempo médio de fluoroscopia foi  $1.7 \pm 1.4$  min nas URS,  $2.4 \pm 1.7$  min nas RIRS e  $10.5 \pm 3.3$  s nas PCNL/ECIRS, o que correspondeu a uma dose média de radiação de  $0.34 \pm 0.56 \text{ mSv}$ ,  $2.7 \pm 20.6 \text{ mSv}$  e  $2.3 \pm 0.72 \text{ mSv}$ , respetivamente. Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre a dose de radiação utilizada nas URS e RIRS ( $p < 0,05$ ). O tempo

de fluoroscopia foi superior nos cálculos localizados no GCI, seguidos de GCS e GCM, com uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre o tempo de fluoroscopia e a carga litíásica ou com interno *versus* especialista como cirurgião.

Cerca de 69% dos doentes apresentava derivação urinária prévia (stent ureteral ou nefrostomia). A dose de radiação utilizada nos doentes derivados foi inferior, sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**Discussão e conclusão:** Estima-se que a quantidade de radiação a que o doente é exposto durante a fluoroscopia varie entre 1.1-12.4 mSv/min. O limiar superior de radiação não está definido, embora seja consensual que a exposição deverá ser inferior a 50 mSv/ano.

Verificou-se uma maior de necessidade de fluoroscopia nos cálculos com localização que exige uma técnica mais complexa, como aqueles do GCI. Provavelmente por esse motivo, as URS estão associadas a menor dose de radiação. O facto dos doentes previamente derivados apresentarem menor exposição a radiação pode ser justificado por uma via de acesso facilitada. Apesar de não ser consensual, atendendo à sua morbidade.

A carga litíásica e graduação do cirurgião não se associaram ao tempo de fluoroscopia. Provavelmente os cálculos de maiores dimensões são visualizados mais facilmente, havendo menor necessidade de controlo fluoroscópico.

Salienta-se que, frequentemente, estes doentes apresentam recorrência de litíase, pelo que serão expostos repetidamente a radiação ionizante. Assim, as variáveis que se relacionam com maior tempo de fluoroscopia devem ser conjugadas, de forma a identificar os doentes com maior risco.

**Nº: 89**

## **MASSAS RETROPERITONEAIS RESIDUAIS PÓS-QUIMIOTERAPIA – A EXPERIÊNCIA DOS ÚLTIMOS 3 ANOS DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA**

Carolina Borges da Ponte; Inês Peyroteo; Celso Marialva; Raquel João; Ricardo Pereira e Silva; Rodrigo Brito Ramos; Rui Carneiro; José Lencastre; Jorge Silva; José Palma dos Reis; Tomé Matos Lopes; Eduardo Silva

*Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa; Serviço de Urologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa*

**Introdução:** A cirurgia é uma das opções terapêuticas de massas retroperitoneais residuais pós-quimioterapia em doentes com tumor do testículo.

Pretende-se caracterizar os doentes submetidos a linfadenectomia retroperitoneal num centro de grande volume, assim como avaliar os seus resultados e complicações.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes submetidos a linfadenectomia retroperitoneal no contexto de neoplasia do testículo pós-quimioterapia, no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Lisboa (IPO Lisboa), durante o período de três anos (2016 a 2018). A colheita de dados foi realizada a partir dos registos clínicos. A análise estatística foi realizada através do SPSSv25.

**Resultados:** Foram submetidos a linfadenectomia retroperitoneal um total de 24 doentes, laparotomia mediana. A idade média dos doentes foi  $33,6 \pm 9,6$  anos. Na peça de orquidectomia, 70,8% dos doentes apresentavam tumor de células germinativas não seminomatoso (14 com tumor misto, pelo menos 3 com componente de teratoma; dois com carcinoma embrionário; um com teratoma puro). Os restantes apresentavam seminoma (20,8%), neoplasia de células germinativas *in situ* (4,2%) e necrose pós quimioterapia (4,2%).

Considerando o estadiamento TNM, cerca de 54,2% eram estadiado II e 45,8% estadiado III. De acordo com a classificação do IGCC-CG, 41,6% dos doentes pertenciam ao grupo de mau prognóstico, 29,2% de prognóstico intermédio e 29,2% de bom prognóstico.

Em 3 casos houve necessidade de procedimentos adicionais, nomeadamente colocação de prótese vascular na veia cava inferior e veia renal, ressecção duodenal e nefrectomia (por invasão tumoral).

Das massas ressecadas, 50% eram teratomas, 16,7% tumor de células germinativas misto, 4,2% tumor do saco vitelino, 4,2% seminoma e 25% necrose/fibrose.

O tempo médio de internamento foi  $9,1 \pm 3,6$  dias. Ocorreram complicações em 4 casos (16,7%), designadamente: hemorragia com necessidade de revisão cirúrgica, hepatite aguda isquémica, ileus paralítico e infeção da ferida operatória.

O tempo médio de *follow-up* foi  $17,2 \pm 13,6$  meses), correspondendo o mais longo a 36 meses. Ocorreu recidiva em 16,7% dos doentes (duas locais e duas à distância) e um óbito. Um dos doentes era estadiado II e pertencia ao grupo de prognóstico intermédio, sendo os restantes estadiado III e pertencentes ao grupo de mau prognóstico.

**Discussão:** A linfadenectomia retroperitoneal está indicada em doentes com massa retroperitoneal após quimioterapia, uma vez que alguns estudos estimam que até 50% destes doentes possam apresentar doença residual. Está descrito que 45% dos doentes apresentam teratoma maduro e 15% tumor de células germinativas viável. A complementação do estadiamento constitui outro benefício. No entanto, reconhece-se que é uma cirurgia com morbilidade considerável, destacando a importância da adequada seleção dos candidatos. Atualmente, não existem ferramentas clínicas preditivas do outcome, pelo que a

decisão deverá ser feita caso a caso.

Na análise realizada verificou-se que os resultados do IPO Lisboa são sobreponíveis aos descritos na literatura no que concerne à sobrevida a curto/médio prazo, taxa de recidiva e complicações.

Apesar da limitada dimensão da amostra, a sobrevida livre de doença a curto prazo foi favorável, pelo que a linfadenectomia retroperitoneal parece constituir uma opção terapêutica com bons resultados. O número reduzido de séries publicadas enfatiza a importância do estudo deste tipo de doentes. Atendendo à complexidade técnica deste procedimento, é importante a existência de centros de referência com experiência em cirurgia retroperitoneal.

**Conclusão:** A linfadenectomia retroperitoneal tem um papel determinante no estadiamento de doentes com massa retroperitoneal residual, além de constituir uma opção terapêutica com bom outcome, devendo ser realizada em centros com experiência em cirurgia retroperitoneal.

## Nº: 90

### O TAMANHO IMPORTA? IMPACTO DO VOLUME PROSTÁTICO NA PROSTATECTOMIA RADICAL

Nuno Ramos; Vanessa Metrogos; Alexandre Macedo;  
João Paulo Rosa; Miguel Carvalho  
*Hospital Garcia de Orta*

**Introdução:** A prostatectomia radical (PR) é atualmente considerada o *gold standart* no tratamento do carcinoma da próstata localizado. No entanto, o volume da próstata (VP) é um importante fator a ter em consideração na decisão terapêutica. OS doentes com VP maiores, apresentam-se como um desafio cirúrgico, por uma visualização e exposição cirúrgica prejudicada. Contudo, têm sido associados a menor probabilidade de margens cirúrgicas positivas, assim como, menor taxa de recidiva bioquímica. O VP continua assim,

com um impacto controverso nos resultados oncológicos.

**Objectivo:** Este trabalho tem como objetivo avaliar o impacto do volume prostático na recorrência bioquímica, em doentes submetidos a PR.

**Métodos:** Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes diagnosticados com carcinoma da próstata submetidos a PR, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016, no nosso serviço. Foram avaliadas as características clínicas dos doentes, o volume prostático, assim como, os fatores anatomopatológicos da biópsia prostática e da peça cirúrgica, tendo sido correlacionados com a recorrência bioquímica (RB). A sobrevivência livre de RB foi calculada através da análise de Kaplan-Meier. O impacto do VP foi avaliado pelo modelo de regressão de Cox. Um valor de  $p < 0.05$  foi considerado estatisticamente significativo.

**Resultados:** A amostra analisada é constituída por 107 pacientes, com idade média de 63 anos e PSA médio prévio à biópsia de 7,8 ng/ml. O VP médio foi de 45.1 gr, tendo 54.2% dos casos, um  $VP \geq 40$ gr. Durante o *follow-up* dos doentes, registou-se RB em 24,3% dos casos. As características clínicas e anatomopatológicas foram estratificadas em função do VP ( $< 40$  e  $\geq 40$  gr). Os doentes com  $VP < 40$ , apresentaram mais frequentemente doença localmente avançada ( $p=0.015$ ) e margens cirúrgicas positivas ( $p=0.042$ ), sendo estas frequentemente multifocais ( $p=0.024$ ). Contudo, em relação à RB não foram encontradas diferenças. Na análise de regressão de Cox, o PSA inicial, estadio patológico e margens cirúrgicas foram preditores de recorrência bioquímica. Por outro lado, o volume prostático não apresentou relação estatisticamente significativa. As curvas de Kaplan-Meier, com avaliação da sobrevivência livre de RB não revelaram diferença em

função do volume prostático ( $p=0.199$ )

**Conclusões:** Este estudo revela que, apesar de volumes prostáticos menores estarem relacionados com fatores anatomopatológicos adversos (margens cirúrgicas positivas, estádios avançados), estes não parecem influenciar a RB. Estes resultados deverão ser confirmados com um estudo prospetivo.

**Nº: 91**

## **ANGIOMIOLIPOMA EPITÉLIOIDE RENAL – RELATO DE UM CASO CATÁSTROFE**

João Nuno Pereira; Isaac Braga;  
José Sanches Magalhães; João Lobo;  
Pedro Carvalho Martins; Joaquim Abreu de Sousa;  
Rui Henrique; Jorge Oliveira  
*Instituto de Oncologia do Porto, Francisco Gentil*

**Introdução:** A classificação de neoplasias renais da OMS de 2016 define os angiomiolipomas epitelióides (AMLE) como uma variante rara de angiomiolipoma e com evidência histológica de pelo menos 80% de células epitelióides.

Apesar do inequívoco potencial maligno, o comportamento biológico reportado no que se refere a recorrência local e metastização é altamente variável.

Pretende-se apresentar um caso clínico de angiomiolipoma epitelióide.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 69 anos de idade, com antecedentes de valvuloplastia mitral e hipocoagulado com cumarínico, enviado a consulta de Urologia em Dezembro de 2014 por achado incidental em RMN de controlo pós fractura esplénica de lesão nodular lobulada no polo superior do rim direito, com 47x36x45 mm, com hipossinal em T1 e T2 e com esboço de ligeira captação de contraste na sua vertente mais posterior.

A core-biopsia renal guiada por TC em Janeiro de 2015 revelou características histológicas e imunohistoquímicas sugestivas de angiomiolipoma.

Por incremento dimensional pericentimétrico em 6 meses, foi submetido em Setembro de 2015 a angioembolização. Após 2 anos de *follow-up*, o doente manteve-se assintomático e com lesão imagiologicamente estável. Em TC de Abril de 2018, a lesão revelou um marcado incremento dimensional (145x110x100 mm) e características de agressividade, nomeadamente, envolvimento dos vasos renais, ausência de plano de clivagem com a veia cava inferior e invasão do lobo direito do fígado. Sem evidência de doença à distância.

Foi submetido em Maio de 2018 a nova core-biopsia renal que revelou características histológicas e imunohistoquímicas sugestivas de angiomiolipoma epitelióide.

Após discussão em reunião oncológica multidisciplinar, o doente foi proposto para exérese alargada da lesão.

Dois dias antes da data prevista da cirurgia, o doente é admitido de urgência no serviço de cuidados intensivos por choque hipovolémico e disfunção multiorgânica com ponto de partida em hemorragia retroperitoneal maciça. Foi submetido a laparotomia exploradora de urgência com abertura e drenagem do hematoma retroperitoneal, laqueação da artéria renal direita e *packing* com compressas, tendo sido removidas 2 dias depois em nova laparotomia.

Após estabilidade clínica, o doente é submetido a exérese do tumor retroperitoneal com nefrectomia direita e segmentectomia hepática VI, VII e VIII, tendo transfundido 14 UGV, 12 unidades de plasma e 3 unidades de plaquetas.

O resultado anatomopatológico da peça operatória revelou um angiomiolipoma epitelióide com invasão do fígado e diafragma.

Após 30 dias de internamento no serviço de cuidados intensivo, o doente teve alta para a enfermaria. Durante o internamento, é dia-

gnosticada em TC uma lesão cerebral nodular suspeita de metastização. Aos 60 dias de internamento o doente acaba por falecer.

**Discussão/Conclusão:** O angiomiolipoma epitelióide renal é uma neoplasia mesenquimatosa potencialmente maligna. Por se tratar de uma neoplasia extremamente rara e pouco reportada, o seu diagnóstico é um desafio, requerendo confirmação histológica e imunohistoquímica. Por este motivo, o presente caso ilustra não só um caso raro, mas fundamentalmente instrui para uma variante potencialmente fatal de uma neoplasia renal benigna comum.

**Nº: 92**

## **TUMORES DO TESTÍCULO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO CLÍNICO**

Débara Araújo<sup>1</sup>; Daniela Pereira<sup>1</sup>; Raquel Rodrigues<sup>1</sup>; Alexandre Gromicho<sup>2</sup>; Pedro Costa<sup>1</sup>; Jorge Dias<sup>1</sup>; Vitor Oliveira<sup>1</sup>; Paulo Espiridião<sup>1</sup>; Rui Amorim<sup>1</sup>; Luís Costa<sup>1</sup>; Luís Xambre<sup>1</sup>; Manuel Pereira<sup>1</sup>; José Amaral<sup>1</sup>; Luís Ferraz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHVN Gaia/Espinho; <sup>2</sup>Hospital Central do Funchal

**Introdução:** Os tumores do testículo (TT) correspondem a cerca de 1% de todas as neoplasias, afectando sobretudo homens com idades entre os 20-40 anos. A sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas décadas sobretudo nos países industrializados. Os tumores de células germinativas (TCG) são o tipo histológico predominante (90-95%) e dentro destes, o seminoma estadio I é a apresentação inicial da doença mais comum. Estas neoplasias estão associadas a excelentes taxas de cura sobretudo na era da quimioterapia com cisplatina. Em 10-20% dos casos podem apresentar-se como doença metastizada e a mortalidade associada aos TT não é desprezível.

**Objetivos:** Caracterização dos doentes com diagnóstico histológico de TT orientados no nosso centro clínico.

**Material e métodos:** Realizado um estudo

retrospectivo que incluiu todos os doentes com diagnóstico de tumor do testículo confirmado histologicamente observados no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNG/E) no período de 01/01/2005 até 31/12/2018.

**Resultados:** 82 doentes foram propostos para orquidectomia radical (OR). Destes, 2 foram excluídos por falta de informação clínica e 4 por outros diagnósticos que não TT. No total, foram incluídos 76 casos de TT confirmados histologicamente com uma mediana de idades de 31(24;44) anos. A presença de uma massa indolor foi a apresentação mais comum (48,3%), seguida da dor/desconforto testicular (43,1%). 3,6% tinham antecedentes de criptorquia (n=2) e 1,3% história familiar de TT conhecida (n=1). 17,3% dos doentes (n=9) tinham lesões não palpáveis e detectadas apenas por ecografia. Todos realizaram OR, à excepção de um doente em que foi realizada orquidectomia parcial com confirmação peri-operatória extemporânea de lesão benigna. 57,8% tinham marcadores tumorais elevados à data de diagnóstico; 54,8% destes doentes normalizaram os marcadores após OR. Em 78,9% das lesões detetou-se a presença de TCG (n=60), 10,5% do tumores do estroma (n=8) e 10,5% outras entidades como tumor adenomatóide, linfoma e quisto epidermóide (n=8). Dos TCG, o seminoma clássico foi a neoplasia mais diagnosticada (34,2%). Um dos doentes foi diagnosticado com um TCG de origem primária extragonal com localização no retroperitónio. Quanto ao estadiamento clínico, 81,5% dos seminomas diagnosticaram-se no estadio I (n=22) e 18,5% no estadio II (n=5); os TCG foram detectados no estadio I em 54,8% (n=17), estadio II em 25,2% (n=9) e estadio III em 15,2% (n=5). 36,5% dos doentes foram propostos para vigilância ativa (n=27); 45,9% para quimioterapia (n=34); 9,5%

realizaram radioterapia dog-leg (n=7); 8,1% necessitaram de linfadenectomia retroperitoneal pós-quimioterapia (n=6). A presença de teratoma retroperitoneal foi confirmada em 50% doentes submetidos a linfadenectomia (n=3). Houve 3 casos de tumores metácronos no testículo contralateral aos 5 meses, 7 meses e 6 anos após a lesão inicial que foram submetidos a orquidectomia parcial e biópsia da restante polpa testicular. Dois deles detectou-se a presença seminoma puro estadio I e neoplasia células germinativas intra-tubular na restante polpa; realizaram posteriormente radioterapia local. Até à data, 42,1% (n=32) ainda mantêm seguimento clínico e apenas em 2 casos se observou uma recidiva clínica após quimioterapia. 35,5% dos doentes (n=21) já tiveram alta clínica. Em 17,1% (n=13) perdeu-se o seguimento clínico por não-compliance ou transferência para outro centro. Ocorrem 4 mortes (5,3%), 3 dos casos relacionadas com a doença. A sobrevida global e específica de doença é de 97,4% e 96,1% respetivamente.

**Discussão/conclusão:** Os TT são neoplasias potencialmente curáveis, com bom prognóstico e diagnosticadas sobretudo numa fase precoce da doença. Um diagnóstico correto e um tratamento multidisciplinar atempado são cruciais na abordagem clínica uma vez que a mortalidade associada à doença não é inexistente.

## **Nº: 93**

### **INVASÃO DA PAREDE ABDOMINAL – A PROPÓSITO DE UM CASO-CLÍNICO**

Débora Araújo<sup>1</sup>; Daniela Pereira<sup>1</sup>; Raquel Rodrigues<sup>1</sup>; Alexandre Gromicho<sup>2</sup>; Jorge Dias<sup>1</sup>; Rui Amorim<sup>1</sup>; Sandra Custódio<sup>1</sup>; Luís Ferraz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHVN Gaia/Espinho; <sup>2</sup>Hospital Central do Funchal

**Introdução:** O diagnóstico das neoplasias vesicais (NV) são realizados sobretudo numa fase não musculo-invasiva (>75%), ou seja, com lesões confinadas à mucosa e submu-

cosa. No entanto, alguns doentes podem ser diagnosticados numa fase avançada da doença, com extensa invasão da parede pélvica e abdominal (T4 a e T4b, respetivamente). Estas situações requerem a realização de cistoscopia e resseção transuretral (RTU-V) para um diagnóstico definitivo. Nestes casos, o diagnóstico clínico pode ser um verdadeiro desafio.

**Objetivos:** Realçar dificuldades no diagnóstico e tratamento de uma NV com invasão da parede abdominal através da descrição de um caso clínico.

**Material e métodos:** Descrição de um caso clínico de NV com invasão da parede abdominal como apresentação inicial observado no CHVNG/E.

**Resultados:** Homem caucasiano de 66 anos, fumador. Recorre ao serviço de urgência com sintomas de disúria terminal, polaquiúria, dor e aumento de volume escrotal bilateral, lombalgia direita ocasional e sintomas constitucionais (anorexia e perda ponderal) com 2 meses de evolução. Sem história de hematuria conhecida. Ao exame objetivo, apresentava ECOG PS 2, aspeto emagrecido e uma massa suprapúbica palpável de consistência pétreia, mal definida, fixa e aderente aos planos profundos; aumento do volume escrotal bilateral mais acentuado à direita, com testículos tensos, difíceis de individualizar das túnicas escrotais e edema do peniano; sem edema dos membros inferiores. Os exames de imagem mostravam a presença de um espessamento parietal vesical difuso com provável envolvimento do meato ureteral direito associado a ureterohidronefrose homolateral e suspeita de invasão da parede abdominal. O doente foi proposto para cistoscopia e RTU-V diagnóstica. Durante a intervenção cirúrgica, foi impossível aceder à cavidade vesical. Recorreu-se ao cistoscópio flexível que permitiu transpor a uretra e visualizar a presença

de uma massa vesical extensa localizada na cúpula/fundo da bexiga. Incapacidade de recolha de tecidos com as pinças disponíveis. Citologia urinária revelou a presença neoplasia urotelial de alto grau. Toque bimanual realçava-se uma rigidez extrema da região suprapúbica e escrotal e a palpação de uma massa de consistência dura e fixa, difícil de individualizar dos tecidos prostáticos. O diagnóstico histológico apenas foi conseguido através de biópsia percutânea da massa suprapúbica que revelou a presença de um carcinoma urotelial de alto grau. Os restantes exames de estadiamento confirmaram o estadio clínico T4-N+M1 com metastização óssea. Necessitou da colocação de nefrostomias percutâneas bilaterais por agravamento da função renal por uropatia obstrutiva bilateral. Em consulta de grupo multidisciplinar foi proposto tratamento sistémico paliativo. O doente não era ilegível para tratamento de quimioterapia baseado em platino. O estudo imunohistoquímico PD-L1 com uma marcação combinada (CPS<10) negativa. Cumpriu 22 ciclos semanais de paclitaxel com resposta parcial, com uma melhoria das queixas algícas, diminuição da massa suprapúbica, volume escrotal e edema do pénis. Suspendeu o tratamento por progressão de doença e degradação do estado geral. Até à data, aos 10 meses de *follow-up* após diagnóstico inicial, apresenta controlo dos sintomas, mantendo resolução completa do edema dos genitais. Foi decidido manter cuidados de suporte.

**Discussão/Conclusão:** Na maioria das NV é realizado o diagnóstico numa fase de doença não musculo-invasiva e a orientação destes doentes está bem estabelecida. Apesar de menos comum, as NV podem apresentar-se em estadios avançados, sendo por vezes difícil aplicar os métodos de diagnóstico convencionais. Este caso clínico ilustra a necessidade pontual de uma abordagem individualizada.

**Nº: 94**

## **NEOPLASIAS UROLÓGICAS EM TRANSPLANTADOS RENAI – EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

Nuno Dias; Francisco Botelho; Tiago Antunes-Lopes; Paulo Dinis; João Silva

*Centro Hospitalar e Universitário de São João*

**Introdução:** Há evidência de que os doentes imunossuprimidos em contexto de transplante renal têm maior risco de desenvolver neoplasias, nomeadamente urológicas.

**Objectivo:** Esta é a primeira parte de um trabalho que visa descrever a dados relativos a neoplasias urológicas em doentes submetidos a transplante renal, quanto a incidência, tratamento e seus resultados.

**Métodos:** Realizou-se uma análise retrospectiva dos 552 doentes submetidos a 560 transplantes renais no nosso centro, no período entre Janeiro de 2008 e Dezembro 2017. Foram excluídos os doentes submetidos a transplante de outros órgãos ou transplante de rins anterior a 2008, ou com história de neoplasias prévias.

**Resultados:** Foram identificadas 13 neoplasias em 12 doentes, resultando numa incidência de 2.2%. O tempo mediano entre o transplante e o diagnóstico de primeira neoplasia foi de 19 (mín-máx: 2-77) meses.

Identificaram-se 5 casos de neoplasias da próstata, todos adenocarcinomas, 4 Gleason Group2 e 1 Gleason Group5, tendo as modalidades de tratamento escolhidas sido braquiterapia em 2 casos, prostatectomia radical em 2 casos e radioterapia + hormonoterapia em 1 caso. Todos os doentes se mantêm livres de progressão após seguimento mediano de 30 meses.

Identificaram-se 7 casos de neoplasias do rim em 6 doentes, todos com tamanhos inferiores a 4cm (pT1a). Histologicamente dividiram-se em 5 carcinomas de células claras

(1 de apresentação bilateral síncrona nos rins nativos e 1 no aloenxerto) e 2 carcinomas papilares de tipo 1. Todos os doentes foram submetidos a nefrectomia radical. Para um seguimento mediano de 74 meses apenas 1 doente apresentou progressão com metastização retroperitoneal aos 79 meses e morte aos 80 meses após diagnóstico.

Identificou-se 1 caso de neoplasia da bexiga, tratando-se de neoplasia urotelial papilar de baixo potencial maligno (PUNLMP) submetida a ressecção transuretral única e apresentando-se livre de recidiva ou progressão aos 109 meses de seguimento.

Não se identificaram casos de neoplasias do urotélio alto, do pénis, dos testículos ou das glândulas supra-renais.

**Conclusão:** As neoplasias urológicas têm uma incidência relevante na população de doentes submetidos a transplante renal e a comparação do seu prognóstico com o das mesmas neoplasias em populações não imuno-suprimidas não é conhecido. Por essas razões é importante conhecerem-se dados epidemiológicos e resultantes da gestão destes doentes, de forma a que se possa optar pelas estratégias de diagnóstico precoce e de gestão adequada da doença quando necessário.

**Nº: 95**

### **SCHISTOSOMÍASE URINÁRIA COMO CAUSA RARA DE HEMATÚRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Alexandre Gromicho<sup>1</sup>; Raquel Rodrigues<sup>2</sup>;  
Daniela Pereira<sup>2</sup>; Débora Araújo<sup>2</sup>; Pedro Costa<sup>2</sup>;  
Luís Xambre<sup>2</sup>; Manuel Pereira<sup>2</sup>; Luís Ferraz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central do Funchal; <sup>2</sup>Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

**Introdução:** A schistosomíase é uma doença parasitária endémica em alguns países africanos e no oeste asiático. Existem três espécies de *Schistosoma* que provocam infecções no homem: *S. Manson*, *S. Japoni-*

*cum.* e *S. haematobium*, sendo este último o principal responsável pela infecção no aparelho urinário. Em Portugal a Schistosomíase é uma causa rara de hematúria. No entanto devido à estreita relação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) este diagnóstico deve ser considerado em pessoas oriundas destes países.

**Objectivos:** Descrever um caso clínico de schistosomíase urinária como causa de hematúria.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de um homem de 63 anos, caucasiano, ex-fumador e com antecedentes de enfarte agudo do miocárdio em 2016 medicado com antiagregação dupla (ácido acetilsalicílico e ticagrelor), hipertrofia benigna da próstata e litíase renal; reside em Angola 6 meses por ano. Recorreu ao serviço de urgência (SU) a 22/6/2018 por hematúria macroscópica e lombalgia direita com alguns dias de evolução. Referia episódios repetidos de hematúria macroscópica com resolução espontânea durante os últimos dois anos. A ecografia renal revelou uretero-hidronefrose direita com ectasia do ureter até pelo menos ao cruzamento com os vasos ilíacos, tornando-se inacessível distalmente por vacuidade vesical e interposição gasosa. Teve alta com tratamento médico expulsivo e orientado para consulta de Urologia. Observado após 4 meses, com resolução das queixas algicas e noção de expulsão de fragmentos litíasicos, sem novos episódios de hematúria. Uretrocistoscopia mostrou presença de próstata de dimensões aumentadas e hiperemiada e lesão vesical submucosa, exofítica, de localização retrotrigonal com cerca de 2cm, endurecida, não friável, de coloração amarelada. Adicionalmente identificado cálculo de 1,5cm no lúmen vesical. Colhida citologia urinária que foi negativa para carcinoma urotelial de alto grau. Submetido a litotricia de

calculo endovesical e ressecção transuretral da lesão vescical a 8/4/2019, que confirmou a presença de mucosa urotelial com ovos de schistosoma. Doente foi referenciado à consulta de Doenças Infecciosas tendo realizado testes serológicos para schistosomíase que foram negativos. Foi medicado com praziquantel 20mg/kg/dose 3id - 1 dia e encontra-se em vigilância clínica.

**Discussão:** A schistosomíase urinária afecta aproximadamente 112 milhões de pessoas a nível mundial e que cerca de 150.000 pessoas morrem anualmente devido a doença renal crónica obstrutiva provocada pelo *S. haematobium*. A infecção no homem adquire-se pelo contacto directo com água contaminada. As principais manifestações clínicas são a presença de hematúria, disúria, polaquiúria, podendo em estadios mais avançados manifestar-se com sintomas de obstrução do tracto urinário e estar associado ao desenvolvimento de tumores vesicais, especialmente carcinoma espinhocelular. O diagnóstico definitivo da é feito pela identificação de ovos na urina ou nas biópsias vesicais. Através da uretróscopia podem ser observadas lesões mucosas papilares ou submucosas. Testes serológicos podem ser importantes, mas não permitem distinguir entre infecção aguda ou crónica. A ecografia reno-vesical pode ser útil na identificação de espessamentos ou lesões vesicais bem como na exclusão de ureterohidronefrose. O tratamento de eleição consiste na administração de praziquantel, o único fármaco recomendado pela WHO com taxa de cura entre 60-90%. No nosso caso clínico o diagnóstico de schistosomíase não foi desde logo evidente, em grande parte devido à presença de outras etiologias mais frequentes que poderiam explicar o quadro de hematúria. O diagnóstico definitivo apenas foi possível após realização de RTU-V com evidência histológica de ovos de schistosoma.

**Conclusão:** A schistosomíase urinária é uma causa rara de hematúria nos países ocidentais, mas deve ser considerada em doentes oriundos de regiões endémicas, mesmo na presença de outros factores de risco.

**Nº: 96**

### **COMPARAÇÃO ENTRA A BIÓPSIA DIRIGIDA E RANDOMIZADA NO DIAGNÓSTICO DE CaP EM DOENTES COM REALIZAÇÃO PRÉVIA DE RNM MULTIPARAMÉTRICA**

Daniela Pereira; Luís Costa; Alexandre Gromicho; Débora Araújo; Raquel Rodrigues; Luís Ferraz  
*CHVNG/E*

**Introdução:** O cancro da próstata é o tumor mais comum no homem. O seu diagnóstico implica a realização de uma biópsia para análise histológica, um exame invasivo, com complicações importantes.

A taxa de deteção de CaP na primeira BPTR é de 40-50%, enquanto que numa segunda biópsia este valor passa para 18%.

Neste sentido têm sido desenvolvidas técnicas de diagnóstico que permitam uma melhor seleção dos pacientes para biópsia e desta forma diminuir o número de biópsias realizadas.

A RNM multiparamétrica da próstata permite uma melhor identificação, localização e caracterização de lesões potencialmente suspeitas e se realizada previamente à BPTR possibilita a realização de uma biópsia dirigidas a áreas suspeitas com maior potencial de diagnóstico. Atualmente as *guidelines* da EAU (associação europeia de urologia) recomendam a realização de RNM antes de uma segunda biópsia.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo é comparar a taxa de deteção de neoplasia na biópsia dirigida ao nódulo em comparação com a biópsia randomizada para o diagnóstico de CaP significativo.

Pretende adicionalmente avaliar a acuidade de deteção de neoplasia da biópsia de fusão cognitiva.

**Métodos:** Entre 01 de janeiro de 2018 e 30 de julho de 2019 foram realizadas no serviço de urologia do CHVNG/E 486 BPTR, guiadas por ecografia.

Noventa e sete dos casos tinham uma biópsia prévia negativa e realizaram RNM prostática antes do exame. A interpretação dos achados da RNM foi efectuada segundo os critérios PI-RADS v2.

Nesta análise foram incluídos trinta e um doentes. Todos tinham uma RNM da próstata classificada com PI-RADS 3 ou superior.

Todas as biópsias foram realizadas por um grupo de 3 urologistas. Na biópsia dirigida por fusão cognitiva foram colhidos em média 3 fragmentos por área suspeita. Adicionalmente foi realizada biópsia prostática padrão.

**Resultados:** A média de idades dos doentes incluídos na análise foi de 68 anos.

No total foram detetadas 35 lesões suspeitas na RNM. O valor de PSA variou entre os 2 e os 24 ng/ml.

A taxa global de deteção de neoplasia nestes doentes foi de 51,72%. A taxa de deteção de CaP clinicamente significativo foi de 35, 48%, para ambos os grupos.

No total foram colhidos 19 fragmentos na biópsia prostática randomizada, dos quais 39 foram positivos para neoplasia. Nas biópsias dirigidas (fusão cognitiva) foram colhidos 38 fragmentos, dos quais 24 foram positivos.

A taxa de deteção de CaP por fragmento foi de 33% para a biópsia randomizada e de 63% para a biópsia dirigida.

**Conclusão:** No presente estudo não foi encontrada uma diferença na taxa de diagnóstico entre a biópsia dirigida e a biópsia randomizada, no entanto a taxa de positividade por fragmento foi superior nas biópsias dirigidas à lesão.

Verificou-se adicionalmente o diagnóstico de Gleasons mais altos na BPTR dirigida, fazendo prever que a realização de RNM multipa-

ramétrica prévia, permite a deteção de lesões altamente suspeitas e poderá aumentar a acuidade diagnóstica do CaP.

## Nº: 97

### QUAL O IMPACTO DA REPETIÇÃO DA RESSECÇÃO TRANSURETRAL (reRTU) NO CARCINOMA VESICAL pT1 DE ALTO GRAU?

Alexandre Gromicho<sup>1</sup>; Raquel Rodrigues<sup>2</sup>; Daniela Pereira<sup>2</sup>; Débora Araújo<sup>2</sup>; Pedro Costa<sup>2</sup>; Jorge Dias<sup>2</sup>; Rui Amorim<sup>2</sup>; Paulo Espiridião<sup>2</sup>; Luís Costa<sup>2</sup>; Vitor Oliveira<sup>2</sup>; Luís Xambre<sup>2</sup>; Manuel Pereira<sup>2</sup>; José Amaral<sup>2</sup>; Luís Ferraz<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Central do Funchal; <sup>2</sup>Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

**Introdução:** A ressecção transuretral dos tumores vesicais (RTU) é considerado o *Gold Standard* no tratamento do carcinoma não músculo-invasivo (CNMI), em associação com terapêutica adjuvante intravesical de acordo com a estratificação do risco. A repetição da RTU (reRTU) está indicada em casos de ressecção inicial incompleta, tumores de alto grau sem representação da camada muscular e em todos os tumores pT1. No entanto existe controvérsia, existindo alguns estudos que argumentam que reRTU pode não ser necessária quando a primeira RTU foi completa.

**Objectivos:** O objectivo deste estudo foi analisar o resultado das reRTU ao longo dos últimos 4 anos e identificar os preditores de doença residual.

**Material e métodos:** Foram analisados todos os doentes submetido a reRTU de 1 de Janeiro de 2015 a 30 de Julho de 2019. Os critérios de inclusão foram: a) histologia com pT1 de alto grau após a primeira RTU; b) RTU primária completa, confirmada pela presença de muscular própria no exame histológico; O protocolo da reRTU incluía ressecção em profundidade da cicatriz de ressecção prévia e ressecção de lesões adicionais consideradas suspeitas (lesões papilares ou eritematosas).

Foram incluídos no estudo 36 doentes.

Foi efectuada análise estatística identificar factores preditores de doença residual na reRTU.

**Resultados:** Do total de doentes submetidos a reRTU, em 26 (72.2%) não foi encontrada malignidade, em 8 (22.2 %) verificou-se a presença de CNMI e em 2 (5.6%) foi identificada doença musculo-invasiva pT2.

A presença de Diabetes Mellitus (DM) ( $p=0.04$ ) foi um factor preditivo da presença de doença residual na reRTU.

**Discussão e conclusão:** Este estudo mostrou que em doentes com tumores vesicais pT1 alto grau numa primeira ressecção completa que foram submetidos a reRTU foi encontrada doença residual em 27.8%, verificando-se a presença de CNMI em 22.2% e doença musculo-invasiva (pT2) em 5.6%. Estas taxas são inferiores às descritas na literatura, especialmente em relação à taxa de doença residual.

No nosso estudo verificou-se que a presença de DM pode estar relacionada com a presença de doença residual na reRTU. A presença de doença residual não foi observada com outros factores clínicos (idade, sexo, obesidade, HTA) ou patológicos (presença de CIS, dimensão, multifocalidade e invasão linfocelular).

**Conclusão:** A reRTU deve ser realizada em todos os doentes CNMI para reduzir o risco de subestadiamento e detecção de doença invasiva.

**Nº: 98**

## **PERSONAL MONETARY COSTS OF UROLOGY RESIDENCY – AN EUROPEAN STUDY**

Mário Pereira-Lourenço<sup>1,7</sup>; Taha Uçar<sup>2,7</sup>; João Almeida<sup>3,7</sup>; Maria José Freire<sup>4,7</sup>; Moises Socarras<sup>5,7</sup>; Diego Carrion<sup>6,7</sup>; Juan Rivas<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup>Department of Urology, Portuguese Institute of Oncology - Coimbra, Portugal; <sup>2</sup>Department of Urology, Istanbul Medeniyet University, Turkey;

<sup>3</sup>Department of Urology, North Lisbon Hospital Center, Portugal; <sup>4</sup>Department of Urology and Kidney Transplantation, Coimbra University and Hospital Center, Portugal; <sup>5</sup>Advanced Urological Institute - Madrid, Spain; <sup>6</sup>Department of Urology, La Paz Hospital, Spain; <sup>7</sup>European Society of Residents in Urology

**Introduction:** Urology residency is academically, personally and monetary demanding. The personal costs associated with the Urology residency have not been studied at national or European level.

**Objectives:** To characterize and quantify the personal monetary costs of the Urology residency. To compare Portuguese results with the other European countries.

**Methods:** The European Society of Urology Residents (ESRU) developed a survey of 35 questions that was sent online through the ESRU communication channels (distribution in each country by the respective national coordinators). Descriptive statistical analysis.

**Results:** 224 answers were obtained, 29 (13.0%) from Portugal (P). The remaining European countries (E) with the highest response rate were Poland (14.7%), Greece (13.4%) and Italy (11.2%).

\*Gender – P: Male: 75.9%; E: Male: 81.0%.

\*Relationship status – P: Single: 69.0%; E: Single: 26.2%.

\*Number of children – P: 0: 93.1%, 1: 6.9%; E: 0: 71.8%, 1: 15.9%, ≥2: 12.3%

\*Monetary spendings on urology education in the last 12 months – P: 0-999€: 10.3%, 1000-1999€: 34.5%, ≥2000€: 55.2%;

E: 0-999€: 42.6%, 1000-1999€: 24.1%, ≥2000€: 33.3%.

\*Amount of sponsored spendings – P: <20%: 20.7%, 20-49%: 20.7%, ≥50%: 58.6%; E: <20%: 43.6%, 20-49%: 14.9%; ≥50%: 41.5%.

\*Biggest sponsor – P: No one: 3.5%, hospital: 0.0%, pharmaceutical industry: 86.2%, others: 10.3%; E: No one: 27.2%, hospital: 13.9%, pharmaceutical industry: 51.7%, others: 7.2%.

\*Would you be a better urologist if you had more sponsorships? – P: Yes: 93.1%; E: yes: 83.1%.

\*Do you consider that the distribution of sponsorships in your Urology Department is fair? – P: Yes: 44.8%; E: yes: 44.6%.

\*Do you consider that the distribution of sponsorships in your country is fair? – P: Yes: 17.2%; E: yes: 31.3%.

\*Do you agree with the existence of sponsorships by the pharmaceutical industry? – P: Yes: 93.1%; E: yes: 80.0%.

\*Do you experience any type of coercion or commercial pressure when you accept a sponsorship from the pharmaceutical industry? – P: Yes: 3.4%; E: yes: 21.0%.

\*Ideally, who do you think should sponsor your training? – P: Hospital: 51.7%, pharmaceutical industry: 13.8%; E: hospital: 57.5%, pharmaceutical industry: 10.8%.

**Discussion and conclusion:** Portuguese urology residents have fewer children and most are single. The results show higher expenses with training of Portuguese residents. Compared to the rest of European countries, Portuguese residents receive more sponsorships, being the role of the pharmaceutical industry more marked in Portugal. Most Portuguese and European residents agree that sponsorships should ideally be given by the hospital.

## Nº: 99

### CURA CIRÚRGICA DO VARICOCELO – O ESTADO DA ARTE DE UMA PATOLOGIA PREVALENTE E COM GRANDE IMPACTO NA SAÚDE SEXUAL MASCULINA

Guimarães T.; Guerra J.; Tomas A.; Medeiros M.; Andrade V.; Bernardino R.; Falcão G.; Fernandes F.; Pina J.; Muresan C.; Ferronha F.; Coral L.; Patena Forte JP.; Morales J.; Farinha R.; Calais F.; Barros F.; Cabrita Carneiro J.; Menezes N.; Campos Pinheiro L.  
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (C.H.U.L.C)

**Introdução:** A varicocelectomia atrasa o declínio progressivo da função testicular, no entanto, não está isenta de complicações. O Urologista assume assim um papel preponderante na seleção da técnica que minimize o risco de complicações e recidiva.

**Objetivos:** Descrição do perfil clínico e epidemiológico dos doentes submetidos a cura cirúrgica do varicocele e revisão das nossas taxas de complicações e recidiva de varicocele relacionadas ao tratamento cirúrgico.

**Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo de doentes submetidos a várias técnicas cirúrgicas de varicocelectomia em contexto ambulatorial entre Jan/14 e Jul/19 no C.H.U.L.C. Foram avaliados dados clínicos, imagiológicos e laboratoriais além das complicações pós-operatórias de acordo com a classificação de Clavien-Dindo e calculadas as taxas de recidiva de varicocele e incidência de hidrocele consoante a técnica cirúrgica.

**Resultados:** 105 homens identificados; média de idade: 30,6 anos. A “orquiálgia”, foi o principal motivo de indicação cirúrgica: 56% dos casos (n:59). Destes, 18,6% dos homens (n:11) apresentavam sintomas com duração <6 meses e 18,6% realizaram espermograma previamente (n:11) com evidência de normozoospermia em 54,5% (n:6). O 2º motivo de indicação cirúrgica foi a “inferti-

lidade” presente em 15,2% (n:16) com >36 meses de evolução em cerca de 25%(n:4). 93,8% desses homens tinham espermograma prévio (n:15), com evidencia de normozoospermia em apenas 6,7% (n:1). 5 doentes realizaram testes hormonais, 2 teste de cariótipo e deleção do Y. Houve 1 caso de elevação do nível de FSH. Verificou-se 3 casos de varicocele recidivado (2,8%). A classificação em grau do varicocele segundo a classificação de Dubin L e Amelar RD: grau I em 11,4%(n:12), grau II 30,4%(n:32), grau III em 27,6%(n:29). O varicocele foi considerado subclínico em 30,4%(n:32). O Eco-doppler escrotal foi realizado em 89 homens (84,7%) e identificou varicocele unilateral esquerdo em 74,2%(n:66); direito 0% (n:0) bilateral em 25,8%(n:23). – apenas 2 foram operados bilateralmente. Identificou-se casos de assimetria testicular e outras patologias concomitantes como hidrocele e espermatocele. Foi preferida a via aberta em 89,5% dos casos (n:94). As técnicas cirúrgicas abertas utilizadas por ordem decrescente foram: a retroperitoneal, inguinal e subinguinal em 68%(n:64), 25,6%(n:24) e 6,4%(n:6) respetivamente. Em 10,5% dos casos (n:11) a via laparoscópica foi a escolhida. Houve 1 complicação intraoperatória durante a realização da técnica retroperitoneal com lesão iatrogénica do uréter esquerdo que culminou em anastomose termino-terminal do ureter lesado e colocação de stent ureteral duplo-J. As complicações pós-operatórias foram distribuídas de acordo com a classificação de Clavien-Dindo, com uma taxa de incidência de 7,4% nos doentes submetidos a cirurgia aberta (n:7), todas Clavien-Dindo I. Não houve complicações após a cirurgia laparoscópica (n:0). O *follow-up* médio em consulta foi de 4,7 meses. Foram requisitados espermogramas de reavaliação em 52,1%(n:12) dos doentes com espermograma prévio a cirurgia

com alterações seminais (total de 23). Destes, 41,7% (n:5) apresentaram melhoria dos parâmetros do espermograma após cirurgia. No *follow-up* foram requisitadas apenas 10 ecografias escrotais pelo Urologista identificando-se 4 (3,8%) de casos de hidrocele - 2 após técnica inguinal (8,3%), 1 após técnica retroperitoneal (1,6%) e 1 após cirurgia laparoscópica (0,9%) que culminou em posterior hidrocelectomia e 7 (6%) casos de recidiva de varicocele - 3 após técnica retroperitoneal (4,6%), 2 após técnica inguinal (8,3%) e 2 após cirurgia laparoscópica (18%).

**Conclusão:** A técnica retroperitoneal é a mais amplamente utilizada em nosso meio. A prevalência de efeitos adversos pós cirúrgicos em todas as técnicas é baixa e houve recuperação ligeira-moderada dos parâmetros seminais de reavaliação. São necessários estudos prospetivos para atenuar impacto que esta patologia tem na sexualidade masculina.

#### **Nº: 100**

#### **PREDICTING NEGATIVE URETEROSCOPY FOR STONE DISEASE – AVOIDING RISK AND COST**

Miguel Eliseu; Roberto Jarimba; Maria João Rocha; Pedro Moreira; Pedro Simões; Luís Sousa; Henrique Dinis; Paulo Temido; Arnaldo Figueiredo  
*Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introduction:** *Urolithiasis is a common disease worldwide, with prevalence rates in general population of 1-20%; countries with high standard of life show rates over 10%. Ureteric stones are a particular burden with frequent need of emergency care. Ureteroscopy (URS) is one of the most useful procedures in treating ureteric stones not passed spontaneously; this procedure has a general complication risk of 4%. Negative URS, with rates up to 15% described, represents avoidable patient risk and use of medical resources. Predicting negative URS preoperatively*

and cancelling the procedure would prevent this unnecessary burden.

**Objectives:** To describe rates and identify predictive factors of negative URS and to define strategies which would minimize patient and financial burden of these unnecessary procedures.

**Patients and methods:** A retrospective cohort study analysed patients who underwent URS in our Center to treat ureteric stones over a period of 2 years (from July 1st, 2016 until June 30th, 2018). Patient age, gender and comorbidities, previous procedures, as well as clinical, laboratory and imaging findings were analysed.

**Results:** During the defined period, 262 patients underwent URS for ureteric stones. The population was 50.8% female, with a mean age of 56.89 years. A total of 78 procedures were negative URS, representing 29.8%. Univariate analysis showed a higher prevalence of negative URS in female patients ( $p=0,023$ ), as well as in primary ( $p=0,001$ ), smaller ( $p=0,010$ ), and radiolucent stones ( $p=0,035$ ). With multivariate analysis, a logistic regression model correctly classified 76% of patients, with smaller stone size ( $p=0,003$ ) and radiolucency ( $p=0,011$ ) being significant predictors of negative URS, accounting for 47.7% of the variance.

**Discussion and conclusions:** Our Center showed a high rate of negative URS, more than previously described in the literature. Female patients tend to have an even higher rate, possibly due to unnoticed passage of stones or more frequent pelvic phleboliths mistaken as ureteric stones. Patients with small, radiolucent stones showed the highest rates of negative URS; these would benefit the most from pre-operative computed tomography to identify and preclude unnecessary treatments and costs.

**Nº: 101**

## **DOIS ANOS DE PROSTATECTOMIAS RADICAIS NO CHLC – REVISÃO ANATOMOPATOLÓGICA E FOLLOW-UP**

Vanessa Andrade; João Guerra; Rita Tomás; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Rui Farinha; Luís Campos Pinheiro  
*Hospital São José, Centro Hospitalar Lisboa Central*

**Introdução:** A prostatectomia radical (PR) é um dos tratamentos recomendados no adenocarcinoma prostático localizado. O balanço entre uma ressecção tumoral completa a preservação funcional da função erétil e continência urinária nem sempre é fácil, podendo resultar margens cirúrgicas positivas (MCP).

O nosso objectivo consiste em identificar se na nossa população a percentagem de doentes com margem cirúrgica positiva pode ser explicado pela abordagem cirúrgica e pela experiência do cirurgião e se tal se traduz num maior risco de recidiva bioquímica.

**Métodos:** Procedeu-se a uma avaliação retrospectiva dos relatórios de anatomia patológica das peças de PR realizadas no Centro Hospitalar Lisboa Central entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2018. Através da consulta do processo clínico do doente foram avaliados o seguimento e a necessidade de terapêutica adjuvante ou de resgate.

**Resultados:** Durante o período considerado foram realizadas 114 prostatectomias radicais, a maioria por via aberta. Os doentes tinham em média 66 anos e um PSA inicial de 10,57ng/mL. Na peça, a maioria apresentava um gleason 7 (3+4) (39,8%) e 7 (4+3) (27,4%). 41,6% apresentava margem cirúrgica positiva, mais comum a nível do ápex. Destes doentes, 41,3% realizou terapêutica adjuvante com radioterapia externa (RTE), bloqueio androgénico (BA) ou ambos. Dos restantes, 4 apresentaram recidiva bioquímica e

foram submetidos a terapêutica de resgate. Não se encontrou relação entre a existência de MCP e a abordagem cirúrgica utilizada, a experiência do cirurgião e a necessidade posterior de tratamento de resgate, contudo esta relaciona-se com a existência de invasão extra-prostática ( $p=0,04$ ) e das vesículas seminais ( $p=0,01$ ). Dos doentes com margem cirúrgica negativa, 9% realizaram terapêutica adjuvante no pós operatório e outros 9% apresentaram recidiva bioquímica, tendo sido submetidos a terapêutica de resgate. Há ainda a reportar um caso de metastização óssea e um óbito.

**Discussão/Conclusão:** A presença de margens cirúrgicas positivas após prostatectomia radical é uma situação relativamente frequente (6 a 41%), podendo ser atribuída a diversos factores. A sua presença representa um risco bem definido para recidiva bioquímica, contudo a sua tradução em outcomes clínicos está menos esclarecida. Apesar da presença de margens positivas não significar automaticamente a necessidade de terapêutica adjuvante, quase metade dos nossos doentes foram imediatamente tratados, ficando os restantes em vigilância de potencial recidiva bioquímica, sendo ambas as opções válidas. É por isso importante que se tenha acesso ao máximo de informação possível, incluindo as características anatomopatológicas, que em conjunto com outros factores ajudem o cirurgião a decidir qual a necessidade ou não de tratamento adjuvante imediato.

**Nº: 102**

## **O DIABO MORA NOS DETALHES – OCLUSÃO INTESTINAL NUM DOENTE TRANSPLANTADO, UM CASO CLÍNICO**

Bernardo L Teixeira; João F Cabral;

Nuno P Azevedo; Joana Gaspar<sup>2</sup>;

Gonçalo G. Mendes; Avelino Fraga

<sup>1</sup>Serviço de Urologia Centro Hospitalar do Porto;

<sup>2</sup>Serviço Cirurgia Geral Centro Hospitalar do Porto

**Introdução:** As complicações gastrointestinais são relativamente comuns em doentes transplantados renais, relacionando-se geralmente com a imunossupressão e medicação crónica. Os doentes que realizaram diálise peritoneal têm ainda maior risco de eventos oclusivos. Neste trabalho, apresentamos um caso clínico de oclusão intestinal causada por uma torção de ansa sobre o ureter transplantado.

**Objectivos:** Descrição de caso clínico

**Materiais e métodos:** Análise de registos clínicos e meios auxiliares de diagnóstico de um doente transplantado renal no Centro Hospitalar do Porto

**Resultados:** Descrevemos o caso de uma doente de 34 anos, com antecedentes de diálise peritoneal e transplante renal com rim de cadáver em 2017 no contexto de doença renal terminal por nefropatia de refluxo.

Cerca de 1 ano após o transplante, recorre ao serviço de urgência do Centro Hospitalar Universitário do Porto, por quadro de dor abdominal periumbilical constante associada a diminuição do trânsito intestinal e débito urinário. A doente com sinais vitais estáveis apresentava ao exame objectivo abdómen distendido nos quadrantes inferiores e dor com defesa à palpação do hipogastro.

No estudo analítico, foi documentada elevação dos valores de creatinina (2.34 mg/dL, para um basal de 1.13mg/dL) associada a leucocitose ligeira ( $11.27 \times 10^3/ \mu\text{L}$ ). A radiografia abdominal evidenciou a presença

de níveis hidroaéreos a nível do intestino delgado e a ecografia comprovou a distensão de ansas intestinais nos quadrantes inferiores do abdómen, bem como uma ligeira dilatação do aparelho excretor do enxerto.

A doente manteve-se sob tratamento conservador, tendo-se verificado agravamento progressivo do quadro clínico; foi realizada TC AP com evidência de sinais de sofrimento de ansas e ureterohidronefrose importante, embora sem se conseguir precisar a causa por ausência de excreção urinária de contraste.

No decorrer destes achados, a doente foi submetida a laparotomia exploradora, confirmando-se o quadro de oclusão intestinal causado por torção de ansas intestinais sobre o ureter transplantado, que apresentava um trajeto parcialmente intra-peritoneal; reduziu-se a torção intestinal, verificando-se viabilidade da ansa. De seguida, foi realizada a intraperitonealização do ureter. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com retorno dos valores de creatinina ao nível basal e restabelecimento do trânsito intestinal. Aos 2 meses pós-operatório, tinha valor de creatinina de 1.32mg/dL.

**Discussão/Conclusão:** Este caso clínico descreve uma causa inusitada de oclusão intestinal num doente transplantado renal. Vem lembrar-nos o importante paradigma: em cirurgia, o diabo mora mesmo nos detalhes!

## Nº: 103

### UTILIDADE DA TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA EM UROLOGIA

Luis Sepulveda; Liliana Miranda; Antonio Oliveira; Filipe Rodrigues

*Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro*

**Introdução:** Em 1997, Argenta e Morykwas popularizaram a utilização de terapia de pressão negativa (TPN) para acelerar a cicatrização de feridas. Recorrendo à utilização de pressão subatmosférica exercida através de uma espuma de poliuretano com

uma estrutura de poros abertos, esta técnica é usada actualmente para tratamento clínico de muitos tipos de feridas como trauma ortopédico, trauma tecidos moles, enxertos cutâneos, úlceras pressão, úlceras venosas, úlceras do pé diabético, queimaduras, infecções cirúrgicas, etc.

Na última década, o tratamento de feridas com terapia de pressão negativa aumentou drasticamente, dada a sua eficácia terapêutica.

O mecanismo de ação desta envolve efeitos físicos, como o aumento da perfusão, controle do edema e do exsudato, redução das dimensões da ferida e depuração bacteriana, e efeitos biológicos, como o estímulo à formação de tecido de granulação, microdeformações e redução da resposta inflamatória local.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo é demonstrar os resultados obtidos com a utilização da terapia por pressão negativa (TPN) no tratamento de feridas complexas, nomeadamente na Fásceite necrotizante (Gangrena Fournier) ou deiscências de feridas operatórias através da apresentação de 3 casos clínicos distintos.

**Material e métodos:** Foram recolhidos os dados clínicos e documentação fotográfica da evolução de feridas sob tratamento por TPN em 3 casos distintos:

Caso 1- Doente de 80 anos, com Fásceite necrotizante, submetido a intenso desbridamento cirúrgico envolvendo a região perineal, perianal, escrotal, base do pénis e fossas isquio-retais. Submetido simultaneamente a colostomia derivativa e realocação bilateral dos testículos em bolsa na raiz da coxa. Realizou tratamento com TPN durante internamento durante 38 dias e posteriormente penso (hidrofibras e interface de silicone) em ambulatório por 50 dias até epitelização completa.

Caso 2 - Doente de 68 anos, submetido a cistoprostatectomia radical e neobexiga ortotó-

pica, apresentando no pós operatório várias intercorrências infecciosas por gérmen multirresistente, incluindo formação de abscesso pélvico com fistulização cutânea e infecção e deiscência de ferida operatória. O doente foi submetido a desbridamento cirúrgico, limpeza de ferida operatória, drenagem de abscesso pélvico e remoção de trajecto fistuloso cutâneo, tendo sido complementado a atitude cirúrgica com a aplicação de terapia de pressão negativa. Realizou tratamento com TPN durante internamento durante 20 dias e posteriormente em ambulatório por 17 dias, com boa evolução cicatricial e resolução do status infeccioso.

Caso 3 - Doente de 51 anos, paraplégico desde os 26 anos, apresentava extensa Fasceite necrotizante envolvendo região perineal, perianal, isquio-rectal e extensão sacro-coccigea. Foi submetido a desbridamento cirúrgico, complementado com colostomia derivativa laparoscópica e, posteriormente, enxerto de pele total. Realizou tratamento com TPN durante internamento por 70 dias. Apresentou evolução favorável durante o internamento, mantendo cuidados de TPN em ambulatório durante 15 dias.

**Resultados:** Nos 3 casos apresentados constatou-se uma evolução favorável no decurso de algumas semanas a meses, com resultado final com bons resultados funcionais e estéticos. Realça-se a evolução sem significativas intercorrências infecciosas ou necessidade de reintervenções recorrentes para desbridamento cirúrgico. Na fase inicial do tratamento, destaca-se a necessidade de realização dos cuidados de penso em contexto de Bloco Operatório sob sedo-analgésia, dada intolerância algica e estado clínico débil.

**Discussão/Conclusões:** A terapia de pressão negativa constitui actualmente uma técnica promissora na abordagem da resolução cicatricial da Fasceite Necrotizante/Gangrena

de Fournier e deiscências complexas de feridas operatórias, contribuindo para um rápido processo de cicatrização, diminuindo a dor, o exsudato, o risco de sobreinfecção e o custo total do tratamento.

## Nº: 104

### MICROLITÍASE TESTICULAR: QUANDO E COMO VIGIAR?

Margarida Morgado; Afonso Morgado; Filipe Barros Alves; Ricardo Castro  
*Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário de S. João; Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de S. João; Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

**Introdução:** A microlitíase testicular (MT) define-se pela presença de múltiplas pequenas calcificações dispersas por um ou ambos os testículos. Nos últimos anos, tem sido reportada e questionada a sua associação com múltiplas patologias, tais como o cancro do testículo (CT), a infertilidade, a atrofia testicular, a criptorquidia, o hipogonadismo, o síndrome de Klinefelter, o síndrome de Down, entre outras. Os resultados contraditórios, nomeadamente na sua associação com o CT, criaram incerteza na necessidade da sua valorização como achado patológico e na sua posterior abordagem adequada.

**Objectivos:** Clarificar a importância da MT como achado incidental numa ecografia testicular e definir a abordagem de seguimento apropriada para o contexto clínico do indivíduo.

**Material e métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema e uma revisão do arquivo de imagens da nossa instituição.

**Resultados:** A MT é um achado incidental ocasional em ecografia testicular, na qual classicamente se observam múltiplos pequenos focos ecogénicos, sem cone de sombra, de dimensões relativamente uniformes, dis-

persos pelo parênquima testicular. Em adultos, as estimativas de frequência variam entre 0,6 a 9% e entre 2,4 a 5,6% em homens sintomáticos e assintomáticos, respectivamente. A MT já foi associada a várias entidades patológicas, a mais importante sendo o CT, o que levou a que, num passado recente, a MT fosse considerada uma condição pré-maligna. Este conceito levou à aplicação de estratégias exaustivas de vigilância periódica dos homens com MT. Contudo, estudos posteriores com maior validade demonstraram não existir uma associação causal entre a MT e o CT e que a realização de exames de rastreio em indivíduos com MT e baixo risco de CT não é custo-eficaz, nem melhora significativamente os resultados nos indivíduos que desenvolvem CT. Deste modo, as recomendações actuais para a abordagem dos doentes com MT focam-se principalmente na presença ou não de factores de risco para CT. Já foram descritos vários factores de risco para o CT, sendo os mais reconhecidos: história de criptorquismo, história de CT, história de CT num familiar em 1º grau, carcinoma *in situ* (CIS) do testículo e atrofia testicular. Assim, num homem com MT sem qualquer factor de risco para CT, apenas se recomenda o auto-exame testicular mensal. Já um indivíduo com MT e pelo menos um factor de risco para CT deve ser seguido anualmente com realização de ecografia testicular. Se a MT for detectada concomitantemente com uma lesão testicular focal ou uma macrocalcificação suspeita, a MT é irrelevante e a lesão testicular suspeita para neoplasia deve ser prontamente estudada, podendo incluir doseamento de marcadores tumorais, reavaliação por ecografia testicular em 4 a 6 semanas, avaliação por estudo imagiológico complementar como RM com contraste ou ecografia contrastada, realização de biópsia testicular ou orquidectomia radical. A reali-

zação de biópsia testicular permanece um tema controverso. Contudo, esta pode estar indicada em indivíduos pós-orquidectomia por CT em que é detectada MT ou atrofia no outro testículo, visto que apresentam um risco aumentado de CIS.

**Conclusão:** Não parece existir uma associação causal entre MT e CT, não se devendo considerar a MT uma condição pré-maligna. O risco de desenvolver CT num indivíduo apenas com MT e sem factores de risco para CT é extremamente baixo. Deste modo, estes homens não devem ser submetidos a programas de vigilância exaustiva. O seguimento deve ser reservado para os indivíduos com MT e factores de risco para CT.

#### **Nº: 105**

### **CONDILOMA ACUMINADO DA GLANDE – IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

Alexandre Macedo; Nuno Ramos;  
Vanessa Metrogos; Carolina Vasconcelos;  
Nuno Figueira; Miguel Carvalho  
*Hospital Garcia de Orta*

**Introdução e objetivo:** O Condiloma Acuminado é uma doença sexualmente transmitida causada pelo *human papilloma virus* (HPV) e em crescente incidência. Na mulher a prevalência do vírus é de 40-60% e em homens sexualmente activos 5-20%, tendo como manifestação nos últimos o aparecimento de lesões papilomatosas, de aspecto tipo “couve-flor”, nos órgãos genitais, uretra, períneo e outros. O tratamento é dirigido à erradicação do vírus, terapêuticas locais, crioterapia e tratamento cirúrgico, nomeadamente terapêutica excisional. Os condilomas em génotipos mais agressivos de HPV podem evoluir para carcinoma *in situ* de Bowen ou para carcinoma espinocelular.

**Materiais e métodos:** Consulta de processo clínico e descrição do caso de um doente com o diagnóstico de Condiloma Acuminado.

Com o consentimento do doente foi obtida reportagem fotográfica do procedimento cirúrgica e evolução semanal pós-operatória. Revisão da informação obtida após pesquisa bibliográfica através da *Medscape*, usando os termos médicos *Condyloma Acuminatum* e *Genital warts*.

**Resultados:** Homem de 68 anos, antecedentes de circuncisão operado em 2014 no Hospital de São José, no contexto de Condiloma Acuminado. Após 5 anos foi orientado para o Hospital Garcia de Orta onde foi observado em consulta de Dermatologia em Janeiro/2019 por aparecimento de lesão de aspecto verrucoso com cerca de 2cm, com erosão e infiltrativa. Realizou biópsia da lesão que revelou histologicamente um condiloma acuminado. Pedida a observação por Urologia dada a extensão da lesão. Constatou-se a presença de uma lesão com cerca de 3,5cm, de aspecto verrucoso, com algumas áreas de necrose e infiltração da uretra distal. Após discussão com Cirurgia Plástica foi proposto para excisão cirúrgica da lesão e reconstrução com enxerto de pele.

Procedeu-se em primeiro tempo à preparação de enxerto de pele de espessura total em lâmina colhido na face interna do braço direito. Em segundo tempo, foi realizada a excisão da lesão en-bloc com preservação da uretra e revestimento com enxerto e imobilização em tie-over. A evolução no pós-operatório foi favorável.

**Conclusão:** A crescente incidência do Condiloma Acuminado alerta-nos para a necessidade da prevenção e tratamento de lesões anteriormente pouco frequentes. A abordagem multidisciplinar é fundamental na prática clínica actual, traduzindo resultados clínicos e estéticos superiores. Tendo esta patologia alta probabilidade de recidiva e progressão a vigilância clínica é de extrema importância.

**Nº: 106**

## **LINFÓCITOS, MONÓCITOS E PLAQUETAS COMO VALOR PROGNÓSTICO NOS TUMORES DE CÉLULAS GERMINATIVAS DO TESTÍCULO**

Alexandre Macedo; Nuno Ramos;  
Vanessa Metrogos; Nuno Figueira; Miguel Carvalho  
*Hospital Garcia de Orta*

**Introdução e Objetivo:** O tumor do testículo, apesar de ser uma neoplasia pouco frequente, é o tumor mais frequente no Homem entre os 15-40 anos. O sistema imunológico exerce um papel chave na resposta do organismo às neoplasias. Existem diversos marcadores hematológicos que podem ter influência no prognóstico e sobrevida dos doentes. O nosso estudo teve como objectivo avaliar o seu valor prognóstico nos tumores de células germinativas do testículo.

**Materiais e métodos:** Estudo longitudinal retrospectivo (2009-2018) dos doentes com tumores de células germinativas do testículo no Hospital Garcia de Orta. Análise do processo clínico, revisão das análises pré-operatórias, exame histológico e *follow-up* dos doentes. Foram avaliadas e comparadas as contagens de linfócitos, plaquetas e monócitos e razão neutrófilos/linfócitos (N/L), plaquetas/linfócitos (P/L) e linfócitos/monócitos (L/M). Foi analisada a relação que estes marcadores podem ter como preditores do estadió e como factores de prognóstico. A análise estatística foi realizada através do programa IBM SPSS Statistics.

Foram diagnosticados 34 tumores de células germinativas do testículo numa população com uma idade média de 41 anos (23-67), dos quais o exame histológico revelou 20 tumores do tipo seminoma, 8 não-seminoma e 5 do tipo misto.

27,3% dos doentes tinham uma razão N/L >4 e 12,1% tinham N > 8000/uL. Existe uma relação directa entre a razão neutrófilos/lin-

fócitos e o estadios da doença (Pearson correlation: 0.594,  $p=0,002$ ), assim como uma relação direta entre o valor de neutrófilos e o estadios da doença (Pearson correlation: 0.487,  $p=0,017$ ). Doentes com razão  $N/L > 4$  apresentaram estadios superiores (II ou III) (77,8% vs 22,2%,  $p=0,005$ ). Estas percentagens significam que dos doentes com razão  $N/L > 4$ , 77,8% apresentavam estadios II ou III e apenas 22,2% tinham estadios inferiores. 24,2% dos doentes demonstraram uma contagem total de plaquetas  $> 300000/uL$ . Não houve diferença comparativa relativamente à histologia (seminoma vs outros,  $p=0,695$ ). Contudo estes doentes apresentaram estadios superiores (75% vs 25%,  $p=0,015$ ), maior progressão da doença (83,3% vs 16,7%  $p=0,010$ ) e tendencialmente maior metastização (60% vs 17,9%  $p=0,078$ ) –  $p$  não significativo por reduzida amostra.

30,3% dos doentes apresentaram razão plaquetas/linfócitos  $> 150$ . Estes apresentavam estadios mais avançados (estadio II ou III) (66,7% vs 9,5%  $p=0,001$ ).

51% tiveram razão  $L/M > 3$ , no entanto não foram encontrados resultados comparativos relativamente ao prognóstico ou sobrevida, assim como uma relação com os marcadores tumorais.

As curvas ROC mostram uma AUC (área sobre a curva) de 0,717 para a razão  $N/L > 4$  e uma AUC de 0,617 para o valor de  $N > 8$ . Isso significa uma especificidade moderada na previsão destes dois parâmetros na progressão da doença.

**Conclusão:** Os nossos resultados demonstram que os marcadores hematológicos podem ter um valor prognóstico na predição da agressividade e progressão da doença, nomeadamente situações de mau prognóstico desde o momento do diagnóstico.

Consideramos que a utilidade destes marcadores na prática clínica pode ser considerada

uma ferramenta não invasiva importante na avaliação dos doentes com tumores de células germinativas do testículo.

**Nº: 107**

## **AVALIAÇÃO DO SCORE DE PADUA EM NEFRECTOMIAS PARCIAIS**

Alexandre Macedo; Nuno Ramos; Vanessa Metrogos; Nuno Figueira; Miguel Carvalho  
*Hospital Garcia de Orta*

**Introdução e objetivo:** A nefrectomia parcial tornou-se no tratamento de eleição do carcinoma de células renais com estadio cT1. Gradualmente a indicação estendeu-se para tumores com mais de 4cm. Vários *Nephrometry Scores* foram desenvolvidos para avaliar complicações no pós-operatório de cirurgias poupadoras de rim. No entanto, aquele que é uniformemente mais aceite é o *Preoperative Aspects and Dimensions Used for an Anatomical Classification (PADUA)*.

O nosso trabalho teve como objectivo avaliar uma série retrospectiva de doentes submetidos a nefrectomia parcial com parâmetros cirúrgicos e as complicações associadas ao procedimento.

**Materiais e métodos:** Estudo longitudinal retrospectivo (2010-2018) dos doentes submetidos a nefrectomia parcial no Hospital Garcia de Orta. Análise do processo clínico e relato operatório, revisão dos exames de imagem, exame histológico e as complicações segundo a classificação de Clavien-Dindo. Foi aplicado o *score* de PADUA com base em tomografia computadorizada pré-operatória. A análise estatística foi realizada através do programa IBM SPSS Statistics.

Foram realizadas 75 nefrectomias parciais com uma idade média de 63 anos, por suspeita de tumor do rim. Da nossa amostra 54 eram do sexo masculino e 21 do sexo feminino. 78,08% revelaram um carcinoma de células renais (83,02% estadio pT1, destes 68,4% eram de células claras, 22,8% car-

cinomas do tipo papilar e 8,8% do tipo cromóforo. Para a nossa população, 83,03% apresentava um estadió clínico cT1a e o tamanho médio dos tumores foi de 3cm. Foram avaliados parâmetros cirúrgicos, nomeadamente tempo de isquémia quente (média=20 minutos), líquido drenagem (média=200cc) e tempo de internamento (média=7 dias).

As complicações no pós-operatório foram sub-divididas em maior e menor e segundo a classificação Clavien-Dindo. Um total de 23 doentes desenvolveram complicações (Clavien-Dindo I-V, n=5; 16, 2, 0 e 1, respectivamente). Os *score* de PADUA foram sub-divididos em baixo (5-7), intermédio (8-9) e alto (10) grupos de pontuação (74,28%, 24,28% e 1,43%, respectivamente), sendo que a análise estatística dos dados não revelou correlação entre as complicações associadas ao procedimento e os 3 grupos de *score* PADUA. O estadió clínico (cT) teve uma correlação estatisticamente significativa com o *score* PADUA (*Pearson correlation* 0,424;  $p=0,011$ ). O tempo de isquémia revelou uma correlação positiva com o *score*, no entanto esta não revelou significância estatística.

**Conclusão:** O *score* de PADUA é utilizado como indicador da complexidade associada às nefrectomias parciais. Para a nossa população, no entanto, não foi encontrada uma correlação directa com os diversos parâmetros analisados. Posto isto, e em conformidade com outros trabalhos publicados, a sua utilidade na previsão de complicações associadas ao procedimento é limitada.

**Nº: 108**

## **NEFROURETERECTOMIA RADICAL EM CARCINOMA UROTELIAL DO TRATO SUPERIOR LOCALMENTE AVANÇADO (T3 OU SUPERIOR): CIRURGIA LAPAROSCÓPICA OU ABERTA?**

Gonçalo Grilo Mendes<sup>1</sup>; Carlos Ferreira<sup>1</sup>;  
Bernardo Lobão Teixeira<sup>1</sup>; Severino Ribeiro<sup>1</sup>;  
Avelino Fraga<sup>1</sup>; Miguel Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP)

**Introdução:** O carcinoma urotelial do trato superior (CUTS) é um tumor relativamente raro, sendo responsável por 5-10% de todos os carcinomas uroteliais. A nefroureterectomia radical é atualmente considerada o *gold-standard* para o tratamento curativo dos CUTS de alto risco. O tipo de abordagem cirúrgica, nomeadamente entre a via aberta e a via laparoscópica, tem sido tema de debate, com a literatura a suportar o uso da via aberta em CUTS localmente avançados ou invasivos (T3/T4 e/ou N+/M+), devido ao pior controlo oncológico pela via laparoscópica.

**Objetivo:** Este estudo visou investigar os resultados oncológicos a longo prazo entre a nefroureterectomia laparoscópica e aberta em doentes com estadió clínico e patológico igual ou superior a T3.

**Material e métodos:** O estudo realizado é do tipo observacional retrospectivo. A amostra é constituída por doentes submetidos a nefroureterectomia radical no período compreendido entre Maio de 2006 e Maio de 2018 e cuja anatomia patológica revelou um estadió patológico igual ou superior a T3, representando uma amostra de 37 doentes. Foram avaliadas as características anatomo-patológicas, o tipo de cirurgia (aberta ou laparoscópica) e a sobrevida dos doentes através da análise de Kaplan-Meyer.

**Resultados:** Analisando as curvas de sobrevivência da nefroureterectomia aberta relativamente à nefroureterectomia laparoscópica,

parece haver uma tendência para uma maior sobrevida global nos doentes submetidos a cirurgia laparoscópica do que cirurgia aberta, contudo sem significância estatística, para um  $p=0.098$  (Mantel-Cox *test*). Aos 36 meses de seguimento, cerca de metade dos doentes submetidos a nefroureterectomia laparoscópica encontravam-se vivos, enquanto que ao final de 8 meses de seguimento metade dos doentes submetidos a nefroureterectomia aberta já se encontravam mortos. Todos os doentes submetidos a nefroureterectomia com margens positivas (8,1%) por via aberta (8,3%) ou por via laparoscópica (7,7%) morreram em menos de 18 meses.

**Discussão/Conclusão:** O presente estudo demonstra que não existem diferenças na sobrevida entre a abordagem laparoscópica e aberta no tratamento de CUTS localmente avançados (T3 ou superior), contrariamente ao que a literatura atualmente suporta, sugerindo até, embora sem significância estatística, uma tendência para uma melhor sobrevida com a abordagem laparoscópica. Serão necessários mais estudos, em particular coortes prospetivas e com amostras populacionais maiores, para suportar estes dados, sendo a reduzida amostra e o desenho retrospectivo as principais limitações deste estudo.

## Nº: 109

### CONCORDÂNCIA DO SCORE DE GLEASON ENTRE A BIÓPSIA E A PEÇA CIRÚRGICA E OS RISCOS DOS ERROS DE GRADAÇÃO

Raquel Rodrigues; Daniela Pereira;  
Alexandre Gromicho; Débora Araújo; Rui Amorim;  
Luís Ferraz  
CHVNG/E

O carcinoma da próstata é a segunda neoplasia mais frequente no sexo masculino e a segunda causa de mortalidade por neoplasia em homens após a neoplasia do pulmão. As decisões terapêuticas baseiam-se na pre-

missa de um estadiamento correto, sendo a biópsia prostática o exame diagnóstico central para a tomada de decisões terapêuticas.

**Objetivo:** Comparar o *score* de Gleason na biópsia e na peça de prostatectomia radical numa série contemporânea de doentes submetidos a prostatectomia radical no CHVNG/E, tentando identificar possíveis preditores de erro da biópsia prostática.

**Materiais e métodos:** Foi efetuado um estudo retrospectivo, baseado em revisão de processos clínicos, de 208 doentes com carcinoma da próstata clinicamente localizado, submetidos a biópsia prostática e prostatectomia radical no nosso Serviço, entre 1 de Janeiro de 2014 e 31 de Julho de 2019.

**Resultados:** A idade média dos doentes foi de 63,72 +/- 5,816. A média do PSA ao diagnóstico foi de 15,36 +/- 17,53 e a média do número de fragmentos obtidos da biópsia prostática transrectal (BPTR) foi de 13,95 +/- 5,4. A média do erro de gradação da BPTR em relação ao exame anatomopatológico da peça operatória foi de -0,2415 +/- 0,044. O *score* de Gleason da biópsia e da peça operatória foi o mesmo em 68,8% dos doentes. Encontrámos um *score* mais elevado na biópsia do que na peça de prostatectomia em 4,3%. O *score* de Gleason da peça operatória foi mais elevado do que o da biópsia em 26,6% dos casos (*downgrading* na biópsia). Esta diferença foi de 2 valores em 1,4% dos casos ( $n=3$ ). A taxa de erro de gradação é significativamente maior nas biópsias com *score* mais baixo ( $P<0,05$ ). Na análise univariada, não houve correlação estatisticamente significativa entre a probabilidade de erro de gradação e número de fragmentos da biópsia ( $P=0.102$ ) o volume prostático ( $P=0.102$ ), estadio pT ( $P=0.135$ ), PSA à data de diagnóstico ( $P=0.407$ ) ou com a relação livre/total ( $P=0.557$ ). Houve uma associação entre a probabilidade de erro e o ano da biópsia prostática (HR: 0.062 IC:

0.152 -0.99 P=0,028320), sendo que, após a análise estatística multivariada esta associação não se manteve.

**Discussão conclusão:** Os resultados anatomopatológicos obtidos através da BPTR mantêm-se como um elemento fundamental na tomada de decisão partilhada com o doente acerca da sua estratégia terapêutica. No entanto embora esta seja representativa da doença em questão existe sempre o risco de se cometer um erro de gradação em relação a peça final de prostatectomia radical. Os valores encontrados na nossa população para os erros de gradação são semelhantes aqueles descritas na literatura. Da análise dos nossos dados não foi possível detetar fatores preditores de erro.

## Nº: 110

### **NEOPLASIA DA BEXIGA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE MELANOMA DA CORÓIDE METASTIZADO**

Duarte Vieira-Brito; Mário Lourenço;  
Ricardo Godinho; Pedro Peralta; Carlos Rabaça;  
Amílcar Sismeiro  
*Instituto Português de Oncologia Coimbra, Serviço de Urologia*

**Introdução:** A metastização do melanoma maligno para a bexiga com tradução clínica é raríssima, com menos de 40 casos descritos na literatura. O número de referências a metastização para a bexiga de melanomas da coróides é ainda menor.

**Objetivos:** Descrever um caso clínico de melanoma da coróide com metastização para a bexiga.

**Métodos:** Descrição de caso clínico. Consulta de processo clínico para recolha de dados clínicos.

**Resultados:** Homem de 73 anos, com antecedente de globlectomia ocular esquerda por melanoma da coróide 6 anos antes (sem sinais clínicos ou imagiológicos de recorrência), foi referenciado a consulta de Urologia

por hematúria macroscópica com 2 meses de evolução e ecografia vesical suspeita para neoplasia vesical com 4 cm na cúpula vesical. Dados os achados ecográficos, foi proposto para resseção transuretral do tumor vesical (RTU-TV), tendo-se objetivado uma lesão na cúpula, ovalóide, de aspeto necrótico, com cerca de 5 cm de maior eixo e pediculada. Na restante mucosa vesical objetivaram-se várias (>10) lesões ovalóides milimétricas de superfície regular e cor castanha-escura. A RTU-TV foi completa em extensão e profundidade. O resultado histopatológico revelou a presença de melanoma em todas as lesões ressecadas.

Com a finalidade de estadiamento, o doente realizou uma PET-FDG18 que revelou metastização peritoneal e pulmonar. Dada a metastização difusa, o doente foi proposto para quimioterapia sistémica.

**Discussão:** Na literatura consultada, existem apenas 4 casos descritos de melanoma da coróide com metastização para a bexiga, o que demonstra a raridade do caso descrito. Tal como descrito em outros casos de metastização urinária do melanoma (cutâneo/ofthalmológico), o principal sintoma e que leva ao diagnóstico é a hematúria macroscópica indolor. O diagnóstico diferencial faz-se com outras neoplasias da bexiga, embora o antecedente pessoal de melanoma combinado com as características macroscópicas do tumor, devem levar o urologista e o patologista a pensarem em melanoma metastizado como forte possibilidade. Quando existe metastização para a bexiga, normalmente existem outros locais de metastização (o que também sucedeu neste caso), embora existam casos de metastização única para a bexiga. A quimioterapia sistémica é o tratamento de escolha do melanoma metastizado, embora a mestastasectomia cirúrgica seja ponderada em doença oligometastática. O prognóstico é reservado.

**LINFOMA MALT PRIMÁRIO DO RIM  
– DESCRIÇÃO DE UM CASO RARO**

Alexandre Gromicho<sup>1</sup>; Raquel Rodrigues<sup>2</sup>;  
Daniela Pereira<sup>2</sup>; Débora Araújo<sup>2</sup>; Paulo Espiridião<sup>2</sup>;  
Vitor Oliveira<sup>2</sup>; Luís Ferraz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central do Funchal; <sup>2</sup>Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

**Introdução:** O linfoma da zona marginal de tecido linfoide associada à mucosa (MALT), também conhecido como linfoma MALT, faz parte do grupo de linfomas de células B segundo a classificação da *World Health Organization* (WHO). Estas neoplasias têm origem em locais extraganglionares geralmente associadas a inflamação crónica no contexto de infecções ou doenças auto-imunes. Teoricamente pode ter origem em qualquer localização extra-ganglionar, no entanto raramente envolve primariamente o rim.

**Objectivos:** Descrever caso clínico de um linfoma MALT do rim e realizar uma revisão na literatura sobre a patologia.

**Caso clínico:** Doente de 56 anos, fumador, sem outros antecedentes de relevo. Referenciado à consulta de Urologia em Março de 2019 por episódio de hematúria e há 3 meses. Ao exame objectivo apresentava bom estado geral. Analiticamente sem alterações de relevo. Portador de ecografia reno-vesical que descrevia uma massa de 66mm no rim esquerdo, com conteúdo líquido central, suspeita de neoplasia com necrose central, e lesão vesical com 29x22mm. A uretroscopia confirmou a presença de lesão papilar com cerca de 2cm na parede lateral esquerda. Para melhor caracterização da massa renal foi pedida uroTC, que revelou marcada densificação tecidular no seio renal peri-bacinetes, sugerindo espessamento marcado do urotélio condicionando deformidade do bacinete e dos cálices, em particular do médio e inferior, com alguma heterogeneidade do parênquima

renal do terço inferior, aspectos altamente sugestivos de neoplasia. Assumido diagnóstico provável de neoplasia urotelial e proposta nefrouretectomia esquerda com ressecção transuretral vesical, realizada a 16/04/2019. Ao exame histológico, macroscopicamente a lesão localizava-se centrada no seio renal estendendo-se ao tecido adiposo perinéfrico e parênquima renal, de características sólidas, limites mal definidos, de coloração amarelada. Microscopicamente observou-se proliferação linfoide atípica, constituída por células pequenas com diferenciação linfoplasmocitóide. Identificada expressão para CD20 e aparente restrição de expressão de cadeias leves kappa. Não se observou expressão de CD3, CD5, CD10, Bcl-6, Bcl-2, CD23, ciclina D1 e CD38. Portanto estabelecido diagnóstico de linfoma da zona marginal tipo MALT no rim. Adicionalmente, histologia da lesão vesical revelou carcinoma urotelial vesical de alto grau pTa com representação da camada muscular. Foi referenciado à consulta de Hemato-Oncologia onde se encontra em vigilância. Actualmente a realizar adjuvância intravesical com instalações de BCG.

**Discussão:** O linfoma da zona marginal tipo MALT com origem renal é extremamente raro. Uma das razões para a baixa incidência é o facto de o rim não conter tecido linfático. Os linfomas MALT têm origem em localizações extra-ganglionares, mais frequentemente gástrica, ocular, intestinal, pulmonar e glândulas salivares. O linfoma renal atinge sobretudo pessoas > 40 anos. Clinicamente caracteriza-se pela presença de lombalgia, astenia, perda ponderal, hematúria e em casos mais avançados com massa abdominal e insuficiência renal. O diagnóstico é desafiante, sendo difícil diferenciar o linfoma MALT dos tumores renais mais frequentes, como o carcinoma de células renais e carcinoma do urotélio alto. Por esta razão, na maioria

dos casos o diagnóstico é estabelecido após nefrectomia radical. Apesar da biópsia renal percutânea permitir diagnóstico histológico, não deve ser realizada na suspeita de carcinoma urotelial devido ao risco de *seeding*. O tratamento do linfoma MALT do rim não está bem definido, mas pode ser tratado com quimioterapia, cirurgia ou radioterapia. Estão reportadas na literatura taxas de sobrevida 75.6% aos 5 anos.

**Conclusão:** O Linfoma MALT do rim é uma patologia extremamente rara e que coloca dificuldades no seu diagnóstico. Apesar de o tratamento não estar estabelecido, a intervenção cirúrgica pode ser curativa sem necessidade de tratamentos adjuvantes, como foi demonstrado neste caso clínico.

## Nº: 112

### EXISTE CORRELAÇÃO ENTRE INFECÇÃO HPV E SOBREVIDA NO CARCINOMA DO PENIS?

Duarte Vieira-Brito; Mário Lourenço;  
Ricardo Godinho; Pedro Peralta; Carlos Rabaça;  
Amílcar Sismeiro  
*Instituto Português de Oncologia Coimbra, Serviço de Urologia*

**Introdução:** O carcinoma do pênis é raro, constituindo <1% de todos os câncros no homem nos países industrializados. O cancro do pênis é mais comum em zonas com elevada prevalência de HPV, com cerca de um terço dos casos atribuídos à carcinogénese relacionada com o HPV. Tendo em conta a elevada correlação entre níveis de expressão de p16INK4 e a presença de transcrição de HPV, a expressão de p16INK4 pode ser utilizada como marcador de infeção por HPV. O objetivo principal deste trabalho é avaliar o valor prognóstico da expressão p16INK4 no cancro do pênis.

**Métodos:** Avaliação retrospectiva de todos os doentes com diagnóstico primário de carcinoma do pênis, sujeitos a cirurgia numa insti-

tução de tratamento oncológico portuguesa, nos últimos 20 anos (n=35). Revisão patológica de todas as peças operatórias e teste imunohistoquímico para identificação do p16INK4. Estudou-se a relação do p16INK4 com os seguintes fatores: idade, subtipo histológico, dimensão tumoral, grau de diferenciação, estadiamento T e N, invasão perineural, invasão perivascular, sobrevivência livre de doença (DFS) e sobrevivência relacionada com o cancro (CSS).

**Resultados:** O p16INK4 foi positivo em 8 doentes (22.4%). A identificação do p16INK4 não se relacionou com nenhum fator histopatológico. Neste trabalho identificámos uma tendência de melhor DFS e CSS nos doentes positivos para p16INK4 (DFS aos 36 meses de 100.0% vs. 66.7%; CSS aos 36 meses de 100.0% vs. 70.4%), embora sem significância estatística ( $p>0.05$ ).

Na análise multivariada, dos fatores clinicopatológicos estudados, apenas o estadiamento se relacionou com a DFS e CSS ( $p=0.017$  e  $p=0.014$ , respetivamente).

**Discussão:** a percentagem de casos positivos para p16INK4 é menor do que a encontrada na literatura internacional, o que pode sugerir um papel menos relevante da infeção por HPV na oncogénese do cancro do pênis na população estudada. A identificação do p16INK4 não se relacionou com outros fatores clinicopatológicos. A tendência a um prognóstico mais favorável nos doentes p16INK4 vai de encontro à bibliografia internacional. O fator mais relevante para o prognóstico é o estadiamento ganglionar. A força estatística deste trabalho é limitada pela dimensão da amostra.

**Conclusão:** câncros do pênis positivos para p16INK4a apresentam uma tendência para melhores sobrevivências, embora o fator mais relevante no outcome seja o estadiamento ganglionar.

## Nº: 113

### **URETROPASTIA COM ENXERTO DE MUCOSA BUCAL: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA**

Pedro Valente; Hélder Castro; Fernando Vila; Paulo Araújo; Cristina Vivas; Joaquim Lindoro  
*Serviço de Urologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel*

**Introdução:** A estenose da uretra é uma patologia frequente com grande impacto na qualidade de vida dos doentes. Na maioria dos casos o tratamento de primeira linha é endoscópico, no entanto, caracteriza-se por ter uma natureza recidivante com necessidade de múltiplas intervenções e cirurgia reconstrutiva, inclusivé com recurso a transferência de tecidos autólogos.

**Objetivos:** Analisar a casuística do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa referente ao tratamento de estenoses da uretra complexas com recurso a aplicação de enxerto de mucosa bucal.

**Material e métodos:** Desde Janeiro de 2017 a Junho de 2019 foram tratados 14 doentes com estenose da uretra com utilização de enxerto de mucosa bucal. Para tal foram realizadas 19 cirurgias reconstrutivas de uretra, das quais, 8 intervenções de aplicação de enxerto dorsal na uretra peniana (Tipo Johanson-1º tempo), 7 intervenções de uretropolastia bulbar com aplicação de enxerto dorsal (Tipo Barbagli), e 4 intervenções de Tunelização da uretral peniana (Tipo Johanson-2º tempo). O enxertos foram colhidos da mucosa jugal.

Os doentes foram avaliados antes e depois da intervenção cirúrgica com avaliação clínica, ecografia incluindo avaliação do resíduo pós-miccional (RPM) e Urofluxometria.

A análise dos dados foi feita usando o programa IBM SPSS Statistics 20.0 software.

**Resultados:** Os doentes tinham uma idade média de 54 anos e um IMC médio de

28,7Kg/m<sup>2</sup>. 42,9% dos doentes apresentavam HTA, 35,7% eram diabéticos, 28,6% fumadores e 21,4% estavam medicados com antiagregantes.

A causa mais frequente de estenose uretral foi o Lichen escleroso (42,9%).

71,4% dos doentes tinham antecedente de cirurgia de uretra sendo a mais frequente a uretrotomia interna. 78,6% dos doentes tinham antecedente de dilatações regulares da uretra com uma duração média de 30 meses. Cerca de 36% dos doentes tinham sido submetidos a colocação de cistostomia suprapúbica por retenção urinária e dos restantes todos apresentavam queixas do trato urinário baixo graves, a média do fluxo máximo foi 5,8ml/s e o RPM médio de 81mL.

A estenose tinha em média 5,9cm de extensão e a sua localização era na uretra pendular em 35,7%, Bulbar em 42,9% e Bulbar e Pendular em 21,4% dos doentes.

Para a reconstrução uretral foram utilizados mais do que um enxerto em 28,5% dos casos. O tempo cirúrgico variou de acordo com o tipo de cirurgia, sendo em média 264 minutos para a uretropolastia bulbar, 200 minutos para o 1º tempo da uretropolastia peniana com aplicação do enxerto e 138 minutos para cirurgia de tunelização.

Não ocorreu qualquer intercorrência intraoperatória de relevo.

Relativamente a complicações pós-operatórias, de referir 1 caso de hematoma do local da colheita do enxerto de mucosa bucal que foi tratado de modo conservador e 1 caso de necrose cutânea peniana que foi tratado com desbridamento cirúrgico.

O tempo de seguimento médio foi de 10 Meses (mínimo de 1 mês e máximo de 25 meses). Todos os doentes intervencionados se encontram em micção espontânea. Sendo a média do fluxo máximo 17,8 ml/s e o RPM médio 39,4ml.

Ocorreu recidiva da estenose uretral em 1 doente submetido a uretroplastia bulbar, pelo que foi submetido a uretrotomia interna.

De referir a ocorrência 1 caso de incontínência urinária de esforço ligeira sem necessidade de tratamento cirúrgico e 1 caso de disfunção eréctil tratada com alprostadil intracavernoso.

**Conclusões:** A uretroplastia com enxerto de mucosa bucal é uma intervenção cirúrgica tecnicamente exigente, usada para tratamento de estenoses da uretra complexas, com poucas complicações associadas e com uma boa taxa de sucesso.

## Nº: 114

### SINTOMAS URINÁRIOS BAIXOS E O SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS

Jorge Correia; Mariana Madanelo; Alexandra Rocha; Bernardo Teixeira; Gonçalo Mendes; Catarina Tavares; André Marques Pinto; Avelino Fraga; Carlos Ferreira; Miguel Silva-Ramos  
*Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** O transplante renal é considerado a melhor forma de tratamento da doença renal crónica terminal. Contudo, devido ao tempo de espera prolongado para transplante, muitos doentes tornam-se anúricos e não utilizam o tracto urinário baixo levando à sua disfunção. Apesar de após o transplante existir uma adaptação ao longo de 6 meses, alguns estudos demonstraram que os sintomas urinários baixos (LUTS, *lower urinary tract symptoms*) podem persistir, aumentando a susceptibilidade a infecções urinárias e refluxo, com repercussão na função do enxerto e na mortalidade. A ausência de necessidade de terapêutica de substituição renal pode levar a que estes doentes interpretem os LUTS como positivos, levando ao subdiagnóstico de disfunção urinária baixa.

**Objectivos:** Realizar uma análise comparativa do impacto dos sintomas urinários baixos

na qualidade de vida, entre os doentes transplantados renais e uma população de doentes saudáveis referenciada a consulta pelas mesmas queixas.

**Material e métodos:** Foi efectuada uma análise retrospectiva dos dados clínicos de todos os doentes transplantados renais (TR) e de um grupo controlo (GC) de doentes saudáveis referenciados a consulta de Urologia por LUTS, entre Janeiro e Dezembro de 2018. Os doentes foram avaliados com urofluxometria e questionário IPSS (*International Prostate Symptom Score*) complementado com a escala de qualidade de vida (QoL, *Quality of life*) da AUA. A última foi categorizada como não afectada (0-1), ligeiramente (2), moderadamente (3-4) ou severamente afectada (5-6).

**Resultados:** Foram avaliados um total de 158 doentes, 65 doentes transplantados renais e 93 doentes controlo, com média de idades, respectivamente, de  $46 \pm 11$  anos e  $67 \pm 9$  anos ( $p < 0,001$ ). O tempo mediano em diálise foi de 40 meses [IQR 34-60] e o tempo mediano decorrido desde o transplante de 15 meses [12-24]. 26 TR encontravam-se a realizar pelo menos um tipo de terapêutica médica (40%), enquanto 87% do GC estava medicado ( $n=81$ ). Na avaliação com o questionário de QoL, verificamos que os doentes transplantados renais referiam uma melhor qualidade de vida ( $1,43 \pm 0,7$  e no GC  $3,29 \pm 1,3$ ;  $p < 0,001$ ) em paralelo com um IPSS significativamente menor ( $9,1 \pm 4,4$  e no GC  $11,4 \pm 7,5$ ;  $p = 0,026$ ). A urofluxometria não apresentou diferenças entre os grupos (Qmax de  $12,6 \pm 7,0$  no TR e  $14,6 \pm 7,8$  no GC;  $p = 0,106$ ).

Constatou-se uma diferença significativa ( $p = 0,001$ ) na distribuição de ambos os grupos pelas diferentes classes de QoL, observando-se que a maioria dos TR referiam que os LUTS não afectavam ou afectavam apenas ligeiramente a sua qualidade de vida (66,2% e 29,2%, respectivamente, *versus*

4,3 e 28,0% no GC). Ao invés, apenas 4,6% dos TR referiam uma qualidade de vida moderadamente afectada e nenhum (0%) uma interferência severa (48,4% e 19,4% respectivamente no GC).

Em ambos os grupos se observou uma correlação significativa entre o IPSS e QoL ( $p < 0,001$ ), mas os TR apresentavam um incremento superior no IPSS para a mesma variação da QoL ( $B = 3,9$  no TR e  $3,3$  no GC). Utilizando um modelo de regressão logística multivariada, ajustando para as diferenças observadas na idade e IPSS existentes entre os grupos, verificou-se, ainda assim, que o facto de ser transplantado era o determinante com maior impacto na qualidade de vida.

**Discussão/Conclusões:** Os doentes transplantados renais apresentam uma melhoria significativa na qualidade de vida, apesar de manterem sintomas urinários baixos importantes. Esta relação deve ser reconhecida e identificada precocemente, devendo este benefício ser contrabalançado contra os seus inerentes riscos na função do enxerto a longo prazo.

## **Nº: 115**

### **COMPLICAÇÕES E RESULTADOS FUNCIONAIS DA NEO-BEXIGA ORTOTÓPICA DE STUDER: 4 ANOS DE SEGUIMENTO**

Francisco Fernandes; Gil Falcão; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; Rita Tomás; João Guerra; Fernando Calais; Luís Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

**Introdução:** O tumor da bexiga constitui um dos mais frequentes do aparelho génito-urinário. Nos doentes com necessidade de cistectomia radical, vários tipos de derivações urinárias podem ser utilizadas.

A utilização de derivações continentes parece trazer grande benefício psicológico para os doentes.

A neo-bexiga ortotópica de Studer aproxima-se do substituto ideal para a bexiga por per-

mitir a criação de um reservatório continente, de baixa pressão e que pode ser facilmente esvaziado.

No entanto, este tipo de derivação parece estar associado a uma maior taxa de complicações quando comparado com a derivação com o contido ileal. Complicações precoces incluem: leak urinário, pielonefrite e complicações associadas a anastomose intestinal. Complicações tardias incluem estenoses da anastomose neovesico-ureteral ou uretero-enterica, fístula urinária, litíase, retenção urinária e incontinência urinária.

**Objectivos:** O objectivo deste estudo é analisar as complicações e os resultados funcionais dos doentes submetidos no nosso centro a cistectomia radical com derivação urinária tipo neobexiga ortotópica de Studer nos últimos 4 anos.

**Material e métodos:** Entre 2015 e 2019, 12 doentes foram submetidos no nosso centro a cistectomia radical com derivação urinária tipo neobexiga ortotópica de Studer. Avaliou-se o tempo de seguimento, estadiopatológico, o tempo médio de hospitalização, a existência de complicações precoces e tardias, a continência e a função sexual.

**Resultados:** A idade média dos doentes à data de cirurgia era de 58 anos [53-80]. O período médio de seguimento foi de 14 meses. O tempo médio de hospitalização dos doentes foi de 11 dias. A continência diária (0/1 penso dia) foi atingida em 100% dos doentes. A continência nocturna foi atingida em 78% dos doentes.

As complicações precoces foram as seguintes: leak da anastomose urinária (1/12); pielonefrite (1/12). As complicações tardias foram: pielonefrite (4/12) com evolução para sépsis em 1 doente e retenção urinária com necessidade de cateterismo intermitente em 1 doente.

**Discussão/Conclusões:** As complicações desta série vão de encontro às já descritas

na literatura actual onde as complicações precoces variam entre os 9-18% e as tardias entre os 6-24%. Apesar de associado a mais complicações (quando comparada com o conduto ileal) a neobexiga ortotópica de Studer está associada a um benefício psicossocial do doente pelo que deverá ser sempre tida em conta estimando-se que possa ser utilizada em até cerca de 80% dos doentes.

## Nº: 116

### **DIVIDIR PARA CONQUISTAR – 8 ANOS DE DEPARTAMENTALIZAÇÃO NO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO**

Bernardo L. Teixeira; André M. Pinto; João F. Cabral; Gonçalo G. Mendes; João N. Pereira; Jorge R. Correia; Catarina M. Tavares; Diogo N. Carneiro; Alexandra Rocha; Mariana Madanelo; Avelino Fraga  
*Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** Em 2011 o serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto foi reestruturado em áreas funcionais, à semelhança de outros centros europeus, com vista ao aprimoramento técnico e científico em cada uma das diferentes valências da especialidade por forma a atingir a excelência nos cuidados a oferecer à população.

**Objectivos:** Comparar a evolução da cirurgia laparoscópica e de litíase e seus resultados, antes e após a departamentalização do serviço de urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto.

**Materiais e métodos:** Análise retrospectiva da actividade cirúrgica do serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto nos períodos entre 1 de Julho 2010 e 30 de Junho 2011 e 1 de Julho 2017 e 30 de Junho 2018. Foram colhidos os dados demográficos dos doentes, *score* ASA, tempo de internamento e complicações cirúrgicas segundo a escala de Clavien Dindo modificada. Foram considerados nesta análise os seguintes pro-

cedimentos: Nefrectomia simples, radical e parcial; prostatectomia radical; adenomectomia por HBP; cistectomia radical, nefroureterectomia radical, ureterorrenoscopia flexível e nefrolitotomia percutânea. Realizada análise comparativa recorrendo ao software STATA 13.1, com um nível de significância de 0,05.

**Resultados:** O número total de procedimentos realizados foi de 776. A média de idade foi de 63,8 anos (DP 13,15; mín 19, máx 93). Houve um predomínio de doentes do sexo masculino (74.5%). A mediana de dias de internamento pós-operatório foi de 5 dias (Intervalo interquartis 3-7). A distribuição de acordo com o *score* ASA foi a seguinte: ASA I 5,5%, ASA II 64,6%, ASA III 25%, ASA IV 4,9%. Observou-se uma taxa de reinternamento e de complicações de 2,8% e 33,1% respectivamente.

No período em estudo, observou-se um aumento significativo da abordagem laparoscópica de 17,6% para 56,5% entre 2010 e 2018, excluindo os procedimentos endourológicos. A abordagem laparoscópica associou-se a menor incidência bruta de complicações (diminuição de 13%;  $p=0.001$ ) Nas cirurgias exequíveis por via laparoscópica, observou-se uma tendência bruta para a redução de complicações após departamentalização ( $p=0,085$ ; 39,5% vs 32,9%). A mediana de dias pós-operatórios foi significativamente menor [mediana 4 (IIQ3-6) vs. 6 (IIQ 5-7);  $p=0.0001$ ]. Recorrendo a um modelo de regressão logística multivariada ajustando para idade, sexo e ASA, verificou-se uma redução de 40% na probabilidade de incidência de complicações nos procedimentos laparoscópicos (OR = 0,6 ; 95CI 0,4-0,9  $p=0,035$ ). Por outro lado, por cada ano de idade, o risco de complicações aumentou 3%, de forma independente ( $P<0,001$ ). Concomitantemente, não se observou diferença na gravidade das complicações entre os procedimentos mais

antigos e os mais recentes, quando ajustados à idade ou ao facto de terem sido realizados por via laparoscópica.

Na área da litíase, para além de um aumento significativo do número de procedimentos (29 vs 112) observou-se uma diminuição dos dias de internamento com a departamentalização [mediana 2 (liQ1-3) vs 3 (liQ 3-5);  $p=0.0016$ ], e uma tendência para a redução de complicações, embora não estatisticamente significativa (25.81 vs 16.96%  $p=0,27$ )

**Discussão/Conclusão:** A divisão do serviço de Urologia por áreas funcionais, com equipas dedicadas foi um projecto inovador em Portugal na altura da sua implementação, com ganhos óbvios em saúde decorrentes de uma melhor prestação de serviços à população. O aumento do número de cirurgia laparoscópica e de endourologia por patologia litíásica assim o demonstram. Apesar de não termos encontrado diferenças estatisticamente significativas no número de complicações, observou-se uma melhoria deste parâmetro com a cirurgia laparoscópica (OR = 0.6); a departamentalização e o aumento da laparoscopia são, no entanto, indissociáveis. Advogamos assim a subspecialização e a difusão desta prática a outros serviços de Urologia em Portugal

## Nº: 117

### DETEÇÃO DE MARCADORES TUMORAIS DE DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO DE TUMOR UROTELIAL VESICAL NO PROTEOMA URINÁRIO

Mariana Medeiros; Francisco Fernandes; Juliana João; Luis Carvalho; Frederico Ferronha; Luís Campos Pinheiro; Hugo Santos; Carlos Lodeiro; José Luís Capelo  
*Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa*

**Introdução e objetivo:** A grande maioria dos tumores uroteliais vesicais (75-80%) são não músculo-invasivos e apresentam taxas ele-

vadas de sobrevivência (entre 88-98% aos 5 anos).

A natureza recorrente do carcinoma urotelial vesical obriga a um seguimento apertado e por longos anos, em estruturas hospitalares especializadas, com necessidade de exames endoscópicos pouco cómodos e dispendiosos, como a uretrocistoscopia, tornando-se necessário um método de diagnóstico e de *follow-up* alternativo, que seja de fácil utilização, com elevada sensibilidade e especificidade, não influenciável por outra patologia urológica ou afetado pelos tratamentos adjuvantes.

Após excisão do tumor, o estadiamento clínico é fundamental para o prognóstico e para a decisão do tratamento, que consistem em procedimentos completamente diferentes caso esteja presente um tumor urotelial não-músculo invasivo (Ta e T1) ou invasivo (T2 +).

Atualmente, nenhum método não invasivo tem sensibilidade suficiente para substituir a cistoscopia ou o exame histológico para estadiamento clínico do tumor.

Num estudo prévio, identificaram-se fenótipos proteicos urinários característicos para o estadiamento do carcinoma urotelial da bexiga.

O primeiro painel (32 proteínas) permite detetar o tumor da bexiga, e o segundo painel (70 proteínas) permite diferenciar entre os estadios Ta, T1 e T2+ (estadios invasivos: T2, T3 e T4).

Este trabalho tem como objetivo identificar a presença de tumor urotelial vesical através da urina de doentes selecionados aleatoriamente dum grupo com cerca de 150 pacientes com tumor urotelial vesical, saudáveis, doentes com LUTs e em seguimento de tumor urotelial.

**Material e métodos:** 9 doentes foram selecionados aleatoriamente: 7 doentes com carcinoma urotelial vesical T1, 1 doente com

carcinoma urotelial músculo invasivo T3 (variante micropapilar) e 1 doente com LUTs por Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP)

Utilizando a Preparação da Amostra com Auxílio por Filtro, as proteínas urinárias foram purificadas e digeridas. Cromatografia Líquida acoplada à Espectrometria de Massa foi utilizada para a identificação e quantificação de peptídeos urinários digeridos.

**Resultados:** Através da identificação de proteínas dos dois painéis, o teste revelou que todos os doentes teriam carcinoma urotelial não músculo invasivo T1.

Assim, o teste nesta amostra apresentou uma sensibilidade de 100% para a presença de tumor e estadiamento T e um valor preditivo positivo (VPP) de 88,8% e 77,8% respetivamente para as categorias referidas.

**Conclusão:** Nossos resultados mostraram-se bastante promissores, no entanto um estudo de validação com um número superior de doentes é necessário.

## Nº: 118

### TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CANCRO DO RIM – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Joana Polido; Tito Palmela Leitão; Miguel Miranda; Afonso Castro; Carolina Borges da Ponte; Tiago Oliveira; José Palma Reis; Tomé Lopes  
*Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN)*

**Introdução:** A nefrectomia é o tratamento cirúrgico *gold standard* na abordagem dos tumores renais localizados, permitindo tanto o diagnóstico histológico como o tratamento curativo na maioria dos casos. A nefrectomia parcial é o procedimento preferível, sempre que exequível, por permitir a preservação de parênquima renal, diminuindo o risco de doença cardiovascular ou metabólica a longo prazo. A abordagem laparoscópica apresenta menor morbilidade e resultados oncológicos idênticos, embora tecnicamente mais desafiante.

**Objectivos:** Analisar as nefrectomias realizadas na Unidade de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) num período de 3 anos, quanto às características dos doentes e dos respectivos tumores, ao período peri-operatório e às complicações.

**Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes com tumores renais submetidos a nefrectomia radical (NR) e parcial (NP), tanto via aberta (VA) como via laparoscópica (VL) por tumor do rim, entre Janeiro de 2016 e Dezembro de 2018. Foram avaliados os dados referentes às características dos doentes (idade, sexo e co-morbilidades, *score* ASA — *American Society of Anesthesiologists*), ao seu diagnóstico (características e localização do tumor), ao período peri-operatório (técnica cirúrgica utilizada, tempo cirúrgico e tempo de internamento) e às complicações pós-operatórias (escala de Clavien-Dindo modificada). Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico informatizado e a análise estatística foi realizada utilizando o software IBM SPSS Statistics 24. Foram utilizados o teste de qui-quadrado para análise de variáveis categóricas e o teste T de amostras independentes (Levene) para análise de variáveis contínuas.

**Resultados:** No período referido realizaram-se 123 nefrectomias, sendo 62% (n=76) radicais e 38% (n=47) parciais. A idade média foi  $63 \pm 13$  anos e 71% dos doentes eram do sexo masculino. Setenta e cinco por cento apresentavam *score* ASA  $\leq$  II. A VL foi mais frequentemente utilizada nas NP do que nas NR (87% vs 61%;  $p=0,002$ ). No estadiamento pré-cirúrgico dos doentes submetidos a NP, 80,4% tinham tumores T1a (PADUA *score* médio=7,17) e 19,6% tumores T1b (PADUA *score* médio=7,0). Dos submetidos a NR, 56,6% tinham tumores T1 (com PADUA *score* médio=8,42), 30,3% tumores T2, 11,8% tu-

mores T3 e 1,3% tumores T4. Os resultados histológicos mais frequentes foram: carcinoma de células claras (58,5%), papilar tipo 1 (14,6%), cromóforo (9,8%) e oncocitoma (8,1%). Não houve diferença estatisticamente significativa nas taxas de ressecção completa (RO) das NR e NP, seja por VL ou VA. O tempo cirúrgico médio (TCM) por VL foi superior nas NP em relação às NR (164,5±42 vs. 143,6±37 min.±2DP; p=0,017), enquanto que nas VA não houve diferença estatisticamente significativa em relação NP vs. NR (147±63 vs 143±55 min.±2DP; p=0,857).

O tempo médio de internamento foi inferior nas nefrectomias VA vs VL (3,9±1,7 vs. 5,8±1,9 dias±2DP; p≤0,001). Verificou-se uma taxa de complicações global de 8% (n=10), sendo a diferença das abordagens VL vs VA não estatisticamente significativa (taxa complicações 9,4% vs 5,6%, respectivamente; p=0,481). A maioria (80%) das complicações foi de grau ≤ II Clavien-Dindo. Ao longo do período considerado, verificou-se um aumento da frequência de realização de nefrectomias parciais em 20% e de nefrectomias laparoscópicas em 19%.

**Discussão/Conclusão:** A maioria das nefrectomias realizou-se por abordagem laparoscópica, o que reflecte a tendência actual para a realização de procedimentos cada vez menos invasivos, diminuindo a duração do internamento e a recuperação no pós-operatório, sem diferença nas taxas de complicações ou de ressecção completa. A nefrectomia parcial continua a ser preferida para os tumores com estágio T1, por ser oncológica segura e poupadora de nefrónios, sem aumentar grandemente o tempo cirúrgico e as complicações, sempre que realizada por cirurgiões experientes.

## Nº: 119

### **URINARY TRACT INFECTIONS AFTER RENAL TRANSPLANTATION: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE**

Vanessa Metrogos; Nuno Ramos; Alexandre Macedo; Pedro Bravo; João Bastos; Miguel Carvalho; Maria José Ferreira  
*Hospital Garcia de Orta*

**Introduction:** *Urinary tract infection (UTI) is the most common bacterial complication in renal transplantation (RTx). ITU is more common in the early postoperative period (three to six months post RTx) and has a direct effect on recipient morbidity and mortality.*

**Objective:** *The aim of this study was to evaluate the incidence, clinical manifestations, microbiology and risk factors for UTIs after renal transplantation.*

**Material and methods:** *We retrospectively analyzed the clinical data and urine cultures from consecutive patients undergoing RTx between January 2012 and July 2018 at a Transplantation Centre.*

**Results:** *We studied data from 94 RTx recipients, 66% (n=62) men, with a mean age of 55.67±10.86 years. We observed 46 UTI episodes in 26 patients, including asymptomatic bacteriuria (50%, n =23), lower UTIs (23.9%, n = 11), upper UTIs (13%, n=6), and 6 (13%) cases of urosepsis. 30.4% (n=14) of UTIs were diagnosed during the first month post RTx, 73.9% (n=34) were diagnosed during the first 6 months and 84.8% (n=39) during the first 12 months. The most frequently isolated uropathogen was *Escherichia coli* (34.8%, n=16) followed by *Klebsiella pneumoniae* (26.1%, n=12). We found a higher incidence of UTI in cases of acute tubular necrosis (ATN) (p=0.028) and urologic complication after RTx (p=0.016), however we did not find any statistically significant independent risk factor for UTI after RTx (p= 0.6 and p=0.26, respectively).*

**Discussion/Conclusion:** *In our study, the incidence of UTI during the first year after RTx was 84.8%, which is in accordance with the data from the literature (variable incidence of 6-86% of the recipients). Accordingly to other centers, E. coli was the most frequently isolated microorganism in urine cultures. The incidence of sepsis related to post RTx UTI was lower in our center (13%). We found statistical significance between urological complications (eg. ureterovesical stricture) and UTI incidence after RTx, as it also is a known risk factor for UTI recurrence. However, we failed to demonstrate independent risk factors for UTI after RTx. In our opinion, more studies are necessary in order to try to define risk factors to allow prevention or more rapid diagnosis in patients with predisposing characteristics.*

## Nº: 120

### **PROLAPSO URETRAL TRATADO CIRURGICAMENTE – PATOLOGIA E TRATAMENTO RAROS**

Vanessa Metrogos; Alexandre Macedo; Nuno Ramos; Renato Mota; Miguel Carvalho  
*Hospital Garcia de Orta*

**Introdução:** Prolapso uretral (PU) é uma eversão completa circular da mucosa da uretra distal através do meato uretral externo. É uma entidade rara, dos genitais femininos, identificada maioritariamente em crianças pré-púberes afrodescendentes. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico.

**Objectivo:** Apresentar um caso clínico de prolapso uretral e realizar uma breve revisão da literatura sobre essa entidade rara.

**Material e métodos:** Comparação e compilação da informação obtida após pesquisa bibliográfica através da PubMed, usando os termos médicos *urethral prolapse, urethra and surgical treatment*. Resumo e apresentação de um caso clínico após consulta do processo clínico.

**Resultados:** Mulher de 69 anos, caucasiana, apresentou-se com massa dolorosa vaginal associada a metrorragia, polaquiúria e disúria com 3 semanas de evolução. Antecedentes de tratamento cirúrgico de cistocele e retocele via vaginal sem próteses há 6 anos. Na observação ginecológica verificou-se atrofia vaginal, hiato vaginal estreito, prolapso uretral com 3cm de maior diâmetro sem compromisso vascular. Efectuada tentativa de redução manual após anestesia tópica com lidocaína sem sucesso, pelo que iniciou tratamento conservador com analgesia e estrogénios tópicos. Reavaliação após 7 dias com agravamento sintomático significativo, pelo que se decidiu pela abordagem cirúrgica. Sob anestesia geral verificou-se a presença de trombo submucoso pelo que se efectuou excisão em doughnut, por quadrantes, da mucosa prolapsada – técnica de Shurtleff e Barone. Sutura da mucosa vaginal à mucosa uretral com 8 pontos de fio-absorvível e colocação de algália Foley siliconada de 16Ch. Aplicação de tampão vaginal, removido às 24 horas e remoção de algália aos 10 dias. Aplicação tópica de estrogénio no pós-operatório e reavaliação às 6 semanas com resolução completa da sintomatologia inicial. O exame histopatológico revelou inflamação benigna, edema e congestão vascular. A doente encontra-se assintomática e sem recidiva aos 7 meses após o procedimento.

**Discussão/Conclusão:** O PU é uma entidade rara e benigna, com incidência estimada de 1:3000, ocorrendo em crianças afrodescendentes pré-púberes e mulheres caucasianas pós-menopausa. Têm sido propostas várias etiologias. Este caso, atendendo à idade de apresentação e à anterior correcção cirúrgica de prolapso dos compartimentos anterior e posterior da vagina, será provavelmente decorrente de um deficiente suporte das estruturas do pavimento pélvico e de hipoestrogénio.

nismo. Ao contrário do que acontece com as crianças, habitualmente assintomáticas com perdas hemorrágicas vaginais, nas mulheres adultas verificam-se sintomas associados à congestão venosa ou necrose, como a dor intensa, urgência, disúria, polaquiúria ou retenção urinária. A abordagem terapêutica deve considerar a gravidade dos sintomas, a eventual taxa de recidiva após terapêutica conservadora e a eventual presença de neoplasia maligna. Perante a decisão cirúrgica, existem diversas técnicas descritas, sendo a mais popular a excisão simples, seguida da sutura da mucosa uretral à mucosa vaginal. As complicações cirúrgicas mais frequentes são a estenose uretral e a incontinência urinária que, apesar de rara, pode resultar da redução do comprimento da mucosa uretral e compromisso esfinteriano subjacente após a excisão. A abordagem cirúrgica realizada permitiu uma ressecção completa do tecido prolapsado, a reconstrução anatómica da uretra e possibilitou o envio de material para análise anátomo-patológica em boas condições, atendendo à faixa etária e risco de atipia da uretra.

## **Nº: 121**

### **ADENOCARCINOMA DO ÚRACO: UMA ENTIDADE RARA NO UNIVERSO DOS TUMORES DA BEXIGA**

EMA SANTOS<sup>1,2</sup>; PEDRO FRANCISCO FERNANDES<sup>1</sup>;  
MANUEL SERRÃO<sup>1</sup>; JORGE LIMA FERNANDES<sup>1</sup>;  
DUARTE SAUNDERS<sup>1</sup>; ARTUR REAL<sup>1</sup>; JOÃO FARIA NUNES<sup>1</sup>;  
FERDINANDO PEREIRA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Hospital Central do Funchal;

<sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Central do Funchal

**Introdução:** O úraco é uma estrutura tubular que conecta o seio urogenital ao alantoide durante o desenvolvimento embrionário. A sua involução ocorre antes do nascimento, apresentando-se, na idade adulta, como uma estrutura fibromuscular entre a cúpula

vesical e o umbigo. O carcinoma do úraco é um tumor extremamente raro (0,01% tumores dos adultos), correspondendo a < 1% dos tumores vesicais e a 20-40% dos adenocarcinomas primários da bexiga. É mais frequente no sexo masculino (5:1), entre a 5ª e 6ª década de vida. A apresentação clínica é indolente com manifestações clínicas em estádios tardios da doença, como hematúria, disúria, mucosúria, bacteriúria, dor abdominal, exsudado umbilical ou massa palpável nos quadrantes inferiores do abdómen. A apresentação clínica tardia, a predisposição para invasão local precoce e metastização secundária são características do carcinoma do úraco associadas ao seu mau prognóstico. **Objetivos:** Apresentação de um caso clínico de adenocarcinoma do úraco.

**Material e métodos:** Caso clínico.

**Resultados:** Mulher, 50 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e infeções urinárias de repetição desde há 2 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por persistência da disúria e peso supra-púbico com 4 dias de evolução, apesar de medicada com amoxicilina/ácido clavulânico, e drenagem purulenta pela cicatriz umbilical desde esse dia. Negou febre, vômitos, alterações do trânsito intestinal ou corrimento vaginal. Ao exame objectivo apresentava saída de exsudado purulento pela cicatriz umbilical e uma massa pétreo e indolor à palpação do hipogastro. TC abdominal identificou massa heterogénea de contornos anfractuados e componente quístico central, 89 x 103 x 183 mm, na vertente superior da parede vesical em continuidade com o plano do umbigo e invasão dos músculos rectos do abdómen, sugestiva de transformação maligna de remanescente vesico-umbilical. Submetida a cistoscopia com ressecção transuretral de fragmentos de lesão na parede vesical superior compatível com adenocarcinoma do úraco.

co. Colonoscopia sem alterações. TC toraco-abdomino-pélvica sem lesões secundárias. Submetida a resseção em bloco da parede abdominal anterior até cicatriz umbilical, cistectomia parcial e linfadenectomia pélvica bilateral que decorreu sem complicações. Exame anátomo-patológico confirmou tratar-se de adenocarcinoma não quístico, do tipo entérico, de arquitectura tubulovilamentosa, bem diferenciado, sem invasão dos nódulos linfáticos ou da parede abdominal; margens cirúrgicas livres – Estadio IIIA (Estadiamento de Sheldon). Completou quimioterapia adjuvante com capecitabina e oxaliplatina. Atualmente, no primeiro ano pós-operatório, com TC toraco-abdomino-pélvica sem sinais de recidiva local ou metastização secundária.

**Discussão/Conclusão:** Dada a dificuldade de diferenciação histológica entre adenocarcinoma da bexiga, do úraco ou metastático, o diagnóstico do adenocarcinoma do úraco é feito segundo critérios M.D. Anderson *Cancer Center*. O tratamento de eleição é a resseção cirúrgica em bloco do úraco, umbigo e cistectomia parcial combinada com linfadenectomia pélvica. A taxa de cura na doença localizada é em torno dos 70%, embora a recorrência local e à distância no primeiro ano pós-operatório é frequente (cerca de 54%). O estadio tumoral aquando do diagnóstico é um importante preditor do prognóstico. A taxa de sobrevida aos 5 anos é de 25 – 61%. O papel da quimioterapia no tratamento de estádios avançados de doença ou na recidiva ainda não é claro, não havendo ainda regimes standartizados. Um ensaio clínico, atualmente em fase II, com 5-fluororacilo, leucovorina, gemcitabina e cisplatina ser parece promissor.

**Nº: 122**

## **FACTORES PROGNÓSTICOS PÓS-CISTECTOMIA RADICAL EM DOENTES COM TUMOR VESICAL LOCALMENTE AVANÇADO**

Pedro Barros; Bárbara Oliveira; Miguel Morgado; Vera Marques; Marco Dores; Miguel Cabrita; Anibal Coutinho

*Centro Hospitalar e Universitário do Algarve  
- Unidade de Faro*

**Introdução:** As neoplasias vesicais constituem a 7ª neoplasia mais comum em homens no mundo, e a 11ª juntando os dois sexos. Para os tumores vesicais musculo-invasivos (TV-MI), a cistectomia radical (CR) continua a ser o *gold-standard* no tratamento, apesar do mau prognóstico associado a estes tumores.

**Objectivos:** Caracterizar os factores prognósticos de sobrevivência em doentes submetidos a CR por TV e analisar o seu impacto no subgrupo de doentes com TV-MI localmente avançado (TV-LA).

**Materiais e métodos:** Foram analisados os dados relativos a 193 doentes operados no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA)-Faro, propostos para CR por TV num período de 10 anos, entre 2008 e 2019. Destes, foram excluídos 20 doentes nos quais apenas foi realizada derivação urinária paliativa por irressecabilidade da lesão primária. Dos 173 doentes submetidos a CR, foram estudados factores relacionados com o doente - sexo, idade à data da CR, classificação PS-ECOG - factores relacionados com a peça operatória - invasão linfo-vascular (ILV), invasão das vesículas seminais (IVS), multifocalidade do tumor, invasão do colo vesical (ICV), margens cirúrgicas, pN – e outros factores – intervalo entre o diagnóstico e a cirurgia, complicações relacionadas com a cirurgia, regime de quimioterapia neoadjuvante (QT-NA) ou adjuvante (QT-A). O impacto desses mesmos factores foi avaliado separadamente para o subgrupo de 117 doentes classifi-

cados como TV-LA ( $\geq$  pT3a). A análise estatística univariada e estudo de sobrevivência foram realizados recorrendo ao programa SPSS®20.0, atribuindo-se significância estatística para  $p < 0,05$ .

**Resultados:** População constituída por 173 doentes, 152 do sexo masculino (87,8%), com uma idade média à data da CR de 68,2 anos (41-90). O intervalo médio desde o diagnóstico histológico endoscópico até à realização da CR foi de 14,8 semanas, sendo que em 108 casos (62,4%) este intervalo foi inferior a 12 semanas. A análise univariada global da população traduziu uma maior mortalidade na presença de tumores multifocais ( $p=0,025$ ), ILV ( $p=0,01$ ), ICV ( $p=0,016$ ) e margens positivas ( $p < 0,01$ ). Para um PS-ECOG de 0-1 a sobrevivência destes doentes foi afectada positivamente ( $p < 0,01$ ). A presença de complicações durante o internamento decorrentes da CR não influenciou a mortalidade global da população ( $p=0,26$ ). Na análise do subgrupo de TV-LA, a multifocalidade ( $p=0,305$ ), ICV ( $p=0,301$ ), IVL ( $p=0,519$ ) não influenciaram a sobrevivência. Nos doentes do sexo masculino classificados como pT4a, a presença de IVS adicionalmente à invasão da próstata não conferiu maior mortalidade ( $p=0,934$ ). Um pior PS-ECOG ( $p < 0,01$ ) e a presença de margens positivas ( $p=0,034$ ) apresentaram impacto negativo na sobrevivência deste subgrupo de doentes. Os doentes que realizaram QT-A apresentaram uma sobrevivência significativamente menor (1053 vs 1103 dias,  $p=0,036$ ).

Quer na análise da população global, quer no subgrupo de TV-LA, um intervalo de tempo superior a 12 semanas entre o diagnóstico e a realização da CR não se associou a menor sobrevivência ( $p=0,899$  e  $p=0,485$ , respectivamente).

**Discussão/Conclusões:** A presença de multifocalidade tumoral, ILV, ICV e de margens po-

sitivas constituem factores prognósticos independentes de sobrevivência global nos TV submetidos a CR. Contudo, os doentes com TV-LA carecem de uma avaliação prognóstica cuidada, atendendo à agressividade do tumor primário e à possível discordância com os factores prognósticos conhecidos. A classificação PS-ECOG constitui um factor prognóstico fundamental, mesmo no subgrupo de TV-LA, sendo fulcral na decisão operatória e na indicação para tratamento adjuvante. De ressaltar que a pior sobrevivência verificada nos doentes com TV-LA submetidos a QT-A pode dever-se à baixa percentagem de casos selecionados para tratamento adjuvante neste subgrupo (26%), sendo que 71 doentes com TV-LA e PS-ECOG 0-1 não o chegaram a realizar.

## Nº: 123

### **HEMATOMA PERI-RENAL APÓS LITOTRÍCIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE: UMA COMPLICAÇÃO GRAVE SUBESTIMADA**

Ema Santos<sup>1,2</sup>; Pedro Francisco Fernandes<sup>1</sup>;  
Manuel Serrão<sup>1</sup>; Jorge Lima Fernandes<sup>1</sup>;  
Duarte Saunders<sup>1</sup>; Artur Real<sup>1</sup>; João Faria Nunes<sup>1</sup>;  
Ferdinando Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Hospital Central do Funchal;

<sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Central do Funchal

**Introdução:** A litíase renal é uma doença multifatorial muito comum mundialmente, com uma incidência global estimada de 2 a 3%. A litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) constitui um tratamento não invasivo da litíase renal, realizado em ambulatório e com uma taxa de sucesso global a rondar os 90%. São contraindicações para o tratamento com LEOC a gravidez, o aneurisma calcificado da aorta abdominal ou artéria renal, as coagulopatias, a hipertensão arterial não controlada, a infeção urinária sintomática e as alterações anatómicas do aparelho urinário. O tratamento com LEOC é passível

de complicações *minor* e *major*, nomeadamente cólica renal, hematúria (frequente nas primeiras 24 horas), efeitos colaterais gastrointestinais autolimitados ou hematoma renal e peri-renal.

**Objetivos:** Apresentação de um caso clínico relativo a um hematoma peri-renal de grandes dimensões após sessão de LEOC.

**Material e métodos:** Caso clínico.

**Resultados:** Doente de 56 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais de litíase renal direita (cálculo de oxalato de cálcio) sob tratamento com LEOC. Negou hipertensão arterial, uso de medicações antiagregantes plaquetários ou anticoagulantes.

Recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia direita e hematúria após sessão de LEOC em clínica privada, desconhecendo o número, a frequência e a intensidade das ondas de choque. Negou náuseas, vômitos, queixas urinárias além da hematúria. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação e percussão da região lombar direita. Analiticamente: hemoglobina - 15,5 g/dL, hematócrito - 45,5%, tempo de protrombina - 22,2 s, tempo de tromboplastina parcial ativada - 26 s, leucócitos 10100 $\mu$ /L, ureia 29,6 mg/dL, creatinina 1,11 mg/dL. Urina II com proteinúria, leucocitúria e eritrocitúria. Urocultura negativa. TC abdomino-pélvica demonstrou volumoso hematoma peri-renal direito, 15x10x9cm, espessura de 5,3 cm, que condicionava desvio anterior do rim; componente hemático para-renal até a região pélvica pela goteira parieto-cólica; hemoperitoneu de predomínio peri-hepático; cálculo calcificado de 7mm centrado no grupo calicial inferior do rim direito, sem condicionar obstrução. Foi internado para controlo sintomático e vigilância clínica e analítica. Durante o internamento, apesar de hemodinamicamente estável, apresentou decréscimo da hemoglobina para 7,8 g/dL no intervalo de 48 horas com

necessidade de transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário. A TC abdominal de reavaliação descartou hemorragia activa ou aumento no tamanho do hematoma. Teve alta ao 7º dia de internamento. Sem documentação de hipertensão arterial ou alterações na função renal no *follow-up*.

**Discussão/Conclusão:** A hemorragia renal e peri-renal é uma das complicações mais comuns após LEOC (20-40%) mas apenas clinicamente significativa em cerca de 1% dos casos. O número de choques, a frequência e intensidade elevados foram implicados no aumento da incidência de lesão renal e formação de hematomas. A hematúria persistente associada a lombalgia não controlada com medicação algica são sinais de lesão renal significativa e requerem investigação. Na maioria dos casos, como no exposto, os hematomas peri-renais são tratados conservadoramente, necessitando apenas de monitorização hemodinâmica e da realização de hemogramas seriados, para além terapêutica analgésica. Raramente, a presença de hemorragia ativa e instabilidade hemodinâmica, exigem uma exploração renal urgente com embolização renal ou nefrectomia.

**Nº: 124**

### **A ATITUDE DE EMERGÊNCIA NA VIDA REAL E OS RESULTADOS DO PRIAPISMO ISQUÊMICO: SÉRIE DE CASOS**

Cláudia Santos; Luís Figueiredo; Francisco Botelho; Carlos Silva; Paulo Dinis; João Silva  
*Centro Hospitalar Universitário de São João*

**Objetivos & introdução:** O priapismo isquémico é uma emergência urológica rara que pode levar à disfunção erétil permanente se a apresentação e a intervenção médica imediatas não forem realizadas. O objetivo do nosso estudo foi descrever fatores etiológicos e demográficos, episódios de priapismo prévio, medicamentos, uso de drogas e álcool. Por outro lado, verificamos qual é a

abordagem da vida real no serviço de urgência para essa patologia e avaliamos a função erétil pós-tratamento.

**Material & métodos:** Pacientes internados no departamento de emergência de um único hospital universitário de atendimento terciário com diagnóstico de priapismo isquêmico de fevereiro de 2008 a agosto de 2018 foram incluídos. Os arquivos clínicos foram investigados para recuperar dados demográficos, etiologia e duração do priapismo, ferramentas diagnósticas empregadas e resultados da abordagem terapêutica. A função erétil atual foi avaliada com o questionário *International Index of Erectile Function-5* (IIEF-5).

**Resultados:** Um total de 86 pacientes com priapismo isquêmico foram avaliados neste período de 10 anos. A maioria dos pacientes era proveniente de uma área rural (59,3%). A idade mediana foi de 48,5 (P25-P75: 37-55) anos e a duração mediana da ereção antes de chegar ao hospital foi de 11 horas (P25-P75: 5-20). Em 26,7% (n = 23) dos pacientes, a etiologia foi atribuída ao uso de drogas psicotrópicas / antidepressivos e em 30,2% o priapismo ocorreu após a administração intracavernosa de alprostadil na ultrassonografia Doppler peniana diagnóstica (PDU). Em 25,3% dos pacientes, um ou mais episódios de priapismo haviam ocorrido anteriormente. Dos 86 pacientes, 43 foram internados no serviço de urologia, os demais foram descartados e orientados para ambulatório. No serviço de urgência, apenas 34,9% dos pacientes fizeram hemograma completo, 38,4% fizeram gasometria e 4,7% realizaram uma PDU. Em 19 pacientes, o priapismo resolveu com tratamento conservador, em 32 (37,2%) foi necessária aspiração de sangue isquêmico e irrigação salina, em 19 o priapismo resolvido com aspiração e instilação de agonistas  $\beta$ -adrenérgicos (fenilefrina ou adrenalina). A cirurgia foi necessária em 13

pacientes (procedimentos de derivação distal - Ebbehoj ou Al-Ghorab). A necessidade de cirurgia foi associada à duração do priapismo (9h para não operados e 27h para operados;  $p = 0,01$ ). Em pacientes que responderam ao questionário IIEF-5, a gravidade da disfunção erétil foi associada à duração do priapismo.

**Conclusão:** O diagnóstico de priapismo depende essencialmente da história clínica na prática real, embora existam diretrizes oficiais no diagnóstico e tratamento dessa patologia. Os tratamentos parecem ter um padrão mais homogêneo, dependendo da duração e resposta do tratamento e começando com métodos menos invasivos. A necessidade de cirurgia é fortemente dependente da duração do priapismo, bem como da gravidade atual da disfunção erétil.

## Nº: 125

### RUPTURA TESTICULAR APÓS TRAUMATISMO FECHADO DO ESCROTO

Pedro Francisco Fernandes; Jorge Lima Fernandes; Artur Real; Duarte Saunders; João Faria Nunes; Manuel Serrão; Ferdinando Pereira  
*Hospital Central do Funchal, Serviço de Urologia*

**Introdução:** Os testículos encontram-se protegidos de potenciais lesões pela sua mobilidade, elasticidade e resistência, para além da sua localização anatómica e do reflexo cremastérico.

O traumatismo fechado do escroto constitui o mecanismo de lesão mais comum, ocorrendo sobretudo no contexto da prática desportiva, acidentes de viação ou quedas e afectando tipicamente homens entre os 15 e 40 anos. Este poderá culminar na fractura, ruptura, hemorragia e hematoma testiculares, na formação de hematocelelo, na luxação testicular ou na torção do cordão espermático. A ruptura testicular é a principal complicação, pressupondo a existência de fractura da túnica albugínea acompanhada da extrusão dos túbulos seminíferos. A dor, imediata e in-

tensa, por vezes acompanhada de náuseas e vômitos constituem os sintomas mais comuns. O hemi-escroto apresenta-se normalmente equimótico, edemaciado e doloroso à palpação.

O diagnóstico e a intervenção atempados aumentam a possibilidade de preservação do testículo e das suas funções.

**Metodologia:** Apresentação de dois casos clínicos de ruptura testicular ocorridos no espaço temporal entre 1 de Setembro de 2018 e 30 de Abril 2019.

**Resultados:** Caso clínico 1: Jovem de 19 anos recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por persistência da dor escrotal após traumatismo fechado durante a prática desportiva ocorrido há mais de 48 h. Apresentava edema do escroto com marcada dor à palpação e aparente hematocele. A ecografia escrotal revelou alterações morfo-estruturais do testículo esquerdo sugestivas de fractura. Intra-operatoriamente confirmou-se a ruptura da túnica albugínea, defeito este reparado com recurso a sutura contínua após a remoção dos túbulos seminíferos danificados. Dez meses após o acidente, a ecografia revelou diminuição do volume testicular, redução enquadrável no volume de polpa testicular excisado, sem alterações ecográficas do restante parênquima.

Caso clínico 2: Homem de 26 anos trazido ao SU após queda em sela de altura estimada de 7 m do qual resultou fractura bilateral dos ramos ísquio e ilio-púbicos. Apresentava volumoso hematocele circunscrito ao hemi-escroto direito impossibilitando a palpação do testículo ipsilateral. Adicionalmente fora visualizado sangue no meato urinário e, decorridas algumas horas, verificada retenção urinária. Ecograficamente o volumoso hematocele dificultava a observação do contorno testicular direito. Foi confirmada uretrorragia por uretroscopia sem aparente disrupção da

uretra e procedeu-se à algaliação. Durante exploração escrotal constatou-se a fractura do testículo direito, tendo-se optado pela excisão dos túbulos seminíferos lesados e encerramento da túnica albugínea.

**Discussão:** A ecografia escrotal afigura-se como exame auxiliar de diagnóstico de primeira linha. Por sua vez, a ressonância magnética poderá providenciar informações complementares na presença de dados ecográficos inconclusivos.

Perante a ruptura testicular confirmada ou suspeita, a exploração cirúrgica realizada precocemente após traumatismo escrotal fechado constitui a estratégia advogada por ambas as associações Europeia e Americana de Urologia. A primeira entidade recomenda adicionalmente a exploração escrotal diante hematoceles com tamanho três vezes superior ao volume do testículo contralateral. Preconiza-se assim a drenagem de eventuais hematomas, a excisão dos túbulos seminíferos danificados e o encerramento da túnica albugínea com sutura contínua. A orquidectomia estará indicada na impossibilidade de realização da reparação testicular.

Qualquer lesão traumática do testículo tem o potencial de afectar a espermatogénese, quer pela perda de parênquima testicular, quer, teoricamente, pela formação de anticorpos anti-espermatozóide. Também, a função hormonal poderá ficar comprometida face à atrofia testicular, pelo que durante o *follow-up*, para além do exame físico e da avaliação ecográfica, se recomenda a análise do sêmen e a mensuração dos anticorpos anti-espermatozóide e das hormonas sexuais.

**Nº: 126**

## **AValiação DA SATISfação A LONGO PRAZO DE DOENTES E PARCEIRAS APÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESE PENIANA INSUFLÁVEL**

Cláudia Santos; Afonso Morgado; Paulo Dinis;

Luís Pacheco-Figueiredo

*Centro Hospitalar Universitário de São João*

**Introdução:** A colocação de próteses penianas insufláveis é uma opção eficaz no tratamento da disfunção erétil (DE), sendo actualmente utilizada no tratamento de doentes refractários à terapêutica farmacológica. O nível de satisfação a longo prazo do doente e da parceira afigura-se relevante na avaliação desta modalidade terapêutica.

**Objectivo:** Definiu-se como objectivo do presente estudo realizar uma avaliação a longo prazo do grau de satisfação do doente e da parceira, em doentes submetidos a colocação de prótese peniana insuflável na nossa instituição, durante o período de tempo 2007-2014.

**Material e métodos:** Cinquenta e cinco doentes foram submetidos a colocação de prótese peniana insuflável de 3 componentes dos modelos "Titan Coloplast" ou "AMS 700 CX" entre 2007-2014. Destes doentes, apenas 33 reuniram as condições para participação no estudo, nomeadamente ausência de falência da prótese e consentimento para aplicação do inquérito de satisfação. Os doentes e as parceiras foram avaliados telefonicamente por um único entrevistador, com recurso ao questionário "EDITS" para os homens e aplicação de 3 questões às parceiras: 1) Está satisfeita com a prótese peniana do seu parceiro?; 2) actualmente, consideraria novamente esta opção terapêutica para o seu parceiro?; 3) recomendaria ou aconselharia este tratamento a um amigo? Definiu-se como critério de satisfação global nos doentes a presença de uma pontuação no questionário

EDITS superior a 50. Realizou-se uma análise descritiva do grau de satisfação do doente e da parceira, com recurso a medidas de tendência central e de dispersão para variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas. A mediana de seguimento dos doentes utilizados foi de 42,2 meses.

**Resultados:** Dos 33 doentes avaliados, a mediana de idade na data de avaliação foi de 64 anos (P25-P75: 59-70). As etiologias mais frequentes de DE foram vasculogénica e pós prostatectomia radical. A taxa de satisfação global dos doentes avaliados foi de 81.8% (n=27). Aproximadamente 79% (n=26) das parceiras reportaram estarem satisfeitas com a prótese do parceiro, 75.8% (n=25) afirmaram que considerariam que o parceiro repetisse o tratamento e 75.8% (n=25) aconselhariam o mesmo tratamento a um amigo.

**Discussão/Conclusão:** A cirurgia para colocação de prótese peniana insuflável de três componentes constitui uma alternativa terapêutica válida, com um elevado índice de satisfação a longo prazo do paciente e da parceira observado na nossa série de casos, estando de acordo com o descrito na literatura.