

# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

ORGANIZAÇÃO  
Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

## Mesa 1 – Oncologia Urológica

09:00-10:00h

### ONCOLOGIA UROLÓGICA

*Coordenador:* Belmiro Parada

Ricardo Godinho, João Carvalho, Catarina Santos e Iva Pimentel

**Discussão de 3 casos clínicos de patologias oncológicas (rim, bexiga e pênis)**

Em cada um dos casos clínicos serão abordados os seguintes pontos:

- Do diagnóstico ao tratamento
- Prognóstico e seguimento
- Aspectos práticos nos cuidados com as urostomias
- O percurso do doente: Centro de Saúde- Hospital-Centro de saúde

### Apresentações:

- Caso clínico de hematúria (Dr. Vilson Alano)
- Cancro da bexiga (Dr. Ricardo Godinho)
- Aspectos práticos nos cuidados com as urostomias (Enf. Catarina Santos)
- Caso clínico de neoplasia do rim (Dra. Sara Mortágua)
- Tumor do pênis (Dr. João Carvalho)

# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

## ONCOLOGIA UROLÓGICA

### CASO CLÍNICO

# HEMATÚRIA

SINAL DE ALARME PARA DOENÇA UROLÓGICA

Vilson Alano

Interno de MGF na USF Norton de Matos



♂, 79 anos

✓ AP: HTA, FA, ICC, HBP;

✓ MH:

- Enalapril 20mg id;
- Carvedilol 25mg 1/2cp 2id;
- Indapamida 1,5mg id;
- Alfuzosina 10mg id;
- Finasterida 5mg **3x/semana**;
- Oxazepam 15mg SOS;
- Varfarina 5mg.

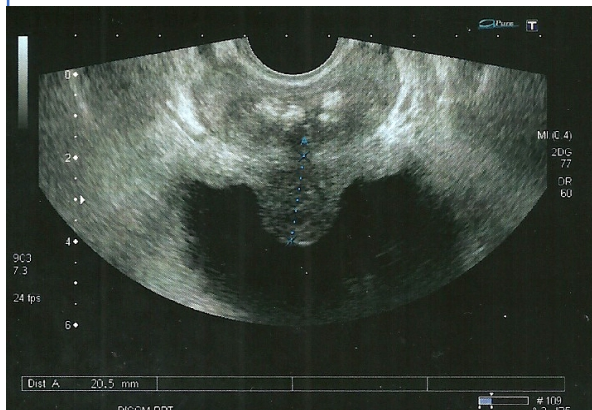
✓ Ex-fumador (15 UMA)

23/01/2018

- Recorre à consulta por **desconforto supra-púbico** com alívio pós-miccional
- Pedida **ecografia prostática**
- Aumentada **finasterida 5mg para id**

5/02/2018

✓ **Ecografia prostática:**



✓ Mantém  
finasterida 5mg  
id

♂, 79 anos, anticoagulado com varfarina, ex-fumador

16/04/2018

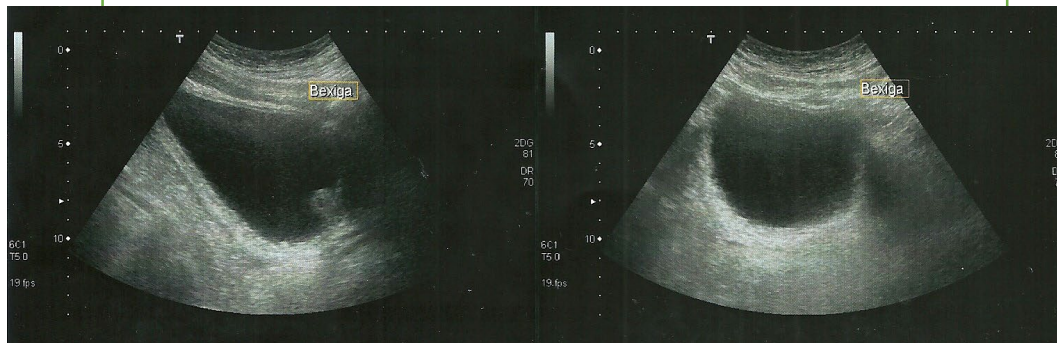
- Recorre à consulta por **hematúria macroscópica** com 2 dias de evolução
- Pedida **urocultura + ecografia renal e vesical**
- **Referenciação à Urologia**

23/04/2018

- ✓ Urocultura **positiva** para *E. faecalis*
- ✓ Medicado com **levofloxacina 500mg** id durante **7 dias**

15/05/2018

- ✓ **Sem** novos episódios de hematúria
- ✓ Urocultura **negativa**
- ✓ **Ecografia renal** sem alterações relevantes
- ✓ **Ecografia vesical**



♂, 79 anos, anticoagulado com varfarina, ex-fumador, hematúria macroscópica

28/05/2018

- Novo episódio de **hematúria macroscópica**
- Pedido **INR + TC abdominal + pélvica**



7/06/2018

- ✓ **INR:** 4,5
- ✓ **TC abdominal + pélvica:** Rins com dimensões normais. Sem litíase nos seios renais. Não há hidronefrose. Raros quistos renais, o maior à direita com 33 mm, à esquerda com 14mm. No fígado há vários nódulos hipodensos de pequenas dimensões, não caracterizáveis. Pequena hérnia umbilical. Imagem diverticular com 30mm adjacente ao fundo gástrico. Baço, suprarrenais, pâncreas e bexiga sem alterações. Sem adenopatias. Sem derrame peritoneal.



- ✓ Corrigido INR
- ✓ Tranquilizado. Aguarda consulta de Urologia

♂, 79 anos, anticoagulado com varfarina, ex-fumador, hematúria macroscópica autolimitada resolvida após correcção do INR



05/11/2018

- Sem novos episódios de **hematúria**
- **Queixas** de **ardor miccional, polaquiúria** e **disúria**. Traz **urocultura** (feita por iniciativa própria) – positiva para ***E.Coli***
- Recorreu a urologista no particular, tendo faltado à consulta no CHUC
- Medicado com **cotrimoxazol** (7 dias)

16/11/2018

- Sem queixas urinárias
- **INR** 2,41
- Pedida **urocultura** pós-antibioterapia

22/11/2018

- Novo episódio de **hematúria macroscópica**
- Urocultura **negativa**
- Pedida **ecografia renal, vesical e prostática**
- Pedida **nova urocultura**

♂, 79 anos, anticoagulado com varfarina, ex-fumador, hematúria macroscópica

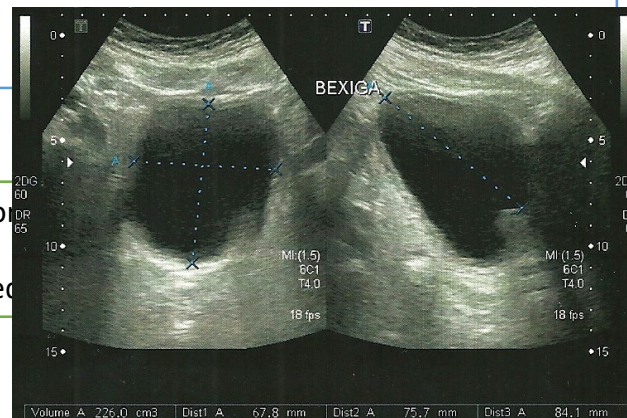
29/11/2018

- Mantém hematúria
- Urocultura **positiva** para *E.Coli*
- Medicado com **nitrofurantoína** 100mg 6/6h durante 7 dias

12/12/2018

- ✓ Mantém hematúria
- ✓ INR 3,3
- ✓ Palidez mucocutânea
- ✓ Perda de 6 kgs nos últimos 6 meses (8,6%)
- ✓ Ecografia vesical

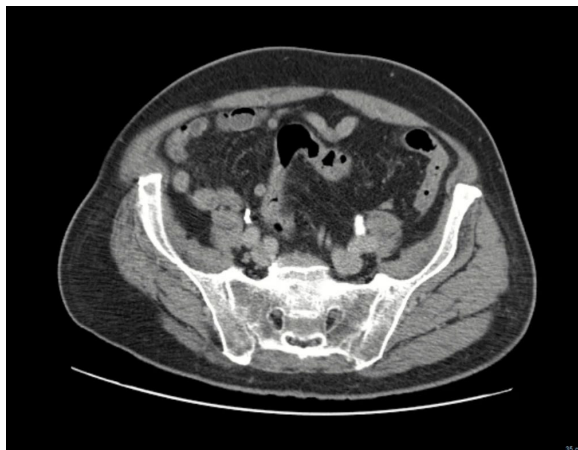
- ✓ Col
- ✓ Pec



♂, 79 anos, anticoagulado com varfarina, ex-fumador, hematúria macroscópica

24/12/2018

✓ TC abdominal e pélvica



- Referência urgente à Urologia

## A RETER:

**Clínica:** sexo masculino, idade > 50 anos, ex-fumador, perda ponderal, hematúria macroscópica e ITU's de repetição

### **ITU's de repetição:**

- Tumores (principalmente in situ, muito agressivos)
- Tuberculose GU

A hematúria não se trata, estuda-se



10/01/2019

- ✓ **Cistoscopia:** bexiga em repleção com  **muito sedimento** que dificultou a visualização das paredes da bexiga. Tentada **lavagem sem sucesso**. Urina com **cheiro fétido**. **Aparentemente sem lesões da mucosa**.
- ✓ Reforçada ingestão hídrica
- ✓ **Ciprofloxacina** 500mg 2id 4 dias.

17/01/2019

- ✓ **Cistoscopia:** lobos prostáticos proeminentes, colo alto, **lobo médio volumoso, friável**. Não foi possível visualizar meatos. **Sem lesões suspeitas de lesão neoplásica**.



# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

## ONCOLOGIA UROLÓGICA

# Cancro da Bexiga

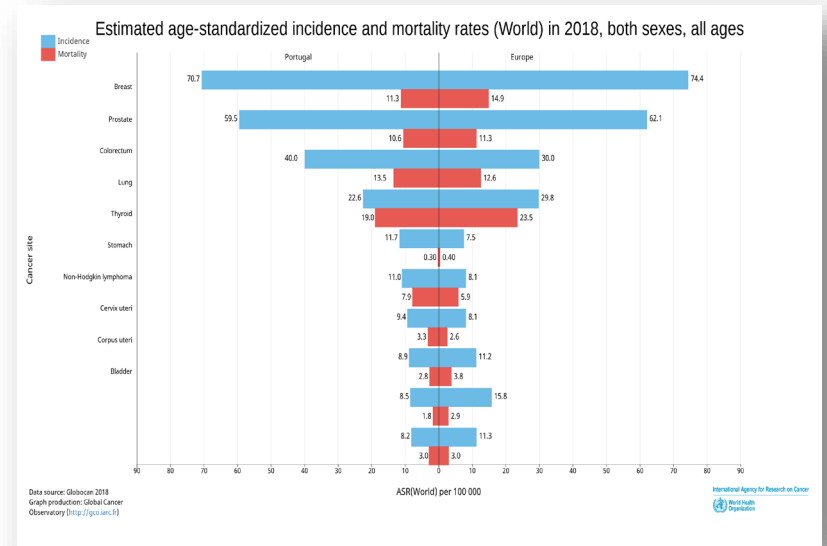
**Ricardo Godinho**

Assistente Hospitalar do Serviço de Urologia  
Instituto Português de Oncologia de Coimbra (IPOCFG)  
Coimbra, Portugal

[ricardogodinho@me.com](mailto:ricardogodinho@me.com)

# Epidemiologia

- 10º cancro mais comum homem e mulher (5º e 11º)
  - Incidência - 8.2/100.000
  - Mortalidade 3.0/100.000
- Incidência e mortalidade variáveis nos diferentes países
- **75%** dos tumores são superficiais



# Etiologia

- **Tabaco**

- 50% dos casos

- **Exposição ocupacional**

- Aminas aromáticas, hidrocarbonetos policíclicos, etc
- Exposição industrial a tintas e produtos petrolíferos
- <10% dos casos

- História familiar



# Sinais e sintomas

- **Hematúria**

- Microscópica – estadios iniciais → investigação
- Macroscópica - associado a estádios mais avançados

- **Sintomas irritativos**

- Cis

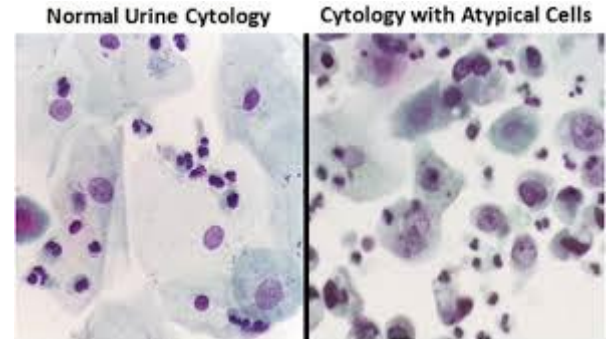


**Exame físico:**

- Sem alterações

# Citologia urinária

- De forma geral, **apresenta baixa sensibilidade e alta especificidade**
- **Em tumores de alto grau a sensibilidade é > 80%**
- Muito útil como adjuvante cistoscopia e no seguimento
- Variabilidade nos resultados



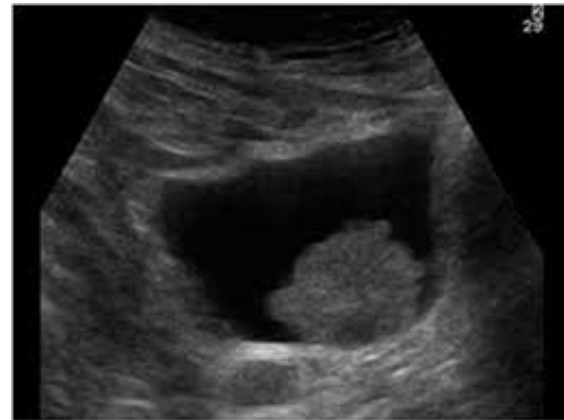
# Exames de imagem

- **Ecografia**

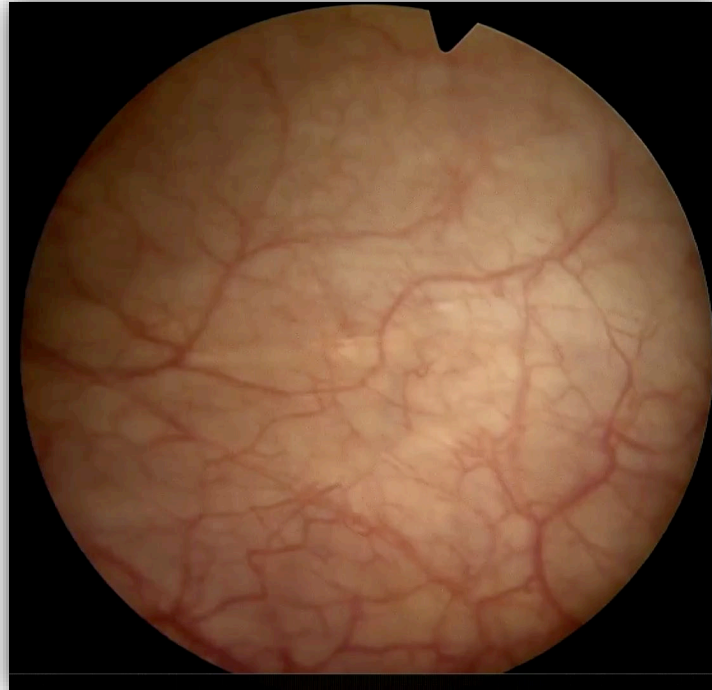
- Útil na avaliação de massas renais e vesicais (lobos médios!)
- 1º exame suspeito em muitos casos
- Baixa sensibilidade para lesões de pequenas dimensões

- **Uro-TC**

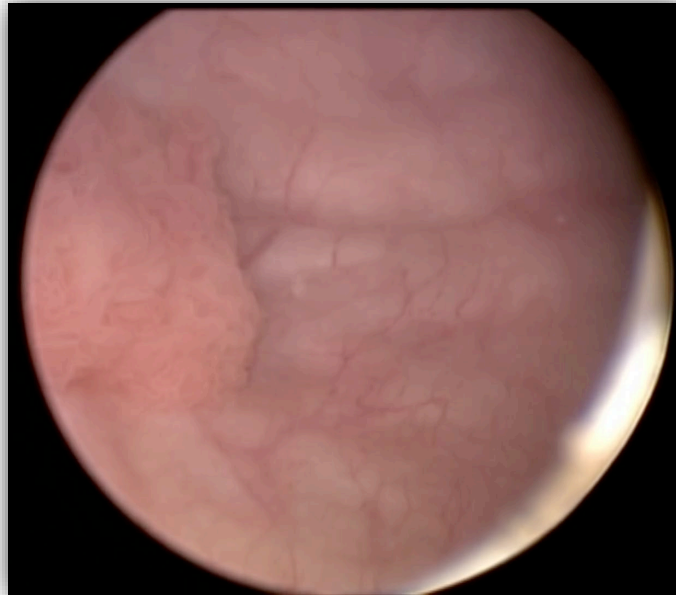
- Avaliação do tracto urinário superior
- Utilização em fases iniciais apenas em situações específicas
- Na presença de tumor vesical a incidência de UTUC é baixa (1.8%)



# Cistoscopia



# Tratamento – RTU-TV



- **Objetivos:**

- Correto diagnóstico
- Controlo sintomático
- Remoção completa de todas as lesões visíveis
- Orientação para tipo de seguimento/tratamentos adjuvantes

# Classificação TNM

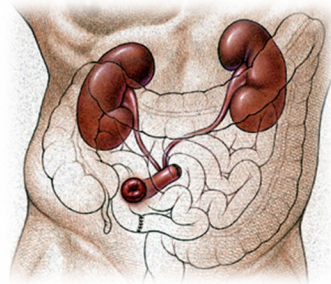
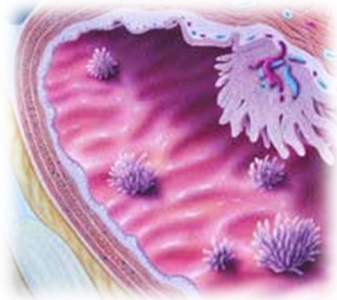
## T - Primary tumour

TX	Primary tumour cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumour
Ta	Non-invasive papillary carcinoma
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> . 'flat tumour'
T1	Tumour invades subepithelial connective tissue
T2	Tumour invades muscle
T2a	Tumour invades superficial muscle (inner half)
T2b	Tumour invades deep muscle (outer half)
T3	Tumour invades perivesical tissue
T3a	Microscopically
T3b	Macroscopically (extravesical mass)
T4	Tumour invades any of the following: prostate stroma, seminal vesicles, uterus, vagina, pelvic wall, abdominal wall
T4a	Tumour invades prostate stroma, seminal vesicles, uterus or vagina
T4b	Tumour invades pelvic wall or abdominal wall

**Não  
musculo-invasivo**

**musculo-invasivo**

# Cancro da Bexiga



**Ricardo Godinho**  
Assistente Hospitalar do Serviço de Urologia  
Instituto Português de Oncologia de Coimbra (IPOCFG)  
Coimbra, Portugal

[ricardogodinho@me.com](mailto:ricardogodinho@me.com)

1

# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

ORGANIZAÇÃO  
Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

# Aspetos práticos nos cuidados com as urostomias

Catarina Santos

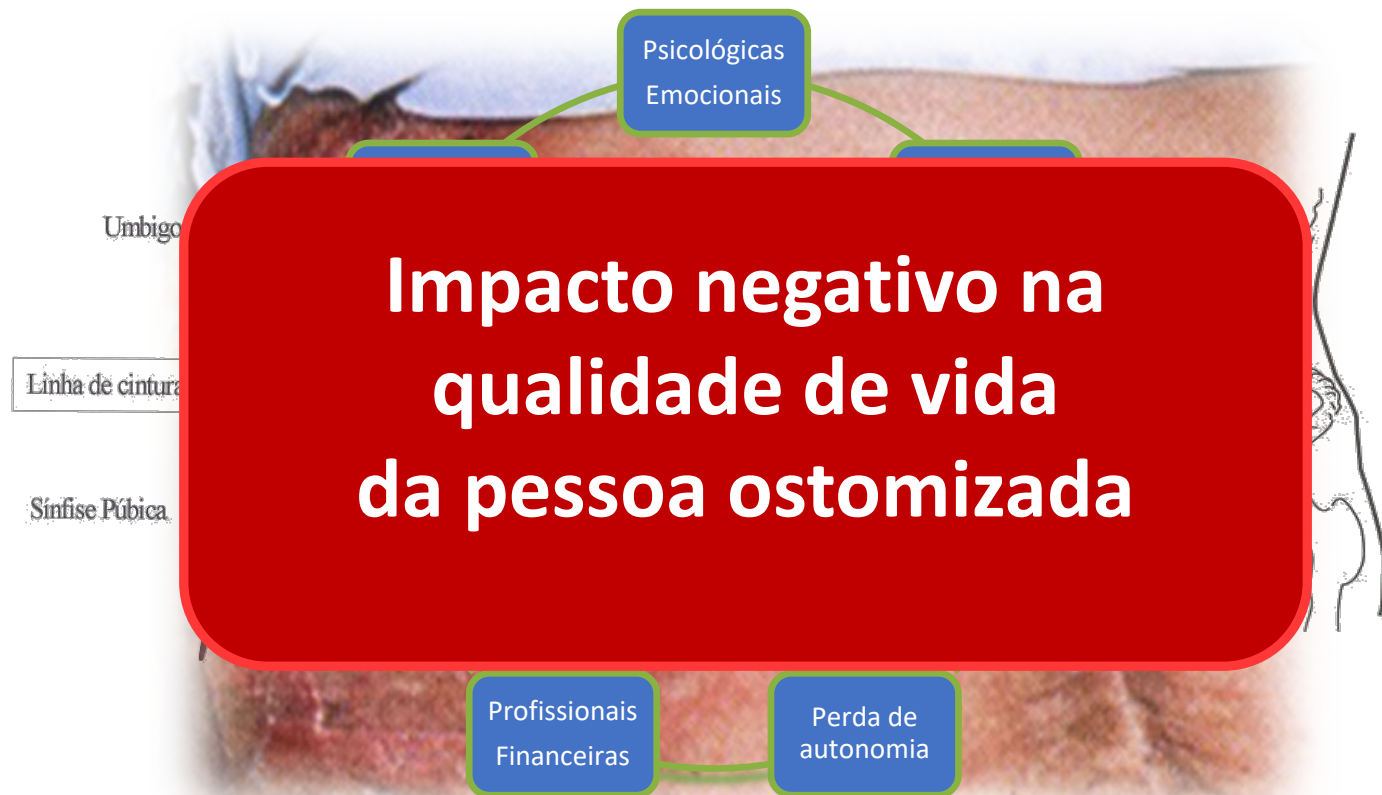
Sílvia Vilela

Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC



# Marcação do estoma: direito ou dever?



# Complicações: precoces e tardias

Hemorragia

Lesões  
pseudoverrucosas

Prolapso

Necrose

Deiscência

Retração

Edema

Dermatite  
alérgica

Dermatite  
traumática

Granulomas

Hérnia

Úlceras de  
pressão

Dermatite  
irritativa

Infecções  
urinárias

Estenose

Abcesso

Abcesso

Foliculite

# Complicações mais frequentes

Problemas com a pele periestomal (< 50%):

- Dermatite irritativa (85,9%);
  - Lesões pseudoverrucosas (1,3%);
- Dermatite traumática (5,1%);
  - Úlceras de pressão (0,9%);
- Granulomas (5,1%);
- Dermatite alérgica (2,6%);

# Problemas com a pele periestomal

## Dermatite irritativa

### Intervenção de enfermagem:

- Identificar e eliminar o agente causal: inspecionar o dispositivo/pele periestomal;
- Utilizar dispositivo de 2 peças, convexos;
- Utilizar produtos que aumentem a vedação, barreira, aderência e fixação;
- Técnica de “encrustamento”;
- Aplicar placa hidrolóide.

(Salvadalena, 2016) (Beitz & Colwell, 2014; Colwell et al., 2011; Gray et al. 2013, Stelton et al., 2015).

# Problemas com a pele periestomal

## Lesões pseudoverrucosas

### Intervenção de enfermagem

- Adequar tamanho do recorte da placa;
- Usar dispositivos com válvula anti-refluxo;
- Aconselhar sistema de drenagem de urina durante o período noturno;
- Reforçar hidratação;
- Acidificar a urina (vit.C; cranberry);
- Cauterizar as lesões com nitrato de prata;
- Aplicar na pele periestomal solução de ácido acético.

# Problemas com a pele periestomal

## Dermatite traumática

### Intervenção de enfermagem

- Avaliar a técnica de aplicação e remoção do dispositivo;
- Evitar mudanças desnecessárias e frequentes ;
- Aplicar dispositivos de duas peças;
- Utilizar protetor cutâneo na pele periestomal;
- Considerar o uso de removedor de adesivo;
- Aplicar pó cicatrizante; spray protetor; técnica de “encrustamento”.

(Alvey & Beck, 2008; Salvadalena, 2016; Woo et al., 2009 )

# Problemas com a pele periestomal

## Úlceras de pressão

### Intervenção de enfermagem

Identificar e remover a fonte de pressão (reavaliar a necessidade de utilização de dispositivos convexos/ cintos e aros);

- Efetuar tratamento à úlcera utilizando material adequado ao tipo de lesão, de acordo com o seu tamanho e profundidade:

- Úlceras superficiais: aplicar pó cicatrizante / placa hidrocolóide;
- Úlceras profundas: aplicar hidrofibra com / sem prata, alginato de cálcio.

(Erwin-Toth et al., 2010)

# Problemas com a pele periestomal

## Granulomas

### Intervenção de enfermagem:

- Remover pontos da sutura muco-cutânea;
- Evitar a irritação persistente da área periestomal: dispositivos adequados com recorte do tamanho do estoma;
- Cauterizar com nitrato de prata;
- Aplicar corticosteróide;
- Aplicar sucralfato.

(Beitz & Colwell, 2014; Dukes et al., 2010; Johnson, 2010)

# Problemas com a pele periestomal

## Dermatite alérgica

### Intervenção de enfermagem

- Conhecer a história da pessoa relativamente a alergias conhecidas;
- Rever todos os produtos usados – eliminar produtos desnecessários;
- Identificar e eliminar o agente causal;
- Mudar de dispositivo;
- Aplicar protetores cutâneos.;
- Ponderar o uso de um corticoide tópico.

## Take Home Messages

- Iniciar precocemente os ensinamentos;
- Envolver a equipa de saúde, a pessoa ostomizada e o familiar de referência;
- Marcar o estoma;
- Remover os pontos da sutura muco-cutânea;
- Prevenir, detetar precocemente, tratar adequadamente as complicações.



# Aspetos práticos nos cuidados com as urostomias



“ir além daquilo que se vê”

“aquilo que eu vejo pode não ser o que o outro vê”

Obrigada pela atenção.



# Bibliografía

- Alvey, B., & Beck, D. E. (2008). Peristomal dermatology. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 12(1), 41–44. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2008-1055320>
- Beitz, J. M., & Colwell, J. C. (2014). Stomal and peristomal complications: Prioritizing management approaches in adults. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 41(5), 445–454. <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000052>
- Burch, J. (2014). Care of patients with peristomal skin complications. *Nursing Standard*, 28(37), 51–57. <http://dx.doi.org/10.7748/ns.28.37.51.e8317>
- Colwell, J. C., Ratliff, C. R., Goldberg, M., Baharestani, M. M., Bliss, D. Z., Gray, M.,...Black, J. M. (2011). MASD part 3: Peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: A consensus. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 38(5), 541–553. <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0b013e31822acd95>
- Dukes, S., Lowther, C., Martin, T., & Osborne, D. (2010). Guidelines for treating stoma granulomas at the mucocutaneous junction. *Gastrointestinal Nursing*, 8(1), 16–21. <http://dx.doi.org/10.12968/gasn.2010.8.1.46674> Johnson, 2010)
- Erwin-Toth, P., Stricker, L. J., & van Rijswijk, L. (2010). Peristomal skin complications. *American Journal of Nursing*, 110(2), 43–48. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000368052.42234.14>
- Gray, M., Black, J. M., Baharestani, M. M., Bliss, D. Z., Colwell, J. C., Goldberg, M.,...Ratliff, C. R. (2011). Moisture-Associated skin damage. Overview and pathology. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 38(3), 233–241. <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0b013e318215f798>
- Ruiz, A; Blanca,M.S.; Iborra, M. (2016). Taller de ostomias de eliminación urinarias e mixtas. Tipos marcaje, complicaciones. Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías - Creciendo unidos para seguir cuidando. Barcelona. <https://docplayer.es/74179228-Taller-de-ostomias-de-eliminacion-urinarias-y-mixtas-tipos-marcaje-complicaciones.html>
- Salvadaleña, G. (2016). Peristomal skin conditions. In J. E. Carmel, J. C. Colwell, & M. T. Goldberg (Eds.) *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society core curriculum: Ostomy management* (pp. 176–190). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Stegensek-Mejía, E.M; Murad-Robles, Y.; González-Mier,M. J.; B.E.López-Hernández, B. E.; E.Sánchez-Ojeda, E. (2017). Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado, México 2016. *Enfermería Universitaria*, 14(4), (pp. 235–242). México. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.003>
- Stelton, S., Zulkowski, K., & Ayello, E. A. (2015). Practice implications for peristomal skin assessment and care from the 2014 World Council of Enterostomal Therapists international ostomy guideline. *Advances in Skin & Wound Care*, 28(6), 275–284. <http://dx.doi.org/10.1097/01.ASW.0000465374.42350.0f>
- Szymanski, K. M., St-Cyr, D., Alam, T., & Kassouf, W. (2010). External stoma and peristomal complications following radical cystectomy and ileal conduit diversion: A systematic review. *Ostomy Wound Management*, 56(10), 28–35.
- Woo, K. Y., Sibbald, R. G., Ayello, E. A., Coutts, P. M., & Garde, D. E. (2009). Peristomal skin complications and management. *Advances in Skin & Wound Care*, 22(11), 522–532. <http://dx.doi.org/10.1097/01.ASW.0000305497.15768.cb>

# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra



ORGANIZAÇÃO  
Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

# NEOPLASIA DO RIM

**A dor como 1º sinal ou um mero acaso...**

**Sara Mortágua (interna de MFG)**

**Dr.ª Iva Pimentel (Assistente de MGF)**

**USF Norton de Matos**

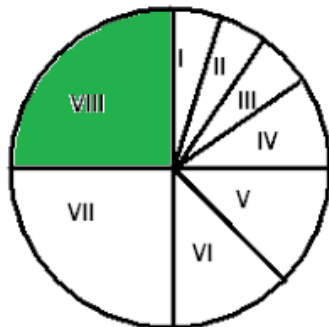


# Identificação

- ❖ ♀, 77 anos
- ❖ Casada
- ❖ Reformada
- ❖ Residente em Coimbra

## Avaliação familiar:

- ❖ APGAR – família funcional
- ❖ Graffar – Classe II



## Antecedentes:

- ❖ **Patológicos:** artrite reumatóide, PTA esquerda por # colo fémur (2015), lombociatalgia refratária, dislipidémia, cataratas, quedas frequentes
- ❖ **Medicamentosos:** Prednisolona 5mg, Sinvastatina 20mg, Tramadol 37,5mg + Paracetamol 325mg SOS
- ❖ Sem hábitos alcoólicos ou tabágicos
- ❖ **Familiares:** irrelevantes



S

- Mantém dor lombar com irradiação para os membros inferiores
- Episódio único de hematoquézias, sem alteração do TGI, anorexia ou perda ponderal

O

- Bom estado geral. Peso (kg)=72 IMC=29,2 TAs=133 TAd=74 FC=70
- ACP: normal
- Abd: globoso, mole, desconforto generalizado à palpação, sem defesa ou massas palpáveis
- Inspeção anal: hemorróida às 3h, sem sinais inflamatórios ou sangue

A

L82 SÍNDROME DA COLUNA COM IRRADIAÇÃO DE DOR  
K96 HEMORRÓIDAS

P

- Credencial para Colonoscopia, Ecografia Abdominal, e Análises
- Ibuprofeno 600mg 12-12h 3 dias
- Tramadol 37,5mg + Paracetamol 325mg SOS até 2id

C. Programada  
20/11/2017





S

- Mantém dor lombar
- Informação clínica da Consulta de Dor HUC - lombociatalgia com dor refractária ao tratamento sugere-se realização de técnica epidural

O

- Ecografia abdominal: RE - uma formação nodular sólida expansiva com 4.8cm, hipocogénica e heterogénea. Sem derrame peritoneal.
- Hb 12,5; Cr 0,8; AU 21; PFH normais,;SU-II normal
- Colonoscopia: normal

A

L82 SÍNDROME DA COLUNA COM IRRADIAÇÃO DE DOR  
A91INVESTIGAÇÃO COM RESULTADO ANORMAL NE

P

TC renal com contraste

C. Programada  
12/02/2018





S

Vem apenas o marido, traz resultado de TC renal

O

- RD: Normal
- RE: dimensões aumentadas, na ½ inferior 3 nódulos, com 22.2mm, 30.7mm e 42.6mm, hipodensos antes da administração de contraste, após administração hiperdensos à periferia com cicatriz central, na fase excretora há lavagem do contraste mantendo-se contrastado de baixa densidade com cicatriz central - carcinoma de células renais múltiplo/oncocitoma ? Sem litíase ou hidronefrose.
- Sem derrame peritoneal ou adenopatias lomboaórticas.

A

U75 NEOPLASIA MALIGNA DO RIM

P

REFERENCIAÇÃO PARA MÉDICO / ESPECIALISTA / CLÍNICA / HOSPITAL – Referência para consulta de Urologia-CHUC

C. Não presencial  
01/03/2018



S

- Teve consulta de Urologia nos HUC - proposta para nefrectomia radical esquerda, sem data marcada
- Recorreu a médico particular que marcou cirurgia para 16/03/2018
- Preocupada por agravamento das dores lombares após viagem de carro medicada com Tapentadol 50mg 2id

C. Programada  
12/03/2018

O

- Dor lombar com movimentos de rotação e lateralização, sem dor à compressão dos processos espinhosos, sem assimetrias
- Laségue negativo

A

U75 NEOPLASIA MALIGNA DO RIM

P

- Tranquiliza-se
- Aumenta Tapendadol para 50mg + 100mg à noite





S

- Veio a consulta com intenção de mostrar relatório anatomopatológico e da cirurgia mas não foi disponibilizado, foi sujeita a nefrectomia esquerda
- Preocupada por manter dores lombares, questiona necessidade de repetir ecografia

O

TA 145/81mmHg, FC 97bpm

A

U75 NEOPLASIA MALIGNA DO RIM  
L82 SÍNDROME DA COLUNA COM IRRADIAÇÃO DE DOR

P

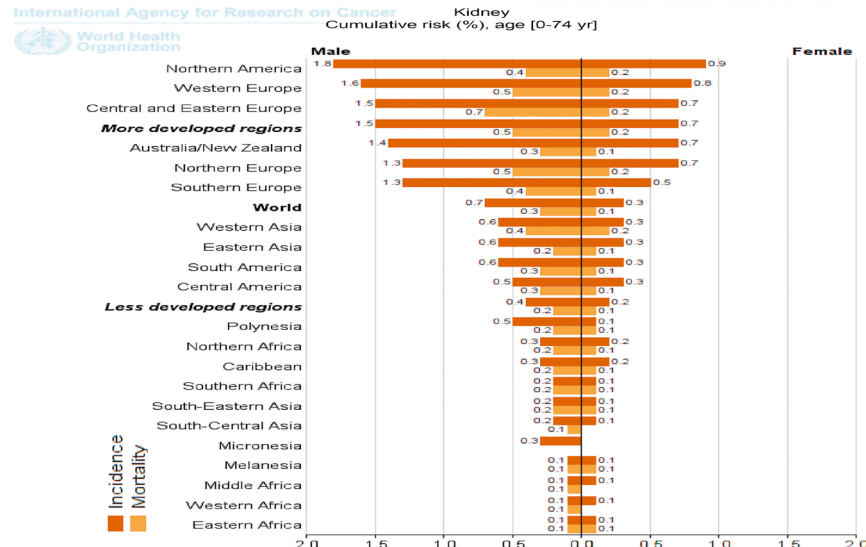
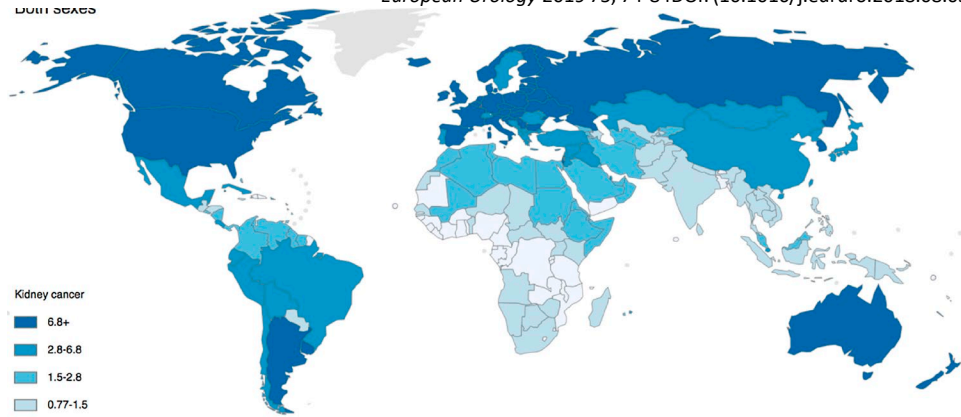
- Tranquiliza-se
- Opta por manter seguimento no privado

C. Programada  
20/07/2018



# Epidemiologia

- » 90% do parênquima e 10% da pélvis renal
- » 3-5% de todos os tumores
- » Incidência 4.4/100.000 ↑?
- » 6º ♂ e 10º ♀
- » 1,5-2♂:1♀
- » 60-70 anos



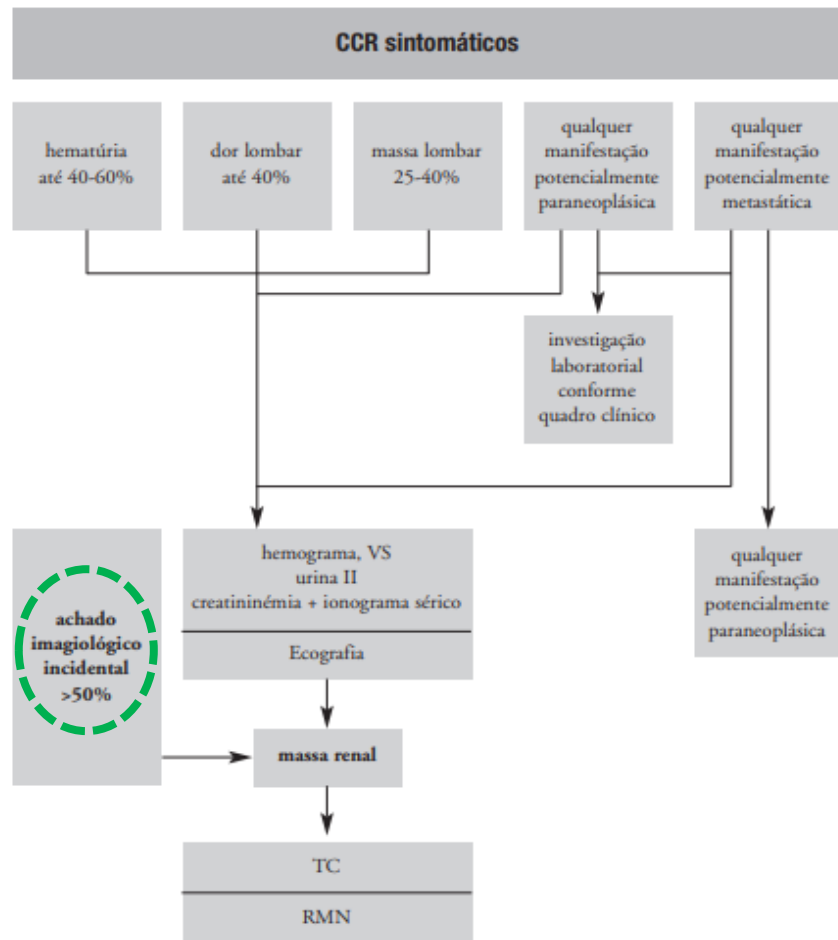
## Fatores de risco



- × **Tabagismo**
- × **Obesidade**
- × **HTA**
- × **IRC**
- × **Nefrolitíase**
- × **Hepatite vírica**
- × **Antecedentes familiares**
- × **Exposição a carcinogéneos:**  
cádmio, herbicidas, solventes orgânicos
- × **Fármacos:** paracetamol, AINEs
- × **Genéticos:** Doença de von Hippel-Lindau, Carcinoma de células renais papilar hereditário; Carcinoma de células renais associado a leiomiomatose familiar, Síndrome de Birt-Hogg-Dubé, Síndrome de Cowden ; Esclerose tuberosa

## Sinais e sintomas

- » > **assintomáticos**
- » **Tríade de Guyon** - hematúria + dor lombar e/ou do flanco + massa renal palpável (6-10%)
- » **Inespecíficos** - febre, perda ponderal, fadiga
- » **Envolvimento vascular** – varicocele, edema MIS
- » **Síndromes paraneoplásicas** (30%) – hipercalcemia, HTA, disfunção hepática, anemia, eritrocitose, amiloidose, vasculopatia
- » **Doença metastática** – pulmão, osso/coluna vertebral, cutânea, corpos cavernosos





### Alterações analíticas

- ✓ ↑ Cr e Ureia
- ✓ ↓ TFG
- ✓ ↓/↑ GV
- ✓ ↑ VS
- ✓ Alteração das PFH
- ✓ ↑ LDH
- ✓ ↑ Ca<sup>2+</sup>
- ✓ SU-II: Hb

## ECDs

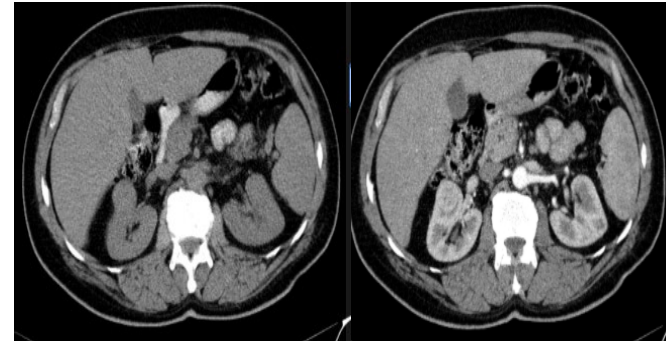
### Ecografia

- x Lesão sólida ou mista (!!septos espessos, vegetações)
  - x Pseudocápsula
- x Realce com contraste



### TC

- x Extensão local
- x Adenopatias
- x Realce com contraste



## Referenciação



Serviço de Urologia e  
Transplantação Renal



**IPO COIMBRA**

## Seguimento a longo prazo

- ✓ Suporte psicossocial do doente e família
- ✓ Suporte sintomático – dor!
- ✓ Vigilância de complicações a longo prazo
- ✓ Controlo de fatores de risco de IRC
- ✓ Vigilância de recidivas/metástases
- ✓ Tratamento das comorbilidades
- ✓ Promoção da saúde e prevenção da doença



PREVENTION



## Bibliografia

- “Recomendações Clínicas no Tratamento do Carcinoma de Células Renais”, 1ª Edição 2015, Grupo Português Génito-Urinário
- “Renal cell carcinoma”; *B. Ljungberg (Chair), L. Albiges, K. Bensalah, A. Bex (Vice-chair), R.H. Giles (Patient Advocate), M. Hora, M.A. Kuczyk, T. Lam, L. Marconi, A.S. Merseburger, T. Powles, M. Staehler, A. Volpe; EAU Guidelines*
- “*Epidemiology of Renal Cell Carcinoma; Umberto Capitanio, Karim Bensalah, Axel Bex, Stephen A. Boorjian, Freddie Bray, Jonathan Coleman, John L. Gore, Maxine Sun, Christopher Wood, Paul Russo; European Urology; Volume 75, Issue 1, Pages 74-84 (January 2019); DOI: 10.1016/j.eururo.2018.08.036*”
- <https://emedicine.medscape.com/article/281340-guidelines>
- <https://radiopaedia.org/articles/renal-cell-carcinoma-1>

# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

ORGANIZAÇÃO  
Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

Serviço de Urologia e Transplantação renal  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
Director: Professor Doutor Arnaldo Figueiredo

## Tumor do pénis

João Carvalho

Coordenador: Professor Doutor Belmiro Parada



@jonicarvalho2

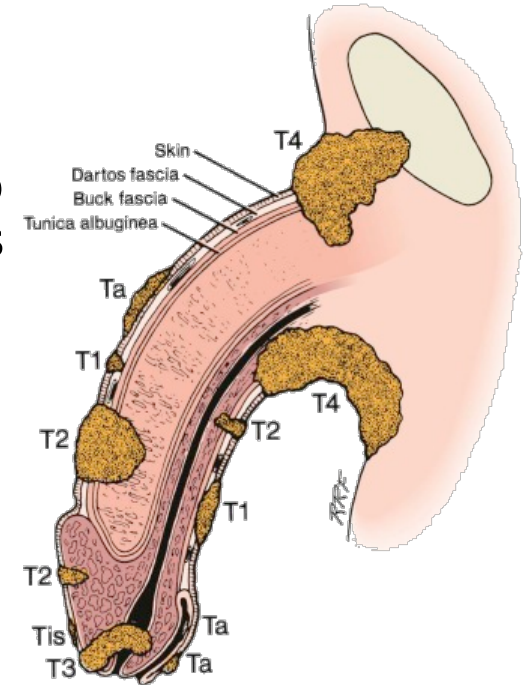


joao.andre.mendes.carvalho@gmail.com

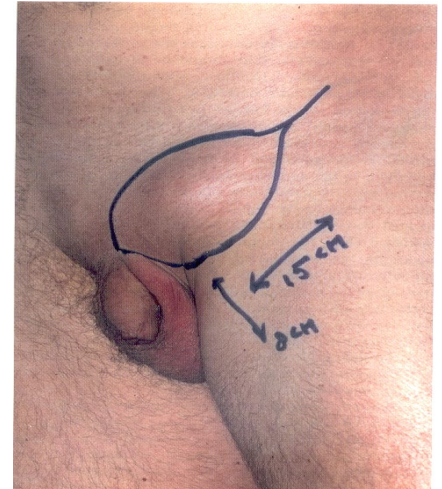
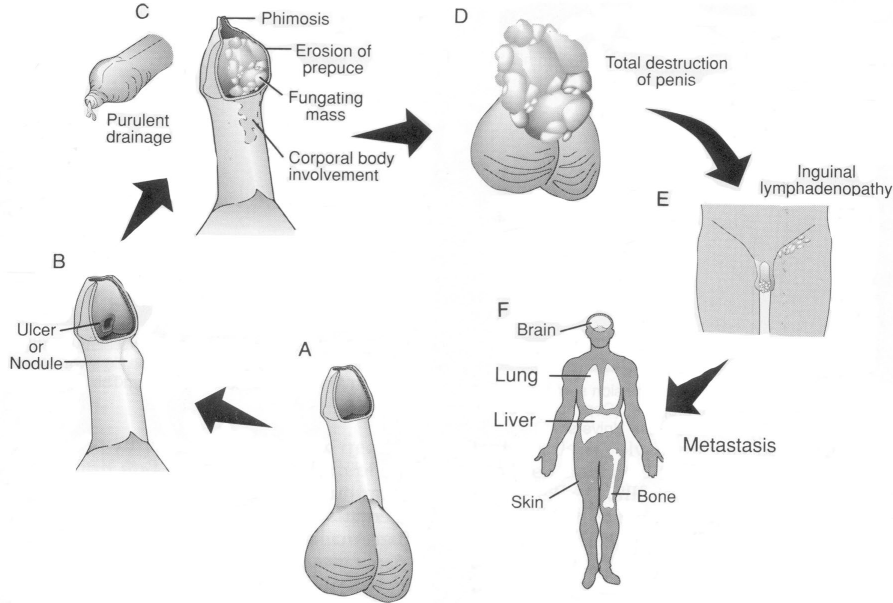
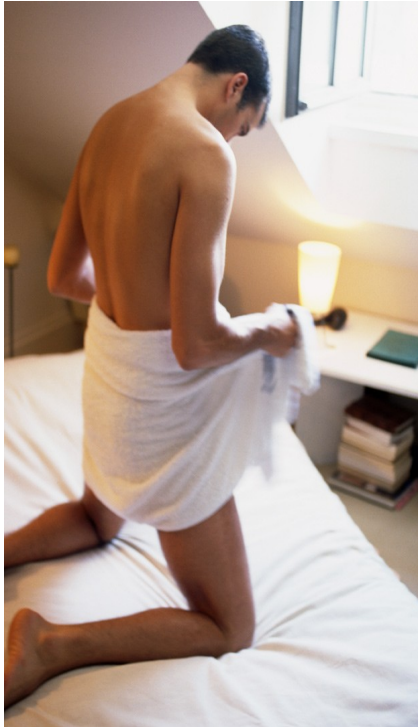
Coimbra, 14 de Fevereiro de 2019

# Tumor do pênis

- Tumor **raro** nos países desenvolvidos
- A incidência na América do Sul, Sudeste Asiático e em África pode atingir **1-2% de todas as neoplasias no homem**
- Aumenta com a **idade**
- Pico: **6ª década**



# História Natural

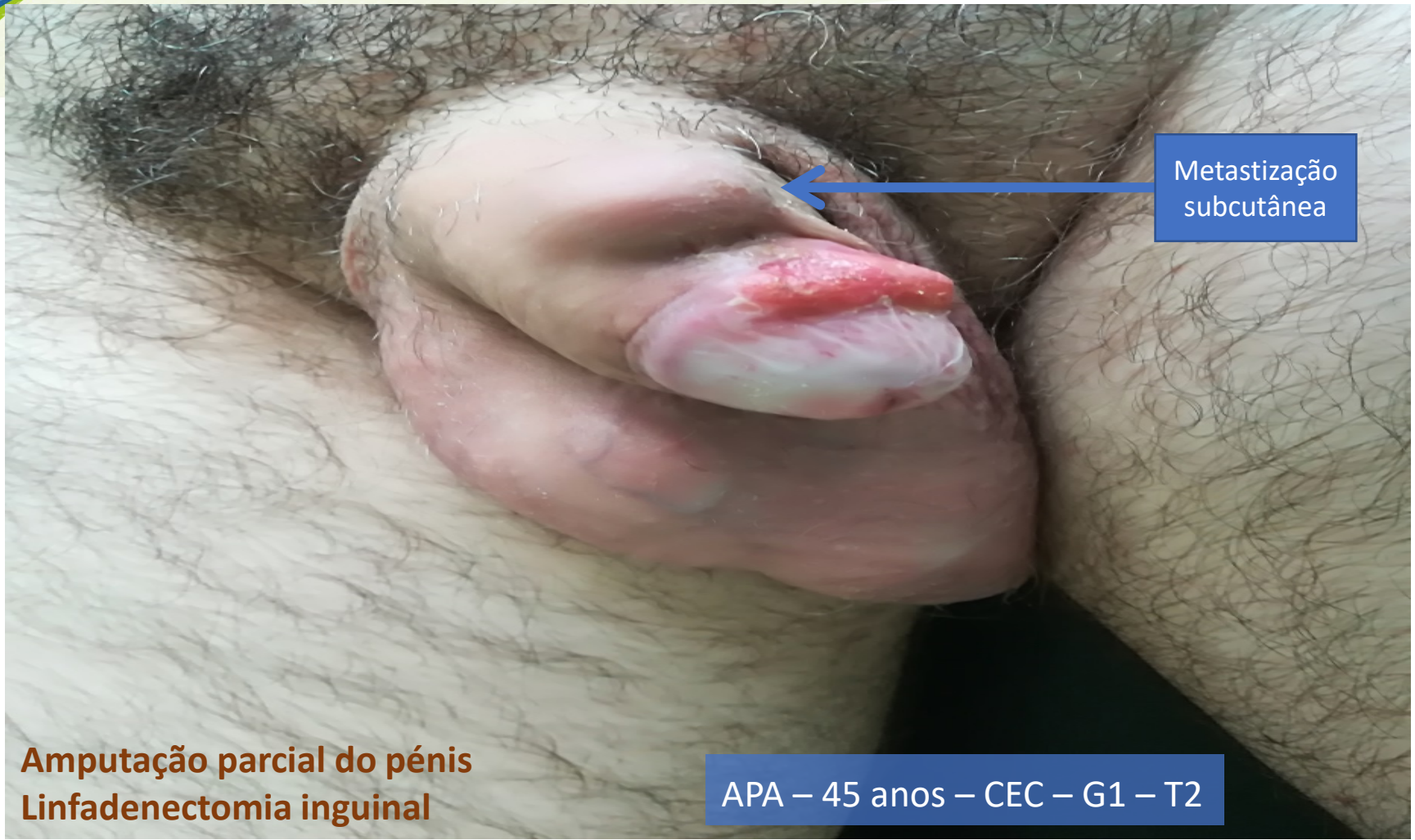




GJ – 53 anos – T3 – G2



GJ – 53 anos – T3 – G2



Metastização  
subcutânea

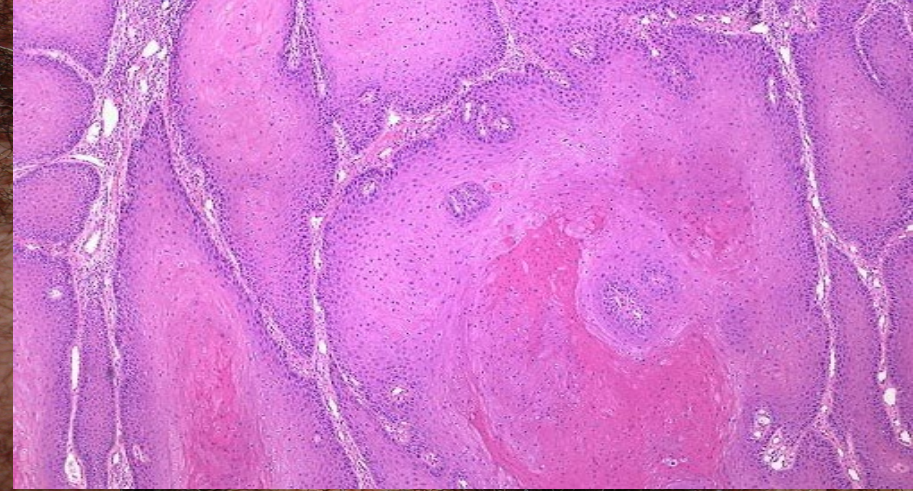
**Amputação parcial do pênis**  
**Linfadenectomia inguinal**

APA – 45 anos – CEC – G1 – T2

Imagem cedida por Dr. Pedro  
Nunes

CEC BOWENÓIDE  
JJM 63 anos  
Amputação parcial





JAR - 51 anos

Biópsia extemporânea  
Amputação parcial – T3 G1


Adenopatias inguinais +  
LFD inguinal

QT

Falecido aos 12 meses



Imagem cedida por Dr. Pedro Nunes



CEC verrucoso desenvolvido em corno cutâneo da glândula  
Fimose - BXO

Imagem cedida por Dr. Pedro Nunes



CEC – T2 – G1


Imagem cedida por Dr. Pedro Nunes



JAV – 71 anos – melanoma



AMF – 79 anos – CEC não queratinizante – G2



ARC – 80 anos – CEC T3 G3  
Amputação parcial  
Amputação total  
Morte por mets

Imagem cedida por Dr. Pedro  
Nunes

Imagem cedida por Dr. Pedro Nunes



CEC localmente avançado T4 N+

# Factores de risco

- Má higiene genital
- HPV
- Fimose
- Lesões Dermatológicas pré-malignas
  - Condiloma *Buschke-Lowenstein*
  - Lesões intraepiteliais penianas
  - Doença de Bowen



# Factores de risco



## Doença de Bowen

- ✓ carcinoma de células escamosas in situ.
- ✓ A lesão mais comum é uma placa vermelha escamosa ou crosta.
- ✓ É mais comum no corpo do pénis.
- ✓ 10% torna-se infiltrativo.
- ✓ 25% está associada a neoplasia maligna visceral



## Eritroplasia de Queyrat

- ✓ Lesão caracterizada por placa avermelhada, aveludada e com ulcerações
- ✓ Geralmente envolve a glande
- ✓ Até 1/3 dos doentes pode apresentar em simultâneo carcinoma do pénis
- ✓ Não é observada associação com neoplasia maligna visceral

E agora?



Penectomia parcial – 79.2% dos casos



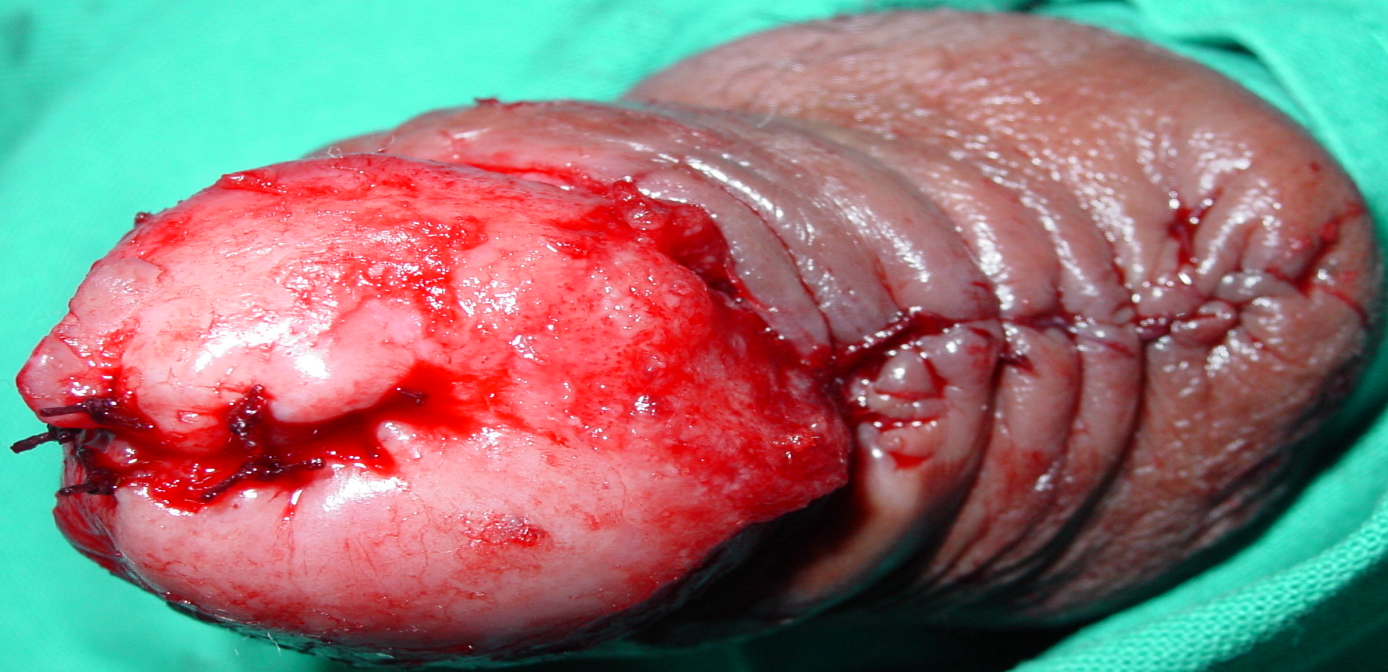
Imagem cedida por Dr. Pedro Nunes

Imagem cedida por Dr. Pedro Nunes



Glandectomia – CEC verrucoso

Imagem cedida por Dr. Pedro Nunes

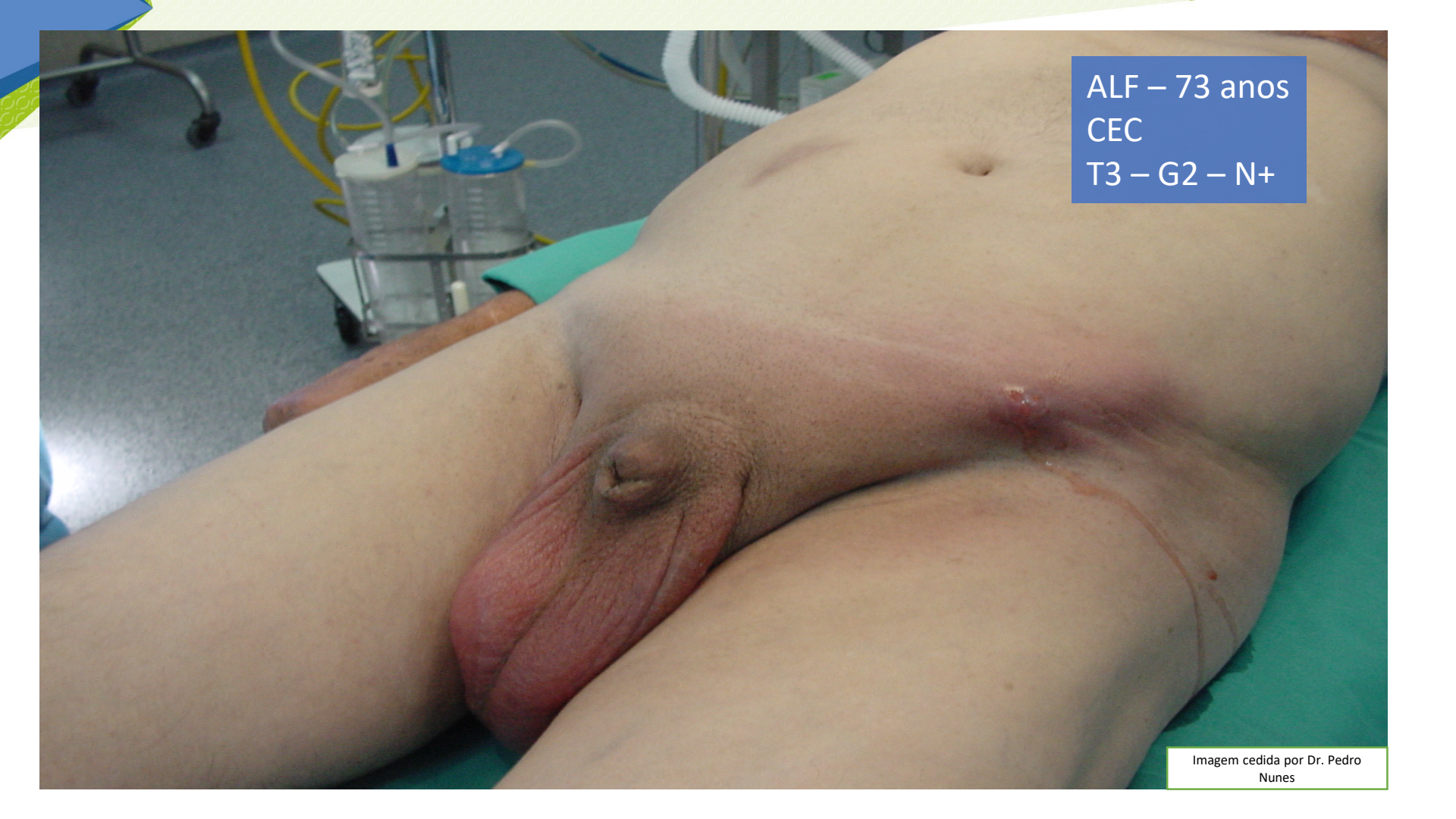


Biópsia excisional de CEC

Penectomia total – 5.7 % dos casos

Imagem cedida por Dr. Pedro  
Nunes

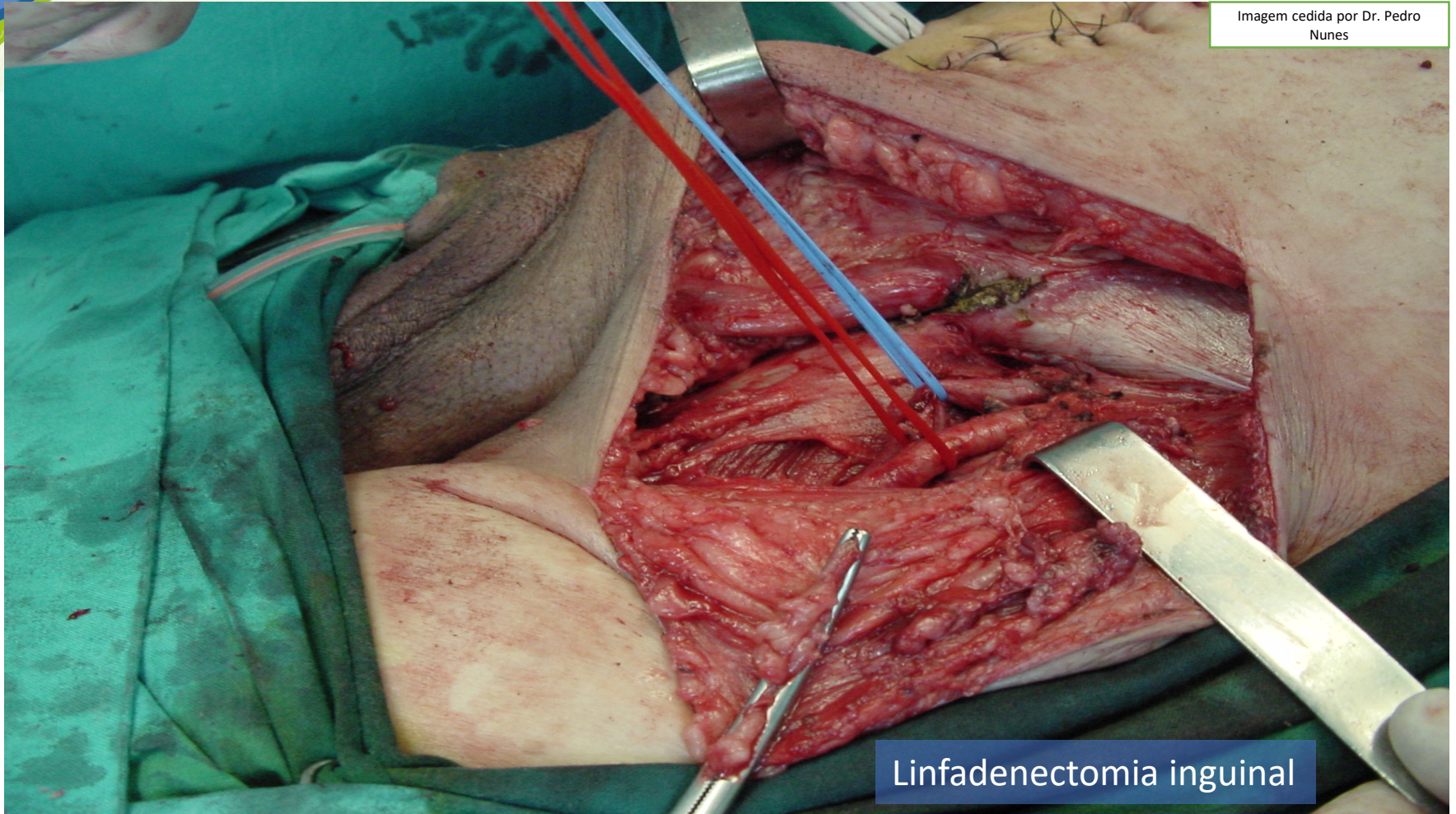




ALF – 73 anos  
CEC  
T3 – G2 – N+

Imagem cedida por Dr. Pedro  
Nunes

Imagem cedida por Dr. Pedro Nunes



Linfadenectomia inguinal



ALF – 73 anos  
T3 – G2 – N+  
LFD inguinal bilateral e pélvica +  
Complicações da linfadenectomia

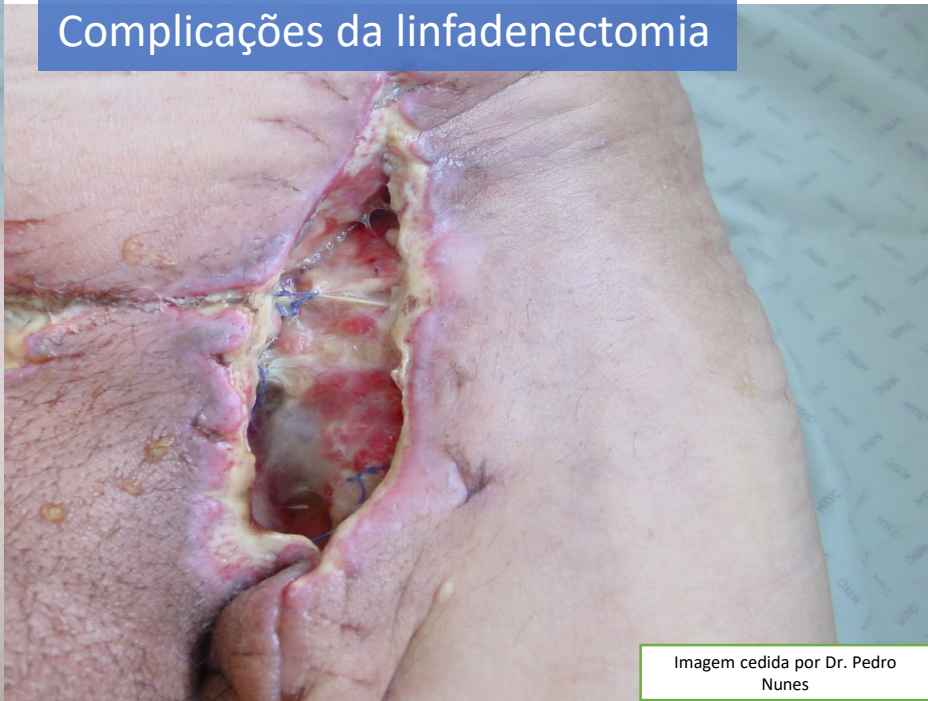


Imagem cedida por Dr. Pedro Nunes



Deiscência sutura - infecção



Recidiva mets ganglionares

••••



# Prognóstico



## Deaths

134

Deaths from penile cancer, 2016, UK

## Proportion of all deaths

less than 1%



Percentage penile cancer is of male cancer deaths, 2016, UK

## Age

90+ YEARS

Peak rate of penile cancer deaths, 2014-2016, UK

## Trend over time



-30%

Change in penile cancer mortality rates since the early 1970s, Males, UK

# Conclusões

- Tumor **heterogéneo** e **localmente muito agressivo**
- **Diagnóstico rápido**
- Tratamento da **lesão primária** habitualmente **eficaz**
- **Metastização ganglionar** loco-regional **precoce e agressiva**
- Linfadenectomia potencialmente curativa mas com morbilidade elevada



O  
B  
R  
I  
G  
A  
D  
O