

UM CASO DE HBP – DO PRINCÍPIO AO FIM

CASE STUDY IN BHP – FROM BEGINNING TO END

Autores:

Diana André¹, Bruno Vaz²

RESUMO

Introdução: A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma patologia condicionada pelo envelhecimento, que se manifesta através de sintomas do aparelho urinário inferior (LUTS - *Lower Urinary Tract Symptoms*). Estima-se que 90% dos homens entre os 45 e os 90 anos de idade sofram destes sintomas, com prejuízo da sua qualidade de vida.

Descrição do caso: AS, sexo masculino, 73 anos, referiu pela primeira vez LUTS em 2010. Neste contexto realizou análise da urina, PSA (*Prostate Specific Antigen*) e ecografia suprapúbica - sem alterações de relevo; com diagnóstico clínico de HBP. Uma vez que as queixas tinham impacto na sua qualidade de vida iniciou terapêutica com tansulosina. Nos anos seguintes manteve-se estável, mas em 2013 apresentou agravamento dos sintomas, tendo recorrido ao serviço de urgência com quadro de retenção urinária aguda. Neste serviço realizou ecografia que mostrou “bexiga de esforço com divertículo de cerca de 7 cm, e próstata com peso aproximado de 50 g”. Dadas as complicações presentes, foi proposto para tratamento cirúrgico e foi submetido a ressecção transuretral da próstata, que decorreu sem intercorrências. Três meses após a cirurgia o doente não apresentava LUTS nem outras queixas urológicas, mantendo seguimento na consulta de Medicina Geral e Familiar.

Comentário: O caso clínico descrito é um exemplo representativo do curso da HBP, em que é possível distinguir o percurso desde o surgimento de LUTS ao agravamento progressivo dos sintomas e à necessidade de intervenção cirúrgica por complicações da HBP. Trata-se, portanto, de um caso de HBP “do princípio ao fim”. Pretende-se com este caso alertar para a importância do diagnóstico e tratamento precoces desta patologia, realçando a avaliação sistemática dos sintomas descritos pelo utente e a vigilância de eventuais complicações associadas.

Palavras-chave: antigénio específico da próstata; hiperplasia prostática; prostatectomia

Keywords: prostate-specific antigen; prostatic hyperplasia; prostatectomy

INTRODUÇÃO

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma patologia condicionada pelo envelhecimento, que se manifesta geralmente através de um conjunto de sintomas do aparelho urinário inferior (ou LUTS, do inglês *Lower Urinary Tract Symptoms*). Estima-se que 90% dos homens, entre os 45 e os 90 anos de idade sofram, em grau variável, destes sintomas, o que reduz significativamente a sua qualidade de vida.^{1,2}

Devido às diferentes conotações associadas com o termo HBP, pode definir-se a presença de HBP microscópica (com evidência histológica de proliferação celular), HBP macroscópica (com evidência de aumento do volume prostático), e HBP clínica. A HBP clínica é representada maioritariamente pela presença de LUTS, mas pode também associar-se a disfunção vesical, hematuria, infeções do trato urinário (ITU) e incontinência. Muitos dos utentes com HBP apresentam sintomas que não alteram a sua qualidade de vida, e não apresentam complicações de

HBP, podendo manter apenas vigilância ativa. Caso contrário, pode haver necessidade de intervenção farmacológica; e, na presença de complicações como retenção urinária aguda (RUA), hematuria e ITU recorrentes, pode ser indicada a ressecção cirúrgica da próstata.^{3,4}

Uma particularidade da vigilância clínica é a monitorização do antigénio prostático específico (PSA, do inglês *Prostate Specific Antigen*), enzima utilizada no rastreio do cancro da próstata. Esta análise deve ser realizada em todos os indivíduos com HBP sintomática, sempre que o possível diagnóstico de neoplasia possa alterar a estratégia terapêutica adotada.^{1,5}

Este trabalho relata um caso clínico de um utente de 73 anos, seguido em consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF), com diagnóstico de HBP desde 2010, sob vigilância clínica. Em 2013 o doente apresentou agravamento clínico e imagiológico, e posteriormente, complicações de HBP, tais como RUA, hematuria e ITU, tendo sido proposto para tratamento cirúrgico. Deste modo, foi submetido a ressecção transuretral da próstata (RTUP) em 2014, estando assintomático desde então. Considera-se, assim, que este caso destaca o percurso de um caso representativo de HBP, alertando para a importância da vigilância clínica, desde o período assintomático ao período pós-operatório.

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Afonso Henrique, ACES Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto

2. Assistente em Medicina Geral e Familiar, UCSP Porto de Mós, ACES Pinhal Litoral

DESCRIÇÃO DO CASO

Apresenta-se AS, do sexo masculino, 73 anos, caucasiano, reformado (ex-empresário). Tem como antecedentes pessoais: hipertensão arterial (HTA); acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico (com discretas sequelas motoras) e dislipidemia. Está medicado cronicamente com losartan/hidroclorotiazida 50/12,5 mg - um comprimido ao pequeno-almoço, ácido acetilsalicílico 150 mg - um comprimido ao almoço, e rosuvastatina 10 mg - um comprimido depois do jantar. O utente não tem antecedentes cirúrgicos.

Cronologia

- 2010

AS é um frequentador regular das consultas de MGF, cumprindo consultas programadas e programas de rastreio, bem como o acompanhamento previsto para o doente hipertenso e com risco cardiovascular. No ano de 2010 referiu pela primeira vez quadro de hesitação e jato fraco - LUTS. Neste contexto realizou análise do sedimento urinário e ecografia pélvica suprapúbica - sem alterações de relevo, e determinação do PSA, com valor de 2,93 ng/mL. É de notar que o doente realizava determinação anual de PSA, com valores prévios inferiores a 2,0 ng/mL.

Estes sintomas e resultados foram interpretados pelo Médico de Família (MF) no contexto de HBP. Uma vez que, inicialmente, os sintomas eram discretos, e não existiam complicações de HBP aparentes, o utente manteve vigilância clínica. Mais tarde, no mesmo ano, o doente passou a referir notúria (duas micções por noite), queixa que referia ter impacto na sua qualidade de vida. Nesse contexto iniciou terapêutica com tansulosina 0,4 mg *id* em dezembro de 2010.

- 2011 e 2012

Nos dois anos seguintes ao início da terapêutica, o doente manteve-se clinicamente estável. Referia manter hesitação, mas com melhoria do jacto urinário e da notúria, apenas com uma micção por noite. Neste período realizou duas avaliações de PSA, que se mostraram sobreponíveis e inferiores a 4,0 ng/mL (2,33 e 2,27 ng/mL). Por estes motivos, foi mantida a atitude terapêutica e a vigilância clínica.

- 2013

No início de 2013, o doente refere agravamento dos sintomas urinários, com queixas de sensação de esvaziamento vesical completo e jato fraco e gotejante. Neste sentido realizou análise de urina - sem alterações, PSA - 3,14 ng/mL, e ecografia prostática transretal (24/04/2013) que revelou “divertículos vesicais com trabeculação e próstata globosa com peso aproximado de 58,5 gramas (peso calculado)”. Neste sentido AS recorreu a uma consulta particular

de Urologia, tendo sido aconselhado a manter a terapêutica prescrita, repetir PSA e ecografia dentro de seis meses e a vigiar sinais de alarme, tendo já sido avançada a hipótese de terapêutica cirúrgica.

No dia 17/12/2013 o utente recorreu ao serviço de urgência (SU) de um Centro Hospitalar (CH), com quadro de RUA. Neste serviço realizou avaliação analítica (sem alterações de relevo) e ecografia prostática abdominal, que mostrou “bexiga de esforço com divertículo de cerca de 7 cm, e próstata com peso aproximado de 50 gramas”. Neste episódio o utente foi submetido a algaliação, e foi feito pedido de consulta de Urologia para o mesmo hospital.

Após conhecimento do episódio de RUA, e para esclarecimento do quadro e dos achados ecográficos, o MF requisitou tomografia computadorizada pélvica (TC pélvica), tendo esta revelado “bexiga muito distendida/de esforço, com divertículo lateral esquerdo com aproximadamente 7 cm e próstata globosa”, sem outras alterações.

Perante estes resultados o MF decidiu iniciar terapêutica com *Serenoa repens* 160 mg duas vezes por dia, mantendo a tansulosina, e o utente ficou a aguardar a consulta de Urologia no CH, uma vez que esta ocorreria brevemente.

- 2014

No dia 30/01/2014 o utente compareceu à primeira consulta de Urologia no CH, e após avaliação dos exames já descritos, foi considerada a presença de HBP com repercussões a nível vesical, pelo que foi proposta a realização de RTUP. É de notar que desde o primeiro episódio de urgência até à data da cirurgia, o doente manteve a algaliação, por impossibilidade de micção espontânea, e apresentou episódios transitórios de hematúria e ITU frequentes, confirmadas por exame microbiológico de urina. No dia 12/05/2014, AS foi submetido a RTUP, que decorreu sem intercorrências, tendo a algália sido removida sete dias após a cirurgia. A histologia da peça cirúrgica foi compatível com HBP.

Seguimento

Após a cirurgia o utente manteve seguimento nas consultas de Urologia e de MGF. No período pós-operatório precoce, o utente apresentou disfunção erétil e incontinência urinária, mas estes sintomas regrediram ao fim de três meses, tendo ficado assintomático do ponto de vista urológico. Seis meses após a cirurgia (03/11/2014) realizou exames de controlo, com PSA de 2,91 ng/mL, e ecografia prostática transuretral que mostrou “próstata com volume residual de aproximadamente 25 gramas, bexiga com dois divertículos na vertente inferior externa esquerda, atingindo 7,2 cm e 2,7 cm, e resíduo pós-miccional muito aumentado e superior a 200 mL”. Um ano após a cirurgia realizou

novo controlo analítico do PSA (3,1 ng/mL) e controlo ecográfico, com evidência de “próstata residual com cerca de 33 gramas, sem lesões focais de natureza sólida ou líquida; na bexiga dois divertículos, um com cerca de 70 x 53 mm, e outro de pequenas dimensões, com 14mm; resíduo pós-miccional de 91 mL”. Por manter estabilidade clínica, analítica e imagiológica teve alta da consulta de Urologia.

Neste momento, AS mantém seguimento nas consultas de MFG e permanece sem LUTS e sem terapêutica do foro urológico. Realiza controlo anual com PSA e ecografia vesical e prostática, e mantém vigilância clínica.

Os valores de PSA apresentaram pequenas variações ao longo do curso deste caso clínico, como representado na Figura 1.



Figura 1. Evolução dos valores de PSA em ng/mL.

Legenda: PSA - *Prostate Specific Antigen*.

COMENTÁRIO

A prevalência real da HBP é difícil de determinar; por um lado, não existe uma definição *standard* de HBP, por outro lado, não é possível estabelecer uma correspondência direta entre os achados histológicos, o aumento de volume prostático ou a presença de sintomas. Várias fontes referem que a HBP histológica não foi encontrada em indivíduos com menos de 30 anos, e que atinge o pico de incidência por volta dos 90 anos. Em resumo, sabe-se então, que a prevalência da HBP aumenta com a idade, apresentando as seguintes percentagens aproximadas: histológica - 50% aos 70 anos e 90% aos 85 anos; macroscópica (com aumento de volume prostático) - 25% aos 50 anos e 53% aos 80 anos; clínica (sintomática) - 20 a 30% aos 50 anos e 30 a 55% aos 80 anos.¹ Com o aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento da população, é de esperar um aumento na procura de cuidados médicos associados à HBP.

Como referido, a HBP manifesta-se maioritariamente por LUTS. Estes sintomas podem ser classificados como sintomas irritativos - urgência miccional e urgíntinência, polaquiúria diurna e noturna, e notúria; e sintomas obstrutivos - hesitação inicial, jato fino, fraco, gotejante ou interrompido, e sensação de esvaziamento vesical incompleto, podendo coexistir no mesmo doente. Os sintomas irritativos estão geralmente associados à perturbação do armazenamento vesical e à hiperatividade do músculo detrusor (“sintomas de armazenamento”); os sintomas obstrutivos estão geralmente associados ao esvaziamento vesical e à obstrução infravesical (“sintomas de esvaziamento”). No entanto, e apesar de serem mais frequentes na HBP, os LUTS podem estar presentes em várias patologias, urológicas ou não urológicas, nomeadamente no carcinoma da próstata, prostatite, ITU, neoplasia vesical, estenose uretral e doenças neurológicas.³ Daí que a avaliação inicial de LUTS inclua história clínica, toque retal, urofluxometria e estimativa do resíduo pós miccional, ecografia suprapúbica, PSA e sedimento urinário. É de notar que a ecografia vesicoprostática suprapúbica é um exame essencial para a estimativa do volume prostático e resíduo pós-miccional, e para a identificação de complicações a nível vesical, como divertículos, cálculos ou bexiga trabeculada (a dita “bexiga de esforço”).²

O caso clínico apresentado mostra um utente previamente assintomático, do ponto de vista urológico, com aparecimento de LUTS em 2010. Inicialmente AS referia sintomas irritativos e obstrutivos, nomeadamente hesitação e jato fraco, mas em termos imagiológicos, não existia aumento relevante do volume prostático, pelo que este terá sido um diagnóstico clínico. Numa fase inicial os sintomas não representavam alteração na sua qualidade de vida, motivo pelo qual foi adotada uma estratégia de vigilância ativa.

Neste contexto importa referir que a gravidade da HBP pode ser determinada através da realização do auto-questionário IPSS (do inglês *International Prostatic Symptom Score*), que permite determinar o nível de sintomas, e que inclui o questionário QoL (do inglês *Quality of life*), que avalia a repercussão dos sintomas na qualidade de vida do utente. A título de exemplo, um utente com sintomas leves (IPSS < 7), ou moderados/severos (IPSS ≥ 8), sem repercussão na qualidade de vida e sem complicações de HBP, pode manter apenas vigilância ativa, sem necessidade de intervenção farmacológica.^{2,4} Estes questionários estão acessíveis na norma 048/2011 de 26/12/2011 da Direção Geral de Saúde (DGS), como representado na Figura 2.

IPSS

	Nenhuma Vez	Menos de 1 vez em cada 5	Menos de metade das vezes	Metade das vezes	Mais que metade das vezes	Quase sempre
1 - No último mês, quantas vezes, em média, você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga, depois de terminar de urinar ?	0	1	2	3	4	5
2- No último mês, quantas vezes, em média, você teve que urinar de novo menos de 2 horas depois de terminar de urinar ?	0	1	2	3	4	5
3 - No último mês, quantas vezes, em média, você notou que parava e recomeçava várias vezes quando urinava ?	0	1	2	3	4	5
4 - No último mês, quantas vezes, em média, você notou que foi difícil conter a vontade de urinar ?	0	1	2	3	4	5
5 - No último mês, quantas vezes, em média, você notou que o jato urinário estava fraco ?	0	1	2	3	4	5
6- No último mês, quantas vezes, em média, você teve que fazer força para começar a urinar ?	0	1	2	3	4	
	Nenhuma vez	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes ou mais
7 - No último mês, quantas vezes, em média, você teve que se levantar em cada noite para urinar ?	0	1	2	3	4	5

Total de pontuação obtida =

O IPSS é quantificado em três níveis de pontuação

- i. 0 – 7, como sintomas leves ;
- ii. 8 -19, como sintomas moderados;
- iii. 19 – 35, como sintomas severos.

QoL

Se você tivesse que passar o resto da vida urinando como está agora, como é que você se sentiria ?	Ótimo	Muito bem	Satisfeito	Mais ou menos	Insatisfeito	Mal	Péssimo
	0	1	2	3	4	5	6

Figura 2. Questionários IPPS e QoL para avaliação da sintomatologia de HBP, segundo a norma 048/2011 de 26/12/2011 da DGS.

Legenda: IPSS - *International Prostatic Symptom Score*; QoL - *Quality of Life*; HBP - hiperplasia benigna da próstata; DGS - Direcção Geral da Saúde.

Em 2010 o utente apresentou agravamento dos sintomas, com referência a notúria (duas micções por noite), queixa que já teria impacto na sua qualidade de vida. Nesse contexto iniciou terapêutica com tansulosina, um alfa-bloqueante uroseletivo, com indicação nos doentes com sintomas de grau moderado ou

grave, segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS). É de referir que, segundo a mesma fonte, a terapêutica farmacológica da HBP assenta ainda na prescrição de fármacos inibidores da 5 alfa redutase, nos doentes com sintomas moderados a graves associados a próstata aumentada de volume.²

AS realizava periodicamente avaliações do PSA, sendo que apresentou valores sempre inferiores a 4 ng/mL, como representado na Figura 1, e por isso, sem necessidade de realização de biópsia prostática. É de notar que a determinação do PSA é efetivamente uma medida incluída na vigilância ativa dos doentes com HBP, para rastreio do carcinoma da próstata. Sobre este aspeto, há que realçar que o PSA não é uma análise específica para patologia tumoral, pelo que pode estar elevada em casos de HBP, e daí não ser considerado um marcador com elevada especificidade. Ainda assim é o método de rastreio recomendado pelas *guidelines* das Associações Europeia e Americana de Urologia.^{6,7}

Em 2013, o doente refere agravamento dos sintomas urinários, e ecografia com aspetos compatíveis com “bexiga de esforço”, divertículos vesicais e próstata com volume aumentado (peso aproximado de 58,5 gramas), tendo sido avançada a hipótese de terapêutica cirúrgica numa consulta de Urologia particular. Apesar disso manteve a terapêutica e a vigilância clínica. No fim do mesmo ano tornou-se evidente a repercussão da HBP, com as complicações previstas pela obstrução vesical pelo aumento do volume prostático, tais como: RUA, hematúria, ITU de repetição e aumento dos divertículos vesicais. Sendo estas indicações para tratamento cirúrgico, o utente foi proposto para cirurgia. Neste ponto há que destacar outras indicações para tratamento cirúrgico tais como: litíase vesical, uretero-hidronefrose, insuficiência renal e sintomatologia refratária ao tratamento farmacológico.^{1,2} A 12/05/2014 AS foi submetido a RTUP, sem intercorrências, tendo a histologia da peça revelado HBP.

No período pós-operatório precoce o utente referiu disfunção erétil e incontinência urinária, mas ao fim de três meses encontrava-se sem LUTS ou outras queixas urinárias. Importa referir que, apesar da RTUP ser o *gold standard* do tratamento cirúrgico da HBP, apresenta complicações, nomeadamente: incontinência de urgência (30-40%); ejaculação retrógrada (53-75%); disfunção erétil (3,4-32%) e retenção urinária (3-9%). A recidiva da HBP pode ocorrer devido a uma ressecção incompleta ou pela história natural da doença.^{8,9}

Após a cirurgia o doente manteve seguimento nas consultas de Urologia, durante cerca de um ano e meio, com valores de PSA de controlo oscilantes, mas inferiores a 4 ng/mL e com a última ecografia a mostrar próstata residual com cerca de 33 gramas, mas sem lesões focais, e alterações vesicais já conhecidas. Por manter estabilidade clínica, analítica e

imagingológica teve alta para a consulta de MGF.

Neste momento é seguido na consulta de MGF, encontra-se assintomático e sem terapêutica urológica, e realiza PSA e ecografia anualmente. É de sublinhar que o utente deve manter vigilância clínica, sobretudo no que diz respeito a sinais de alarme, tais como recidiva de sintomas, hematúria ou RUA.

O caso clínico descrito é, pois, um caso representativo de HBP, em que é possível distinguir todo o percurso da abordagem diagnóstica e terapêutica: desde o surgimento de LUTS, à melhoria sintomática sob o tratamento preconizado, ao agravamento progressivo dos sintomas e à necessidade de intervenção cirúrgica por complicações derivadas da HBP. Revela-se, portanto, um caso clínico de HBP “do princípio ao fim”. Pretende-se com este exemplo alertar para a importância do diagnóstico e tratamento precoces desta patologia, realçando a avaliação sistemática dos sintomas descritos pelo utente (e o seu impacto na sua qualidade de vida) e a vigilância de eventuais complicações associadas com a HBP.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - Dias JS, Parada B, Vendeira PA. Cancro da Próstata. In: Urologia em 10 minutos - Associação Portuguesa de Urologia. Bayer HealthCare; 2007; 6-15 e 29-39;
- 2 - Direção Geral de Saúde. Abordagem terapêutica farmacológica da Hipertrofia Benigna da Próstata. Norma nº 048/2011 de 26/12/2011;
- 3 - Herbert L. Evaluating Men with Benign Prostatic Hyperplasia. Rev Urol. 2004; 6 (Suppl 1): S8-S15;
- 4 - Deters LA, Costabile RA, Leveillee RJ, Moore CR, Patel VR. Benign Prostatic Hypertrophy. Medscape. 2015;
- 5 - Direção Geral de Saúde. Prescrição e determinação do Antígeno Específico da Próstata - PSA. Norma nº 060/2011 de 29/12/2011, atualizada a 13/07/2017.
- 6 - Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, et al. European Association of Urology guidelines on Prostate Cancer. 2011;
- 7 - Carter HB, Albertsen PC, Barry MJ, Etzioni R, Freedland SJ, Greene KL, et al. Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. 2013;
- 8 - Rassweiler J, Teber D, Kuntz R, Hofmann R. Complications of Transurethral Resection of the Prostate (TURP) - Incidence, Management, and Prevention. European urology. 2006; 50:969-80;
- 9 - Collins MA, Terris MK. Transurethral Resection of the Prostate. Medscape. 2014.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não possuir qualquer tipo de conflitos de interesse. O trabalho relatado neste manuscrito não foi objeto de qualquer tipo de financiamento externo.

CORRESPONDÊNCIA:

Diana Margarida Igreja André
dandre.di@gmail.com

RECEBIDO: 18 de fevereiro de 2018 | ACEITE: 04 de junho de 2019