

RELATO DE CASO

DOI: 10.55825.RECET.SBU.0248

## PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO DE UMA PRÓSTATA COM 449G

CHRISTIANO MACHADO FILHO (1), EDUARDO ZANETTI BERGAMASCHI (1), LUCAS ROSSATO CHRUN (2), VITAL BURKO SANTOS (2), BRUNO DE FIGUEIREDO PIMPÃO (2), LEONARDO WELTER NETO (2)

*1 Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil, 2 Serviço de Urologia Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A hiperplasia prostática benigna é definida como o aumento tecidual desregulado da próstata. Pela proximidade com a uretra, o seu aumento pode causar obstrução e sintomas indesejados ao paciente que afetam a sua qualidade de vida.

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 67 anos, sobrepeso e hipertensão arterial sistêmica. Em uso de losartana, finasterida e doxazosina. Queixava-se de jato urinário fraco e noctúria. Ao toque retal, apresentou próstata muito aumentada, de consistência fibroelástica. A ultrassonografia constatou próstata de 449g. A urofluxometria mostrou um fluxo máximo reduzido, curva achatada e resíduo pós miccional aumentado (350ml). O paciente foi submetido a prostatectomia transvesical videolaparoscópica com acesso extraperitoneal, apresentando melhora significativa dos sintomas após a cirurgia.

**CONCLUSÃO:** A prostatectomia transvesical videolaparoscópica é uma excelente alternativa para o tratamento das próstatas acima de 80g. Mesmo em próstata muito volumosa, a cirurgia por videolaparoscopia com acesso extraperitoneal se demonstrou segura e eficaz na abordagem da condição.

**Palavras-chave:** hiperplasia prostática benigna; noctúria

## INTRODUÇÃO

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é definida como o aumento tecidual desregulado da próstata, principalmente na região periuretral e zona de transição (ZT) (1). A prevalência dessa condição é mais analisada do que sua incidência pela característica benigna. Pela divergência de definições, o aspecto mais analisado é o histológico (2).

Ainda não há explicação cabal sobre o que causa o início da condição e exatamente como se dá o processo contínuo de aumento. Porém, além do fator de envelhecimento, algumas etiologias já estão sendo estudadas. Os androgênios, componentes genéticos, insulina e fatores de crescimento estão relacionados a essa condição (1).

Pela proximidade da ZT da uretra, o aumento do estroma da próstata pode causar obstrução do canal e sintomas indesejados pelo paciente que afetam a sua qualidade de vida. Inicialmente, após anamnese e exame físico, podem ser aplicados escores como o International Prostate Symptom Score (IPSS) para clinicamente definir o impacto da HPB na vida do paciente. O médico deve, se possível, lançar mão de estudo urodinâmico, ultrassonografia e urinálise (3).

A intervenção adotada para mitigar os sintomas varia conforme o caso. O tratamento padrão é abordar fatores modificáveis como alimentação, estilo de vida e medicamentos de uso contínuo. Com a persistência de sintomas e a depender da etiologia destes, medicamentos e/ou procedimentos cirúrgicos podem ser indicados (4).

## INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Paciente masculino, 67 anos, com sobrepeso, portador de hipertensão arterial sistêmica. Em uso de Losartana, Finasterida e Doxazosina. Relata apendicectomia prévia. Sem histórico de alergias. Nega tabagismo e etilismo.

## ACHADOS CLÍNICOS

Vem em consulta de acompanhamento no ambulatório de urologia por queixa de jato urinário fraco e noctúria acentuada. Relata quadro prévio há 9 meses de hematúria macroscópica associada a dor em hipogástrio de leve intensidade, a qual teve melhora após passagem de sonda vesical de alívio.

Ao toque retal, apresentou uma próstata muito aumentada, de consistência fibroelástica e sem nódulos.

## CRONOLOGIA

No dia 08/08/2023, o paciente retornou ao ambulatório com ultrassonografia transabdominal da próstata, tomografia abdominal e exames laboratoriais. Ao final da consulta, foi solicitada urofluxometria. O diagnóstico de HPB foi confirmado através da ultrassonografia das vias urinárias e urofluxometria para investigação dos sintomas. Do momento do resultado dos exames até a realização da cirurgia, 3 meses e meio se passaram.

## AValiação DIAGNÓSTICA

A análise por ultrassonografia das vias urinárias revelou uma próstata medindo 11,8 x 8,4 x 8,6cm e pesando aproximadamente 449g, exibindo ecotextura heterogênea, volume vesical pré-miccional de 228ml e um resíduo de 46ml após a micção. Bexiga com paredes espessadas e trabeculadas (Figura 1). Os exames laboratoriais mostraram um PSA total de 6,76 ng/ml e PSA livre de 2,46 ng/ml, com relação de PSA livre/ PSA total de 36%, compatível com hiperplasia prostática benigna. Já nos resultados da urofluxometria, o paciente urinou 155ml, com um fluxo máximo (Qmax) de 11ml/s. A curva apresentou-se longa e achatada, com um resíduo pós-miccional de 350ml (Figura 2).

Figura 1: Ultrassonografia da próstata com mass de aproximadamente 449g.

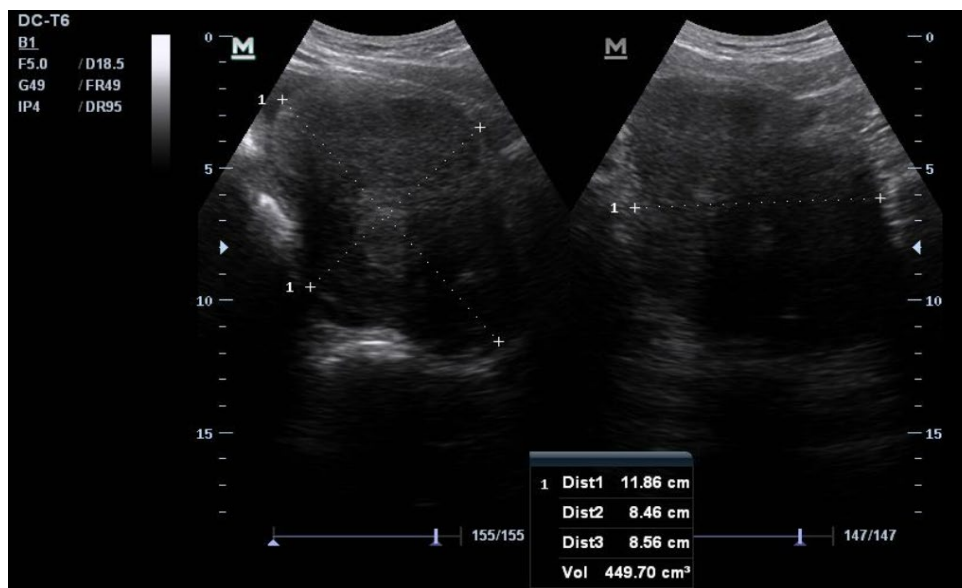
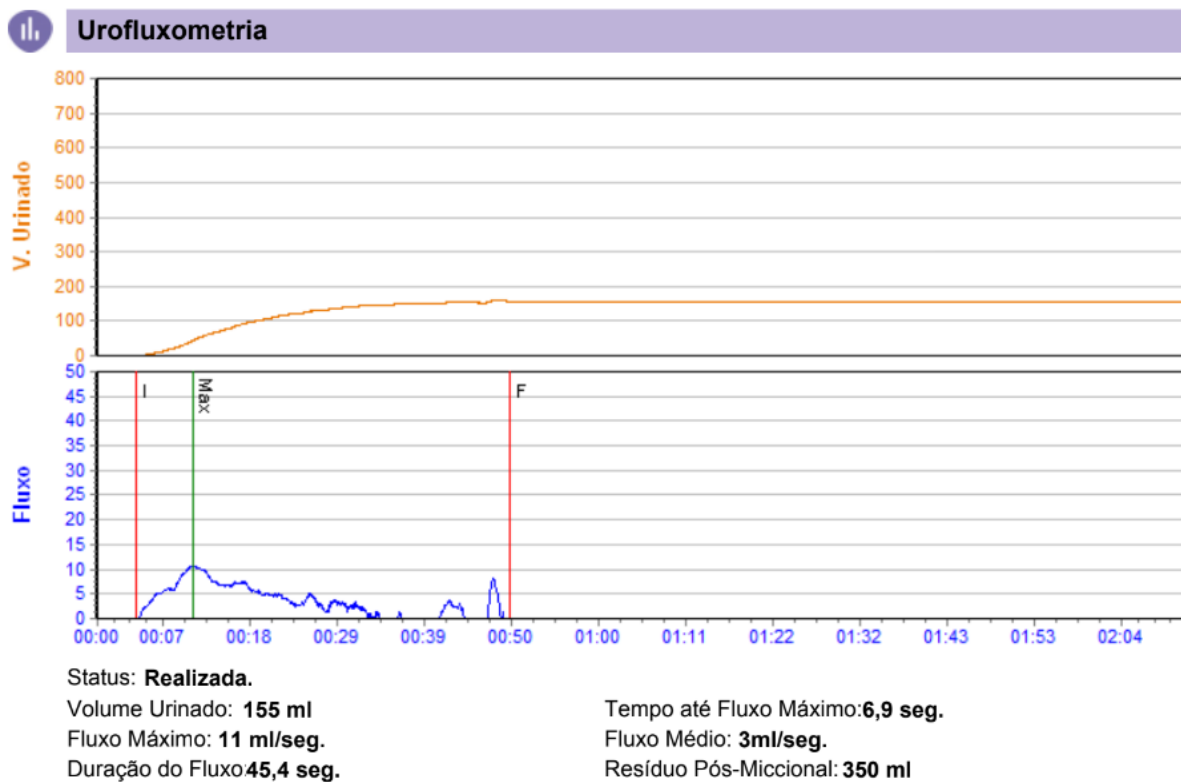


Figura 2: urofluxometria com padrão sugestivo de obstrução infravesical por hiperplasia prostática benigna.



## INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Foi optado pela realização de prostatectomia transvesical videolaparoscópica com acesso extraperitoneal. O ato cirúrgico não teve intercorrências e o tempo de duração foi de aproximadamente 3h30min (Figura 3 e 4).

## ACOMPANHAMENTO E DESFECHOS

O paciente apresentou boa evolução e recebeu alta no segundo dia de pós-operatório (PO), com orientação de retornar ao ambulatório de urologia após duas semanas para retirada de sonda vesical de demora (SVD) e acompanhamento.

Em consulta de retorno no 15º PO, foi retirada SVD e orientado o retorno após 02 semanas para avaliação do padrão urinário. No segundo retorno, o paciente relatou um aumento importante do fluxo urinário, redução da noctúria e discreta incontinência urinária.

Atualmente, o paciente não relata novos desconfortos e está em acompanha-

mento regular no ambulatório especializado. Refere também ausência da queixa de incontinência urinária, a qual apresentou após a retirada da SVD.

## DISCUSSÃO

A HPB é uma condição de alta prevalência na população. A quantidade de homens com HPB aumenta progressivamente a cada ano de vida analisado, alcançando 50% entre a faixa etária de 51 a 60 anos (1). O tamanho normal da próstata é de aproximadamente 20g, sendo a média entre 18-20 anos (1).

A patofisiologia é um aspecto que diversos cirurgiões-cientistas se debruçam para tentar compreender melhor, com alguns fatores já descritos. A genética contribui para o aumento do risco do surgimento de HPB de diversas formas, seja na magnitude da perda do cromossomo Y até polimorfismo de nucleotídeo único (SNP). Estão correlacionados com a incidência, agressividade (nível de IPSS) e volume da HPB, respectivamente – variantes genéti-

Figura 3: Posicionamento dos trocateres em linha infraumbilical.

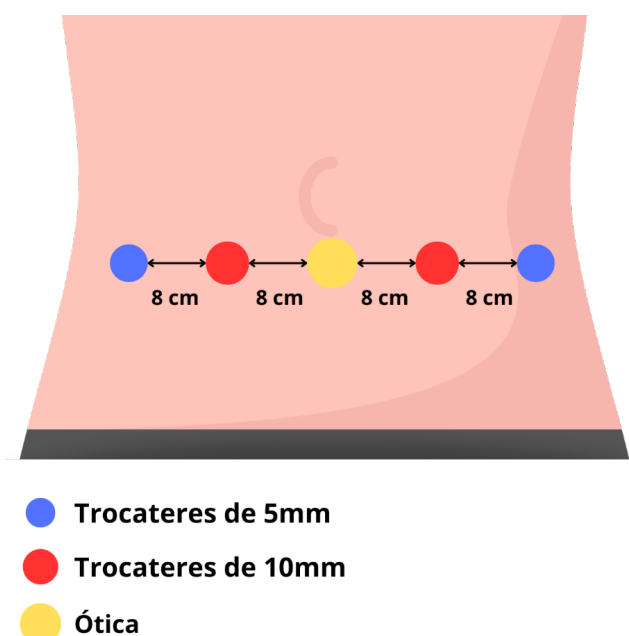


Figura 4: próstata de aproximadamente 449 g.



cas de enzimas (5 $\alpha$ -redutase tipo II); genes relacionados ao câncer de próstata (IRX4, ITGA5 e RFX6) e síndromes metabólicas (4).

Além dos pontos já abordados, podemos destacar o papel dos andrógenos. A via de sinalização através de receptores androgênicos estimula o funcionamento da enzima 5 $\alpha$ -redutase, responsável pela conversão de testosterona em di-hidrotestosterona (DHT). A DHT se liga aos receptores com afinidade 10 vezes maior do que a testosterona, tornando a enzima um foco terapêutico. Já os estrógenos, por sua vez, apesar de normalmente serem relacionados a efeitos contrários aos dos andrógenos, foram aventados como importantes na patofisiologia. Contudo, até o momento, modulações terapêuticas desses hormônios não renderam resultados clínicos significativos (4).

Em relação a outros fatores de risco, há maior incidência de HPB em pacientes diabéticos. Isso se dá pela resistência à insulina e estados de hiperinsulinemia. O efeito da insulina é mediado por IGF-1, com alta expressão de receptores no estroma prostático. Todavia, ainda faltam estudos clínicos com o objetivo de tornar essa relação um alvo de terapia. Também no estroma da

próstata, a presença de inflamação crônica em biópsias foi um aspecto interessante de estudo. Os linfócitos predominantes em tecidos derivados da HPB foram T CD4 e T CD3, diferentemente de uma maioria de T CD8 em tecidos não oriundos de HPB. Terapias anti-inflamatórias já foram testadas com redução significativa de IPSS, porém, ainda sem poder estatístico para generalizações (4).

Atualmente, o tratamento medicamentoso consiste na escolha ou combinação de alfa-bloqueadores, beta-3 agonistas, inibidores da fosfodiesterase 5, anticolinérgicos e inibidores da 5-alfa redutase (5). As opções cirúrgicas evoluíram solidamente e abrem grande leque de possibilidades, geralmente associadas a diferentes dimensões de próstata – <30g: prostatotomia; 30-80g: ressecção transuretral da próstata monopolar/bipolar (RTUp), UroLift e Rezum; 30-80g ou >80g: enucleação por laser de hólmio (HoLEP) ou túlio (ThuLEP); Apenas >80g: prostatectomia aberta, ou videolaparoscópica/assistida por robô (4).

Em relação ao caso apresentado, o procedimento escolhido para o tratamento do paciente foi a prostatectomia transvesical videolaparoscópica com acesso extraperitoneal, pois é a técnica padrão ouro utilizada em nosso serviço nas próstatas acima da 80g. Apesar do tamanho da próstata ser muito acentuado (449g), a cirurgia e o pós operatório não apresentaram intercorrências.

## PERSPECTIVA DO PACIENTE

O paciente expressou sua satisfação com o resultado do procedimento, além de demonstrar gratidão aos profissionais de saúde pelo trabalho desempenhado para melhorar a sua qualidade de vida.

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Assinado pelo paciente.

## CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum declarado.

## REFERÊNCIAS

1. Devlin CM, Simms MS, Maitland NJ. Benign prostatic hyperplasia - what do we know? *BJU Int* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2023 Dec 7];127(4):389–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32893964/>
2. Partin AW, Dmochowski RR, Kavoussi LR, Peters CA. *Campbell-Walsh-Wein Urology*. 12th ed. Elsevier Inc.; 2021.
3. Lerner LB, Mcvary KT, Barry MJ, Bixler BR, Dahm P, Das AK, et al. Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA GUIDELINE PART I—Initial Work-up and Medical Management. *J Urol* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2023 Dec 9];206(4):806–17. Available from: <https://www.auajournals.org/doi/10.1097/JU.0000000000002183>
4. Miernik A, Gratzke C. Current Treatment for Benign Prostatic Hyperplasia. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 10];117(49):843. Available from: [/pmc/articles/PMC8021971/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32893964/)
5. Plochocki A, King B. Medical Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia. *Urol Clin North Am*. 2022 May 1;49(2):231–8.

## AUTOR CORRESPONDENTE

**Dr. Christiano Machado Filho**

*Faculdade de Medicina da Pontifícia  
Universidade Católica do Paraná. PR, Brasil  
Endereço: Rua Padre Agostinho, 2463  
Curitiba, PR, Brasil  
Telefone: (41) 99272-2212  
E-mail: brchris01@gmail.com*

**Submissão em:**

06/2024

**Aceito para publicação em:**

11/2024