

HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

Orientações e Recomendações na Prática Clínica Urológica

M. MENDES SILVA, RUI C. SOUSA
Serviço de Urologia. Hospital Militar Principal. Lisboa.

RESUMO

Os autores fazem uma revisão da clínica, dos meios de diagnóstico e das atitudes terapêuticas em relação com a patologia Hiperplasia Benigna da Próstata, dando orientações e fazendo recomendações de atitudes práticas a tomar pelos médicos generalistas, e de quando e como enviar os doentes com esta patologia aos urologistas. Assim, segundo critérios definidos neste trabalho, são de enviar ao urologista os doentes com sintomatologia importante ou grave, idade inferior a 50 anos, diabetes ou antecedentes ou alterações neurológicas, micção francamente anormal, globo vesical, toque rectal com palpação prostática suspeita de malignidade, hematúria, infecção, insuficiência renal, ou PSA superior a 4 ng/ml para idades inferiores a 70 anos.

SUMMARY

Benign Prostatic Hyperplasia

After reviewing the clinical, diagnostic and therapeutic attitudes related to Benign Prostatic Hyperplasia, the authors present guidelines for generalists in what concerns practical attitudes and when and how to refer their patients to the urologist. Based on the criteria presented, generalists must refer their patients to a urologist in the presence of mild or severe symptoms, ages below 50, diabetes or neurological perturbations, dysfunctional voiding, palpable bladder, palpable nodule or a diffusely hardened or asymmetric gland revealed by digital rectal examination, haematuria, urinary tract infection, renal impairment or PSA above 4 ng/ml in patients under 70 years of age.

O QUE É A PRÓSTATA E QUAL A SUA FUNÇÃO

A próstata é uma glândula que faz parte do sistema de reprodução masculino. Está localizada à frente do recto e imediatamente por debaixo da bexiga. Possui, no adulto jovem, a configuração e o tamanho de uma castanha ou uma noz, tendo cerca de 20 centímetros cúbicos (c.c.)/gramas (gr.) de volume / peso.

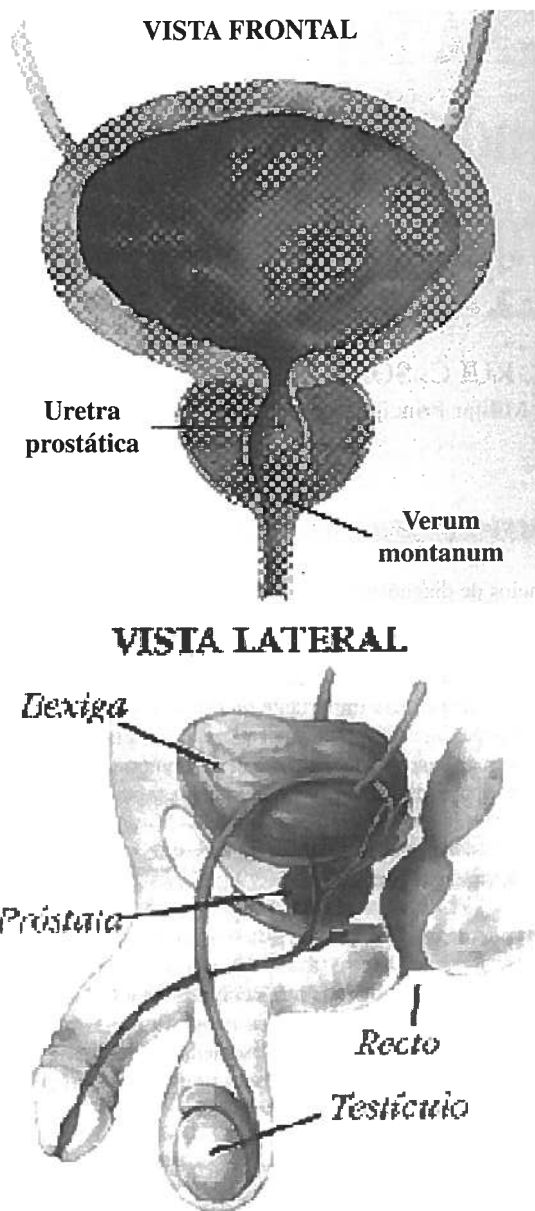
O tecido prostático envolve a uretra inicial como um pneu envolve a sua jante. Os canais ejaculadores – os quais continuam os canais deferentes vindos dos testículos após a junção das vesículas seminais - atravessam a próstata, dela recebendo as terminações das suas glândulas, e vão

terminar na zona denominada *veru montanum*.

Na próstata situa-se, pois, o entroncamento da via seminal com a via urinária. Ela é composta predominantemente por tecido glandular e fibro-muscular. A sua função principal é a secreção de elementos componentes do sêmen (ejaculado) e a sua propulsão para a uretra aquando do orgasmo, para constituir a ejaculação.

O QUE É, E QUANDO SURGE A HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA-HBP ?

A partir dos 30 anos, e na presença de níveis normais da hormona masculina testosterona, a área peri-uretral da

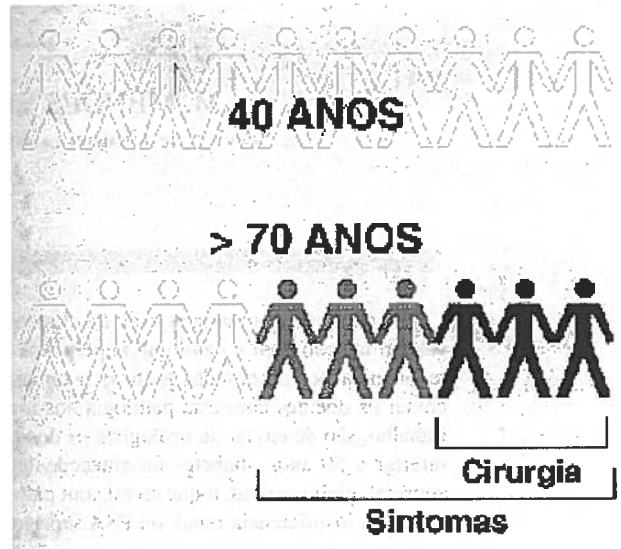


próstata sofre, por causas ainda desconhecidas mas ligadas a factores hormonais, um crescimento - hipertrofia - com a formação de nódulos constituídos por tecido glandular e fibro-muscular que constituem a base histológica da HBP - hiperplasia -. Este processo não é igual e simultâneo em todos os homens. Cerca de 20 por cento dos homens de 40 anos, 50% dos de 60 anos e 90% dos de mais de 80 anos, apresentam evidência histológica de HBP, o que contudo não significa que todos eles tenham a próstata aumentada, nomeadamente à palpação rectal, ou que tenham sintomas atribuíveis à presença de HBP.

O desenvolvimento de HBP vai progressivamente dificultar o normal esvaziamento da bexiga, o qual, geralmente a partir dos 50 anos pode ter tradução clínica. Só cerca de 50% dos homens com evidência histológica de

HBP é que têm sintomas, e destes só cerca de metade é que necessitarão, durante as suas vidas, de tratamento agressivo, nomeadamente cirúrgico.

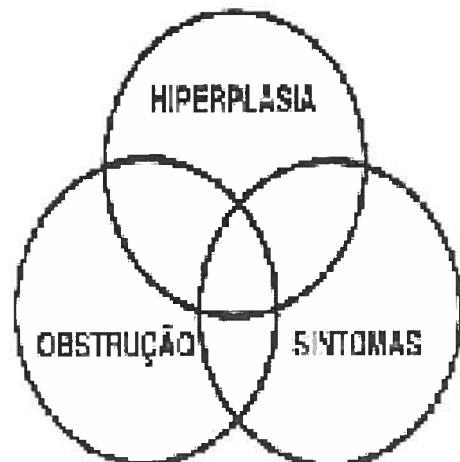
Em números redondos, em termos de história natural da HBP, de cada dez homens de 40 anos que irão viver para além dos 70, seis irão sofrer sintomas e três irão ser submetidos a terapêutica agressiva, nomeadamente cirurgia.



A HBP é uma doença independente do cancro e nunca se transforma em cancro, embora ambas as doenças possam coexistir. A HBP desenvolve-se principalmente na área periuretral e central da próstata, enquanto o cancro prefere a zona periférica. Embora independentes, ambas as doenças têm em comum o facto de terem uma base hormonal e de serem mais frequentes à medida que a idade vai aumentando.

SINTOMAS E SINAIS DA HBP - DIAGNÓSTICO

Embora a HBP possa existir, como se disse, sem manifestações clínicas, em muitos casos causa sintomatolo-



gia, a qual pode interferir gravemente com a qualidade de vida dos doentes. O tipo e a intensidade dos sintomas é independente do volume da HBP. Existe uma forte componente subjectiva, com uma variabilidade grande na apresentação e evolução dos sintomas, havendo períodos melhores e outros piores. A evolução da doença pode conduzir a obstrução urinária com a consequente descompensação vesical e suas complicações de resíduo/retenção, infecção e litíase, bem como a dilatação do alto aparelho urinário e insuficiência renal, causando morbidade importante e até mortalidade.

SINTOMAS DE HBP

Essencialmente existem dois grandes grupos de sintomas que se podem interpenetrar e associar :

Obstrutivos - condicionados pela diminuição do calibre da uretra prostática (componente mecânico) e pelo aumento do tónus do tecido muscular uretroprostático (componente dinâmico)

1. O *atraso no início da micção* e o esforço abdominal miccional, quer inicial quer total, isto é no decorrer do início ou de toda a micção.
2. As *alterações do jacto*, que pode ser fraco, pouco amplo e fino.
3. A *micção prolongada*, interrompida ou intermitente.
4. A *sensação de micção incompleta*, com a noção de esvaziamento vesical só parcial.
5. O *gotejamento terminal*, com emissão de algumas gotas no fim da micção ou imediatamente após esta, de explicação e significado ainda controverso e multifactorial.
6. A *retenção urinária, aguda ou crónica*. A retenção urinária crónica cursa com resíduo vesical pós-miccional constante e significativo, ou até, no seu estágio mais avançado, com dilatação e globo vesical e eventualmente incontinência por regurgitação, com perdas urinárias involuntárias com a bexiga repleta.

Irritativos - resultantes do aumento do tónus e da actividade contráctil do músculo vesical (detrusor) que a presença da HBP condiciona, por mecanismos de compensação e outros ainda não totalmente esclarecidos.

1. A *poliquiúria* ou aumento da frequência urinária, quer diurna (mais de 7-8 micções por dia, com volumes inferiores a 200 cc), quer nocturna - noctúria (mais de 1 micção que interrompa o sono durante a noite). Deverá distinguir-se a noctúria de nictúria, pois neste caso existem várias micções de noite mas cada uma delas de volume apreciável (mais de 300 cc), com inversão do ritmo miccional diurno/nocturno. Esta situação tem causas cardiovasculares e metabólicas independentes do baixo

aparelho urinário.

2. A *imperiosidade miccional* ou *urgência*, que nos casos mais extremos pode levar à *incontinência urinária por imperiosidade*, em que existem perdas involuntárias por não ser possível reter o desejo miccional.
3. A *incontinência urinária sem imperiosidade*, que pode revestir várias formas, sendo uma delas já atrás referida como incontinência por regurgitação.
4. A *dor* e/ou o *ardor miccional*, que a maioria das vezes se devem não propriamente à presença de HBP, mas a alguma das suas complicações nomeadamente a infecção.

Outros - Poderão existir outros sintomas como a *hematúria* (sangue na urina), *dores* não miccionais, *obstipação*, *disfunção sexual*, *sintomas de infecção* e *sintomas de insuficiência renal*.

A hematúria acompanha com alguma frequência a HBP, podendo ser inicial, terminal ou total e de intensidade variável. Contudo, a sua presença obriga ao despiste de outras patologias urinárias, nomeadamente neoplasias vesicais e renais, antes de estabelecer o diagnóstico definitivo de HBP.

As dores não miccionais podem ser hipogástricas, pélvicas ou perineais, e devem-se à congestão e tensão da cápsula prostática ou a complicações como a infecção ou o enfarte da próstata. Existem contudo outras patologias, nomeadamente ano-rectais e estados psicossomáticos, que poderão originar este tipo de dores.

Quadro 1 - Sintomas provocados por HBP

Obstrutivos	<ul style="list-style-type: none"> • Atraso no início da micção • Esforço abdominal miccional • Jacto fraco, pouco amplo, fino • Micção prolongada, interrompida ou intermitente • Sensação de micção incompleta • Gotejamento terminal • Retenção urinária (aguda, crónica)
Irritativos	<ul style="list-style-type: none"> • Poliquiúria, noctúria • Imperiosidade miccional, incontinência por imperiosidade • Incontinência sem imperiosidade • Dor / ardor miccional
Outros	<ul style="list-style-type: none"> • Hematúria • Dores não miccionais • Obstipação • Disfunção sexual • Sintomas de infecção • Sintomas de insuficiência renal

A disfunção sexual é frequentemente atribuída à HBP. Contudo, as modificações da libido e da potência sexual só excepcionalmente podem ser atribuídas à presença da HBP; alguns casos de hemospemia (sangue no esperma), dor à ejaculação e alterações da ejaculação podem todavia ser causados por esta patologia.

É importante ter presente que existem situações em que actividade contráctil do detrusor está alterada, e que se manifestam por sintomas urinários semelhantes aos causados pela HBP. Estão neste caso algumas doenças neurológicas, nomeadamente resultantes de acidentes vasculares cerebrais e aterosclerose cerebral, demência e doença de Parkinson, frequentes em idades avançadas, a diabetes e algumas doenças da bexiga, nomeadamente inflamações ou tumores. O mesmo pode

acontecer após traumatismos, infecções ou cirurgia pélvica, e durante o tratamento com fármacos com efeitos potencialmente depressores do detrusor ou constritores da uretra, nomeadamente anticolinérgicos, (descongestionantes nasais, broncodilatadores, etc) e antidepressivos.

O carcinoma da próstata e a prostatite crónica podem também ter sintomatologia semelhante à HBP. As manifestações clínicas da HBP são muito raras antes dos 50 anos; quando surgem, devem procurar-se outras causas de obstrução urinária, nomeadamente a estenose (aperto) da uretra e a disfunção do colo vesical.

Uma história médica geral e uma definição do estado geral de saúde e qualidade de vida destes doentes, são factores importantes na discussão das atitudes a tomar.

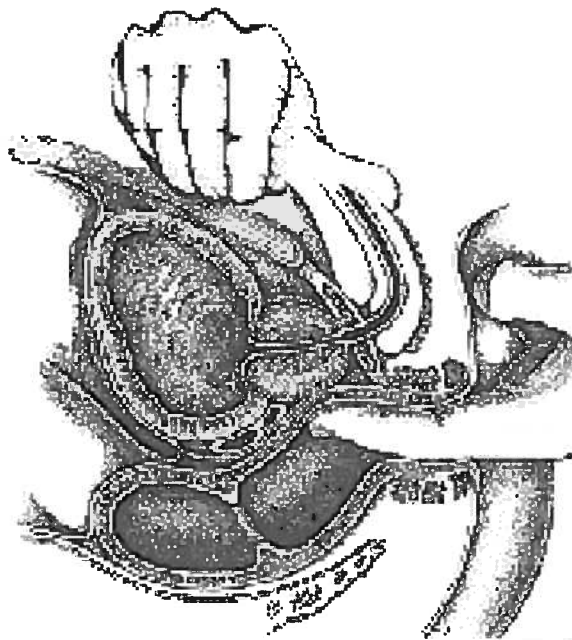
Quadro II - Score sintomático internacional para a próstata - (I-PSS)

	Nunca	Menos de 1 x em 5	Menos de metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais de metade das vezes	Quase sempre	
1 - Com que frequência teve, no último mês, a sensação de não ter esvaziado completamente a bexiga após uma micção?	0	1	2	3	4	5	
2 - Com que frequência sentiu, no último mês, necessidade de urinar num período inferior a 2 horas após a última micção?	0	1	2	3	4	5	
3 - Com que frequência notou, no último mês, que interrompeu e reiniciou várias vezes uma micção	0	1	2	3	4	5	
4 - Com que frequência notou, no último mês, dificuldade em adiar uma micção?	0	1	2	3	4	5	
5 - Com que frequência notou, no último mês, um jacto urinário fraco?	0	1	2	3	4	5	
6 - Com que frequência teve, no último mês dificuldade em iniciar a micção	0	1	2	3	4	5	
	Nunca	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes ou mais	
7 - Com que frequência teve, no último mês, de se levantar para urinar durante o período de repouso nocturno?	0	1	2	3	4	5	
<i>Score total I-PSS: S</i>							
QUALIDADE DE VIDA CONDICIONADA POR SINTOMAS URINÁRIOS							
	Muito Agradável	Satisfeito	Geralmente Satisfeito	Algumas vezes satisfeito noutras insatisfeito	Pouco Satisfeito	Infeliz	Terrivelmente Infeliz
1 - Como se sentiria se tivesse de passar o resto da vida com o seu problema urinário tal como se encontra agora?	0	1	2	3	4	5	6
<i>Índice de avaliação da qualidade de vida</i>							

Os sintomas relacionados com a HBP podem ter graus variáveis de intensidade pelo que é importante a sua quantificação. Existem vários questionários e tabelas que permitem a quantificação destes sintomas e o estabelecimento de uma pontuação - *score* que pode ser útil na apreciação inicial destes doentes e sobretudo no seu controlo evolutivo e avaliação da eficácia da terapêutica, para além da sua importância em protocolos de investigação. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde definiu em 1991 um sistema de *score* internacional (I-PSS International Prostate Score System) para avaliação dos sintomas e da qualidade de vida dos doentes com HBP.

EXAME FÍSICO DO DOENTE COM HBP

O *toque rectal* é fundamental. Através dele aprecia-se o volume prostático, a superfície, os limites, a mobilidade e a consistência da glândula, assim como a sua sensibilidade. A HBP confere à próstata uma consistência elástica, uma superfície regular e não é dolorosa, embora possa ser sensível ao toque. A eventual presença de nódulos, endurecimentos, irregularidades ou pontos dolorosos, deve fazer suspeitar de outras patologias benignas ou malignas, nomeadamente prostatite ou cancro, a confirmar por outros meios, analíticos, imagiológicos e cito-histológicos, por biópsia.



O exame físico do doente com HBP deve sempre incluir a *palpação abdominal*, para despiste de massas abdominais, lombares e sobretudo de globo vesical (a palpação bimanual aquando do toque rectal é aconselhável) e também um *exame neuro-urológico* sumário,

no qual se determina, nomeadamente, a tonicidade do esfíncter anal a a sensibilidade peri-anal.

A *observação da micção* é muito importante, pois dá indicações preciosas sobre as suas características, embora essas indicações não sejam absolutas, por factores de inibição psicológica.

EXAMES COMPLEMENTARES A REALIZAR NO DOENTE COM HBP

Os exames complementares básicos recomendados destinam-se, não a diagnosticar a HBP, mas sim a definir, tão correctamente quanto possível, as repercussões que podem existir sobre o aparelho urinário e as complicações que podem advir da obstrução urinária condicionada pela HBP. Para melhor definição das indicações terapêuticas, para controlo evolutivo e para estudos científicos, haverá eventualmente, que realizar outros exames complementares, assim como para o diagnóstico diferencial com outras situações, mas as indicações e a realização desses exames pertence à área especializada.

Os exames complementares básicos recomendados para a realização em clínica geral são os seguintes:

1. *análise de urina* para observação do sedimento urinário e estudo bacteriológico
2. *análise de sangue* para doseamento da creatinina sérica e do antigénio específico da próstata (PSA), este em indivíduos de menos de 70 anos (excepto quando haja suspeita clínica de cancro).
3. *ecografia renal e vesical pré e pós miccional* e prostática suprapúbica, também de realização facultativa, embora aconselhável.

Quadro III - Exames complementares básicos recomendados

- Análise de urina
 - Sedimento urinário
 - Estudo bacteriológico
- Análise de sangue
 - Creatinina
 - PSA (< 70 anos)
- Ecografia - (facultativa)
 - Renal
 - Vesical (pré e pós miccional)
 - Prostática (supra-púbica)

As análises de urina e sangue despistam e definem eventuais situações de hematúria, infecção urinária ou insuficiência renal; o PSA pode estar discretamente aumentado na HBP, mas para valores superiores a 10 ng/ml, se não existir infecção associada, é obrigatório o despiste de cancro da próstata. Entre 4 - 10 ng/ml o caso

deve ser avaliado e ponderado conforme as situações clínicas.

A ecografia protática supra-pública dá informações relativas ao volume e morfologia da próstata, incluindo a sua prociência intravesical, as quais são as que interessam nestas situações. De facto, esta via ecográfica só dá informações grosseiras quanto à textura e fina definição da próstata, mas estas são pouco significativas neste contexto de HBP sem suspeita de cancro. A ecografia vesical pré e pós-miccional, e renal têm uma importância relevante, pois permitem avaliar a eventual repercussão da obstrução sobre o aparelho urinário, ao despistar, definir e quantificar o resíduo pós-miccional, a espessura do detrusor, a existência de divertículos ou cálculos vesicais, a dilatação, nomeadamente do alto aparelho, e a eventual presença de patologia incidental génito urinária, nomeadamente neoplasias.

Outros exames complementares a realizar eventualmente pelo especialista incluem a urofluxometria - gráfico miccional, os exames urodinâmicos, como a curva de pressão-fluxo, os exames imagiológicos, como a ecografia intracavitária prostática transrectal com ou sem biópsia ecodirigida, a urografia endovenosa ou a uretrocistografia, e os exames endoscópicos.

QUANDO PEDIR A AVALIAÇÃO DO DOENTE COM HBP PELO UROLOGISTA?

Depois de completado o estudo básico do doente com HBP, o médico deverá ponderar a atitude a tomar, com vista a uma orientação terapêutica.

Esta nunca deve ser iniciada antes de uma observação do doente pelo urologista, se o estudo efectuado mostrar:

1. Sintomatologia importante ou grave: I-PSS com S superior a 15-20 e L superior a três; exemplos de sintomatologia grave são a incontinência por regurgitação ou por imperiosidade, a retenção urinária, a hematúria, os sintomas de infecção ou insuficiência renal;
2. Alterações neurológicas, diabetes, patologia pélvica anterior ou toma habitual de fármacos depressores do detrusor ou constritores da uretra;
3. Idade inferior a 50 anos;
4. Toque rectal sugestivo de cancro da próstata (nódulo, irregularidade ou dureza), globo vesical palpável, observação da micção francamente anormal (no seu volume, duração, continuidade e jacto), esfíncter anal atónico, ou insensibilidade perianal, ou alterações do exame neurológico sumário;
5. Infecção urinária, hematúria, insuficiência renal ou PSA superior a 4ng/ml
6. Dilatação do aparelho urinário superior, divertículo

vesical, litíase vesical, resíduo pós-miccional significativo, prociência intravesical significativa da próstata, nódulo prostático periférico ou patologia do aparelho urinário não directamente relacionada com HBP que justifique a observação pelo urologista.

INDICAÇÕES PARA TERAPÊUTICA E FORMAS DE TERAPÊUTICA DA HBP

A atitude a tomar perante um doente com HBP depende de múltiplos factores, incluindo a gravidade dos sintomas e da obstrução urinária e as complicações existentes, a idade, o estado geral, as doenças coexistentes e a qualidade de vida, bem como o risco/benefício das várias alternativas.

A atitude a tomar deverá ser sempre discutida com o doente, e explicadas as suas vantagens, inconvenientes e riscos e as suas alternativas. Devendo ser adaptada à situação clínica concreta, caberá ao médico urologista, aplicando os seus conhecimentos, experiência e bom senso, pôr as indicações absolutas e relativas das várias formas de terapêutica e o seu tempo oportuno, em estreita colaboração com o clínico geral, quer na fase pré-terapêutica, quer, depois de tomada uma decisão, no controlo da situação clínica e na avaliação de eventuais complicações.

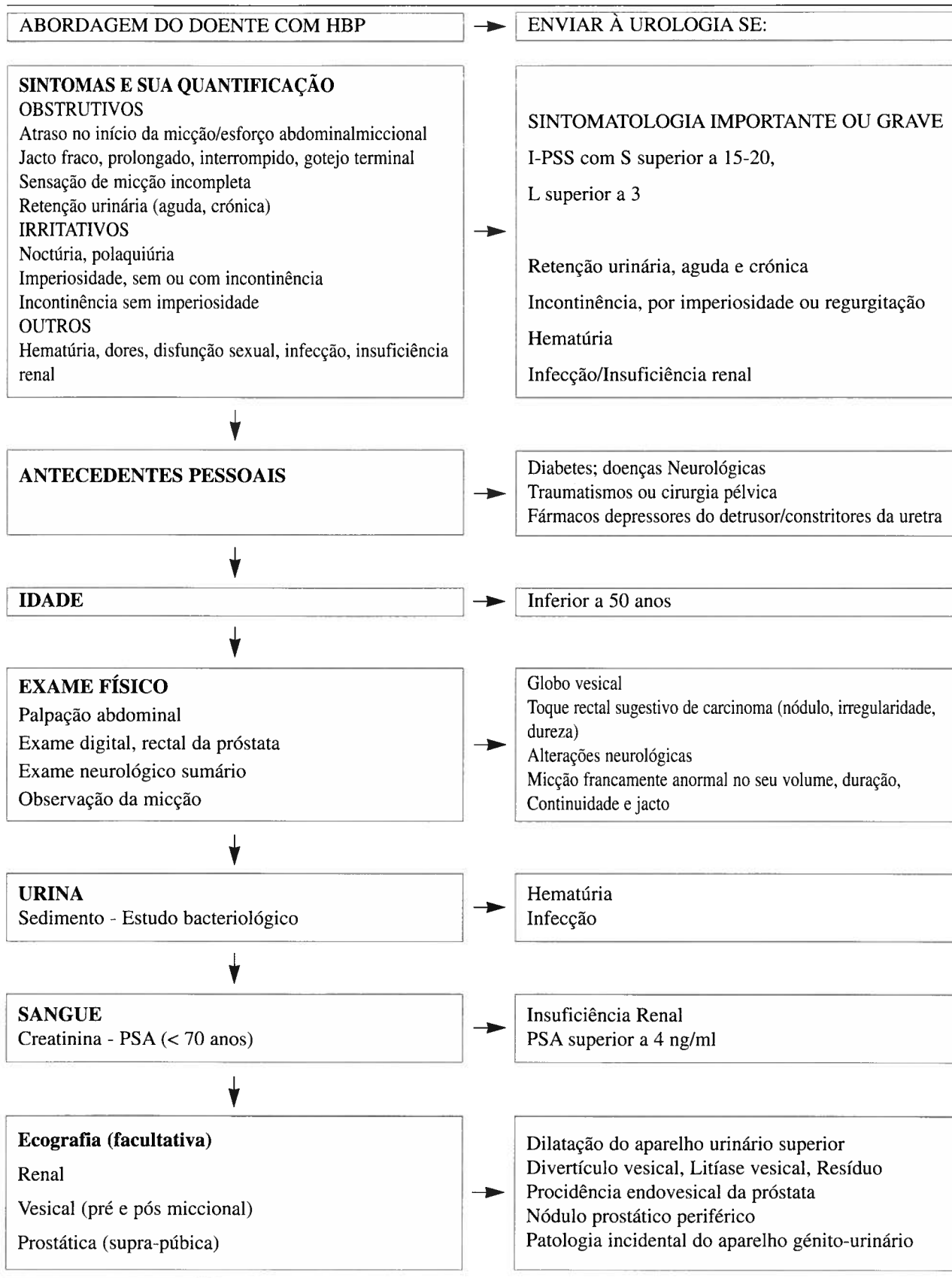
A atitude poderá ser só de vigilância/expectativa e controlo periódico, juntamente com medidas gerais para evitar a congestão pélvica, se a sintomatologia é ligeira ou moderada (I-PSS < 8-10) e se a obstrução urinária é mínima, bem compensada e não existem complicações, ou se a idade, o estado geral, as doenças coexistentes e a qualidade de vida não justificam os riscos de uma terapêutica ou tornam duvidoso o seu benefício. As medidas gerais para evitar a congestão pélvica incluem o evitar as viagens prolongadas e o estar muito tempo sentado, o evitar contrariar o esvaziamento vesical, o evitar alterações do trânsito intestinal, nomeadamente a obstipação, o evitar abusos sexuais e abusos de determinadas comidas e bebidas, como as especiarias e outros condimentos, o café e o álcool.

Ao enveredar por esta atitude, há que consciencializar que o controlo periódico é fundamental, para evitar as consequências progressivas da obstrução e as suas complicações, definindo a melhor oportunidade para uma terapêutica mais agressiva, quando esta venha a ser necessária.

A terapêutica medicamentosa inclui:

1. A fitoterapia, (terapêutica com extratos vegetais) de eficácia controversa e algo empírica, mas que poderá auxiliar a descongestão pélvica, sem ter efeitos cola-

Quadro IV - Protocolo de atitude diagnóstica em Clínica Geral



terais;

2. Os medicamentos bloqueantes dos receptores α -adrenérgicos, mais ou menos uroselectivos, que relaxam a musculatura do estroma prostático e do colo vesical e uretra proximal, com efeitos e benefícios a curto prazo (3-5 dias) nos casos com forte componente dinâmico.

3. Os inibidores da 5- α -redutase, que bloqueiam a transformação da hormona masculina testosterona em dihidrotestosterona na próstata, e assim diminuem parcialmente o volume dos componentes estromal e epitelial-glândular da próstata aumentada, com resultados a médio/longo prazo (3-6 meses) nos casos em que aqueles componentes estão significativamente hipertrofiados.

Deve ter-se presente que o doente tratado medicamente deverá efectuar a terapêutica em permanência (pois a sua suspensão fará regredir a situação) e deverá ser subjectiva e objectivamente controlado pois poderá desenvolver, para além das complicações eventuais inerentes a cada forma de tratamento, complicações importantes decorrentes da obstrução urinária, mas agora com um quadro sintomático menos exuberante.

Realça-se que o doente sujeito a tratamento médico da HBP continua com a possibilidade de desenvolver cancro da próstata, dado que são patologias distintas, mas que podem coexistir.

A terapêutica instrumental, minimamente invasiva, inclui:

1. A hipertermia (temperatura < 45 graus centígrados) e a termoterapia (temperatura > 45 graus centígrados), com emissão de *microondas* para o tecido prostático, por via intrauretral ou transrectal, com resultados terapêuticos algumas vezes razoáveis a curto prazo, mas duvidosos ou inúteis a médio-longo prazo.

2. A ablação transuretral por radiofrequência (TUNA), com resultados ainda em fase de análise comparativa, podendo ser útil em casos seleccionados.

3. O tratamento com Laser, quer por contacto por via transuretral com controle ecográfico (TULIP), ou por via endoscópica (VLAP), quer intersticial por via endoscópica transrectal ou percutânea (ILC). Os benefícios traduzem-se por menor perda de sangue e internamentos curtos. Não está isento de complicações e a sua eficácia carece ainda de avaliação comparativa com o tratamento cirúrgico convencional.

4. O tratamento extra-corporal por ultrasons focalizados ou piezoeléctrico, ainda em fase de investigação.

5. A dilatação da uretra prostática com balão, de efeitos

por vezes encorajadores a muito curto prazo, mas com maus resultados a médio e longo prazo.

6. Os dispositivos intrauretrais, próteses colocadas na uretra prostática, com resultados controversos embora razoáveis nalgumas situações, mas com alta taxa de complicações e implicando vigilância apertada.

7. A algaliação permanente, solução de último recurso pelo seu incómodo e alta taxa de complicações, mas que, por vezes, ainda mantém as suas indicações.

Muitas destas formas de terapêutica podem ser efectuadas sem qualquer anestesia ou só com anestesia local, mas algumas delas exigem anestesia regional ou geral.

A cirurgia inclui:

1. a ressecção transuretral da próstata (RTU-P), a electrovaporização da próstata (TUVP) e a incisão transuretral da próstata (ITUP), formas de ressecar (remover), vaporizar ou incisar (cortar) o tecido prostático hipertrofiado, por via endoscópica, através da uretra, com correntes electrodiatérmicas;

2. A prostatectomia, em que é excisado (removido) o tecido hipertrofiado por via aberta, habitualmente através do abdómen por via supra ou retro-púbica, quando a próstata é muito volumosa.

Em todas estas modalidades cirúrgicas é o tecido hipertrofiado que é removido, mantendo-se a próstata periférica e a cápsula prostática, (onde poderá desenvolver-se um cancro da próstata), cuja excisão levanta outros problemas e condiciona outras complicações, motivo pelo qual a prostatectomia total radical só é efectuada em casos de carcinoma localizado.

A cirurgia, nos tempos actuais, é efectuada com elevada taxa de segurança e baixa taxa de complicações, se as indicações e o seu *timing* forem correctamente avaliadas e se o cirurgião for experiente nas respectivas técnicas. Existem várias formas de anestesia geral ou regional, neste caso podendo o doente estar acordado e até acompanhar a intervenção. As terapêuticas cirúrgicas são, de longe, as formas terapêuticas mais testadas a curto e a longo prazo, havendo resultados perfeitamente estabelecidos a longa distância, com excepção da electrovaporização da próstata que é de utilização recente.

A mortalidade operatória é hoje pequeníssima, quase insignificante (< que 0,5 a 1%) e as complicações imediatas, gerais ou locais, como a infecção e a hemorragia graves, são bastante raras. As complicações tardias mais frequentes, embora escassas, estão relacionadas com estenoses (apertos) da uretra ou da loca cirúrgica (5 a 15%), ou remoção incompleta/ recrescimento da HBP (2 a 5%), e têm actualmente solução simples, embora em alguns casos condicionando uma pequena reintervenção.

A incontinência urinária pode surgir, de forma parcial, após a cirurgia, mas é raríssima, embora possível, de forma total e definitiva.

Sob o ponto de vista sexual, a ejaculação retrógrada acontece com alguma frequência no pós-operatório (cerca de metade a dois terços dos casos), embora não

Quadro V - Terapêutica da HBP

-
- Vigilância médica / descongestão pélvica
 - Terapêutica medicamentosa
 - Fitoterapia (extratos vegetais)
 - α -bloqueante adrenérgicos
 - inibidores da 5-a reductase
 - Terapêutica instrumental
 - Hipertermia / termoterapia
 - Ablação por radiofrequência
 - Laser
 - Tratamento com ultrasons focalizados
 - Dilatação com balão
 - Dispositivos intrauretrais (próteses)
 - Algaliação
 - Cirurgia
 - RTU-P / ITUP / TUVV
 - Prostatectomia
-

seja prejudicial para além da impossibilidade de procriar. A potência sexual não é habitualmente afectada, apesar de cerca de 10%-20% de queixas em que é difícil estabelecer uma causa orgânica ou psicológica.

A cirurgia, na maioria dos casos, resolve ou alivia os sintomas, embora nem sempre assim aconteça, nomeadamente com os sintomas irritativos. Alguns aspectos que podem comprometer este resultado à distância, e que são independentes da desobstrução, como o estado do músculo vesical (detrusor), a coexistência de doença neurológica, e a eventual dilatação do aparelho urinário, deverão ser discutidos e esclarecidos com os doentes, previamente à cirurgia.

BIBLIOGRAFIA

1. SILVA M: Hiperplasia Benigna da Próstata. Ed Conselho Português para o Estudo da Próstata (CPEP), 1993
2. KIRBY R, MCCONNELL J, FITZPATRICK J, BOYLE P: Textbook of Benign Prostatic Hyperplasia. Ed ISIS, 1996
3. WALSH, RETIK, VAUGHAN, WEIN: Campbell's Urology. Ed SAUNDERS, 1998
4. KIRBY R, MCCONNELL J: Benign Prostatic Hyperplasia. Ed Health Press Fast Facts, 1997
5. 4 th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia, Paris, Ed S.C. I., 1997