

SINTOMAS DO APARELHO URINÁRIO BAIXO SUGERINDO OBSTRUÇÃO INFRAVESICAL

HELDER MONTEIRO

Serviço de Urologia. Hospital de Egas Moniz. Lisboa.

RESUMO

Perante sintomas e sinais do baixo aparelho urinário, como devem ser investigados os doentes?

Qual o valor da história clínica e exame físico?

Na prática clínica diárias quais os diagnósticos diferenciais e quais os elementos de diagnóstico a integrar num fluxograma de decisão?

SUMMARY

Lower Urinary Tract Symptoms Suggesting BPH or Bladder Outlet Obstruction.

How should patients be investigated when they have lower urinary tract symptoms suggesting BPH or bladder outlet obstruction?

How intensive should the clinical evaluation and the investigative process be?

The recommended diagnostic work-up is presented for daily clinical practice.

O complexo sintomático classicamente designado por *prostatismo* ou, na terminologia de Paul Abrams, *LUTS* (*Lower Urinary Tract Symptoms*)¹ é apenas uma parte de quatro conceitos interligados²: a hiperplasia anatómica da próstata (BPE), a presença de sinais e sintomas do baixo aparelho urinário (LUTS), a presença de obstrução urodinâmica (BOO) e a distunção ou falência do detrusor.

O conjunto de sinais e sintomas do baixo aparelho urinário deve correlacionar-se com dados da observação do doente, considerando na história clínica elementos relevantes como: a) história familiar de doenças da próstata (HBP ou carcinoma da próstata); b) doenças do foro genital ou urinário; c) traumatismos do aparelho urinário; d) cirurgia prévia do baixo aparelho urinário; e) função sexual; f) história medicamentosa, sobretudo medicamentos **com acção anticolinérgica** (por dimi-

nuiem a contractilidade vesical), **simpaticomiméticos** (por aumentarem a resistência da uretra) ou **relaxantes musculares**; g) doenças neurológicas (vg. Doença de Parkinson, AVC).

SINAIS E SINTOMAS DO TRACTO URINÁRIO INFERIOR

Dado que a maioria dos doentes procura o médico pela existência de sintomas ao contrário de uma pequena fracção, assintomáticos, com uropatia obstrutiva severa, eventualmente acompanhada de falência renal, impõe-se ao clínico conhecer o quadro de sinais e sintomas, o diagnóstico diferencial e a avaliação através de meios complementares.

Os sintomas do tracto urinário inferior (LUTS) têm falta de especificidade, provavelmente pelo facto de ocorrerem concurrentemente vários processos patológicos - a HBP (hiperplasia benigna da próstata), BPE

(aumento de volume da próstata)), BOO (barragem infravesical) e a instabilidade vesical que aumentam em prevalência com a idade³. A diminuição da actividade do detrusor e a desinervação autonómica também ocorrem como parte do processo de envelhecimento.

A definição mais aceite de obstrução é a demonstração de um **Q Max** baixo e uma pressão vesical elevada através de estudo pressão/fluxo (P/Q).

Quadro I - Sinais e Sintomas (Boyarsky)

OBSTRUTIVOS (DO ESVAZIAMENTO)	IRRITATIVOS (DO ARMAZENAMENTO)
• Diminuição da força do jacto urinário	• Noctúria
• Sensação de esvaziamento incompleto	• Polaquiúria diurna
• Dificuldade de iniciar a micção	• Disúria
• Interrupção do jacto (intermitente)	• Urgência. Urgência/Incontinência
• Gotejo terminal	• Incontinência
• Retenção, incontinência de regurgitação	
• Micção prolongada	

Os sintomas são heterogêneos, e mesmo o seu agrupamento em obstrutivos e irritativos pode considerar-se pouco rigoroso quando cotejados com outros elementos de investigação. Ocorrem sintomas obstrutivos nem sempre correlacionados com obstrução urodinâmica.

O **sintoma obstrutivo** cardinal é o **jacto fraco** que não sendo patognomónico de qualquer quadro concreto pode acompanhar a HBP e muitas outras situações obstrutivas.

A **micção prolongada** associa-se com frequência a um compasso de espera inicial (hesitancy dos autores anglo-saxónicos). O **gotejo terminal** tem uma patogénese ainda pouco esclarecida, devendo corresponder a uma fracção de urina retida na uretra bulbar no final da micção, ou a incapacidade de o detrusor manter um fluxo continuo. Por esta razão, este sintoma pode encontrar-se nos idosos qualquer que seja a causa de barragem infravesical. A **sensação de esvaziamento incompleto**, quando não acompanhada de aumento de resíduo pós-miccional, não é patognomónica, ocorrendo também em situações de índole irritativa.

A **retenção aguda** corresponde à súbita incapacidade de urinar, acompanhando um enorme desejo miccional e desconforto vesical. Na maioria dos casos, corresponde a uma fase avançada de descompensação vesical, podendo noutros ter uma aparição súbita, por vezes associada a factores emocionais, ou precipitada por ingestão de álcool ou de medicamentos como os de acção anticolinérgica, antihistaminicos, antidepressivos, tranquilizantes ou outros com efeito alfa-adrenérgico.

Os **sintomas irritativos** (da fase diastólica ou de armazenamento) mais comuns são o **aumento de fre-**

quência miccional nocturna e diurna, por vezes com efeitos muito incómodos, e constitui uma das principais causas de consulta urológica. Considera-se que na sua patogénese desempenha um papel importante a instabilidade do detrusor.

A **urgência miccional** consiste num súbito desejo de urinar, por vezes irreprimível, podendo dar lugar a perdas de urina de frequência e volume variáveis.

As **infecções urinárias** podem complicar a hipertrofia benigna da próstata, acompanhando-se de disúria e aumento de frequência miccional, ou numa pequena proporção de casos, de hematúria ou febre.

Alguns quadros clínicos de barragem infravesical podem conduzir a insuficiência renal sem tradução sintomática significativa. É o chamado *prostatismo silencioso* que ocorre num grupo de doentes oligosintomáticos, com curso insidioso conduzindo a retenção crónica com incontinência de regurgitação e urémia. A descompensação do detrusor acompanhada de alterações fibróticas da parede vesical conduz à aparição de uropatia obstrutiva com ureterohidronefrose e consequente falência renal progressiva. A **hematúria macroscópica** pode ocorrer como consequência de rupturas venosas prostáticas, devendo, no entanto, obrigar a um cuidadoso estudo com meios complementares como a ecografia da bexiga, próstata e rins, uretrocistoscopia e urografia de eliminação.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O quadro clínico de sinais e sintomas constantes da lista de Boyarsky carece de especificidade para a HBP ou qualquer outra patologia. Muitas situações clínicas envolvem sintomas similares justificando estratégias de diagnóstico e tratamento diversificadas.

Quadro II - Diagnóstico Diferencial

• HBP	• Instabilidade do detrusor
• Estenose da uretra	• Doenças Inflamatórias e infecciosas
• Valvas da uretra	- cistites bacterianas
• Contractura do colo vesical	- cistites não bacterianas
• Carcinoma da próstata	- prostatites
• Quistos dos canais de Müller	• Carcinoma da bexiga
• Falência da contração do detrusor	• Litíase vesical
- origem neurogénica	• Ureterocelo ectópico
- origem miogénica	• Polipos da uretra
- origem psicogénica	

Podem agrupar-se os diagnósticos diferenciais⁴ consoante ocorram com maior intensidade os sintomas obstrutivos ou os irritativos.

Qualquer doença que diminui o calibre do colo vesical

ou da uretra, funcional ou anatomicamente, produz preferencialmente sintomas obstrutivos e, numa percentagem menor, sintomas irritativos devido à resposta do detrusor.

As **estenoses da uretra** podem ocorrer como resultado de doenças sexualmente transmissíveis (uretrites), traumatismos ou instrumentação da uretra. A contractura do colo vesical ocorre fundamentalmente como consequência de cirurgia da próstata. Os homens com persistência ou agravamento de sintomas após cirurgia da próstata devem ser sujeitos a investigação através de uretrografia e/ou uretroscopia.

A **falência de contractilidade vesical** pode ser causada por uma obstrução de longa duração, por factores neurológicos ou miogénicos e pelo envelhecimento. Nestas situações o início da micção é difícil e o fluxo urinário tem pouca pressão, ainda que a resistência da uretra prostática seja normal. Os doentes com sintomas obstrutivos e doenças neurológicas concomitantes (ex. neuropatia diabética) devem ser sujeitos a estudos urodinâmicos, não bastando a obtenção de uma comum urofluxometria. Os estudos de pressão/fluxo permitem melhor apreciação da função vesical.

O **carcinoma da próstata** localmente avançado pode apresentar sintomas obstrutivos, sendo em regra facilmente detectado por toque rectal e determinação do antigénio específico da próstata (PSA).

Os **sintomas irritativos**, comuns nos homens com *prostatismo* podem também acompanhar outras situações neurológicas, infecciosas ou neoplásicas.

A **instabilidade do detrusor** ocorre como consequência de contracções não inibidas do detrusor durante a fase diastólica. A instabilidade não tem relação directa com o grau de obstrução e pode aparecer em situações não obstrutivas. Uma relação causal entre obstrução prostática e instabilidade vesical constitui ainda objecto de discussão.

ETIOLOGIAS DE SINTOMAS IRRITATIVOS

- HBP
- Carcinoma da bexiga, sobretudo CIS
- Instabilidade do detrusor
- Prostatites
- Corpo estranho na bexiga
- Cálculo do ureter terminal
- Infecção urinária

QUANTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS: SCORE INTERNACIONAL DE SINTOMAS PROSTÁTICOS (I-PSS)

A maioria dos doentes procura o médico pelo descon-

forto de alguns sintomas que afectam de forma importante a sua qualidade de vida, e não pelo facto de a pressão do seu detrusor ser elevada e o fluxo máximo ter um valor inferior a 10 ml/s. O quadro sintomático constitui um elemento importante na avaliação diagnóstica, conhecendo-se uma grande variabilidade inter-individual, pelo que desde 1977 têm sido tentados vários sistemas para organizar e quantificar os sintomas.

A AUA publicou em 1992^{5,6} um index de sintomas baseado num questionário de sete questões, com pontuação de 0 a 5, conduzindo a um resultado final entre 0 e 35. Arbitrariamente, é possível constituir três grupos consoante a pontuação final: **0 - 7: pouco sintomáticos; 8 - 19: moderadamente sintomáticos; 20 - 35: sintomas graves.** Uma questão relativa à qualidade de vida, designada pela letra **L**, pontuada de 0 a 6, reflecte o grau de satisfação entre óptimo e péssimo.

A partir da Segunda Conferência Internacional de HBP, em 1993, vem sendo recomendada a tabela da AUA, sob a designação de *International Prostate Symptom Score* (I-PSS), como parte importante na avaliação inicial básica de doentes com sintomas do tracto urinário inferior.

WORK-UP DIAGNÓSTICO

Um conjunto de testes ou intervenções deve ser realizado nos doentes com sintomas do aparelho urinário inferior (LUTS) sugestivos de barragem infravesical (BOO). A avaliação inicial básica deve incluir:

- a) História clínica
- b) Exame físico, incluindo toque rectal (DRE) e exame neurológico dirigido ao aparelho urinário
- c) Exames laboratoriais - urina tipo II e doseamento da creatinina sérica

A determinação do PSA é opcional, devendo ser oferecida a pacientes com sintomas, ainda que não seja um teste específico de doença. Um valor elevado pode acompanhar a HBP, as prostatites, os enfartes da próstata e o carcinoma da próstata.

Outros testes opcionais - Na prática clínica diária, uma historia clinica cuidadosa, a ponderação sintomática pelo sistema I-PSS, o exame físico e realização dos exames laboratoriais standard são suficientes para estabelecer o diagnóstico de barragem infravesical por HBP. Todavia, em pacientes com scores sintomáticos moderados (S 8-19) ou severos (S 20-35) ou, quando há dúvidas no diagnóstico, podem ser utilizados alguns testes opcionais, como os estudos urodinâmicos - a urofluxometria e os estudos de pressão/fluxo.

Quadro III - IPSS - Score Internacional de sintomas prostáticos

	Nunca	Menos que 1 vez em 5	Menos de metade do tempo	Cerca de metade do tempo	Mais de metade do tempo	Quase sempre
1 - Durante o último mês, quantas vezes teve a sensação de não esvaziar por completo a bexiga depois de ter urinado?	0	1	2	3	4	5
2 - Durante o último mês, quantas vezes teve de urinar com menos de 2 horas de intervalo entre as micções?	0	1	2	3	4	5
3 - Durante o último mês, quantas vezes parou e recomeçou a urinar durante a micção?	0	1	2	3	4	5
4 - Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em conter a micção?	0	1	2	3	4	5
5 - Durante o último mês, teve um jacto urinário fraco?	0	1	2	3	4	5
6 - Durante o último mês quantas vezes teve dificuldade em iniciar a micção?	0	1	2	3	4	5
7 - Durante o último mês, quantas vezes se levantou para urinar durante a noite?	Nenhuma	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes
	0	1	2	3	4	5

Score Total do IPSS

O **fluxo urinário máximo (Q Max)** é o melhor índice, mas um Q Max baixo não distingue entre obstrução e contractilidade vesical diminuída. Por causa da variabilidade intra-individual e de o intervalo de confiança do volume urinado condicionar o Q Max, devem ser obtidas duas urofluxometrias.

A **medição do resíduo pós-miccional** pode conseguir-se através de cateterismo vesical após uma micção ou por ultrasonografia. McConnell e col. avaliaram a literatura concluindo que existe uma grande variação intra-individual no volume de urina residual, que o resíduo pós-miccional não tem uma correlação óbvia e clara com os sintomas de prostatismo e não tem utilidade para prever o resultado terapêutico.

Os **estudos endoscópicos** não são recomendados na avaliação inicial. A sua principal indicação é o diagnóstico diferencial com a litíase vesical, as estenoses da uretra e as neoplasias da bexiga.

Estudos imagiológicos - Os estudos imagiológicos são considerados opcionais e incluem a ultrasonografia, a urografia de eliminação, a TAC, a RMN e a uretografia.

A **ultrasonografia** constitui o *gold standard* da avaliação imagiológica, **não sendo justificado o seu uso em primeira linha.**

A ultrasonografia suprapúbica fornece informação limitada, constituindo, contudo, um auxílio importante

no diagnóstico de patologias associadas.

A ultrasonografia transrectal apenas é recomendada em duas situações: a) para facilitar a opção por uma modalidade terapêutica na HBP; b) para efectuar biópsias ecoguiadas da próstata se a suspeita de carcinoma da próstata existir.

A urografia de eliminação, a TAC e a RMN só se justificam em situações especiais de difícil diagnóstico diferencial.

A uretografia tem a sua principal indicação no diagnóstico diferencial com a estenose da uretra, pelo que o seu uso deve ser reservado para esta situação.

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAMS P: New words for old: lower urinary tract symptoms for prostatism. (Editorial). Br. Med. J. 1994; 308: 929-930
2. HALD T: Urodynamics in benign prostatic hyperplasia. The Prostate 1989; 2: 69-77 (supp)
3. ABRAMS P: Symptom Questionnaires in Epidemiological Studies of Prostate Disease. In Garraway M (Ed.): Epidemiology of Prostate Diseases 1995. Springer Verlag, Berlin Heidelberg
4. MCCONNELL JD, ROEHRBORN C: Patient Selection and Symptom Evaluation. In Handbook on Benign Prostatic Hyperplasia. Editor Chisholm, 1994. Raven Press, New York
5. BARRY M J, FOWLER F J, O'LEARY M P et al: The American Urological Association Symptom Index for benign prostatic hyperplasia. J Urol 148: 1549, 1992
6. MCCONNELL J D, BARRY M J, BRUSKEWITZ R C, et al: BPH: Diagnosis and Treatment. Clinical Practice Guideline N.8, AHCPR publication N. 94-0582. Rockville, M. D: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Services, US Department of Health and Human Services, 1994