

START  MGF

# Urologia em MGF

Edgar Tavares da Silva

Manuel Malheiro Lopes

- [manuel11070@gmail.com](mailto:manuel11070@gmail.com)

*Serviço de Urologia e Transplantação Renal  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

## Urologia em MGF – Perguntas e respostas

**P: Não tendo segurança, nem experiência na realização de toque retal, não há papel para a ecografia? Até para saber o tamanho prostático e ajustar o tratamento?**

R: A ecografia pode ser usada, mas não vai acrescentar grande coisa em termos de mudança da vossa estratégia terapêutica. A informação essencial que nos dá é o volume prostático e vai-nos ajudar no planeamento do tratamento cirúrgico. Com o toque retal conseguimos ter essa noção de volume (>40cc / <40cc) para além da possibilidade encontrar achados suspeitas (nódulos). A esmagadora maioria dos doentes compreende e aceita a importância da realização do toque rectal. Vai ver que se começar a fazer, rapidamente consegue adquirir a noção do volume e consistência da próstata e sentir-se-á clinicamente mais confiante, realizando o toque, que pedindo a ecografia.

**P: Volume prostático > 40 cc usar inibidor 5a redutase sozinho inicialmente ou logo combinação?**

R: Pode ser iniciada ab initio a combinação inibidor 5a redutase + bloqueador-a, sobretudo se sintomas predominantemente de esvaziamento. Se o doente tinha apenas LUTS moderados e ao fim de 6 meses estiver controlado, pode tentar suspender o alfa-bloqueante.

**P: Existem estudos suficientes a comprovar a eficácia da Serenoa repens? Temos utentes que só aceitam "terapêutica natural".**

**P: Pode explorar um pouco o papel da fitoterapia na HBP.**

R: Não há recomendações específicas sobre o uso de fitoterapia no tratamento dos LUTS. O seu uso tem por base as suas propriedades anti-inflamatórias potencial efeito anti-androgénico e efeitos antiproliferativos e apoptóticos, demonstrados sobretudo in vitro. Apesar disso, é a segunda classe de fármacos mais prescrita no tratamento da HBP a seguir aos bloqueadores-a. Efetivamente há doentes que melhoram com fitoterapia (serenoa repens) e dada a baixa taxa de efeitos laterais pode ser usada. A dose é de 320mg (2cp) / dia, tomados juntos. Se é o único tratamento que o doente aceita, melhor que nada. Mas em doentes com LUTS moderados a severos, não será seguramente suficiente.

**P: Doente 55 anos, tem uma PSA de 1600 (sendo que já vinha a apresentar valores de 1300/1400 desde 2017, mas com valores sempre a ascender). Tem uma ecografia que sugere possível prostatite, mas pelas alterações aconselham RMN prostática. O doente recorre à consulta novamente, ainda não fez**

**RMN e mesmo após realização de antibioterapia para prostatite, mantém valores ascendentes de PSA. Qual a indicação? Referenciação urgente para Urologia?**

R: Sim, deve haver referenciação urgente para consulta. Valores de PSA nessa ordem muito dificilmente são explicados por infeções / causas benignas para elevação do PSA.

**P: Quais as duas indicações para a realização da ecografia prostática?**

R: (1) Avaliação de volume prostático para planeamento cirúrgico da HBP e (2) guiar a biopsia para o diagnóstico de cancro da próstata.

Recommendations	Strength rating
Perform imaging of the prostate when considering medical treatment for male LUTS, if it assists in the choice of the appropriate drug.	Weak
Perform imaging of the prostate when considering surgical treatment.	Strong

**P: Quando pedimos o doseamento de PSA em doentes medicados devem interromper a medicação? Se sim, com quanta antecedência?**

R: Não é necessário interromper medicação. Dos fármacos para tratamento da HBP só os inibidores da 5-a-redutase interferem com os valores do PSA, reduzindo-os para metade aos fim de 6-12 meses de tratamento. Portanto, ou se avalia o PSA antes de iniciar o tratamento ou, se avaliado durante o tratamento com estes fármacos (sobretudo se já introduzido há >6 meses), o valor real = 2 x PSA medido.

**P: Se tivermos um doente com PSA total de 7, em que pedimos razão com PSA livre, sendo esta maior que 25%, ficamos descansados de momento. Contudo se acharmos necessário repetir rastreio mais tarde, devemos pedir PSA total ou já tbm o PSA livre?**

R: Há outros ponderantes, além da relação livre/total, que pode utilizar para saber se o valor de PSA é elevado para o doente ou não. O valor de 4ng/mL é um cut off “cego”, mas ainda assim, importante.

A primeira coisa é ajustar o PSA à idade. Um PSA de 6,5-7 pode ser “normal” para um doente com mais de 75 anos.

Outro indicador importante é a densidade de PSA. Se o doente tiver uma densidade de PSA <0,15ng/mL/cc quer dizer que o PSA está elevado por causa benigna. Há uma relação directa entre o PSA e o volume prostático, pelo que o PSA também nos dá esta informação relativa ao volume prostático. Se o doente tiver uma próstata maior que 50-60cc, o valor de PSA pode ser “normal”.

A evolução de PSA ao longo do tempo também é importante. Se o doente já tiver mais de 75 anos, uma próstata grande e o PSA estável nesses valores há anos, poderemos estar mais descansados.

A informação do toque rectal é importante para uma decisão mais fundamentada. Na ausência de nódulos e com os outros parâmetros anteriores “descansados”, deverá bastar a vigilância.

Por fim, e como complemento, nós na consulta também usamos calculadoras que integram estes dados. No caso a ERSPC RC3 (disponível em <http://www.prostatecancer-riskcalculator.com/seven-prostate-cancer-risk-calculators>) que temos nos nossos “favoritos” do chrome na consulta, permitem integrar estes dados e obter uma indicação da probabilidade de ter tumor e se tem indicação para biópsia ou não.

**P: A algaliação na retenção urinária aguda não deve ser livre correto? Devido ao risco de provocar hematuria, qual a abordagem/algoritmo que recomenda para realizarmos em CSP?**

R: Correto. Devem fazer algaliação e a drenagem vesical deve ser feito com clampagens intermitentes. Basicamente clampam a sonda a cada ~200cc de drenagem. Algaliação → Drenagem ~200cc → clampagem durante 3-5min → drenagem +200cc → Clampagem novamente 3-5 min → assim sucessivamente até drenagem completa. Após isso o doente pode ficar em drenagem livre para saco ou

com tampa na sonda, de acordo com a sua preferência. Nós temos vários doentes que preferem andar com a sonda com tampa durante o dia e metem o saco à noite para dormir descansados.

**P: Qual o valor de resíduo pós miccional que nos faz suspeitar de retenção urinária crónica?**

R: Não há um valor estabelecido. Resíduo pós-miccional é normal até 50-100cc ou até 30% do volume urinado. Retenção urinária crónica suspeitamos em doentes com resíduos elevados e particularmente naqueles com incontinência por overflow. Resíduo elevados consideramos >150cc.

**P: Para o rastreio do cancro da próstata (>50 anos), além do PSA e toque rectal se suspeita devemos pedir densidade do PSA?**

R: Sim. Podemos e devemos usar todos os adjuvantes do PSA (livre/total, ajustado à idade, velocidade e densidade de PSA) para tomar uma decisão o mais fundamentada possível sobre se o doente tem ou não risco de apresentar um carcinoma da próstata. Contudo, não é necessário pedir uma ecografia ou um exame diagnóstico complementar específico de densidade de PSA. A estimativa do volume prostático recorrendo ao toque rectal e a simples divisão do PSA pelo volume estimado, é suficiente. Acredito que de início, precise de pedir a ecografia para saber o volume e “calibrar” assim a estimativa que faz com o toque. Mas rapidamente verá que bastará fazer o toque, para estimar o volume (e saber se há nódulos palpáveis pois o que interessa são os palpáveis e não os ecográficos) e calcular a densidade de PSA.

**P: Há uns dias tive um doente com agravamento das queixas de glaucoma após tratamento com tansulosina. Existe alguma fundamentação para não se dar em caso de glaucoma?**

R: Agravamento das queixas de glaucoma é um efeito adverso típico dos fármacos anti-muscarínicos, mas não dos bloqueadores- $\alpha$ . Portanto os bloqueadores- $\alpha$  não estão contra-indicados no glaucoma. A nível ocular os bloqueadores- $\alpha$  devem ser referidos em doentes em quem está a ser planeada cirurgia de cataratas.

An adverse ocular event termed intra-operative floppy iris syndrome (IFIS) was reported in 2005, affecting cataract surgery [150]. A meta-analysis on IFIS after alfuzosin, doxazosin, tamsulosin or terazosin exposure showed an increased risk for all  $\alpha$ 1-blockers [151]. However, the OR for IFIS was much higher for tamsulosin. It appears prudent not to initiate  $\alpha$ 1-blocker treatment prior to scheduled cataract surgery, and the ophthalmologist should be informed about  $\alpha$ 1-blocker use.

**P: Utente com um resíduo pós miccional de 700cc, sem RUA, mas com LUTS com os quais nunca se preocupou muito, já com dilatação de um dos urteres em ecografia renal, algaliar também no Centro de Saúde como na RUA e referenciar a consulta de urologia?**

R: Sim, esse doente deve ser algaliado e enviado a consulta de Urologia, devendo ficar permanentemente algaliado até a consulta. É um caso tipo de retenção urinária crónica já com lesão do aparelho urinário alto.

**P: O rastreio com PSA mais toque rectal deve ser feito de quanto em quanto tempo?**

R: Offer a risk-adapted strategy (based on initial PSA level), with follow-up intervals of 2 years for those initially at risk:

- men with a PSA level of > 1 ng/mL at 40 years of age;
- men with a PSA level of > 2 ng/mL at 60 years of age;

Postpone follow-up to 8 years in those not at risk.

**P: Se queixas de perda de libido após início de terapêutica com LUTS, qual o melhor tratamento?**

R: Se for um efeito lateral inaceitável para o doente, a solução passará pela suspensão do fármaco. Se mantiver LUTS graves o tratamento será cirúrgico. Contudo, verificar se é mesmo um efeito do fármaco. Embora em relatos iniciais, as queixas de disfunção sexual por medicação da HBP pudessem chegar aos 20%, hoje em dia sabemos que são inferiores a 5-10%.

**P: Deve-se fazer toque retal de rotina para rastreio aos homens com >50 anos? Ou basta PSA e se alterado faz-se o toque retal?**

R: Quando pedimos uma avaliação do PSA (com intuito de rastreio oportunístico de cancro da próstata) deve ser sempre acompanhada de toque retal. O cancro da próstata pode existir com PSA normais. PSA normal com toque insuspeito deixa-nos descansados. PSA normal com nódulo prostático ao toque retal não nos deixa descansados e é indicação para biópsia prostática.

**P: Flavoxato pode ser usado na litíase renal?**

R: É um anticolinérgico. Não tem indicação para ser usado.

**P: Como deve ser feito o aconselhamento de medidas hídricas na fase aguda de cólica renal?**

**P: Qual a quantidade de água que se deve recomendar a um doente no dia e dias seguintes após cólica renal, no caso de episódios simples?**

R: Nos períodos de cólica/durante a fase de dor os doentes não devem beber grandes quantidades de água, devem beber pouco de cada vez e várias vezes ao dia. Fora das fases de cólica / dor devem beber >2.5L/dia (o objetivo é ter um volume urinário alto para evitar ao máximo a precipitação de solutos e, assim, a formação de cálculos)

**P: A posologia de alfa-bloqueantes na cólica renal é igual à da HBP?**

R: Sim.

**P: Em termos práticos, nos CSP, como podemos pedir a análise ao cálculo?**

R: Penso que sim. Se o doente guardar o cálculo, os laboratórios analisam.

**P: A vigilância da microlitíase deve ser feita com que frequência?**

R: Anual ou mais espaçada se assintomático + incentivar medidas preventivas.

**P: No caso da cólica renal, é por vezes também prescrito diazepam, devemos fazê-lo?**

R: Não está indicado.

**P: Criança 8 anos assintomática de momento, com história de 2 sumárias de urina anteriores (a primeira pedida por sintomas de ardor ao urinar, tendo a UC sido negativa) com hematúria microscópica em ambas e com ecografia renal e vesical feitas posteriormente normais. Repete sumária de urina 1 ano após as sumárias anteriores, onde a única alteração são cristais de oxalato de cálcio, há indicação para estudo metabólico mesmo que se mantenha assintomática?**

R: Sim. A litíase urinária na criança carece sempre de estudo metabólico. Essa hematúria microscópica, associada a cristalúria, poderá indicar algum grau de nefropatia ou microlitíase urinária.

**P: Hematúria microscópica em 2 amostras diferentes com estudo analítico normal e ecografia renovesical normal e assintomático. É para referenciar?**

R: Depende da idade. Se <35 anos e ausência de fatores de risco para neoplasia não é necessário. Uma microscopia da urina para pesquisa de GVs dismórficos será um bom complemento no estudo do doente.

**P: Num doente com 50 anos e fatores de risco para neoplasia e hematúria deve ser excluída neoplasia da bexiga, mas só após a exclusão de causas benignas? Se tiver outra causa que explique a hematúria não referenciamos à consulta de urologia?**

R: Se houver causa evidente, tipo uma ITU activa claramente associada à hematúria, encontrada durante o estudo e depois de tratada a causa a hematúria cessar não é necessário. Se houver mais episódios de hematúria, sim deve referenciar. A HBP não deve ser assumida como causa dessa hematúria.

**P: Cuidados a ter na prescrição de antimuscarínicos? Deve haver ecografia renovesical anterior à prescrição? Após início da terapêutica com antimuscarínicos de quanto em quanto tempo repetir?**

R: Um doente com sintomas de armazenamento/irritativos, deve realizar SU tipo II, urocultura e citologia urinária para pesquisa de causas reversíveis dos LUTS (como ITUs, cálculos vesicais ou tumores da bexiga). Na ausência de hematúria ou de outros sintomas atípicos associados aos LUTS, basta a citologia para fazer a exclusão de neoplasia.

Nas mulheres, na ausência de LUTS de esvaziamento, de prolapsos pélvicos ou se sintomas atípicos, não há necessidade de ecografia.

Nos homens, especialmente se tiverem sintomas de esvaziamento associados, eu começaria por tratar os sintomas de esvaziamento. Se mantiver sintomas de armazenamento, especialmente se associados a sintomas de esvaziamento, é mais seguro fazer uma avaliação do resíduo (que poderá ser por ecografia). Os agonistas beta-3 têm um risco muito menor de retenção urinária que os anticolinérgicos.

Em qualquer momento, se o doente tiver sintomas atípicos ou “estranhos”, poderá ser pedida a ecografia.

**P: Em caso de prova de bonney positiva, portanto com sintomas que desaparecem com suporte à uretra, existe alguma ajuda prática que possamos oferecer à doente? Ou é só referenciar?**

R: Na prática, a primeira linha terapêutica e a primeira coisa a oferecer à doente é a reabilitação do pavimento pélvico. Bastará referenciar a doente para um primeiro conjunto de sessões para aprender a fazer os exercícios. Quando tiver os ensinamentos concluídos, basta à própria doente fazer os exercícios diariamente. Se mantiver a incontinência apesar da reabilitação e de outras medidas conservadoras (como perder peso), aí sim, deverá ser referenciada.

**P: Esses testes de incontinência podem ser aplicados a mulheres, e no caso dos homens? Que testes poderão ser feitos?**

R: O exame físico no homem durante o estudo de incontinência é mais limitado. O mais relevante é o toque retal. Em regra, a incontinência de esforço no homem resulta de iatrogenia cirúrgica urológica, pelo que o doente já deverá estar a ser seguido em consulta de urologia.

**P: Com que frequência recomendam a realização de reabilitação do pavimento pélvico na incontinência urinária?**

R: Cada vez mais frequentemente, quer na IU de esforço quer na IU de urgência.

**P: Ao contrário de disfunção sexual, um utente demente com libido aumentada, aconselham alguma medicação para tentar controlar?**

R: Não há nenhum tratamento urológico aprovado para essa situação clínica.

**P: Quais os BB que têm menos efeitos a nível da disfunção erétil, num doente que precisa mesmo dele?  
Quais priorizar?**

R: O nebivolol é o B-bloqueador com menos efeito laterais em termos de DE. Alertamos só para a priorização do tratamento da patologia cardiovascular antes do tratamento da disfunção erétil ainda para isso possam ter de ser usados fármacos que podem ter esse efeito lateral.