
UROLOGICAL SURVEY

SECTION EDITOR

NELSON RODRIGUES NETTO JR.
Unicamp
Campinas, SP

EDITORIAL COMMITTEE

ATHANASE BILLIS
Unicamp
Campinas, SP

LÍSIAS N. CASTILHO
USP
São Paulo, SP

OTÁVIO A. C. CLARK
Instituto Radium
Campinas, SP

JOAQUIM CLARO
UNIFESP
São Paulo, SP

RUBENS COSTA FILHO
Pró-Cardíaco
Rio de Janeiro, RJ

PEDRO P. DE SÁ EARP
F. M. Petrópolis
Rio de Janeiro, RJ

LUCIANO A. FAVORITO
UERJ
Rio de Janeiro, RJ

MARCELO LOPES LIMA
Unicamp
Campinas, SP

ANTÔNIO MACEDO JR.
UNIFESP
São Paulo, SP

ADILSON PRANDO
Hospital Vera Cruz
Campinas, SP

MAURÍCIO RODRIGUES NETTO
Hospital Beneficência Portuguesa
São Paulo, SP

E. ALEXSANDRO DA SILVA
UERJ
Rio de Janeiro, RJ

PATHOLOGY

Gleason score 2-4 adenocarcinoma of the prostate on needle biopsy. A diagnosis that should not be made (Editorial)

Epstein JI

Am J Surg Pathol, 24: 477-478, 2000

Gleason com contagem final 2-4 em biópsias prostáticas de agulha. Um diagnóstico que não deveria ser feito (Editorial)

Objetivos: Este editorial propõe que Gleason com contagem final 2-4 não deveria ser feito em biópsias prostáticas de agulha porque geralmente é um adenocarcinoma de alto grau subgraduado.

Material e Métodos: Foram revisadas as biópsias prostáticas de agulha de pacientes vindo para o Hospital Johns Hopkins para prostatectomia radical e analisou-se a possibilidade de reprodução interobservador do sistema Gleason entre especialistas em uropatologia.

Resultados: De um total de 87 biópsias prostáticas com contagem final 2-4, após a revisão no Johns Hopkins, somente 4 (5%) corresponderam a esta contagem, 68 (78%) tiveram contagem final 5-6, 13 (15%) contagem 7, e 2 (2%) contagem 8-10. Além disso, 48 (55%) destes 87 pacientes mostraram extensão extracapsular na peça de prostatectomia radical, incluindo 4 casos com invasão das vesículas seminais ou metástases em linfonodos. Num trabalho que testou a possibilidade de reprodução do sistema Gleason entre 10 especialistas em uropatologia, havia 4 casos considerados como representativos de contagem final 2-4 pelos idealizadores do estudo. A concordância entre os 10 especialistas para cada um destes 4 casos foi de 80% (caso 1), 70% (caso 2), 40% (caso 3) e 40% (caso 4).

Conclusões: O autor conclui que a subgradação do adenocarcinoma em biópsias prostáticas de agulha tem um impacto adverso no tratamento do paciente. Considerando que a contagem final 2-4 está associada a um baixo risco de progressão, muitos pacientes serão subtratados ou mal aconselhados no que se refere a esta possibilidade de progressão. O autor não nega a existência do adenocarcinoma de baixo grau, salientando, entretanto, que os mesmos raramente são vistos em biópsias prostáticas de agulha. São tipicamente vistos em material de RTU porque localizam-se preferencialmente na zona de transição.

Comentário Editorial

Para o urologista, este editorial de um dos maiores nomes da uropatologia americana é de grande impacto pelas implicações na conduta terapêutica. Após a leitura, o urologista certamente fica perplexo perguntando como é possível um adenocarcinoma de baixo grau, após uma revisão, passar a alto grau. A explicação está nas dificuldades para se diagnosticar corretamente a contagem final 2-4 no sistema Gleason em biópsias prostáticas de agulha. Nos adenocarcinomas de baixo grau, há apenas desarranjo arquitetural sem caráter infiltrativo ou fusão entre os ácinos e a neoplasia mostra uma margem bem delimitada. Em geral, o patologista utiliza apenas o critério da boa delimitação para fazer o diagnóstico de adenocarcinoma de baixo grau, negligenciando a observação se os ácinos mostram infiltração no estroma ou fusão entre eles. Soma-se a isso, o fato de que numa biópsia de agulha, a não ser que a neoplasia tenha menos que 1mm de diâmetro, não é possível saber com certeza se a margem é bem delimitada em toda a extensão. Assim sendo, mesmo que o adenocarcinoma seja verdadeiramente de baixo grau numa biópsia prostática de agulha, em virtude da amostragem, o diagnóstico de baixo grau será sempre de probabilidade.

Dr. Athanase Billis

PEDIATRIC UROLOGY

Long-term follow-up of endoscopic incision of ureteroceles: intravesical versus extravesical

Cooper CS, Passerini-Glazel G, Hutcheson JC, Iafrate M, Camuffo C, Milani C, Snyder III HM

J Urol, 164: 1097-1100, 2000

Segmento tardio da incisão endoscópica de ureterocele: intravesical versus extravesical

Objetivo: A incisão endoscópica foi o tratamento inicial da ureterocele em crianças, no período entre 1985 e 1990. Os pacientes foram reavaliados quanto aos resultados tardios desta modalidade terapêutica.

Material e Métodos: Os parâmetros avaliados foram idade no momento da cirurgia, localização da ureterocele, sistema com duplicidade, refluxo pré e pós-operatório e necessidade de procedimentos adicionais.

Resultados: Identificou-se 22 ureteroceles intravesicais e 22 extravesicais. A idade média na cirurgia inicial foi 1.9 ± 3.7 anos com seguimento médio de 7.2 ± 3.1 anos. Uma segunda operação foi necessária em 18 casos (41%), significante maior que observada na ureterocele extravesical (18% versus 64%, $p:0.002$), sistema com duplicidade ($p:0.026$) ou refluxo pré-operatório ($p:0.02$). A reintervenção cirúrgica demandou reimplante ureteral em 13 casos, nefrectomia polar superior em 7, nefrectomia em 3, reconstrução do colo vesical em 3 e pieloplastia do pólo inferior em 3. As únicas reintervenções cirúrgicas realizadas em ureterocele intravesical foram reimplante ureteral em 3 e nefrectomia polar superior em 1. Refluxo pós-incisão da ureterocele ocorreu em 14 de 27 casos (52%), incluindo 7 ureteroceles intravesicais e 7 extravesicais. Nenhum destes necessitou cirurgia aberta adicional.

Conclusões: O maior tempo de seguimento demonstrou que os pacientes que necessitam de cirurgia aberta após incisão endoscópica de ureterocele foi de 41%, portanto acima dos 27% descritos anteriormente no relato inicial dos autores ($p:0.166$). Apenas 18% das ureteroceles intravesicais necessitaram de operação subsequente, comparadas com 64% das ureteroceles extravesicais ($p:0.002$). A redução no calibre da ureterocele após descompressão endoscópica facilitou o reimplante.

Comentário Editorial

A incidência de ureterocele é estimada em 1/4000 nascimentos vivos e a ultra-sonografia pré-natal permite, hoje, o diagnóstico na quase totalidade dos casos antes das manifestações clínicas da doença. O tratamento endoscópico apenas com incisão e descompressão da ureterocele mostrou ser um método terapêutico efetivo e minimamente invasivo, principalmente nas ureteroceles intravesicais. Alguns autores acreditam que a incisão também nas ureteroceles extravesicais seria importante para reduzir o risco de pielonefrites, evitar perda de função renal e adiar um eventual tratamento cirúrgico. No entanto, os críticos desta conduta acreditam que a ureterocele extravesical seria melhor tratada com cirurgia aberta.

Os autores chegaram à conclusão de que com maior tempo de seguimento, a chance de um paciente tratado por punção endoscópica da ureterocele necessitar de nova cirurgia aberta é de 41% e não mais de 27% como publicado anteriormente. Em especial nas ureteroceles extravesicais, a chance de um paciente necessitar de cirurgia aberta é de 61% contra 18% das intravesicais. O artigo sugere que a cirurgia aberta, como tratamento inicial da ureterocele extravesical, parece ser o método mais conveniente. Todavia, existe ainda polêmica quanto à necessidade de reintervenção cirúrgica, visto que a maioria desses pacientes foi reoperada por refluxo vesicoureteral secundário, e muitos autores são mais conservadores nesses casos, o que diminuiria a taxa de reoperação.

A partir desses dados, os defensores da cirurgia aberta devem passar a questionar cada vez mais o tratamento endoscópico para toda e qualquer ureterocele, o que vinha se sedimentando como um conceito quase formado.

Dr. Antônio Macedo Jr.

The management of paediatric urolithiasis

Choong S, Whitfield H, Duffy P, Kellett M, Cuckow P, Van'T Hoff W, Corry D
BJU International, 86: 857-860, 2000

O manuseio da urolitíase pediátrica

Objetivo: Avaliar a eficácia e segurança do tratamento da urolitíase pediátrica pela litotripsia extracorpórea (ESWL), ureterolitotripsia (UL), nefrolitotomia percutânea (NLPC) e ureterolitotomia aberta.

Material e Métodos: Em um período de 3 anos (1997-1999) 59 crianças foram tratadas de urolitíase e foram submetidas a 79 procedimentos. 32 sessões de ESWL foram feitas em 23 crianças (idade média de 7.4 anos, mediana 6.0). NLPC em 30 unidades renais de 25 crianças (idade média 6.4 anos, mediana 4.0). O total de 8 pacientes (média de idade 7.8 anos, mediana 5.0) submeteram-se a 17 procedimentos ureteroscópicos, 6 dos quais envolvendo o uso de laser e 3 crianças com cálculos coraliformes foram tratadas pela nefrolitotomia aberta sob isquemia renal e hipotermia.

Resultados: Das 23 crianças que utilizaram ESWL, 21 (91%) ficaram livres de cálculos; 17 com uma só sessão (74%), 3 com duas sessões e 3 (13%) com 3 sessões. Todos os 8 pacientes que foram tratados com ureterolitotripsia ficaram livres de cálculos. Em 4 casos cujos cálculos não foram alcançados inicialmente, um cateter duplo-J foi colocado e posteriormente os cálculos e os cateteres foram retirados em sessão subsequente, com sucesso.

Com a NLPC os cálculos foram retirados em 27 das 30 unidades renais (90%); 3 pacientes tiveram cálculos residuais que foram resolvidos com ESWL.

Dois das 3 crianças que foram submetidas a nefrolitotomia aberta tiveram pleno sucesso e a terceira ficou livre de cálculo com ESWL suplementar.

Avaliação metabólica mostrou que 25 das 45 crianças (55%) tinham infecção urinária; 8 (18%) hiperoxalúria; 3 (7%) hipercalcúria; 2 (4%) cistinúria e 7 (16%) não apresentaram uma causa evidente. Tratamento com uma única modalidade tornou 52 de 59 crianças (88%) livres de cálculos; quando diferentes modalidades de tratamento foram utilizadas, 57 de 59 crianças ficaram livres de cálculos (97%).

Conclusões: Avanços tecnológicos na ESWL, na ureteroscopia e na percutânea têm tido um significativo efeito no manuseio da urolitíase em crianças, permitindo segurança e sucesso.

Comentário Editorial

O cálculo urinário em crianças deixou de ser um desafio desde que surgiram todos os recursos modernos da endourologia – ESWL, NPC e UL.

As políticas de reservar a NLPC para cálculos semi-coraliformes, coraliformes ou com massa calcúlosa grande em relação ao tamanho do rim e de empregar a ESWL para cálculos menores foram respeitadas nessa casuística. Os rins infantis toleram bem as dilatações maiores (28 a 30F) durante a NLPC, embora a mini-percutânea (11F) seja muito atrativa, apesar da desvantagem de obrigar a fragmentação maior dos cálculos com o perigo de serem deixados fragmentos calcúlosos. A ureterolitotripsia utilizando ureterorenoscópios rígidos 4F a 7.5F ou flexíveis (6.4F) foi coroada de sucesso (100% dos casos). Não há nenhum demérito de, nos 4 casos citados, ter sido colocado um duplo-J, para permitir melhor acomodamento do ureterorenoscópio em um segundo tempo.

É importante notar a incidência de infecção urinária na urolitíase pediátrica (nesta casuística – 55% dos casos). Também é interessante lembrar que febre é um acontecimento relativamente freqüente em crianças submetidas a NLPC, apesar da antibioticoterapia profilática ou de já haver sido combatida a infecção urinária previamente (17%). A hemocultura e a urinocultura foram negativas em todas as crianças com febre acima de 38°C, e todas se mantiveram hemodinamicamente estáveis, não devendo este fato (febre), portanto, ser encarado como grande complicação.

Dr. Pedro P. de Sá Earp

IMAGING

Prostate cancer staging: should MR imaging be used? A decision analytic approach

Jager GJ, Severens JL, Thornbury JR, de la Rosette JJMCH, Ruijs SH, Barentsz JO

Radiology, 215: 445-451, 2000

Estadiamento do câncer da próstata: a RM deve ser usada? Uma abordagem de decisão analítica

Objetivos: Determinar o uso apropriado da ressonância magnética (RM) para o estadiamento pré-operatório do câncer da próstata (CP).

Material e Métodos: Revisão da literatura utilizando os princípios da medicina baseada em evidências e avaliação da tecnologia médica. Um modelo de decisão analítica foi utilizado para comparar a)- a estratégia pela qual a prostatectomia radical (PR) é realizada com base no estadiamento clínico com b)- a estratégia pela qual a doença extra-capsular detectada pela RM contra-indica a PR em pacientes que eram, pelo estadiamento clínico, previamente considerados como candidatos à cirurgia.

Resultados: Após revisão da literatura, a opinião dos especialistas participantes foi a de não recomendar a RM como rotina no estadiamento do CP. Não foi encontrada nenhuma publicação que discutisse com clareza a sua eficácia terapêutica. O modelo de decisão analítica indicou que a estratégia que incluiu estadiamento com RM diminuiu os custos (RM \$10.568; PR \$11.669) e obteve resultados praticamente iguais de expectativa de vida (RM, 12, 59 anos; PR, 12, 60 anos) e de anos com qualidade de vida ajustada (RM, 12, 53; PR 12,52). Os resultados das análises da sensibilidade demonstraram que a utilização da RM foi mais efetiva e mais econômica, sendo a probabilidade de existir doença extra-capsular de pelo menos 39%, quando considerado os anos com qualidade de vida ajustada, e de 50% quando considerada a expectativa de vida não ajustada.

Conclusão: Ainda não está definido se o estadiamento pré-operatório com RM é apropriado, porém resultados da decisão analítica sugerem que o estadiamento com RM tem boa relação custo-benefício em pacientes com moderada ou alta probabilidade de apresentar doença extra-capsular.

Comentário Editorial

Neste estudo os autores realizaram uma análise exaustiva e complexa da literatura disponível na MEDLINE (1991-1997) de todos os trabalhos relacionados ao emprego da RM no estadiamento do CP, e discutiram particularmente a relação custo-benefício do uso da RM, tanto em relação à qualidade de vida do paciente, como também sob o ponto de vista do seguro-saúde (ou seja, da instituição que financia a realização do exame e do procedimento cirúrgico). Devido a inúmeras variáveis e aos diferentes métodos de análise utilizados, alguns pontos podem ser criticados: a)- a falta de comparação com os tratamentos conservadores; b)- a grande variedade de custos que existe tanto da RM quanto da PR nos diversos centros hospitalares e c)- a falta de padronização dos critérios radiológicos representativos de doença extra-prostática. Como sabemos a utilização da RM no estadiamento pré-operatório do CP ainda é controverso e motivo de debate na literatura. Este método é subutilizado pelos urologistas por diversos motivos. Nos EUA, cerca de 65% dos urologistas têm o método à disposição, mas apenas 10% o utiliza. No meio radiológico, a tendência atual, com base em trabalhos criteriosos recentes, é a de não indicar a RM (endo-retal obviamente) como método de rotina no estadiamento do CP. A RM, deve sim ser utilizada de forma otimizada, ou seja, quando apresentar a melhor relação custo-benefício possível. Isso fato ocorre em pacientes com risco intermediário ou alto de apresentar doença extra-capsular. Os riscos são calculados por intermédio das tabelas de Partin e compreendem, respectivamente, os pacientes com PSA acima de 10 e Gleason entre 5 e 7 e pacientes com PSA acima de 20 ou Gleason acima de 8.

Dr. Adilson Prando

ANDROLOGY

Poor outcome with round spermatid injection in azoospermic patients with maturation arrest

Levrant D, Nahum H, Farhi J, Weissman A

Fertil Steril, 74: 443-449, 2000

Resultado insatisfatório da injeção intracitoplasmática de espermátides em pacientes azoospermicos com parada de maturação

Objetivos: Comparar os resultados de gravidez obtidos com a injeção intracitoplasmática de espermátides ao invés de espermatozóides maduros durante ciclos de fertilização in vitro.

Material e Métodos: Através da técnica de TESE (testicular sperm extraction – coleta de espermatozóides através de punção direta nos testículos), foram obtidas espermátides ou espermatozóides maduros de 18 casais cujo marido era portador de azoospermia não obstrutiva (parada de maturação). Os autores comparam os resultados de gravidez obtidos em 17 ciclos de fertilização in vitro + ICSI, usando espermátides, com 6 ciclos de ICSI usando espermatozóides maduros.

Resultados: A taxa de fertilização usando espermátides para ICSI foi de 44.9%, contra 69.0% quando se utilizou espermatozóides maduros. Observou-se maior taxa de parada de divisão quando se usou espermátides ao invés de espermatozóides maduros (40.8% vs. 8.2%). Não ocorreram gestações no grupo que utilizou espermátides, enquanto 50% dos ciclos que utilizaram espermatozóides maduros resultaram em gravidez.

Conclusões: Os autores concluem que a eficiência do ICSI utilizando espermatozóides imaturos (espermátides) é extremamente ruim em pacientes com azoospermia devido a parada de maturação, e que o papel da técnica deve ser reavaliado.

Comentário Editorial

A técnica de ICSI revolucionou o tratamento da infertilidade masculina, permitindo à maioria dos casais a obtenção da gravidez. Entretanto, este artigo chama a atenção para o fato de que, pacientes com azoospermia não obstrutiva, com parada de maturação, nos quais não é possível obter espermatozóides maduros para a injeção, as chances de sucesso são mínimas. Os relatos da literatura referem-se a casos isolados, e não podem servir de incentivo para a indicação da técnica para todo e qualquer paciente azoospermico. É necessário informar os casais quanto a sua real chance de sucesso (mínimas, no caso), para que, com o tempo e com a publicação de séries mais numerosas, possa se estabelecer o real papel do uso de espermatozóides imaturos para a obtenção da gravidez.

Dr. Paulo A. Neves

Factors predicting recovery of erections after radical prostatectomy

Rabbani F, Stapleton AME, Katian MW, Wheeler TM, Scardino PT

J Urol, 164: 1929 -1934, 2000

Fatores preditivos da recuperação das ereções após prostatectomia radical

Objetivo: Avaliar os fatores prognósticos de manutenção da ereção após prostatectomia radical.

Material e Métodos: O estudo incluiu 314 pacientes submetidos à prostatectomia radical retropúbica.

Resultados: A idade do paciente, função erétil pré-operatória e ampla preservação dos feixes vasculo-nervosos foram preditivos de manutenção das ereções após a cirurgia.

O estágio patológico do tumor não foi relevante.

Depois de 3 anos da cirurgia, 76% dos pacientes com menos de 60 anos, ereções normais pré-operatória e preservação bilateral dos feixes vâsculo-nervosos apresentam ereções plenas. Entre 60 e 65 anos essa taxa cai para 56%, e com idade superior a 65 anos passa a 47%. Nos pacientes com ereção parcial antes da cirurgia, a potência pode ser mantida em apenas 47% dos casos. A ressecção de um dos feixes vâsculo-nervosos reduz a chance de recuperar as ereções para 25%.

Conclusão: A função erétil pré-operatória, a idade do paciente e a preservação bilateral dos feixes vâsculo-nervosos são importantes na recuperação da ereção pós-prostatectomia radical.

Comentário Editorial

Desde que se tornou possível a preservação da função erétil dos pacientes submetidos à prostatectomia radical, a orientação pré-operatória assumiu papel relevante. Assim, conhecer os fatores prognósticos para manutenção da ereção passou a ser necessário. Embora existam poucos estudos que avaliaram o tempo necessário e os fatores prognósticos para recuperação da ereção, alguns aspectos apresentam relevância.

Antes de tudo, devemos informar o paciente que o período de recuperação pode se prolongar por 2 ou 3 anos. Naturalmente, a função erétil pré-operatória do paciente é vital. Um bom cirurgião pode manter, mas não pode melhorar a função erétil de seu paciente com a realização da prostatectomia radical. Assim, apenas pacientes sem nenhuma queixa de disfunção erétil poderão ter relações sexuais normais após a cirurgia.

A disfunção erétil é mais freqüente e mais grave com o aumento da idade. Dessa forma, os pacientes mais jovens irão apresentar melhores resultados depois da cirurgia. Esse estudo revelou que até os 60 anos, a chance de recuperação da ereção é muito alta; cai significativamente nos pacientes entre 60 e 65 anos e passa a ser exceção, ou seja menos da metade dos homens com mais de 65 anos vão apresentar ereções espontâneas após a cirurgia.

O último fator prognóstico identificado pelo estudo é a preservação bilateral dos feixes vâsculo-nervosos. Quanto a esse parâmetro, a qualidade técnica do cirurgião influi diretamente e de forma marcante na recuperação da ereção dos pacientes. Quanto maior o treinamento, conhecimento anatômico, e, portanto, mais aprimorada a técnica cirúrgica, maior será a probabilidade de preservação bilateral dos feixes vâsculo-nervosos. Com isso, um número de pacientes poderá retornar a sua atividade sexual normal, sem necessidade de qualquer tratamento complementar.

Dr. Joaquim de A. Claro

ENDOUROLOGY AND LAPAROSCOPY

Laparoscopic radical nephroureterectomy for upper tract transitional cell carcinoma: the Cleveland Clinic experience

Gill IS, Sung GT, Hobart MG, Savage SJ, Meraney AM, Schweizer DK, Klein EA, Novick AC

J Urol, 164: 1513-1522, 2000

Nefroureterectomia radical laparoscópica no carcinoma de células transicionais do trato superior: a experiência da Cleveland Clinic

Objetivos: Reportar a experiência de uma única instituição com a nefroureterectomia radical laparoscópica em pacientes com carcinoma de células de transição do trato urinário superior e comparar os resultados obtidos com os da cirurgia aberta.

Material e Métodos: Um grupo de 77 pacientes foi submetido à nefroureterectomia radical por carcinoma de células de transição do trato superior confirmado histologicamente. Destes pacientes, 42 foram submetidos à nefroureterectomia laparoscópica entre setembro de 1997 e janeiro de 2000, e 35 pacientes foram submetidos à cirurgia aberta. Todos os espécimes foram removidos intactos. No grupo laparoscópico o ureter justavesical e o cuff de bexiga foram excisados por uma nova técnica microlaparoscópica transvesical em 27 casos; a nefroureterectomia retroperitoneal foi utilizada em todos os 42 pacientes. Os dados obtidos foram comparados com os dados retrospectivos de 35 pacientes submetidos à nefroureterectomia aberta entre fevereiro de 1991 e dezembro de 1999.

Resultados: A cirurgia laparoscópica foi superior quanto a tempo operatório (3.7 vs. 4.7 hs, $p = 0.003$), perda sangüínea (242 vs. 696 cc, $p < 0.0001$), peso do espécime (559 vs. 388 g, $p = 0.04$), introdução da dieta oral (1.6 vs. 3.2 dias, $p = 0.0004$), quantidade de analgésicos (26 vs. 228 mg, $p < 0.0001$), permanência hospitalar (2.3 vs. 6.6 dias, $p < 0.0001$), retorno às atividades normais (4.7 vs. 8.2 semanas, $p = 0.002$) e tempo de convalescença (8 vs. 14.1 semanas, $p = 0.007$). Complicações ocorreram em 5 pacientes (12%) no grupo laparoscópico, incluindo 2 conversões para cirurgia aberta, e em 10 pacientes (29%) no grupo da cirurgia aberta ($p = 0.07$). O tempo de seguimento foi menor no grupo laparoscópico (11.1 vs. 34.4 meses, $p < 0.0001$). Os 2 grupos foram semelhantes quanto à recorrência na bexiga (23% vs. 37%, $p = 0.42$), recorrência no leito ou no ferimento do trocarte (0% vs. 0%) e doença metastática (8.6% vs. 13%, $p = 1.00$). Dois pacientes (6%) morreram no grupo laparoscópico e 9 (30%) no grupo da cirurgia aberta. A sobrevida câncer-específica (97% vs. 87%) e a sobrevida absoluta (97% vs. 94%) foram semelhantes nos 2 grupos ($p = 0.59$).

Conclusões: Nos pacientes com câncer de células transicionais do trato superior que sejam candidatos à nefroureterectomia radical, o acesso laparoscópico retroperitoneal reproduz os princípios técnicos consagrados da cirurgia aberta oncológica tradicional, ao mesmo tempo que reduz significativamente a morbidade do procedimento. Os resultados oncológicos e de sobrevida a curto prazo são comparáveis aos da cirurgia aberta. Embora os resultados a longo prazo ainda não estejam disponíveis, pode-se dizer que a nefroureterectomia radical laparoscópica poderá suplantará a cirurgia aberta como procedimento-padrão nos pacientes com carcinoma transicional do trato urinário superior, com invasão muscular ou de alto grau.

Comentário Editorial

Este trabalho sugere que o gold standard do tratamento do carcinoma de células de transição do trato urinário superior poderá ser, num futuro próximo, a nefroureterectomia radical laparoscópica. O poderá ser tanto retroperitoneal, como os autores deste trabalho preferem, como transperitoneal, como nós e outros preferimos. Com maior tempo de seguimento oncológico, com ênfase especial nos índices de recorrência local e nos ferimentos dos trocartes, esse padrão poderá ser adotado por outros serviços onde se pratica a laparoscopia urológica avançada. Um trabalho randomizado prospectivo com um seguimento mínimo de 5 anos poderia dar a palavra final neste assunto, ainda polêmico.

Dr. Lísias N. Castilho

Metastatic renal cell cancer after laparoscopic radical nephrectomy: long-term follow-up

Fentie DD, Barrett PH, Taranger LA
J Endourol, 14: 407-411, 2000

Câncer renal metastático após nefrectomia radical laparoscópica: seguimento a longo prazo

Objetivo: Avaliar o risco de doença metastática no seguimento de pacientes submetidos a nefrectomia radical laparoscópica com morcelação para carcinoma de células renais.

Pacientes e Métodos: Foram apresentados os resultados no seguimento de 13.5 a 70 meses (média 33.4 meses) de 57 pacientes (estádio clínico inicial NOM0). Três pacientes desenvolveram metástases, um apresentava estágio clínico T3 e tumor grau III/IV e desenvolveu recorrência assintomática na fossa renal, com metástase torácica associada 14 meses após a cirurgia. O segundo, estágio clínico T2 e tumor grau II/IV, desenvolveu lesões ósseas dolorosas e uma metástase torácica 20 meses após a cirurgia. O terceiro paciente, com estágio clínico T3 e tumor grau IV/IV, desenvolveu uma única recorrência no local de entrada de um portal na parede abdominal, sem outras evidências de doença metastática com 25 meses.

Conclusões: O seguimento a longo prazo demonstrou 5% (3/57) de metástases após nefrectomia radical laparoscópica. Em 2 destes pacientes, o curso foi compatível com a história natural da doença; entretanto, o terceiro apresentou recorrência no local de um portal. Este achado levanta a questão do cuidado meticuloso que deve ser tomado com a técnica operatória e o seguimento dos pacientes após a nefrectomia laparoscópica.

Comentário Editorial

A nefrectomia radical é o tratamento padrão para o câncer renal. O acesso por via laparoscópica é uma alternativa segura para a realização do procedimento cirúrgico no câncer renal e está associada à baixa morbidade. Numa comparação direta entre a via aberta e a laparoscópica, vários autores relatam vantagem da laparoscópica quanto à diminuição significativa da necessidade de analgésicos no pós-operatório e menor permanência hospitalar, embora a cirurgia laparoscópica necessite de uma equipe cirúrgica bem treinada e demande maior tempo operatório. O trabalho em questão aponta a probabilidade de ocorrência de implantação de tumor no orifício do portal onde se deu a morcelação, o que talvez nos oriente para a necessidade da retirada da peça íntegra, por uma pequena abertura.

Dr. Marcelo L. de Lima

MISCELLANEOUS

Intravesical bacillus calmette-guerin and dimethyl sulfoxide for treatment of classic and nonulcer interstitial cystitis: a prospective, randomized double-blind study

Peeker R, Haghsheno MA, Holmäng S

J Urol 164: 1912-1916, 2000.

BCG intravesical e DMSO no tratamento da cistite intersticial: estudo prospectivo, duplo cego e randomizado

Objetivos: Determinar se os pacientes com cistite intersticial (CI) nas formas clássica e não ulcerada poderiam se beneficiar do tratamento com BCG intravesical e DMSO.

Métodos: 21 pacientes, 10 com a forma clássica e 11 com a forma não ulcerada de CI foram tratados de maneira aleatória com DMSO ou BCG intravesical. Não ocorrendo melhora eram tratados com a outra substância após período de 3 meses de descanso. Todos foram avaliados com questionários de sintomas, incluindo escala visual de dor e diário miccional.

Resultados: Independente do tipo de tratamento não houve melhora da capacidade funcional máxima. Houve redução da frequência urinária nos pacientes do grupo clássico tratados com DMSO ($p < 0.05$), enquanto, o tratamento com BCG não apresentou melhora em nenhum dos grupos. Melhora significativa da dor foi observada nos 2 grupos, clássico e não ulcerado, tratados com DMSO.

Conclusões: O BCG foi apresentado como uma nova e promissora opção de tratamento para a CI,

porém, não houve melhora dos sintomas neste estudo. O DMSO não tem efeito na capacidade funcional máxima, no entanto, reduz de forma significativa a dor e a frequência urinária em pacientes com CI na forma clássica.

Comentário Editorial

Este estudo apesar da pequena amostra, não conseguiu demonstrar efeitos benéficos do BCG no tratamento da CI, contrariando alguns estudos anteriores. O pequeno tempo de seguimento, apenas 3 meses, pode ser criticado, pois os efeitos do BCG podem demorar 6 meses para aparecer. O estudo nos faz refletir sobre o uso generalizado do BCG no tratamento da CI, pois é um tratamento que apresenta riscos. Devemos aguardar a conclusão de estudo multicêntrico comparando o BCG com placebo que já está em andamento. Somente após, poderemos colocar o BCG como uma alternativa para o tratamento da CI.

Dr. Maurício Rodrigues Netto

Gemcitabine and cisplatin versus methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin in advanced or metastatic bladder cancer: results of a large, randomized, multinational, multicenter, phase III study

Von der Maase H, Hansen SW, Roberts JT, Dogliotti L, Oliver T, Moore MJ, Bodrogi I, Albers P, Knuth A, Lippert CM, Kerbrat P, Sanchez Rovira P, Wersall P, Cleall SP, Roychowdhury DF, Tomlin I, Visseren-Grul CM, Conte PF
J Clin Oncol, 18: 3068-3077, 2000

Gemcitabina e cisplatina (GC) versus metotrexate, vinblastina, doxorubicina e cisplatina (MVAC) em cancer de bexiga avançado ou metastático: resultados de um grande estudo multicêntrico, multinacional e randomizado de fase III

Objetivo: Comparar MVAC com GC em pacientes com câncer de bexiga avançado ou metastático.

Introdução: O câncer de bexiga metastático ou avançado, antes do desenvolvimento da quimioterapia tinha mediana de sobrevida de 3 a 6 meses. Com o desenvolvimento da quimioterapia a sobrevida aumentou para 12.5 meses. A combinação MVAC é a quimioterapia que apresentou melhores resultados, porém com toxicidade alta. O aparecimento de novas drogas com atividade em tumores da bexiga, especialmente a gemcitabina, levou a realização de um estudo de fase III comparando o novo tratamento com o standard MVAC.

Material e Métodos: Estudo multicêntrico, multinacional e randomizado de fase III. Amostra calculada para detectar 33% de diferença entre os braços. Análise por intenção de tratamento. Pacientes com câncer de bexiga com doença localmente avançada (T4b, N2 ou N3) ou metastática (M1). Os objetivos principais - sobrevida, tempo para progressão, qualidade de vida, toxicidade e utilização de recursos médicos adicionais. Segue os princípios éticos da declaração de Helsinki.

Resultados: 405 paciente foram randomizados, GC n = 203; MVAC n = 202. Sobrevida em meses (intervalo de confiança de 95%): GC = 13.8 (12.3-15.8) X MVAC 14.8 (13.2 - 16.8) p não significativo. Tempo para progressão em meses (intervalo de confiança de 95%): GC = 7.4 (6.6-8.1); MVAC 7.4 (6.7-9.1). Qualidade de vida: similar nos 2 grupos com melhora de fadiga no braço GC. Toxicidade: menor necessidade de redução de doses por toxicidade no braço GC, menor incidência de toxicidade grau 3 e 4 com significância estatística (neutropenia febril, sepsis e mucosite) no braço GC, menor mortalidade por toxicidade sem significância estatística no braço GC. Utilização de recursos médicos: menor necessidade de uso de medicamentos (antibióticos,

antifúngicos, fator estimulador de colônias e outros) no braço GC, menor hospitalização em número e em dias no braço GC.

Conclusão: GC tem atividade similar ao MVAC, com um melhor perfil de toxicidade e tolerância. O GC deve ser utilizado no tratamento destes pacientes.

Comentário Editorial

Dados de um estudo randomizado que atendem aos critérios de validação de estudos de tratamento e a princípios éticos adequados, demonstram que a quimioterapia GC tem a mesma atividade, com melhor toxicidade que o MVAC em pacientes com câncer de bexiga avançado e metastático. Seu maior custo pode ser compensado pela menor utilização de recursos hospitalares e medicações adicionais. Temos um estudo que fornece nível II de evidência para o uso de GC nestes pacientes. Estudos futuros de análise econômica devem avaliar o custo/benefício desta combinação. É a primeira quimioterapia em mais de 15 anos que demonstra alguma vantagem sobre o MVAC tradicional. Esta combinação pode ser adotada como tratamento padrão no tratamento destes pacientes. Aguardamos estudos da mesma qualidade que avaliem esta combinação em tratamento adjuvante e conservador do câncer de bexiga.

Dr. Otávio A. C. Clark