
UROLOGICAL SURVEY

SECTION EDITOR

NELSON RODRIGUES NETTO JR.
Unicamp
Campinas, SP

EDITORIAL COMITTEE

ATHANASE BILLIS
Unicamp
Campinas, SP

FRANCISCO F.H. BRETAS
Hospital Mater Dei
Belo Horizonte, MG

NELSON M.G. CASERTA
Unicamp
Campinas, SP

ADERIVALDO CABRAL DIAS FILHO
Hospital das Forças Armadas
Brasília, DF

SANDRO CASSIANO ESTEVES
Androfert
Campinas, SP

GILVAN N. FONSECA
Universidade Federal de Goiás
Goiânia, GO

ADRIANO FREGONESI
Unicamp
Campinas, SP

OSAMU IKARI
Unicamp
Campinas, SP

MARCELO LOPES LIMA
Unicamp
Campinas, SP

ADILSON PRANDO
Hospital Vera Cruz
Campinas, SP

MAURÍCIO RODRIGUES NETTO
Hospital Beneficência Portuguesa
São Paulo, SP

ALOYSIO F. TOLEDO
Hospital São Lucas, PUC
Porto Alegre, RS

MISCELLANEOUS

Prospective identification of National Institute of Health category IV prostatitis in men with elevated prostate specific antigen

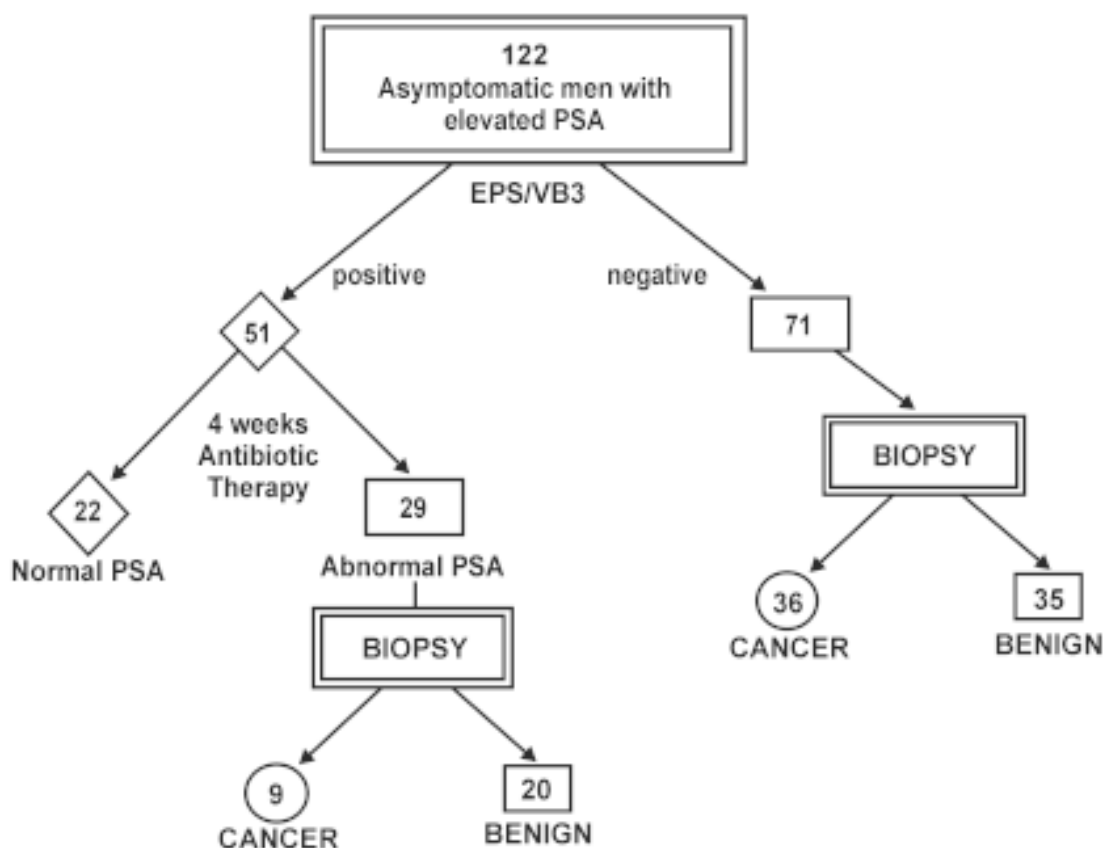
Potts JM

J Urol, 64: 1550-1553, 2000

Identificação prospectiva de prostatite tipo IV (NIH) em homens com antígeno específico prostático elevado

Objetivo: A prostatite pode ser a causa da elevação do antígeno específico prostático (PSA). Raramente, entretanto, esses pacientes são investigados quanto ao diagnóstico de prostatite, antes de serem submetidos à biópsia prostática com o intuito de descartar a presença de câncer da próstata.

Material e Métodos: 122 homens assintomáticos, e com o PSA elevado, foram avaliados pela técnica dos 3 frascos (VB3) para diagnóstico de prostatite. A conduta metodológica foi baseada no gráfico a seguir.



Resultado: Somente os indivíduos que continuaram com o PSA elevado, após 4 semanas de antibioticoterapia (29), foram submetido à biópsia, e destes, 9 tinham câncer. No grupo no qual não se diagnosticou prostatite, e não foi medicado (71), a biópsia foi positiva em 36.

Conclusão: A procura de prostatite tipo IV - NIH (processo inflamatório assintomático) deve ser considerada em homens com elevação do PSA.

Comentário Editorial

Acompanhando o gráfico, nota-se que 51 pacientes tiveram o diagnóstico de prostatite, e após o tratamento, 29 continuaram com PSA elevado e foram encaminhados para biópsia. Destes, 9/29 (31%) tinham câncer. Do grupo sem prostatite, 36/71 (51%) tinham câncer. O artigo conclui que, o diagnóstico prévio de prostatite selecionaria os possíveis portadores de câncer, diminuindo o número de biópsias desnecessárias (22/122).

Temos observado que muitos urologistas recomendam aos pacientes com PSA elevado, rotineiramente, o uso de antibióticos durante 4 ou 8 semanas, sem contudo, investigar a existência de prostatite.

Na nossa prática, o uso de antibiótico para o tratamento de PSA elevado, em pacientes assintomáticos, não foi acompanhado pela redução dos níveis de PSA, o mesmo ocorrendo com os casos cujas biópsias revelaram prostatite tipo IV-NIH.

Quando o diagnóstico de prostatite houver sido estabelecido, o tratamento com antibiótico poderá ser prescrito, com melhora, ou mesmo, normalização dos níveis do PSA, e com isso orientando a indicação de biópsia da próstata.

Portanto, com o apoio da medicina baseada em evidências, não se pode endossar o tratamento a base de antibiótico, em pacientes assintomáticos e com elevação do PSA, sem prévio diagnóstico de prostatite.

Dr. Nelson Rodrigues Netto Jr.

IMAGING

Retroperitoneal metastases in testicular cancer: role of CT measurements of residual masses in decision making for resection after chemotherapy

Steyerberg EW, Keizer HJ, Fossà SD, Bajorin DF, Gerl A, Wit R, Kirkels WJ,
Koops HS, Habbema JDR
Radiology, 215: 437-444, 2000

Metástases retroperitoneais no câncer testicular: papel das medidas de TC das massas residuais na decisão de ressecção após quimioterapia

Objetivo: Determinar a importância relativa das medidas da TC para prever os achados histológicos em massas residuais de pacientes com câncer testicular não seminomatoso.

Métodos: Foram obtidas as medidas do diâmetro transversal máximo de metástases retroperitoneais antes e após quimioterapia (QTX), em 641 pacientes que sofreram ressecção após QTX e com marcadores tumorais normais. As medidas radiológicas e as características clínicas (tipo histológico do tumor primário, níveis de AFP, HCG, LDH) foram relacionadas aos achados histológicos na massa residual.

Resultados: Na ressecção 302 pacientes tinham tecido benigno e 339 tumor residual (teratoma maduro ou câncer). Tumor foi mais frequente em grandes massas após QTX, mas não se correlacionou ao tamanho da massa antes da QTX.

Conclusão: Uma pequena massa retroperitoneal após QTX é um importante fator preditivo para achados histológicos benignos de massas residuais em pacientes com câncer testicular não seminomatoso. Entretanto, a capacidade preditiva melhora quando a redução no tamanho e as características clínicas são consideradas também. Decisões para ressecção devem ser baseadas na combinação destas características e não somente no tamanho da massa após QTX.

Comentário Editorial

A decisão para ressecção de massa residual retroperitoneal analisada pela TC após QTX é geralmente baseada na noção que tumor residual é raro nos remanescentes da doença inicial muito pequenos (menos de 1.0 cm) contendo somente fibrose e necrose.

Este trabalho associou os resultados de vários serviços nos Estados Unidos e Europa, combinando as características radiológicas e clínicas em vários modelos estatísticos e de análise de regressão logística. Demonstrou-se que o tamanho da massa após QTX não deve ser considerado sozinho para prever o conteúdo histológico provável da lesão residual, mas deve ser combinado com a redução do tamanho (comparado antes da QTX) e as características clínicas.

Initial experience with contrast-enhanced sonography of the prostate

Halpern EJ, Verkh L, Foresberg F, Gomella LG, Matterey RF, Goldberg BB

AJR, 174: 1746-1575, 2000

Experiência inicial com ultra-sonografia da próstata com contraste

Objetivo: Investigar a utilidade da US com contraste para detectar vascularidade na próstata e melhorar a detecção do câncer prostático.

Métodos: Vinte e seis pacientes com PSA elevado ou toque digital anormal foram incluídos no estudo com US e contraste sonográfico endovenoso. Os achados sonográficos foram correlacionados com os resultados de biópsia sextante.

Resultados: Realce focal tornou-se evidente em dois tumores isoecóicos que não eram visíveis nas imagens iniciais sem contraste.

Conclusão: US com contraste da próstata pode ser útil para realce seletivo de tecido prostático maligno.

Comentário Editorial

Este artigo vem documentar o que temos observado na prática com o uso de contraste sonográfico endovenoso. A US com Doppler em cores já possibilita uma visibilidade maior para selecionar áreas suspeitas para biópsia prostática, principalmente os tumores isoecogênicos. Com o emprego do contraste sonográfico endovenoso já disponível no Brasil, este realce da vascularização é ainda maior. Julgamos particularmente útil naquelas situações de repetição de exame com PSA elevado e biópsias negativas, onde poderemos direcionar mais fragmentos para área realçada pelo uso do contraste.

A literatura americana escassa deve-se provavelmente ao retardo da legalização do agente realçador naquele país, em oposição à Europa onde já estava sendo utilizado. No Brasil a maior limitação é o custo do contraste.

Dr. Nelson M.G. Caserta

ONCOLOGY

Detection of hematogenous micrometastasis in patients with transitional cell carcinoma

Güdemann CJ, Weitz J, Kienle P, Lacroix J, Wiesel MJ, Soder M, Benner A,
Staehler G, Doeberitz MVK
J Urol, 164: 532-536, 2000

Detecção de micrometástases hematogênicas em pacientes portadores de carcinoma de células transicionais

Objetivo: Detectar e identificar a CK20 em células tumorais circulantes no sangue periférico, linfonodos e medula óssea através da utilização da RT-PCR (Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction) em pacientes portadores de carcinoma de células transicionais.

Material e Métodos: No período de abril de 1997 a junho de 1998, 59 pacientes (43 homens e 16 mulheres), com idade média de 70.4 anos e suspeita diagnóstica de carcinomas de células transicionais da bexiga e trato urinário superior foram selecionados. Neste grupo 49 pacientes apresentaram confirmação diagnóstica de TCC, randomizados e tratados no Depto. de Urologia da Universidade de Heidelberg. A ressecção transuretral do tumor vesical foi realizada em 36 pacientes, cistectomia radical em 22 e nefroureterectomia em um paciente. O grupo controle negativo foi constituído por 22 jovens voluntários, não portadores de doenças neoplásicas.

O sangue foi coletado em ambos os grupos. Nos portadores de neoplasias, a coleta foi realizada no momento da admissão hospitalar, antes de qualquer terapia (quimioterapia ou cirurgia) e neste mesmo grupo foram obtidas biópsias da lesão tumoral, armazenadas em nitrogênio líquido a - 80C. Realizada a extração do RNA das linhagens celulares dos espécimens tumorais e das células mononucleares do sangue periférico kit (Trizol, Gibco). A seguir, com a técnica RT-PCR com a transcriptase reversa utilizando o kit (SuperScript II; Gibco) foi sintetizado o cDNA e amplificado com a realização de 35 ciclos, com intervalos de 30 segundos.

Resultados: O carcinoma de células transicionais foi confirmado em 49 pacientes. Os outros 10 pacientes mostraram urocistites sem evidências de tumores. Dos 49 pacientes randomizados, 12 (25%) evidenciaram CK20 RT-PCR positivo nas células uroteliais e no sangue periférico, nenhum caso era Pta (0%), PT1 2 (18%), PT2 3 (23%), PT3 2 (33%), PT4/pTxM1 5 (63%).

Conclusão: A detecção de CK20 RT-PCR positivo foi significativamente correlacionada com o estágio tumoral e aumentou de 0% no estágio pTa para 63% no estágio pT4 ou M1.

Comentário Editorial

O prognóstico de pacientes portadores de TCC depende de vários fatores e recentemente as evidências dos eventos moleculares poderão estabelecer painéis moleculares que vão contribuir para a análise do desenvolvimento e progressão do tumor. Resultados falsos-positivos de detecção de CK20 mRNA por RT-PCR foram descritos em um paciente dentre 12 saudáveis voluntários e em 2/58 pacientes, um com adenoma hepático e outro com pancreatite crônica.

No presente trabalho, 12 de 49 pacientes (25%) apresentaram CK20 RT-PCR positivo, indicando a presença de células uroteliais circulantes e não foram encontrados resultados falsos-positivos nos pacientes do grupo controle. Os resultados falsos-positivos da literatura podem ser devido à utilização do método, com risco de contaminação cutânea do CK20 positivo nas células de Merkel. Resultados controversos na detecção de células no sangue periférico foram apresentados em pacientes portadores de câncer localizado da próstata. Estudos prospectivos randomizados e comparativos serão necessários para definir o significado do CK20 como um marcador molecular na avaliação e seguimento dos pacientes portadores de carcinoma transicional da bexiga e trato urinário superior.

A prospective randomized trial comparing 6 versus 12 prostate biopsy cores: impact on cancer detection

Naughton CK, Miller DC, Mager DE, Ornstein DK, Catalona WJ
J Urol, 164: 388-392, 2000

Estudo prospectivo e randomizado comparando 6 versus 12 fragmentos de biópsia prostática: impacto na detecção do câncer

Objetivo: Determinar os índices de detecção do câncer da próstata comparando biópsias com 6 e 12 fragmentos.

Material e Métodos: dentre o total de 244 pacientes, 71 (29%) negros e com idade média de 65 ± 8 anos foram randomizados para submeterem-se à biópsia transretal da próstata. Destes pacientes, 44 recusaram-se a participar do projeto. O protocolo incluiu o estudo demográfico (história prévia, raça, biópsia prévia, alterações no toque retal, PSA L/T, densidade e estudo com ultra-som endorectal). Neste estudo o toque retal foi suspeito para câncer e o antígeno prostático específico (PSA) encontrava-se entre 2.5 e 20 ng/ml. Foram excluídos os pacientes portadores de prostatite. Do grupo selecionado, 122 pacientes realizaram biópsia com a obtenção de seis fragmentos e em 122 foram obtidos 12 fragmentos para a análise histopatológica. O PSA foi estratificado em grupos de 0 a 10 ng/ml e de 10.1 a 20 ng/ml. Todos os pacientes receberam dois questionários (abordando hematúria, hemospermia, hematoquesia, dor, febre e hospitalização), para serem respondidos entre duas e quatro semanas após a biópsia. O preparo dos pacientes para a biópsia incluiu enema retal, antibióticoterapia com fluorquinolona e as biópsias foram realizadas na região periférica da próstata (3 amostras do lobo esquerdo e 3 à direita), com agulha 18 gauge, orientadas por ultra-som endorectal com transdutor de 7MHz.

Resultados: Não foram encontradas diferenças significantes nos índices de detecção de câncer como também nas variáveis biológicas, raça, idade e PSA. Dos participantes, 92% responderam o questionário com duas semanas e 79% (192 de 244) responderam entre duas e quatro semanas.

A taxa de detecção do câncer no grupo de 6 e 12 fragmentos foram similares, 26% e 27% respectivamente. No grupo de pacientes com 12 fragmentos, 21% dos tumores foram diagnosticados na segunda biópsia sextante. A resposta ao questionário dos pacientes submetidos à biópsia com 6 e 12 fragmentos evidenciou hematúria em 12% e 13%, hematoquesia em 11% e 15% e hemospermia em 15% e 23% respectivamente. A análise dos questionários não evidenciou diferenças estatisticamente significantes.

Conclusão: A biópsia periférica da glândula com obtenção de 12 fragmentos não aumentou o índice de detecção de câncer da próstata.

Comentário Editorial

A biópsia sextante da próstata geralmente é bem tolerada pela maioria dos homens e não requer sedação ou anestesia. O índice de falso negativo varia entre 15 a 34% dos homens. Estudos prévios evidenciaram que homens idosos, com PSA sérico elevado, e grandes volumes prostáticos, poderão requerer maior número de fragmentos para conseguir diagnosticar o câncer da próstata. Estudos prospectivos indicaram aumento nos índices de 37% e 35% na detecção do câncer quando foram realizadas biópsias com 12 e 13 fragmentos, respectivamente. Biópsias em 5 regiões (incluindo a linha média) aumentou em 4% as chances de detecção de câncer. Outros estudos, entretanto, não revelaram diferenças na detecção do câncer quando utilizaram até 18 fragmentos

Dr. Gilvan Neiva Fonseca

ENDOUROLOGY AND LAPAROSCOPY

Laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma: comparison with open adrenalectomy and comparison of laparoscopic surgery for pheochromocytoma versus other adrenal tumors

Tanaka M, Tokuda N, Koga H, Kimoto Y, Naito S

J Endourol, 14: 427-431, 2000

Adrenalectomia laparoscópica para feocromocitoma: comparação com cirurgia aberta e comparação com cirurgia laparoscópica para outros tumores de adrenal

Objetivo: Comparar a eficiência da cirurgia laparoscópica com a cirurgia aberta convencional para feocromocitoma e com a cirurgia laparoscópica para outros tumores adrenais.

Pacientes e Métodos: No total de 54 pacientes com tumores adrenais, 10 feocromocitomas tratados por via laparoscópica foram comparados a um grupo de 7 feocromocitomas submetidos à adrenalectomia aberta convencional.

Resultados: A adrenalectomia laparoscópica foi bem sucedida em 9 dos 10 pacientes. Não houve diferença no tamanho do tumor, tempo de cirurgia, perda sangüínea ou ocorrência de episódios hipertensivos durante a cirurgia entre os pacientes tratados com procedimentos laparoscópicos e os submetidos à cirurgia aberta. Entretanto, o número de dias para reinício da alimentação e deambulação, duração da hospitalização e necessidade de analgésicos parenterais foram significativamente menores com a cirurgia laparoscópica. Os 2 tipos de cirurgia não apresentaram diferença significativa quanto ao tempo de cirurgia, perda sangüínea e incidência de complicações intra-operatórias.

Conclusões: A adrenalectomia laparoscópica não aumenta os riscos específicos associados com a cirurgia para feocromocitoma. É uma alternativa minimamente invasiva à adrenalectomia aberta convencional.

Comentário Editorial

A cirurgia laparoscópica para feocromocitoma requer técnica cirúrgica apurada e difere da cirurgia para outros tumores da adrenal em razão do risco de crises hipertensivas incontroláveis, hemorragias e malignidade.

A aplicação de procedimentos laparoscópicos para feocromocitoma era controversa, pois a manipulação do tumor durante a cirurgia ou até mesmo o próprio pneumoperitônio, poderia induzir uma crise hipertensiva, levando à disfunção miocárdica ou hemorragia cerebral.

O presente trabalho não verificou diferença na proporção de pacientes com episódios hipertensivos entre a cirurgia aberta e a laparoscópica. Nos pacientes tratados por via laparoscópica, as crises hipertensivas foram menos frequentes nos feocromocitomas do lado esquerdo (50%) que nos localizados no lado direito (83%). Essa diferença pode ser atribuída à técnica laparoscópica que permitiu a identificação precoce e ligadura da veia adrenal esquerda. No lado direito, devido à proximidade com a veia cava, a ligadura da veia adrenal pode ser mais trabalhosa e demorar mais tempo. Os autores compararam a laparoscopia para o feocromocitoma e para outros tumores adrenais, e concluíram não que não houve diferença significativa entre os principais parâmetros estudados.

Em vista do exposto, a adrenalectomia laparoscópica deve ser considerada um método seguro, efetivo e minimamente invasivo para feocromocitoma, desde que respeitados os pontos de técnica cirúrgica mencionados.

Is the conservative management of ureteric calculi of > 4 mm safe?

Irving SO, Calleja R, Lee F, Bullock KN, Wraight P, Doble A

BJU Int, 85: 637-640, 2000

O tratamento conservador para cálculos ureterais maiores que 4 mm é seguro?

Objetivo: Determinar a segurança do tratamento conservador de cálculos ureterais maiores que 4mm de diâmetro, usando mercapto-acetiltriglicina (MAG3) para monitorizar a função renal.

Pacientes e Métodos: Pacientes com cálculos ureterais sintomáticos, unilaterais, foram avaliados prospectivamente. Após a confirmação da posição do cálculo usando-se a urografia excretora, um renograma com o radioisótopo MAG3 foi realizado dentro de 48 horas após a admissão do paciente e novamente um mês após, se tratados conservadoramente, ou após estarem livres do cálculo, se a intervenção fosse precoce. As indicações de intervenção foram perda da função renal ipsilateral > 5%, infecção, dor ou qualquer combinação destes fatores.

Resultados: Ao todo foram avaliados 54 pacientes, 18 alocados para o tratamento conservador. Nos restantes 36 pacientes a intervenção cirúrgica foi precoce em oito pacientes devido à dor, em 15 pacientes devido somente à queda de função e em 13 devido à queda de função e infecção. Do total de 54 pacientes avaliados, 28% já se apresentaram com perda de função renal, silenciosa. Nenhum cálculo > 7 mm passou sem intervenção. O modo de tratamento inicial foi determinado de acordo com a necessidade clínica individual. Intervenção devido somente à redução de função (em < 7 dias) proporcionou uma recuperação melhor da função renal ($p = 0.03$) do que aqueles submetidos a uma intervenção tardia.

Conclusões: O tratamento conservador de cálculos entre 5 e 7 mm de diâmetro é seguro, desde que o estudo com radioisótopos seja usado para identificar aquelas unidades renais com queda de função, uma vez que a intervenção precoce nesses casos proporcionou melhor recuperação renal.

Comentário Editorial

O trabalho em questão nos dá uma visão abrangente do tratamento do cálculo ureteral, tão freqüente em nossa clínica diária. O conceito de tratamento conservador do cálculo ureteral está relacionado à possibilidade de eliminação espontânea e segura, e sem perda da função renal. A possibilidade de identificação precoce dos pacientes que se apresentam com queda da função permite que a intervenção cirúrgica seja rápida (< 7 dias), com possibilidade de uma recuperação efetiva do parênquima renal. O estudo com radioisótopo na ureterolitíase permite a avaliação e a comparação da função renal de ambos os rins. O presente estudo demonstrou que 28% dos pacientes que foram submetidos à intervenção precoce foram identificados unicamente por queda da função renal na cintilografia com MAG3, uma vez que se mantinham assintomáticos com medicação analgésica leve. Pequenos cálculos (< 5 mm) foram capazes de causar queda da função na mesma proporção que cálculos maiores. Nenhum cálculo maior que 7 mm passou sem intervenção. Em vista destas informações, talvez, em um futuro muito próximo, passaremos à avaliar inicialmente o paciente com cálculo ureteral através de exames radioisotópicos associados à radiografia simples, na tentativa de identificação dos pacientes que já se apresentam com queda de função renal.

Dr. Marcelo Lopes de Lima