

---

## UROLOGICAL SURVEY

---

### SECTION EDITOR

NELSON RODRIGUES NETTO JR.  
Unicamp  
Campinas, SP

### EDITORIAL COMMITTEE

ATHANASE BILLIS  
Unicamp  
Campinas, SP

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

LÍSIAS N. CASTILHO  
USP  
São Paulo, SP

OTÁVIO A. C. CLARK  
Instituto Radium  
Campinas, SP

JOAQUIM DE A. CLARO  
UNIFESP  
São Paulo, SP

ADERIVALDO C. DIAS FILHO  
Hospital das Forças Armadas  
Brasília, DF

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

GILVAN N. FONSECA  
Universidade Federal de Goiás  
Goiânia, GO

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

ALOÍSIO FLORIANO DE TOLEDO  
PUC-RS  
Porto Alegre, RS

---

## ENDOUROLOGY AND LAPAROSCOPY

---

### **Laparoscopic live donor nephrectomy: the recipient**

Ratner LE, Montgomery RA, Maley WR, Cohen C, Burdick J, Chavin KD, Kittur DS, Colombani P, Klein A, Kraus ES, Kavoussi LR  
*Transplantation*, 69: 2319-2323, 2000

### ***Nefrectomia laparoscópica de doador vivo: o receptor***

**Objetivos:** A nefrectomia laparoscópica de doador vivo oferece vantagens ao doador em termos de redução da dor e recuperação mais breve. Até agora, não foi realizada nenhuma análise detalhada do receptor, de rim removido por laparoscopia. O propósito deste estudo foi determinar se a nefrectomia laparoscópica do doador tem algum efeito deletério no receptor.

**Métodos:** Fez-se uma análise retrospectiva de todos os transplantes renais realizados com doadores vivos entre janeiro de 1995 e abril de 1998. O grupo controle recebeu rins retirados por meio de incisão lombar clássica (aberta). A rejeição foi caracterizada histologicamente. O clearance de creatinina foi calculado por meio da fórmula de Cockcroft-Gault.

**Resultados:** 110 receptores receberam rins retirados por laparoscopia (Lap) e 48 por cirurgia aberta (Aber). As taxas de sobrevivência de 1 ano do receptor (100% vs. 97%) e do enxerto (93.5% vs. 91.1%) foram semelhantes para os grupos Aber e Lap, respectivamente. Incidências similares de trombose vascular (3.4% vs. 2.1%, P = NS) e de complicações ureterais (9.1% vs. 6.3%, P = NS) foram observadas nos grupos Lap e Aber, respectivamente. A incidência de rejeição aguda no primeiro mês foi de 30.1% no grupo Lap e de 31.9% no grupo Aber (P = NS). O declínio do nível da creatinina sérica no período pós-operatório imediato foi mais rápido no grupo Aber, mas no 4o. PO nenhuma diferença significativa pôde ser observada. Nenhuma diferença de função do enxerto foi observada a longo prazo. O período de internação foi de 7 dias (mediana) para ambos os grupos.

**Conclusões:** A nefrectomia laparoscópica não afeta negativamente a recuperação do receptor. Os benefícios, já demonstrados, da cirurgia laparoscópica para o doador, o aumento da disposição dos indivíduos de doar seus rins por laparoscopia e os resultados aceitáveis obtidos nos receptores justificam a adoção e o aperfeiçoamento desta técnica operatória.

### **Comentário Editorial**

Introduzida em 1995, a técnica da nefrectomia laparoscópica para transplante renal vem ganhando popularidade em alguns centros nos Estados Unidos e no Oriente, principalmente. Os motivos alegados pelos pioneiros são três: 1)- a cirurgia reduz a morbidade para o doador, causando menores seqüelas e recuperação muito mais rápida do que as proporcionadas pela cirurgia aberta; 2)- não há aumento da morbidade para o receptor, vencida a curva de aprendizado, estimada em 30 cirurgias pelo grupo da Universidade de Maryland; 3)- pode haver um aumento significativo de doadores, atraídos pela menor morbidade da cirurgia laparoscópica, como ocorreu, de fato, em algumas regiões dos Estados Unidos, mas não foi ainda observada em outros lugares. Em nossa opinião, como participantes do primeiro programa brasileiro de nefrectomia laparoscópica para transplante renal, em andamento no Hospital das Clínicas da FMUSP, ainda é cedo para se tirar qualquer conclusão definitiva. Estudos adicionais sobre custos comparativos, e resultados a longo prazo obtidos com a nefrectomia laparoscópica do rim direito, poderão fortalecer ou não as conclusões preliminares dos trabalhos até agora publicados.

*Dr. Lísias Nogueira Castilho*

### **Laparoscopic live donor nephrectomy: the University of Maryland 3-year experience**

Jacobs SC, Cho E, Dunkin BJ, Flowers JL, Schweitzer E, Cangro C, Fink J, Farney A,

Philosophe B, Jarrell B, Bartlett ST

*J Urol*, 164: 1494-1499, 2000

#### ***Nefrectomia laparoscópica do doador vivo: experiência de 3 anos da Universidade de Maryland***

**Objetivo:** Determinar se a nefrectomia laparoscópica do doador vivo diminui a morbidade para o doador renal, ao mesmo tempo em que fornece o rim com qualidade comparável à nefrectomia aberta.

**Material e Métodos:** Em um período de 3 anos, a nefrectomia laparoscópica do doador vivo foi realizada por via transperitoneal. Os dados médicos do doador e receptor foram avaliados quanto às características pré-operatórias, parâmetros intraoperatórios e intercorrências, bem como recuperação e complicações no pós-operatório.

**Resultados:** Das 320 nefrectomias laparoscópicas do doador vivo realizadas, o rim esquerdo foi removido em 97.5%. As complicações intraoperatórias ocorreram em 10.4% dos casos, e foram mais frequentes no início da experiência, determinando a conversão para nefrectomia aberta em 5 casos.

O tempo médio operatório foi de 3 horas e meia e o tempo médio de isquemia quente de 2 minutos e meio. Retenção urinária, íleo paralítico, hiperestésias e hérnia incisional foram as complicações pós-operatórias mais comuns. A necessidade de analgésicos no pós-operatório foi baixa e a hospitalização média foi de 66 horas.

**Conclusões:** A nefrectomia laparoscópica do doador vivo parece ser segura e reduz a morbidade nos doadores vivos. A função do aloenxerto é comparável a das séries de nefrectomia aberta.

#### **Comentário Editorial**

O artigo envolve uma das maiores séries de nefrectomia de doador vivo por via laparoscópica. O estudo é realizado de maneira detalhada, comparando os resultados do procedimento laparoscópico com a cirurgia aberta convencional. São avaliados parâmetros como tempo operatório, perda sanguínea e tempo de isquemia, bem como o comportamento dos rins a longo prazo. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à sobrevida dos rins entre as duas técnicas. A via laparoscópica promove menor agressão ao doador devido ao menor porte das incisões cirúrgicas, fazendo com que se use menos analgésicos no pós-operatório e o paciente retorne rapidamente às atividades diárias. O desenvolvimento de equipamentos de vídeo-cirurgia para sutura vascular permitiu a realização de ligaduras rápidas e seguras do pedículo renal, o que tornou a via laparoscópica bastante competitiva em relação à via aberta convencional.

***Dr. Marcelo Lopes de Lima***

## IMAGING

---

### **Patterns of recurrence in renal cell carcinoma**

Scatarige JC, Sheth S, Corl FM, Fishman EK

*AJR, 177: 653-658, 2001*

#### ***Padrões de recorrência do carcinoma de células renais***

**Objetivos e Métodos:** Apresentar sobre a forma de um ensaio iconográfico, uma revisão dos importantes aspectos clínicos do carcinoma de células renais (C.C.R.), e ilustrar as manifestações comuns e atípicas da recorrência tumoral e de metástases que podem ser encontradas durante o seguimento evolutivo da doença.

**Resultados:** Os padrões de recorrência tumoral e/ou de lesões metastáticas revelados pelo CT espiral foram: a)- recorrência local na fossa renal, comprometendo, freqüentemente, os músculos quadrado lombar e psoas e eventualmente a glândula adrenal ipsi-lateral; b)- adenopatia regional, comprometendo freqüentemente os nodos próximos ao pedículo vascular; c)- metástases à distância, em ordem decrescente de freqüência, pulmões e mediastino, osso, fígado, rim ou adrenal contra-lateral e cérebro; d)- metástases tardias, descobertas após 10 anos da cirurgia (sendo pulmões, pâncreas, osso, músculos esqueléticos e intestino, os sítios mais freqüentemente envolvidos).

**Conclusão:** A evolução clínica do C.C.R., após nefrectomia, é variável e imprevisível. O exame por CT espiral, com uso de contraste endovenoso, é o método ideal para o seguimento dos pacientes com alto risco de apresentar recorrência ou doença metastática. É de fundamental importância que os radiologistas que estejam investigando esses pacientes, estejam familiarizados com os achados clínicos e radiológicos comuns e atípicos da recidiva e da propagação metastática da neoplasia.

#### **Comentário Editorial**

Em nosso meio, é prática comum, seguir os pacientes operados de C.C.R., através do US abdominal periódico. Como se sabe, a recorrência local do C.C.R. ocorre em cerca de 5% dos pacientes, e está associada à ressecção incompleta do tumor, margens cirúrgicas positivas e metástases nodais. Os riscos para predizer eventual recorrência ou doença metastática são (tamanho do tumor, presença de trombo tumoral intra-venoso, metástases nodais regionais, alto grau de Fuhrman ao histopatológico e o padrão sarcomatóide).

Embora freqüentemente utilizado, o US abdominal não é o exame ideal para seguir estes pacientes, devido às significativas alterações na anatomia retroperitoneal que ocorrem após a nefrectomia. Alças de delgado e colon ocupam a loja renal e impedem a adequada avaliação da loja renal além de muitas vezes, simularem lesões tumorais.

Este estudo confirma o valor do CT espiral com contraste endovenoso (tóraco-abdomino-pélvico), como método de eleição para seguir os pacientes que apresentam alto risco de desenvolver recorrência tumoral ou doença metastática.

***Dr. Adilson Prando***

### **Testicular microlithiasis: what is its association with testicular cancer?**

Bach AM, Hann LE, Hadar O, Shi W, Yoo H, Giess CS, Sheinfeld J, Thaler H

*Radiology, 220: 70-75, 2001*

#### ***Microlitíase testicular: qual é sua associação com câncer testicular?***

**Objetivos:** Determinar a prevalência da microlitíase testicular em pacientes referidos para US escrotal em um centro terciário de tratamento de câncer e avaliar a associação entre microlitíase e neoplasia.

**Material e Métodos:** Sonografias testiculares obtidas em 528 homens foram retrospectivamente revisadas para identificar pacientes com achados sugestivos de microlitíase, massas intratesticulares e alterações intratesticulares heterogêneas. A associação de achados sonográficos e dados histopatológicos disponíveis em 95 pacientes foi avaliada. Análise estatística foi realizada para determinar a relação de câncer testicular, massa intratesticular, e microlitíase.

**Resultados:** 48 (9%) dos 528 pacientes tinham microlitíase; 13 deles (27%) tinham câncer testicular. Dos 480 pacientes sem microlitíase, 38 (8%) tinham câncer testicular. Noventa pacientes apresentavam massa testicular, dos quais 23 (26%) com microlitíase. Quarenta e três (12 com microlitíase) pacientes com massa eram portadores de câncer testicular, 43 (10 com microlitíase) possuíam achados benignos ou histopatológicos malignos não testiculares, e quatro (um com microlitíase) não tinham achados patológicos.

**Conclusão:** Microlitíase testicular é altamente associada com câncer testicular confirmado, bem como com evidência ultra-sonográfica de massa testicular.

#### **Comentário Editorial**

Esta é a maior série de pacientes adultos com microlitíase detectada ao US, em uma instituição, que é o Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York.

O estudo é interessante, visto ter utilizado transdutor de alta frequência (7.5 – 10 MHz) e realizado em uma instituição de referência para câncer.

Enquanto a microlitíase é descrita em 0.6% dos homens com indicação clínica para US testicular, o estudo mostrou prevalência de 9%, refletindo o padrão de atendimento de um centro especializado.

É oportuno o artigo quando há citações da literatura recente relacionando o risco de tumor com a intensidade da microlitíase. A importante mensagem é que microlitíase testicular está altamente associada com câncer testicular comprovado.

Não há ainda um estudo que demonstre o risco de se desenvolver câncer em pacientes com microlitíase.

***Dr. Nelson M. G. Caserta***

## ONCOLOGY

---

### **Transurethral resection of muscle-invasive bladder tumors: 10-year outcome**

Herr HW

*J Clin Oncol, 19: 89-93, 2001*

#### ***Ressecção transuretral de tumor vesical invasivo: resultados em 10 anos***

**Objetivo:** Avaliação dos resultados do tratamento dos tumores invasivos da bexiga, através, exclusivamente, da ressecção endoscópica.

**Material e Métodos:** No período de 1979 a 1989 foram atendidos 463 pacientes novos, portadores de tumor vesical de células transicionais e com invasão muscular, consecutivamente manejados da seguinte maneira: 432 (93%) realizaram ReRTU, observando-se ausência de lesão (TO) ou apenas comprometimento da lâmina própria (T1) ou presença de Tis, em 151 (35%) casos. A este grupo ofereceu-se a opção do tratamento standard (cistectomia radical) ou preservação da bexiga. A cistectomia foi escolhida por 52 pacientes (23 TO e 29 T1) e 99 optaram por vigilância cistoscópica (73 TO e 26 T1), e eventual cirurgia radical de resgate, em caso de progressão.

**Resultados:** A sobrevida doença específica, em 10 anos, foi de 76% (75 pacientes) no grupo tratado por RTU (99), sendo que 24% (24 pacientes) foram a óbito. Tal índice foi comparado aos que realizaram cistectomia imediata (52), dos quais 71% (37) encontravam-se vivos e livres de doença e 29% (15) faleceram em consequência do tumor. No grupo de 99 pacientes, nos quais a bexiga foi preservada, 82% de 73 pacientes com TO pós ReRTU sobreviveram, contra 57% dos 26 pacientes com T1 ( $p = .003$ ). Naqueles em houve recidiva tumoral com invasão muscular, 34 (34%) foram curados pela cistectomia de resgate e 16 (16%) sucumbiram à doença.

**Conclusão:** A RTU radical como tratamento dos tumores transicionais invasivos da bexiga obteve sucesso nos casos selecionados em que a ReRTU não demonstrou evidência de lesão (T2).

#### **Comentário Editorial**

A tentativa de preservação da bexiga, nos tumores invasivos, tem sido ansiosamente perseguida pelos urologistas, através de várias modalidades terapêuticas, mas sem sucesso a longo prazo. Aqueles que evitaram a cirurgia radical tiveram melhor qualidade de vida, porém relativa em função das recidivas e freqüentes re-tratamentos, além do ônus do aparecimento de metástases precoces, geralmente comprometendo suas vidas.

Tal conduta, baseando-se apenas na RTU, como enfoque inicial de tratamento nos tumores invasivos, tem sido aceita por poucos autores e com resultados díspares. Por exemplo, verificou-se apenas 40% de sobrevida em 5 anos nos tumores invasivos tratados por RTU radical (1), ainda com a dúvida de que os casos com melhor evolução poderiam atualmente ser considerados como T1a. Outros, com resultados semelhantes aos do autor, acompanhando 59 pacientes por 10 anos, e com sobrevida livre de doença em 74.5%, manejados apenas pela RTU, tiveram, em contrapartida, 28% de progressão, dos quais somente 29.7% foram resgatados pela cistectomia.

O presente trabalho mostra resultados otimistas, incluindo a ReRTU na rotina dos tumores invasivos, 6 semanas após a inicial. Entretanto, precisamos ressaltar certas tendências, como ausência de descrição dos tumores originais, se múltiplos ou solitários, presença ou não de carcinoma in situ (Cis) concomitante, se maiores de 4cm, se papilares ou sésseis e, possivelmente, se foram sub-estadiados. Quantos seriam realmente T1a, com menor chance de invasão muscular ou T1b? Tal classificação, baseada na invasão superficial ou profunda da muscularis mucosae não foi objeto deste estudo, por tratar-se de sutileza mais atual.

Creio que o caminho para elevar os índices de cura desta grave doença, conforme a tendência em voga, seria a identificação mais conclusiva do T1G3, trazendo maior segurança e amparo à indicação da cistectomia precoce. Porém, a conduta proposta por Herr, além da lembrança da RTU radical, tema quase esquecido pelos urologistas, poderia ser aceita em casos melhor selecionados (T1a), em pacientes mais idosos, ou com maior comprometimento clínico.

#### Referências

1. Barnes RW, Dick AL, Hadley HL, et al: Survival following transurethral resection of bladder carcinoma. *Cancer Res* 37: 1895-1899, 1977.
2. Solsona E, Iborra I, Ricos JV, et al: Feasibility of transurethral resection for muscle infiltrating carcinoma of the bladder: Long-term follow-up of a prospective study. *J Urol* 159: 95-99, 1998.

*Dr. Aloysio Floriano de Toledo*

### **Do bacteriostatic urethral lubricants affect the clinical efficacy of intravesical Bacillus Calmette-Guérin therapy?**

Lortzer H, Brake M, Horsch R, Keller H

*Urology, 57: 900-905, 2001*

#### ***O uso de lubrificantes bacteriostáticos uretrais afetam a eficácia do BCG intravesical?***

Objetivo: Investigar o efeito de lubrificantes bacteriostáticos uretrais na eficácia clínica do BCG intravesical nos tumores da bexiga.

Métodos: No período de julho de 1987 a agosto de 1999, 389 pacientes com tumores superficiais da bexiga (pTa multilocular, maior de 2cm, recorrente), pT1, pTis, receberam tratamento adjuvante com BCG intravesical, em regime de 6 semanas, após completar a ressecção do tumor vesical.

Retrospectivamente, foi analisada a possibilidade de redução da eficácia do BCG no tratamento do tumor vesical, causada pelo lubrificante.

Dessa forma, foram constituídos 2 grupos: grupo 1, de homens (n = 317, 81.5%), nos quais foram aplicados 11 mL do lubrificante (Instillagelâ, contém chlorhexidina como bacteriostático) e o grupo 2, de mulheres (n = 72, 18.5%) em que o BCG foi aplicado sem o uso do lubrificante. Os dois grupos eram similares quanto aos parâmetros estudados. Os pacientes foram seguidos, em média, por 54 meses (4 a 143 meses).

Resultados: Do total de 389 pacientes, 90 (23.1%) apresentaram recorrência; 73 (23%) no grupo que fez uso do lubrificante e 17 (23.6%) no que não usou lubrificante uretral. O tumor apresentou progressão em 14 casos (4.4%) no grupo sem lubrificante e em 8 (11%) no grupo em que não foi utilizado o lubrificante (p = 0.043).

Conclusão: O emprego de lubrificante bacteriostático uretral, prévio à instilação de BCG, não diminuiu o efeito imunoterápico do BCG intravesical. Com o objetivo de diminuir possível trauma uretral, o lubrificante é, especialmente, recomendado no homem.

#### **Comentário Editorial**

O BCG é, até o momento, o principal tratamento profilático nos tumores superficiais da bexiga. Os esquemas de aplicação são diversos, havendo maior propensão para o uso em ciclos de 6 semanas, com uma aplicação semanal, e revisão endoscópica aos 3 e 6 meses após. No caso de recorrência ou de citologia positiva,

repete-se o ciclo de 6 aplicações. Alguns autores recomendam terapia de manutenção, e a que apresenta melhores resultados é a proposta por Lamm, que utiliza ciclos de 3 semanas, a cada 6 meses, e durante 2 anos. Existem variações deste esquema de manutenção, quer quanto à periodicidade quer quanto o tempo de manutenção.

O tratamento com instilações de BCG intravesical obedece a severas recomendações quanto à possível absorção do medicamento pela mucosa uretrovesical. Dessa forma, deve-se aguardar de 3 a 4 semanas após a ressecção do tumor para iniciar a aplicação de BCG. Além disso, qualquer trauma uretral deve ser evitado, e caso venha a ocorrer, a instilação deve ser suspensa. A razão disso baseia-se nas graves conseqüências advindas da absorção do BCG, inclusive com risco de vida.

A proteção da uretra, principalmente no sexo masculino, é imperativa. A recomendação é o uso, em quantidades generosas, de lubrificantes uretrais antes de manipular a uretra para a aplicação do BCG, no tratamento dos tumores superficiais da bexiga.

*Dr. Nelson Rodrigues Netto Jr.*

**Randomized phase III trial of neoadjuvant MVAC + cystectomy versus cystectomy alone in patients with locally advanced bladder cancer: SWOG 8710 (INT-0080)**

Natale RB, Grossman HB, Blumenstein B, Vogelzang N, Trump DL, Speights VO, de Vere White R, Crawford ED

*Proceed ASCO 2001, Abstract #3; <http://www.asco.org/prof/me/html/01abstracts/0021/0021.htm>*

***Estudo randomizado de fase III de MVAC neoadjuvante + cistectomia versus cistectomia isolada em pacientes com câncer de bexiga localmente avançado: SWOG 8710 (INT-0080)***

Objetivos: Determinar se 3 ciclos de quimioterapia antes da cirurgia melhora a sobrevida de pacientes com câncer de bexiga avançado

Material e Métodos: Estudo randomizado de fase III com 307 pacientes com tumor de bexiga T2-4a,N0,M0, com função renal, hepática e hematológica normal, sem limite de idade. Objetivo principal é a sobrevida. Os pacientes foram submetidos a tratamento quimioterápico com MVAC (Metotrexate, Vimblastina, Doxorubicina e Cisplatina) por 3 ciclos antes da cistectomia versus cistectomia imediata.

Resultados: 153 pacientes foram randomizados para o grupo MVAC e 154 para o grupo cistectomia. Do grupo MVAC, 48 pacientes tiveram remissão completa, com ausência patológica de doença na peça operatória. Não houve mortes relacionadas à quimioterapia; após um seguimento de 7.1 anos, houve 85 mortes no grupo MVAC e 94 no grupo cistectomia isolada; a sobrevida no grupo MVAC foi estatisticamente superior O hazard ratio foi 0.74 (intervalo de confiança de 95% 0.55-0.99, p = 0.027); a sobrevida mediana para o grupo MVAC é de 6.2 anos versus 3.8 anos para a cistectomia isolada. Toxicidade grau 4 ocorreu em 55 pacientes recebendo MVAC, sendo 90% neutropenia isolada; houve apenas um caso de neutropenia febril. Não houve diferença na incidência de complicações cirúrgicas. A sobrevida foi superior no grupo tratado com MVAC, hazard ratio de 0.74 (95% CI 0.55-0.99, p = 0.027) e sobrevida estimada de 6.2 e 3.8 anos, respectivamente.

Conclusão: Este estudo oferece fortes evidências de benefício de sobrevida para pacientes com câncer de bexiga tratados com quimioterapia neoadjuvante.

### **Comentário Editorial**

Este trabalho foi apresentado no congresso da ASCO (American Society of Clinical Oncology) no ano 2001, e traz resultados muito fortes para uma mudança na prática clínica.

É um estudo randomizado de boa qualidade, com objetivo adequado, tamanho da amostra suficiente, multicêntrico e de longo seguimento (mais de 7 anos). Os resultados são confiáveis. Há uma demonstração de ganhos de sobrevivência importantes em pacientes com câncer de bexiga avançado com o uso de MVAC antes da cirurgia.

O índice de complicações graves é baixo, não houve mortes causadas pela quimioterapia, e somente um caso de neutropenia febril. Os outros casos de toxicidade grau 4 resolveram-se espontaneamente. O estudo oferece as melhores evidências disponíveis para o tratamento do câncer de bexiga localmente avançado.

Até que novos estudos apareçam, os pacientes com esta patologia devem ser tratados com quimioterapia neoadjuvante. Uma possível abordagem para evitar a neutropenia é o uso de fatores estimuladores de colônias, concomitante à quimioterapia.

*Dr. Otávio Clark*

## **UROLOGICAL NEUROLOGY**

---

### **Bladder neck incompetence in patients with spinal cord injury: significance of sympathetic skin response**

Rodic B, Curt A, Dietz V, Schurch B

*J Urol, 163: 1223-1227, 2000*

### ***Incompetência do colo vesical em pacientes com lesão medular: significado da resposta simpática cutânea***

**Objetivo:** Investigar se a resposta simpática cutânea perineal representa um meio diagnóstico acurado para avaliar a competência do colo vesical.

**Material e Métodos:** Foram comparadas as respostas cutâneas simpáticas perineais, podálicas e manuais, com estudos urodinâmicos em 90 pacientes com lesão medular (70 homens, 20 mulheres), sendo que 24 tinham lesões de cone medular e 66 lesões mais altas.

**Resultados:** Houve correlação entre a ausência de resposta simpática perineal e lesões entre T10-L2 em 46% dos casos e em 72% dos casos onde havia resposta simpática perineal, mas ausência de resposta manual ou podálica. Também houve correlação entre a ausência de resposta simpática perineal e incompetência do colo vesical nos pacientes com lesões entre T10-L2 (80%). Apenas um paciente (1/24; 4%) com lesão de cauda eqüina/cone medular tinha uma resposta simpática perineal alterada, mas este tinha o colo vesical competente.

**Conclusões:** O registro da resposta simpática perineal, manual e podálica, é um método adequado para a avaliação da função simpática tóracolombar, e pode ser utilizada para avaliação da competência do colo vesical em pacientes com lesão medular.

### **Comentário Editorial**

Os autores apresentam um estudo muito elegante, demonstrando que a avaliação da resposta eletrofisiológica cutânea perineal pode, indiretamente, avaliar a competência do colo vesical. Trata-se de um mecanismo esfinteriano importante e, principalmente, comandado pelo sistema nervoso autônomo, divisão simpática. Como todo trabalho bem feito, questionamentos ad hoc acabam surgindo. Primeiro: o desenho do estudo poderia ser aplicado a mulheres com incontinência urinária de esforço, correlacionando a resposta simpática, presença de um colo vesical aberto à urodinâmica e grau de incontinência urinária? Segundo: pacientes com lesão medular e disfunção ejaculatória demonstrariam alterações simpáticas cutâneas semelhantes? E, por último: pacientes com neuropatias periféricas foram excluídos do estudo. Não seria extremamente interessante aplicar um protocolo similar em pacientes diabéticos, por exemplo, na avaliação tanto de disfunções miccionais quanto de disfunções ejaculatórias?

*Dr. Aderivaldo Cabral Dias Filho*

### **The intravesical potassium sensitivity test and urodynamics: implications in a large cohort of patients with lower urinary tract symptoms**

Bernie JE, Hagey S, Albo ME, Parsons CL

*J Urol 166: 158-161, 2001*

### ***Teste do potássio e urodinâmica: implicações em uma grande amostra de pacientes com sintomas do trato urinário inferior***

**Objetivos:** Obstrução infravesical causada por hiperplasia prostática benigna (HPB) é o diagnóstico mais comum em pacientes idosos com sintomas do trato urinário inferior. No entanto, esses sintomas também podem ocorrer na cistite intersticial. Determinou-se quando o teste do potássio é útil para distinguir HPB de cistite intersticial. Também testamos a hipótese de que os pacientes com teste positivo terão urodinâmica compatível com cistite intersticial.

**Material e Métodos:** O teste de sensibilidade ao potássio foi realizado em 526 (95%) homens e 25 (5%) mulheres com sintomas do trato urinário inferior e submetidos ao estudo urodinâmico. Os parâmetros da urodinâmica nos pacientes com teste do potássio negativo e positivo foram comparados.

**Resultados:** 16% (89 de 551) dos pacientes tinha o teste do potássio positivo. Comparado com os pacientes com teste negativo, estes com o teste positivo eram mais jovens (61 x 64 anos,  $p = 0.03$ ), tinham urgência com volume menor (108 x 182 ml,  $p < 0.0001$ ), menor capacidade vesical (343 x 436 ml,  $p < 0.0001$ ) e volume residual mais baixo (49 x 95 ml,  $p < 0.0001$ ). Os parâmetros da urodinâmica nos 24% (6 de 25) de mulheres com teste de sensibilidade ao potássio positiva foi semelhante ao dos homens que também tinham teste positivo.

**Conclusões:** o resultado da urodinâmica em pacientes com sintomas do trato urinário inferior que apresentam teste do potássio positivo são significativamente diferente daqueles com teste negativo, e são semelhantes aos achados de cistite intersticial. A cistite intersticial deve ser considerada em pacientes com sintomas e teste positivo. A combinação do teste do potássio com a urodinâmica, pode ser útil para o rastreamento de pacientes com sintomas do trato urinário inferior, para distinguir os sintomas causados ou pela cistite intersticial ou HPB.

### **Comentário Editorial**

Este interessante estudo mostra que o teste do potássio, um exame que não é muito usado em nosso meio, porém de fácil execução, pode ajudar a elucidar alguns casos de HPB com urodinâmica sem obstrução que apresentam sintomas principalmente irritativos. Além disso, poderia ser usado no pós-operatório de pacientes que evoluíram mal, isto é, com permanência dos sintomas após realização de ressecção endoscópica da próstata, na tentativa de ajudar na resolução desses casos de difícil tratamento.

*Dr. Maurício Rodrigues Netto*