
UROLOGICAL SURVEY

SECTION EDITOR

NELSON RODRIGUES NETTO JR.
Unicamp
Campinas, SP

EDITORIAL COMITTEE

ATHANASE BILLIS
Unicamp
Campinas, SP

LÍSIAS N. CASTILHO
USP
São Paulo, SP

OTÁVIO A. C. CLARK
Instituto Radium
Campinas, SP

JOAQUIM DE A. CLARO
UNIFESP
São Paulo, SP

PEDRO P. DE SÁ EARP
F. M. Petrópolis
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

PATHOLOGY

Gleason grading of prostatic biopsies (Letter to the Editor)

Milette F, Larivière L, Piché J
Am J Surg Pathol, 24: 1443, 2000

Gradação de biópsias prostáticas pelo sistema Gleason (Carta ao Editor)

Objetivos: Os autores comentam o Editorial de Epstein JI (*Am J Surg Pathol, 24: 477-478, 2000*) no qual o autor preconiza que contagens finais 2-4 no sistema Gleason não devem ser feitas em biópsias prostáticas de agulha.

Argumentos: Os autores mostram-se perplexos com o Editorial de Epstein. Argumentam que a responsabilidade do patologista é avaliar adequadamente o grau histológico de um tumor na biópsia prostática. Para isso, ele se baseia na sua observação e no sistema de classificação utilizado. Os autores concordam que na maior parte das vezes o grau é subestimado na biópsia, quando comparado com a prostatectomia radical, entretanto, isto ocorre por causa da pouca representatividade do material examinado. Conseqüentemente, acham que o sistema Gleason não é adequado para biópsias de agulha. Uma solução seria utilizar apenas o grau nuclear (de 1 a 3) o qual mostra correlação com a avaliação na prostatectomia.

Propostas: Reconhecem, entretanto, que o sistema Gleason é tão amplamente utilizado que seria politicamente incorreto lutar contra ele. Assim sendo, propõem uma solução melhor e mais coerente que consiste em adicionar ao laudo de biópsias prostáticas de agulha com contagem final 2-4 a seguinte nota: “A presente contagem final pode representar um valor subestimado em relação ao encontrado na prostatectomia radical. Isto depende da amostragem do material examinado e do sistema de classificação”. Os autores fazem um comentário final de que o urologista deve saber conviver com estas limitações.

Pathologists should retain their individuality! (Reply by the author)

Epstein JI
Am J Surg Pathol, 24:1443-1444,2000

Os patologistas devem preservar a sua individualidade! (Réplica pelo autor)

Objetivos: Epstein responde dizendo que a recomendação dos autores para incluir uma nota ao laudo seria correto se a mesma fosse redigida da seguinte maneira: “Este resultado é quase sempre uma subestimativa da contagem final na prostatectomia radical. Esta limitação resulta quase sempre da tendência do patologista subestimar câncer limitado”.

Argumentos: De um total de 6023 prostatectomias radicais examinadas por Epstein nos últimos 10 anos, cujo diagnóstico foi estabelecido por biópsia de agulha, somente 15 (0.2%) mostravam na peça cirúrgica Gleason com contagem final 2-4.

Propostas: Epstein concorda com Milette et al. no que se refere à validade do sistema em biópsias de agulha. Ele tem pensado em adotar um sistema de gradação simplificado o qual inclui uma interpretação qualitativa seguida da contagem final do Gleason: adenocarcinoma moderada a bem diferenciado (Gleason contagem final 2-6); adenocarcinoma moderada a pouco diferenciado (Gleason contagem final 7); adenocarcinoma pouco diferenciado (Gleason contagem final 8); e, adenocarcinoma muito pouco diferenciado (Gleason contagem final 9-10). Epstein acredita que esta proposta mostrará uma correlação melhor entre o observado na biópsia de agulha e os achados na prostatectomia radical.

Comentário Editorial

Por causa da relevância do assunto, esta carta ao Editor era previsível. A proposta de Epstein, recomendando que laudos com Gleason contagem final 2-4 não sejam feitos em biópsias de agulha, é radical. Em que pese a baixíssima frequência dessa contagem em prostatectomias radicais, de acordo com a experiência do autor (0.2%), adenocarcinoma com contagem final 2-4 existe na zona periférica. Em trabalho realizado por nós em autópsias de homens com mais de 40 anos de idade, observamos carcinoma histológico (incidental) em 41/150 (27.33%) próstatas examinadas em cortes seriados. A contagem final no sistema Gleason foi 2-4 em 7/41 (17.07%); 5-6 em 32/41 (78.04%); e, 7 em 2/41 (4.87%) próstatas. Certamente, quase nenhum caso se apresenta com contagem final 2-4 no estágio T2 e, um número muito menor do que os 17.07% se apresentará com elevação de PSA (estádio T1c). Entretanto, adenocarcinoma com Gleason contagem final 2-4 existe na zona periférica e ele pode ser observado em biópsias de agulha.

O grande problema é a representatividade do material. Conforme dissemos no comentário editorial anterior, nos adenocarcinomas de baixo grau, a neoplasia mostra margem bem delimitada, além de ácinos sem caráter infiltrativo ou fusão. A não ser que a neoplasia tenha menos que 1 mm de diâmetro, não é possível saber com certeza se a margem é bem delimitada em toda a extensão do tumor. 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 e, na nossa opinião, a nota adicional ao laudo proposta por Milette et al. é válida e pertinente.

Dr. Athanase Billis

IMAGING

Testicular Microlithiasis: US Follow-up

Bennett HF, Middleton WD, Bullock AD, Teefey SA
Radiology, 218: 359-363, 2001

Microlitíase testicular: seguimento ultra-sonográfico

Objetivos: Determinar em pacientes com microlitíase testicular (MT) a história natural, a curto prazo, da microlitíase clássica (MTC) e da localizada (MTL).

Material e Métodos: A microlitíase testicular foi identificada por exame ultra-sonográfico (US) em 104 pacientes; 39 pacientes apresentavam 5 ou mais microlitos em pelo menos uma imagem do US (critério para MTC), e 65 pacientes tinham menos do que 5 microlitos (critério para MTL).

Resultados: Sete (18%) dos 39 pacientes com MTC e um (2%) dos 65 pacientes com MTL apresentaram tumor na apresentação inicial ($P = 004$). Dentre os 104 pacientes, 72 (31 com MTC, 41 com MTL) tiveram seguimento por US, em média 45 meses (variando de 12-90 meses). Nenhum destes pacientes desenvolveu neoplasia testicular nesse período. MTL não progrediu para MTC em nenhum paciente. Progressão no número de microlitos foi observado em 2 pacientes com MTC.

Conclusão: Pacientes com MTL têm menor prevalência de neoplasia associada dos que os com MTC. Num seguimento a curto prazo, o risco dos pacientes com MT isolada desenvolver neoplasias malignas é baixo. Estes resultados levantam a questão sobre a necessidade do uso rotineiro do US nesse grupo de pacientes.

Comentário Editorial

Microlitíases testiculares (microlitos) representam uma entidade relativamente rara, encontrada em menos de 1% dos US escrotais. São depósitos laminares de cálcio no interior do lúmen dos túbulos seminíferos. Existe ainda controvérsia sobre a real prevalência de neoplasias testiculares associadas à microlitíase testicular. Alguns autores referem prevalência de até 40%. No último congresso de radiologia norte-americano (RSNA-Chicago-USA), alguns trabalhos discutiram como caracterizar, adequadamente, esses microlitos e como valorizá-los procurando assim, determinar uma melhor relação custo-benefício para o seguimento ultra-sonográfico adequado desses pacientes.

Alguns autores relataram que cerca de 90% dos microlitos testiculares não estão associados ao desenvolvimento futuro de neoplasia. Todavia, até o momento, existe um consenso no qual todos os pacientes com microlitíase devem ser acompanhados com exame físico e US escrotal, pelo menos uma vez ao ano. Outro fator reconhecido é que havendo a associação de microlitíase com outros fatores de risco (tumor contralateral, criptorquidia) a prevalência de tumor é, ainda, muito maior. Talvez a desproporção dos índices de prevalência de tumores, nestes trabalhos, se deve ao fato do risco de desenvolver tumor em pacientes com MT isolada ou localizada ser bem menor do que naqueles com MTC. Se não especificarmos o tipo de alteração encontrada ao US, e portanto, considerarmos erroneamente MT isolada, MTL e MTC como sendo a mesma anormalidade, obviamente, os resultados serão discrepantes. Ainda se faz necessário um estudo com maior número de pacientes e com seguimento mais longo, e só então, poderemos estabelecer se os pacientes portadores de MT isolada ou MTL, merecem ou não uma conduta distinta daqueles com MTC.

Dr. Adilson Prando

Ecografía tridimensional: nuevo reto urológico

Orgaz RE, Gimeno MAN, Pérez EM, Arbej JAP, Esteban FA, Mayor VC

Arch Esp de Urol, 53: 677-684, 2000

Ecografía tridimensional: novo desafio urológico

Objetivo: Apresentar as aplicações urológicas da ecografia tridimensional (US3D) obtidas a partir da conversão das imagens bidimensionais.

Material e Métodos: Os autores realizaram US3D em 30 rins, 15 bexigas e 15 próstatas, após estudo em 2D, sendo sua primeira experiência com o método. Compararam as imagens obtidas e analisaram a melhora do poder diagnóstico.

Conclusão: Trata-se do início da investigação clínica das possibilidades da US3D em Urologia, nas que talvez sejam suas aplicações principais.

Comentário Editorial

Os autores utilizam as impressões pessoais com o emprego da US3D em seus primeiros 15 pacientes, para avaliar as potenciais aplicações clínicas em Urologia. É de se ressaltar que o número de pacientes é pequeno e a literatura tem poucas definições seguras das vantagens da US3D no campo da Urologia, embora em outras áreas como Obstetrícia e Cardiologia as aplicações têm avançado rapidamente.

A próstata parece ser mais beneficiada e como a US3D é menos dependente do operador, medidas e seguimento do volume tumoral podem ser realizadas com mais precisão. A definição da extensão do tumor prostático para as vesículas seminais e através do ápice, é difícil pela US convencional, mas as técnicas de

US3D em estudo são promissoras para estas áreas devido à habilidade para demonstrar múltiplos planos em qualquer orientação.

Nos rins há duas situações que são citadas como de potencial benefício com o emprego da US3D: a caracterização da neoplasia intra-renal quando é cogitada a nefrectomia parcial e a avaliação da perfusão regional em transplante renal, já que as alterações de rejeição podem ser segmentares.

O trabalho tem seu valor em chamar a atenção para as promessas dessa técnica, à medida que ela está ganhando popularidade ao se mover da área da pesquisa para a aplicação clínica. Os avanços na tecnologia deverão remover os artefatos e limitações ainda presentes, salientando as vantagens desta modalidade em comparação com a US convencional.

Dr. Nelson M.G. Caserta

ENDOUROLOGY AND LAPAROSCOPY

Surveillance of upper urinary tract transitional cell carcinoma: the role of ureteroscopy, retrograde pyelography, cytology and urinalysis

Chen GL, El Gabry EA, Bagley DH

J Urol, 164: 1901-1904, 2000

Vigilância do carcinoma de células do trato urinário superior: o papel da ureterosopia, da pielografia retrógrada, da citologia e da análise da urina

Objetivos: Um grupo selecionado de pacientes com carcinoma de células transicionais foram tratados com ressecção ureteroscópica. Determinou-se a validade e acuracidade da análise da urina, citologia vesical, citologia e biópsia do trato urinário superior, e da pielografia retrógrada para a detecção da recorrência do carcinoma de células transicionais de trato urinário superior comparados com os achados endoscópicos.

Material e Métodos: Pacientes com carcinoma de células transicionais tratados com ureterosopia foram seguidos a cada 3 e 6 meses. As revisões incluíram análise da urina com “dipstick” e sedimentoscopia, citologia urinária, pielografia retrógrada examinada por urologista e radiologista, e ureterosopia com citologia e biópsia das áreas suspeitas. Nem todos os dados foram obtidos para todos os casos. Medidas de sensibilidade e especificidade foram determinadas e relacionadas com os achados endoscópicos. Tratamento estatístico adequado foi realizado. A acuracidade de cada procedimento também foi calculada.

Resultados: Vinte e três pacientes tinham sido submetidos à ressecção ureteroscópica de carcinoma de células transicionais de baixo grau, os quais foram submetidos a 88 controles em 30 meses (Tabela). Um total de 56/88 recorrências (64%) foram detectadas através de ureterosopia, incluindo 11 (12%) associadas com recorrência vesical. Em pacientes que não tiveram recidiva vesical, a análise urinária apresentou sensibilidade de 37.5%, mas a especificidade foi de 85%, enquanto a citologia vesical teve sensibilidade de 50% e a especificidade foi de 100%, e a pielografia retrógrada, feita na sala de cirurgia, revelou sensibilidade de 71.7% e especificidade de 84.7%. A ureterosopia com biópsia e citologia apresentou sensibilidade de 93.4% e especificidade de 65.2%.

Conclusões: Os achados indicam que quando comparadas ureterosopia, análise da urina, citologia vesical, pielografia retrógrada e citologia/biópsia ureteroscópica, aquelas são menos válidas e acuradas para a detecção de recorrências de carcinomas de células transicionais do trato urinário superior. Baseados nesses dados recomendamos a avaliação ureteroscópica como um procedimento essencial para os pacientes tratados endoscopicamente de carcinoma de células transicionais de trato urinário superior.

Tabela - Sensibilidade, Especificidade e Acuracidade dos exames de controle

	Sensibilidade	Especificidade	Acuracidade
Sedimentoscopia da urina (bexiga/ ureter - rim)	36.3%	90.6%	59%
Sedimentoscopia da urina (ureter - rim)	37.5%	85.0%	58%
Citologia vesical (Ca de trato superior e bexiga)	48.0%	90.0%	61%
Citologia vesical (Ca de trato superior somente)	50.0%	100%	64%
Pielografia Retrógrada (lida por urologista)	71.7%	84.7%	78%
Pielografia Retrógrada (lida por radiologista)	27.0%	89.0%	69%
Ureteroscopia biopsia/citologia	93.4%	65.2%	85%

Comentário Editorial

Os carcinomas de células transicionais do trato urinário superior passíveis de serem tratados através da ureterosopia deverão ser preferencialmente aqueles de baixo grau e pouco invadidos. Sabidamente, a citologia urinária é mais sensível, e, portanto, mais adequada para a pesquisa e para o controle de casos de carcinomas in situ ou de tumores mais indiferenciados. Portanto, neste estudo, há uma pré-seleção dos tumores a serem estudados comparando-se métodos de controle que não são tão adequados para o mesmo tipo de tumor. Como foi demonstrado, para carcinomas de células transicionais, cuja indicação de tratamento foi a endoscópica, o controle pós-operatório ideal obviamente é aquele que reúne o maior número de dados, feito através da sedimentoscopia, da citologia, da pielografia retrógrada e da ureterosopia com e sem biopsia. O único fato a ser considerado é que este exame de controle tem um grau de invasividade não desprezível, com anestesia incluída, além do custo embutido da utilização do ureteroscópio, menos resistente que o desejável. Há também que se considerar que a inspeção ureteroscópica de todos os cálices, especialmente os inferiores, não é tarefa fácil (se feita de modo rigoroso), demandando perícia e experiência de quem o faz. Fica a mensagem, através deste artigo, que o controle dos tumores de células transicionais do trato urinário superior, atinge maior precisão e rigor se a ureterosopia com ou sem biopsia for acrescentada rotineiramente nos controles pós-operatórios aos demais exames convencionais.

Dr. Pedro P. de Sá Earp

Laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection for clinical stage I nonseminomatous testicular carcinoma: long-term outcome

Janetschek G, Hobisch A, Peschel R, Hittmair A, Bartsch G

J Urol, 63: 1793-1796, 2000

Linfadenectomia retroperitoneal via laparoscópica para tumores testiculares não seminomatosos - estágio I: avaliação a longo prazo

Objetivo: Relatar a eficácia oncológica a longo prazo e a morbidade da dissecação laparoscópica de linfonodos retroperitoneais para o carcinoma testicular.

Materiais e Métodos: No período de agosto de 1992 a setembro de 1999, 73 pacientes foram submetidos à dissecação laparoscópica de linfonodos retroperitoneais. Pacientes com linfonodos positivos receberam dois ciclos de quimioterapia.

Resultados: O tempo operatório variou de 150 a 630 minutos (média 221) nos casos mais recentes. Todas as cirurgias foram completadas como planejado, com exceção de dois pacientes, com uma taxa de conversão de 2.7%. Complicações menores ocorreram em apenas 6.8%. Nos últimos 44 pacientes estudados não houve complicações pós-operatórias maiores, e somente uma menor (2.3%). A hospitalização média pós-operatória foi de 3.3 dias. Não houve casos de perda da ejaculação nos pacientes operados. Os linfonodos foram positivos em 19 casos (26%). O seguimento médio em 47 pacientes com estágio patológico I da doença foi de 43.3 meses (7 a 84 meses). Recorrência retroperitoneal ocorreu em um paciente devido a achados histológicos falso-negativos, porém não houve outras recorrências.

Conclusões: No grupo estudado, a dissecação laparoscópica de linfonodos retroperitoneais foi eficiente cirurgicamente e também sob o ponto de vista oncológico. Durante o seguimento a longo prazo, de mais de 3 anos, não houve recorrência por falha cirúrgica.

Comentário Editorial

Mais um estudo demonstra a eficiência da laparoscopia para um procedimento tradicionalmente realizado por via aberta. Os resultados encontrados são comparáveis ao procedimento por via convencional, mas os tempos de internação e de recuperação foram inferiores, o que permite um retorno rápido às atividades normais do paciente.

Os índices de complicação e conversão foram baixos.

A maior preocupação da dissecação laparoscópica para linfonodos retroperitoneais é que esta pode não ser completa como na cirurgia aberta. Entretanto, se permanecerem linfonodos metastáticos, levando a estadiamentos histológicos falso-negativos, a doença crescerá rapidamente e se manifestará clinicamente dentro de um curto prazo de tempo. Assim, o número de recorrências retroperitoneais é um bom indicador da sensibilidade da dissecação laparoscópica dos linfonodos. Vista a baixa recorrência observada nos pacientes tratados, a laparoscopia demonstrou sua eficiência.

A laparoscopia é uma cirurgia de alta tecnologia e, considerada de alto custo. A avaliação realizada pelo grupo mostrou que embora o custo cirúrgico seja discretamente maior (3.216 versus 2.450 Euros), os custos gerais quanto ao tempo de internação e retorno às atividades profissionais foram plenamente a favor da laparoscopia.

Dr. Marcelo Lopes de Lima

Retroperitoneal laparoscopic adrenalectomy: clinical experience in 52 procedures

Soulié M, Mouly P, Caron P, Segin P, Vazzoler N, Escourrou G, Bastide T, Pontonnier F, Plante P
Urology, 56: 921-925, 2000

Supra-renalectomia laparoscópica retroperitoneal: experiência clínica com 52 procedimentos

Objetivos: A supra-renalectomia laparoscópica tornou-se uma opção eficaz para a remoção de pequenos tumores da supra-renal. O objetivo deste estudo prospectivo foi avaliar a abordagem retroperitoneal em relação às complicações intra-operatórias, morbidade e período de permanência hospitalar.

Material e Métodos: Entre setembro de 1996 e outubro de 1999, foram realizadas 52 supra-renalectomias laparoscópicas (31 à esquerda, 21 à direita), por doenças benignas, por acesso retroperitoneal, em 44 pacientes

(27 mulheres e 17 homens) com média de idade de 46,9 anos (17 a 74 anos). O tumor media em média 32mm (10 a 63mm). Todos os procedimentos necessitaram de quatro trocartes e um tempo médio de cirurgia de 135 minutos (75 a 240 minutos).

Resultados: Não houve óbitos. O índice de conversão para cirurgia aberta foi de 1.9% e a perda de sangue estimada foi de 80 ml (30 a 200 ml). O período médio de seguimento foi de 16 meses. O índice de complicações foi de 17.2%, que incluiu 5.7% de complicações intra-operatórias causadas por duas lesões vasculares e 11.5% de complicações pós-operatórias - infecções de parede, hematoma profundo e deiscência de parede. O período médio de permanência hospitalar foi de 5 dias e o consumo médio de analgésicos foi de 2 dias (1 a 5 dias).

Conclusões: A abordagem laparoscópica retroperitoneal para a supra-renalectomia parece ser um procedimento minimamente invasivo seguro que pode tornar-se o padrão para tumores unilaterais ou bilaterais da supra-renal de até 7 cm. No entanto, a curva de aprendizado precisa ser superada antes que se inicie a prática desta técnica.

Comentário Editorial

Este trabalho francês, como outros trabalhos norte-americanos recentes, reproduz a experiência pioneira do Oriente em supra-renalectomia retroperitoneal. Com índices de complicação, conversão e transfusão semelhantes aos obtidos por cirurgia transperitoneal, a via retroperitoneal parece ser promissora, não só em cirurgia da supra-renal, mas também do rim. No entanto, não há na literatura qualquer evidência objetiva de que uma via de acesso seja superior à outra. A experiência tem demonstrado que a via transperitoneal serve para qualquer caso; já a retroperitoneal tem indicação em casos selecionados - tumor pequeno, retroperitônio virgem, paciente não obeso e experiência do laparoscopista.

Dr. Lísias Nogueira Castilho

UROLOGICAL NEUROLOGY

The urodynamic profile of myelodysplasia in childhood with spinal closure during gestation

Holzbeierlein J, Pope IV JC, Adams MC, Bruner J, Tulipan N, Brock III JW

J Urol 164: 1336-1339, 2000

Perfil urodinâmico da mielodisplasia na infância com fechamento espinal intra-uterino

Objetivo: Avaliar o impacto neurológico do fechamento intrauterino do tubo neural em fetos com mielodisplasia, comparado a controles históricos.

Material e Métodos: Vinte e cinco pacientes foram submetidos ao procedimento e 23 foram analisados. A idade gestacional média no procedimento foi de 26.9 semanas. Não houveram complicações maternas ou fetais associadas ao procedimento. Todos os defeitos eram na coluna lombossacra. Estas crianças foram submetidas à videourodinâmica com idades variando de 2 a 12 meses. Repercussão para o trato urinário superior (TUS) foi avaliada através de ultra-som e uretrocistografia miccional. Outros parâmetros analisados incluíram necessidade de cateterismo intermitente limpo (CIL), medicação anticolinérgica e número e gravidade de surtos de infecções do trato urinário (ITU)

Resultados: Em 6% dos pacientes foram detectadas contrações involuntárias, 43% arreflexia detrusora, 19% baixa complacência e em 75% pressões de perda acima de 40 cm/ H₂O. Em cerca de um terço (31%) a capacidade vesical era menor que a esperada para idade. Apenas em 2 casos foi constatada dilatação do TUS e refluxo vésicoureteral. O CIL associado a anticolinérgicos foi necessário em 1 caso e só uma criança desenvolveu ITU febril.

Conclusões: Os achados urodinâmicos observados nesses pacientes são comparáveis aos relatados na literatura, em pacientes que não foram submetidos ao fechamento intrauterino do tubo neural. O baixo índice de complicações provavelmente se deve ao manejo agressivo desses pacientes do ponto de vista urológico.

Comentário Editorial

Este é um estudo preliminar, de uma abordagem radical, para o tratamento de crianças com mielodisplasia. Os autores têm que ser parabenizados pela grande ousadia e capacidade técnica em realizar número expressivo de procedimentos e com mínima morbidade para a mãe e feto. Entretanto, uma série de problemas comprometem a interpretação do artigo: a comparação dos resultados é feita com séries históricas e não com um grupo controle interno, submetido ao tratamento padrão (fechamento no pós-natal imediato); o tempo de seguimento é muito curto (inclusive os autores admitem); a hipótese de disfunção neurológica por exposição do tubo neural ao líquido amniótico pode estar equivocada. O tubo neural é mal-formado, o suficiente para justificar as alterações encontradas na mielodisplasia. Basta lembrar que crianças com lipoma de medula espinal não sofrem exposição do tubo neural ao líquido amniótico, e podem apresentar as mesmas seqüelas neurológicas a longo prazo, que crianças com meningo ou mielomeningocele (1). Crianças submetidas ao fechamento pós-natal imediato da mielomeningocele e seguimento urológico apropriado tem aproximadamente 30% de possibilidade de desenvolver refluxo vésicoureteral e deterioração do TUS urinário superior em 5 anos (2). Aguardamos futuros relatos para saber se esses pacientes terão melhor evolução.

Referências

1. Byrne RW, Hayes EA, George TM, McLone DG: Operative resection of 100 spinal lipomas in infants less than 1 year of age. *Pediatr Neurosurg*, 23: 182-187, 1995.
2. Kraus SR, Boone TB: Pediatric Neurogenic Bladder: Etiology and Diagnostic Evaluation. In: Gonzales and Bauer (eds.) *Pediatric Urologic Practice* 1st. ed. Lippincott Williams & Wilkins, pp. 365-383, 1999.

Dr. Aderivaldo Cabral Dias Filho

How well do patients with exstrophy actually void?

Yerkes BY, Adams MC, Rink RC, Pope JC, Brock JW

J Urol, 164: 1044-1047, 2000

Como urinam realmente os pacientes com extrofia vesical?

Objetivos: A obtenção de continência e preservação da função renal no tratamento da extrofia vesical. A cirurgia de Young-Dees-Leadbetter para reconstrução do colo vesical deve idealmente conferir continência e uma dinâmica miccional normal, sem necessidade de cateterismo vesical intermitente. Os autores revisaram sua experiência com a reconstrução do colo vesical, com ênfase na dinâmica miccional, a fim de avaliar as condições miccionais dos pacientes.

Material e Métodos: Os autores analisaram retrospectivamente todos os pacientes tratados desde 1985, incluindo a reconstrução por estágios em 53 pacientes (31 extrofias clássicas, 4 com variantes e 18 epispádias incontinentes). Dados subjetivos e objetivos relacionados com a micção foram coletados, assim como as complicações.

Resultados: A reconstrução completa foi executada em 38 casos, sendo que os que necessitaram também de ampliação vesical ou que fizeram outro tipo de plástica do colo vesical foram excluídos desta análise. Definiu-se assim 27 pacientes que foram submetidos à plástica de Young-Dees-Leadbetter com tempo de seguimento de 2 ou mais anos (média 5.9). Intervalos secos acima de 2 horas foram encontrados em 18 pacientes, considerados pelos pais como urinando bem. Apesar desta quase total continência subjetiva e considerados “sem problemas para urinar”, 13 dos 18 casos (72%) tinham problemas clínicos relacionados com o esvaziamento vesical, incluindo ITU recorrentes em 10, epididimite em 2 e cálculo vesical em 4. Parâmetros urodinâmicos confirmaram problemas miccionais na maioria dos pacientes.

Conclusão: A reconstrução de colo vesical em pacientes com extrofia pode atingir continência sem cateterismo intermitente. Na experiência dos autores, quando estes objetivos são alcançados existe uma frequência alarmante associada, assim como problemas urodinâmicos relacionados com o esvaziamento. Dessa forma, o preço de se atingir a continência em extrofia deve ser questionado.

Comentário Editorial

Os autores apresentam resultados de reconstrução de colo vesical pela técnica de Young-Dees-Leadbetter em extrofia vesical em 2 centros importantes de urologia pediátrica. Sabe-se que o objetivo desta plástica é conferir alguma resistência que permita ao paciente manter períodos secos, mas que possa por mecanismos de pressão abdominal, promover o esvaziamento da bexiga. Dos 27 casos estudados, 18 foram bem sucedidos e ficaram com continência superior a 2 horas. No entanto, os autores sugerem por avaliação urodinâmica que a bexiga acaba passando por um processo de instabilidade e alterações de esvaziamento que acaba gerando complicações infecciosas que podem agravar a função renal. Questionam assim o preço desta micção socialmente aceitável e deixam a entender que uma oclusão associada com cateterismo intermitente seria mais seguro para o trato urinário superior.

Sabe-se que na extrofia existe um amplo debate quanto as reais chances de se promover uma micção, dita normal, após uma série de procedimentos cirúrgicos. Alguns autores chegam a defender uma derivação primária para o cólon na forma de ureterossigmoidostomia modificada (Mainz pouch II) uma vez que é possível obter continência anal em mais de 90% dos casos. A maior desvantagem, no entanto, é a exposição do epitélio colônico à urina e a maior chance de carcinogênese que no epitélio do intestino delgado quando usados reservatórios ileais, fato este também não comprovado em humanos. Existe uma tendência de se substituir o tratamento em estágios por tratamento inicial completo e se imagina que a reconstrução uretral feita nesta fase inicial acabe por aumentar a resistência e influenciar positivamente os resultados de continência. No entanto, esta proposição carece de um tempo de seguimento prolongado e o que é dito ainda pode ser considerado especulativo.

Os reservatórios continentais de cateterização cutânea, ou mesmo os condutos eferentes de cateterização permitem cada vez mais segurança em se atingir continência às custas do cateterismo suprapúbico. Em nosso serviço, já é conduta realizar uma derivação suprapúbica nos casos de tratamento não primário ou diante de uma placa inadequada para o fechamento primário. Acreditamos que o presente trabalho vem de encontro à nossa idéia de que pode não valer a pena criar um paciente que urine bem apenas subjetivamente ou satisfazendo a expectativa dos pais e na verdade sujeito a pielonefrites e epididimites por causa de uma micção objetiva de péssima qualidade.

Dr. Antonio Macedo Jr.

ONCOLOGY

Urine based markers of urological malignancy

Konety BR, Getzenberg RH

J Urol, 165: 600-611, 2001

Marcadores urinários de tumores urológicos

Objetivos: Análise crítica dos resultados de vários estudos publicados sobre marcadores urinários de tumores urológicos, particularmente do câncer da bexiga.

Material e Métodos: A literatura publicada sobre marcadores urinários de tumores urológicos, e em especial do câncer de bexiga, foi identificada através de pesquisa do Medline, e foi criticamente analisada. Foram comparados a sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo de vários marcadores urinários. Também foram analisados os benefícios de se usar marcadores combinados, e não isoladamente.

Resultados: A imensa maioria da literatura publicada sobre marcadores urinários diz respeito ao diagnóstico e prognóstico do câncer da bexiga, e este artigo trata sobretudo desses marcadores. A maior parte dos marcadores urinários parece ser superior em relação à citologia urinária, em termos de sensibilidade, especialmente na detecção de tumores superficiais de baixo grau. No entanto, muitos tendem a ser menos específicos que a citologia, resultando em maior número de falsos-positivos, sobretudo em casos de tumor associados à inflamação vesical e outras doenças benignas. Existe contudo, razões para otimismo em relação a novos marcadores, que parecem apresentar melhor especificidade. Em relação a outros tumores urológicos, ainda são poucos os marcadores urinários identificados e estudados.

Conclusões: A detecção do câncer de bexiga, usando-se marcadores, ainda se constitui em um desafio, e os novos marcadores já disponíveis parecem ser significativamente mais confiáveis que a citologia urinária. Estudos envolvendo marcadores tumorais em um grande número de pacientes ainda são necessários para se determinar sua confiabilidade e aplicabilidade, no diagnóstico de câncer de bexiga. Os marcadores urinários, contudo, não parecem ter papel significativo no diagnóstico e prognóstico de outras neoplasias urológicas, como próstata, rim ou testículo.

Comentário Editorial

Este estudo constitui a melhor revisão já realizada sobre os marcadores tumorais dosados na urina, na detecção e avaliação prognóstica de tumores do trato urinário. Desde o início da endoscopia urinária moderna, a cistoscopia e a citologia urinárias (esta iniciada em 1945) têm sido as únicas modalidades usadas no diagnóstico de tumores da bexiga. Várias condições, como cistites, cateterismo vesical prolongado, e outras, podem contudo dificultar o diagnóstico endoscópico e citológico; e o carcinoma in situ da bexiga ainda é de difícil confirmação, em nosso meio. Outros fatores complicantes, em relação ao tumor da bexiga, são a necessidade de reexames freqüentes, devido à recidiva tumoral em 50 a 70% dos tumores superficiais, o que torna a endoscopia um método caro e de difícil aceitação pelos pacientes. Dessa forma, o desenvolvimento de um marcador urinário confiável se constituiria em um método não-invasivo, objetivo, de fácil interpretação, e com elevadas sensibilidade e especificidade, para se tornar o substituto da cistoscopia no século 21.

Dr. Francisco F. H. Bretas

Interferon adjuvant to radical nephrectomy in Robson stages II and III renal cell carcinoma: a multicentric randomized study

Pizzocaro G, Piva L, Colavita M, Ferri S, Artusi R, Boracchi P, Parmiani G, Marubini E
J Clin Oncol, 19: 425-431, 2001

Inteferon adjuvante na nefrectomia radical em câncer renal estágios II e III de Robson: estudo multicêntrico e randomizado

Razões: O tratamento com interferon (IFN) apresenta resultados promissores em neoplasia renal metastática. As neoplasias renais estágio II e III têm alto índice de recidiva e, assim, um tratamento adjuvante efetivo poderia beneficiar esses pacientes.

Objetivo: Avaliar a efetividade e segurança do tratamento adjuvante com IFN. Desfechos clínicos medidos: sobrevida global e sobrevida livre de recaída.

Material e Métodos: Estudo clínico, randomizado, com análise por protocolo; informe consentido obtido, em pacientes com neoplasia renal estágio II e III (T2/3 N1-3M0; T3N0M0). O total de 123 pacientes foram tratados com IFN 3MU IM 3vezes por semana e comparados com 124 controles que não receberam nenhum tratamento. Os grupos eram semelhantes.

Resultados: Após 62 meses de seguimento mediano, ocorreram 51 recaídas no grupo tratado e 38 no grupo controle; houve 41 mortes no grupo tratado e 39 no grupo controle. A estimativa de sobrevida para 5 anos pelo método de Kaplan-Meier é igual nos 2 grupos [Hazard ratio 1.04 (IC 95% 0.67 - 1.16)]. Uma análise de subgrupo não mostrou diferenças significantes entre estes desfechos clínicos para os subgrupos de linfonodos N0 e N1. Porém, para pacientes com linfonodos positivos, N2/3, houve uma aparente melhora, mas o número de eventos neste subgrupo é muito pequeno.

Conclusões: O tratamento com IFN adjuvante não traz benefícios para pacientes com tumor renal estágio II e III. Em futuros estudos deve-se avaliar a influência deste tratamento em pacientes com linfonodos N2 e N3.

Comentário Editorial

Esse estudo randomizado é de qualidade moderada - a análise não foi por intenção de tratamento, os grupos foram submetidos a diferentes esquemas de seguimento, não houve auditoria externa e houve análise de subgrupo não claramente planejada. Este, porém, é o melhor estudo até a presente data a abordar esta importante questão clínica.

Não houve benefício real ao se tratar os pacientes com intenção adjuvante, nem em termos de sobrevida ou de recaída.

Os aparentes resultados positivos no subgrupo com linfonodos acometidos N2/N3 não devem ser tomados como real indicativo de benefício, dado que ocorreram pouquíssimos eventos neste subgrupo. A análise não foi planejada e estatisticamente há uma grande possibilidade de que estes resultados sejam frutos do acaso.

Em suma, os paciente com neoplasia renal estágio II e III devem ser submetidos apenas a seguimento clínico. Nível II de evidência para a falta de eficácia de IFN nestes pacientes. Futuros estudos clínicos bem desenhados devem acessar esta questão em pacientes com linfonodos N2/N3.

Dr. Otávio A.C. Clark

Phase II study of paclitaxel and cisplatin for advanced urothelial cancer

Burch PA, Richardson RL, Cha SS, Sargent DJ, Pitot HCIV, Kaur JS, Camoriano JK

J Urol, 164:1538-1542, 2000

Paclitaxel e cisplatinum para o tratamento do câncer urotelial avançado-estudo fase II

Objetivo: Examinar o papel do paclitaxel e cisplatina como drogas de primeira linha no tratamento dos tumores uroteliais avançados.

Material e Método: No período de maio de 1995 a março de 1999 foram incluídos 34 pacientes, média de 67 anos de idade (45-79) com o diagnóstico histológico de tumores uroteliais avançados (metastáticos). Foram excluídos os pacientes que receberam terapias prévias (quimioterapia e radioterapia), portadores de alterações cardiovasculares (arritmias), gestantes e pacientes em fase de lactação.

Os estudos laboratoriais prévios documentaram as normalidades basais hematológicas: leucometria 3.500 μ l, plaquetas 100.000 μ l, creatinina 0.6mg/dl, bilirrubinas e transaminases. O protocolo de tratamento consistiu no uso de paclitaxel 135mg/m² - EV - infusão período de 3 horas, cisplatinum - 70mg/m² - EV - infusão período de 2 horas, dexametasona - 20mg - 6 e 12 horas antes da QT, cimetidina - 300mg - 30 minutos antes da QT, administrados a cada 3 semanas / máximo de 6 ciclos. Os controles hematológicos foram realizados semanalmente e antes de cada ciclo. As respostas completas foram consideradas quando todas as evidências clínicas do tumor foram completamente resolvidas. As respostas parciais, quando houve redução comparativa de mais de 50% nos diâmetros das lesões. A progressão foi definida com o surgimento de novas lesões e aumento de 25% ou mais das lesões previamente definidas. As análises estatísticas foram realizadas pelo método Kaplan-Meier.

Resultados: A taxa geral de respostas foi de 70% (95% CI) 52 a 83, parcial em 11 (38%), completa em 13 (32%), com a média de seguimento de 13.4 meses, progressão em 27 (79%), óbito pela doença em 21 (62%) pacientes. As principais complicações gerais foram anorexia, náuseas, vômitos, fadiga, mialgia; neuropatias de média intensidade; hematológicas (mielosupressão), leucopenia e plaquetopenia graus 3 e 4 (NCI).

Conclusões: A quimioterapia com paclitaxel e cisplatinum são efetivas, seguras, apresentando boas respostas com esquemas rápidos, em pacientes externos (ambulatoriais).

Comentário Editorial

O esquema do referido trabalho trata de quimioterapia rápida, eficaz, com respostas aparentemente duráveis, em média 2 anos, com efeitos colaterais e toxicidades controláveis. As taxas de respostas às quimioterapias clássicas encontram-se entre 14 e 65%, com sobrevida média de 9 meses. Um grande estudo publicado pelo Southwestern Oncology Group (1999) mostrou taxa de resposta baixa (14%) dos pacientes portadores de metástases viscerais. Nesse grupo, 29% eram portadores de metástases viscerais. Vários estudos e protocolos randomizados encontram-se em andamento e têm mostrado significativa atividade no tratamento dos tumores uroteliais, incluindo associações de gemcitabine, ifosfamida e docetaxel com redução dos efeitos colaterais.

Dr. Gilvan Neiva Fonseca