

 ATUALIZAÇÃO

Para prevenir e combater o câncer de próstata

O tumor é o que mais afeta o sexo masculino, demandando estratégias combinadas para sua abordagem.

Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, o tumor de próstata é a doença maligna mais frequente no homem, tendo totalizado 61,2 mil novos casos no Brasil, em 2016, segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer.

Uma vez que está associado diretamente à idade, espera-se que o número global de casos continue aumentando, dada a crescente expectativa de vida mundial. Há, entretanto, outros fatores de risco, como antecedentes familiares, etnia, dieta rica em gorduras e altos níveis de testosterona.

A prevenção primária e o diagnóstico precoce do câncer de próstata são relevantes, já que ele é considerado de bom prognóstico se detectado e tratado oportunamente. Assim, a Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que indivíduos a partir de 50 anos procurem um profissional especializado para uma avaliação individualizada. Já homens da raça negra ou com parentes de primeiro grau com essa neoplasia devem iniciar as consultas aos 45 anos.

PSA: ainda um dos melhores preditores da neoplasia

Produzido pelas células epiteliais de algumas glândulas, especialmente a próstata, o antígeno prostático específico (PSA) é uma enzima com atividade proteolítica que tem sido utilizada há muitos anos como marcador do câncer prostático, uma vez que se mostra útil como parâmetro auxiliar no diagnóstico. Ademais, é importante no seguimento de pacientes diagnosticados e tratados, para a detecção precoce de recorrência da doença.

O marcador, porém, tem aplicação exclusiva na população masculina para o rastreamento de câncer de próstata desde que usado em conjunto com o exame anual de toque retal. Cerca de 80% dos portadores desse tumor apresentam PSA total superior a 4,0 ng/mL ao diagnóstico, embora os resultados também ultrapassem tal limite na maioria dos indivíduos com hiperplasia benigna da glândula.

Com isso, o PSA total não se mostra suficientemente acurado para utilização isolada na triagem, devendo ser combinado ainda à medida do PSA livre e ao cálculo de sua relação com o PSA total. Essa relação, frequentemente mais baixa em pacientes com adenocarcinoma prostático do que em portadores de prostatite ou hiperplasia benigna, oferece maior acurácia diagnóstica quando o PSA total se encontra entre 4,0 e 10 ng/mL.

Em geral, emprega-se o limite de 15% como corte, mas esse nível é controverso, dadas as implicações sobre a sensibilidade e a especificidade. Não há um valor de referência para o PSA total aplicável a todos os indivíduos. O resultado deve ser interpretado levando-se em conta fatores como idade, história clínica, volume prostático e uso de medicação. Como regra geral, considera-se adequado um valor abaixo de 2,5 ng/mL para pacientes não submetidos a procedimentos cirúrgicos ou em tratamento específico.



Representação gráfica de molécula de PSA.

Causas benignas de elevação do PSA

- | | |
|--|--------------------|
| → Hiperplasia prostática | → Traumatismos |
| → Processos inflamatórios (prostatite) | → Exercício físico |
| | → Toque retal |
| | → Ejaculação |

Métodos usados para confirmar a neoplasia prostática

Uma vez levantada a suspeita, faz-se necessário ampliar a investigação para conhecer a natureza das alterações.

Biópsia transretal de próstata guiada por ultrassom

O toque retal ou o PSA alterados determinam a realização da biópsia da próstata, já que o diagnóstico definitivo da neoplasia depende da análise histopatológica. Contudo, a idade do paciente, a presença de comorbidades e as possíveis consequências terapêuticas são fatores a considerar na indicação do procedimento.

Como padrão, recomenda-se a biópsia transretal guiada pelo ultrassom. Inicialmente, o radiologista faz uma avaliação ultrassonográfica da próstata e das vesículas seminais, com aferição do volume glandular e pesquisa de nódulos, alterações texturais e distorções da anatomia habitual. A seguir, procede-se à obtenção de, no mínimo, 12 fragmentos da glândula, sendo possível retirar um número maior deles, caso existam áreas nodulares definidas pelo presente método ou haja solicitação médica.

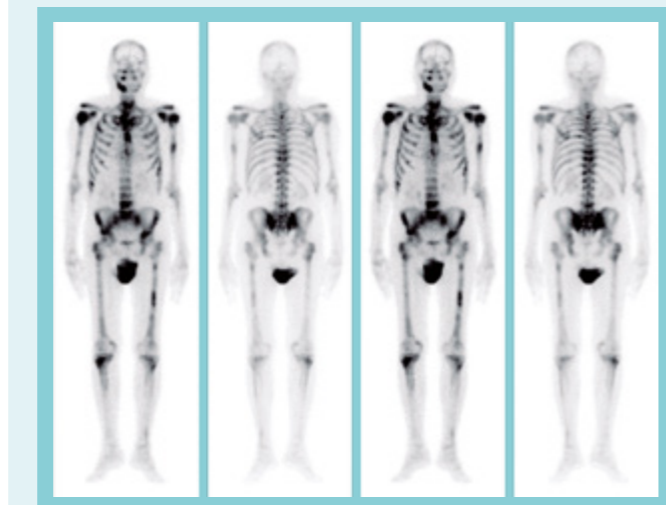
O laudo da ultrassonografia fornece os aspectos morfológicos observados e descreve as áreas das quais foram obtidos os fragmentos. Já o estudo anatomopatológico oferece dados diagnósticos de acordo com a suspeita clínica.

Ressonância magnética multiparamétrica da próstata

No contexto da busca por uma modalidade de exame que permitisse melhor acurácia no diagnóstico da neoplasia de próstata, a ressonância magnética multiparamétrica (RM-MP) vem ganhando destaque.

O exame combina imagens anatômicas de alta resolução com, ao menos, duas das seguintes técnicas funcionais: a espectroscopia de prótons (H1), o estudo dinâmico com administração de meio de contraste paramagnético intravenoso, ou perfusão, e a análise da difusão das moléculas de água.

Quando se associam as técnicas de difusão e perfusão, em especial, a RM-MP torna-se mais sensível e específica para localizar e identificar a lesão, bem como para estimar sua agressividade, em comparação com as imagens anatômicas, que apresentam boa sensibilidade, porém baixa especificidade.



Pesquisa de metástases ósseas por método cintilográfico.

Em busca de metástases ósseas com a cintilografia óssea de corpo inteiro

A morbidade e a mortalidade pelo câncer de próstata estão associadas, em grande parte, ao comprometimento metastático dos ossos, local mais comum de disseminação hematogênica do tumor. A presença desse achado, portanto, configura um dado fundamental para a escolha do tratamento.

Com alta sensibilidade, a cintilografia óssea de corpo inteiro apresenta valor preditivo negativo estimado em 87% a 100% para metástase óssea dessa neoplasia, constituindo-se no método mais apropriado para detecção de múltiplas lesões esqueléticas no estadiamento a distância. Apesar de sua baixa especificidade, as características pictoriais dos implantes da doença facilitam o diagnóstico.

O método baseia-se na capacidade de o radioindicador – o metilenodifosfonato marcado com tecnécio 99m – concentrar-se nas áreas de formação óssea, o que é diretamente proporcional ao grau de osteogênese existente.



Lesão focal com hipossinal, situada no terço médio/basal esquerdo da zona periférica, sem extensão extracapsular (seta).

A última versão do Prostate Imaging Reporting and Data System (PI-RADS) defende que é possível obter imagens adequadas em aparelhos de 1,5 ou 3,0 teslas, sem uso de bobina endorretal, permitindo que o exame seja mais simples e confortável para o paciente, sem comprometer a qualidade da avaliação.

Convém ponderar que a probabilidade de o exame ser positivo guarda relação com o nível do PSA, com o estágio clínico da doença e com o escore de Gleason. Na prática, a literatura não recomenda a realização da cintilografia óssea de rotina em indivíduos assintomáticos, a menos que os valores do PSA sejam ≥ 10 ng/mL ou, então, nos tumores classificados como T3 ou T4 ou com escore de Gleason ≥ 8 . Já nos pacientes com sintomas, o teste deve ser indicado independentemente dos outros fatores.

Em caso de dúvidas ou na presença de lesão única, bem como na suspeita de fraturas, processos degenerativos ou artropatias, recomenda-se radiografia simples. Se o resultado dos raios X for normal, orienta-se a realização de estudo segmentar da lesão com ressonância magnética, que tem sensibilidade e especificidade elevadas para a detecção de metástases ósseas.

Nesse contexto, vale considerar ainda a doença de Paget, que eventualmente pode acometer um portador de câncer de próstata, mas apresenta características cintilográficas que frequentemente permitem o diagnóstico diferencial com as metástases nos ossos.

Indicações da RM-MP

- Diagnóstico do câncer de próstata
- Estadiamento da doença, com a pesquisa de extensão extracapsular do tumor, invasão das vesículas seminais e de estruturas periprostáticas, linfonodomegalias regionais e lesões ósseas
- Auxílio à escolha entre as opções de tratamento
- Monitoração da resposta a terapias focais
- Investigação de recidivas locais
- Orientação de biópsias: quando guiadas por RM-MP, as biópsias apresentam índice de positividade muito maior que o das sistemáticas e refletem melhor o grau de agressividade do tumor

Manejo de litíase renal

A condição não prescinde de exames complementares para sua confirmação e definição terapêutica.

Com distribuição mundial, o cálculo urinário tem prevalência estimada de 6%, nas mulheres, e de 10% a 12%, nos homens, com pico de incidência por volta dos 30 anos, no primeiro grupo, e entre os 40 e 60 anos, no segundo. Embora seja assintomático ou se manifeste apenas como hematúria na maioria dos casos, quando provoca obstrução das vias urinárias, pode causar dor em cólica, bastante comum e característica, derivada especialmente de distensão da papila e espasmo da via urinária. O diagnóstico da urolitíase depende da associação do quadro clínico com os exames laboratoriais e de imagem, que, além de confirmarem a presença do cálculo, também têm impacto na escolha do tratamento.

Para flagrar o cálculo urinário por imagem

Tomografia computadorizada helicoidal de abdome e pelve

Considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de cálculos renais e ureterais, com sensibilidade e especificidade próximas a 95%. O exame, que não necessita de contraste, mede a densidade do cálculo e auxilia o médico na escolha do tratamento, além de caracterizar tamanho, formato e localização. Também serve para o diagnóstico diferencial com outras condições.

Raios X simples de abdome

É útil para detectar litíase provocada por cálculos de oxalato e fosfato de cálcio, que o método reconhece melhor. Já os compostos de cistina e ácido úrico são menos radiopacos, o que prejudica sua identificação.

Ultrassonografia das vias urinárias

Consegue visualizar com mais facilidade os cálculos ureterais proximais e distais próximos à junção ureterovesical. Sua associação com os raios X de abdome aumenta a sensibilidade diagnóstica.

Calculose urinária de repetição: o auxílio dos exames laboratoriais

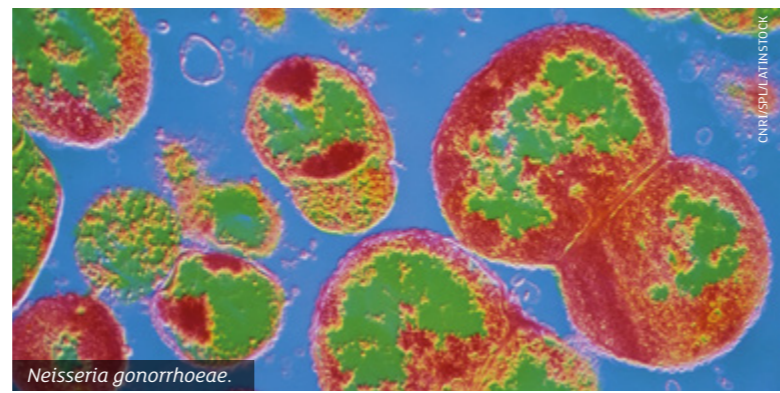
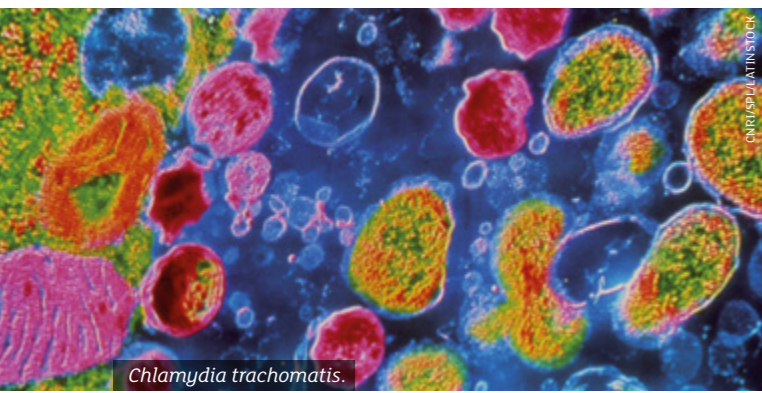
A formação de cálculos no trato urinário resulta de fatores físico-químicos da urina, aspectos epidemiológicos e fatores metabólicos que são diagnosticáveis em 80% a 95% das vezes e resultam de alterações funcionais renais e de doenças sistêmicas ou idiopáticas. A investigação dessas condições, feita por meio do perfil metabólico para nefrolitíase, ajuda a instituir o tratamento clínico e prevenir a recorrência da doença. O exame, que dosa componentes séricos e urinários, avalia o metabolismo do cálcio, do ácido úrico e da cistina, assim como a função das paratiroides, além de investigar a presença de uma possível infecção urinária e de distúrbios de acidificação da urina, que podem, eventualmente, se associar ao quadro.

Como fazer o diagnóstico de uretrites no sexo masculino

Para pesquisar os agentes mais implicados nesse quadro, a PCR é o método mais sensível e específico.

Embora as uretrites possam ter causas não infecciosas, a etiologia mais frequente dessa condição é a infecção por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Consideradas um problema de saúde pública, tanto a gonorreia quanto a doença por clamídia apresentam elevada prevalência no mundo, porém os índices são maiores em países em desenvolvimento, afetando sobretudo adultos jovens e adolescentes sexualmente ativos.

No Brasil, não há dados precisos, mas as estimativas sugerem que ocorram, por ano, quase 2 milhões de casos novos da infecção por *C. trachomatis* e cerca de 1,5 milhão da doença provocada pelo gonococo. Apesar de, no sexo masculino, essas bactérias causarem quadros assintomáticos menos frequentemente que nas mulheres, até 50% dos homens infectados pela clamídia não apresentam sintomas.



Menos invasivo e mais confortável

O achado de diplococos gram-negativos intracelulares (DGNI) no exame bacterioscópico da secreção uretral indica a presença de *N. gonorrhoeae*, que, em até 50% dos pacientes, se acompanha da *C. trachomatis*. As uretrites não gonocócicas – cuja bacterioscopia é negativa para DGNI – derivam da clamídia em 15% a 40% dos casos. Outros agentes que podem estar implicados em tais quadros são *Ureaplasma urealyticum/parvum*, *Mycoplasma genitalium* e *Trichomonas vaginalis*.

Para o diagnóstico das uretrites por clamídia e gonococo, a PCR é o método com maiores sensibilidade e especificidade, de preferência em urina de primeiro jato, que tem coleta menos invasiva e desconfortável que a da secreção uretral, sem perda de sensibilidade. Ainda assim, a cultura

para *N. gonorrhoeae* em meio de Thayer-Martin e o antibiograma mostram-se de grande importância nesse contexto, dadas as elevadas taxas de resistência antimicrobiana dessa espécie. Já para a pesquisa de *M. hominis* e *U. urealyticum/parvum*, os testes moleculares não oferecem boa relação custo-benefício, pois há necessidade de uma avaliação quantitativa para a confirmação diagnóstica. O isolamento desses agentes em meios de cultura apropriados constitui a técnica de escolha.

Vale lembrar que a infecção uretral gonocócica ou por clamídia no homem representa importante reservatório para a transmissão, visto que as taxas de infecção em mulheres expostas a parceiros sexuais com um desses agentes são de 65% e 73%, respectivamente, o que reforça a necessidade do diagnóstico no sexo masculino.

saiba+ é uma publicação do **Labs a+ Medicina Diagnóstica**

Responsável técnico: Dr. Wilson Scholnik – CRM 52-34.610-4-RJ
Editora científica: Dra. Fernanda Aimée Nobre
Editora executiva: Solange Arruda
Produção gráfica: Sergio Brito | Impressão: Promopress
Contribuíram com esta edição: Dr. Nairo Sumita, assessor médico em Bioquímica Clínica, e Dr. Gustavo Maciel, assessor médico em Ginecologia e Biologia Molecular, ambos do Grupo Fleury, e Dr. Jaime Araújo O. Neto, assessor médico do Labs a+



www.labsamais.com.br

Assessoria médica:
assessoriamedica.rj@grupofleury.com.br

FSC