

Hiperplasia prostática gigante: hematúria macroscópica com choque hipovolêmico em paciente previamente assintomático

Giant prostatic hyperplasia: report of a previously asymptomatic man presenting with gross hematuria and hypovolemic shock

Marcelo Langer Wroclawski^{1,2}, Ariê Carneiro^{1,2}, Rodrigo Alves Tristão², Paulo Kouiti Sakuramoto², Jorg Daoud Merched Youssef², Antonio Correa Lopes Neto², Lucila Heloísa Simardi Santiago², Antonio Carlos Lima Pompeo²

RESUMO

A hiperplasia prostática gigante é uma condição rara caracterizada por aumento benigno prostático significativo, com volume maior que 500g. Existem poucos casos relatados e, em sua maioria deles está associada a sintomas graves do trato urinário inferior. Relatamos aqui o primeiro caso de hiperplasia prostática benigna assintomática em paciente idoso com próstata de 720g, hematúria macroscópica de início súbito e choque hipovolêmico. O paciente foi submetido com sucesso à prostatectomia suprapúbica, sem intercorrências no intra e pós-operatório.

Descritores: Hiperplasia prostática; Prostatectomia; Hematúria; Hemorragia; Choque; Sintomas do trato urinário inferior

ABSTRACT

Giant prostatic hyperplasia is a rare condition characterized by very high volume benign prostatic enlargement (>500g). Few cases have been reported so far and most of them are associated with severe lower urinary symptoms. We report the first case of asymptomatic giant prostatic hyperplasia in an elderly man who had a 720g prostate adenoma, sudden gross hematuria and hypovolemic shock. The patient was successfully treated with open transvesical prostatectomy and had an uneventful postoperative recovery.

Keywords: Prostatic hyperplasia; Prostatectomy; Hematuria; Hemorrhage; Shock, Lower urinary tract symptoms

INTRODUÇÃO

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é uma condição comum que afeta muitos homens idosos e pode ser associada com questões significantes na qualidade de vida desses indivíduos.

“Hiperplasia prostática gigante” (HPG) é um termo que descreve casos raros de glândulas prostáticas extremamente volumosas, pesando mais de 500g.⁽¹⁾ Em geral, os pacientes com HPG apresentam sintomas graves e procuram assistência médica para tratar disfunções miccionais.

Relatamos o primeiro caso, até onde os autores deste artigo conhecem, de paciente com HPG sem sintomas miccionais e com hematúria macroscópica súbita e choque hipovolêmico.

RELATO DE CASO

Paciente negro, do sexo masculino, 82 anos, admitido no serviço de emergência com queixa de hematúria macroscópica indolor há 5 dias e ausência de coágulos.

O paciente negava qualquer episódio anterior de hematúria e não se queixava de sintomas miccionais. Sem história de tabagismo, abuso de álcool, comorbidades graves (histórico de hipertensão arterial leve controlada pelo uso de inibidores da enzima de conversão

¹ Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

² Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Autor correspondente: Marcelo Langer Wroclawski – Rua Iguatemi, 192, conjunto 43 – Itaim-Bibi – CEP: 01451-010 – São Paulo, SP, Brasil – Tel.: (11) 3168-2130 – E-mail: mwroclawski@terra.com.br

Data de submissão: 7/7/2013 – Data de aceite: 23/4/2014

DOI: 10.1590/S1679-45082015RC2905

da angiotensina) e uso de anticoagulantes ou diluentes de sangue.

Ao exame físico, o paciente estava desidratado e com mucosa pálida. Na internação, apresentou frequência cardíaca de 112bpm e pressão arterial de 90/70mmHg. Palpação abdominal não revelou qualquer massa evidente. O toque retal revelou próstata aumentada com volume estimado significativamente maior que 100g, porém com consistência benigna e sem nódulos.

O paciente foi prontamente submetido à cateterização da bexiga (com cateter calibroso) e irrigação vesical com soro fisiológico.

O paciente também apresentava insuficiência renal aguda, com níveis de creatinina e de ureia de 1,9mg/dL e 64,0mg/dL, respectivamente. O paciente foi submetido à ressuscitação volêmica imediata com soro fisiológico e transfusão sanguínea.

Realizou-se, no serviço de emergência, ultrassom abdominal, que mostrou hidronefrose bilateral moderada e massa pélvica medindo 15x16x16cm. A tomografia computadorizada (TC) confirmou evidência de obstrução urinária e massa pélvica volumosa, representando a próstata (Figura 1).

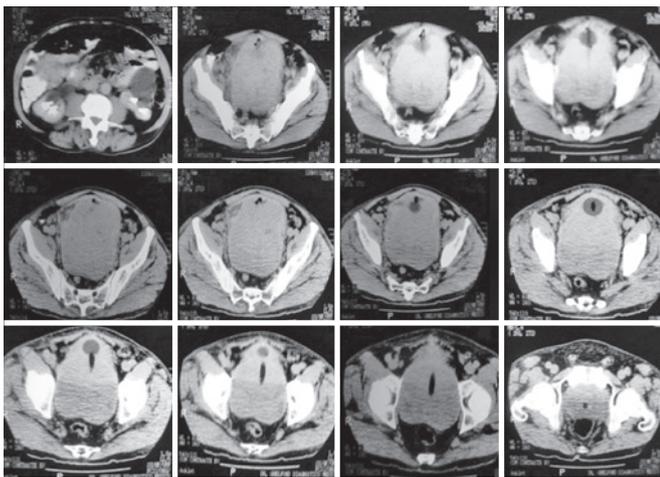


Figura 1. Tomografia computadorizada mostrando obstrução urinária (hidronefrose) e massa volumosa representado a próstata

Níveis antígeno prostático específico (PSA, *prostatic specific antigen*) medidos após manipulação do trato urinário inferior foram de 122,0ng/mL. Realizaram-se, então, ultrassons transretais da próstata guiado por biópsias para avaliar a possibilidade de adenocarcinoma da próstata ou sarcoma. Não foi encontrada evidência de malignidade nos espécimes de biópsia.

Em seguida, o paciente realizou prostatectomia transvesical aberta (PTA). O tempo do procedimento

foi de aproximadamente 100 minutos e o paciente não necessitou de transfusão sanguínea adicional. O adenoma prostático foi extirpado como uma espécime única, medindo 17x16x13,5cm e pesando 720g (Figura 2).

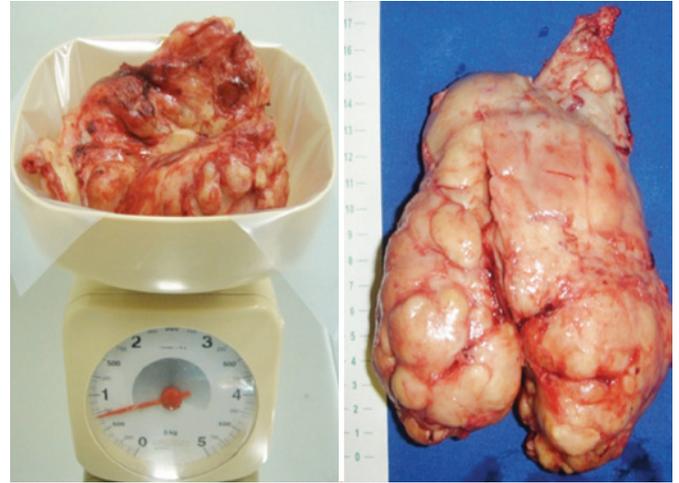


Figura 2. Adenoma prostático, removido com peça única, medindo 17,0x16,0x13,5cm e pesando 720g

A análise patológica revelou superfície multinodular, firme e esbranquiçada, com cistos e áreas hemorrágicas difusas compatíveis com hiperplasia nodular prostática com múltiplos focos de infarto anêmico e metaplasia escamosa glandular.

Em seguimento de 1 ano, o paciente retornou à clínica com função renal normal, fluxo urinário satisfatório e continência completa, apesar de atualmente estar em tratamento com medicação antimuscarínica, devido à urgência urinária.

DISCUSSÃO

O termo “hiperplasia prostática gigante” foi definido por Fishman e Merrill como glândulas excedendo 500g.⁽¹⁾ No nosso caso, o TC pré-operatório mostrou massa pélvica volumosa representando a próstata e, após cirurgia, o peso do espécime foi de 720g.

É conhecido que não há distinção das medidas anatômicas da próstata de homens que procuram cuidados médicos daqueles que não procuram.⁽²⁾ Volume prostático medido tanto por ultrassom transretal como por ressonância magnética correlaciona-se fracamente com: frequência, qualidade de vida, taxa de fluxo miccional, urina residual e parâmetros de fluxo de pressão. Porém, não é esperado que homens com grande volume da glândula prostática mantenham-se assintomáticos antes da admissão no serviço de emergência, com he-

matúria e hemorragia classe III, além de choque hipovolêmico, necessitando transfusão sanguínea urgente.

A hematúria macroscópica é um queixa incomum para homens com próstatas aumentadas e raramente observada como sinal inicial. Séries anteriores relatam uma taxa de prevalência de aproximadamente 2,5% de hematúria macroscópica em homens com HPG.⁽³⁾

A etiologia exata de sangramento em homens com próstatas aumentadas é indefinida, porém pode ser atribuída ao nível da densidade de microveias⁽⁴⁾ e a fatores de crescimento do endotélio vascular supraexpressado.⁽⁵⁾ Além disso, nesses pacientes, a hipertensão tem sido associada como fator de risco para hematúria.⁽⁶⁾

Biópsias para assegurar o *status* de malignidade anterior ao início do tratamento definitivo são de grande importância, em razão do potencial do impacto na escolha terapêutica. O adenocarcinoma de próstata foi um das grandes preocupações em relação ao nosso paciente devido à sua idade avançada e ao PSA elevado (acima de 100ng/mL). Devido ao tamanho da próstata, o sarcoma foi outra possibilidade que precisou ser excluída,⁽⁷⁾ apesar de raramente induzir a elevação de PSA.

A deterioração do trato urinário superior e a hematúria macroscópica levando ao choque hipovolêmico são indicadores bem conhecidos no tratamento cirúrgico de HPB. Apesar de abordagens minimamente invasivas, como prostatectomia⁽⁸⁾ robótica-assistida, podem ser utilizadas para o tratamento de HPB, a cirurgia aberta permanece o procedimento padrão-ouro para HPB de grande volume.⁽⁹⁾

Sutherland et al. relataram impossibilidade de realizar com sucesso a prostatectomia simples robótica-assistida em paciente com prostatomegalia grave (260g).⁽¹⁰⁾ Contudo, a análise de séries contemporânea de pacientes revelou que a prostatectomia é associada com melhora significativa dos sintomas na escala de escore, volume residual pós-miccional e melhora relevante dos sintomas, além da baixa incidência de complicações ao longo prazo e da necessidade para reoperação também como efeito terapêutico durável.⁽¹¹⁾

Tal qual a literatura,⁽¹²⁾ consideramos que a prostatectomia simples é opção de tratamento para HPG. Portan-

to, foi realizada a PTA suprapúbica. O tempo de cirurgia foi curto e sem ocorrência de grandes complicações.

A HPG é uma condição extremamente rara. Um levantamento no PubMed/MEDLINE resgatou não mais que 20 relatos de próstatas pesando mais do que 500g.^(13,14) Este relato de caso apresentou uma das cinco maiores glândulas prostáticas já descritas,⁽¹⁴⁾ e a primeira com apresentação incomum, caracterizada por inexistência de sintomas de micção seguida por hematúria macroscópica de início súbito, que resultou em choque hipovolêmico.

REFERÊNCIAS

1. Fishman JR, Merrill DC. A case of giant prostatic hyperplasia. *Urology*. 1993;42(3):336-7. Review.
2. Jacobsen SJ, Girman CJ, Guess HA, Panser LA, Chute CG, Oesterling JE, et al. Do prostate size and urinary flow rates predict health care-seeking behavior for urinary symptoms in men? *Urology*. 1995;45(1):64-9.
3. Hunter DJ, Berra-Unamuno A, Martin-Gordo A. Prevalence of urinary symptoms and other urological conditions in Spanish men 50 years old or older. *J Urol*. 1996;155(6):1965-70.
4. Foley SJ, Bailey DM. Microvessel density in prostatic hyperplasia. *BJU international*. 2000;85(1):70-3.
5. Häggström S, Tørring N, Møller K, Jensen E, Lund L, Nielsen JE, et al. Effects of finasteride on vascular endothelial growth factor. *Scand J Urol Nephrol*. 2002;36(3):182-7.
6. Guo LJ, Tang Y, Guo CM, Zhang XH. Impact of primary hypertension on hematuria of the patients with benign prostatic hyperplasia. *Chin Med J (Engl)*. 2010;5;123(9):1154-7.
7. Varghese SL, Grossfeld GD. The prostatic gland: malignancies other than adenocarcinomas. *Radiol Clinics North Am*. 2000;38(1):179-202. Review.
8. Vora A, Mittal S, Hwang J, Bandi G. Robot-assisted simple prostatectomy: multi-institutional outcomes for glands larger than 100 grams. *J Endourol*. 2012;26(5):499-502.
9. Rigatti P, Cestari A, Gilling P. The motion: large BPH should be treated by open surgery. *Eur Urol*. 2007;51(3):845-7; discussion 847-8.
10. Sutherland DE, Perez DS, Weeks DC. Robot-assisted simple prostatectomy for severe benign prostatic hyperplasia. *J Endourol*. 2011;25(4):641-4.
11. Varkarakis I, Kyriakakis Z, Delis A, Protogerou V, Deliveliotis C. Long-term results of open transvesical prostatectomy from a contemporary series of patients. *Urology*. 2004;64(2):306-10. Review.
12. Ogawa S, Manome M, Yabe M, Kuma Y, Yamaoka M, Sato Y, et al. A giant prostatic hyperplasia treated by open surgery. *Int J Gen Med*. 2012;5:1009-12.
13. Akpo E, Akpo M. Giant benign prostatic hyperplasia in a nigerian: report of a case. *The Internet Journal of Urology*. 2010;8(1).
14. Üçer O, Baser O, Gümüş B. Giant prostatic hyperplasia: Case report and literature review. *Dicle Medical Journal*. 2011;38(4):489-91.