

Adenoma gigante da próstata

Considerações sobre dois casos

ANTONIO FERNANDO FILASSI¹, HELIO BEGLIOMINI², ANDRÉ GILBERT²,
SÉRGIO ESPERIDIÃO², DERMEVAL MATTOS JUNIOR³

Unitermos: Adenoma — Próstata. Hiperplasia Nodular — Próstata. Neoplasia — Próstata.

Key words: Adenoma — Prostata. Prostata — Nodular Hyperplasia. Neoplasms — Prostata.

RESUMO — Os autores relatam dois casos de hiperplasia nodular da próstata, pesando respectivamente, 360 e 526g. Tecem comentários sobre a embriologia e a histologia prostática. Concluem ser adenomas de tais dimensões achado infreqüente na prática urológica.

INTRODUÇÃO

A formação do trato genital masculino ocorre entre a 6.^a e a 13.^a semanas de gestação, havendo diferenciação da glândula prostática no final da 12.^a semana, continuando na vida pós-natal.

Na criança, a próstata tem volume insignificante, 1cm³; cresce na puberdade e alcança o peso de 15 a 20 gramas no adulto, podendo desenvolver-se mais intensamente na idade pré-senil e senil⁽¹⁾.

A hiperplasia benigna da próstata é provavelmente o tumor mais comum do homem⁽¹⁾, sendo raro abaixo dos 40 anos de idade^(6,8,10) e incidindo entre 23 e 88 por cento na nona década de vida⁽¹⁾.

A próstata poderá atingir volumes variados, sendo descritos casos de hiperplasias que podem atingir peso de até vinte a quarenta vezes o normal⁽²⁾.

Devido à pouca documentação a respeito, passaremos a descrever dois casos de adenoma prostático gigante operados em nosso serviço.

Caso 1 — F.G., 86a., masculino, branco, procurou o pronto-socorro do HSPE em 1/87, com quadro de re-

tenção urinária aguda. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, afebril, desidratado, globo vesical palpável e percutível ao nível da cicatriz umbilical; ao toque retal, a próstata estava aumentada de três vezes o seu volume normal, com consistência adenomatosa e superfície multinodular. Aos exames bioquímicos, apresentava sinais de comprometimento renal (uréia de 228mg% e creatinina 2,9mg%).

Foi submetido a cateterismo vesical de demora e ultra-sonografia abdominal, que demonstrou próstata medindo 9,8 x 8,3 x 8,1cm, com volume aproximado de 342,60cm³, textura finamente heterogênea, com áreas densas e hipocogênicas; vias excretoras renais com discreta dilatação ureteropielocalicial predominante à direita; bexiga de assoalho elevado e paredes trabeculadas (fig. 1). O diagnóstico ultra-sonográfico foi de aumento benigno da próstata com repercussão sobre o trato urinário.

Após 20 dias com melhora do estado geral e da função renal (uréia de 45mg% e creatinina de 1,4mg%), o paciente foi submetido a prostatectomia transvesical, cuja peça cirúrgica pesou 360 gramas e mediu 13 x 9 x 5cm; a histopatologia diagnosticou hiperplasia nodular benigna e prostatite crônica inespecífica.

Houve boa evolução cirúrgica e alta hospitalar no 10.^o dia pós-operatório, sem intercorrências.

Caso 2 — F.G.C., 80a., masculino, branco, procurou o pronto-socorro do HSPE em 10/83, com quadro de

Trabalho realizado no Serviço de Urologia do Hospital do Servidor Público do Estado "Francisco Morato de Oliveira" — São Paulo. Aprovado para publicação em 14/3/89.

1. Residente do Serviço.
2. Assistente do Serviço
3. Diretor do Serviço.

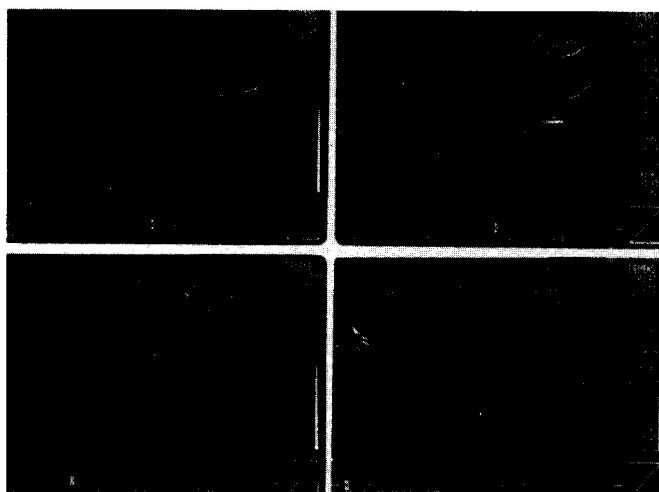


Fig. 1 — Ultra-sonografia abdominal mostrando rins com dilatação ureteropielocalicial predominando à direita; próstata medindo 9,8 x 8,3 x 8,1cm, com volume aproximado de 342,60cm³; textura finamente heterogênea, com áreas densas e hipocogênicas.

retenção urinária aguda. Na história clínica, relatava prostatismo há 20 anos, com acentuação há quatro anos. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, afebril, desidratado, globo vesical palpável e percutível ao nível do mesogástrio; ao toque retal, próstata aumentada de quatro vezes o seu volume normal, com caráter benigno.

O paciente foi submetido a cateterismo vesical, passou a apresentar hematúria macroscópica com coágulos e obstrução repetitiva da sonda. Não respondendo à evacuação dos coágulos e hemostasia endoscópica, devido ao intenso sangramento, foi decidida imediata exploração cirúrgica a céu aberto. Após abertura da bexiga, detectaram-se cálculos vesicais e sangramento difuso do adenoma, optando-se pela cistolitotomia e prostatectomia transvesical.

O anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrou adenoma pesando 526 gramas e diagnosticou hiperplasia nodular benigna da próstata e prostatite crônica inespecífica com focos supurativos.

No 3º dia pós-operatório, apresentou infecção urinária por *Escherichia coli*, sendo medicado com aminoglicosídeo.

Recebeu alta hospitalar no 19º dia pós-operatório, apresentando urgência miccional e medicado com brometo de propantelina.

Foi reavaliado após 2,5 meses da cirurgia, com melhora da urgência urinária e uretrocistografia miccional

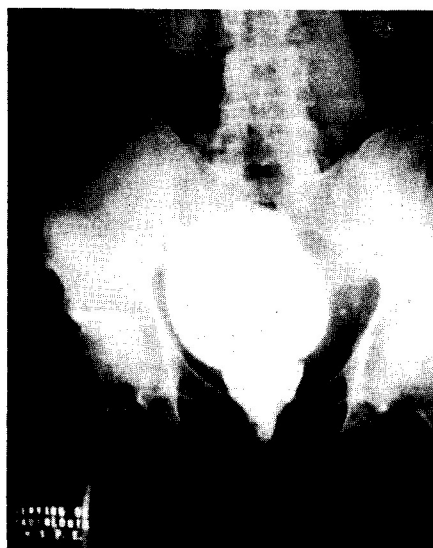


Fig. 2 Uretrocistografia miccional mostrando grande loja prostática e esfíncter externo preservado

que evidenciou grande loja prostática e esfíncter externo preservado (fig. 2).

DISCUSSÃO

Mc Neal⁽⁷⁾ descreve quatro zonas na próstata com morfologia, função e patologia diferentes; a anterior, a periférica, a central e a de tecido pré-prostático. Essa última, localizada ao redor da uretra proximal alta até ao verumontano, é composta por complexo arranjo de elementos glandulares e não-glandulares. Estes, compostos por fibras musculares cilíndricas, são os responsáveis pela função esfinteriana interna, que, entre outras funções, impede o refluxo do sêmen para a bexiga durante a ejaculação. Em meio a este esfíncter, temos finas glândulas periuretrais que constituem menos de 1% da massa glandular da próstata, que permanecem confinadas a uma pequena extensão periuretral pelas fibras musculares. Na margem distal desse esfíncter muscular, muitos ductos glandulares escapam além dessa área, que é denominada zona de transição. Estes ductos representam menos de 5% da massa glandular da próstata.

A zona de transição e as outras glândulas periuretrais têm importante significado, pois são os principais locais de origem da hiperplasia benigna da próstata.

Na macroscopia, a próstata tem características variáveis, conforme os lóbulos acometidos e a constituição histológica do nódulo. O mais freqüente é ocorrer comprometimento dos lobos laterais e mediano. Em material de necrópsia, o peso médio da próstata é de 18,8 gramas para homens adultos com peso acima de 60kg, com varia-

ção mínima e máxima respectivas de 10,5 e 30g⁽¹⁾. A superfície de corte mostra nódulos de diferentes tamanhos. As áreas de infarto são evidenciadas como focos de cor pardacenta; à expressão do tecido, obtém-se líquido leitoso ou então amarelo-esverdeado, em casos de infecção.

Ao exame microscópico, a hiperplasia é caracteristicamente nodular, e ambos — o epitélio e o estroma — estão envolvidos. Baseado na histologia, Franks⁽⁴⁾ dividiu em cinco tipos: estromal, fibromuscular, muscular, fibroadenomatoso e fibromioadenomatoso, conforme haja mistura ou predomínio das células.

Na lâmina, o estroma se dispõe de forma mais homogênea; fibras musculares não se dispõem mais em feixes, mas sim, uniformemente distribuídas com o tecido fibroso; por fim, os ácinos glandulares hiperplásicos mostram acentuação das projeções papilíferas do epitélio, com células de revestimento mais altas e com núcleo de localização basal. As células basais estão presentes na maioria das vezes, sendo essa presença dado importante para excluir o adenocarcinoma. Em alguns nódulos, os ácinos apresentam-se dilatados e não raramente císticos, com epitélio cúbico ou endoteliforme. É constante a presença de infiltrado inflamatório de células redondas em focos difusamente esparsos. Podemos ter ainda celulites, hiperplasia atípica e metaplasia⁽⁹⁾.

Finalmente, em 10% dos casos podemos ter o câncer da próstata⁽³⁾.

Os nódulos hiperplásicos determinam diferentes graus de obstrução ao nível da uretra prostática, causando repercussões na bexiga e no trato urinário alto.

Desde as publicações de Guion em 1903⁽⁵⁾, o quadro clínico da obstrução do colo vesical é conhecido como prostatismo, nele incluindo-se a hiperplasia prostática. A sintomatologia é variável, não existindo relação estreita entre o volume da próstata e a importância da sintomatologia ou as repercussões sobre o aparelho urinário. Próstatas volumosas podem cursar de forma assintomática, enquanto outras de volume reduzido têm quadro sintomatológico exuberante.

Em nossos dois casos, os pacientes só procuraram recursos médicos quando já apresentavam quadro de retenção urinária aguda causado por próstatas de grandes volumes, reforçando o que foi acima descrito.

SUMMARY

The authors report two cases of prostatic nodular hyperplasia, weighing respectively 360 and 526g. They make up embryologic and histopathologic commentaries, concluding that it is an infrequent finding in urological practice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENY, SJ et al Development of benign prostatic hyperplasia with age. *J Urol* 132: 474, 1984.
2. FERREIRA, CS Contribuição ao estudo morfológico da hiperplasia da próstata. Tese (mestrado), Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1974.
3. FRANKS, LM Etiology, epidemiology and pathology of prostatic cancer. *Cancer*, 32: 1.092-1.095, 1973.
4. FRANKS, LM Benign prostatic hyperplasia: gross and microscopic anatomy. Em: GRAYHACK, JT; WILSON, JD; SCHERBENSKE, MJ Benign prostatic hyperplasia. Bethesda, NIAMDD Workshop Proceedings, 1976. p. 63. (DHEW Publications Number (NIH) 76-1.113).
5. GUION, JCF Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Paris, librairie JB, 1903.
6. HAUGEN, OA & HARBITZ, TB Prostatic weight in elderly men. *Acta Pathol Microbiol Scand [A]* 80: 769, 1972.
7. McNEAL, JE The zonal anatomy of the prostate. *Prostate*, 1: 35, 1981.
8. MOORE, RA Benign hypertrophy and carcinoma of the prostate. *Surgery*, 16: 152, 1944.
9. MOSTOFI, FK Benign hyperplasia of the prostate gland. Em: WALSH, PC Campbell's urology. 3 ed., Philadelphia, WB Saunders, 1970.
10. PRADHAN, BK & CHADRA, K Morphogenesis of nodular hyperplasia prostate. *J Urol* 113: 210, 1975.
11. WALSH, PC Benign prostatic hyperplasia. Em: WALSH, PC 5 ed., Philadelphia, WB Saunders, 1986.