

RELATO DE CASO

Apresentação atípica de adenocarcinoma prostático: Relato de caso

Atypical presentation of prostatic adenocarcinoma: A case report

Luis Francisco Barbero Gabriotti¹; Maria Fernanda Cavalini Barbosa¹; Rodolfo Ramos Junior²; Guilherme Scanapiecco Zambone²; Carlos Abib Cury³

¹Residente em Cirurgia Geral*; ²Residente em Urologia; ³Professor e chefe do Serviço de Urologia do Hospital de Base e do Departamento de Especialidades Cirúrgicas*

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto, SP

Resumo **Introdução:** O câncer da próstata é a neoplasia mais frequentemente diagnosticada no homem e a segunda causa de morte por doença maligna, perdendo apenas para a neoplasia de pulmão. É raro antes dos 50 anos, de crescimento lento, porém, após esta idade, sua incidência duplica a cada década de vida. A idade média ao diagnóstico é de 67 anos, e a média no momento do óbito pela doença é de 81 anos. A apresentação atípica neste paciente e o crescimento exacerbado da neoplasia influenciaram o relato deste caso. **Relato de caso:** Paciente procurou serviço de emergência com quadro de edema de membro inferior direito desde a raiz da coxa até o pé, associado com dificuldade para eliminar fezes e urina. Durante avaliação detectada compressão de veia íliaca direita, ureter e rim direito, bexiga e reto por massa pélvica/abdominal, cuja biópsia revelou adenocarcinoma acinar de próstata Gleason 8 (4+4). PSA total > 100 e PSA livre > 50. **Conclusões:** Estimular o acompanhamento médico freqüente e screening para câncer de próstata, com consulta médica, exame do toque prostático e dosagem sanguínea de PSA a partir de 40 anos, afim de evitar o diagnóstico tardio da doença, diminuindo as chances de cura do paciente.

Palavras-chave Neoplasia de próstata, Screening, Serviços preventivos de saúde, Evolução Clínica

Abstract Prostate cancer is the most frequently diagnosed cancer in men and the second leading cause of death from malignant disease, after lung cancer. Rarely, it occurs before the age of 50. The growth is slowly, but after that age, its incidence doubles each decade of life. The average age at diagnosis is 67 years, and time of death is around 81. This patient's atypical clinical presentation and the overgrowth of the tumor have influenced the report of this case. **Case report:** The patient arrived at the emergency department with signs of edema of the right lower limb, from the thigh to the foot, associated with difficulty to eliminate feces and urine. During clinical investigation it was detected compression of the right iliac vein, ureter, right kidney, bladder and rectum by a big pelvic / abdominal mass, whose biopsy revealed prostatic adenocarcinoma Gleason 8 (4 +4). Total PSA > 100 and free PSA > 50. **Conclusions:** To encourage frequent screening for prostate cancer with medical consultation, digital rectal examination and dosage of serum PSA in patients from 40 years old can avoid late diagnosis of this disease reducing the patient's chances of recovery.

Keywords Prostate Neoplasia, Screening, Preventive Health Services; Clinical Presentation

Introdução

O câncer da próstata é a segundo mais freqüente em homens no Brasil, sendo superado apenas pelo tumor de pele não melanoma. É um tumor raro antes dos 50 anos, de crescimento lento, levando cerca de 15 anos para atingir 1 cm³. Porém, após esta idade, sua incidência duplica a cada década de vida^{1,2}. A idade média ao diagnóstico é de 67 anos, e a média no momento do óbito pela doença é de 81 anos¹². História familiar positiva e raça negra também são importantes

fatores de risco para a doença. Homens negros, inclusive, além de apresentarem maior incidência de câncer de próstata, costumam, no momento do diagnóstico, revelar doença em estágio mais avançado do que nos outros grupos étnicos. História familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos pode aumentar o risco em 3 a 10 vezes em relação à população em geral, podendo refletir tanto fatores hereditários quanto hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias^{3,4,5}.

Recebido em 20.09.2011

Aceito em 13.12.2011

Não há conflito de interesse

A influência que a dieta pode exercer sobre a gênese da neoplasia ainda é incerta, não sendo conhecidos os exatos mecanismos que poderiam influenciar o desenvolvimento do adenocarcinoma de próstata. Contudo, já está comprovado que uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e com menos gordura, principalmente as de origem animal, não só pode ajudar a diminuir seu risco, como também de outras doenças crônicas e degenerativas^{4,5}.

Nos EUA, aproximadamente 90% dos pacientes portadores de adenocarcinoma de próstata são diagnosticados por meio do screening. Após a introdução do PSA (Antígeno Prostático Específico), o risco de um homem receber o diagnóstico da neoplasia ao longo de sua vida dobrou, subindo de 9% em 1985 para 16% em 2007, em função da ampla disseminação dos testes de triagem para detecção precoce da doença. Além disso, a evolução dos métodos diagnósticos complementares, a melhoria na qualidade dos sistemas de informação e o aumento na expectativa de vida da população masculina também contribuíram para o aumento da taxa de incidência da neoplasia^{6,7,8}. Achados de autópsia demonstram que aos 80 anos, 70% dos homens apresentam carcinoma prostático, mesmo essa não sendo a causa da morte na maioria dos casos^{9,10,11}.

Mais de 90% das neoplasias da próstata são representadas pelos adenocarcinomas, e cerca de 75% delas originam-se na zona periférica da glândula, geralmente não causando manifestações iniciais¹². A velocidade do aparecimento dos sintomas também é importante no raciocínio diagnóstico. Em casos de hiperplasia benigna, eles tendem a evoluir de forma lenta e progressiva, enquanto que o aparecimento súbito de dificuldade urinária em um paciente com padrão miccional satisfatório é manifestação comum de doença maligna, sugerindo neoplasia localmente avançada ou metastática. Seu crescimento em direção à uretra ou ao colo vesical leva ao aparecimento de sintomas irritativos e/ou compressivos, como urgência miccional, polaciúria, nictúria, disúria, dificuldade para iniciar a micção, jato fino e/ou fraco, sensação de esvaziamento vesical incompleto e hematuria. A progressão à obstrução dos ductos ejaculatórios pode resultar no aparecimento de oligo e homospermia. De forma semelhante, a impotência pode ser manifestação rara do câncer da próstata.

No caso de doença avançada com metástases, podem aparecer sintomas específicos do órgão acometido, bem como repercussões sistêmicas e síndrome paraneoplásica, além de manifestações clínicas decorrentes do efeito compressivo da massa na região pélvica. Dor óssea, perda de peso, anemia, astenia, adenopatia cervical e inguinal, uremia e aumento da creatinina por obstrução do fluxo urinário, com consequente piora da função renal, linfedema escrotal, edema de membros inferiores quando há prejuízo do fluxo linfático e vascular, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, síndrome da compressão aguda da medula espinhal, cujos sintomas podem ser déficit motor (91% dos casos), déficit sensorial (83%), dor (88%) e perda do controle esfinteriano (35%), entre outros^{13,14,15}. Nesses casos, é prudente prosseguir com a investigação diagnóstica adequada e estadiamento completo da doença, para

programação de conduta específica para cada paciente^{16,17,18}.

Relato de caso

A.F.de M., sexo masculino, 64 anos, natural de Cabo de Santo Agostinho/PE, procedente de São José do Rio Preto; Antecedentes Pessoais: ex-tabagista (10 cigarros ao dia parou há 17 anos), etilista; não soube referir sobre patologias na família; nega cirurgias prévias e uso de medicações. Paciente procurou serviço de emergência com quadro de edema de membro inferior direito desde a raiz da coxa até o pé, sem dor local, associado a dificuldade para eliminar fezes e urina no mesmo período. Foi avaliado pela equipe da cirurgia vascular que, após realização de Ultra-som Doppler, descartou sinais de trombose venosa profunda do membro, porém visualizou alteração de veia íliaca direita. Foi submetido a Tomografia Computadorizada de Abdome, com presença de grande massa pélvica ascendendo para abdome e invadindo retroperitônio, provocando compressão de veia íliaca interna direita, ureter e rim direito, bexiga e reto. Foram solicitados exames laboratoriais: creatinina 1,6 mg/dL, Ureia 68 mg/dL, sódio 146 mEq/l, Potássio 4 mEq/l. Durante a evolução foi realizada nefrostomia aberta a direita e biópsia da massa, cujo laudo revelou adenocarcinoma de próstata. Solicitado PSA total > 100 e PSA livre > 50. Biópsia prostática revelou adenocarcinoma acinar usual com Gleason 8 (4+4). Iniciado tratamento com uso de bloqueadores hormonais de testosterona de ação central e periférica, respectivamente com Leuprolida 7,5mg/1,5 ml SC 1x por mês e Flutamida 250 mg 3x ao dia.



Figura 1: Tomografia computadorizada de abdome do paciente realizada durante investigação diagnóstica (corte coronal), demonstrando presença de compressão vascular pela neoplasia avançada



Figura 2: Tomografia computadorizada de abdome do paciente (corte sagital) evidenciando a grande massa pélvica comprimindo estruturas adjacentes, como o reto e a bexiga.

Discussão

O presente caso mostra um paciente com 64 anos que nunca fez avaliação urológica preventiva ou consulta médica para realizar exames de triagem de câncer de próstata. Assim, no seu caso o adenocarcinoma de próstata foi diagnosticado já em estágio avançado, com compressão de órgãos adjacentes (reto, bexiga, ureter e rim direito, veia ilíaca direita e invasão renal). Apesar da lesão ter respondido bem ao bloqueio hormonal, a sobrevida do paciente será de, no máximo, 35% em 5 anos^{12,14,15}.

Conclusão

O incentivo a campanhas públicas de esclarecimento e a facilitação ao acesso da população geral à orientação médica e realização de exames preventivos (toque prostático e dosagem de PSA) podem aumentar a triagem precoce de neoplasia prostática ainda silenciosa, antecipando o tratamento adequado, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente, aumentando sua sobrevida e suas chances de cura.

Referências Bibliográficas

1. INCA, M. Estimativa 2005: Incidência de Câncer no Brasil, Rio de Janeiro. INCA, 2004
2. Dantas VC, Medeiros RC, Sales LV, Rocha AA, Lamarão LLSG, Fernandes PDC et al. Specific prostate antigen levels (PSA) in individuals with different alimentary habits; RBAC, vol. 42(2): 111-114, 2010
3. Correa NAB, Costa GMF, Massambani EM, Matumoto FH,

Paula MMM. Diagnóstico precoce de carcinoma de próstata: Antígeno Prostático Específico (PSA)—um marcador quase ideal. Revista Brasileira de Análises Clínicas (RBAC). Rio de Janeiro: v. 35, n. 2, p. 63-64, 2003

4. Kristal AR, Chi C, Tangen CM, Goodman PJ, Etzioni J, Thompson IM. Associations of demographic and lifestyle characteristic with prostate-specific antigen (PSA) concentration and rate of PSA increase. Cancer, v. 106, n. 2, p. 320-328, 2007 .

5. Arruda HO, Vieira Filho JPB, Ortiz V, Srougi M. PSA e medidas antropométricas em índios da Amazônia: avaliação da comunidade Parkateiê. Revista de Saúde Pública, v. 37, n. 5, p. 624-628, 2003.

6. Schroder FH et al. Prostate Cancer Screening Decreases The Absolute Risk of Being Diagnosed with Advanced Prostate Cancer – Results from a Prospective, Population-Based Randomized Controlled Trial. European Urology 51:659-664, 2007

7. Selley S, Donovan J, Faulkner A, Coast J, Gillatt D. Diagnosis, management and screening of early localised prostate cancer. Health Technol Assess 1997;1

8. Postma R et al. Cancer Detection and Cancer Characteristics in the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) – Section Rotterdam. A Comparison of Two Rounds of Screening. European Urology 52: 89-97, 2007.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa de câncer no Brasil 2010.

10. Wolf AM, Wender RC, Etzioni RB, Thompson IM, D'Amico AV, Volk RJ. American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010. CA Cancer J Clin. 2010;60:70-98.

11. Srougi, M. Câncer da próstata: uma opinião médica. Artigo publicado em [uronline/ed1098/caprostata.htm](http://www.urologia.com.br/online/ed1098/caprostata.htm). 2011

12. Correa LA, Bendhack ML, Souza AAO, Sabaneff J. Câncer de Próstata: Fatores Prognósticos 2006

13. Bastos CA, Cortado B, Macedo PL, Netto J, Rodrigues N. Importância do toque retal e PSA no diagnóstico precoce do câncer de próstata. RBM rev. bras. med;61(7):471:474-472-474, 2007

14. Crawford ED, Eisenberger MA, McLeod DG. A controlled trial of leuprolide with and without flutamide in prostate carcinoma. New Engl J Med 1989; 321: 419-24.

15. Moul JW. Twenty years of controversy surrounding combined androgen blockade for advanced prostate cancer. Cancer 2009 Aug;115(15):3376-8.

16. Sociedade Brasileira de Urologia. Diretrizes em Uro-oncologia. 2005.

17. Horninger W, Berger AP, Rogatsch H, Gschwendtner A, Steiner H, Niescher M et al. Characteristics of prostate cancers detected at low PSA levels. Prostate. 2007;58:232-7

18. Singh H, Canto EI, Shariat SF, Kadmon D, Miles BJ, Wheeler TM et al. Improved detection of clinically significant, curable prostate cancer with systematic 12- core biopsy. J Urol. 2004;171:1089-92.

Correspondência:

Maria Fernanda C. Barbosa

Al das Margaridas, 117 Alphaville res 5

06539-270 - Santana de Parnaíba, SP

Tel.: (11)4153-7044/(17)9775-5010

e-mail: mafe_barboosa@yahoo.com.br
