



Associação  
Portuguesa  
de Urologia

# UROLOGIA

## EM MEDICINA FAMILIAR

**Sintomas Urinários  
no homem adulto**

Pedro Monteiro

---

# SINTOMAS URINÁRIOS NO HOMEM ADULTO

**Pedro Monteiro**

Especialista de Urologia do Hospital Egas Moniz  
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental EPE

O aparecimento de queixas relacionadas com a micção é algo de comum no sexo masculino, e a frequência aumenta com a idade, degradando de forma significativa a qualidade de vida. A próstata, essa enigmática glândula que se esconde por baixo da bexiga e envolve o início da uretra, tem sido implicada como responsável na enorme maioria de casos quase desde que há memória. Na verdade, a maior parte das queixas não são directamente atribuíveis à próstata, mas à bexiga, órgão com mais abundante e complexa inervação, sobretudo do ponto de vista sensitivo. Assim, a comunidade urológica tem preferido abrir os horizontes e considerar os sintomas urinários como um conjunto de manifestações a avaliar no seu todo,

sem correr o risco de lhes atribuir uma origem de forma precipitada e com o objectivo de melhorar a resposta às necessidades dos doentes.



**Um em cada  
quatro homens  
com mais  
de 40 anos...**

## ...sente-se incomodado

por algum tipo de queixa ligada à micção, e acima dos 65 anos a proporção de homens sintomáticos é superior a um terço. Esta associação à idade é muito relevante, não só pelos custos associados ao envelhecimento da população mas também por questões ligadas à polimedicação. A intensidade das queixas, no entanto, é ligeira ou moderada na maioria dos casos, mas a tendência é para o agravamento lento ao longo de meses e anos.

Os sintomas miccionais podem apresentar padrões mais ou menos definidos, mas costumam poder associar-se às 2 fases do funcionamento da bexiga: o lento e progressivo enchimento (também dito armazenamento) ou o mais dinâmico esvaziamento.

As queixas relacionadas com o armazenamento referem-se ao aumento do número de vezes que o doente necessita de urinar ou à dificuldade em controlar a vontade de urinar, podendo culminar em perdas involuntárias de urina. As queixas relacionadas com o esvaziamento são o enfraquecimento progressivo do jacto, a hesitação para começar a urinar que por vezes obriga a esforço abdominal, em consequência última chegando à impossibilidade de urinar

mesmo com a bexiga muito cheia (retenção urinária aguda).

O crescimento progressivo da próstata não explica todas estas queixas. Aliás, a associação entre volume da próstata, obstrução ao esvaziamento da bexiga e sintomas ligados à micção é bem pouco evidente. Há doentes sintomáticos com grandes próstatas causadoras de obstrução, mas também os há obstruídos sem queixas nenhuma ou sintomáticos com próstatas pequenas. A interação mecânica entre a bexiga e a próstata parece bem mais complexa do que pensamos durante anos e a inflamação que por vezes afeta a próstata de forma arrastada pode influenciar a sintomatologia. Além disso, um mau funcionamento da bexiga dará queixas em tudo semelhantes: uma bexiga que contrai com pouco vigor ou uma bexiga que não relaxa de forma tranquila durante o enchimento são condições por vezes difíceis de distinguir das maleitas da próstata, e várias são as condições que podem estar na origem destas manifestações.

Além do impacto na qualidade de vida, algumas destas condições podem representar riscos para a saúde dos doentes, sobretudo os que realmente esvaziam mal a bexiga apesar do esforço



Figura 1. Causas de LUTS. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Copenhagen 2018. ISBN 978-94-92671-01-1.

da bexiga para vencer a barragem. Em casos extremos e já pouco frequentes, a função dos rins pode ver-se prejudicada, mas outras complicações podem acontecer durante a história da doença: hematúria, cálculos, infecções...

Tabela 1.

### Complicações da LUTS/HBP

Complicações
Hematúria
Retenção urinária aguda
Infecções urinárias
Cálculos vesicais
Insuficiência renal

Fontes:

Kim EH, Larson JA, Andriole GL. Management of Benign Prostatic Hyperplasia. Annual Review of Medicine. 2016;67:137–51.  
2010 American Urological Association Education and Research, Inc.

A avaliação clínica pode ser iniciada pelo médico de família, que encaminhará o caso para um especialista em Urologia sempre que surjam indicadores de gravidade ou que o tratamento se revele ineficaz.

O primeiro e fundamental passo é a caracterização dos sintomas, estimando-se também a sua intensidade e o impacto na qualidade de vida. Existem questionários que foram desenvolvidos para uniformizar a avaliação das queixas; recomenda-se o uso de questionários validados como IPSS, ICIQ-MLUTS ou DAN-PSS. Complementando estes dados, continua a ser essencial a palpação da próstata – permite não só ter uma noção aproximada do volume, mas sobretudo de outras características que façam suspeitar de tumor: nódulo, endurecimento, mobilidade.

A investigação básica consiste em análises (urina e função renal, marcador tumoral se pertinente), mas podem ser necessários outros exames incluindo endoscopia ou estudos urodinâmicos,

especialmente em homens jovens e casos refractários ou história urológica pregressa complexa. Quando se considerar indicação cirúrgica é recomendada avaliação complementar como ecografia (rins, bexiga, resíduo pós-mic-

cional) e urofluxometria. O acompanhamento da evolução do caso pode justificar a repetição periódica de alguns destes exames.

Existem hoje diversas alternativas para tratar os sintomas miccionais. A primeira

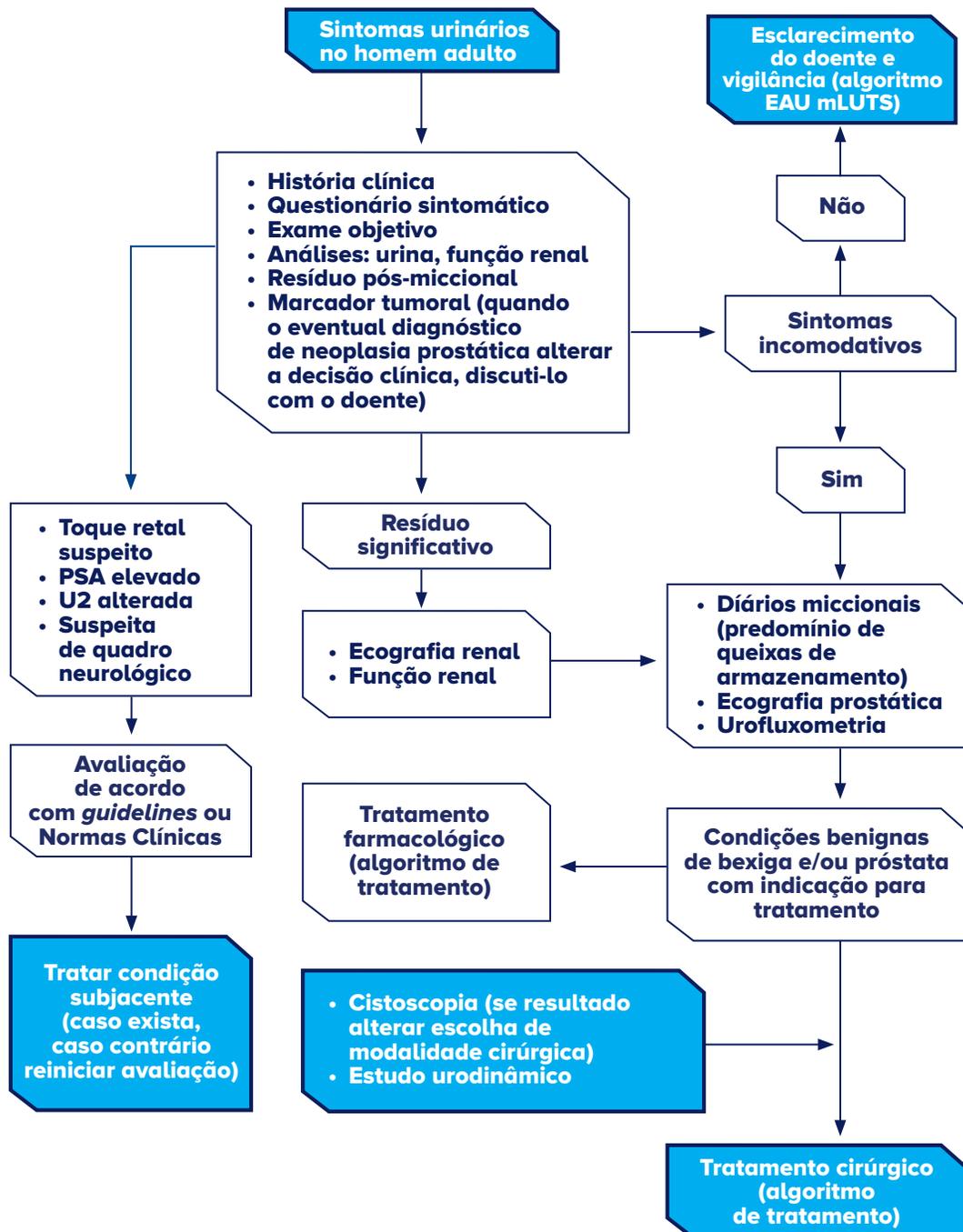


Figura 2. Algoritmo de tratamento. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Copenhagen 2018. ISBN 978-94-92671-01-1.

questão a colocar será mesmo a da real necessidade de tratar – homens pouco sintomáticos e pouco incomodados, sem nada que prenuncie uma evolução desfavorável, podem passar bem sem qualquer medicação até que as queixas se agravem. Quando a intensidade ou o incómodo destes sintomas carece de tratamento, a primeira linha do tratamento costuma ser com medicamentos adequados ao tipo predominante de sintomas, ao invés de atender apenas ao volume da próstata. Na verdade, não é demais lembrar que se trata de bem mais do que uma questão de terminologia mas esta é pertinente, porque boa parte destes fármacos foi desenvolvida para tratar doentes com “HBP” quando na verdade já se dirigia a sintomas que nem sempre se associam ao crescimento da próstata.

Homens com queixas mais relacionadas com o esvaziamento da bexiga podem ser tratados com alfa-bloqueantes, que relaxam o colo da bexiga e o componente muscular da próstata (silodosina, tansulosina, alfuzosina, doxazosina, terazosina). Já homens com queixas mais relacionadas com o enchimento da bexiga podem beneficiar de tratamento com antimuscarínicos, que reduzem as contrações indesejadas da bexiga (solifenacina, darifenacina, tróspio). Estes dois grupos de medicamentos podem associar-se e existem já fórmulas com combinação de princípios ativos de ambos. Os medicamentos habitualmente

usados para tratar a disfunção erétil também já demonstraram ser eficazes contra as queixas miccionais (tadalafil). Quando as queixas tiverem um componente inflamatório, a fitoterapia pode trazer benefícios (*Serenoa repens*) com a virtude de ser quase isenta de efeitos acessórios. Se as queixas se associarem a aumento de volume da próstata, também este pode ser lentamente reduzido com inibidores 5- $\alpha$ -redutase (dutasterida, finasterida). Tal como os dois primeiros grupos de medicamentos, mais diretamente apontados aos sintomas, também estes últimos podem fazer parte de esquemas terapêuticos combinados.

Apesar desta panóplia de fármacos, nem todos os doentes respondem favoravelmente à medicação. Entre os insucessos, os doentes que tiverem evidência de mau esvaziamento vesical podem beneficiar de cirurgia para desobstrução, tal como os que se apresentarem à partida com sintomas muito marcados ou com complicações da obstrução. Diversas técnicas estão disponíveis, com vantagens e desvantagens a analisar caso a caso, mas podem dividir-se em dois grupos:

- Cirurgia convencional da próstata, realizada com o objetivo de remover o tecido prostático interior que comprime a uretra obstruindo-a, útil sobretudo para o tratamento de casos com próstatas de muito grandes dimensões;
- Cirurgia endoscópica da próstata, executada através da uretra com aparelhagem específica: a ressecção endoscópica é a variante mais convencional (RTUP), cortando-se tecido com auxílio de corrente elétrica, mas pode usar-se laser para o mesmo efeito ou para vaporizar o tecido.

Qualquer destas opções cirúrgicas terá uma elevada probabilidade de impacto sobre a ejaculação, mas o risco de impacto negativo sobre a ereção ou sobre a continência é muito baixo. Mais relevantes serão os riscos de hemorragia, infeção ou aperto uretral (para as opções endoscópicas) e o temido, mas felizmente rara “síndrome de RTUP” com alterações iónicas graves durante e logo após a cirurgia. Globalmente, a taxa de complicações é baixa, e passados os primeiros dias, a recuperação é rápida e os resultados são melhores do que com medicamentos, mas é fundamental identificar corretamente os candidatos ideais para cirurgia – é aí que o Urologista melhor pode ajudar o doente.

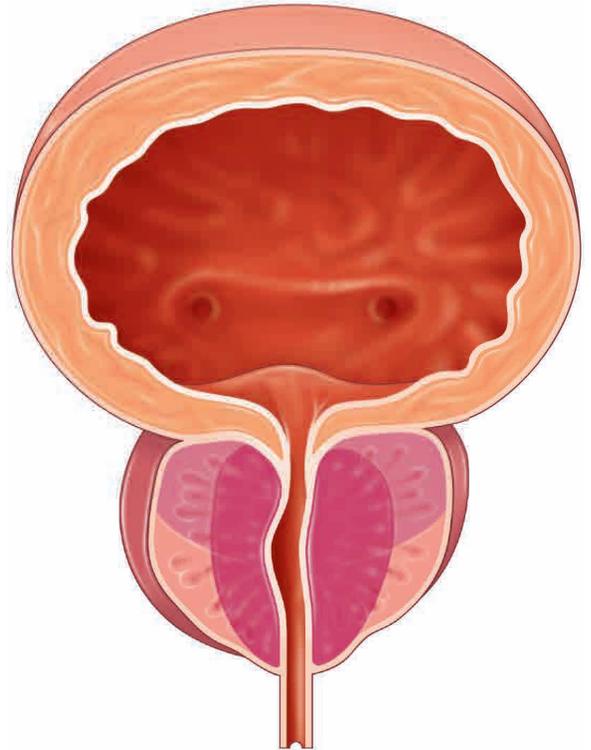


Figura 3. Hiperplasia da próstata.

Tabela 2.

**Tratamentos na LUTS/HBP**

<b>Classe de medicamentos – mecanismo de ação</b>	<b>Princípio ativo</b>
<p><b>Bloqueadores <math>\alpha_1</math> adrenérgicos</b></p> <p>Inibem a contração do tecido muscular liso, através do bloqueio dos recetores <math>\alpha_1</math>, com decréscimo da resistência do fluxo urinário e melhoria rápida das queixas</p>	<p>Silodosina Terazosina Alfuzosina Doxazosina Tansulosina</p>
<p><b>Inibidores da 5<math>\alpha</math>-redutase (5-ARIs)</b></p> <p>Inibem a 5<math>\alpha</math>-redutase, uma isoenzima responsável pela metabolização da testosterona em DHT, muito mais ativa, com alguma redução de volume da próstata (lenta)</p>	<p>Finasterida Dutasterida</p>
<p><b>Agentes anticolinérgicos</b></p> <p>Atuam por relaxamento do tecido muscular liso na bexiga Doentes devem ser aconselhados a suspender a medicação em caso de agravamento sintomático.</p>	<p>Oxibutinina Fesoterodina Darifenacina Solifenacina Cloreto de tróspio</p>
<p><b>Agonista <math>\beta_3</math> adrenérgico</b></p> <p>Atuam por relaxamento do tecido muscular liso na bexiga</p>	<p>Mirabegom</p>
<p><b>Inibidores da fosfodiesterase 5 (PDE-5)</b></p> <p>Não se conhece ao certo o seu mecanismo de ação. Presume-se que inibem de forma seletiva da PDE-5, aumentando a c-GMP (monofosfato cíclico de guanosina), o que causa um relaxamento do tecido muscular liso</p>	<p>Tadalafil Sildenafil Avanafil Vardenafil</p>
<p><b>Fitoterapia</b></p> <p>Inibe a síntese de prostaglandinas e leucotrienos através do bloqueio da cascata do ácido araquidónico, diminuindo o número de células mediadores inflamatórios</p>	<p><i>Serenoa repens</i></p>

Fonte: Brasure M, et al. Newer Medications for Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: A Review. Agency for Healthcare Research and Quality. May 2016.



Associação  
Portuguesa  
de Urologia

Rua Nova do Almada, 95 - 3º A  
1200-288 LISBOA, Portugal

Tel. (351) 213 243 590  
Fax (351) 213 243 599

E-mail: [apurologia@mail.telepac.pt](mailto:apurologia@mail.telepac.pt)  
Internet: [www.apurologia.pt](http://www.apurologia.pt)



[facebook.com/apurologia.pt/](https://www.facebook.com/apurologia.pt/)



[twitter.com/apurologia](https://twitter.com/apurologia)

Disponível On Line:  
<https://apurologia.pt/outras-publicacoes/>

#### **Conselho Directivo**

Presidente: Luís Abranches Monteiro

Vice-Presidente: Miguel Ramos

Secretário Geral: Rui Pinto

Tesoureiro: Pedro Nunes

Vogais: Frederico Furriel

Pedro Monteiro

Vanessa Vilas-Boas

---

Data: novembro 2018

Conteúdo: Associação Portuguesa de Urologia

Patrocínio: Pierre Fabre Médicament

Design: Maria Design

Uma Publicação da:



Associação  
Portuguesa  
de Urologia

Com o Patrocínio de:



**Pierre Fabre**  
Médicament