

DOSSIÊ INFORMATIVO

Novembro
Mês de Alerta para as
Doenças do Homem



Associação
Portuguesa
de Urologia



Doenças graves diagnosticadas de forma atempada têm fortes possibilidades de cura

Neste "Mês de Alerta para as Doenças do Homem" chama-se a atenção para as doenças da próstata, para os tumores do testículo e para as disfunções sexuais.

1 – DOENÇAS DA PRÓSTATA

As patologias da próstata mais frequentes são a Prostatite, a Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) e o Cancro da Próstata. A incidência destas duas últimas tem sido maior nas últimas décadas, devido não só ao aumento da esperança média de vida como pelo desenvolvimento de novos métodos e estratégias de diagnóstico.

1.1 - Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP)

O aumento da esperança de vida tem feito crescer o número de doentes com problemas resultantes do aumento de volume da próstata: em Portugal realizam-se, anualmente, mais de 10 mil cirurgias por HBP.

A próstata tem duas grandes fases de crescimento. O primeiro ocorre na puberdade, período durante o qual a próstata duplica progressivamente o seu tamanho. Já pela quarta década de vida a próstata recomeça a crescer, e é esta segunda fase de crescimento que, anos mais tarde, pode resultar na HBP. Embora a próstata cresça durante toda a vida do homem, esse aumento não costuma causar problemas, a não ser tardiamente.

A HBP raramente causa sintomas antes dos 40 anos, mas cerca de metade dos homens com 60 anos e 90% dos homens com 80 anos têm sintomas atribuíveis a HBP.

Sintomas

As queixas resultantes da HBP devem-se não só à obstrução da uretra, como também à perturbação da função da bexiga, resultante do seu esvaziamento incompleto ou inadequado. Em algumas situações extremas o homem pode entrar em retenção urinária completa (dita aguda), não conseguindo urinar.

Os sintomas de HBP não lhe são específicos, mas os mais comuns são:

- Micções mais frequentes, de noite ou de dia
- Jato urinário fraco, hesitante ou interrompido e sensação de urgência para urinar, por vezes com pequenas perdas involuntárias de urina
- A retenção urinária incompleta arrastada (dita crónica), com resíduo pós-miccional progressivamente crescente, pode levar a infeções urinárias, incontinência, pedras na bexiga e prejuízo para a função renal. Se a bexiga ficar definitivamente perturbada o tratamento da HBP pode ser ineficaz, mesmo com cirurgia. Quando os distúrbios da micção relacionados com a HBP são tratados em fases precoces há maior probabilidade de sucesso e menor risco de se desenvolverem complicações.

Diagnóstico

Quando há suspeita de HBP deve-se recorrer a um urologista, médico especializado em doenças do aparelho urinário e do aparelho genital masculino, que o avaliará e poderá recomendar alguns exames que ajudam a identificar o problema e a decidir qual o tratamento necessário.

A avaliação dos sintomas deve ser complementada pela palpação da próstata, o temido toque rectal. É a primeira forma de estimar o volume da próstata mas também de detetar dor à palpação, sugestiva de inflamação ou nódulos e endurecimentos suspeitos de doença maligna.

A avaliação complementar pode incluir os seguintes exames:

- **Análises.** Com simples análises de sangue e urina pode suspeitar-se de infeção (prostatite) ou de cancro, e pode ter-se uma avaliação da função renal global, vítima final dos casos mais graves de obstrução
- **Ecografias.** A ecografia prostática não necessita de ser feita com uma sonda trans-retal, na maioria dos casos. O estudo dos rins e da bexiga permite saber se a HBP está a ter alguma repercussão sobre todo o aparelho urinário, para além de despistar eventual patologia associada. A medição do resíduo pós-miccional é um detalhe fundamental, pois a existência de um resíduo elevado significa que existe perda da eficácia de contração da bexiga.
- **Fluxometria urinária.** O registo das características do jato urinário também pode ter utilidade na investigação de queixas da micção. É popular devido à sua simplicidade e seu baixo custo, tendo ainda a vantagem de ser um exame não invasivo.

1.2 - Cancro da Próstata

O cancro da próstata, tumor maligno que se desenvolve no interior da glândula prostática, é dos cancros mais comuns e frequentes no homem, aumentando a sua incidência com a idade, particularmente após os 45 anos.

Em Portugal, o cancro da próstata ocupa o terceiro lugar da incidência de doenças oncológicas e o segundo em taxa de mortalidade, sendo responsável por mais de 1.800 mortes por ano. Assim como noutros cancros, a causa do cancro da próstata é desconhecida, sendo mais frequente em homens afro-americanos e em homens com um histórico familiar da doença.

Na maioria dos homens o cancro cresce de forma lenta e silenciosa. Daí que 50 a 70% dos doentes possam apresentar doença localmente avançada e/ou metastática no momento do diagnóstico. Se for detetada cedo pode ser eficazmente tratada. Para tal é importante um correto estadiamento do cancro. Indicadores como o grau de diferenciação, tamanho e extensão do tumor são determinantes para calcular a velocidade de crescimento e agressividade do cancro.

Sintomas

Em fase inicial o cancro da próstata não tem qualquer sintoma. Numa fase posterior pode causar obstrução miccional.

Os sintomas obstrutivos e de armazenamento são marcados por: uma micção prolongada; a diminuição da força e calibre do jato urinário; a dificuldade em interromper a micção; a sensação de micção incompleta; a retenção urinária aguda ou crónica; a incontinência urinária; o aumento de frequência miccional diurna e/ou noturna e a urgência miccional.

Podem aparecer ainda outros tipos de sinais ou sintomas como a dor na micção, insuficiência renal com anemia ou quebra do estado geral.

Diagnóstico

Além dos exames prostáticos normais, o diagnóstico do cancro da próstata é geralmente feito com base no PSA (análise ao sangue) e na biópsia prostática. O PSA (antígeno específico da próstata) é considerado um marcador tumoral cujo doseamento é utilizado no diagnóstico e determinação do estágio do cancro da próstata, bem como para monitorizar a evolução e a resposta à terapêutica instituída. A biópsia é um elemento fundamental para o diagnóstico do cancro da próstata. Permite determinar elementos sobre o tipo de diferenciação celular, a arquitetura, o volume tumoral ou a permeação linfática, vascular e nervosa.

De modo a conseguir-se a melhor orientação do cancro da próstata é indispensável o seu diagnóstico correto e atempado, sendo recomendada a vigilância anual a partir dos 50 anos. Caso haja história familiar de cancro da próstata a vigilância deverá iniciar-se aos 45 anos.

1.3 - Prostatite

Existem três tipos de inflamação da próstata: prostatite aguda infecciosa, prostatite crónica infecciosa e prostatite não infecciosa. O nome prostatite infecciosa pode induzir em erro, pois não se trata de uma doença contagiosa, não podendo ser considerada como sexualmente transmissível (uma DST). O modo como a próstata pode ser infetada não é muito claro. No entanto sabe-se que os agentes microbianos que

causam a prostatite provêm geralmente da uretra, por refluxo de urina infetada para o interior dos ductos prostáticos.

A prostatite aguda é causada por bactérias, necessitando de urgente tratamento antibiótico. A prostatite crónica é geralmente causada por bactérias, mas também por fungos e parasitas. A prostatite não infecciosa é mais frequente do que a infecciosa, não sendo causada por bactérias nem por outros agentes microbianos. Na verdade, a sua causa é desconhecida.

Os riscos de contrair esta inflamação aumentam com certas condições e procedimentos médicos, nomeadamente em casos de recente instrumentação uretral no decorrer de uma intervenção cirúrgica ou em casos de retenção aguda da urina, existência de HBP provocando dificuldade miccional, infeção urinária recente e qualquer malformação congénita do aparelho urinário.

Sintomas

Dependem do tipo de prostatite. Variam entre a quase inexistência de sintomas e sintomas súbitos e severos que obrigam a consulta médica, sendo mais intensos no caso da prostatite aguda e habitualmente pouco intensos na prostatite crónica e na não infecciosa. Quando presentes, podem incluir febre, arrepios, aumento da frequência urinária, micção dificultada com sensação de dor ou ardor, dor perineal, dores articulares e musculares, sangue na urina e ejaculação dolorosa. De notar que os sintomas da prostatite podem assemelhar-se aos sintomas de outras doenças, devido à proximidade anatómica entre a uretra, a bexiga e a próstata. Situações que afetem qualquer um destes órgãos podem dar origem à sobreposição de sintomas.

Diagnóstico

Os exames mais comuns para diagnóstico da prostatite passam pelo toque retal e pela colheita de urina pelo método dos três frascos para pesquisar a presença de glóbulos brancos e bactérias e que ajudará o médico a determinar se se trata de uma inflamação ou uma infeção e se é originada na uretra, bexiga ou próstata.

2 – TUMORES DO TESTÍCULO

Apesar de serem os tumores mais frequentes dos homens entre os 15 e 34 anos, são raros comparados com outros tipos de cancro. Os tumores do testículo representam cerca de 1 a 2% dos cancros no homem, mas são do mais curáveis, sobretudo com diagnosticados em estádios precoces.

A maioria dos tumores do testículo (95%) origina-se em células imaturas (células germinativas) que dão origem aos espermatozoides, sendo assim tumores de células germinativas (TCG). Há dois tipos: seminomas e não-seminomas. Há ainda um terceiro tipo, os tumores do estroma, que não se originam em células germinativas mas nos tecidos de suporte do testículo.

As causas dos tumores de testículos ainda permanecem desconhecidas. Os homens com maior risco são os que nascem com um testículo não descido (criptorquidia), ou seja, que permanece no abdómen em vez de descer para o escroto. Rapazes com esta alteração têm um risco aumentado de desenvolver um cancro do testículo. Outros fatores de risco incluem: idade jovem, raça caucasiana, antecedentes familiares e problemas de fertilidade. Uma vasectomia ou traumatismo testicular não originam tumores do testículo.

Sintomas

Os tumores do testículo nem sempre produzem sintomas. O sinal mais comum é o aumento de volume testicular ou a presença de uma massa palpável e geralmente indolor num ou nos dois testículos. Outros sintomas incluem a sensação de peso, moimha ou desconforto no escroto, região inguinal ou abdómen, sensação de mal-estar e cansaço. Alguns tipos de tumores produzem altos níveis de hormonas como a B-HCG, estrogénios, testosterona, que podem causar, respetivamente, aumento da sensibilidade mamária e aumento da glândula mamária chamado ginecomastia, perda de desejo sexual (libido), e aparecimento precoce de pelos no corpo e na face e ainda interrupção do crescimento nos rapazes mais jovens.

Os tumores do testículo metastizados podem originar dor lombar, dor óssea, sensação de falta de ar (dispneia), dores torácicas e tosse.

Diagnóstico

A maioria dos tumores testiculares é descoberta pelo próprio doente (por acaso ou aquando de um auto-exame para pesquisar massas) ou então pelo médico aquando do exame objetivo em consulta. O diagnóstico implica uma história clínica para apurar fatores de risco, desenvolvimento das queixas etc., o exame objetivo para avaliar o escroto e eventuais gânglios linfáticos e exames complementares de diagnóstico, nomeadamente ecografia escrotal e análises sanguíneas (com determinação de AFP, B-HCG e LDH).

A única hipótese de se obter um diagnóstico definitivo de um tumor do testículo é através de um exame anatomopatológico, que pode passar pela remoção do testículo afetado (orquidectomia radical), ao contrário de outros órgãos em que é removida uma amostra de tecido. A remoção de um testículo não afeta a fertilidade assim como a potência sexual (na premissa que o outro seja saudável) e em muitos casos será o tratamento definitivo do tumor do testículo. A extensão da doença no organismo é determinada pela realização de outros exames complementares de diagnóstico, nomeadamente, RX de Tórax, TAC de abdómen e quando necessário TAC torácico ou mesmo ressonância magnética nuclear.

3 – DISFUNÇÕES SEXUAIS

O conceito de disfunção sexual alterou-se nos últimos anos, não se resumindo apenas à disfunção erétil (DE), a qual corresponde à incapacidade persistente ou recorrente em obter e/ou manter uma ereção suficiente para uma atividade sexual satisfatória. A função sexual masculina engloba não só a função erétil, mas também a capacidade de ejacular e obter o orgasmo. Assim, quando falamos em disfunções sexuais, temos que incluir também as disfunções ejaculatórias e a disfunção orgásmica. Qualquer uma delas tem grande impacto na qualidade de vida do doente e do casal, sendo que não é de excluir uma eventual relação com outras doenças masculinas, como é o caso das doenças prostáticas.

3.1 – Disfunções eréteis

Ao contrário do que se acreditava no passado, a principal etiologia da disfunção erétil é orgânica, com origem arteriogénica, neurogénica, anatómica, hormonal, induzida por drogas ou uma combinação destes fatores. A origem psicogénica também é relevante

em vários contextos, nomeadamente em estados ansiosos, depressivos e distúrbios da intimidade sexual, entre outros.

Tratamento

O tratamento da disfunção erétil deve ser individualizado e direcionado sempre que possível a uma etiologia identificável, como é o caso da disfunção erétil pós-traumática em jovens ou por doença endocrinológica. Na maioria das vezes, porém, não é possível identificar um fator causal único, devendo o tratamento basear-se na modificação dos fatores de risco e o recurso a fármacos orais (Inibidores da fosfodiesterase 5) na ausência de contra-indicações para estes.

Outras opções são a utilização do dispositivo de vácuo (consiste num cilindro de plástico que é colocado sobre o pénis e que induz a ereção por efeito de sucção, devendo ser associado à colocação de um anel constritor na base do pénis), assim como a administração de fármacos vasodilatadores por injeção intracavernosa ou absorção intra-uretral.

O tratamento de última linha é a prótese peniana, que consiste na colocação de cilindros nos corpos cavernosos do pénis de forma a obter a rigidez dos mesmos. Existem vários tipos de próteses, desde as mais simples com dois cilindros maleáveis até à mais complexa, insuflável de três componentes, a qual permite uma rigidez mais completa e que pode ser desinsuflada. Apesar de ser mais dispendiosa, com grau de complexidade superior e maior risco de complicações, os resultados são muito satisfatórios.

3.2 – Disfunções ejaculatórias

A ejaculação corresponde à emissão de sémen para o exterior através do pénis, podendo existir sem ereção e sem orgasmo. Para que ocorra é necessária a integração de processos neurofisiológicos complexos, que podem estar alterados por causas congénitas ou adquiridas (nerológicas, anatómicas, iatrogenia cirúrgica ou farmacológica e psicogénicas). As disfunções ejaculatórias podem ser classificadas de várias formas, uma delas consoante o tempo (ejaculação prematura ou retardada), a modalidade (ejaculação retrógrada ou anejaculação) ou outras mais raras, como a ejaculação dolorosa.

3.2.1 – Anejaculação

Resulta habitualmente de lesão do sistema nervoso simpático com afeção da fase de emissão (doenças crónicas como esclerose múltipla e diabetes mellitus, lesões neurológicas após traumatismos vértebro-medular ou cirurgia pélvica e retroperitoneal). A obstrução das vias ejaculatórias pode decorrer de doenças congénitas (vestígios dos canais de Muller, fibrose quística) ou adquiridas (litíase, infeção, cirurgia).

3.2.2 – Ejaculação retrógrada

Consiste na ausência total ou parcial da expulsão do ejaculado, com fase de emissão mantida, ao contrário da anejaculação; resulta maioritariamente do deficiente encerramento do esfíncter uretral interno e a sua etiologia é principalmente neurológica ou iatrogénica, nomeadamente após cirurgia do colo vesical e próstata por HBP.

3.2.3 – Ejaculação prematura

É a disfunção ejaculatória mais frequente, podendo afetar até 1 em cada 5 homens. Define-se como a ejaculação que ocorre sempre ou quase sempre até 1 minuto após a penetração vaginal, com incapacidade de diferir a ejaculação em todas ou quase todas as relações sexuais e de que resultam consequências pessoais negativas, tais como mal estar psicológico ou frustração.

Existem vários tipos de ejaculação prematura, sendo os principais a primária, que existe desde as primeiras experiências sexuais e a secundária, que surge após uma performance sexual prévia normal. O tratamento da ejaculação prematura secundária baseia-se na identificação e tratamento do fator causal, tal como prostatite ou distúrbios endocrinológicos. O tratamento da ejaculação prematura primária necessita habitualmente da conjugação de várias modalidades terapêuticas, entre elas as técnicas comportamentais (stop-start e compressão da glande, parar a estimulação antes do ponto de inevitabilidade) e tratamento farmacológico. O único fármaco oral desenvolvido para o tratamento da ejaculação prematura é a dapoxetina, um inibidor seletivo da recaptção da serotonina com características específicas para utilização on-demand, existindo também fármacos de ação tópica que atuam por redução da sensibilidade da glande.

3.2.4 – Ejaculação retardada

Corresponde à dificuldade ou incapacidade para ejacular durante o coito, sendo, no entanto, possível por outras práticas. Aparentemente estão causas psicogénicas na base deste problema, no entanto algumas causas orgânicas foram identificadas, nomeadamente algumas doenças neurológicas e a iatrogenia medicamentosa (ansiolíticos, antidepressivos, etc.). Também o consumo de álcool e de drogas recreativas podem estar na origem deste distúrbio.

3.2.5 – Ejaculação dolorosa

Apresenta-se como uma sensação dolorosa que surge durante ou após a ejaculação e que pode persistir durante dias. Pode ser devida a espasmos musculares perineais e das vias seminais, associados a processos inflamatórios ou infecciosos tais como prostatite, ou ter etiologia psicogénica. O uso de alguns antidepressivos pode também estar associado a este fenómeno.

3.3 – Disfunção orgásmica

Embora o orgasmo seja um fenómeno sensorial que em condições habituais acompanha a ejaculação, a sua existência ou ausência não depende desta última. Esta sensação de prazer é um momento psicofisiológico complexo, que ultrapassa a reação genital e para o qual não existe uma experiência tipo, devido à sua variabilidade interpessoal. As alterações da qualidade do orgasmo são difíceis de avaliar e valorizar, pelo que damos ênfase à anorgasmia, que consiste na inexistência de orgasmo. As causas são múltiplas e podem ir desde as lesões dos sistemas nervosos periférico e central (medular ou cerebral), o uso de alguns antidepressivos e de alguns alfa-bloqueantes, cirurgias pélvicas, radioterapia da próstata, ou atores psicológicos.

Novembro de 2019

Saiba mais sobre estas e outras doenças do homem em: www.apurologia.pt