

# HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

Congresso Nacional Online de Clínica Médica, 1ª edição, de 19/07/2021 a 21/07/2021  
ISBN dos Anais: 978-65-89908-47-0

**LUNELLI; Francisco Junior**<sup>1</sup>

## RESUMO

A hiperplasia prostática benigna (HPB) acomete principalmente idosos (80% dos pacientes com mais de 90 anos possuem) e aqueles com história familiar (HF) positiva (50% dos operados por HPB antes dos 60 anos possuem HF), o que torna o assunto extremamente relevante à discussão geriátrica e médica no geral. Esse trabalho objetiva, baseando-se em uma metodologia de revisão literária em livros geriátricos e urológicos, bem como em artigos da plataforma Pubmed, difundir o conhecimento fisiopatológico, clínico e diagnóstico da doença, bem como discutir a terapêutica desta patologia muito prevalente em idosos. Fisiopatologicamente, a testosterona livre entra no epitélio prostático e se transforma em diidrotestosterona (DHT) por ação da enzima 5-alfa-redutase. A DHT liga-se aos receptores andrógenos, mais numerosos com o envelhecimento, iniciando um processo de síntese proteica e estímulo ao estroma para a secreção de fatores de crescimento, fomentando a proliferação glandular e possível obstrução mecânica da uretra e hipertrofia do músculo detrusor da bexiga. Pode haver, também, um processo obstrutivo funcional, em que as fibras musculares estromáticas, ricas em receptores alfa-1-adrenérgicos, contraem-se demais em processos de hiperestímulo simpático. Isso pode, ou não, ocasionar sintomas obstrutivos, os famosos sintomas de trato urinário inferior (LUTS), que incluem aqueles de esvaziamento (hesitação, jato fraco, gotejamento) e pós miccionais (esvaziamento incompleto, gotejamento pós miccional). Sintomas irritativos de armazenamento podem surgir conseqüentemente à obstrução, dentre os quais cita-se urgência miccional, polaciúria, incontinência e noctúria. O diagnóstico baseia-se na história clínica, toque retal (aumento simétrico fibroelástico da glândula) e na dosagem do antígeno prostático específico (PSA), superior a 4 ng/ml em pacientes hiperplásicos acima dos 60 anos. Níveis superiores a 1,6 ng/ml já relacionam-se a maiores riscos de progressão da HPB. Nesse sentido o tratamento da doença é variado. A presença de retenção, infecção recorrente, cálculo vesical, hidronefrose e hematúria indicam cirurgia (ressecção transuretral geralmente, mas em alguns casos excepcionais, a prostatectomia subtotal do tecido adenomatoso é a escolha), caso contrário, a avaliação ampara-se no Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS), com sete perguntas sobre sintomatologia e que classifica conforme a pontuação (de 7 a 35) em leve, moderada ou grave. Sintomas leves exigem monitoramento e acompanhamento para possível progressão; os moderados serão submetidos à terapia farmacológica; os graves inicialmente têm abordagem farmacológica, entretanto, na ausência de resposta após o período de 6 meses a 1 ano de tratamento, necessita-se intervenção cirúrgica. O tratamento farmacológico baseia-se na fisiopatologia, isto é, aqueles com obstrução mecânica recebem tratamento antiandrogênico (comumente a Finasterida 5 mg/dia) e aqueles com obstrução funcional recebem tratamento com bloqueadores alfa-adrenérgicos (comumente Terazosin 5-10 mg/dia ou Doxazosin 4-8 mg/dia). Sob tal ótica, a HPB tem relevância clínica demasiada, pois as suas manifestações clínicas são altamente redutoras de qualidade de vida e o seu tratamento é fundamental, a fim de se evitar possíveis complicações da doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** geriatria, hiperplasia, próstata, urologia

<sup>1</sup> Acadêmico de Medicina pela Universidade de Passo Fundo, lunellifranciscojunior@gmail.com