

Prostatite: uma afecção; muitas incógnitas

Célia Maria Pais Viegas¹
João Luiz Schiavini²
Ronaldo Damião³

Introdução

Embora se constitua numa das mais freqüentes queixas dos pacientes que comparecem aos consultórios de Urologia, a prostatite ainda é uma condição clínica muito pouco conhecida e, por conseguinte, de solução difícil e resultados desconcertantes. No texto que se segue procuramos fazer um apanhado dos trabalhos mais recentes sobre esse assunto, publicados em periódicos de valor científico reconhecido internacionalmente, com vistas ao esclarecimento de vários aspectos ainda obscuros da doença. Por estar relacionada ao trato genital masculino e ser comum em pacientes em idade sexualmente ativa e com história de atividade sexual muito freqüente, podemos situá-la como doença sexualmente transmissível, já que em grande parte dos casos pode ser identificado seu caráter infeccioso.

A sintomatologia que conduz ao diagnóstico de prostatite consiste em dor pélvica e/ou suprapúbica de intensidade leve a moderada, sensação de peso ou desconforto perineal. Algumas vezes disúria, estrangúria, e dor ou ardência uretral após a ejaculação fazem parte do cortejo clínico da prostatite. O exame da próstata, feito por meio do toque retal, pode mostrar uma glândula congesta, edemaciada, com superfície lisa ou irregular, dependendo da intensidade do quadro, ou simplesmente dolorosa. À expressão digital, é comum que se verifique uma descarga da secreção prostática, cujo aspecto pode já sugerir, a natureza da afecção prostática, se infecciosa ou não.

Quando este quadro se acompanha de bacteriúria com sinais sistêmicos de infecção, dá-se o nome de *prostatite aguda bacteriana*. Em contraposição, quando não há sinais clínicos, porém está presente bacteriúria recorrente, a denominamos *prostatite crônica bacteriana*⁽²⁾.

Há um consenso geral atribuindo a prostatite crônica a bactérias Gram-negativas, porém, no caso de Gram-positivas há discórdia. Cruz, Tormo e Gomez consideram tais microrganismos patógenos como apenas ocasionais⁽⁸⁾. Baert e Leonard evidenciaram *Escherichia coli* em 23 pacientes e *Klebsiella pneumoniae* em apenas um de 24 casos que estudaram. Alguns cocos Gram-positivos, como *Staphylococcus epidermitis* e *Staphylococcus saprofiticus*, foram freqüentemente isolados, mas não foi possível associar sua presença com a doença, por meio de significância estatística⁽¹⁾.

A maior parte dos homens com sintomatologia compatível com prostatite apresenta na verdade *prostatite abacteriana*, isto é, o fluido prostático encontra-se purulento, porém não há infecção identificável; ou *prostatodinia*, onde há sintomatologia sem, no entanto, evidências de atividade bacteriana ou característica purulenta no líquido prostático⁽²⁾.

O papel da *Chlamydia trachomatis* na etiologia e patogênese do quadro de prostatite, ainda não está bem esclarecido. Bruce e Reid encontraram *Chlamydia* em seis pacientes de um grupo de 55 com prostatite recorrente, através da cultura de tecido prostático e imunofluorescência⁽³⁾. Doble e col., utilizando biópsia prostática guiada por ultra-som detectou *Chlamydia* em apenas um paciente dentre 50 com prostatite crônica abacteriana⁽⁴⁾. Resultados similares encontraram Drach e associados, também por meio de biópsia prostática guiada por ultra-som^(5,6). Polletti e associados afirmam ter isolado *Chlamydia* de tecido prostático, por meio de punção aspirativa de próstata guiada digitalmente⁽¹⁰⁾.

Entretanto, Berger e col. em estudo de casos-controle com 50 pacientes assintomáticos e 34 sintomáticos, todos com prostatite crônica, não encontraram *Chlamydia* em nenhum dos casos⁽²⁾. Baert e Leonard, estudando 24 pacientes com prostatite bacteriana comprovada por cultura, não relataram casos de *Chlamydia*⁽¹⁾. Igual resultado obtiveram Jimenez-Cruz e col., em prostatite crônica comprovada por meio de punção trans-retal guiada por ultra-som⁽⁸⁾.

Dois outros fatores, não bacterianos, parecem ter importância significativa na prostatite, bacteriana ou não.

¹Interna de Medicina do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ; Monitora da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina da UERJ

²Professor Auxiliar de Urologia da Faculdade de Medicina da UERJ; Urologista responsável pela seção de Doenças da Genitália Masculina do Serviço de Urologia do HUPE - UERJ

³Professor Adjunto da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina da UERJ

Em experimentos urodinâmicos Helstron e col., evidenciaram que a presença de urina (estérel ou infectada) refluída, pode induzir inflamação ductal ou periductal nos ácinos prostáticos. A explicação para a sintomatologia de disúria e estrangúria na prostatite dever-se-ia a refluxo de urina para os ductos prostáticos. Isto está particularmente presente na região periférica da glândula, cujos ductos desembocam distal e perpendicularmente na uretra, de maneira contrária à região central (supramontana) da próstata, cujos ductos desembocam proximal e obliquamente. Esta distribuição mais perpendicular dos ductos da região periférica, facilita o refluxo e, conseqüentemente a inflamação. O estabelecimento deste processo inflamatório estimula o espasmo da unidade uretra distal — esfíncter externo, confirmado urodinamicamente por hipersensibilidade e hiperreflexia do esfíncter externo. Os autores relatam melhora da sintomatologia com estimulação cordonal de nervos sacrais⁽⁷⁾.

Jimenez-Cruz, Tomo e Gómez evidenciaram em estudo ecográfico transretal da prostatite crônica que na região externa da glândula havia sistematicamente zonas mais ecogênicas, o que traduz inflamação⁽⁸⁾. Este achado pactua com a hipótese de refluxo ductal mais intenso para a região periférica glandular.

Naslund e col. promoveram experimentos com ratos das raças Lewis, Wistar e Sprague-Dawley, provocando o desenvolvimento de prostatite não bacteriana através da administração exógena de 17 β -estradiol (100% nos casos testados contra 27% nos controles). A castração obteve efeito similar. Também observaram relação entre o surgimento espontâneo de prostatite e fatores tais como herança genética (mais freqüente nas raças Lewis e Wistar), idade (mais comum e severa em ratos mais idosos) e desequilíbrio hormonal⁽⁹⁾.

Conclusão

A despeito da grande freqüência com que se apresen-

ta, até mesmo de sua ocorrência comum em indivíduos com história prévia de uretrite inespecífica, a *prostatite bacteriana*, tem maior relação com outros germes que não a *Chlamydia trachomatis* (principalmente Gram-negativos). Ainda não é conhecido o papel da *Chlamydia trachomatis* na patogênese da prostatite. Não há evidências contundentes de que esteja diretamente implicada na doença, apesar desta possibilidade ainda não poder ser descartada. Dois fatores novos, não relacionados à infecção, parecem ter importante papel na *prostatite abacteriana*: a disfunção neuromuscular do esfíncter uretral externo, causada pelo refluxo de urina para os ductos da região periférica da glândula e o desequilíbrio hormonal entre os hormônios diretamente implicados com o desenvolvimento e a função da glândula prostática.

Referências

1. BAERT L, LEONARD A — Chronic bacterial prostatitis: 10 years of experience with local antibiotics. *J Urol*, 140: 755, 1988.
2. BERGER RE, KRIEGER JN, KESSLER D, IRETON RC, CLOSE C, HOLMES KK, ROBERTS PL — Case-control study of men with suspected chronic idiopathic prostatitis. *J Urol*, 141: 328, 1989.
3. BRUCE AW, REID G — Prostatitis associated with *Chlamydia trachomatis* in six patients. *J Urol*, 142: 1006, 1989.
4. DOBLE A, THOMAS BJ, WALKER MM, HARRIS JRW, WITHEROW RO'N, TAYLOR-ROBINSON D — The role of *Chlamydia trachomatis* in chronic bacterial prostatitis: a study using ultrasound guided biopsy. *J Urol*, 141: 332, 1989.
5. DRACH GW — Prostatitis: man's hidden infection. *Urol Clin N Amer*, 2: 499, 1975.
6. DRACH GW, MEARES EM, FAIR WR, STAMEY TA — Classification of benign diseases associated with prostatic pain: prostatitis or prostatodynia? Letter to the Editor. *J Urol*, 120: 266, 1978.
7. HELLESTRON WJG, SMIDTH RA, LUE TL, TANAGHO EA — Neuromuscular dysfunction in nonbacterial prostatitis. *Urology*, 30: 183, 1987.
8. JIMÉNEZ-CRUZ JF, TORMO FB, GÓMEZ JG — Treatment of chronic prostatitis: intraprostatic antibiotic injections under echography control. *J Urol*, 139: 967, 1988.
9. NASLUND MJ, STRANDBERG JD, COFFEY DS — The role of androgens and estrogens in the pathogenesis of experimental nonbacterial prostatitis. *J Urol*, 140: 104, 1988.
10. POLETTI, F MEDICI MC, ALINOVI A, MENOZZI MG, SACCHINI, P STAGNI G, TONI M, BENOLDI D — Isolation of *Chlamydia trachomatis* from the prostatic cells in patients affected with by nonacute abacterial prostatitis. *J Urol*, 134: 691, 1985.

Métodos para Não Engravidar

Educação e Avaliação

Um livro que mostra as vantagens, desvantagens, modo de usar e falhas de todos os métodos anticoncepcionais

Mauro Romero Leal Passos
Luiz Carlos de Souza
Rubem Avelar Goulart Filho

Editora Cultura Médica Ltda.