Um caso clínico de sintomas urinários baixos

Inês Domingues Teixeira,[1] Ana Menezes Sanches,[2] Gil Falcão[3]

RESUMO

Introdução: A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma das patologias benignas mais comuns entre os homens. O diagnóstico é essencialmente clínico, caracteriza-se pela apresentação de sintomatologia do aparelho urinário inferior (*lower urinary tract symptoms* [LUTS]), um dos principais motivos de consulta, com grande impacto na qualidade de vida. Como diferentes entidades clínicas podem originar LUTS, a marcha diagnóstica constitui um desafio para o médico de família.

Descrição do caso: Homem de 88 anos, com antecedentes de LUTS, artrose dos joelhos, hipertensão arterial, *flutter* auricular, diabetes, tremor parkinsónico, insuficiência cardíaca e obesidade. Em junho de 2013, numa consulta programada, relata um quadro de LUTS com anos de evolução, com predomínio de sintomas de armazenamento como urgência miccional, polaquiúria e marcada noctúria. Refere cansaço progressivo com vários anos de evolução e dispneia para médios esforços. Após introdução e otimização de terapêutica para os LUTS e para a insuficiência cardíaca, o doente mantém alguma resistência na toma do diurético por intensificar os sintomas urinários. Em outubro de 2014, por apresentar sintomas refratários à terapêutica instituída para a HBP, é referenciado à consulta de urologia na qual se realiza o diagnóstico de estenose uretral.

Comentário: A sintomatologia urinária pouco característica que o doente apresentava, a inexistência de alterações nos exames complementares de diagnóstico que sugerissem estenose uretral e a presença de vários fatores de confundimento (patologia cardíaca, diabetes e resistência na toma de diurético) contribuíram para a baixa suspeição desse diagnóstico. Contudo, a valorização das queixas do doente e uma monitorização dos sintomas ao longo do tempo foram a chave para uma adequada orientação diagnóstica e terapêutica, permitindo obter um melhor controlo global das queixas do doente.

Palavras-chave: Sintomas do aparelho urinário inferior; Hiperplasia prostática; Estenose uretral

INTRODUÇÃO

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma das patologias benignas mais comuns entre os homens. A sua prevalência aumenta com a idade, atingindo mais de 80%[1] a partir da oitava década de vida. O diagnóstico presuntivo é essencialmente clínico e caracteriza-se pela apresentação de sintomatologia do aparelho urinário inferior (*lower urinary tract symptoms* [LUTS]).[1-3] As comorbilidades presentes em idade avançada (nomeadamente a insuficiência cardíaca e a hipertensão arterial) e a terapêutica instituída (sobretudo com diuréticos) condicionam por vezes a sobreposição de sintomas que dificultam a sua caracterização e seguimento.

Este caso pretende ilustrar a necessidade de um acompanhamento e monitorização atentos destes sintomas num doente idoso, de modo a chegar a um correto diagnóstico e adequada orientação terapêutica.

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Ribeira Nova, ACeS Lisboa Central
2. Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar. USF Ribeira Nova, ACeS Lisboa Central
3. Médico Interno de Urologia. Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

DESCRIÇÃO DE CASO

Identificação

J.R.S. é um doente de 88 anos, de sexo masculino, caucasiano, reformado de padeiro, parcialmente dependente nas atividades de vida diária (índice de *Barthel* de 60), natural de Aveiro e residente em Lisboa, onde frequenta durante a semana um centro de dia perto de casa. É viúvo, tem duas filhas casadas, um neto e uma neta. Pertence a uma família alargada constituída pelo próprio e pelo neto mais velho. A Figura 1 revela o genograma familiar com a representação da psicofigura de Mitchell. São apresentados os antecedentes familiares mais importantes, destacando-se a ausência de patologia oncológica do sistema urinário.

Antecedentes pessoais

Trata-se dum doente seguido na nossa consulta de medicina geral e familiar (MGF) desde junho de 2013. Apresenta como antecedentes pessoais: hipertrofia benigna da próstata, artrose dos joelhos, hipertensão arterial, *flutter* auricular com resposta ventricular controlada, diabetes *mellitus* tipo 2 controlada com dieta, tremor parkinsónico controlado com

medicação seguido em consulta de neurologia, insuficiência cardíaca classe II-III da NYHA com uma função sistólica global preservada e obesidade (com um índice de massa corporal de 41,5kg/m2). Foi seguido, em 2005, em consulta externa de urologia por fimose com realização de circuncisão em outubro desse ano, tendo tido alta da consulta.

É sedentário, sem hábitos tabágicos, etílicos ou consumo de substâncias de abuso.

Tem, como medicação habitual, levodopa + carbidopa 100mg+25mg (um comprimido duas vezes dia), tansulosina 0,4mg (um comprimido por dia), ácido acetilsalicílico 100mg (um comprimido por dia), paracetamol 1000mg em SOS.

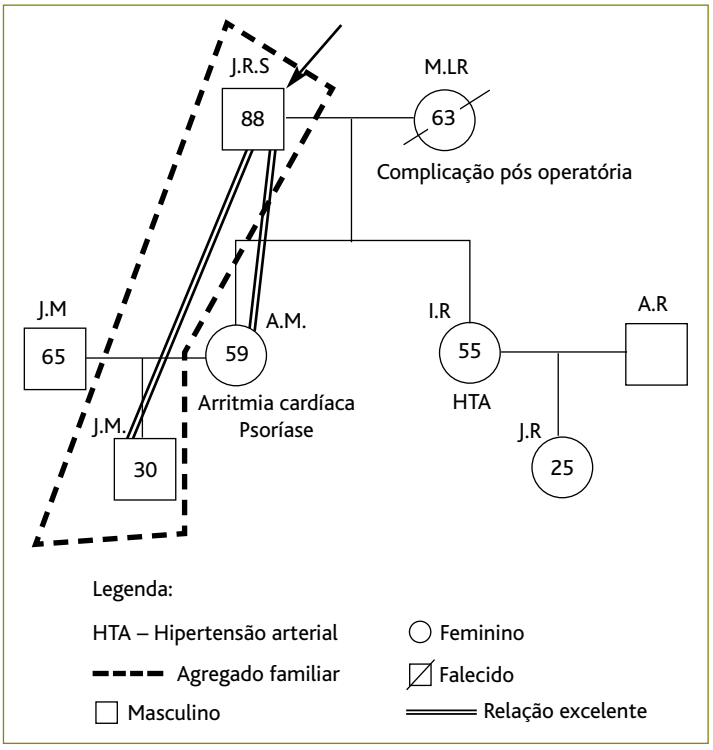


Figura 1. Genograma e psicofigura de Mitchell (data: 02.07.2015)

História da doença atual

Junho 2013 – Consulta programada de MGF

O primeiro contacto com o doente na nossa consulta de MGF ocorre em junho de 2013 para vigilância e seguimento de doenças crónicas. O doente relata um quadro de LUTS com anos de evolução, nomeadamente sintomas de armazenamento como urgência miccional, aumento da frequência urinária e marcada noctúria. Nega sintomas de esvaziamento (jato fraco, intermitência ou esforço miccional) ou pós-miccionais (gotejamento pós-miccional ou esvaziamento incompleto). Não apresenta febre, disúria, dor abdominal, lombar ou hematúria macroscópica. Nega antecedentes de infeções urinárias, uretrites ou traumatismos recentes. O preenchimento do questionário de sintomas *International Prostatic Symptom Score* (IPSS) revela um resultado de 17. O doente refere ainda um cansaço progressivo com vários anos de evolução e dispneia para os médios esforços, sem ortopneia ou dispneia paroxística noturna, sem toracalgia recente ou palpitações.

Do exame objetivo realizado destaca-se uma tensão arterial de 190/100mmHg, a presença de edemas maleolares, fervores crepitantes bibasais, pénis circuncidado e sem outras alterações aparentes nos genitais externos. O toque retal não foi realizado na primeira consulta dada a cronicidade das queixas e a limitação motora do doente. Do processo clínico constam resultados de abril de 2013 que revelam insuficiência renal ligeira (com creatinémia de 1,16mg/dL, correspondente a uma taxa de filtração glomerular estimada [TFG] de 73mL/min) sem outras alterações significativas, nomeadamente com hemograma, função hepática, perfil lipídico, função tiroideia, uricémia, urémia e ionograma sem alterações, HbA1c de 6,4%, PSA de 0,66 g/mL, urina II e urocultura normais. O ecocardiograma transtorácico revela uma dilatação biauricular, hipertrofia ventricular esquerda, cavidade ventricular esquerda dilatada, função global sistólica conservada, sem zonas de hipocinesia e o ECG regista *flutter* auricular com resposta ventricular controlada.

Opta-se por iniciar terapêutica anti-hipertensora com ramipril + hidroclorotiazida 2,5mg + 12,5mg e furosemida 40mg ½ comprimido (três vezes por semana), mantendo a restante medicação e pondera-se início de anticoagulação oral. São requeridos exames para estudo complementar da insuficiência renal ligeira detetada e da HBP: ecografias prostática, renal e vesical.

Julho 2013 – Consulta programada

O doente apresenta um adequado controlo tensional em ambulatório, mas nega melhoria sintomática, mantendo sobretudo urgência miccional e dispneia para médios esforços. Tendo em conta a manutenção de edemas dos membros inferiores, questiona-se o doente sobre a adesão à toma da furosemida. Este refere "evitar" *(sic)* a toma do diurético por sentir que o medicamento agrava as suas queixas urinárias. Estas, associadas à sua dificuldade na mobilização (por obesidade e artroses dos joe-

lhos), reduzem de forma significativa a sua qualidade de vida e interferem na sua vida social. À auscultação pulmonar mantém discretos fervores bibasais. Dos exames complementares requeridos destaca-se um volume prostático de 33mL, com alterações estruturais de tipo benigno com alguns focos esclerocalcificados e uma bexiga com paredes espessadas, sem lesões suspeitas e sem referência à existência de um resíduo pós-miccional patológico. A ecografia renal não apresenta alterações significativas.

É então ajustada a terapêutica, com a substituição do alfa-bloqueante para silodosina 4mg (um comprimido uma vez dia) e reforçada a necessidade da toma do diurético, ½ comprimido em dias alternados, alterando o horário da toma de modo a reduzir o impacto na qualidade de vida e uma melhor adesão ao tratamento.

Agosto 2013 – Consulta programada

Já com um normal controlo tensional e tendo em conta o cálculo do CHA_2DS_2-VASc (total de 5) e HAS-BLED (total de 2) opta-se por anticoagular o doente com varfarina, após ponderar a decisão com o próprio e com a família.

Setembro 2013 a maio 2014

Durante estes meses são realizadas sucessivas consultas indiretas por intermédio da filha, devido à mobilidade reduzida que o doente apresenta, para monitorização do INR e ajuste da dose da varfarina. É solicitada uma avaliação analítica mais alargada em abril de 2014, de que se destaca: um ligeiro aumento do PSA total (para 1,20 g/L) e manutenção da função renal (TFG estimada de 76mL/min).

Junho 2014 – Consulta programada de MGF

O doente refere um aumento do cansaço com o surgimento recente de dispneia paroxística noturna. Mantém dispneia para médios esforços e nega ortopneia. Permanece a resistência à toma do diurético, apenas com toma diária ao fim-de-semana. Persistem os sintomas urinários de armazenamento, com predomínio da noctúria. O exame físico é marcado, à auscultação pulmonar, pela presença de crepitações nas bases pulmonares e sibilos dispersos. Inicia salbutamol em SOS de 8-8h e é reforçada a necessidade de toma do diurético. Pelo agravamento clínico da insuficiência cardíaca congestiva é referenciado à consulta de cardiologia para eventual revisão e otimização terapêutica, com primeira consulta em setembro de 2014.

Outubro 2014 – Consulta programada de MGF

Em consulta de reavaliação, o doente encontra-se melhorado das queixas respiratórias. Contudo, mantém sintomas urinários refratários à terapêutica farmacológica, nomeadamente marcada noctúria e urgência miccional. É então referenciado à consulta de urologia, com primeira consulta em dezembro de 2014.

Dezembro 2014 – Consulta de urologia – Primeira consulta

De acordo com o doente, é suspensa a silodosina 4mg e reiniciada tansulosina 0,4mg. São requeridos novos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente urofluxometria com avaliação ecográfica de resíduo pós-miccional.

Janeiro 2015 – Consulta de cardiologia – Seguimento

É feita a substituição da varfarina para dabigatrano etexilato e é mantida a restante terapêutica.

Março 2015 – Consulta de urologia – Seguimento

Destaca-se uma urofluxometria com um fluxo máximo (Qmax) de 3,8mL/s, um volume (V) 164mL e um tempo de micção (T) 61s, sem resíduo pós-miccional, calibração da uretra, de difícil progressão de prego 6, a revelar um meato muito estenosado, com necessidade de realização de dilatação da uretra até 14Ch. É assumido, assim, um quadro de estenose uretral e HBP. Mantém-se terapêutica farmacológica com tansulosina 0,4mg e a realização periódica de dilatações da uretra (oito realizadas no total), sendo a última no dia 3 de julho de 2015.

Em posteriores consultas de MGF realizadas até à data, datando a última de julho de 2015, o doente apresenta gradualmente melhoria sintomática, melhor tolerabilidade à toma de furosemida, com melhor controlo da insuficiência cardíaca.

COMENTÁRIO

De acordo com o quadro clínico inicialmente apresentado, a etiologia mais provável seria a HBP, uma vez que o seu diagnóstico é essencialmente clínico e que o doente referia já ter esse antecedente.

A HBP é uma das patologias benignas mais comuns entre os homens. Define-se pelo aumento do número de células do estroma e em menor grau das células na região periuretral prostática. Consequentemente, existe um aumento de volume da glândula, obstrução da uretra prostática e sintomatologia do aparelho urinário inferior (LUTS) com um impacto negativo na qualidade de vida.[1-3]

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na apresentação de LUTS, uma história clínica detalhada e um exame objetivo cuidadoso. A aplicação do questioná-

rio *International Prostatic Symptom Score* (IPSS) e os exames complementares de diagnóstico (ecografias prostática, vesical e renal, bioquímica sanguínea – Na+, creatinina sérica, PSA e exame de urina) permitem orientar o diagnóstico diferencial e a escolha terapêutica, assim como descartar possíveis complicações.[1,3-4]

Todavia, existem vários fatores a ter em conta: a terapêutica farmacológica instituída (furosemida) constitui um fator de viés na correta avaliação dos sintomas, uma vez que estes eram predominantemente de armazenamento (urgência miccional, aumento da frequência urinária e noctúria). A furosemida é um diurético de ansa, inibindo a reabsorção dos iões de Na+, K+ e 2Cl- e aumentando consequentemente a secreção de urina.[5] É utilizada na correção da sintomatologia cardíaca congestiva que o doente apresentava: cansaço progressivo, dispneia para os médios esforços, dispneia paroxística noturna, edemas periféricos e crepitações nas bases à auscultação pulmonar. Uma vez que o doente não fazia toma regular deste fármaco, é difícil a correta avaliação se os LUTS apresentados eram uma resposta a este fármaco ou, por outro lado, sintomas de HBP.

Pela marcada noctúria que o doente relatava é importante caracterizar este sintoma e entidade clínica. A noctúria é definida pela necessidade de acordar durante a noite para urinar, não se estabelecendo um número específico de vezes para o diagnóstico. A noctúria raramente é devida apenas a uma única causa e as causas mistas constituem a maioria. A obstrução urinária baixa e a bexiga hiperativa são as causas mais conhecidas de noctúria, mas a mais prevalente é, sem dúvida, a poliúria noturna (60-80% dos doentes).[6] No caso do nosso doente, a noctúria foi atribuída à existência de poliúria noturna, secundária à toma de diuréticos, à insuficiência cardíaca congestiva com edemas periféricos e à diabetes. Todas estas causas promovem uma maior mobilização dos líquidos com aumento do volume intravesical, sobretudo nos idosos em posição de decúbito, com consequente aumento do débito noturno. Embora não tenha sido requerido o mapa miccional (considerado o melhor para a caracterização da situação), a ecografia vesical não demonstrou existência de um resíduo pós-miccional patológico que sugerisse a hipótese de obstrução urinária baixa. Por outro lado, nos homens com maior frequência miccional noturna de causa obstrutiva, a terapêutica com alfa-bloqueantes é considerada uma opção terapêutica válida.[6]

A inexistência de sintomas como dor hipogástrica, cólica renal, disúria, febre, hematúria, corrimento uretral anormal, alterações na urina II e/ou urocultura ou nos exames de imagem excluíram hipóteses de diagnóstico, como: infeção do aparelho urinário inferior, prostatite, uretrite, litíase urinária ou tumor da bexiga. Embora não tenha sido questionado, seria importante ter-se excluído história pessoal de instrumentação do trato urinário, nomeadamente algaliações.[7]

Em relação ao exame objetivo, o diagnóstico prévio de HBP, a cronicidade das queixas e a mobilidade reduzida do doente condicionaram o protelar do toque retal para a consulta de urologia. Por outro lado, uma avaliação mais detalhada do meato uretral poderia eventualmente ter evidenciado uma estenose do meato.

O doente apresentava ainda alguns fatores de risco para LUTS, como doença cardíaca e presença de diabetes.[1,8] A gravidade dos LUTS pode ser medida utilizando o questionário IPSS *(International Prostate Symptom Score)*, um questionário autoaplicável, composto por sete perguntas que avaliam a frequência de sete sintomas associados à HBP. A oitava pergunta avalia a qualidade de vida do homem em relação ao seu padrão miccional. Quanto maior o resultado desta pergunta, pior é a sua qualidade de vida. Na Figura 2 é possível observar com maior detalhe as perguntas do questionário.[1] As respostas recebem uma pontuação de zero a cinco de acordo com a frequência dos sintomas, sendo o resultado máximo 35. Os sintomas ligeiros apresentam valores entre 0 e 7, os sintomas moderados 8 a 19 e os sintomas graves entre 20 a 35. Estima-se que a incidência moderada a grave de LUTS seja de cerca de 30%[1] nos homens com idade superior a 50 anos. No primeiro contacto com o nosso doente foi realizado este questionário com o propósito de avaliar os sintomas que relatava. Pela complexidade das patologias que apresentava, este questionário não foi realizado periodicamente nas consultas subsequentes como forma de avaliação e melhor caracterização dos sintomas após ajuste terapêutico, o que teria permitido monitorizar as queixas de forma mais objetiva. Realizou-se *a posteriori*, encontrando-se o doente já a fazer dilatações da uretra, verificando-se uma melhoria no resultado obtido.

O antigénio específico da próstata (PSA) pode ser usado como parâmetro aproximado do volume da próstata, assim como marcador de risco de retenção urinária aguda e a eventual necessidade de cirurgia. É ainda requisito para avaliar a função do trato urinário superior a determinação da creatinina ou, em alternativa, a realização de ecografia renal, uma vez que a HBP pode provocar dilatação do trato urinário superior e insuficiência renal.[1,3] A ecografia renal requisitada na primeira consulta não apresentava alterações significativas da morfologia dos rins e

	Nenhuma	Menos de 1 vez em 5	Menos de ½ das vezes	Metade das vezes	Mais de ½ das vezes	Quase sempre	Total
1. No último mês, quantas vezes ficou com a sensação de não esvaziar completamente a bexiga?	0	1	2	3	4	5	
2. No último mês, quantas vezes teve de urinar novamente menos de 2 horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5	
3. No último mês, quantas vezes observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5	
4. No último mês, quantas vezes observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5	
5. No último mês, quantas vezes observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5	
6. No último mês, quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5	
	Nenhuma	**1 vez**	**2 vezes**	**3 vezes**	**4 vezes**	**5 vezes ou mais**	
7. No último mês, quantas vezes em média teve de se levantar à noite para urinar?	0	1	2	3	4	5	
Total de Sintomas							
8. Qualidade de vida	**Muito satisfeito**	**Satisfeito**	**Pouco satisfeito**	**Confuso**	**Insatisfeito**	**Infeliz**	**Muito infeliz**
Se tivesse que passar o resto dos seus dias com esse padrão miccional como se sentiria?	0	1	2	3	4	5	6

Figura 2. Questionário IPSS[1]

a avaliação da função renal (creatinémia e TFG) requerida nas diversas consultas manteve-se estável, pelo que essa hipótese foi descartada.

Pelo apresentado foi assumida, como principal hipótese diagnóstica, a HBP. A eleição do tratamento seguiu as recomendações e algoritmo existente, conforme observado na Figura 3,[1] selecionando os alfa-bloqueantes (tansulosina e silodosina) como principais agentes farmacológicos. Estes têm como mecanismo de ação o relaxamento do músculo liso prostático, com um início de ação rápido (menos de uma semana) no alívio sintomático. São os fármacos de primeira linha nos doentes com queixas moderadas a graves e com impacto na qualidade de vida, não impedindo, contudo, a progressão da doença. Importa justificar que pelas comorbilidades que o doente apresentava, nomeadamente insuficiência cardíaca, e pelo risco de agudização da função renal optou-se por iniciar silodosina numa dose de 4mg.[1-2,4,9]

Uma vez que não existiu melhoria sintomática ao fim de alguns meses, mesmo após substituição do alfa-bloqueante, foi referenciado à consulta de urologia por sintomas refratários à terapêutica para a realização de exames complementares adicionais de diagnóstico para exclusão de outras possíveis causas.[1-2] A realização da urofluxometria acabou por ser o exame chave no correto diagnóstico diferencial: a estenose uretral.

Estima-se que a incidência da estenose uretral seja de 200-1.200 casos por 100.000 indivíduos, com uma incidência crescente a partir dos 55 anos.[10] O acompanhamento destes doentes entre os cuidados de saúde primários e a consulta de urologia permite um correto diagnóstico diferencial, tratamento efetivo dos sintomas e minimização de complicações.

As estenoses uretrais podem ser divididas em dois tipos: anteriores e posteriores. A maioria das estenoses é anterior (92,2%)[10] e ocorre tipicamente após traumatismo ou

infeção, resultando em esponjofibrose. Por outro lado, as estenoses uretrais posteriores resultam de um processo obliterativo causador de fibrose, de que são exemplo as lesões iatrogénicas da radiação pélvica, prostatectomia radical ou trauma (fraturas pélvicas). Todas as estenoses resultam da lesão epitelial da uretra ou do corpo esponjoso, que durante o processo de cicatrização originará fibrose.[10] Se inicialmente é assintomático, à medida que o lúmen uretral diminui surge a sintomatologia, surgindo sintomas obstrutivos como hesitação, esvaziamento incompleto e jato urinário fraco. Outras complicações podem surgir, como infeção, litíase vesical, fístula, sépsis ou insuficiência renal, quando não devidamente tratadas. Exames complementares de diagnóstico, como uma urina II e urofluxometria, são utilizados na identificação e exclusão de complicações (infeções).[10]

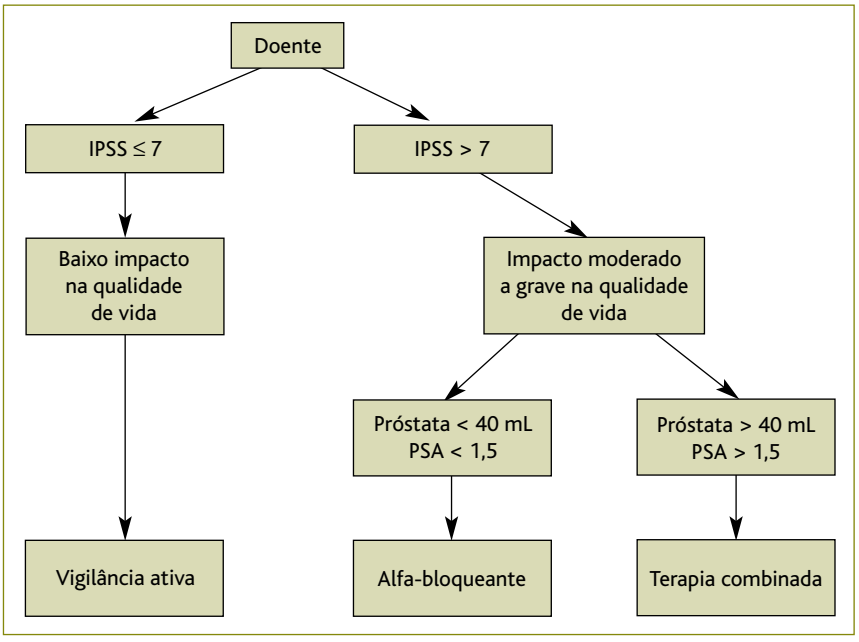


Figura 3. Organigrama de terapêutica[1]

Neste doente diabético, submetido previamente a uma circuncisão, a causa mais provável de fimose seria a balanite xerótica obliterante/líquen escleroso. Na impossibilidade de ter acesso à histologia da circuncisão podemos supor que esta também poderá ser a causa de estenose diagnosticada. Numa fase inicial duma balanite xerótica, uma intervenção precoce nos cuidados de saúde primários poderá evitar consequências mais graves a longo prazo.[11]

A urofluxometria (exame não invasivo que mede o volume urinado por unidade de tempo) é um exame importante para avaliar a presença de obstrução infravesical e fornece informação acerca da capacidade contráctil do detrusor. O exame *gold standard* para avaliação da capacidade contráctil do detrusor é o estudo urodinâmico. Assim, a partir dos dados obtidos da fluxometria é possível determinar o fluxo máximo (Qmax), o fluxo médio (Qmed), o tempo até Qmax (TQmax), o tempo da micção (T) e o volume urinado (V), parâmetros necessários para a sua correta interpretação. A *International Continence Society* (ICS) definiu que valores de Qmax superiores a 15mL/s são considerados normais, valores entre 10 e 15mL/s equívocos e valores inferiores a 10mL/s como patológicos, indicativos de obstrução/estenose.[12]

Retrospetivamente, na avaliação deste doente, a hipótese de estenose uretral foi remotamente equacionada mas descartada pela sintomatologia que o doente apresentava ao longo dos meses de seguimento. Primeiramente, os seus sintomas eram predominantemente de armazenamento, constantes ao longo dos meses e refratários ao tratamento farmacológico, nunca referindo os sintomas obstrutivos típicos desta entidade. Os exames complementares de diagnóstico demonstraram analiticamente uma função renal estável, apenas ligeiramente diminuída (compatível com a idade, os antecedentes de diabetes e de HTA), assim como a inexistência de retenção urinária ou de resíduo pós-miccional nas ecografias solicitadas. Acresce ainda mencionar que os fatores de confundimento previamente descritos contribuíram para a baixa suspeição diagnóstica, permitindo-nos, com este caso, alertar para a necessidade de se efetuar uma avaliação urológica periódica e objetiva (através do questionário IPSS e de um exame objetivo detalhado) nos doentes com queixas de LUTS ou refratários ao tratamento médico, mesmo que apresentem patologias conhecidas (como é o caso da patologia cardíaca e diabetes) que podem justificar a sintomatologia apresentada.

Este caso pretende, assim, primeiramente chamar à atenção para a complexidade da abordagem diagnóstica dos LUTS em idosos do género masculino para a sua elevada prevalência como motivo de consulta e o seu importante impacto na qualidade de vida. Alerta-nos, enquanto médicos de família, para o desafio de gerir as múltiplas

comorbilidades e terapêuticas que os doentes apresentam. Múltiplas patologias, de etiologias completamente distintas, apresentam, pela sua complexidade, sintomas semelhantes e cabe ao médico de família ser criterioso na sua abordagem, na seleção de exames complementares e na escolha terapêutica, estando acima de tudo atento ao seu doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figueiredo A, Carlos JS, Príncipe P, Correia R, Lopes T. Avaliação e seguimento do doente com HBP. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2014. ISBN 9788469592380
2. Kapoor A. Benign prostatic hyperplasia (BPH) management in the primary care setting. Can J Urol. 2012;19 Suppl 1:10-7.
3. Edwards JL. Diagnosis and management of benign prostatic hyperplasia. Am Fam Physician. 2008;77(10):1403-10.
4. Direção-Geral da Saúde. Abordagem terapêutica farmacológica da hipertrofia benigna da próstata: norma da DGS nº 048/2011, de 26/12/2011. Lisboa: DGS; 2011.
5. Direção de Gestão do Risco de Medicamentos. Resumo das características do medicamento: furosemida generis 40mg comprimidos [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2014 [cited 2015 Jul 15]. Available from: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=584661&tipo_doc=rcm
6. Nunes JG. Noctúria: etiopatogenia e terapêutica [Internet]. Lisboa: Associação Portuguesa de Urologia; 2010. Available from: http://www.apurologia.pt/medicina_familiar/nocturia.pdf
7. Reynard J, Brewster S, Biers S. Oxford handbook of urology. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2013. ISBN 9780199696130
8. Parsons JK. Benign prostatic hyperplasia and male lower urinary tract symptoms: epidemiology and risk factors. Curr Bladder Dysfunct Rep. 2010;5(4):212-8.
9. Ribeiro JC, Carvalho AP, Santos AR. Terapêutica atual da hipertrofia benigna da próstata. Acta Urol. 2006;23(1):93-9.
10. Hampson LA, McAninch JW, Breyer BN. Male urethral strictures and their management. Nat Rev Urol. 2014;11(1):43-50.
11. Homer L, Buchanan KJ, Nasr B, Losty PD, Corbett HJ. Meatal stenosis in boys following circumcision for lichen sclerosus (balanitis xerotica obliterans). J Urol. 2014;192(6):1784-8.
12. Domingues N, Fidalgo N, Melo M, Rodrigues M, Santos C, Pires M, et al. Normograma de urofluxometria do homem português: nomograma de Lisboa [Uroflow nomogram for the Portuguese men: Lisbon nomogram]. Acta Urol. 2011;28(4):21-5. Portuguese

CONFLITOS DE INTERESSE

A autora Ana Sanches declara ser revisora da RPMGF, não tendo participado no processo editorial deste artigo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Inês Domingues Teixeira
R. da Ribeira Nova, nº 1, 1200-375 Lisboa
E-mail: ines.domingues.teixeira@gmail.com

Recebido em 23-04-2016
Aceite para publicação em 16-02-2017

ABSTRACT

A CASE REPORT OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS

Introduction: Benign prostatic hyperplasia (BHP) is one of the most prevalent benign disorders in men. The diagnosis is essentially clinic and typically characterized by low urinary tract symptoms (LUTS), a frequent cause of clinical consultation with a significant impact on quality of life. However, as LUTS can have many etiologies, the journey to the final diagnosis can be a challenge for the family doctor.

Case report: An 88 year-old male, with a previous history of BHP, knees osteoarthritis, arterial hypertension, atrial *flutter,* diabetes, parkinsonian tremor, heart failure and obesity. In June 2013, the patient reports a history of LUTS with years of evolution, with predominantly urine storage symptoms such as urgency, increased urinary frequency and a marked noctúria. He complains of progressive fatigue with years of evolution and dyspnea on moderate exertion. After introduction and optimization of therapy directed to BHP and heart failure, the patient kept avoiding the diuretic because it intensifies the urinary symptoms. In October 2014 after presenting failure of urinary symptom control despite therapy, the patient was referred to an urologist where the diagnosis of urethral stricture was made.

Comment: The unusual urinary symptoms that the patient had, the inexistence of abnormal complementary tests results suggesting urethral stricture and the presence of several confounding factors (heart disease, diabetes and resistance in taking diuretic) contributed to the low suspicion of this diagnosis. However, the valorization of patient's complaints and a systematic monitoring of patient's symptoms over time were the key to the diagnosis and therapeutic choice in order to manage a better control of the patient's complaints.

Keywords: Lower urinary tract symptoms; Prostatic hyperplasia; Urethral stricture.