

# Algoritmos

A sessão Algoritmos visa prover uma visão esquematizada da abordagem diagnóstica ou terapêutica de problemas frequentes encontrados em consultório diariamente por generalistas e especialistas. Na forma de um fluxograma de conduta o médico terá diante de si um resumo do que fazer perante um paciente com um dado sinal, sintoma ou achado laboratorial. Convidamos colegas a submeterem algoritmos que lhes tenham sido úteis em sua prática diária para a abordagem de seus pacientes com uma legenda explicativa e até duas referências bibliográficas.

*Auro Del Giglio*

Editor da seção

## Tratamento do câncer de próstata clinicamente localizado

Oren Smaletz\*

\*Médico oncologista do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

O tratamento do adenocarcinoma da próstata clinicamente localizado é controverso e os casos devem ser individualizados. A escolha do método terapêutico ideal deve levar em consideração não só a característica do tumor e o seu estadiamento, mas também a idade do paciente, a sua expectativa de vida, o seu estado clínico geral, as doenças associadas, as suas expectativas em relação à sua doença e à qualidade de vida desejada após o tratamento específico a ser instituído.

Na avaliação de risco, pode-se usar ferramentas como nomogramas ([www.nomograms.org](http://www.nomograms.org)) ou a avaliação de risco de D'Amico<sup>(1)</sup> (Tabelas 1 e 2).

Nos casos de tumores de baixo risco, várias opções são aceitas, como cirurgia, radioterapia externa ou braquiterapia e até mesmo tratamento conservador como observação expectante ou monitorização controlada. A observação expectante, conceito mais antigo, não visa à cura do paciente, mas somente à introdução do tratamento hormonal na época do aparecimento de metástases. Pacientes idosos e com comorbidades significativas podem beneficiar-se dessa abordagem terapêutica.

**Tabela 1.** Classificação de risco para doença localizada<sup>(1)</sup>

	Risco baixo	Risco intermediário	Risco alto
PSA (ng/ml)	< 10	> 10 e < 20	> 20
Score de Gleason	< 6	7	> 8
Estadiamento clínico	cT1c ou cT2a	cT2b	> cT2c

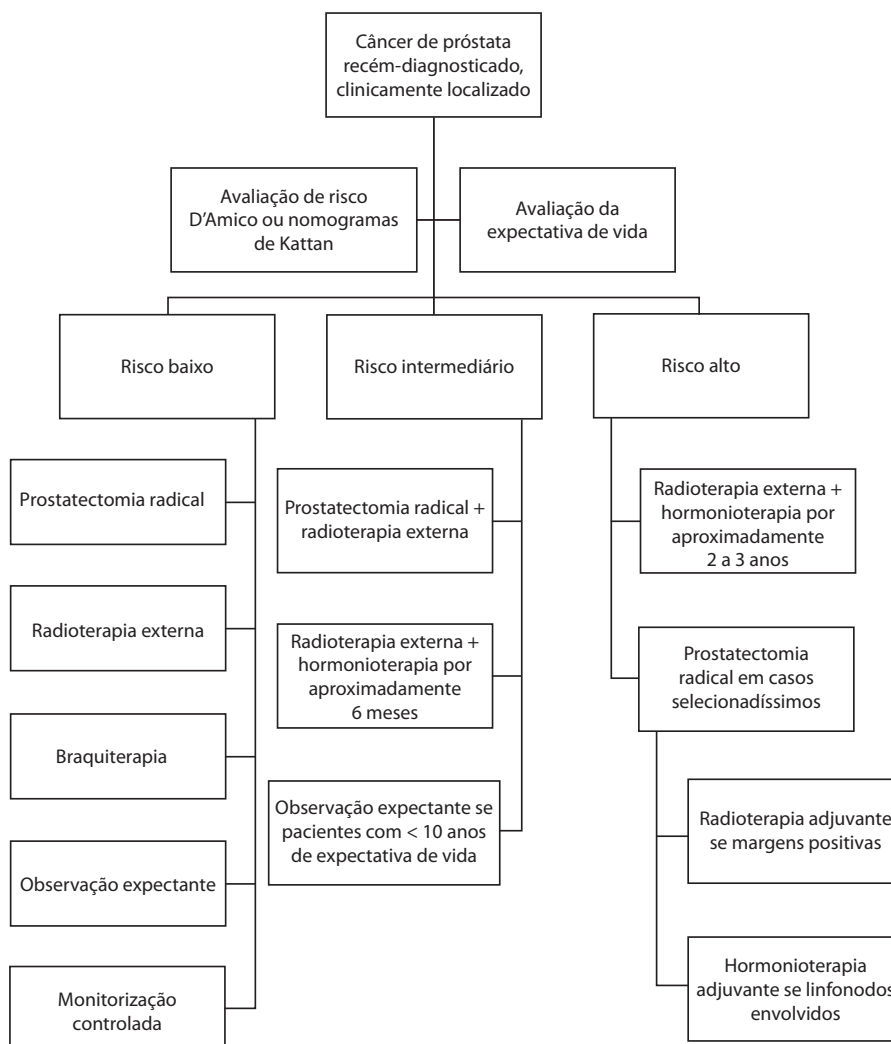
**Tabela 2.** Estadiamento clínico (American Joint Committee on Cancer, 2002)

cT1c	Tumor clinicamente não palpável
cT2a	Tumor invade até metade de um lobo
cT2b	Tumor invade mais da metade de um lobo, mas restringe-se a esse lobo
cT2c	Tumor invade ambos os lobos
cT3	Tumor atravessa a cápsula prostática
cT4	Tumor fixo ou invasor de estruturas vizinhas como bexiga, reto, parede pélvica

Fonte: <http://www.cancerstaging.org/>

Já outro conceito, monitorização controlada, emergiu nos últimos anos e baseia-se no fato de que para muitos pacientes com tumores pouco agressivos, existe uma “janela de tempo” após o seu diagnóstico, sem que haja progressão da doença; os pacientes poderão ser simplesmente observados, enquanto outros, ao longo do tempo, terão progressão tumoral e poderão ser submetidos ao tratamento radical, sem que tenha se perdido a oportunidade de curá-los.

Já para os tumores de risco intermediário a alto, inicia-se um discussão sobre terapia com mais de uma modalidade de tratamento. Mais uma vez, as características do paciente e as características do tumor devem direcionar o tratamento.



## REFERÊNCIA

1. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, Schultz D, Blank K, Broderick GA, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. JAMA. 1998;280(11):969-74.