

Lucas Jordão<sup>1</sup>, Gabriel Xavier Santos<sup>2</sup>, Felipe Jun Kijima<sup>1</sup>, Matheus Menão Mochetti<sup>1</sup>, Sarah Lopes Salomão<sup>1</sup>, Plínio Takashi Karubi Palavicini Santos<sup>1</sup>, Carlos Eduardo Dias Ólioze<sup>1</sup>, João Carlos Leite da Cruz<sup>1</sup>, Aginaldo Cesar Nardi<sup>1</sup>

1. Faculdade de Medicina de Bauru da Universidade de São Paulo (FMBRU-USP)
2. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP)

## Introdução e Objetivo

PI-RADS (Tabela 1) e ISUP (Tabela 2) são dois escores importantes no diagnóstico e definição terapêutica no paciente com câncer de próstata (CaP). O PI-RADS padroniza a interpretação da Ressonância Magnética, enquanto o ISUP gradua os tumores com base em sua histopatologia. No entanto, é questionada na literatura a existência de um subestadiamento do Gleason pré-operatório, utilizado pelo ISUP, com variações de até 40%, subestimando a agressividade tumoral. Portanto, este trabalho objetivou investigar a correlação entre variáveis clínicas e radiológicas enquanto possíveis fatores preditivos para o aumento do ISUP em pacientes submetidos à prostatectomia radical robótica (PRR).

## Método

Estudo descritivo e retrospectivo que incluiu pacientes submetidos à PRR no período de 2020 a 2023 em um único hospital privado. Em concordância aos princípios éticos, os dados referentes aos resultados anatomopatológicos (ISUP), laudos de Ressonância Magnética (PI-RADS), idade e nível de PSA ("Prostate-specific antigen") dos pacientes foram coletados e registrados em uma planilha do Excel® e posteriormente submetidos à análise estatística por meio da plataforma Jamovi®.

## Figuras

Tabela 1 – Escore PI-RADS

Escore PI-RADS	Descrição	Risco de CaP Clinicamente Significativo
1	É altamente improvável que haja câncer clinicamente significativo.	~3%
2	É improvável que haja câncer clinicamente significativo.	~10%
3	A presença de câncer clinicamente significativo é ambígua.	~7-40%
4	É provável que haja câncer clinicamente significativo.	~65%
5	É altamente provável que haja câncer clinicamente significativo.	~85%

Tabela 2 – Escore ISUP

Escore de ISUP	Pontuação e padrão de Gleason
1	6
2	7 (3+4)
3	7 (4+3)
4	8 (4+4, 3+5 ou 5+3)
5	9 ou 10 (4+5, 5+4 ou 5+5)

Tabela 3 – Frequências de aumento

% (N)	ISUP				PI-RADS				
	1	2	3	4	1	2	3	4	5
Aumento	39,29% (11)	100% (5)	80% (20)	75% (3)	100% (1)	100% (2)	80% (12)	56,25% (18)	50% (6)
Não	60,71% (17)	0% (0)	20% (5)	25% (1)	0% (0)	0% (0)	20% (3)	43,75% (14)	50% (6)

## Resultados

A amostra total do estudo foi composta por 62 pacientes com uma média de idade igual a  $64,74 \pm 8,90$ . Com relação aos exames, a média do PSA foi de  $6,41 \pm 4,01$ , a mediana do PI-RADS foi de 4 (IIQ 3-4), do ISUP pré-operatório de 2 (IIQ 1-3), e do ISUP pós-operatório de 3 (IIQ 2-3). Dos pacientes, 37,1% (N=23) apresentaram atualização patológica com aumento do escore. Os resultados do teste U de Mann-Whitney revelaram uma associação significativa entre o ISUP pré-operatório e o aumento do ISUP ( $p = 0,003$ ), como mostra a Tabela 3. No entanto, não foram observadas associações significativas entre o nível do PSA pré-cirúrgico ( $p = 0,726$ ) ou a idade ( $p = 0,948$ ) com o aumento do ISUP. Em relação ao PI-RADS, houve uma associação estatisticamente significativa com o aumento do ISUP ( $p = 0,039$ ). Análises subsequentes das frequências de aumento para cada categoria de PI-RADS (Tabela 3) revelaram que os pacientes com PI-RADS 4 foram os que apresentaram o maior índice de atualizações do ISUP.

## Conclusão

O ISUP pré-operatório e o PI-RADS (especialmente PI-RADS 4) estão associados à atualização do escore de ISUP em pacientes submetidos à PRR, o que indica que estas categorias podem ser preditores úteis na identificação de pacientes com maior risco de progressão de CaP.

## Referências

