



A hiperplasia prostática benigna (HPB) é a proliferação do tecido glandular na zona de transição. O crescimento acentuado da glândula pode causar obstrução levar a sintomas do trato urinário inferior (LUTS). Cerca de 70% dos homens acima de 70 anos possuem HPB, e 25% dos casos apresentam sintomas obstrutivos moderados ou graves com impacto na qualidade de vida.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Confirmação diagnóstica (clínica e/ou laboratorial)

A suspeita clínica é feita pela presença de LUTS e exame físico.

Os sintomas obstrutivos como jato fraco, gotejamento terminal, esforço abdominal, dificuldade de iniciar o jato, entre outros são classificados com índice (AUA-SI) e escore (IPSS) para quantificar a gravidade dos sintomas.

Geralmente o diagnóstico inicial e classificação são realizados pelos Urologistas.

Na presença dos sinais e sintomas que sugerem a afecção, geralmente o primeiro exame de imagem realizado é o ultrassom para avaliar o volume prostático e procura de sinais obstrutivos sugestivos à afecção.

CID	Descrição
N40	Hiperplasia da próstata
D29.1	Neoplasia benigna da próstata

Indicação de outros exames diagnósticos

A ressonância magnética (RM) fornece mais dados em relação à próstata, volume mais preciso e relação entre as glândulas centrais e periféricas, bem como avaliação sugestiva de neoplasia maligna da próstata.

A biópsia guiada por ultrassom com ou sem fusão de imagens da RM pode ser necessária para afastar a presença de malignidade.

Além disso, os exames adicionais permitem avaliação pélvica completa e diagnósticos diferenciais.

2. ESCORE DE RISCO

- Fundamental para definir duração da internação e, possivelmente, forma de remuneração;
- Apesar de uma das indicações da embolização prostática seja em pacientes com HPB e LUT moderado/severo e não candidato a intervenção cirúrgica convencional (idade avançada, comorbidades, coagulopatia, uso de anticoagulantes) a taxa de complicações é muito baixa. A síndrome pós-embolização, caracterizada por febre baixa, dor, fadiga, mal estar, náuseas é auto limitada (geralmente não mais que sete dias) e não exige prolongamento do período de internação;
- Complicações leves como retenção urinária aguda (2,5-4,6%), infecção urinária com necessidade de antibiótico terapia oral (2,6-7,6%), presença de pequena quantidade de sangue misturado à urina e/ou as fezes (<10%) não necessitam extensão do período intra-hospitalar;
- Complicações graves tem incidência menor de 0,5% dos casos tratados, mas pode acarretar em reintervenções e prolongamento da internação hospitalar.

3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO ADEQUADA

- Critérios para internação**

A maioria dos procedimentos é realizada em caráter ambulatorial, entretanto pacientes com alto risco cirúrgico/ anestésico e presença de complicações graves podem necessitar de internação hospitalar.

- Critérios para internação em UTI**

Complicações graves como sepse, sangramento não controlado, TEP, necessidade de intervenção cirúrgica de emergência.

4. TRATAMENTO

- Tratamento inicial**

O procedimento de embolização da próstata não é doloroso e pode ser realizada com anestesia local no sítio de punção, mas para conforto do paciente associamos a sedação à anestesia tópica, profilaxia de dor e antibiótico profilaxia.

5. ALTA HOSPITALAR

Critérios para conversão para terapia oral

- No momento da alta as medicações são convertidas para via oral, mantidas medicações de controle do LUTS por 2-4 semanas.

Critérios de alta

- Paciente com dor controlada, bom estado clínico, sem complicações graves.
- Duração do tratamento 12-24 horas;
- Indicação de exames de controle durante o tratamento;
- O controle de imagem para avaliar redução do volume tumoral mais evidente nos três primeiros meses após embolização, com estabilidade durante o primeiro ano;
- O ultrassom e RM são capazes de avaliar o pós-operatório, entretanto as RMs possuem menores variações. Caso haja intercorrência ou algum sintoma que sugira complicaçāo grave é solicitado exame adicional (Ultrassom, tomografia ou ressonância, retossigmoidoscopia) para avaliação adequada;
- Indicação de retorno ambulatorial, em quanto tempo, exames no retorno;
- Retorno ambulatorial em 07 dias, 30-90 dias após o procedimento, no último com controle de imagem.

- Tempo médio de permanência no hospital**

12-24 horas.

- Tempo de permanência em sala cirúrgica**

1h30-2h00 horas.

- Necessidade de UTI e tempo de permanência em UTI (quando necessário)**

Não é necessário.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Atendimento e acolhimento pré/pós-procedimento;
- Redução do volume prostático (30-40%), urinar espontaneamente após 30 a 40 dias do procedimento;
- Melhora no índice (AUA-SI) e/ou escore (IPSS);
- Ausência de complicações graves;
- Retorno precoce às atividades.

III. GLOSSÁRIO

TEP: Tromboembolismo Pulmonar

LUTS: Conjunto de sintomas relacionados ao controle da urina

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Atualização do template

V. REFERÊNCIAS

- [1] McWilliams JP, Bilhim TA, Carnevale FC, et al. Society of Interventional Radiology Multisociety Consensus Position Statement on Prostatic Artery Embolization for Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: From the Society of Interventional Radiology, the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe, Société Française de Radiologie, and the British Society of Interventional Radiology. J Vasc Interv Radiol 2019.
- [2] <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2019.02.013>
- [3] Franiel T, Aschenbach R, Trupp S, et al. Prostatic artery embolization with 250-mum spherical Polyzene-coated hydrogel microspheres for lower urinary tract symptoms with follow-up MR imaging. J Vasc Interv Radiol 2018; 29:1127–1137.
- [4] Pisco JM, Bilhim T, Pinheiro LC, et al. Medium-and Long-Term Outcomes of Prostate Artery Embolization for Patients with Benign Prostatic Hyperplasia: results in 630 Patients. J Vasc Interv Radiol. 2016;27:1.115-1.122.
- [5] Frenk NE, Baroni RH, Carnevale FC, et al. MRI findings after prostatic artery embolization for treatment of benign hyperplasia. AJR Am J Roentgenol. 2014;203:813-821.

Código Documento: CPTW39.4	Elaborador: Leonardo Guedes Moreira Valle	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 20/04/2021 Data de atualização: 02/02/2026	Data de Aprovação: 02/02/2026
--------------------------------------	---	--	---	---	---