



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 433/2019

Vitória, 18 de março de 2019

Processo nº [REDACTED]
impetrado por [REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Cível e da Fazenda Pública de Cachoeiro de Itapemirim, requeridas pelo MM Juiz de Direito Dr. Fábio Pretti – sobre o procedimento: **“Tratamento de neoplasia hepática (cirúrgico e clínico)”**.

I -RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o Requerente é portador de neoplasia no fígado, medindo 10 x 9 cm, o qual paralisou todo o funcionamento do órgão, evoluindo com fortes dores devido a “inchaço na barriga”, estando internado há dois dias no Hospital Evangélico, sentado em uma cadeira de rodas, haja visto que não há leito de internação disponível. Diante do exposto, somado a urgência em realizar o tratamento de sua neoplasia (procedimento cirúrgico, radioterapia e quimioterapia), recorre à via judicial.
2. Às fls. 14 consta a Avaliação Pré-Anestésica, preenchida pelo Dr. Giorgio Favarato Perutti, no dia 19/02/2019, descrevendo que o paciente [REDACTED] é portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e Pré-Diabetes, em uso de metformina, hidroclorotiazida, losartan e nifedipino, sendo proposto anestesia geral, com recomendação de jejum de 6 horas para dieta leve sólida e 2 horas para líquidos sem resíduos.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

3. Às fls. 15 consta o Sumário de Alta, elaborado no dia 25/02/2019 pelo Dr. Raphael Luzorio Fernandes, no dia 25/02/2019, descrevendo que o paciente [REDACTED] é portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e Pré-Diabetes, com hipótese diagnóstica de carcinoma hepatocelular (CHC) avançado, com quadro de emagrecimento, astenia, anorexia e aumento de volume abdominal, sendo realizado Tomografia Computadorizada de abdome evidenciando lesão expansiva hipodensa de aspecto nodular/infiltrativo, com realce ao meio de contraste, com washout na fase tardia, localizada entre os segmentos VI e VII medindo 10 X 9 cm. Fígado com sinais de hepatopatia parenquimatosa crônica. O paciente recebeu alta hospitalar com receita e orientações, encaminhando-o para o serviço de oncologia do SUS.
4. Às fls. 16 consta o Encaminhamento ao Serviço de Oncologia, elaborado no dia 25/02/2019 pelo Dr. Raphael Luzorio Fernandes, no dia 25/02/2019, descrevendo que o paciente [REDACTED] tem história de emagrecimento e aumento do volume abdominal há cerca de 1 mês, com hipótese diagnóstica de carcinoma hepatocelular (CHC) avançado, com Tomografia Computadorizada de abdome evidenciando lesão expansiva hipodensa de aspecto nodular/infiltrativo, localizada entre os segmentos VI e VII medindo 10 X 9 cm. Fígado com sinais de hepatopatia parenquimatosa crônica. O paciente recebeu alta hospitalar com receita e orientações, encaminhando-o para o serviço de oncologia do SUS.
5. Às fls. 17 e 18 consta Laudo da Tomografia Computadorizada de abdome realizada no dia 20/02/2019, evidenciando lesão expansiva hipodensa de aspecto nodular/infiltrativo, localizada entre os segmentos VI e VII medindo 10 X 9 cm abaulando os contornos hepáticos, com moderada/acentuada ascite e sinais de hepatopatia crônica parenquimatosa com hipertensão portal.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

II - ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. A **Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II , item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

2. A **Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência:

Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. O **câncer hepatocelular ou hepatocarcinoma** é a neoplasia epitelial maligna primária do fígado. Trata-se de um tumor raro em todo o mundo, sendo que no Brasil



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

está relacionado, em 98% dos doentes, com cirrose hepática e pode estar associado à hepatite crônica secundária à infecção pelo vírus da hepatite C (54%) ou da hepatite B (16%) e ao consumo de álcool (14%), fatores de risco com diferenças regionais de prevalência relevantes.

2. A doença inicial é potencialmente curável pela cirurgia, quando possível a ressecção completa da lesão tumoral. Alguns doentes podem ser candidatos ao transplante hepático, com intuito curativo. Doentes com doença irresssecável ou comorbidades que limitem a possibilidade de cirurgia são tratados com finalidade paliativa por quimioterapia regional, ligadura ou embolização da artéria hepática, injeção percutânea de etanol, ablação por radiofrequência, crioterapia ou quimioterapia sistêmica.
3. Recomenda-se o rastreamento do hepatocarcinoma por ultrassonografia de abdome a cada seis meses, associada ou não à dosagem de Alfa fetoproteína (AFP), entre pacientes com diagnóstico de cirrose hepática que possam se beneficiar do tratamento curativo do tumor (com classificação Child-Pugh A ou Child-Pugh B sem comorbidades); neste cenário, a dosagem de AFP apresenta sensibilidade e especificidade insuficientes para ser usada isoladamente no diagnóstico precoce do hepatocarcinoma.
4. O diagnóstico do hepatocarcinoma pode ser feito preferencialmente por meio de métodos radiológicos dinâmicos, não invasivos, tais como tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) ou ultrassonografia com contraste (US).
5. O diagnóstico anatomopatológico deve ser reservado para pacientes não cirróticos, e em casos nos quais os métodos radiológicos são inconclusivos, por exame citopatológico ou histopatológico de espécime tumoral obtido por punção com agulha fina ou biópsia hepática percutânea, laparoscópica ou a céu aberto.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

6. Nódulos hepáticos menores que 1 cm em doentes cirróticos podem ser acompanhados sem intervenção imediata, com ultrassonografia de abdome a cada 3 ou 4 meses; se a lesão permanecer estável por 18-24 meses, o seguimento pode ser feito a cada 6-12 meses. Lesões entre 1 cm e 2 cm devem ser avaliadas por punção-biópsia com agulha fina, em que pesem as taxas de resultado falso negativo entre 30% e 40%. Em tumores com diâmetro maior que 2 cm, o diagnóstico de hepatocarcinoma pode ser firmado se dois métodos de imagem mostrarem nódulo maior que 2 cm com presença de hipervascularização arterial e clareamento na fase portal. Recomenda-se realizar a biópsia se a lesão não apresentar aspecto típico de vascularização ao exame radiológico.
7. Tomografia computadorizada do tórax e tomografia computadorizada ou ressonância magnética do abdome e pelve são recomendadas para a avaliação da extensão da doença. Angiografia hepática é necessária para definir a ressecabilidade da lesão, podendo ser realizada por via convencional ou por meio de tomografia computadorizada helicoidal (angioTC) ou ressonância magnética (angioRM).
8. A classificação de Barcelona é a mais difundida em nosso meio, sendo apropriada para a definição de conduta no doente com hepatocarcinoma e cirrose:
 - » Estágio 0: tumor único ocupando menos que 50% do fígado, em doente assintomático (Zubrod 0), sem ascite, com níveis séricos de bilirrubina total menor que 3 mg/dL e albumina maior que 3 g/dL;
 - » Estágio A: tumor único ocupando menos que 50% do fígado ou até três tumores com maior diâmetro de até 3 cm, em doente assintomático (Zubrod 0), Child-Pugh A ou B;
 - » Estágio B: tumor ocupando mais que 50% do fígado ou multinodular, em doente assintomático (Zubrod 0), Child-Pugh A ou B;
 - » Estágio C: presença de pelo menos um dos seguintes critérios: invasão vascular, disseminação extrahepática, em doente sintomático (Zubrod 1 ou 2), Child-Pugh A ou



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

B;

» Estágio D: doente incapacitado (Zubrod 3 ou 4), qualquer que seja a extensão do tumor ou a função hepática (Child-Pugh A, B ou C);

DO TRATAMENTO:

1. A ressecção cirúrgica é o tratamento que confere melhor prognóstico aos doentes de hepatocarcinoma, com taxas de cura entre 40% e 50%; no entanto, apenas 10%-15% dos doentes ao diagnóstico apresentam condições clínicas e extensão tumoral compatíveis com realização de cirurgia curativa.
2. A eficácia e segurança na ressecção hepática são fundamentadas na reserva fisiológica hepática do doente. Assim, a indicação de uma cirurgia de ressecção hepática dependerá do estado clínico do doente e da quantidade prevista de parênquima hepático restante, que deve ser em torno de 10% do peso corporal, havendo possibilidade de sucesso mesmo na ressecção de tumores com diâmetro acima de 10 cm e em casos selecionados de recorrência da doença. Nos doentes cirróticos, somente os com a classificação de Child-Pugh A (cirrose inicial) e ausência de hipertensão porta são candidatos à ressecção hepática com segurança. A via de acesso laparoscópica pode ser empregada com resultados oncológicos equivalentes à cirurgia convencional por via aberta. O transplante hepático com doador cadáver ou intervivos é uma opção terapêutica para doentes que apresentem inicialmente tumor único de até 5 cm ou até três tumores com maior diâmetro de até 3 cm, sem invasão vascular e sem doença neoplásica extra-hepática, bem como para casos selecionados que atingem tal condição após outro tratamento inicial.
3. Quando a condição clínica do doente não é compatível com a realização de cirurgia radical ou quando se aguarda a realização de transplante hepático, outros procedimentos para tratamento locorregional podem resultar em regressão tumoral:



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

- » Ablação química por injeção percutânea (IPE): consiste na injeção intratumoral de etanol absoluto ou ácido acético a 50%, procedimento cirúrgico ambulatorial bem tolerado, realizado com auxílio de ultrassonografia e indicado para doentes que apresentem até três nódulos medindo no máximo 3 cm.
- » Ablação por radiofrequência (ARF): consiste na termocoagulação do tumor por ondas de rádio de alta frequência. Esta modalidade terapêutica apresenta melhor resultado oncológico que a IPE, porém resulta em maiores taxas de eventos adversos. O posicionamento intratumoral dos eletrodos é feito com auxílio de ultrassonografia, por via percutânea, laparoscópica ou por cirurgia aberta. A ARF está indicada para lesão tumoral de até 4 cm, distante de órgãos vizinhos (vesícula biliar, estômago e cólon), da cápsula hepática e de ramos da veia hepática e veia porta, em localização acessível.
4. Quando a doença é irresssecável, a embolização arterial do tumor pode reduzir suas dimensões, tornando-o passível de cirurgia radical em alguns doentes e controlar temporariamente os sintomas, porém não há demonstração de que promova aumento de do tempo de sobrevida. O procedimento consiste na cateterização e injeção pela artéria hepática direita ou esquerda de quimioterapia antineoplásica, contraste rádio-opaco e um agente embolizante, para promover a necrose tumoral e mínima lesão do tecido hepático normal. Diversos agentes embolizantes podem ser usados, como partículas de Gelfoam, microesferas de acetato de polivinila e esferas carregadas com quimioterápicos. O procedimento pode ser associado à IPE e está indicado para doentes com capacidade funcional 0, 1 ou 2 (escala de Zubrod), com tumor ocupando menos de 50% do volume hepático, com função hepática e renal preservadas, na ausência de tumor extra-hepático, trombose da veia porta, infecção ativa, colestase ou comorbidades clinicamente não compensadas.
5. Há limitada evidência científica de que a quimioterapia sistêmica paliativa resulte em benefícios clinicamente relevantes para doentes com hepatocarcinoma, resultando na maioria dos estudos em baixas taxas de resposta (menor que 20%) e sobrevida



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

mediana de 8 a 10 meses. Há relatos do uso de esquemas terapêuticos com doxorubicina, cisplatina, 5-fluorouracila, interferon, epirubicina, capecitabina, gencitabina, oxaliplatina, bevacizumabe, erlotinibe, sunitinibe ou sorafenibe, como agentes únicos ou em associação; destes antineoplásicos, apenas o sorafenibe conta com evidências de alguma vantagem terapêutica, em termos de eficácia, provenientes de estudos multicêntricos de fase III, em que seu uso foi comparado com o de placebo ou de doxorubicina. A experiência clínica no Ocidente com hormonioterapia paliativa usando o antiestrógeno tamoxifeno ou análogos da somatostatina, isoladamente ou em associação, não demonstrou benefício clínico para os doentes. Há limitada informação sobre a segurança da quimioterapia paliativa para doentes com comprometimento da função hepática, pelo que esta modalidade de tratamento deve ser reservada para doentes Child-Pugh A.

6. Opções terapêuticas (classificação de Barcelona)

Estágio 0:

- » Ressecção cirúrgica;
- » Injeção percutânea de etanol;
- » Ablação por radiofrequência.

Estágio A:

- » Ressecção cirúrgica;
- » Transplante hepático;
- » Injeção percutânea de etanol;
- » Ablação por radiofrequência.

Estágio B:

- » Quimioembolização transarterial por cateter, seguida ou não por ressecção cirúrgica.

Estágio C:

- » Quimioterapia paliativa.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

Estágio D:

» Medidas de suporte clínico, sem tratamento antitumoral.

DO PLEITO

1. **“Tratamento de neoplasia hepática (cirúrgico e clínico)”.**

III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de um paciente idoso portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e Pré-Diabetes, com hipótese diagnóstica de carcinoma hepatocelular (CHC) avançado, com quadro de emagrecimento, astenia, anorexia e aumento de volume abdominal, sendo realizado Tomografia Computadorizada de abdome evidenciando lesão expansiva hipodensa de aspecto nodular/infiltrativo, com realce ao meio de contraste, medindo **10 X 9 cm** e fígado com sinais de hepatopatia parenquimatosa crônica com hipertensão portal. O paciente recebeu alta hospitalar, no dia 25 de fevereiro de 2019, com receita e orientações e foi encaminhando para o serviço de oncologia do SUS, segundo documento médico anexado, porém foi informado na Inicial deste processo que o mesmo está internado no Hospital Evangélico desde o dia 25/02/2019, sentado em uma cadeira de rodas, haja visto que não há leito de internação disponível.
3. Sabe-se que a indicação de cirurgia de ressecção hepática dependerá do estado clínico do paciente e da quantidade prevista de parênquima hepático restante, que deve ser em torno de 10% do peso corporal, havendo possibilidade de sucesso mesmo na ressecção de tumores com diâmetro acima de 10 cm para pacientes sem diagnóstico de hepatopatia crônica, com cirrose. Já nos pacientes cirróticos, somente aqueles com a classificação de Child-Pugh A (cirrose inicial) e ausência de hipertensão porta são



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

candidatos à ressecção hepática com segurança.

4. Após avaliar os Documentos anexados, mesmo com a ausência de informações importantes (quadro clínico atual, incluindo exame físico do paciente), este NAT conclui que **o paciente deve ser avaliado em um ambulatório de oncologia, com urgência, para determinação de tratamento** (que provavelmente será clínico e não cirúrgico, considerando alterações avançadas evidenciadas no exame de imagem anexado) **e avaliar a necessidade de internação para compensação clínica.** Vale ressaltar que o Hospital Evangélico de Cachoeiro é a referência do SUS para o sul do ES no que se refere ao tratamento oncológico.

[REDACTED]

[REDACTED]

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE – 2014, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/19/livro-pcdt-oncologia-2014.pdf>