



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 34/2021

Vitória, 12 de janeiro de 2021

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED]
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal de Vitória - ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dr^a. Nilda Márcia de A. Araujo, sobre o procedimento: **Linfadenectomia cervical profunda**.

I -RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, a Requerente de 34 anos, é acompanhada por médico especialista de cabeça e pescoço desde 30/05/2019, devido ter sido diagnosticada com nódulos cervicais, sendo que somente em 30/05/2020 conseguiu realizar a punção, tendo como resultado nódulo Bethesda I. A Autora foi indicada a realizar linfadenectomia cervical profunda para complementação da avaliação, devido a suspeita de doença linfoproliferativa. Como não obteve êxito na solicitação administrativa e pelo risco de progressão da doença, recorre à via judicial.
2. Às fls. 10 e 21 consta guia de especialidade – BPAI, emitido em 27/05/2019 pelo Dr. Jaci Pereira, CRM ES 2998, descrevendo massa em região cervical esquerda, endurecida, móvel, dolorida, US cervical de 21/05/2019, indica estudo histológico. Encaminha para cirurgia de cabeça e pescoço



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

3. Às fls. não numeradas consta laudo da ultrassonografia da região cervical, emitida em 17/09/2020, evidenciando linfonodos em número aumentado em cadeia jugulo carotídeas e mais concentrados no segmento alto esquerdo, o maior com cerca de 0.5 cm a direita e 0.6 cm a esquerda, no menor eixo, em cadeias jugulo carotídeas superiormente; linfonodos aumentados, mas sem configurar linfonodomegalias em glândulas submandibulares.
4. Às fls. 12 consta laudo da ultrassonografia cervical, emitida em 27/07/2020, evidenciando presença de linfonodos em proximidade (ao menos três) localizados no nível cervical V à esquerda, de contornos regulares e definidos, apresentando-se marcadamente hipocogênicos e com espessamento cortical/afilamento hilar, medindo até 1,0 cm, no maior eixo, com vascularização hilar habitual ao estudo complementar com Doppler colorido, inespecífico. Observa-se outros linfonodos esparsos pelas cadeias cervicais bilaterais, com características normais, medindo até 1,0 cm
5. Às fls. não numeradas consta laudo da ultrassonografia da região cervical, emitida em 29/07/2019, evidenciando presença de linfonodomegalias nas cadeias cervical posterior esquerda, medindo 2,8 x 1,3 cm e submandibular direita, medindo 1,7 x 0,5 cm nos maiores eixos. Observam-se, ainda, outros linfonodos peri e infra-centimétricos nas cadeias jugulocarotídeas.
6. Às fls. 13 consta laudo da ultrassonografia cervical, emitida em 21/05/2019, evidenciando presença de linfonodos em proximidade (ao menos três) localizados no nível cervical V à esquerda, de contornos regulares e definidos, apresentando-se marcadamente hipocogênicos e com espessamento cortical/afilamento hilar, medindo em conjunto 3.0 x 1.9 cm, de natureza indeterminada.
7. Às fls. 15 a 20 consta prontuário com evolução, tendo sido realizado punção aspirativa por agulha fina de nódulo cervical, em 30/05/2019, e laudo citopatológico, emitido em



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

07/06/2019, evidenciando achados sugestivos de hiperplasia linfoide reacional. Exame laboratorial (09/06/2019) toxo IgG reativo (75.1), IgM não reativo.

8. Às fls. não numeradas consta guia de especialidade – BPAI, ilegível (consulta com infectologia ?????)

9. Às fls. não numeradas consta encaminhamento ao posto de saúde, em papel timbrado do Hospital Meridional, emitido em 10/12/2020 pelo Dr. Antônio Pinto, Cirurgia cabeça e pescoço, CRM ES 3562, descrevendo paciente de 34 anos, apresentando linfonodomegalia cervical, suspeita para doença linfoproliferativa, com indicação para linfadenectomia cervical profunda. Sem US em anexo.

10. Às fls. 24 consta laudo médico, em papel timbrado do Hospital Meridional, emitido em 21/12/2020 pelo Dr. Antônio Pinto, descrevendo paciente avaliada em 30/05/2019, por apresentar nódulos cervicais, em cadeias juglocarotídeas de 0.5 cm e 0.6 cm, aumentados em número, sem configurar linfonodomegalias. Solicitado pelo seu médico assistente Dr. Yorjandis Godines Beltram que pediu uma biopsia por agulha fina. Realizamos 1 punção em 30/05/2020 cujo resultado foi de nódulo Bethesda I. Neste caso já indicação de linfadenectomia cervical profunda cirúrgica para melhor avaliação diagnóstica histopatológica.

**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



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

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. A investigação de alteração em linfonodo é muito comum na prática médica, já que pode representar um sinal de uma doença sistêmica como neoplasia, doença autoimune ou infecciosa. Devido à grande diversidade de diagnóstico diferencial, a anamnese e o exame físico bem detalhados são fundamentais para o raciocínio clínico e devem direcionar a investigação etiológica. Dados da história do paciente como sinais e sintomas associados, idade, duração dos sintomas, exposição e/ou antecedentes relevantes são fundamentais nesse processo. O exame físico deverá abranger as características gerais do paciente como presença ou não de hepatoesplenomegalia, por exemplo, e do linfonodo quanto à localização, tamanho, consistência, fixação e presença de dor/sinais flogísticos.
2. Doença do linfonodo pode ser definida como alteração das características do linfonodo secundária à invasão de sua estrutura por células inflamatórias ou neoplásicas. São



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

inúmeras as etiologias associadas e, portanto, para diferenciá-las são necessários detalhados exame físico e anamnese como roteiro diagnóstico para solicitar exames complementares. A prevalência de neoplasia em pacientes com comprometimento do linfonodo parece ser baixa. A cada 100 pacientes com alteração em linfonodo, 3 serão submetidos à biópsia do mesmo e 1 indicará neoplasia

3. Destacam-se as faringites na investigação de alteração do linfonodo cervical com duração geralmente menor que 2 semanas, mononucleose infecciosa com duração de 2 a 4 semanas, e tuberculose ganglionar dentre as de duração superior a 4 semanas. Mas certamente a principal causa de comprometimento agudo, comumente dolorosa, é a adenopatia reativa, achado inespecífico de infecções virais e bacterianas. Infecções bacterianas da pele correspondentes à drenagem de determinada cadeia linfonodal são causas frequentes e facilmente reconhecíveis, porém lesões escondidas em couro cabeludo ou mesmo micoses interdigitais e retroauriculares podem passar despercebidas.

· Cadeias Cervicais: A faringite estreptocócica talvez seja a mais popular causa de aumento linfonodal cervical reconhecida pelo público leigo, sendo assim queixa frequente em atendimentos médicos. O achado é de linfonodomegalia cervical, principalmente submandibular, mas também retroauricular ou suboccipital. Outras causas infecciosas da cabeça e do pescoço podem cursar com os mesmos achados, dentre elas: infecções de pele, conjuntivites, otites e infecções da boca e dentição. O acometimento das cadeias cervicais posteriores ao músculo esternocleidomastóideo e periauriculares estão mais relacionadas a mononucleose (infecção pelo vírus Epstein-Barr) e micobacteriose quando estão excluídas infecções bacterianas de pele ou da orelha. A mononucleose é responsável por 80% dos achados clínicos mono-like (febre, linfadenopatia, esplenomegalia). Já a rubéola está particularmente relacionada à alteração retroauricular, e as conjuntivites e a ceratite herpética à pré-auricular. É comum que a tuberculose ganglionar (adenite tuberculosa, escrófula) acometa apenas um sítio identificável à palpação, inclusive com achados exuberantes (principalmente na linfadenite e até fistulização), mas também é causa de linfonodomegalia sistêmica



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

assim como a mononucleose.

4. Compõem talvez a principal fonte de medo e apreensão associados ao estigma do comprometimento linfonodal. Se avaliados inicialmente na atenção primária, 1% dos pacientes terá câncer como causa. Na anamnese, a idade é o fator mais relacionado à suspeita de câncer, pois indivíduos com mais de 40 anos apresentam risco 10 vezes maior. Ao exame físico, a cadeia supraclavicular é a única preditora independente para realização de biópsia, porém toxoplasmose, sarcoidose e tuberculose podem alterar tal cadeia como principais causas não-neoplásicas. **Em relação ao tamanho, linfonodos menores de 1cm² são de risco irrisório para câncer, e o risco aumenta vertiginosamente a partir de 2,25cm².** O consumo de etanol e tabaco favorece grande parte das neoplasias da cabeça e pescoço, sendo aquele um importante dado na anamnese que reforça a hipótese de causa neoplásica. No caso das metástases linfonodais, os primeiros linfonodos acometidos são os responsáveis pela drenagem fisiológica da região atingida pelo tumor primário. Os linfonodos metastáticos têm marcada firmeza, má-delimitação, e intensa aderência aos planos profundos, tornando-se pouco móveis. As leucemias e linfomas estão entre as principais causas dentre as neoplasias malignas. Hepatoesplenomegalia é frequente especialmente nas leucemias, podendo na sua forma mielóide crônica ser palpado um dos maiores baços da propedêutica (como a esplenomegalia da leishmaniose visceral). As leucemias podem trazer também sangramentos, equimoses e anemia. Já os linfomas têm a linfonodomegalia como apresentação característica, tipicamente não dolorosa, algumas vezes até sem qualquer outro sintoma sistêmico. **Doença localizada, principalmente cervical e supraclavicular, é mais típica da variante de Hodgkin, e o achado generalizado é mais comum na forma não-Hodgkin (mais prevalente), com graus variados de hepatoesplenomegalia.** É importante lembrar que os linfomas podem acometer órgãos contíguos, trazendo sinais e sintomas variáveis e confundindo o examinador. O estadiamento de Ann-Arbor modificado para os linfomas pode ter a propedêutica desarmada como importante parceiro. Baseia-se na quantidade de cadeias linfonodais acometidas, se elas estão acima



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

ou abaixo do diafragma, se existe acometimento extranodal (fígado, medula óssea; baço excluído), e se há sintomas B (febre, perda ponderal, sudorese noturna). A presença de sintomas B está associada a pior prognóstico, podendo ser achado em 45% dos casos não-Hodgkin. O acometimento extranodal também é mais comum nos não-Hodgkin, porém doença mediastinal está mais relacionada ao linfoma de Hodgkin. A alteração de linfonodo na AIDS pode ser investigada inicialmente com PAAF (punção por agulha fina) porém a suspeita de tumores metastáticos (sarcoma de Kaposi) e linfoma não-Hodgkin orienta biópsia para um aumento da positividade.

5. Existem várias outras alterações de linfonodos que não entraremos em detalhe agora.
6. **Investigação e Propedêutica Armada** A maioria dos pacientes não necessita de biópsia e menos da metade precisam de qualquer exame laboratorial. Caso o exame clínico sugerir hipótese benigna, um primeiro passo nos exames complementares pode ser feito após observação por duas a quatro semanas, sem prejuízo ao prognóstico, mesmo se doenças malignas forem constatadas posteriormente. Listaremos abaixo alguns métodos invasivos e não-invasivos auxiliares da propedêutica clássica.

Exames laboratoriais e radiológicos:

- O teste rápido para pesquisa de Streptococcus beta-hemolítico do grupo A em swab de orofaringe (RST – rapid strep test)
- exames sorológicos revelam anticorpos contra diversos agentes infecciosos com manifestações clínicas semelhantes
- O teste de Mantoux (PPD) e a baciloscopia no escarro
- A pesquisa de auto-anticorpos, iniciando com os inespecíficos VDRL e FAN, até a pesquisa de anti- -Sm
- A ultrassonografia
- A radiografia de tórax
- A tomografia com contraste



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

- A biópsia
- A ressonância magnética

Punção e biópsia excisional:

- A Punção aspirativa com agulha fina (PAAF): Melhor método para diferenciar lesões benignas das malignas; realizar em todos os nódulos > 1 cm ou \square 1 cm c/ características suspeitas à US. Usada com ou sem guia ultrassonográfica. Para o diagnóstico utilizamos o sistema Bethesda para classificação citopatológica de nódulos de tireoide: BI (Bethesda categoria I): material insatisfatório; BII (Bethesda categoria II): nódulo benigno: bócio colóide, nódulo hiperplásico, tireoidite linfocítica; BIII (Bethesda categoria III): atipia (ou lesão folicular) de significado indeterminado; BV (Bethesda categoria V): suspeito para malignidade; BVI (Bethesda categoria VI): maligno. Há grande divergência sobre a utilidade da punção aspirativa por agulha fina (PAAF) dos linfonodos para o diagnóstico das mais variadas etiologias. Hoje, a biópsia excisional é o exame de escolha para adenomegalias de etiologia a esclarecer.
- É bem estabelecido que há casos em que a gravidade da doença suspeita requer alta sensibilidade do método diagnóstico, e é exatamente nos linfomas que a PAAF se mostrou imprecisa. **Na suspeita de linfoma, deve-se sempre proceder à retirada integral do linfonodo acometido para biópsia. Já nos casos de tuberculose, a sensibilidade é elevada de 41 para 70% quando se é optado por biópsia excisional após tentativa com PAAF.**

DO TRATAMENTO

1. Não será abordado, por se tratar de demanda para investigação diagnóstica.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

DO PLEITO

1. **Linfadenectomia cervical profunda.**
2. **Linfadenectomia profunda:** Procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 04.06.02.020-5, sendo considerado de média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).
3. **Linfadenectomia radical cervical bilateral:** Procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 04.06.02.023-0, sendo considerado de média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).

III – CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente de 34 anos, com diagnóstico de nódulos cervicais, sendo que somente em 30/05/2020 conseguiu realizar a punção, tendo como resultado nódulo Bethesda I. Foi indicada a realizar linfadenectomia cervical profunda para complementação da avaliação, devido a suspeita de doença linfoproliferativa.
2. Considerando que a punção realizada teve como resultado Bethesda I que significa ausência de diagnóstico em virtude de material inadequado ou artefato técnico; considerando que existe uma hipótese diagnóstica de doença linfoproliferativa; este NAT conclui que se deve sempre proceder à retirada integral do linfonodo acometido, linfadenectomia cervical profunda, para análise anatomopatológica e diagnóstico definitivo.
3. Não se trata de **urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), mas considerando que possa ter diagnóstico de neoplasia, deve ser agendado tal procedimento com prioridade, apesar da situação atual de pandemia de Covid19.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

3. Este Núcleo se coloca à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.



REFERÊNCIAS

Neto, Fernando M. F. Didier et al; Comprometimento dos linfonodos em adultos; Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo 2013; 58: 79-87. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/228/2>