



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 86/2019

Vitória, 16 de janeiro de 2019

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Santa Teresa - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Alcemir dos Santos Pimentel, sobre o procedimento: **paratireoidectomia**.

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o requerente sofre de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico, e desenvolveu hiperparatireoidismo secundário que demanda tratamento cirúrgico – paratireoidectomia. Foram realizados vários exames de imagem, sendo o último de cintilografia das paratireoides, em 05/06/2017, evidenciando adenoma ou hiperplasia de paratireoidismo adjacente ao polo inferior do lobo tireoidiano esquerdo. O médico assistente, Dr. Calipso Tadeu Nogueira da Gama, CRM ES 1281, solicitou, em 12/12/2017, a realização da paratireoidectomia para resolução da complicação da doença renal, com nova solicitação em novembro/2018, sem êxito até o momento. Como não tem como arcar com tratamento particular, dá-se o presente pedido judicial para obtenção do tratamento junto ao SUS.
2. Às fls. 26 consta laudo emitido em 27/05/2018 por Dr. Calipso Tadeu Nogueira da Gama, nefrologista, CRM ES 1281, detalhando o problema da paciente, que é insuficiência renal crônica (IRC) com evolução desfavorável com doença óssea severa decorrente de hiperparatireoidismo secundário a doença renal crônica com níveis de paratormônio de 1836, não responsivo a bloqueio farmacológico, tendo exame de



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

imagem demonstrando adenoma de paratireoide necessitando ser submetido a cirurgia de paratireoidectomia.

3. Às fls. 27 consta laudo médico, em 12/12/2017 pelo Dr. Calipso Tadeu Nogueira da Gama, descrevendo paciente de 31 anos, em hemodiálise há 7 anos, evoluindo com hiperparatireoidismo secundário a doença renal crônica grave, caracterizado por dor óssea com progressão incapacitante, alterações de íons e aumento hormonal. (laudo parcialmente ilegível)
4. Às fls. 28 e 29 apresentando laudo de ultrassonografia da tireóide, em 12/02/2016 pelo Dr. Carlos Alberto Dantas Daniel, CRM ES 3932, evidenciando paratireoides de volume um pouco aumentado e aspecto hipocóide bilateralmente; lobo direito mede 3.2x1.3x1.7 cm e com volume 3.9 cm³ e o esquerdo 3.5x1.2x1.6 cm com volume 3.7 cm³, nos eixos longitudinal, AP e transversal respectivamente. Istmo medindo 1.5x0.4 cm de espessura; volume total 7.6 cm³. Às fls. 30 consta laudo da tomografia computadorizada de pescoço em 08/03/2017 pela Dr^a. Suzana Libanio Rocha, CRM ES 8450, descrevendo imagem nodular com densidade de partes moles, junto ao polo inferior da glândula tireoide esquerda, medindo 1.7x1.4 cm, de contorno regular e limites definidos, de avaliação prejudicada.
5. Às fls. 31 e 32 consta laudo da cintilografia das paratireoides, em 05/06/2017 pela Dr^a. Luciana Sampaio Vidal, CRM ES 7235 evidenciando sinais cintilográficos de adenoma ou hiperplasia de paratireoide adjacente ao polo inferior do lobo tireoidiano esquerdo.
6. Às fls. 33 consta guia de referência para cirurgião de cabeça e pescoço, em 29/11/2018 pelo Dr. Agenor Sena, cirurgia de cabeça e pescoço, CRM ES 8283, descrevendo paciente renal crônico, dialítico com hiperparatireoidismo. Solicitando paratireoidectomia.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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. **A insuficiência renal crônica – IRC** é uma condição em que a função excretora renal encontra-se definitivamente diminuída, acarretando alterações em vários sistemas e órgãos, seja pela retenção de água e eletrólitos, seja pela retenção de produtos do metabolismo.
2. Praticamente todas as doenças renais podem evoluir para a insuficiência crônica, sabendo-se que se um rim permanecer saudável, a síndrome da insuficiência não se instala, pois a função excretora pode ser desempenhada por rim único. Doenças



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

sistêmicas, como diabetes, hipertensão arterial e doenças do tecido conjuntivo - colagenoses, podem lesar os rins ao ponto de torná-los insuficientes. A evolução costuma ser insidiosa, sendo muitos pacientes assintomáticos, os quais descobrem ser portadores de IRC em exame de sangue rotineiro.

3. Os sinais e sintomas da IRC variam, desde astenia até edema generalizado, hipertensão arterial grave, oligúria/anúria e óbito. Na evolução da IRC, algumas condições se instalam secundariamente, como anemia e hiperparatireoidismo secundário.
4. **Hiperparatireoidismo secundário (HPTS)** é uma complicação frequente nos pacientes em diálise e pode desenvolver-se cedo no curso da IRC. Está associado com um risco aumentado de calcificação cardiovascular e mortalidade. O hiperparatireoidismo secundário é caracterizado pela hiperplasia das glândulas paratireoides, elevados níveis séricos do paratormônio (PTH) e uma doença óssea de alto remanejamento. É uma complicação frequente nos pacientes em diálise e pode desenvolver-se cedo no curso da IRC. Está associado com um risco aumentado de calcificação cardiovascular e mortalidade. Vários têm sido os fatores implicados na patogênese do HPTS destacando-se a retenção de fósforo e hiperfosfatemia, o déficit de vitamina D, a hipocalcemia, as anormalidades do receptor sensível ao cálcio e do receptor da vitamina D das paratireoides, a resistência óssea à ação do PTH e, mais recentemente, as fosfatoninas. É importante enfatizar que, embora abordados separadamente, estes fatores estão inter-relacionados podendo um ou mais deles predominar de acordo com o tipo e a fase da IRC. A hiperestimulação crônica do PTH é seguida de proliferação das células paratireoides levando a uma hiperplasia difusa, progressiva e policlonal das glândulas paratireoides. Subseqüentemente, este padrão de crescimento pode se transformar em um tipo monoclonal benigno, porém mais agressivo, ou policlonal. Nesse caso, as glândulas tornam-se então muito aumentadas exibindo uma hiperplasia nodular.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da IRC é conservador (dieta, tratamento da doença de base, controle de hipertensão e diabetes, etc.) até que se desenvolvam sinais e/ou sintomas mais graves, ou elevações intoleráveis dos níveis nitrogenados no sangue, instituindo-se então o tratamento dialítico, e posteriormente, dependendo da viabilidade, o transplante renal.
2. O tratamento específico do HPTS é baseado em monitoramento de cálcio, fósforo, vitamina D e PTH, e o nefrologista fará suplementações e quelações de acordo com os achados. Pacientes com IRC, especialmente em diálise, apresentam níveis reduzidos de calcitriol. Esse é um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento e progressão do HPTS, tanto por reduzir a absorção intestinal de Ca, levando à hipocalcemia, como por diminuir o controle da síntese e secreção de PTH. Além disso, na IRC, a expressão dos receptores da 25-vit D está diminuída nas glândulas da paratireoide, limitando a ação do calcitriol na inibição do gene do PTH. Os principais efeitos adversos do tratamento com calcitriol são a maior absorção intestinal de Ca e P podendo produzir hipercalcemia, hiperfosfatemia e aumentar o produto Ca x P. Além disso, o calcitriol pode reduzir a formação óssea e originar uma condição de doença óssea de baixa remodelação, a chamada doença óssea adinâmica. Por tais motivos, os níveis séricos de PTH, Ca e P devem ser monitorados no curso do tratamento com calcitriol e sua dose ajustada para manter os níveis recomendados desses elementos.
3. Estudos sugerem que os análogos da vitamina D controlam efetivamente os níveis de PTH com menor incidência de efeitos colaterais, como hiperfosfatemia e hipercalcemia. Dentro dessa classe de drogas, o paricalcitol é o composto mais estudado. Quanto ao tratamento com calcimimético (cinacalcete), o mesmo se baseia na sua ligação com o receptor de Ca presente nas células paratireoides de forma a mudar a sua conformação, possibilitando melhor interação do Ca com este receptor e



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

proporcionando maior supressão da secreção e síntese de PTH.

4. Para aqueles pacientes que não respondem aos esquemas terapêuticos, ou seja, desenvolvem hiperparatireoidismo refratário, resta a paratireoidectomia. Entretanto o nível exato de PTH que determina esta intratabilidade ainda não foi definido.

DO PLEITO

1. **Paratireoidectomia:** procedimento a ser realizado por cirurgião da cabeça e pescoço, o qual usará a sua experiência no sentido de definir por uma técnica que reúna, no que for possível, elevado sucesso terapêutico com maior conservação possível de tecido glandular tireoide.
2. Procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 04.02.01.002-7, sendo considerado de Média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Considerando a descrição clínica e exames de imagem anexados que confirmam o hiperparatireoidismo secundário com adenoma de paratireoide; considerando a informação médica de falta de resposta ao tratamento clínico, confirmada pela informação às fls. 33 de dosagem do Paratormônio > 2000 (pacientes em diálise devem manter o PTH plasmático entre 150-300pg/mL); este NAT conclui que o Requerente tem indicação de realizar o procedimento cirúrgico.
2. Este NAT sugere compelir os requeridos a agendarem com prioridade uma consulta com cirurgião de cabeça e pescoço em estabelecimento de saúde que realize o procedimento cirúrgico pleiteado. Os exames preparatórios para a cirurgia, caso venham a ser solicitados no centro de referência, deverão ser garantidos pelo



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

estabelecimento evitando que o Requerente retorne a Unidade Básica de Saúde e sofra mais atrasos no agendamento.

3. Vale ressaltar que se o procedimento não estiver inserida no SISREG, o poder público não tem como dar continuidade no agendamento. E dentre os documentos enviados a este Núcleo não foi constatado o espelho do SISREG.

[REDACTED]

[REDACTED]

REFERÊNCIAS

Sampaio EA, et al. Fisiopatologia do Hiperparatireoidismo Secundário. J Bras Nefrol 2008;30(Supl 1):6-10 Disponível em: [http://www.sbn.org.br/pdf/diretrizes/JBN_educacional_I/4-Elisa-30\(1\)S1.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/diretrizes/JBN_educacional_I/4-Elisa-30(1)S1.pdf)

Gueiros JEB, et al. Prevenção e tratamento do hiperparatireoidismo secundário na DRC. Diretrizes Brasileiras de Prática Clínica para o Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica. J Bras Nefrol 33; Supl1 (2011) S7-S14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33s1/v33s1a03.pdf>