



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 635/2022

Vitória, 16 de maio de 2022.

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

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas da Vara Única de Pinheiros - ES, requeridas pelo MM Juiz de Direito, Dr. Helthon Neves Farias, sobre o procedimento: **cirurgia de afastamento de aritenóides para retirada da traqueostomia em unidade de saúde deste Estado ou, inexistindo repartição hospitalar pública apta a realizar tal procedimento, que então o ente Estatal efetive o procedimento cirúrgico em rede privada de saúde sob as suas custas.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente de 33 anos, sofreu um acidente motociclístico, precisando ficar intubado por tempo prolongado, e após alta hospitalar necessitou realizar traqueostomia, devido a quadro de estenose laringotraqueal. Ao exame de videolaringoscopia foi confirmado fixação importante entre as aritenóides, sendo encaminhado para tratamento em São Paulo, porém o Autor não tem condições de arcar com os custos do procedimento. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. 11172382 (Pág. 1) consta ficha de cirurgia descritiva, em papel timbrado da UNIMED, emitido em 11/12/2020 pelo Dr. Dan Ferreira de Mendonça, CRM ES 2555, descrevendo a videolaringoscopia direta para diagnóstico, evidenciando fixação de



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

aritenoides com medialização das pregas vocais bilateralmente e área de contato na região posterior das pregas vocais.

3. Às fls. 11172391 (Pág. 1 a 4) consta laudo médico para tratamento fora do domicílio, emitido em 25/01/2021, para tratamento cirúrgico de estenose laringotraqueal, devido estenose/ aritenóides. Descreve paciente com trauma e necessidade de internação hospitalar e intubação que gerou sinéquia de aritenóides com estenose de laringe e traqueostomia definitiva. Ao exame foi identificado fixação entre aritenóides. Tendo como tratamento indicado de cirurgia para controle e abertura de laringe – correção estenose. Cirurgia não realizado no Estado. Procedimento sem contratualização com o CNRAC/MS.
4. Às fls. 11172402 (Pág. 1) apresenta relatório otorrinolaringológico, em papel timbrado da Clínica DAN, emitido em 06/01/2021 pelo Dr. Dan Ferreira de Mendonça, descrevendo as videolaringoscopias e encaminhamento para tratamento em São Paulo com Dr. Domingos Hiroshi Tsuji.
5. Às fls. 11172402 (Pág. 2 e 3) encontra-se laudo médico, emitido em 25/01 e 23/02/2021 pela Dr^a Camila Peres Ferreira, otorrinolaringologia, CRM ES 16097, descrevendo paciente apresentando estenose importante com paralisia total de pregas vocais em adução e ausência da luz glótica com necessidade de traqueostomia definitiva. Ao exame realizado no intraoperatório foi identificado fixação importante entre as aritenoides em posição mediana bilateralmente, sem possibilidade de reversão clinicamente. Procedimento cirúrgico de afastamento de aritenoides para retirada da traqueostomia. Não é realizado no Estado. Apresenta risco de obstrução respiratória aguda aos mínimos esforços, em uso da cânula metálica nº 2.
6. Às fls. 11172402 (Pág. 4) consta novo laudo médico, emitido em 04/10/2021, descrevendo quadro e referindo necessidade de cirurgia para remoção da traqueostomia.
7. Às fls. 11172609 (Pág. 1) apresenta laudo médico, em papel timbrado do Hospital Evangélico de Vila Velha, emitido em 22/09/2021 pela Dr^a Fernanda Teixeira, cirurgiã



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

cabeça e pescoço, CRM ES 16788, referindo quadro clínico e exame já descrito anteriormente, orientando a buscar serviço com experiência em cirurgia de laringe (de preferência microcirurgia a laser, pois no HEVV não faz este procedimento.

8. Outros documentos anexados, são medicações e fotos da videolaringoscopia.

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 Portaria Nº 3128 de 24 de dezembro de 2008**, define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e serviços de Reabilitação Visual, e define pessoa com deficiência visual aquela que apresenta baixa visão ou cegueira.
3. **Tratamento Fora de Domicílio – TFD** é disposto pelo Ministério da Saúde através da Portaria SAS/Nº55 de 24 de fevereiro de 1999.

DA PATOLOGIA

1. A laringe é um órgão pequeno, de 3 a 5 cm, bem superficial e facilmente palpável. Formada por cartilagens, músculos e ligamentos, faz parte da via aérea, é importante no processo da fonação e acaba auxiliando na mastigação.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

2. A laringe é dividida em três regiões anatômicas, a saber: supraglote que inclui epiglote, pregas vestibulares, ventrículos, pregas ariepiglóticas e **aritenóides**; glote que inclui as pregas 26 vocais e a comissura anterior e a região interaritenóidea; subglote que começa um centímetro abaixo das pregas vocais e se estende até a borda inferior da cartilagem cricoide ou primeiro anel (DIAS, 2005).
3. A estenose laringotraqueal consiste numa redução congênita ou adquirida, parcial ou completa, do calibre das vias aéreas, podendo afetar a traqueia e laringe, na sua região supraglótica, glótica ou subglótica, sendo esta última a mais frequentemente envolvida.
4. Aproximadamente 15% dos doentes entubados por mais de dez dias desenvolvem algum grau de estenose laringotraqueal, sendo a subglote a região mais frequentemente envolvida. Cerca de 90% de todos os casos de estenose laringotraqueal adquirida, tanto em crianças como em adultos, resultam da entubação orotraqueal prolongada.
5. O diagnóstico pode ser confirmado por meio endoscópico (laringoscopia e broncoscopia) e por radiografia simples (radiografia do tórax, radiografia lateral do pescoço e tomografia simples)
6. As estenoses glóticas são classificadas segundo a classificação de Cohen (tabela 2), enquanto o sistema de classificação de Myer-Cotton é o mais frequentemente usado para o estadiamento das estenoses subglóticas (tabela 3)



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

TABELA 2
Classificação de Cohen para as estenoses glóticas

Classificação	Envolvimento	Clínica
Tipo I	Envolve até 35% da glote anterior; cordas vocais visíveis; sem envolvimento subglótico	Sintomas ligeiros
Tipo II	Envolve 35% a 50% da glote anterior; envolvimento mínimo da subglote	Sintomas moderados
Tipo III	Envolve 50% a 75% da glote; não se visualiza cordas vocais	Sintomas severos
Tipo IV	Oclusão de 75% a 90% da glote; estenose concomitante da subglote	Intervenção imediata

TABELA 3
Sistema Myer-Cotton para o estadiamento das estenoses subglóticas.

Classificação	Obstrução lúmen (%)
Grau I	< 50% de obstrução do lúmen laríngeo
Grau II	50 a 70% de obstrução do lúmen laríngeo
Grau III	71 a 99% de obstrução do lúmen laríngeo
Grau IV	Obstrução completa do lúmen laríngeo

7. O quadro clínico do paciente com Imobilidade Bilateral de Pregas Vocais (IBPV) pode ser de dois tipos: piora de estridor existente há semanas ou meses com rápida evolução para dispneia ou dispneia progressiva e gradual durante o curso de meses, normalmente sem alterações significativas da qualidade vocal. A diferenciação entre paralisia e fixação de pregas vocais em casos de IBPV é essencial para a escolha do método terapêutico. Para tanto, indica-se a realização de EMG.

8. A IBPV é um quadro potencialmente fatal, o que exige diagnóstico imediato e preciso, seguido de tratamento adequado. IBPV pode ser decorrente de paralisia neurogênica bilateral, fixação de articulação cricoaritenóidea, sinequia laríngea ou estenose glótica posterior (EGP). O diagnóstico diferencial é baseado na história clínica, nos achados fibronasofaringolaringoscópicos e na eletromiografia laríngea. Em alguns casos, o diagnóstico definitivo só é possível com a inspeção e palpação laríngeas durante microlaringoscopia. As causas específicas podem ser o trauma cirúrgico, trauma pós-intubação, neoplasias, alterações neurológicas, doenças inflamatórias e alterações



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

psicogênicas.

DO TRATAMENTO

1. Os objectivos primários do tratamento da estenose laringotraqueal consistem no desenvolvimento de uma via aérea adequada com preservação ou melhoria da qualidade vocal.
2. De uma forma geral, o tratamento cirúrgico das estenoses glóticas e subglóticas consiste em técnicas menos invasivas, normalmente endoscópicas, com dilatações seriadas, mais indicadas para as estenoses membranosas do que nas cartilagíneas, com colocação invariável de stents, decidido normalmente intraoperatoriamente.
3. As alternativas de tratamento dependem do estado do paciente e do grau da lesão traqueal, incluindo:
 1. Dilatação endoscópica: procedimento em geral desacreditado que necessita de numerosas intervenções, mantendo o paciente com traqueostomia por tempo prolongado. Sua maior indicação são lesões pequenas de partes moles.
 2. Ressecção da estenose por via endoscópica.
 3. Cirurgia aberta: existem diferentes técnicas
 4. Observação: pode ou não ser acompanhada do uso de traqueostomia. É utilizada em pacientes com lesões assintomáticas ou pouco sintomáticas, assim como em pacientes que apresentam lesões graves e que são portadores de doenças de base que contraindiquem a cirurgia.
4. O tratamento da ELT pode ser um desafio, com vários fatores envolvidos, capazes de afetar o prognóstico final. O tratamento deve ser personalizado de acordo com as características do paciente. A abordagem mais usada até agora é a reconstrução laringotraqueal (RLT) das vias aéreas. Outros métodos incluem a ablação a laser e dilatação endoscópica com balão. A última é geralmente usada em pacientes com



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

estenose leve (estágio 1 ou 2), em lesões precoces imaturas ou após um procedimento de reconstrução de vias aéreas para prevenir a restenose.

5. O tratamento da IBPV visa reestabelecer uma via aérea pérvia, mantendo a função esfínteriana glótica e a qualidade vocal⁵. As opções de tratamento cirúrgico existentes são traqueostomia, aritenoidectomia total, aritenoidectomia subtotal, cordotomia transversa e lateralização de prega vocal⁶, além de técnicas abertas e de reinervação

DO PLEITO

1. **Cirurgia de afastamento das aritenoides.**

III – CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente de 33 anos que sofreu um acidente motociclístico, precisando ser internado e intubado por tempo prolongado, necessitou realizar traqueostomia definitiva, devido a quadro de estenose laringotraqueal. Ao exame de videolaringoscopia foi confirmado fixação importante das aritenóides, sendo encaminhado para procedimento cirúrgico, visando retirar a traqueostomia.
2. Verificamos nos documentos anexos, que o paciente apresenta estenose ao nível de aritenoides, não há relatos sobre a avaliação do restante da traquéia, o que é de suma importância para definição do manejo da patologia. Destacamos também que a médica às fls. 11172402 - Pág. 3, informa que o paciente possui risco de obstrução respiratória aguda aos mínimos esforços e que está em uso de cânula número 2, não há nenhuma justificativa no laudo para o uso desta cânula, porém sabemos que para pacientes adultos a cânula 2 possui um calibre baixo, o que dificulta a respiração, além disso a descrição do local da lesão estenótica do paciente se encontra acima da traqueostomia, o que não deveria impedir sua livre respiração.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

3. Sendo assim, entendemos que o procedimento prioritário neste paciente é garantir a perviedade da via aérea, cabendo ao cirurgião avaliar a possibilidade da troca da cânula por uma de maior calibre para garantir o conforto respiratório para o paciente até que seja realizado a cirurgia de correção da estenose. Para que isso seja realizado é preciso uma investigação completa da via aérea em busca de outros locais de obstrução que possam impedir a manutenção da traqueostomia e que tornem a cirurgia um procedimento imperativo para uma adequada ventilação.
4. Em relação ao procedimento cirúrgico para correção da estenose à nível das aritenoides, entendemos que a traqueostomia apesar de ser tratamento para estenoses e permitir a ventilação adequada, também é um foco de inflamação/infecção, podendo gerar novas estenoses.
5. Sendo assim, **levando em consideração que se trata de paciente jovem com lesão benigna de via aérea a cirurgia para correção da estenose é uma opção de tratamento para o caso, porém se trata de um procedimento com chance de falha terapêutica, já que o motivo da estenose apresentada pelo paciente possivelmente é cicatricial e pode demandar uso de enxertos e moldes sem garantia de resultado favorável.**
6. Entendemos portanto, que o **paciente deve ser encaminhado para serviço do SUS que conte com o serviço de cabeça e pescoço e realize cirurgias complexas nesta especialidade, incluindo a correção de estenoses.** Neste serviço, o Requerente seria avaliado para realização tanto da troca da traqueostomia, quanto para correção desta estenose evidenciada ao exame, assim como a possível presença de outras estenoses que necessitem correção, cabendo ao cirurgião definir a melhor técnica e avaliar a chance de decanulação do paciente após o procedimento, ponderando os riscos e benefícios da cirurgia.
7. Sabemos que o procedimento de aritenoidectomia com laringofissura é oferecido pelo SUS sob o código 04.04.01.043-1 e trata-se de procedimento de alta complexidade, assim como a traqueoplastia ou laringotraqueoplastia sob o código 04.12.01.010-0. A



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

traqueostomia também é oferecida pelo SUS sob o código 04.04.01.037-7 assim como a cânula de traqueostomia sob o código 07.02.05.002-4.

8. Cabe a SESA identificar o prestador e disponibilizar a consulta em centro de referência **com prioridade**, já que o paciente apresenta dispneia e uma cânula de pequeno calibre com necessidade de garantir a permeabilidade da via aérea.





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

REFERÊNCIAS

ANATOMIA DA LARINGE; Disponível em: <https://jaleko-files.s3-sa-east-1.amazonaws.com/apostila-web/anatomia-da-laringe.pdf>

COELHO, M.S. et al. Lesões crônicas da laringe pela intubação traqueal. J Pneumol 27(2) – mar-abr de 2001. Disponível em : <http://old.scielo.br/pdf/jpneu/v27n2/9235.pdf>

RUOCCO, J. R. et al. Estenose laríngea adquirida: Estudo em adultos.Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.V.61 Ed. 4. Jul- Ago 1995. Disponível em : <http://oldfiles.bjorl.org/conteudo/acervo/acervo.asp?id=2083>

AVELAR, L. M. G. Et al. Estenose traqueal – complicação tardia após intubação e traqueostomia. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(4 Supl 6): S1-S143. Disponível em : file:///D:/SW_Users/PJES/Downloads/v21n4s6a36.pdf

CHAGAS FILHO, A.A. et al. Estenose de Traquéia após Intubação Prolongada. Revista Brasileira Terapia Intensiva, Volume 17 - Número 1 - Janeiro/Março 2005. Disponível em : <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/7541/material/ARTIGO%20ESTENOSE%20DE%20TRAQU%C3%89IA.pdf>

BITAR, M. A. et al. Airway reconstruction: review of an approach to the advanced-stage laryngotracheal stenosis. Braz J Otorhinolaryngol. 2017;83(3):299---312. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/DMnyDDXDTG5w5CW5w7TqN3r/?format=pdf&lang=pt>

SILVA, M. I. et al. Estenose laríngetraqueal adquirida - Um desafio em ORL. REVISTA PORTUGUESA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL, VOL 50 . N°1 . MARÇO 2012.

PINTO, J. A. et al. Bilateral vocal fold immobility: diagnosis and treatment. Braz J Otorhinolaryngol. 2011;77(5):594-9. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/>



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

GXt4mTX3VWZhXRTfLCpznzx/?format=pdf&lang=pt