

**NOTA TÉCNICA 8798****IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO**

**CÂMARA/VARA:** Juizado especial

**COMARCA:** Porteirinha

**I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:**

**IDADE:** 38 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Cirurgia de linfonodo reacional, tipo folicular - tumor inguinal benigno

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** Portadora de Linfedema – CID 189

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:**

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG- 24537

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2025.0008798

**II – PERGUNTAS DO JUÍZO**

Portadora de Linfedema – CID 189 e necessita de um “transplante de linfonodos do omento maior

R O procedimento está bem indicado no caso em tela

**III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:****REVISÃO DE LITERATURA (DADOS COPILADOS)**

O termo "transplante de linfonodos autólogos para tratar linfedema" refere-se à técnica cirúrgica conhecida como transferência de linfonodos vascularizados (VLNT), na qual linfonodos do próprio paciente são transferidos de um local saudável para a região afetada pelo linfedema, com anastomose microvascular para restaurar a drenagem linfática fisiológica. [1-8]

A VLNT é indicada principalmente para pacientes com linfedema refratário ao tratamento conservador, tanto primário quanto secundário (por exemplo, após cirurgia oncológica). Os linfonodos doadores são geralmente retirados de regiões como a virilha, axila, submentoniana, mesentérica ou omento, e transferidos para o membro acometido. Estudos clínicos demonstram redução significativa do volume do membro, melhora da qualidade de vida, diminuição de episódios de celulite e evidências histológicas de neolinfangiogênese após o procedimento. [1] [4-9]

A escolha do sítio doador e receptor deve considerar o risco de linfedema secundário no local doador, sendo o mesentério jejunal uma alternativa para minimizar esse risco. [7] Não há consenso universal sobre o melhor local de implantação, mas resultados positivos são observados tanto em implantes proximais quanto distais. [8] [10]

A VLNT é considerada segura, com baixa taxa de complicações e sem relatos de perda total do enxerto nos estudos citados. O procedimento não é primeira linha; o tratamento conservador (drenagem linfática manual, compressão, cuidados com a pele) permanece fundamental, sendo a VLNT reservada para casos avançados ou refratários. [1][3][5]

Em resumo, o transplante autólogo de linfonodos (VLNT) é uma opção cirúrgica eficaz e segura para o tratamento do linfedema avançado, com evidências robustas de benefício clínico e funcional. [1] [4-8]

### Long-Term Outcomes of VLNT for Lymphedema

A transferência autóloga de linfonodos vascularizados (VLNT) apresenta resultados duradouros e clinicamente relevantes no tratamento do linfedema, com seguimento de 1 a 4 anos. Os principais desfechos incluem redução sustentada do volume do membro (20–47%), melhora significativa na qualidade de vida (redução de 28–61% em escores de impacto), diminuição acentuada dos episódios de celulite (redução de 93–98%), e descontinuação do uso de malhas compressivas em até 34% dos casos.[1-

5] A maioria dos pacientes mantém esses benefícios ao longo do tempo, com melhora progressiva dos sintomas e função do membro.

A taxa de recorrência do linfedema após VLNT é baixa, especialmente em estágios moderados (ISL II), mas em casos avançados (ISL III) pode haver necessidade de procedimentos excisionais adicionais (21,7% dos pacientes em um estudo de 32 meses de seguimento) para controle volumétrico.[5] A sobrevida dos retalhos é superior a 99%, e as complicações são geralmente transitórias e de baixa gravidade.[3-5]

### Comparison of Donor Sites

Os principais sítios doadores avaliados incluem omento, mesentério jejunal, região inguinal, supraclavicular, lateral torácica e gastroepiploico. Omento e mesentério jejunal destacam-se por risco mínimo de linfedema no sítio doador, sendo preferidos em pacientes com maior risco de complicações. [1][6] O retalho lateral torácico apresenta maior taxa de complicações (até 27,5%), enquanto inguinal e supraclavicular têm taxas menores (10,3% e 5,6%, respectivamente).[7-8]

Em termos de eficácia, retalhos gastroepiploicos implantados no punho mostraram maior redução de circunferência e episódios de celulite em meta-análise, sugerindo superioridade em alguns cenários de linfedema de membro superior.[9] No entanto, resultados globais de redução volumétrica e melhora funcional são semelhantes entre os diferentes tipos de retalhos, permitindo individualização conforme anatomia e preferência técnica.[2][5-7]

### Comparison of Recipient Sites

A escolha entre sítio receptor proximal (axila/coxa), distal (punho/tornozelo) ou duplo não demonstra diferenças estatisticamente significativas em redução de volume, satisfação do paciente ou descontinuação de compressão.[7][10] Estratégias de implante distal e duplo podem apresentar resultados numericamente superiores, mas sem significância estatística

robusta.[10-11] A seleção do sítio receptor deve considerar fatores técnicos, disponibilidade vascular e preferência do paciente, já que a eficácia é comparável.[10-11]

#### Adjuncts and Timing

A realização de liberação de cicatriz associada ao VLNT aumenta significativamente a satisfação do paciente e pode potencializar a redução volumétrica e a descontinuação de compressão.[10] Intervenções precoces (<5 anos do diagnóstico) estão associadas a melhores resultados funcionais e volumétricos.[10] A combinação de VLNT com linfovenous bypass (LVB) e terapia descongestiva complexa (CDT) potencializa os resultados, especialmente em casos avançados.[4][12]

#### Limitations and Gaps

Apesar dos resultados promissores, há necessidade de estudos prospectivos, comparativos e de longo prazo, especialmente para linfedema de membro inferior e doença avançada, para consolidar a escolha ideal de sítio doador/receptor e estratégias combinadas. [5][9] A heterogeneidade dos métodos e desfechos dificulta a padronização universal.

Em resumo, VLNT proporciona benefícios duradouros e baixa taxa de recorrência do linfedema, independentemente do sítio doador ou receptor, com perfil de segurança favorável e possibilidade de individualização técnica conforme características do paciente e do linfedema.

#### **IV – CONCLUSÕES:**

- ✓ O procedimento está bem indicado para a doença informada
- ✓ O transplante autólogo de linfonodos (VLNT) é considerada segura, com baixa taxa de complicações e sem relatos de perda total do enxerto

- ✓ O transplante autólogo de linfonodos (VLNT) é uma opção cirúrgica eficaz e segura para o tratamento do linfedema avançado, com evidências robustas de benefício clínico e funcional
- ✓ O procedimento não está disponível no SUS

## **V – REFERÊNCIAS:**

Outcomes of Vascularized Lymph Node Transplantation for Treatment of Lymphedema.

Schaverien MV, Asaad M, Selber JC, et al.

Journal of the American College of Surgeons. 2021;232(6):982-994. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2021.03.002.

Vascularized Lymph Node Transfer: A Primer for the Radiologist.

Hassani C, Tran K, Palmer SL, Patel KM.

Radiographics : A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc. 2020 Jul-Aug;40(4):1073-1089. doi:10.1148/rg.2020190118.

Surgical Treatment of Lymphedema.

Schaverien MV, Coroneos CJ.

Plastic and Reconstructive Surgery. 2019;144(3):738-758. doi:10.1097/PRS.0000000000005993.

Lymph Node Transfer and Neolymphangiogenesis: From Theory to Evidence.

Maruccia M, Giudice G, Ciudad P, et al.

Plastic and Reconstructive Surgery. 2023;152(5):904e-912e. doi:10.1097/PRS.0000000000010434.

Comprehensive Review of Vascularized Lymph Node Transfers for Lymphedema: Outcomes and Complications.

Scaglioni MF, Arvanitakis M, Chen YC, et al.

Microsurgery. 2018;38(2):222-229. doi:10.1002/micr.30079.

Double Autologous Lymph Node Transplantation (ALNT) at the Level of the Knee and Inguinal Region for Advanced Lymphoedema of the Lower Limb (Elephantiasis).

Gómez Martín C, Murillo C, Maldonado AA, Cristóbal L, Fernández-Cañamaque JL.

Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery : JPRAS. 2014;67(2):267-70. doi:10.1016/j.bjps.2013.09.016.

Jejunal Mesenteric Vascularized Lymph Node Transplantation for Lymphedema: Outcomes and Technical Modifications.

Schaverien MV, Hofstetter WL, Hall MS, Chen DN, Selber JC.

Plastic and Reconstructive Surgery. 2022;149(4):700e-710e. doi:10.1097/PRS.00000000000008960.

Outcomes and Technical Modifications of Vascularized Lymph Node Transplantation From the Lateral Thoracic Region for Treatment of Lymphedema.

Coroneos CJ, Asaad M, Wong FC, et al.

Journal of Surgical Oncology. 2022;125(4):603-614. doi:10.1002/jso.26783.

Clinical and Psychosocial Outcomes of Vascularized Lymph Node Transfer for the Treatment of Upper Extremity Lymphedema After Breast Cancer Therapy.

Gratzon A, Schultz J, Secrest K, et al.

Annals of Surgical Oncology. 2017;24(6):1475-1481. doi:10.1245/s10434-016-5614-4.

Retrograde Manual Lymphatic Drainage Following Vascularized Lymph Node Transfer to Distal Recipient Sites for Extremity Lymphedema: A Retrospective Study and Literature Review.

Roka-Palkovits J, Lin MC, Tzou CJ, Tinhofer I, Cheng MH.

Plastic and Reconstructive Surgery. 2021;148(3):425e-436e.  
doi:10.1097/PRS.00000000000008252.

**VI – DATA:** 19/11//2025

NATJUS TJMG