

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Vespasiano

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0004592

IDADE: 52 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G54, I74.2

PEDIDO DA AÇÃO: Tratamento cirúrgico eletivo de complicações crônicas (neural e arterial) da Síndrome do Desfiladeiro Torácico

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Como opção de nova intervenção cirúrgica eletiva

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

A pergunta é se segue tentando a realização em outro hospital, revoga a tutela ou determina que o médico particular apresente outro relatório tendo em vista a recusa do hospital pela situação de saúde da paciente.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

“A Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT) é causada pela compressão do plexo braquial, artéria subclávia e veia subclávia na região do desfiladeiro torácico. Estas estruturas podem ser comprimidas entre a clavícula e a primeira costela ou por um número de variações anatômicas. A compressão neurológica é a forma mais comum da síndrome do desfiladeiro torácico. Complicações vasculares ocorrem com pouca frequência. Complicações arteriais geralmente resultam da compressão da artéria subclávia por costela cervical completa. As complicações venosas estão muitas vezes relacionadas à compressão muscular da veia subclávia. A forma neurogênica, anteriormente descrita, é a mais comum, constituindo mais de 95% dos casos. Já a forma venosa representa 2% a 3% e, a arterial, cerca de 1% dos casos. Fatores de risco incluem biótipo e variações individuais, como genética, idade e sexo.”(2)

A síndrome do desfiladeiro torácico é um conjunto de distúrbios que

afetam o feixe neuro vascular subclávio axilar à medida que ele sai da caixa torácica. Muitos sintomas são decorrentes da compressão / comprometimento isolado ou combinado da estrutura neural, venosa, e arterial. O comprometimento da estrutura neurológica é o mais comum, enquanto o arterial, que é relativamente raro, é o mais importante de reconhecer devido ao risco de complicação isquêmica. O tratamento inicial é geralmente conservador, e direcionado de acordo com a etiologia e a presença ou não de complicações.

Considerando os elementos técnicos apresentados, trata-se de paciente com diagnóstico de síndrome do desfiladeiro cervicotorácico bilateral, com comprometimento de estrutura neural e arterial. Há histórico de trombose arterial em membro superior direito há longa data, sendo a paciente submetida a abordagens terapêuticas cirúrgicas.

Consta em relatório de evolução datado de 13/04/2021 que a paciente evoluiu com recidiva dos sintomas em 2017, com piora progressiva, e sinais de isquemia com esforço. No momento, apesar das medidas conservadoras e cirúrgicas instituídas, apresenta paraparesia bilateral em membros superiores, e queixa álgica com limitação funcional.

Há registro de histórico que a paciente foi submetida à cirurgia de costela acessória bilateral, submetida a angioplastia da artéria subclávia direita em 1996 e depois em 2013, com embolectomia e angioplastia com stent da artéria subclávia direita, após oclusão aguda cronicada, acompanhada da ressecção parcial bilateral da primeira costela.

Conforme a documentação apresentada, a paciente vem passando por avaliação de diversos médicos, especialistas e não especialistas, os quais emitiram pareceres / condutas terapêuticas não coincidentes.

O exame de angiorressonância realizado durante a nova avaliação, evidenciou dois pontos de oclusão: artéria subclávia direita em sua origem, e artéria braquial, ambas com enchimento distal proveniente das colaterais. Apesar do comprometimento arterial existente, com ausência de pulso em membro superior direito, as pressões encontradas no exame de doppler

evidenciam a viabilidade do membro superior direito.

Muitas vezes, em casos de morbidades crônicas, o paciente cria expectativa de cura com determinada terapia, no entanto, existem os limites dos recursos terapêuticos para alguns casos. Ainda que o médico fruste a expectativa do paciente, é papel do profissional, direcionar-se pelo Princípio Ético da beneficência e não maleficência.

Importante destacar que o que se discute no caso concreto, não é morosidade e nem negativa de acesso às cirurgias eletivas propostas / requeridas (neurocirurgia e angioplastia). O que se discute, é que o risco da realização de nova abordagem cirúrgica, para o problema da paciente, carrega muito maior risco de malefício do que de benefício, com risco de evolução de isquemia limítrofe para crítica, ameaçando a viabilidade do membro, e podendo ocasionar à necessidade de amputação parcial ou total do membro acometido.

Os procedimentos cirúrgicos estão disponíveis na rede pública. A paciente passou por avaliação especializada multidisciplinar em rede de atenção secundária do SUS, e a conclusão foi que a realização de nova intervenção cirúrgica está contra indicada, porque os riscos inerentes ao procedimento são superiores ao suposto benefício pretendido. Ou seja, mesmo agindo da forma ***mais diligente possível***, o risco de complicações isquêmicas adicionais e de ***não se obter êxito satisfatório com a nova intervenção cirúrgica, é maior***.

Considerando os elementos técnicos apresentados, esse NATJUS, é favorável a conduta conservadora proposta pelos profissionais especializados da rede pública (Santa Casa) e da rede suplementar de saúde (hospital Madre Tereza), reafirmando a contra indicação da cirurgia cardiovascular para a realização de nova intervenção cirúrgica para o caso concreto.

A paciente deve manter tratamento ambulatorial multidisciplinar com profissionais da fisioterapia, terapia ocupacional e outros, alternativas terapêuticas conservadoras essas disponíveis no SUS.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Tratamento cirúrgico da forma arterial da síndrome do desfiladeiro torácico associado à costela cervical. Silva Filho et al. Jornal Vascular Brasileiro. 2021;20:e20200106. https://doi.org/10.1590/1677-5449.200106_PT
<https://www.scielo.br/j/jvb/a/DxZX8b8SHwST6gLqyf8CczD/?lang=pt&format=pdf>
- 2) Lesões arteriais na síndrome do desfiladeiro torácico. Journal of Vascular Surgery. Volume 21, Edição 1.P57-70. Janeiro de 1995.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0741-5214\(95\)70244-X](https://doi.org/10.1016/S0741-5214(95)70244-X).
- 3) Síndrome do desfiladeiro torácico: uma revisão narrativa. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões 46(5):e20192243. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192243>
<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/wgzsx6qzz5gYCVBxc7LRYKL/?lang=pt&format=pdf>
- 4) Síndrome do Desfiladeiro Torácico. Best Practice.
<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/592>
- 5) Síndrome do Desfiladeiro Torácico: Uma Revisão Integrativa. Rev. Uningá, Maringá, v. 56, n. S4, p. 116-133, abr./jun. 2019.
- 6) Tratamento cirúrgico da síndrome do desfiladeiro cervicotorácico. Paulo Randal Pires, Ronaldo Percopi de Andrade, José Alexandre Reale Pereira. Rev. Bras. Ortop _ Vol. 32, Nº 3 – Março, 1997.
https://cdn.publisher.gn1.link/rbo.org.br/pdf/32-3/1997_mar_15.pdf

V – DATA:

27/10/2023

NATJUS – TJMG