

NOTA TÉCNICA 11049

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara Única

COMARCA: Itanhandu/MG

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0011049

IDADE: 70 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): -

PEDIDO DA AÇÃO: Tratamento endovascular de aneurisma tóraco-abdominal.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Acesso tempestivo pelo SUS a tratamento eletivo endovascular de aneurisma tóraco-abdominal com o uso de endoprótese ramificada Castor e endoprótese torácica Talos.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

“Eficácia do tratamento endovascular de aneurisma tóraco abdominal com implante de endoprótese ramificada castor.”

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente de 70 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e tabagismo ativo, com antecedente de aneurisma de aorta abdominal previamente tratado por via endovascular com implante de endoprótese bifurcada em maio de 2021 que evoluiu atualmente com quadro de dor torácica com irradiação para dorso, sendo diagnosticada com aneurisma de aorta tóraco-abdominal sintomático. A angiotomografia de aorta evidencia aneurisma extenso envolvendo a aorta torácica descendente (aneurisma tóraco-abdominal), com anatomia desfavorável ao tratamento convencional, destacando-se a ausência de colo proximal adequado antes da artéria subclávia esquerda. O médico assistente então indica o uso de endoprótese ramificada Castor e endoprótese torácica Talos, uma vez que não há zona segura de ancoragem sem comprometimento de ramos supra-aórticos. Os objetivos da estratégia terapêutica são a preservação da subclávia esquerda, a redução do risco de AVC, prevenção de

isquemia medular e manutenção da perfusão do membro superior. As Secretarias Municipal e Estadual de Saúde procederam em agosto de 2026 à busca de vaga para o agendamento da cirurgia de correção endovascular de aneurisma/dissecção da aorta torácica com endoprótese reta ou cônica.

A doença da aorta toracoabdominal é uma condição rara, porém potencialmente fatal, que exige manejo multidisciplinar especializado. A intervenção é indicada em pacientes com aneurismas sintomáticos ou quando um aneurisma atinge um determinado limiar de diâmetro ou taxa de expansão. As estratégias para proteção da medula espinhal e dos órgãos-alvo evoluíram ao longo de várias décadas, resultando em melhores resultados após o reparo. O reparo cirúrgico aberto, embora invasivo, proporciona um reparo definitivo e duradouro. As abordagens endovasculares estão em rápida evolução, e os resultados com endopróteses fenestradas e ramificadas são promissores. Tanto o reparo cirúrgico aberto quanto o endovascular exigem expertise altamente especializada, e os melhores resultados são obtidos quando o reparo é realizado eletivamente por uma equipe dedicada. Pacientes com aneurismas degenerativos da aorta toracoabdominal e dissecções crônicas devem ser acompanhados de perto e encaminhados para reparo eletivo quando indicado. O tratamento de aneurismas da aorta toracoabdominal (AATA) evoluiu consideravelmente nas últimas décadas. Apesar dos formidáveis desafios associados ao extenso reparo da aorta distal, os resultados precoces e tardios após essas intervenções são excelentes em centros especializados.

Todos os aneurismas da aorta sintomáticos, independentemente do tamanho ou extensão anatômica, devem ser reparados. Os sintomas geralmente se manifestam como dor interescapular ou torácica com irradiação para as costas ou como dor abdominal. Sintomas compressivos menos comuns também podem ocorrer, como disfagia (esôfago), sibilos e tosse (vias aéreas) e rouquidão (nervo laríngeo recorrente). Sintomas erosivos avançados, como hemoptise ou sangramento gastrointestinal decorrente de fístula aortoentérica, devem ser tratados com urgência.

1

Não há ensaios clínicos randomizados comparando cirurgia aberta e

tratamento endovascular para aneurisma tóraco-abdominal, e as evidências disponíveis são observacionais, com viés de seleção (pacientes tratados por via endovascular costumam ser mais graves e com mais comorbidades). Mesmo assim, o conjunto de dados sustenta que, na anatomia desfavorável como a descrita no caso do presente auto (colo proximal inadequado antes da subclávia esquerda, exigindo ramo para TBC e AVD), o tratamento endovascular é a opção tecnicamente viável e clinicamente justificada, enquanto a cirurgia aberta carrega risco proibitivo nesse cenário.

O reparo endovascular da aorta torácica é a técnica de tratamento de doenças da aorta torácica (aneurismas, dissecções tipo B, úlceras penetrantes, hematomas intramurais, transecções traumáticas) por meio do implante de uma endoprótese via acesso percutâneo ou cirúrgico, geralmente pelas artérias femorais, sem necessidade de toracotomia ou clampeamento aórtico.

A endoprótese é posicionada sob guia fluoroscópico ao longo da aorta torácica doente, ancorando-se em segmentos de aorta saudável (zonas de vedamento proximal e distal) para excluir a lesão do fluxo sanguíneo, de forma análoga ao EVAR (reparo endovascular) usado na aorta abdominal. A nomenclatura de Ishimaru divide o arco aórtico em zonas (0 a 5) para planejamento da extensão de cobertura proximal — por exemplo, zona 2 corresponde ao segmento logo distal à artéria carótida comum esquerda, frequentemente exigindo cobertura ou revascularização da artéria subclávia esquerda quando não há colo proximal adequado.

A estratégia endovascular combinada (endoprótese ramificada Castor para a subclávia esquerda associada à endoprótese torácica Talos para vedamento distal) é anatomicamente razoável e apoiada por evidência observacional, mas não há ensaios clínicos randomizados comparando-a diretamente ao tratamento aberto neste cenário de aneurisma tóraco-abdominal extenso com colo proximal inadequado antes da subclávia esquerda.

Para aneurismas tóraco-abdominais extensos como o descrito, uma revisão sistemática envolvendo 64 estudos e metanálises publicadas em 2024 mostram que o reparo endovascular fenestrado/ramificado (como o Castor)

tem mortalidade em 30 dias semelhante à cirurgia aberta (7% vs 9%), menor taxa de lesão renal e de isquemia medular permanente, porém maior taxa de reintervenção (19% vs 6%).²

Estudos de coorte comparativa confirmam menor incidência de eventos adversos maiores precoces e menor mortalidade precoce com reparo endovascular fenestrado/ramificado, sem diferença de sobrevida tardia ajustada, quando comparados à cirurgia aberta.^{3,4}

Dados do *Aortic Research Consortium* citados pelo NEJM mostram mortalidade em 30 dias de 1,1% com reparo endovascular fenestrado/ramificado *versus* 7-16% historicamente relatado para cirurgia aberta de aneurismas tóraco-abdominais complexos.⁵

Em pacientes de 70 anos com múltiplas comorbidades (HAS, diabetes, tabagismo ativo) e anatomia desfavorável para colo proximal convencional, essa evidência favorece a abordagem endovascular combinada (Castor + Talos) como alternativa de menor morbimortalidade perioperatória em relação à cirurgia aberta, com a ressalva de que há maior necessidade de reintervenção e seguimento com angiotomografia seriada, já que a durabilidade de longo prazo desses dispositivos ramificados ainda está em consolidação.

O Estado de Minas Gerais conta com as unidades habilitadas no SUS para atenção cirúrgica e suas referências para as ações em cirurgia endovascular do aparelho circulatório de média e alta complexidade por Região de Saúde no Estado de Minas Gerais. O ingresso dos usuários nas unidades que ofertam os serviços do SUS, ocorre por meio do sistema de regulação, conforme previsto na Política Nacional de Regulação que organiza o serviço em três dimensões (Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência) para qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde.

A competência administrativa para a oferta de cirurgia endovascular do aparelho circulatório de média e alta complexidade é, portanto, comum e solidária entre a União, Estados e Municípios, cabendo aos Municípios a

atribuição de ser a porta de entrada e dar os devidos encaminhamentos do paciente no Sistema de saúde público, cabendo ao Estado e União o financiamento.

Até o momento, a condição de saúde descrita para a paciente (aneurisma tóraco-abdominal extenso sintomático), não caracteriza situação de urgência médica, conforme definição em resolução do Conselho Federal de Medicina ⁶. Porém, o quadro clínico pode alterar e sim vir a configurar uma urgência ou emergência, e o retardo no tratamento pode expor a paciente a riscos críticos e potencialmente fatais, como ruptura aneurismática, choque hemorrágico, dissecação da aorta e isquemia de órgãos vitais.

IV – CONCLUSÃO

Considerando o caso concreto do presente auto, trata-se de paciente de 70 anos, com diagnóstico aneurisma tóraco-abdominal extenso com colo proximal inadequado antes da subclávia esquerda, com indicação de tratamento cirúrgico endovascular eletivo com o uso de endoprótese ramificada Castor para a subclávia esquerda associada à endoprótese torácica Talos para vedamento distal;

Considerando que há evidências científicas que suportem que, quando conduzido por cirurgiões experientes, o tratamento endovascular é a opção tecnicamente viável e clinicamente justificada, enquanto a cirurgia aberta carrega risco proibitivo nesse cenário;

Considerando que no SUS está prevista a oferta do procedimento cirúrgico endovascular, porém sem contemplar as endopróteses indicadas;

Este NATJUS considera a presente demanda como **justificada**.

V – REFERÊNCIAS:

- 1) Ouzounian M, Tadros RO, Svensson LG, Lyden SP, Oderich GS, Coselli JS. **Thoracoabdominal Aortic Disease and Repair: JACC Focus Seminar, Part 3.** J Am Coll Cardiol. 2022 Aug 23;80(8):845-856. doi:

10.1016/j.jacc.2021.05.056. PMID: 35981828.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35981828/>

2) Vigezzi GP, Barbati C, Blandi L, Guddemi A, Melloni A, Salvati S, Bertoglio L, Odone A; HTA PRO-ENDO commission investigators. **Efficacy and Safety of Endovascular Fenestrated and Branched Grafts Versus Open Surgery in Thoracoabdominal Aortic Aneurysm Repair: An Updated Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression.** Ann Surg. 2024 Jun 1;279(6):961-972. doi: 10.1097/SLA.0000000000006190. Epub 2024 Jan 12.

PMID: 38214159. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38214159/>

3) Huang Y, Colglazier J, Pochettino A, Kalra M, Bower TC, Greason KL, Mendes BC, Tenorio ER, Gloviczki P, Harmsen WS, Oderich GS. **Treatment Trends and Outcomes of Endovascular versus Open Thoracoabdominal Aortic Aneurysm Repair - A Single-center Comparative Cohort Study.** Ann Surg. 2025 Jul 25. doi: 10.1097/SLA.0000000000006848. Epub ahead of print. PMID: 40720611.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40720611/>

4) Arnaoutakis DJ, Scali ST, Beck AW, Kubilis P, Huber TS, Martin AJ, Laquian L, Back M, Giles KA, Fatima J, Beaver TM, Upchurch GR Jr. **Comparative outcomes of open, hybrid, and fenestrated branched endovascular repair of extent II and III thoracoabdominal aortic aneurysms.** J Vasc Surg. 2020 May;71(5):1503-1514. doi: 10.1016/j.jvs.2019.08.236. Epub 2019 Nov 11. PMID: 31727462.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31727462/>

5) Andres Schanzer, M.D., and Gustavo S. Oderich, M.D. **Management of Abdominal Aortic Aneurysms.** N Engl J Med 2021;385:1690-1698. VOL. 385 NO. 18. Published October 27, 2021. DOI: 10.1056/NEJMcp2108504.

<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp2108504>

6) Resolução CFM Nº 1.451/1995.

VI – DATA:

08/10/2026

NATJUS – TJMG