



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juíza de Direito Dra. Sílvia Paiva de S. Ramos Musse

PROCESSO Nº.: 00193481520188130558

SECRETARIA: Vara Única

COMARCA: Rio Pomba

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: J. O. G.

IDADE: 32 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento Cirurgia de paratireoidectomia com toracotomia

DOENÇA(S) INFORMADA(S): E 21, E 25.0 e N 18.0

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Como opção terapêutica do hiperparatireoidismo secundário em razão de ser portadora de IRC terminal em programa de hemodiálise há 4 anos, evoluindo com hiperparatireoidismo e osteodistrofia renal com lesões osteolíticas na coluna lombar gerando incapacidade física

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 10.382 e 67.934

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2019.0001360

II – PERGUNTAS DO JUÍZO: Por ordem da MM. Juíza de Direito, gostaríamos de saber se o procedimento cirúrgico paratireoidectomia com toracotomia é indicado para tratamento da saúde do autor, o qual é portador de doença renal crônica dialítica (CID- N18.0), evoluindo com hiperparatireoidismo secundário (grave) (CID- E21) e Osteodistrofia Renal (CID - N25.0), assim como se é realizado pelo SUS e, em caso positivo, se, atualmente, há fila de espera. Caso o procedimento não seja inserido no



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

âmbito do SUS, se é possível informar quais unidades de saúde localizadas próxima a Comarca de Rio Pomba ou Belo Horizonte realizam tal cirurgia e o custo médio praticado pela rede particular.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos datados de 09/07/2018 e 20/07/2018, trata-se de JOG de 32 anos, com diagnóstico de **insuficiência renal crônica**, em programa de **hemodiálise** há vários anos, em controle clínico com nefrologista. Coursou apresentando **hiperparatireoidismo secundário e osteodistrofia renal** e comprometimento importante ósseo **com deformidade, causando dificuldade de locomoção, dor óssea, fraturas espontâneas, calcificações vasculares e dificuldade respiratória**. Já fez uso de controle de cálcio, fósforo com análogos da vitamina D, quelantes de fósforo e Cinacalcet sem controle clínico satisfatório. Entretanto sua situação clínica ainda é capaz de **beneficiar-se enormemente da cirurgia de paratireoidectomia**, com melhoria da qualidade de vida, da sobrevida e recuperação dos parâmetros clínicos, **sendo essa a alternativa restante de seu tratamento**.

A doença renal crônica(DRC) afeta 5-10% da população mundial e sua incidência no Brasil têm aumentado, devido ao número crescente de pacientes diagnosticados e ao aumento da longevidade da população dada a melhora das terapias dialíticas. **É comum estar acompanhada de comorbidades muitas vezes mais graves que a própria doença renal**. Dentre elas, destacam-se diabetes mellitus, hipertensão arterial e aquelas relacionadas aos distúrbios do metabolismo mineral, que **levam à doença óssea** e cardiovascular, essa última responsável pela alta taxa de mortalidade observada nos pacientes com DRC.

As alterações/distúrbios do metabolismo ósseo mineral ocorrem



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

de modo progressivo a medida que a DRC se avança. Alterações dos níveis séricos de cálcio(Ca), fósforo(P), hormônios reguladores, hormônio da paratireoide(PTH), 1,25-hidroxivitamina D(calcitriol) e fator de crescimento de fibroblastos-23(FGF-23) são observados. As alterações são mais pronunciadas a partir do estágio 3 da DRC quando é marcante a diminuição da eliminação renal do P com consequente hiperfosfatemia, diminuição da produção do calcitriol pelo rim resultando em hipocalcemia e hiperparatireoidismo secundário(HPTS).

O HPTS, se manifesta através da elevação dos níveis de PTH, decorrente da hipocalcemia que estimula as glândulas paratireoides. Com a persistência do estímulo metabólico responsável pelo quadro do HPTS, em 5% a 8% dos pacientes as glândulas paratireoides adquirem autonomia funcional, mantendo a hipersecreção hormonal mesmo resolvido o estímulo inicial da glândula. A estimulação prolongada das paratireoides leva à hiperplasia difusa com perda da resposta aos mecanismos de regulação. O crescimento glandular costuma ser assimétrico e assincrônico, podendo haver glândulas de tamanho quase normal, porém hiperativas gerando hiperplasia das mesmas.

O HPTS pode se manifestar clinicamente de diversas formas, por sinais e sintomas resultantes especialmente do acometimento do sistema musculoesquelético. A doença se instala precocemente e vai se agravando a medida que o tratamento dialítico progride. Comumente os pacientes queixam de dores ósseas e articulares, mialgia e fraqueza muscular. Fraturas, prurido, tumor marrom, deformidades ósseas, calcificações de partes moles e ruptura de tendões estão presentes especialmente na DRC de longa duração. A calcifilaxia é rara, mas de extrema gravidade. A doença óssea em pacientes dialíticos, determina



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

incidência de fraturas 4,4 vezes maior que a população em geral. Além disso, pacientes com DRC e fratura de quadril apresentam maior mortalidade do que aqueles com DRC sem fratura. **Outra complicação importante é a doença cardiovascular**, que se manifesta pela presença de calcificações extraesqueléticas, incluindo vasos, valvas cardíacas e miocárdio, que contribui para a alta taxa de mortalidade na DRC.

Inicialmente, **o tratamento do HPTS é clínico e baseado na diminuição dos fatores que estimulam a hiperprodução do PTH, com o objetivo de manter o Ca e P séricos normais, evitando a exposição ao alumínio**. Esse tratamento **deve ser instalado precocemente** no paciente que evolui com declínio da função renal, visando diminuir a necessidade da **paratireoidectomia (PTx) que pode ser necessária quando não há mais resposta ao mesmo**. O tratamento fornecido pelo **SUS através de protocolo do Ministério da Saúde tem como base o uso de drogas quelantes de fósforo, a reposição de cálcio e de vitamina D e a cirurgia**. De modo geral, depois de certo tempo de diálise, muitos pacientes renais apresentarão a doença com intensidade variável e sendo **difícil estabelecer o momento em que o tratamento clínico deve ser considerado ineficaz e a PTX indicada**. **A necessidade cirúrgica aumenta com o tempo de diálise** sendo indicada para 1% a 30% dos pacientes com até 10 anos de hemodiálise; em cerca de 36% a 40% dos pacientes com mais de 10 anos de tratamento dialítico e entre 0,6% a 32% dos casos de transplantados renais. Fica claro que apesar dos avanços, **a falência terapêutica ocorre em aproximadamente 5% dos casos de HPTS e a alternativa cirúrgica é recomendada não devendo ser postergadas pela insistência no tratamento clínico**. Segundo a **Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), no Brasil 44% dos pacientes**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

dialíticos apresentam HPTS, dos quais, em torno de 10% estão em fila de espera para a cirurgia.

As indicações de PTX conforme a SBN são: nível sérico de PTH persistentemente acima de 800 pg/mL, hipercalcemia e/ou hiperfosfatemia refratárias ao tratamento clínico, presença de glândulas maiores que 1,0 cm³ ao ultrassom, calcificações extraósseas ou arteriopatologia urêmica calcificante e doença óssea avançada, progressiva e debilitante que não responde ao tratamento clínico. A PTX também é indicada na persistência do HPTS um ano após transplante renal bem-sucedido, associado com hipercalcemia persistente. A PTX pode ser total, subtotal e total seguida de autoimplante de tecido paratireóideo. A finalidade da cirurgia é reduzir a massa de tecido glandular hiperfuncionante e, conseqüentemente, os elevados níveis de PTH para estabelecer um equilíbrio melhor no metabolismo do cálcio. É considerada como tratamento efetivo, seguro, capaz de reduzir significativamente os níveis de fósforo em portadores de HPTS refratário.

Conclusão: considerando o quadro apresentado pelo paciente de IRC dialítica há anos, evoluindo com osteodistrofia renal devido a HPTS. Apresentando deformidade óssea, causando dificuldade de locomoção e respiração, dor óssea, fraturas espontâneas, calcificações vasculares. Já fez uso de controle de cálcio, fósforo com análogos da vitamina D, quelantes de fósforo e cinacalcet sem controle clínico satisfatório. Necessita de PTX, que trará grandes benefícios ao paciente.

Este tratamento é padronizado pelo SUS sendo efetivo para diminuir os efeitos causados pela excessiva produção de PTH sobre o



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

organismo e deve ser indicada, conceitualmente, quando pode oferecer mais benefícios, isto é, antes que a doença óssea se instale de forma mais agressiva causando fraturas e deformidades graves do esqueleto; contudo o controle clínico rigoroso deve prosseguir após a cirurgia, sob pena de recidiva.

Deve ser realizado por serviço especializado e conforme a SBN, **no Brasil 44% dos pacientes dialíticos apresentam HPTS, dos quais, em torno de 10% estão em fila de espera para a cirurgia.**

IV – REFERÊNCIAS:

- 1- Barreto FC. Paratireoidectomia na doença renal crônica: é hora de mudar? **J Bras Nefrol.** 2016;38(2):145-146 Disponível em: www.scielo.br/pdf/jbn/v38n2/0101-2800-jbn-38-02-0145.pdf.
- 2- Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para tratamento do hiperparatireoidismo secundário em pacientes com doença renal crônica. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: formsus.datasus.gov.br/novo_imgarq/21113/3388259_109700.pdf.
- 3- Magnabosco FF, Tavares MR, Montenegro FLM. Tratamento cirúrgico do hiperparatireoidismo secundário: revisão sistematizada da literatura. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2014;58:562-71. Disponível em: www.aem-sbem.com/media/uploads/18_ABEM585_miolo.pdf.
- 4- Ministério da Saúde. Secretária de Ciências e Tecnologias. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteodistrofia Renal. Disponível em: bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/sas/2010/prt0069_11_02_2010.html.
- 5- Custódio MR, Canziani MEF, Moyses RMA, Barreto FC, Neves CL, Oliveira RB et al. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Tratamento do Hiperparatireoidismo Secundário em Pacientes com Doença Renal Crônica. **J Bras Nefrol** 2013;35(4):308-22. Disponível em:



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

www.scielo.br/pdf/jbn/v35n4/v35_n4a11.pdf.

5- Lacativa PGS, Filho PJ MP, Gonçalves MDC, Farias MLF. Indicações de paratireoidectomia no hiperparatireoidismo secundário à insuficiência renal crônica. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2003;47(6): 644-53. Disponível em:

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-2730200300060000

5.

6- Distúrbio mineral e ósseo na doença renal crônica – FormSus. Disponível em: formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/21112/3386888_109700.pdf.

V – DATA:

24/09/2019

NATJUS - TJMG