



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. Maria Isabela Freire Cardoso

PROCESSO Nº.: 0433180281266

SECRETARIA: UJ-2ºJD

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: M. H. I. N..

IDADE: 65 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento Complementar Endoscopia Digestiva Alta

DOENÇA(S) INFORMADA(S): K47.6 B18.2 e I 0

FINALIDADE/INDICAÇÃO: Portadora da cirrose hepática secundária do vírus C. Realizar o procedimento para ocorrer a ligadura elástica das varizes esofágicas

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 68.174

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2017.000966

II – PERGUNTAS DO JUÍZO: Solicito informações acerca do medicamento pretendido, a patologia apresentada, bem como sobre o tratamento prescrito e a competência para o seu fornecimento.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos médicos datados de 25/10/2018 e 08/11/2018, trata-se de MHIN, 65 anos, que apresenta diagnóstico de **cirrose hepática por hepatite prévia pelo vírus C**, hipertensão arterial sistêmica. Evoluindo com **varizes esofágicas com episódios prévios e recorrentes de hemorragia digestiva**. Submetida a tratamento específico da hepatite, em uso atual de betabloqueador não específico, **necessita do procedimento de ligadura elástica das varizes esofagianas por endoscopia digestiva alta**,



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

afim de evitar ressangramento. Tem endoscopia digestiva alta mostrando varizes de esôfago de médio e grosso calibre, grau IV e variz de pequena curvatura gástrica. Em seguimento ambulatorial no Hospital Universitário Clemente Faria.

A hepatite C é causada pelo vírus hepatite C (HCV), um vírus RNA da família *flaviviridae*, transmitido principalmente por sangue, com potencial infeccioso por via sexual não sendo alto, e transmissão vertical considerada pouco comum. Representa junto com a doença hepática alcoólica a maior causa de doença crônica do fígado. Estima-se que 3% da população mundial esteja contaminada, mas poucas pessoas tem o diagnóstico. Sua grande importância não se limita ao enorme número de pessoas infectadas, mas também às complicações das formas agudas e crônicas. O alto percentual de cronicidade da doença, o potencial evolutivo para cirrose e hepatocarcinoma, assim como o fato de ser a mais frequente etiologia diagnosticada em casos de transplante hepático, fazem com que constitua grave problema de saúde pública.

Na maioria dos casos a doença cursa de forma assintomática inicialmente, entretanto a inflamação hepática, que ocorre na maioria das pessoas, dependendo da intensidade e do tempo de duração, pode se tornar uma doença crônica persistente. Nessa forma, frequentemente **progride para hepatite crônica ativa num período de 10 a 15 anos, para cirrose em 20% dos casos** e dos cirróticos 20%, em 20 anos evoluem com insuficiência renal. Em 5% dos pacientes cronicamente infectados, após 30 anos, o HCV promove desenvolvimento de carcinoma hepatocelular. O álcool é um importante co-fator para a cirrose induzida por HCV.

O processo de evolução para cirrose deriva principalmente da lesão imunológica hepatocelular da célula infectada com sua destruição. **No fígado a reação necro-inflamatória, caracteriza-se por processo inflamatório contínuo, incapaz de eliminar o vírus, porém responsável pela fibrose e cirrose. Na cirrose há uma inversão do fluxo sanguíneo fisiológico e**



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

apenas 10% do sangue proveniente do sistema porta atingem as veias hepáticas, sendo os outros 90% drenados para os vasos colaterais em fluxo reverso hipertensivo para o sistema da cava superior. A hipertensão portal (HP) ocorre quando um aumento no gradiente venoso portossistêmico (pressão portal menos pressão na cava inferior) superior a 5 mmHg. Nesse contexto, **os plexos venosos submucosos que se desenvolvem na junção esofagogástrica, para descomprimir o sistema porta, dão origem às varizes gástricas e esofágicas**. Na cirrose as varizes esofágicas começam a se desenvolver quando a pressão portal ultrapassa os 12 mmHg determinando varizes esofágicas e gástricas em 25% dos pacientes de médio e grosso calibre. A hemorragia digestiva alta (HDA) varicosa representa a principal complicação da HP e ocorre em 30% dos pacientes dentro de um período de 2 anos, sendo a principal causa de morte direta nesse pacientes. O **sangramento**, na maioria das vezes, **está relacionado à ruptura das varizes de esôfago**, determinando um cenário de urgência médica que em 20% necessita obrigatoriamente de terapia de urgência, A mortalidade associada a HDA é de 20 a 40% nas primeiras semanas. O **ressangramento é frequente e com mortalidade esperada num período de 1 a 4 anos de 60 a 80%**, estando essa diretamente relacionada com o grau disfunção hepática, avaliado pela classificação de Child-Pugh.

O manejo da HP é complexo e a definição da melhor estratégia depende da causa subjacente, da condição clínica e do momento em que é realizado: se no episódio agudo de hemorragia ou como profilaxia primária ou secundária. O tratamento tem por finalidades a adoção de medidas profiláticas do primeiro sangramento, o tratamento do episódio agudo de sangramento e a prevenção da recidiva hemorrágica. Conceitualmente a **profilaxia primária**, visa o emprego de medidas que **minimizem o risco do primeiro sangramento** em pacientes com HP e varizes esofagogástricas, e a **profilaxia secundária** visa **minimizar a**



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

ocorrência de novos sangramentos.

A endoscopia digestiva alta (EDA) é o exame de escolha, padrão ouro, obrigatório para o diagnóstico e estratificação dos pacientes em alto e baixo risco de sangramento de varizes gastroesofagianas em pacientes cirróticos. Além do valor prognóstico é o tratamento de eleição das varizes gastroesofagianas pois permite: identificar o ponto e intensidade do sangramento na vigência do sangramento, e a realização de técnicas de hemostasia endoscópicas por intermédio da escleroterapia ou ligadura elástica como tratamento emergencial ou profilático. Do ponto de vista de tratamento a EDA associado à realização da ligadura elástica ou escleroterapia é alternativa terapêutica e/ou profilática, protocolar previstas nos consensos / diretrizes atuais cuja eficácia tem repercussão direta sobre a mortalidade. Os estudos realizados indicam que no conjunto hierárquico de alternativas terapêuticas para o manejo eletivo das varizes gastroesofagianas, a ligadura elástica constitui-se no método endoscópico de escolha para pacientes com história de sangramento prévio ou stigma de sangramento recente; a associação de ligadura elástica com escleroterapia não se mostrou mais eficaz do que a ligadura isolada. Exceção para a associação se faz, nos casos de sangramento agudo, quando pode ser necessária a escleroterapia para controlar o sangramento e limpar suficientemente a área para permitir a ligadura elástica. Assim a ligadura endoscópica de varizes é o método de escolha para controle da hemorragia por varizes e para a erradicação das varizes na profilaxia secundária, com menos hemorragia recorrente e menos eventos adversos que a escleroterapia. A escleroterapia endoscópica de varizes gastroesofagianas se distingue da ligadura elástica de varizes e representa uma opção de tratamento eficiente no tratamento do sangramento agudo e na profilaxia, sendo opção quando a ligadura elástica não está disponível ou é difícil de ser realizada.



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

No Sistema Único de Saúde abordagem diagnóstica e terapêutica das varizes esofagianas estão previstas pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS (Tabela SIGTAB), nos procedimentos de média complexidade respectivamente com os seguintes códigos: 02.09.01.003-7 - Esofagogastroduodenoscopia para fins diagnóstico e 04.07.01.032-7 - Tratamento esclerosante de lesões não hemorrágicas do aparelho digestivo incluindo ligadura elastica, para fins terapia profilática.

Conclusão: trata-se de paciente cirrótico por hepatite virus C que já foi tratada, **apresentando HP com varizes gastroesofágicas de médio e grosso calibre, grau IV a EDA. Passado de HDA em uso de betabloqueador, necessitando de tratamento profilático por ligadura elástica das varizes digestiva.**

A indicação da terapêutica, seguimento endoscópico e procedimentos eletivos profiláticos de ligadura elástica em paciente com histórico de HP e HDA por varizes gastroesofagianas estão em conformidade com diretrizes protocolares e estando ambos procedimentos previstos e contemplados pelo SUS na tabela SIGTAB respectivamente sob os códigos de procedimentos números: 02.09.01003-7 e 04.07.01.032-7.

IV – REFERÊNCIAS:

1. Coelho FF, Perini MV, Kruger JAP, Fonseca GM, Araujo RLC, Makdissi FF, Lupinacci RM, Herman P. Tratamento da hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas: Conceitos atuais. **ABCD Arq Bras Cir Dig.** 2014;27(2): 138-144. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n2/pt_0102-6720-abcd-27-02-00138.pdf.
2. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da hepatite C e coinfeções. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 2018 108p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_PCDT_HepatiteC.pdf.
- 3) The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage.



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

Guideline of American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). **Gastrointestinal endoscopy**, 2014; 80(2): 221-7. Disponível em: https://www.asge.org/docs/default-source/education/practice_guidelines/doc-2014_the-role-of-endoscopy-in-the-management-of-variceal-hemorrhage.pdf.

4) LaBrecque D, Dite P, Fried M, Gangl A, Khan AG, Bjorkman D, Eliakim R, Bektaeva R, Sarin SK, Fedail S, Krabshuis JH, Le Mair AW. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines (WGO). Esophageal varices. 2014; 1-14. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/esophageal-varices-english-2014.pdf>.

6) Ministério da Saúde Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS. Atualizada em 02/2019. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0209010037/02/2019>.

V – DATA:

28/02/2019

NATJUS - TJMG