



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 971/2019

Vitória, 27 de junho de 2019

Processo nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED].

O presente parecer atende a solicitação de informações da Vara Única de Bom Jesus do Norte - ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dra. Maria Izabel Pereira de Azevedo Altoé, sobre os procedimentos: **Exame oftalmológico para tratamento de Ceratopatia.**

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os Fatos relatados na Inicial, a Requerente apresenta Distrofia Fuchus (ceratopatia bolhosa) em ambos os olhos, em acompanhamento para realizar cirurgia de transplante de córnea, motivo pelo qual o médico solicitou exames, com urgência. Por não possuir condições para arcar com os custos destes procedimentos, recorre à via judicial.
2. Às fls. 10 consta o Comprovante de Agendamento do exame de Galilei (as 9:50) e de consulta eletiva (as 10:30), no dia 30/11/2018, para a paciente [REDACTED].
3. Às fls. 12 consta a Guia de Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia do SUS, preenchida pela Dra. Nathalie Urtiga de Vargas, com a solicitação de Galilei G4 (Topografia e Paquimetria) para a paciente [REDACTED].
4. Às fls. 14 consta o Laudo Médico, emitido pela Dra. Nathalie Urtiga de Vargas, no dia 24/10/2018, informando que a paciente [REDACTED] apresenta Distrofia Fuchus (ceratopatia bolhosa) em ambos os olhos, em acompanhamento para realizar



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

cirurgia de transplante de córnea.

II - ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo - Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. A **ceratopatia bolhosa (CB)** caracteriza-se pelo edema corneano estromal acompanhado de bolhas epiteliais e subepiteliais devido à perda de células e/ou disfunção da função endotelial. Nos casos mais avançados, ocorre espessamento do estroma acima de 650 µ e presença de fibrose subepitelial, podendo formar uma



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

camada de colágeno retrolental ou membrana fibrótica retrolental e vascularização corneana. Induz baixa de acuidade visual devido à diminuição da transparência e pode ser acompanhada de sensação de corpo estranho, lacrimejamento e dor devido às alterações epiteliais como a presença de bolhas íntegras ou rotas.

2. A principal etiologia é a perda de células endoteliais pelo trauma cirúrgico, principalmente na cirurgia de catarata, na maioria dos casos acometendo pacientes acima da sexta década. Também ocorrem após cirurgias múltiplas para glaucoma, como trabeculectomia e tubo, retinopexias, fixação escleral de lente intra-ocular (LIO), implantes de lentes de câmara anterior para correção de afacia e ametropias altas, após aplicação de laser de argônio e ceratotomia radial. Outras etiologias de CB incluem distrofias endoteliais como a **distrofia de Fuchs**, tumores de câmara anterior como mixoma, alterações congênitas, como microcórnea e ice-síndrome, glaucomas agudo e neovascular e endotelite herpética.
3. Os pacientes com CB com ou sem prognóstico de visão, sintomáticos, apresentam muitas limitações em suas atividades diárias, devido a dor, e fotofobia, mesmo apresentando acuidade visual boa no olho contra lateral, assim como também evitam a exposição ao sol, ficando limitados ao ambiente doméstico e muitas vezes apresentam insônia devido à dor.

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da CB pode ser feito clinicamente com agentes tópicos hipertônicos, anti-inflamatórios, anti-hipertensivos, corticóides e lubrificantes. Alguns pacientes apresentam dor apesar do tratamento clínico e necessitam do uso de lentes de contato terapêuticas para melhora dos sintomas. Este tratamento deve ser considerado provisório devido ao risco de infecção. Nestes casos, deve-se pensar no tratamento cirúrgico como recobrimento conjuntival com técnica de Gunderson, a qual tem bons resultados, apesar de ser esteticamente limitada, podem acarretar ptose, e de



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

comprometer a conjuntiva, sendo indesejável nos casos onde há necessidade de cirurgias para controle da pressão intra-ocular. Além disso piora o prognóstico do transplante de córnea devido à neovascularização corneana

2. A ceratotomia anular promove, pela lesão do plexo nervoso corneano, a diminuição da sensibilidade e melhora da dor. A cauterização promove fibrose e vascularização com alteração da curvatura e anatomia da córnea causando aplanamento. As punções estromais anteriores, introduziriam projeções epiteliais ancorantes no estroma anterior o que não foi totalmente comprovado. Estudos imuno-histoquímicos demonstraram aumento da expressão de proteínas da matriz extracelular importantes na adesão das células epiteliais basais como fibronectina, laminina e colágeno tipo IV nos locais das punções estromais em olhos com ceratopatia bolhosa. A secreção desses componentes da membrana basal aumentaria a adesão epitelial no estroma subjacente, que está associada a formação de fibrose subepitelial, criando uma barreira à penetração de líquido no espaço subepitelial e diminuição da formação das bolhas subepiteliais. Possui custo baixo, sendo comum a necessidade de mais de uma sessão de punções. Em cada sessão deve ser feito em torno de 100 punções por quadrante (400 punções), e as complicações são raras.
3. A membrana amniótica tem sido utilizada para reconstrução de superfície ocular, pela sua capacidade de facilitar a epitelização, diminuir inflamação, vascularização e cicatrização, sendo utilizada no tratamento de defeito epitelial e dor em pacientes com ceratopatia bolhosa sintomáticos. Apresenta vantagens em relação à estética e não induz a neovascularização. Existe a desvantagem do custo para preparo da membrana, e maior tempo cirúrgico. O PTK pode melhorar a dor por causar diminuição da espessura corneana. Esta diminuição ajudaria as células endoteliais remanescentes a manterem a hidratação da córnea. Também com a lesão do plexo corneano ocorre a diminuição da sensibilidade corneana. Além disso, a cicatrização da córnea induz um aumento de proteínas extracelulares como laminina, fibronectina, colágeno tipo IV e hemidesmossomos, os quais promovem maior adesão entre epitélio e estroma.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

4. O mesmo raciocínio é usado para a ceratectomia lamelar automatizada, só que neste caso, a remoção de tecido corneano é feita com uso de microcerátomo tradicional, que retira um disco com 160 μ , substituindo a fotoablação com o "excimer laser". É um procedimento rápido que usa anestesia tópica, fator importante, já que a maioria dos pacientes são idosos, os quais foram submetidos a vários procedimentos oculares, e apresentam dificuldade para a realização de procedimentos cirúrgicos que exijam decúbito dorsal por mais tempo.
5. O transplante de córnea é hoje o tratamento definitivo para melhora da acuidade visual e dor. Algumas limitações ocorrem, como a recuperação da acuidade visual, que pode ser lenta devido aos astigmatismos altos inerentes à técnica, principalmente no início do pós-operatório. Apesar de a transparência dos enxertos ser boa, existe uma tendência maior em pacientes com CB e DEF de que ocorra migração das células endoteliais do enxerto para a córnea receptora, causando maior perda de células endoteliais. Por isso, está indicado um botão corneano de tamanho maior, mesmo que isto aumente os riscos de rejeição devido a maior proximidade ao limbo. Nestes casos, existe a necessidade eventual de cirurgias tríplices de fixação escleral ou iriana da LIO nos afácicos ou com LIOs descentradas, colocação de tubos para controle da pressão intra-ocular, reorganização do segmento anterior por terem antecedentes de cirurgias de cataratas complicadas. Isto faz com que o tempo cirúrgico e a reação inflamatória no pós-operatório seja maior, contribuindo para maior perda de células endoteliais e pior prognóstico visual.
6. Tem-se avaliado a ceratoplastia lamelar posterior (DSEK e DLEK) para casos de doenças endoteliais da córnea. A técnica exige habilidade cirúrgica e dificulta qualquer atuação necessária na câmara anterior, porém apresenta a vantagem do menor risco de rejeição e da preservação da superfície do receptor. É uma técnica promissora mas deve-se observar maior número de casos e período de evolução, já que os primeiros estudos de contagem de células endoteliais após 2 anos de DSEK evidenciou perda celular maior do que nos transplantes penetrantes de córnea.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

DO PLEITO

1. **Exame oftalmológico para tratamento de Ceratopatia.**

III - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com o único Laudo Médico anexado, a paciente [REDACTED] apresenta Distrofia Fuchs (ceratopatia bolhosa) em ambos os olhos, em acompanhamento para realizar cirurgia de transplante de córnea, sendo solicitado o exame de Galilei G4 (Topografia e Paquimetria).
2. É importante que os pacientes que serão submetidos a um transplante de córnea realizem exames pré-operatórios, sendo que sua indicação varia de acordo com o motivo do transplante e condições do paciente. De uma maneira geral os exames de tomografia e topografia corneana, paquimetria, biometria, ultrassonografia, mapeamento de retina e microscopia especular da córnea são sempre solicitados, além da avaliação clínica laboratorial e liberação do cardiologista para a cirurgia.
3. O exame de Galilei representa o que há de mais moderno para avaliação da córnea, por meio da tomografia de Scheimpflug. Apresenta alta precisão em paquimetria e dados de elevação, mesmo em olhos descentrados. Oferece a verdadeira e alta precisão de dados de curvatura. Porém tal exame não é disponibilizado pelo SUS.
4. Sabe-se que a Topografia Computadorizada de córnea é um exame oferecido pelo SUS, inscrita sob o código 02.11.06.026-7, sendo considerado de Média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP), assim como a Paquimetria Ultrassônica, que consiste em um procedimento não invasivo onde, por meio de ultrassom é realizada a medição da espessura da córnea, inscrita sob o código 02.05.02.002-0.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

5. Com isso, este Núcleo conclui que é indicada a realização de exames pré-operatórios para transplante de córnea e que há exames disponíveis pelo SUS, conforme ilustrado acima. Sugerimos que a Requerente seja reavaliada pelo médico oftalmologista assistente e este analise se há possibilidade de realizar os exames mencionados que são disponibilizados pelo SUS.
6. Enfatizamos que é importante que a paciente seja cadastrada/inserida no Sistema de Regulação Estadual – SISREG – pelo Município para que os exames sejam disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA).
7. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

REFERÊNCIAS

Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Ceratocone. Disponível em:
http://www.cbo.com.br/novo/publico_geral/doencas/ceratocone .



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Revista Brasileira de Oftalmologia. Disponível em:
<http://www.sboportal.org.br/edanteriores.aspx>

Vazirani J, Basu S. Keratoconus: current perspectives. Clin Ophthalmol. 2013;7:291

Amaral RC, Solari HP. “Crosslinking”de colágeno no tratamento do ceratocone. Rev Bras Oftalmol. 2009; 68 (6): 359-64 Disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v68n6/rbofv68n06a08.pdf>

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 1.923/10 – PARECER CFM nº 30/10 – Disponível em
http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2010/30_2010.htm

PORTARIA Nº 486, DE 06 DE MARÇO DE 2017, disponível em:
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/07/MINUTA-Portaria-SAS-crosslinking-corneano.pdf>

Luz A. Et. al. Progressão da espessura corneana do ponto mais fino em direção ao limbo: estudo de uma população normal e de portadores de ceratocone para criação de valores de referência, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v69n4/31584.pdf>