

TRANSPLANTE PULMONAR

A decisão de listar um paciente para transplante é uma análise de risco-benefício na qual os riscos inerentes à cirurgia, doença recorrente e imunossupressão de longo prazo devem ser ponderados em relação aos benefícios potenciais do transplante. Esses benefícios diferem para cada paciente, mas incluem melhorias na sobrevida, prevenção de complicações de longo prazo e melhor qualidade de vida relacionada à saúde.

Na seleção do paciente, embora preenchendo as condições para o transplante, é importante avaliar se não há doença concomitante que implique em curta expectativa de vida. É fundamental que o candidato tenha plena ciência dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e ao uso contínuo de imunossupressores, bem como que manifeste concordância em assumi-los. O transplante pulmonar somente deve ser indicado quando a probabilidade de sobrevida e qualidade de vida suplantarem método terapêutico conservador convencional.

Os Serviços de Saúde ou Secretarias Municipais de Saúde que possuem Belo Horizonte como referência para o transplante de pulmão deverão reportar a demanda pelo agendamento de consulta de avaliação pré-transplante pelo sistema SIGRAH. Para que o processo transcorra de forma adequada e célere, deverá ser preenchido o formulário específico de encaminhamento para transplante pulmonar que está disponível no link: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/conteudo.php?id=470>. O mesmo deve ser encaminhado ao SIGRAH.

O Sistema Nacional de Transplantes, através da Portaria GM/MS nº 8.041, de 25 de setembro de 2025, Seção XIV Módulo Pulmão, define as avaliações laboratorial, de imagem e imunológica mínimas necessárias e define como indicações de avaliação pré-transplante de pulmão e inscrição em lista de espera candidatos com diagnóstico de Doença Pulmonar Avançada, de:

I - doença pulmonar obstrutiva crônica, sob as seguintes condições:

- a) escore de BODE 5 - 6, com exacerbações frequentes;
- b) escore de BODE que tenha evoluído 1 (um) ponto num período de dois anos;
- c) aumento da relação artéria pulmonar/aorta > 1 (um);
- d) volume expiratório forçado em 1 (um) segundo - VEF1 entre 20-25% (vinte e vinte e cinco por cento); e
- e) piora clínica e qualidade de vida intolerável do paciente.

II - doenças pulmonares intersticiais fibrosantes (fibrose pulmonar primária ou secundária), sob as seguintes condições:

- a) pacientes com padrão histológico ou radiológico de pneumonite intersticial usual, no momento do diagnóstico, independente da terapia instituída;

b) qualquer etiologia de fibrose pulmonar, observado o disposto nas alíneas "d" e "e" deste inciso, com Capacidade Vital Forçada - CVF < 80% (oitenta por cento) do predito ou Difusão de Monóxido de Carbono - DLCO <40% (quarenta por cento) do predito;

c) qualquer etiologia de fibrose pulmonar, observado o disposto nas alíneas "d" e "e" deste inciso, com as seguintes características nos últimos dois anos: queda de 10% do CVF ou queda de 15% (quinze por cento) de DLCO ou queda de 5% (cinco por cento) da CVF com piora clínica ou radiológica significativas ou necessidade de suplementação de oxigênio no repouso ou no exercício; para as doenças intersticiais relacionadas a colagenoses: progressão da doença a despeito do tratamento;

d) em casos de fibroenfisema, em vez do CVF, deve-se considerar o DLCO e o teste de caminhada de seis minutos - TC6M; e

e) em casos de linfangioleiomiomatose, estes devem ser encaminhados quando otimizados da terapia com VEF1 <30% do predito ou dispneia ao esforço ou hipoxemia ao repouso ou pneumotórax hipertensivo ou pneumotórax refratário.

III - bronquiectasias (fibrose cística e não-fibrose cística), sob as seguintes condições:

a) VEF1 < 30% do predito após broncodilatador em adultos (<40% em crianças);

b) VEF1 <40% do predito após broncodilatador em adultos (<50% em crianças) nas seguintes condições: distância caminhada no teste de caminhada de seis minutos <400m ou PaCO₂ >50mmHg ou hipoxemia ou hipertensão pulmonar ou duas exacerbações por ano com necessidade de antibiótico endovenoso ou hemoptise maciça (>240mL) com necessidade de embolização de artéria brônquica ou pneumotórax;

c) VEF1 <50%, nas mesmas condições descritas na alínea anterior, com rápida piora clínica (menos de um ano); e

d) qualquer exacerbação com necessidade de ventilação com pressão positiva; e

IV - doenças da circulação pulmonar (hipertensão arterial pulmonar), sob as seguintes condições:

a) risco intermediário ou alto de acordo com os critérios de estratificação de risco invasiva ou não invasiva da ERS/ESC - European Society of Cardiology/European Respiratory Society – Sociedade Europeia de Cardiologia/Sociedade Respiratória Europeia;

b) REVEAL - Registry to Evaluate Early and Long-term Pulmonary Arterial > 8 - estratificação de risco invasiva ou não-invasiva;

c) necessidade de prostaciclina intravenosa ou subcutânea;

- d) suspeita ou conhecimento de variantes de risco como doença veno-oclusiva, hemangiomas capilar, esclerodermia ou aneurismas de artéria pulmonar;
- e) piora da função renal ou hepática; e
- f) hemoptise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA:

1. Sistema Nacional de Transplantes, Portaria GM/MS nº 8.041, de 25 de setembro de 2025, Seção XIV Módulo Pulmão. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-8.041-de-25-de-setembro-de-2025-*682270602

AUTORES:

Juliana Gazzi Macedo
Luis Felipe dos Santos Nogueira

COLABORADORES:

Aristides José Vieira
Heloisa Reniers Vianna