

NOTA TÉCNICA 9071

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara Única

COMARCA: Taiobeiras

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 64 anos

DOENÇA(S) INFORMADA(S): M41

PEDIDO DA AÇÃO: Lesão ARTRODESE T11 A S1 POSTERIOR, ALIF L5/S1 e LLIF L4/L5 E L3/L4 - Materiais

FINALIDADE / INDICAÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0009071

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Determino a expedição de ofício ao Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NATJUS), solicitando a elaboração de Nota Técnica sobre o caso clínico do autor.

O ofício deverá ser instruído com cópia da petição inicial, contestação e, especialmente, dos documentos médicos acostados aos autos, notadamente: Ressonância Magnética (ID 10181540732) , Raio-X (ID 10181540882) e Relatórios Médicos (IDs 10181540932, 10181540683 e 10181536017) . Solicite-se ao NATJUS que esclareça, em especial:

a) A imprescindibilidade e urgência do procedimento cirúrgico pleiteado;

R: Não ficou demonstrado, pela literatura consultada, a imprescindibilidade e urgência (do ponto de vista clínico) do procedimento solicitado.

b) Se o procedimento possui caráter eletivo ou de urgência/emergência, considerando o quadro clínico descrito;

R: Possui caráter eletivo, deveria ser realizado até em 12 meses sem prejuízo para o paciente , mas no caso tem tela paciente com indicação de cirurgia desde de 2021, extrapolando em mais de 2 anos o prazo ideal.

c) Se existem alternativas terapêuticas disponibilizadas pelo SUS para o caso

em questão.

R: Sim

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de lombociatalgia crônica refratária ao tratamento conservador, consta que o paciente vem evoluindo com piora da queixa álgica de difícil controle, e apresentando marcha claudicante (membro inferior esquerdo) de base neurogênica. O **CID M54.5 (que consta nos relatórios de 07/01/2021)** refere-se à **lombalgia** ou dor lombar baixa. É um código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) usado para descrever o sintoma de dor na parte inferior das costas.

Trata-se de uma classificação de sintoma, não de um diagnóstico fechado.

CID M16 refere-se à **Coxartrose**, conhecida popularmente como **artrose do quadril**. Trata-se de uma doença degenerativa que desgasta a cartilagem da articulação coxofemoral, causando dor, rigidez e perda de mobilidade.

O CID O **CID M41** refere-se à **Escoliose**, que é um desvio lateral da coluna vertebral formando uma curva em "S" ou em "C". É uma dorsopatia deformante e pode ser classificada em diversos tipos, como idiopática (sem causa conhecida), neuromuscular, congênita ou secundária.

Estudos populacionais em adultos no Brasil revelam uma prevalência de dor crônica de aproximadamente 40%. A prevalência de dor crônica intensa (intensidade ≥ 8) gira em torno de 10%; e de dor crônica com limitação grave ou generalizada em torno de 5%. Lombalgia é a dor crônica mais comum, seguida por dor em joelho, ombro, cabeça, costas e pernas ou membros inferiores. Um estudo realizado em capitais brasileiras mostrou prevalências de 77% para dor na coluna, 50% no joelho, 36% no ombro, 28% no tornozelo, 23% nas mãos e 21% na cervical.¹

Dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou que lembra a sensação causada por uma lesão tecidual real ou potencial. O conceito da dor é construído por cada indivíduo, influenciado por fatores biopsicossociais e, com base nas experiências dolorosas.¹

Dor neuropática é aquela decorrente de “lesão ou doença” do sistema nervoso somatossensitivo. Para que a dor seja classificada como neuropática, é necessário que haja manifestações clínicas neurológicas compatíveis e a sua comprovação por meio de exames complementares.¹

Dor nociplástica (de “plasticidade”, ou adaptação) é definida em termos de uma “nocicepção alterada”, em que os tecidos envolvidos se encontram sensibilizados. Essa dor ocorre mesmo que não haja evidência de lesão real ou ameaça que ative nociceptores periféricos ou de doença ou lesão do sistema somatossensório. A dor generalizada, vista na fibromialgia, é uma das condições clínicas em que o componente nociplástico se manifesta. Também é possível apresentar uma combinação de dor nociplástica e nociceptiva.¹

A degeneração da coluna vertebral é um evento diretamente associado ao processo natural de envelhecimento do ser humano. A **estenose lombar** da coluna vertebral é o estreitamento do canal medular na região lombar.

Estenose lombar da coluna vertebral é uma causa comum de lombociatalgia em pacientes idosos e de meia idade. Os sintomas de estenose lombar da coluna variam dependendo da parte da medula espinhal e dos nervos afetados. As pessoas podem sentir dor, formigamento, fraqueza e redução dos reflexos em um pé ou perna. Inicialmente os pacientes apresentam dificuldade para caminhar distâncias longas, sem dor ao repouso, o que com o passar do tempo evolui para dores à caminhadas cada vez mais curtas até o momento que o simples ato de ficar em pé esteja altamente limitado pela dor. Casos mais extremos poderão apresentar conjunto de sinais e sintomas que fazem parte da síndrome da cauda equina considerada uma situação de urgência.

A estenose do canal vertebral pode ser dividida em primária (congenita), rara, que acomete cerca de 9% dos pacientes, ou secundária (adquirida), relacionada ao espessamento das estruturas que circundam o saco dural, ocasionando um estreitamento gradual do canal espinhal, frequentemente observado em pacientes acima dos 50 anos.

A estenose adquirida é uma doença degenerativa de evolução arrastada,

a sintomatologia também possui caráter lentamente progressivo. Exceto nos casos considerados de urgência que apresentam deficit neurológico agudo e/ou progressivo, ou seja, perda de força muscular importante ou alteração esfíncteriana (perda de controle da urina e das fezes), o plano terapêutico deve ser individualizado para cada paciente e a sintomatologia que apresenta. Inicialmente são preconizadas abordagens menos invasivas, através de medidas conservadoras como fisioterapia, hidroterapia, acupuntura e tratamento medicamentosos.

A finalidade da instituição de tratamento cirúrgico nos quadros algícos crônicos, visa aliviar a sintomatologia e as limitações funcionais presentes. Apesar de que a cirurgia da coluna vertebral vem passando por uma grande evolução nos últimos anos, fazendo com que os grandes procedimentos sejam substituídos pelos menos invasivos, com incisões mínimas, o tratamento cirúrgico é indicado como a última opção após uma série de tratamentos multidisciplinares, não cirúrgicos consistentes terem sido tentados por vários meses, sem resultados bem-sucedidos.

Mesmo com a evolução dos procedimentos cirúrgicos, que são cada vez menos invasivos e com menos efeitos adversos, em alguns casos ainda é possível, que a dor persista de forma crônica e o paciente necessite de outros tipos de abordagens.

Em virtude disso, surgiu uma condição chamada Síndrome do Insucesso da Cirurgia Espinhal, ou FBSS, do inglês *failed back surgery syndrome*. Acredita-se que de 10% a 40% dos pacientes são afetados por essa complicação.

A síndrome é uma condição utilizada para descrever o quadro quando o resultado da cirurgia da coluna não satisfaz às expectativas do paciente e de seu médico, e a dor permanece mesmo após uma ou mais intervenções. Entre os possíveis causadores da ocorrência desse problema podem ser citados um planejamento cirúrgico inadequado, e condições individuais do paciente.

A avaliação da dor quanto a sua duração, localização, histórico, intensidade, qualidade, padrão, periodicidade, fatores que interferem na

melhora ou piora, avaliação dos antecedentes pessoais e familiares são essenciais para um bom diagnóstico. A abordagem centrada na pessoa assume um papel fundamental para a compreensão do quadro clínico e do contexto do paciente. Nas diversas etapas da avaliação, sentimentos, ideias, funções e expectativas do indivíduo devem ser consideradas.¹

Considerando a complexidade do fenômeno álgico, uma única modalidade de tratamento não é suficiente para produzir os resultados esperados: redução da sintomatologia álgica, redução / eliminação dos défices funcionais quando presentes, e melhoria da qualidade de vida. De fato, as evidências científicas mostram que múltiplas abordagens produzem efeitos mais significativos na redução da dor e na melhora da capacidade funcional.

A evidência científica sobre o manejo da dor lombar, aguda ou crônica, vem crescendo nos últimos anos, sem possibilitar, no entanto, afirmações definitivas sobre reais efeitos da maioria das intervenções, bem como de possível superioridade de uma sobre a outra. Há razoável evidência contemporânea de benefício com tratamento conservador: medicamentoso, intervenções fisioterapêuticas, exercício e abordagem biopsicossocial da dor lombar crônica.

Tecnologia solicitada Lesão ARTRODESE T11 A S1 POSTERIOR, ALIF L5/S1 e LLIF L4/L5 E L3/L4

Esta é uma cirurgia de fusão lombar circunferencial extensa que combina três técnicas diferentes de artrodese: artrodese posterior de T11 a S1, fusão intersomática lombar anterior (ALIF) em L5/S1 e fusão intersomática lombar lateral (LLIF) em L4/L5 e L3/L4. Esta abordagem combinada é utilizada para patologias degenerativas complexas da coluna lombar, deformidades ou instabilidade que requerem reconstrução robusta da coluna anterior e posterior.

Características da cirurgia:

Componentes da fusão:

- Artrodese posterior T11-S1: Instrumentação posterior com parafusos pediculares e hastes de T11 até S1, proporcionando estabilização posterior de longo segmento
- ALIF L5/S1: Fusão intersomática anterior em L5/S1, que permite excelente restauração da lordose segmentar e altura discal neste nível crítico Spine Journal[1]
- LLIF L4/L5 e L3/L4: Fusão intersomática lateral nos níveis L3/L4 e L4/L5, oferecendo acesso minimamente invasivo através do corredor retroperitoneal transpsoas

Vantagens da abordagem combinada:

A combinação de LLIF com fixação posterior demonstra maior taxa de fusão comparada ao LLIF isolado, além de maior restauração da altura discal e lordose segmentar. BMC Musculoskeletal Disorders[2] As abordagens ALIF/LLIF resultam em maior lordose segmentar comparadas às técnicas posteriores (TLIF/PLIF), especialmente em L4-L5 e L5-S1, com melhor correção do desalinhamento PI-LL (incidência pélvica-lordose lombar). Spine Journal[1]

A cirurgia em posição única (lateral ou supina) pode ser realizada para evitar reposicionamento do paciente, aumentando a eficiência operatória. World Neurosurgery + 2[3-5]

Considerações de segurança:

Complicações do ALIF: Meta-análise recente demonstrou que, embora os resultados clínicos (VAS e ODI) sejam comparáveis entre abordagens anterior e posterior, o ALIF apresenta taxas mais elevadas de complicações graves, incluindo mortalidade (0,21%, OR 1,33), trombose venosa profunda (0,65%, OR 1,73) e complicações gastrointestinais (4,9%, OR 2,19). European Spine Journal[6]

Complicações do LLIF: Risco de lesão do plexo lombar durante dissecação através do músculo psoas, embora a maioria dos déficits neurológicos sejam temporários e resolvam completamente em 1 ano. World Neurosurgery[7] Estudos mostram menor perda sanguínea

perioperatória e menor tempo de internação com LLIF comparado a PLIF. World Neurosurgery[7]

Fusão em dois estágios: Quando realizada em dois estágios, começar com LLIF pode oferecer alívio precoce da dor (redução média de NRS de 2,46 pontos após primeiro estágio) e maior ganho de altura intervertebral (6,5 mm vs 3,7 mm). Neurosurgical Review[8] A abordagem posterior primeiro está associada a maior perda sanguínea (628,6 vs 142,3 mL) e maior tempo de internação (18,9 vs 10,8 dias). Neurosurgical Review[8]

Indicações típicas:

- Doença degenerativa lombar multinível com instabilidade
- Espondilolistese degenerativa
- Deformidade sagital (desalinhamento PI-LL)
- Escoliose degenerativa
- Síndrome do segmento adjacente após fusão prévia
- Estenose espinhal multinível com necessidade de descompressão e estabilização

Resultados esperados:

A adição de fixação posterior ao LLIF resulta em menor taxa de reoperação e maior taxa de fusão, embora com escores VAS pós-operatórios ligeiramente mais elevados. BMC Musculoskeletal Disorders[2] A adição de instrumentação posterior ao ALIF reduz significativamente o risco de pseudoartrose operatória (HR=0,22), embora a pseudoartrose seja rara em ambas as técnicas (<5%).

V – CONCLUSÕES:

- ✓ O SUS possui protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento farmacológico da dor crônica, além de disponibilizar procedimentos cirúrgicos através da tabela SIGTAP-DATASUS.
- ✓ Na rede pública, opções de tratamento neurocirúrgico e/ou ortopédico para o tratamento da doença informada.

✓ Não é possível afirmar que o tratamento cirúrgico proposto é garantia de resultado superior as intervenções disponíveis no SUS

✓ O tratamento cirúrgico indicado e requerido, possui caráter eletivo. Não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar situação de urgência médica, conforme critérios técnicos estabelecidos pelo CFM (Conselho Federal de Medicina). No entanto o paciente aguarda por tratamento desde 2021

IV – REFERÊNCIAS:

1) Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS Nº 1, de 22 de agosto de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica

<file:///D:/Nota%20T%C3%A9cnica/Dor/dor-cronica-nova-portaria-em-23-08-2024.pdf>

2) Diretriz da OMS para tratamento não cirúrgico de dor lombar crônica primária em adultos em ambientes de atenção primária e comunitária.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789>

3) Estenose Degenerativa do Canal Lombar. Rev. Bras. Ortop. 2021;56(1):9–17.

<https://www.scielo.br/j/rbort/a/CqWrmp8Sb5zmqxjnchnXh8S/?lang=pt&format=pdf>

4) Um ensaio clínico randomizado e controlado de cirurgia de fusão para estenose espinhal lombar. Publicado em 14 de abril de 2016. N Engl J Med. 2016; 374:1413-1423. DOI: 10.1056/NEJMoa1513721

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1513721>

5) Laminectomia mais fusão versus laminectomia sozinha para espondilolistese lombar. Publicado em 14 de abril de 2016. New England Journal Med. 2016; 374:1424-1434. DOI: 10.1056/NEJMoa1508788.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1508788>

6) SIGTAP-DATASUS.

<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

7) Resolução Nº 238 de 06/09/2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de

fazenda Pública.

<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>

8) Resolução Nº 479 de 11/11/2022.

<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4818>

9)The Impact of Interbody Approach and Lumbar Level on Segmental, Adjacent, and Sagittal Alignment in Degenerative Lumbar Pathology: A Radiographic Analysis Six Months Following Surgery.

The Spine Journal : Official Journal of the North American Spine Society.

2022. O'Connor B, Drolet CE, Leveque JA, et al.

10)Efficacy and Safety of Lateral Lumbar Interbody Fusion for Lumbar Degenerative Diseases With or Without Auxiliary Posterior Fixation: A Meta-Analysis and Systematic Review.

BMC Musculoskeletal Disorders. 2025. Kou N, Zhang R, Liu F, Zhou H, Ren L.SR

11)Combined L5-S1 Anterior Lumbar Interbody Fusion and Multilevel Lateral Lumbar Interbody Fusion in a Single-Stage Lateral Decubitus Position Using Fluoroscopy-Based Instrument Tracking System.

World Neurosurgery. 2023. McCloskey K, Alexis M, Ghenbot Y, et al.Case

12)Single-Position Circumferential Lumbar Spinal Fusion: An Overview of Terminology, Concepts, Rationale and the Current Evidence Base.

European Spine Journal : Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. 2022. Thomas JA, Menezes C, Buckland AJ, et al.Review

13)Anterior Column Reconstruction of the Lumbar Spine in the Lateral Decubitus Position: Anatomical and Patient-Related Considerations for ALIF, Anterior-to-Psoas, and Transpsoas LLIF Approaches.

European Spine Journal : Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the

Cervical Spine Research Society. 2022. Buckland AJ, Ashayeri K, Leon C, et al.

14)ALIF vs. Posterior Fusion for Lumbar Degenerative Disease: Comparable Efficacy but Elevated Risk of Severe Complications-a Systematic Review and Meta-Analysis.

European Spine Journal : Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. 2025. Onishi FJ, de Vasconcelos VT.**RecentReview**

15)Lateral Lumbar Interbody Fusion (Direct Lateral Interbody Fusion/- Extreme Lateral Interbody Fusion) Versus Posterior Lumbar Interbody Fusion Surgery in Spinal Degenerative Disease: A Systematic Review.

World Neurosurgery. 2023. Bamps S, Raymaekers V, Roosen G, et al.**SR**

16)Early Pain Relief and Segmental Realignment After Two-Stage Lateral Lumbar Interbody Fusion (LLIF) With Posterior Instrumentation in Degenerative Lumbar Pathology.

Neurosurgical Review. 2026. Ivren M, Ishak B, Ille S, et al.**Recent**

17)Primary Anterior Lumbar Interbody Fusion, With and Without Posterior Instrumentation: A 1,377-Patient Cohort From a Multicenter Spine Registry.

The Spine Journal : Official Journal of the North American Spine Society. 2024. Laiwalla AN, Chang RN, Harary M, et al.

V – DATA: 15/06/2026 NATJUS – TJMG