

NOTA TÉCNICA Nº 10443

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Única

COMARCA: Iguatama/MG

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010443

IDADE: 09 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID M082.

PEDIDO DA AÇÃO: Tratamento e acompanhamento de paciente com Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Acesso a exame de ressonância magnética do corpo inteiro em paciente com Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

“esclarecimentos quanto ao quadro clínico que acomete a autora, à indicação e disponibilização pelo SUS do procedimento (Ressonância Magnética de Corpo Inteiro-Whole-body MRI), a justificativa de sua prescrição e as evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia.”

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada, trata-se de paciente de 8 anos de idade que há 06 anos apresenta quadro de febre, rash cutâneo, poliartrite, hiperferritinemia, com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil sistêmica e poliarticular. Classificada pelo médico assistente como doença de difícil controle e com critérios de mau prognóstico. Fez uso prolongado de corticoide, tendo necessidade de usar vários imunossupressores (Metotrexate, Leflunomida, Adalimumabe, Ciclosporina, Tocilizumabe, Tofacitinibe). Atualmente, recebendo Tofacitinibe 5mg de 12/12h, ciclosporina e prednisona. Mesmo com o tratamento, ainda apresenta períodos de febre, rash, artrite e evoluiu com deformidades em várias articulações, mãos, punhos, antepés, contraturas em flexão em joelhos e cotovelos, acometimento de tornozelos e pés. O especialista então solicitou o exame de ressonância magnética do corpo

inteiro com o objetivo de “definir a extensão da doença; a atividade inflamatória real; o dano estrutural precocemente; a necessidade de mudança terapêutica imunobiológica, tendo o exame, pois, finalidade diagnóstica e terapêutica”. O exame, porém, foi negado à paciente pelo plano de saúde em maio de 2026 sob o argumento de não ser a ressonância magnética do corpo inteiro prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e também foi negada pelo município, sob a alegação que o referido exame não consta na tabela de procedimentos e exames ofertados pelo SUS.

A artrite idiopática juvenil (AIJ) é um grupo heterogêneo de doenças que engloba todas as formas de artrite de etiologia desconhecida, com duração de pelo menos 6 semanas e início antes dos 16 anos de idade. Devido à ausência de características patognomônicas, o diagnóstico de AIJ é um diagnóstico de exclusão entre todas as possíveis causas de artrite crônica na infância. É a doença reumática crônica mais comum na infância e uma das principais causas de incapacidade a curto e longo prazo. Sua incidência e prevalência relatadas em populações europeias e norte-americanas variam de 2 a 20 e de 16 a 150 por 100.000, respectivamente.

O diagnóstico requer exclusão adequada de infecções e neoplasias antes de iniciar o tratamento, especialmente quando a artrite está ausente na apresentação. Os critérios diagnósticos para artrite sistêmica exigem a presença de artrite acompanhada ou precedida por febre diária documentada com duração de pelo menos 2 semanas, além de pelo menos um dos seguintes achados: erupção cutânea característica, linfadenopatia simétrica generalizada, aumento do fígado ou baço ou serosite (pericardite, derrame pleural ou pericárdico, raramente peritonite). A febre apresenta um padrão intermitente típico, com um ou dois picos diários, de até 39 °C ou mais, seguidos por rápido retorno aos níveis basais. A erupção macular eritematosa, rosa-salmão e evanescente, geralmente aparece com a febre. A artrite costuma ser simétrica e poliarticular, mas pode estar ausente no início e se desenvolver muito mais tarde. Nesses casos, o diagnóstico não pode ser considerado definitivo até que a artrite esteja presente. Há sempre sinais de inflamação sistêmica, mas

nenhuma anormalidade laboratorial específica. Um aumento acentuado da ferritina, juntamente com uma queda na contagem de plaquetas, um aumento nas transaminases séricas e uma diminuição do nível de fibrinogênio, em conjunto com uma mudança no padrão da febre de intermitente para contínua, pode anunciar a ocorrência da síndrome de ativação macrofágica (SAM), que pode ocorrer em até 40% dos casos de AIJs e representa uma complicação potencialmente fatal que requer reconhecimento e tratamento urgentes. ¹

O tratamento da Artrite Idiopática Juvenil envolve medidas não farmacológicas como fisioterapia e a terapia ocupacional. Entre as medidas farmacológicas destacam-se o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), os glicocorticoides orais ou endovenosos, os Medicamentos Modificadores do Curso de Doença (MMCD) sintéticos e biológicos (incluindo os inibidores de IL-1 e IL-6) e as injeções intra-articulares de corticosteroides (IAC). O objetivo do tratamento é alcançar doença inativa e permitir a descontinuação de glicocorticoides, minimizando toxicidades de longo prazo. O uso de inibidores de IL-1 e IL-6 permitiu redução marcante no uso de glicocorticoides no tratamento da AIJs. Dadas as toxicidades potenciais do uso prolongado de glicocorticoides, os pacientes devem receber tratamentos poupadores de esteroides para artrite residual. ²

A radiografia convencional continua sendo o padrão ouro para a detecção de danos estruturais nas articulações e distúrbios de crescimento e maturação óssea em pacientes com artrite idiopática juvenil (AIJ). Nos últimos anos, muitos esforços têm sido feitos para desenvolver novos sistemas de pontuação radiográfica ou para adaptar métodos para adultos para uso em AIJ. No entanto, a baixa sensibilidade das radiografias simples na identificação de sinovite ativa e sua capacidade limitada de revelar alterações erosivas no início do curso da doença têm despertado o interesse em metodologias de imagem alternativas.

A ultrassonografia apresenta diversas vantagens em relação a outras modalidades de imagem, incluindo não invasividade, rapidez de execução, custo relativamente baixo, capacidade de examinar múltiplas articulações

simultaneamente, repetibilidade, segurança e alta aceitabilidade entre os pacientes. A ultrassonografia é adequada para o diagnóstico e avaliação da sinovite e anormalidades relacionadas, sendo as técnicas de ultrassonografia com Doppler colorido e Doppler de potência consideradas superiores à ultrassonografia em escala de cinza na identificação de doença ativa. No entanto, trata-se de uma técnica operador-dependente que requer treinamento e interpretação cuidadosa das anormalidades.¹

A ressonância magnética de corpo inteiro (RMCI) é uma ferramenta utilizada por permitir a detecção precoce da doença, avaliar a carga inflamatória e monitorar a atividade global da doença em pacientes com artrite idiopática juvenil (AIJ), pois pode detectar a presença de alterações na medula óssea e nos tecidos moles em todo o corpo em uma única sessão de imagem. No entanto, a padronização da avaliação de corpo inteiro da artrite e entesite em crianças enfrenta inúmeros desafios, incluindo a falta de informações normativas sobre uma ampla variedade de regiões anatômicas e seus padrões de doença, a confusão entre alterações relacionadas ao crescimento e alterações inflamatórias precoces, bem como as limitações de imagem em relação à resolução e ao tempo de aquisição.³

No entanto, a ressonância magnética de corpo inteiro (RMCI) não é uma ferramenta de primeira linha na artrite idiopática juvenil sistêmica. As evidências científicas que abordam o uso da ressonância magnética de corpo inteiro na artrite idiopática juvenil são para indicações específicas relacionadas à avaliação abrangente da carga inflamatória total e detecção de inflamação subclínica. Um estudo que avaliou quarenta e sete pacientes jovens, de 14 a 24 anos, com artrite idiopática juvenil demonstrou capacidade de identificar inflamação em articulações clinicamente inativas em 49% dos pacientes.⁴

Outro estudo, avaliou 40 pacientes com idade média de $11,7 \pm 2,6$ anos, demonstrou que que achados da ressonância magnética de corpo inteiro (RMCI) levaram a modificação do tratamento em 50% dos casos, que o exame foi útil para detectar sacroilíte (12,5%) e entesite (10%), porém, com sensibilidade de 75,9% e especificidade relativamente baixa.⁵

As diretrizes da *European Society of Paediatric Radiology* recomendam ultrassonografia como modalidade inicial no diagnóstico de AIJ. Se houver inconsistência entre ultrassonografia e achados clínicos, deve-se proceder à RM da articulação envolvida com contraste intravenoso. A RMCI não é mencionada como exame de rotina inicial.⁶

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Idiopática Juvenil publicado pelo Ministério da Saúde concentra suas diretrizes formais para a Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica (AIJS) nas recomendações de tratamentos farmacológicos e que os exames de imagem podem confirmar a presença de artrite, mas geralmente não são necessários.²

Nesta mesma linha estão as recomendações da agência britânica NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) e da agência de saúde canadense CADTH (atual *Canada's Drug Agency – CDA*) em que o uso rotineiro da RMCI ainda é considerado uma conduta restrita a centros especializados e integrando protocolos de pesquisa.⁶

Considerando o caso concreto do presente auto, trata-se de paciente de 8 anos de idade com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil sistêmica e poliarticular resistente ao uso de medicação;

Considerando que existem poucas evidências científicas que suportem o uso da ressonância magnética de corpo inteiro (RMCI) na Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), estando aquelas especificamente relacionadas à avaliação abrangente da carga inflamatória total e detecção de inflamação subclínica;

Considerando que o exame de ressonância magnética de corpo inteiro não consta na tabela de procedimentos e exames ofertados pelo SUS e não consta no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Idiopática Juvenil publicado pelo Ministério da Saúde;

Considerando ainda as diretrizes das agências britânica e canadense de saúde, que restringem o exame nos casos de Artrite Idiopática Juvenil a centros especializados e integrando protocolos de pesquisa;

Este NATJUS considera a presente demanda como **não justificada**.

IV – REFERÊNCIAS:

1) IGiancane G, Consolaro A, Lanni S, Davì S, Schiappapietra B, Ravelli A. **Juvenile Idiopathic Arthritis: Diagnosis and Treatment.** Rheumatol Ther. 2016 Dec;3(2):187-207. doi: 10.1007/s40744-016-0040-4. Epub 2016 Aug 12. PMID: 27747582; PMCID: PMC5127964.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5127964/>

2) CONITEC. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Idiopática Juvenil (AIJ).** Brasília-DF. 2021. https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210910_relatorio_pcdt_aij_final_653_2021.pdf/@@display-file/file

3) Jyoti Panwar, Mirkamal Tolend, Eva Kirkhus, Arthur B Meyers, Bernadette Redd, Iwona Sudol-Szopinska, Nisha Varma, Emilio J Inarejos Clemente, Robert A Colbert, Jonathan Akikusa, Simone Appenzeller, John A Carrino, Nele Herregods, Kerri Highmore, Lennart Jans, Jacob L Jaremko, Thekla von Kalle, Marion A van Rossum, Dax G Rumsey, Hemalatha Srinivasalu, Jennifer Stimec, Shirley M Tse, Marinka Twilt, Nikolay Tzaribachev, Andrea S Doria. **Reliability assessment of the OMERACT whole-body magnetic resonance imaging scoring system for juvenile idiopathic arthritis.** Seminars in Arthritis and Rheumatism. Volume 66. 2024. 152437,ISSN 0049-0172, <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2024.152437>.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049017224000775>

4) Choida V, Bray TJP, van Vucht N, Abbasi MA, Bainbridge A, Parry T, Sen D, Mallett S, Ciurtin C, Hall-Craggs MA. **Detection of inflammation by whole-body MRI in young people with juvenile idiopathic arthritis.** Rheumatology (Oxford). 2024 Sep 1;63(SI2):SI207-SI214. doi: 10.1093/rheumatology/keae039. PMID: 38244609; PMCID: PMC11381681.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11381681/>

5) ElMedany MS, Barakat MS, Farahat AA, El-Deriny GF, Elsharkawi KM. **Comprehensive evaluation of juvenile idiopathic arthritis using whole-body MRI: a prospective cross-sectional analysis.** Skeletal Radiol. 2026 Apr 20. doi: 10.1007/s00256-026-05222-2. Epub ahead of print. PMID: 42008158.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42008158/>

6) Costa Dias S, Habre C, Di Paolo PL, d'Angelo P, Augdal TA, Angenete OW, Kljucsevsek D, Inarejos Clemente EJ, Tanturri de Horatio L, Rosendahl K. **ESR Essentials: juvenile idiopathic arthritis; what every radiologist needs to know-practice recommendations by the European Society of Paediatric Radiology**. Eur Radiol. 2026 Feb;36(2):1261-1271. doi: 10.1007/s00330-025-11891-9. Epub 2025 Aug 19. PMID: 40828237; PMCID: PMC12953336.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40828237/>

V – DATA:

27/07/2026

NATJUS – TJMG