

NOTA TÉCNICA Nº 10050

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: VARA CRIMINAL E DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE

COMARCA: Curvelo/MG

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010050

IDADE: 68 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): -

PEDIDO DA AÇÃO: Ablação por radiofrequência de metástases hepáticas de tumor neuroendócrino.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Acesso a procedimento cirúrgico eletivo, ablação por radiofrequência, a ser ofertado por plano de saúde para tratamento metástases hepáticas de tumor neuroendócrino.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

a) Se o procedimento “Ablação por Radiofrequência de Metástases Hepáticas” é o tratamento mais indicado para o quadro clínico da autora (tumor neuroendócrino com metástases hepáticas), considerando a janela terapêutica descrita.

R. Não é o mais indicado, porém figura entre as indicações previstas na literatura.

b) Se existem alternativas terapêuticas de eficácia equivalente para o caso da autora, previstas no Rol de Procedimentos da ANS

R. Não. As alternativas terapêuticas de eficácia equivalente também não constam no Rol da ANS.

c) Se a utilização dos materiais específicos (agulha de ablação Medtronic/Starmed e contraste de microbolhas Sonovue) é indispensável para o sucesso do procedimento ou se existem substitutos adequados.

R. Não, visto que há várias opções disponíveis no mercado com a mesma finalidade.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente acompanhada por especialista, com metástases hepáticas de tumor neuroendócrino de baixo grau do íleo terminal. Foi submetida a cirurgia de íleo-colectomia em 2012, quando já se constatavam metástases. Está em uso de análogos da somatostatina (SSA) desde a cirurgia, sendo considerada a doença estável e a paciente em “excelente condição clínica”. Tomografia computadorizada feita em 2025 evidenciou duas metástases hepáticas maiores, sendo uma de 29 mm e outra de 15 mm e estabilidade das outras lesões tumorais hepáticas. Foi indicada a ablação percutânea por radiofrequência guiada por ultrassom destas duas lesões maiores.

Os tumores neuroendócrinos (TNE), antigamente chamados de carcinóides são neoplasias com origem nas células neuroendócrinas, ou células enterocromafins, células secretoras do sistema neuroendócrino, que são capazes de produzir uma variedade de peptídeos vasoativos hormonais neurotransmissores, neuromoduladores e neuropeptídios. Afeta todas as idades e sua incidência varia de estudo para estudo conforme a metodologia empregada, sendo descritos 3.000 novos casos/ano ou 1 caso novo por 1 milhão de habitantes e 1% em autópsias. As células neuroendócrinas são encontradas em todos os órgãos sólidos, pele e membranas mucosas, e, por esse motivo, os TNE podem originarse em diversos locais, sendo mais comuns mais comuns no trato gastrointestinal (TGI) em 55% dos casos; pulmão e/ou brônquios em 30% dos pacientes, sendo o restante frequente no timo e pâncreas dos pacientes. Podem ser benignos ou malignos. No trato digestivo a maioria dos TNE ocorrem no intestino delgado (45%, mais comum no íleo), seguido do reto (20%), apêndice (16%), colo (11%) e estômago (7%).e frequentes no TGI são: estômago, intestino delgado, apêndice e reto.

A histopatologia tumoral é fundamental para o diagnóstico, tem valor prognóstico, é importante no planejamento da conduta terapêutica, porém não tem valor no diagnóstico de malignidade que depende da presença de metástase ou invasão. Na maioria dos casos os tumores são bem diferenciados, com baixos índices de proliferação e de crescimento lento. As

metástases mais comuns são as hepáticas e mais raramente a óssea, pulmonar e linfática.

A meta do tratamento é a remoção cirúrgica do tumor com finalidade curativa ou como medida de alívio dos sintomas, controle do crescimento do tumor e manutenção/melhoria da qualidade de vida. Contudo, na maioria dos indivíduos com TNE pancreático ou de intestino delgado (**íleo**), a presença de doença metastática no momento do diagnóstico inviabiliza a ressecção completa ¹.

Metástase hepática de câncer neuroendócrino

Os tumores neuroendócrinos (TNEs) constituem um grupo diverso de neoplasias malignas com comportamento biológico variável, embora frequentemente indolente. O comportamento clínico e o prognóstico correlacionam-se estreitamente com a diferenciação histológica e o grau da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para pacientes com histologia de baixo grau (G1) ou grau intermediário (G2) e doença metastática, a sobrevida é altamente variável e pode depender de fatores não relacionados à histologia, como a localização do tumor primário. Por exemplo, a sobrevida em casos de doença carcinoide avançada é muito pior para pacientes com tumor primário originário do cólon e do pulmão (sobrevida global mediana de 7 e 17 meses, respectivamente) em comparação com o intestino delgado (sobrevida global mediana de 55 a 65 meses). Consequentemente, a avaliação do benefício comparativo entre as estratégias de tratamento é difícil, dadas as diversas histórias naturais dessas neoplasias.

A maioria dos pacientes com TNE avançado apresenta doença metastática hepática. O manejo desses pacientes é complexo e requer uma abordagem multidisciplinar, considerando a idade, o estado geral, os sintomas clínicos, a extensão e a biologia da doença. A ressecção cirúrgica proporciona um benefício claro, com alívio dos sintomas e sobrevida

favorável a longo prazo. **No entanto, a progressão da doença metastática hepática e a recorrência dos sintomas ocorrem em 85% a 95% dos pacientes.** Em casos de doença metastática hepática limitada e isolada, o transplante ortotópico de fígado (TOF) tem sido tentado; entretanto, o papel do TOF no TNE metastático ainda não está estabelecido e permanece controverso.

Os sintomas clínicos dependem de diversos fatores, incluindo a localização do tumor primário; a presença de tumores síncronos e metacrônicos; e a extensão e localização das metástases locais, regionais e à distância. Análogos da somatostatina (octreotida ou lanreotida) e quimioterapias citotóxicas são úteis no controle tanto do crescimento tumoral quanto dos sintomas relacionados a hormônios na doença metastática avançada.

A maioria dos pacientes apresenta doença metastática multifocal e bilobar, não sendo, portanto, candidatos à cirurgia e **com pouca probabilidade de se beneficiarem da ablação percutânea.** Entretanto, outras técnicas não cirúrgicas, denominadas genericamente procedimentos de tratamento loco-regional, têm sido usadas para extirpar estes tumores, quando a cirurgia não é possível. Exemplos destes procedimentos são: quimioembolização, a ablação por radiofrequência e a crioablação cirúrgica. A embolização arterial hepática (EAH), isoladamente ou como adjuvante à terapia medicamentosa, tem se mostrado uma técnica paliativa eficaz para pacientes com doença predominantemente hepática, com taxas de resposta, medidas pela diminuição da secreção hormonal, alívio dos sintomas e/ou resposta radiológica, geralmente superiores a 50%. Taxas semelhantes de resposta tumoral, palição dos sintomas e sobrevida foram observadas entre a embolização simples, a quimioembolização (cTACE e DEB-TACE) e a radioterapia interna seletiva (SIRT). Assim, a seleção adequada de pacientes é uma consideração importante para minimizar os efeitos colaterais

relacionados ao tratamento entre as opções terapêuticas para embolização arterial hepática EAH ².

O departamento de cirurgia do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nova York conduziu um estudo com 85 pacientes portadores de metástases hepáticas de tumores neuroendócrinos ³. Foram incluídos 37 homens e 48 mulheres, com idade mediana de 52 anos. Havia 41 tumores carcinoides, 26 tumores de células das ilhotas não funcionais e 18 tumores de células das ilhotas funcionais. Trinta e oito pacientes apresentavam metástases extra-hepáticas e, em 84% dos casos, as metástases hepáticas eram bilobares. Dezoito pacientes foram tratados com terapia medicamentosa ou cuidados paliativos, 33 pacientes foram submetidos a embolização arterial hepática (EAH) e 34 pacientes foram submetidos a ressecção hepática. A conclusão foi que as metástases hepáticas de tumores neuroendócrinos são melhor tratadas com uma abordagem multidisciplinar. Tanto a embolização arterial hepática (EAH) quanto a ressecção cirúrgica proporcionam excelente alívio dos sintomas hormonais e da dor. Em pacientes selecionados, a ressecção cirúrgica das metástases hepáticas pode prolongar a sobrevida, mas raramente é curativa ³.

Sobre a tecnologia

A ablação por radiofrequência (ARF) é uma técnica minimamente invasiva que utiliza o calor gerado por ondas eletromagnéticas para destruir tumores no fígado. Funciona com a inserção de uma agulha de ablação diretamente no centro do tumor, guiada por exames de imagem (como ultrassom ou tomografia). A sonda inserida emite energia de radiofrequência que eleva a temperatura local, causando a necrose (morte) das células cancerígenas.

O papel da ablação no tratamento de metástases hepáticas de tumores neuroendócrinos (TNE) permanece indefinido, embora seja amplamente

aceita como opção de tratamento paliativo em pacientes não candidatos à cirurgia e como adjuvante à ressecção cirúrgica em pacientes com doença oligometastática. Pacientes submetidos à ressecção quase sempre desenvolvem novos focos de doença metastática no remanescente hepático. Como a ressecção hepática repetida pode não ser viável devido à reserva hepática limitada, a ablação percutânea, em combinação com quimioterapia e análogos da somatostatina, pode proporcionar alívio dos sintomas clínicos e prolongar a sobrevida global. Diretrizes baseadas em consenso, elaboradas pela National Comprehensive Cancer Network, recomendam cirurgia citorrredutora e/ou ablação caso seja possível alcançar a erradicação quase completa da carga tumoral hepática.

A maioria dos relatos publicados sobre ablação tumoral são pequenos estudos de caso retrospectivos (<40 pacientes). A maior série incluiu 89 pacientes com TNE metastático hepático tratados com radiofrequência laparoscópica. Nessa coorte, uma média de 6 lesões (e até 16 lesões) foram tratadas em uma única sessão; a maioria dos pacientes (73%) apresentou alívio duradouro dos sintomas (mediana de 14 meses) ².

As Diretrizes de tratamentos oncológicos da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica apontam para um nível de evidência moderado (força de recomendação baixa) para a ablação por radiofrequência para tumores neuroendócrinos metastáticos para o fígado inoperáveis ou em progressão ou em complementação à cirurgia do manejo das lesões de difícil ressecabilidade⁴.

A Ressecção Hepática (Cirurgia de hepatectomia) tem cobertura obrigatória pelo Rol da ANS para o tratamento de tumores e metástases hepáticas, quando clinicamente indicado pela equipe médica. A ablação de metástases por radiofrequência ou micro-ondas está incorporada, mas possui diretrizes restritas às metástases de câncer colorretal.

Conclusão

A maioria dos pacientes com tumor neuroendócrino avançado apresenta doença metastática hepática e não há tratamento com finalidade curativa.

As metástases podem ser assintomáticas ou não. Quando sintomáticas, geralmente devido à produção de hormônios, requerem tratamentos no sentido de controlar os sintomas e de tentar estabilizar a doença e, assim, aumentar a sobrevida do paciente. Se assintomáticas, mas com expansão comprovada (aumento do volume e/ou do número de lesões metastáticas) também requerem tratamento com o mesmo objetivo. As terapias disponíveis na literatura são: quimioembolização, a ablação por radiofrequência e a crioablação cirúrgica e **não há evidências científicas robustas que sustentem a superioridade de uma técnica sobre a outra.**

Recomenda-se que o manejo de pacientes como o do presente auto seja realizado por uma equipe multidisciplinar, considerando a idade, o estado geral, os sintomas clínicos, a extensão e a biologia da doença.

Não há obrigatoriedade de autorização do procedimento solicitado por parte do plano de saúde.

Este NATJUS, portanto, considera **justificado com ressalvas** o pedido do presente auto.

IV – REFERÊNCIAS:

1) Araújo NAA, Pantaroto A, Oliveira CT. **Tumores neuroendócrinos: revisão de literatura. Perspectivas Médicas.** 2012;23(1):35-41. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243225435007>.

2) Wells SA, Hinshaw JL, Lubner MG, Ziemlewicz TJ, Brace CL, Lee FT Jr. **Liver Ablation: Best Practice.** Radiol Clin North Am. 2015 Sep;53(5):933-71. doi: 10.1016/j.rcl.2015.05.012. PMID: 26321447; PMCID: PMC6419975.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6419975/>.

3) Chamberlain RS, Canes D, Brown KT, Saltz L, Jarnagin W, Fong Y, Blumgart LH. **Hepatic neuroendocrine metastases: does intervention alter outcomes?** J Am Coll Surg. 2000 Apr;190(4):432-45. doi: 10.1016/s1072-7515(00)00222-2. PMID: 10757381.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10757381/>

4) SBOC. **Diretrizes de tratamentos oncológicos.** <https://sboc.org.br/wp-content/uploads/2026/01/Tumores-neuroendocrinos-bem-diferenciados-gastrointestinal.pdf> /Análise das vantagens e desvantagens da cirurgia videolaparoscópica em relação à laparotomia: uma revisão integrativa de literatura. Research, Society and Development, v. 10, n. 12, e157101220356, 2021.

(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20356>.
file:///C:/Users/p0108205/Downloads/dorlivete,+e157101220356.pdf

V – DATA:

21/05/2026

NATJUS – TJMG