

NOTA TÉCNICA 11129

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Unidade Jurisdicional do Juizado Especial - 3º JD

COMARCA: Divinópolis/MG

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0011129

IDADE: 41 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID H71

PEDIDO DA AÇÃO: Cirurgia de timpanomastoidectomia radical com monitorização neurofisiológica intraoperatória.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Acesso tempestivo pelo SUS a tratamento cirúrgico eletivo para tratamento de colesteatoma do ouvido médio esquerdo.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Considerando o procedimento cirúrgico solicitado nos autos, é imprescindível a monitorização e material solicitados?

R: Embora não seja imprescindível, a monitorização intraoperatória do nervo facial (MION) é amplamente recomendada como medida adjuvante para reduzir o risco de lesão do nervo facial durante timpanomastoidectomia radical em otite média colesteatomatosa, especialmente em casos de maior risco anatômico.

Existe outro procedimento/tratamento para a enfermidade da autora em substituição ao pleiteado nos autos?

R: Não, pois o tratamento indicado para o caso do presente auto é a mastoidectomia radical, que pode ser realizada com ou sem o uso da monitorização intraoperatória do nervo facial.

Quais os riscos inerentes à não realização de urgência do procedimento requerido e sem a utilização da monitorização?

R: A espera em fila de regulação para atendimento do SUS sem previsão ou definição de uma data para instituição do tratamento proposto pode

expor a paciente ao risco de complicações, como perda auditiva, mastoidite, paralisia facial, labirintite ou mesmo meningite ou abscesso cerebral. Realizar a mastoidectomia radical sem a monitorização neurofisiológica intraoperatória aumenta significativamente o risco de lesão iatrogênica (acidental) do nervo facial, o que pode resultar em paralisia facial temporária ou permanente.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente de 41 anos com histórico de otorreia, otalgia e hipoacusia em ouvido esquerdo devido a lesão expansiva do conduto auditivo externo. Realizada biopsia de ouvido que diagnosticou colesteatoma em ouvido médio esquerdo. Há o relato da realização do exame de tomografia computadorizada dos ossos temporais que evidenciou lesão expansiva em conduto auditivo externo. Avaliada por especialistas que indicaram a abordagem cirúrgica para ressecção da lesão (timpanomastoidectomia radical) com o uso da monitorização neurofisiológica intraoperatória com o objetivo de se mitigar o risco de lesão do nervo facial durante a cirurgia. Consta que a paciente tentou acesso para cirurgia eletiva pelo SUS tendo sido negada pelo município a monitorização neurofisiológica intraoperatória. Por este motivo a paciente provavelmente ainda não tenha sido inserida formalmente no fluxo regulatório do SUS e submetida à categorização de prioridade conforme análise de seu quadro clínico.

A Otite Média Crônica (OMC) Supurativa é um processo inflamatório da mucosa do ouvido médio que se prolonga por mais de dois meses e apresenta perfuração timpânica, com ou sem otorrêia persistente. A Otite Média Crônica Simples é uma condição em que a maioria dos pacientes apresentam otorrêia intermitente, através da perfuração timpânica geralmente causada por quadros infecciosos de vias aéreas superiores. A otorrêia é tratada clinicamente ou até mesmo observa-se a remissão espontânea. Um exemplo seria a perfuração da membrana timpânica pós otite média aguda. A otite média crônica supurada não colesteatomatosa é mais frequente em certas populações e grupos raciais,

podendo ocorrer devido a alteração do sistema imune ou por pouca aeração da mastóide. É também um processo que pode se iniciar a partir de uma otite média aguda que sofre uma perfuração e/ou otorréia persistente, levando assim a um quadro crônico. Já a otite média crônica supurada colesteatomatosa tem por definição o acúmulo de tecido estratificado queratinizado no ouvido médio. O diagnóstico basicamente é realizado através dos sintomas que são a supuração persistente acompanhada muitas vezes por otorragia e odor fétido, dos sinais encontrados à otomicroscopia que são a presença de tecido de granulação e/ou tecido branco peroláceo e/ou tecido escamoso dentro da perfuração e/ou pólipos na sua grande maioria vindos da região atical e, é auxiliado pela tomografia computadorizada onde observa-se a destruição da mastóide, sendo este um bom exame para auxiliar na programação cirúrgica. **O tratamento da OMC supurada é cirúrgico**, porém em relação ao controle da otorréia deve-se tentar orientações gerais quanto a proteção auricular da água, higiene, aspirações via meato acústico externo, antibióticos tópicos (polimixina B, cloranfenicol, rifampicina e quinolonas) e antibióticoterapia sistêmica nos casos de complicações. **O tratamento de escolha da Otite Média Crônica Simples é a timpanoplastia ou dependendo do caso a timpanoplastia associada a uma mastoidectomia. No caso da Otite Média Crônica Supurada não Colesteatomatosa, a timpanoplastia com mastoidectomia é a mais utilizada.** ¹.

A timpanoplastia é frequentemente combinada com a mastoidectomia sempre que existe a possibilidade de restaurar alguma audição funcional sem comprometer a remoção cirúrgica da doença. Estudos observacionais demonstraram que o sucesso da cirurgia depende de vários fatores (idade, habilidade técnica do cirurgião, presença de secreção na orelha média, tipo de mastoidectomia realizada e técnica de reconstrução da orelha média. A taxa de sucesso para o fechamento de uma perfuração timpânica com enxerto pode variar de 90% a 95%. O déficit auditivo pode ser corrigido em cerca de 50% a 70% das orelhas operadas. O acompanhamento prospectivo de longo prazo de uma população de alto risco (93 crianças aborígenes) que recebeu

timpanoplastia (6% também receberam mastoidectomia) constatou que, no acompanhamento mediano de 103 meses após a timpanoplastia, 60% tinham membranas timpânicas intactas e audição normal, enquanto 18% não ².

Os dois procedimentos cirúrgicos são ofertados pelo SUS. O código 04.04.01.021-0 – (**mastoidectomia radical**) consiste no procedimento cirúrgico da retirada da parede posterior do conduto auditivo externo, combinada com retirada do tímpano, martelo, bigorna e mucosa de orelha média e oclusão da tuba auditiva, mantendo o estribo, visando a remoção do tecido doente no ouvido, normalmente uma inflamação crônica ou um colesteatoma, através da abertura das células aéreas da mastoide fazendo com que o ouvido e a mastoide se tornem uma só cavidade. Já o código 04.04.01.035-0 – (**timpanoplastia** uni / bilateral) consiste no procedimento cirúrgico realizado para reconstrução do tímpano que tenha sofrido perfuração, utilizando enxerto e para reconstrução da cadeia ossicular, uni ou bilateralmente, utilizando qualquer técnica. ³

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) aprovou a incorporação da Monitorização Intraoperatória Neurofisiológica (MION) no âmbito do SUS para pacientes com tumor cerebelopontino submetidos à cirurgia de exérese tumoral com alto risco de sequelas neurológicas. Porém, a monitorização intraoperatória do nervo facial deve ser interpretada à luz da mesma finalidade, qual seja, a prevenção do risco de lesão neural e sequelas neurológicas.

A monitorização intraoperatória do nervo facial (MION) é amplamente recomendada como medida adjuvante para reduzir o risco de lesão do nervo facial durante timpanomastoidectomia radical em otite média colesteatomatosa, especialmente em casos de maior risco anatômico (erosão/deiscência do canal facial, colesteatoma extenso, cirurgia revisional).

Em uma série retrospectiva de 262 casos de cirurgia de ouvido médio/mastóide em que o monitoramento foi realizado por um neurofisiologista mostrou que a monitorização eletromiográfica ajudou a localizar o nervo facial, guiar a dissecação/fresagem e confirmar sua integridade. Um limiar de

estimulação elétrica <1 V foi mais sensível para detectar deiscência óssea do que a inspeção visual ao microscópio (36% dos casos tiveram deiscência eletrofisiológica versus apenas 13% visualmente confirmada). A função facial pós-operatória foi preservada em todos os casos com função pré-operatória normal.⁴

Um estudo prospectivo com 52 procedimentos otológicos encontraram que o nervo facial seguia trajeto anatômico inesperado em 7,8% dos pacientes e era de difícil identificação em 39,2%. Em 66,7% dos casos considerados de alto risco (doença crônica ou cirurgia prévia — cenário compatível com colesteatoma), os cirurgiões relataram que a monitorização reduziu o risco de lesão do nervo em 100% dessas situações, sem nenhum paciente apresentando paresia facial pós-operatória.⁵

Arias-Marzán e colaboradores avaliaram em 57 intervenções a concordância entre inspeção intraoperatória, tomografia computadorizada e achados neurofisiológicos em pacientes com colesteatoma, reforçando que limiares de estimulação <1 V (ou $<0,29$ mA no segmento timpânico e $<0,41$ mA na mastoide, conforme outros grupos) indicam deiscência do canal facial e maior risco, e que a EMG contínua em varredura livre permite detectar compressão ou laceração do nervo durante a remoção da mucosa/matriz do colesteatoma.⁶

Uma Revisão Sistemática publicada em 2025 sobre monitorização intraoperatória do nervo facial (MION) do nervo facial em cirurgia de base de crânio confirma a EMG livre e estimulada (FEMG) como a modalidade mais utilizada (80,5% dos estudos), reforçando seu papel consolidado na preservação funcional, embora o foco predominante seja cirurgia de base de crânio/ângulo pontocerebelar mais do que mastoidectomia isolada.⁷

Considerando que foi indicado por médico especialista um procedimento cirúrgico que está disponível no SUS, o presente caso é questão estritamente relacionada à gestão em saúde pública. Não há registros que indiquem que a paciente se encontre aguardando em fila para tratamento no SUS. A priorização do caso concreto em relação aos demais pacientes, cabe à central

de regulação, considerando as peculiaridades de cada caso.

Até o momento, a condição de saúde descrita para a paciente (otite média crônica colesteatomatosa refratária ao tratamento medicamentoso), não caracteriza situação de urgência médica, conforme definição em resolução do Conselho Federal de Medicina ⁸, porém, a espera em fila de regulação para atendimento do SUS sem previsão ou definição de uma data para instituição do tratamento proposto pode expor a paciente ao risco de complicações, como perda auditiva, mastoidite, paralisia facial, labirintite ou mesmo meningite ou abscesso cerebral.

Este NATJUS considera, portanto, a presente demanda como **justificada**.

IV – REFERÊNCIAS:

1) BJORL. **Consenso Sobre Otite Média** - Parte 4.

http://oldfiles.bjorl.org/suplementos/detalhes_debates.asp?id=81

2) Morris P. **Chronic suppurative otitis media**. BMJ Clin Evid. 2012 Aug 6;2012:0507. PMID: 23870746; PMCID: PMC3412293.

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3412293/#BMJ_0507_I16

3) SIGTAP DATASUS. [http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-](http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/seg/procedimento/exibir/0404010350/05/2026)

[unificada/app/seg/procedimento/exibir/0404010350/05/2026](http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/seg/procedimento/exibir/0404010350/05/2026)

4) Noss RS, Lalwani AK, Yingling CD. **Facial nerve monitoring in middle ear and mastoid surgery**. Laryngoscope. 2001 May;111(5):831-6. doi: 10.1097/00005537-200105000-00014. PMID: 11359161.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11359161/>

5) Casano K, Giangrosso G, Mankekar G, Sevy A, Mehta R, Arriaga M. **Additional Benefits of Facial Nerve Monitoring during Otologic Surgery**. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020 Sep;163(3):572-576. doi: 10.1177/0194599820915458. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32283984.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283984/>

6) Arias-Marzán F, de Lucas-Carmona G, Pacheco Coronel ER, et al. **Facial**

canal dehiscence in patients with cholesteatoma: concordance between intraoperative inspection, computed tomography and neurophysiological findings. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology : Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies : Affiliated With the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery. 2019.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00405-019-05416-6>

7) Zachem TJ, Bello A, Lee B, Luo E, Woo J, Yoo S, Duerr E, Massat E, Hunter A, Yamamoto K, Adil SM, Kaplan S, Hachem RA, Husain AM, Codd PJ, Zomorodi A, Goodwin CR, Abdelgadir J. **Current state of intraoperative neuromonitoring of the facial nerve during skull base surgery: A systematic review.** J Clin Neurosci. 2025 Oct;140:111525. doi: 10.1016/j.jocn.2025.111525. Epub 2025 Aug 5. PMID: 40753669.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40753669/>

8) Resolução CFM Nº 1.451/1995.

V – DATA:

07/10/2026

NATJUS – TJMG