

Data: 13/06/2016

RT 17 /2016

Solicitante: Juiz de Direito Arnaldo Assis Ribeiro Júnior

Número do processo: 9018331.06.813.0024

Autor: A.P.S./C.L.P.S.

Réu: Vitallis Saúde S/A

Medicamento	
Material	
Procedimento	X
Cobertura	

TEMA: MAMOPLASTIA REDUTORA

Sumário

1. Demanda	2
2.Contexto	4
3.Pergunta estruturada	4
4. Descrição da tecnologia solicitada	5
5. Revisão da literatura.....	5
6. Disponibilidade na ANS.....	7
7. Recomendação	7
Referências	8

1. Demanda

De: "Belo Horizonte - JESP Consumo - 5a. Secretaria" <jconsumo5secretaria@tjmg.jus.br>

Para: natssaude@nats.hc.ufmg.br

Enviadas: Terça-feira, 7 de junho de 2016 12:50:53

Assunto: Informaçãoestécnicassobreprocedimentocirúrgico

Boa tarde,

Segue renovação de ofício solicitando informações técnicas acerca de procedimento cirúrgico, visando análise do pedido de liminar.

Att.

RELATÓRIOS MÉDICOS



RENATA TAVARES
Cirurgia Plástica Estética e Reconstructora

Dra. Renata Pereira Tavares
Cirurgiã Plástica - CRM-MG 47.508

Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

Consultório: (31) 2514-5777

Celular: (31) 9907-4077

E-mail: contato@renatatavares.com.br

Endereço: Rua Aimorés, 2480/10º andar - Santo Agostinho - BH/MG

Relatório Médico

Atendo, para as devidas fins, que
[redacted], 17 anos, apresenta
Spondilomielomielose. Tal alteração interfere
negativamente na realização de suas
atividades diárias habituais, provo-
cando ainda dor e desconforto
na região das costas e ombros,
alteração da postura normal,
podendo a mesma, futuramente,
se alterar na coluna dorsal.
Paciente deseja e necessita se
submeter a uma Mioroplastia
reduzora mio-estática. Solicito
autorização no convênio para
que o procedimento seja realizado.



RECEITUÁRIO



PARA:

RELATÓRIO MÉDICO

TRATA-SE DE PACIENTE DE 17 ANOS EM TRATAMENTO POR MICROPROLACTINOMA EM USO DE CABERGOLINA 0,5MG 3X/SEMANA EM BOM CONTROLE DA DOENÇA. DESEJA MAMPLASTIA REDUTORA E NÃO APRESENTA CONTRA-INDICAÇÕES AO PROCEDIMENTO DO PUNTO DE VISTA ENDOCRINOLÓGICO. A MEDICAÇÃO DEVE SER MANTIDA EM TODO O PROCESSO SEM INTERRUPÇÕES. ORIENTO OS RISCOS DE RECIDIVA CASO HAJA NOVO AUMENTO IMPORTANTE DE PROLACTINA, POR ISSO A IMPORTÂNCIA DE MANTER O TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO REGULAR.

À DISPOSIÇÃO

ATT

30/10/2015


Dra Marina Fontes Xavier
CRM-MG 45842

2.Contexto

Trata-se de paciente com relato de microprolactinoma, em uso regular de cabergolina com bom controle da doença. Também tem, segundo médica assistente cirurgiã plástica “gigantomastia”, o que a impede de realizar atividades habituais e lhe causa dor e desconforto nas costas, ombros e alteração da postura.

Não foram especificadas as características da mama da autora.

3.Pergunta estruturada

Há relação causal entre dor nas costas (dorsalgia, lombalgia) e hipertrofia mamária? A correção da hipertrofia mamária por meio da cirurgia plástica leva a melhora da dor nas costas?

P: pacientes com hipertrofia mamária e dor e desconforto nas costas

I: correção cirúrgica da hipertrofia mamária- mamoplastia redutora

C: outros tratamentos para dor nas costas: analgésicos, perda de peso, educação postural, fisioterapia motora, cessação do tabagismo.

D: melhora de dor nas costas em longo prazo (anos), ausência da recorrência de dor.

4. Descrição da tecnologia solicitada

A mamoplastia redutora é uma cirurgia plástica para reduzir o tamanho dos seios. Não é considerado procedimento de urgência. É procedimento comum na cirurgia plástica, sendo umas das cirurgias mais frequentemente realizadas nos seios da mulher. Há várias técnicas descritas para a realização do procedimento. Não é um procedimento isento de riscos, podendo levar a infecção e hematoma no pós-operatório e, tardiamente, a insatisfação como procedimento, perda de sensibilidade e cicatrizes hipertróficas. ⁶

5. Revisão da literatura

A hipertrofia da mama é condição médica rara dos tecidos conectivos da mama. Há várias definições na literatura para esse problema, a maioria leva em conta o peso das mamas ^{1,2}:

- Peso da mama excedendo 3% do peso corporal;
- Peso da mama de mais de 1,5 Kg;
- Macromastia: peso da mama até 2,5kg e Gigantomastia: peso da mama de mais de 2,5 Kg.

Os sinais físicos e os sintomas notados pelas pacientes com hipertrofia mamária incluem cefaléia, dor nos ombros, dorsalgia, intertrigo. Os efeitos psicossociais relatados incluem dificuldade em participar de esportes, de encontrar roupas que sirvam e baixa autoimagem. ³

O microprolactinoma é tumor benigno da glândula hipófise com menos de 10mm de diâmetro, que produz um hormônio denominado prolactina. A prolactina pode levar a produção de leite, ausência de menstruação, infertilidade, perda de pelos axilares e pubianos e, em homens, a

hipogonadismo, crescimento das mamas e disfunção erétil. Não há descrição na literatura médica da hipertrofia mamária ser um sintoma do microprolactinoma.⁴

A dor na coluna vertebral frequentemente é de origem músculo esquelética e muito influenciada por fatores psicossociais, que predizem fortemente a incapacidade causada pela dor em longo e curto prazos.⁵

Apesar do relato frequente de dor nas costas e alterações posturais em mulheres com hipertrofia mamária, a literatura sobre o tema não é muito esclarecedora. Em pesquisa recente na base de dados médicos PUBMED, não foram encontrados estudos que pudessem estabelecer relação causal^a direta entre o aumento das mamas e a queixa de dor nas costas. Há apenas relatos de casos e séries de casos apontando que é frequente a queixa de dor nas costas nas mulheres com hipertrofia mamária. Também não foi encontrado estudo com desenho adequado^b para avaliar a eficácia da mamoplastia redutora na melhora da dorsalgia em pacientes com hipertrofia mamária. A maioria dos estudos são de relatos de casos clínicos.⁶

Um estudo comparativo realizado na Universidade Federal de São Paulo reuniu, de maneira consecutiva, 100 pacientes com hipertrofia mamária entre 18 e 55 anos e as dividiu em dois grupos: grupo A (50 pacientes) e grupo B (50 pacientes). As pacientes do grupo A foram imediatamente submetidas a cirurgia de redução mamaria e as do grupo B foram colocadas em lista de espera (grupo controle). Foi medida a dor e a funcionalidade de todas as pacientes por meio de questionários no começo do estudo e após seis meses. Oito das 100 pacientes não completaram o estudo. Das que permaneceram no estudo houve relato de melhora na intensidade média da dor e da funcionalidade nas submetidas a cirurgia.⁷ Esse relato de melhora da dor e função, no entanto, deve ser analisado com cuidado, pois são parâmetros subjetivos, que podem ter sido influenciados pela intervenção em si (efeito placebo). Há o fato também, do outro grupo não ter sido tratado com o que é recomendado normalmente nesses casos, que é a fisioterapia e medicação analgésica. Assim, os resultados desse estudo são muito questionáveis.

^aEstudos que estabelecem relação causal são estudos de coorte e caso-controles.

^bEstudo para estabelecer eficácia de procedimentos devem ser ensaios clínicos randomizados controlados.

6. Disponibilidade na ANS

Não há cobertura para procedimentos estéticos no rol da ANS.

7. Recomendação

O microprolactinoma não apresenta como sintoma a hipertrofia mamária. A gênese da dor e desconforto na coluna é multifatorial (várias causas possíveis) e influenciada por fatores psicossociais, não havendo nenhum estudo que mostre de maneira direta e irrefutável a relação causal entre hipertrofia da mamas e dorsalgia. Ainda, a literatura de que a cirurgia redutora melhora a dor em pacientes com hipertrofia mamária é fraca, insuficiente para recomendar esse procedimento como terapia para dorsalgia. Portanto, não há evidências robustas para se indicar o procedimento de mamoplastia redutora visando melhorar as dores, desconforto nas costas. Não foram especificadas as características da mama da autora.

- Trata-se de paciente requerendo procedimento estético. Não é procedimento de caráter urgente.
- Tratamento não tem indicação clínica exclusivamente para proteção à saúde ou interferência na funcionalidade das atividades cotidianas.
- Não é possível avaliar o potencial dano psicológico.

Referências

1. Dafydd, H.; Roehl, K.R.; Phillips, L.G.; Dancey, A.; Peart, F.; Shokrollahi, K. Redefining gigantomastia. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* (2011). **64** (2): 160–3
2. To Wo Chiu (2011). *Stone's Plastic Surgery Facts and Figures* (3rd ed.). Cambridge University Press. p. 188.
3. Chadbourne EB, Zhang S, Gordon MJ, Ro EY, Ross SD, Schnur PL, Schneider-Redden PR. Clinical outcomes in reduction mammoplasty: a systematic review and meta-analysis of published studies. *Mayo Clin Proc.* 2001 May;76(5):503-10
4. Wong A, Eloy JA, Couldwell WT, Liu JK. Update on prolactinomas. Part 1: Clinical manifestations and diagnostic challenge. *J Clin Neurosci.* 2015 Oct;22(10):1562-7. doi: 10.1016/j.jocn.2015.03.05
5. Stephanie G Wheeler, Joyce E Wipf, Thomas O Staiger, Richard A Deyo. Approach to the diagnosis and evaluation of low back pain in adults. Disponível em uptodate.com.br. Last literature review version 19.2: Maio 2011 | This topic last updated: Junho 7, 2011.
6. McMahan JD, Wolfe JA, Cromer BA, Ruberg RL. Lasting Success in Teenage Reduction Mammoplasty. *Annals of Plastic Surgery.* September 1995;35(3):227–231.
7. Freire M, Neto MS, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Functional capacity and postural pain outcomes after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2007 Apr 1;119(4):1149-56;

Anexo 1 – Pirâmide das evidências



Pirâmide da evidência. Fonte: adaptado de Chiappelli et al