

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Juizado Especial da Fazenda Pública - 1º UJ - 1º JD

COMARCA: Ipatinga

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005195

IDADE: 51 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: M 75.1

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento de cirurgia Tenoplastia de tendão (Reparo no manguito rotador)

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Procedimento de cirurgia de reparo de rotura do manguito rotador de ombro direito

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 54.518

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

1) O tratamento postulado tem indicação para o tratamento proposto? 2) Há pedido de inclusão do tratamento nos protocolos clínicos do SUS? Se já foi analisado o pedido, qual a conclusão do parecer? 3) Qual a competência administrativa para o fornecimento do tratamento objeto da ação (União, Estado ou Município)? 4) Todas as alternativas terapêuticas atualmente disponíveis no SUS já foram tentadas? Em caso negativo, qual é tratamento ainda não tentado? Há contraindicação ao tratamento não tentado levando-se em conta as demais condições clínicas do paciente? 5) Há evidência científica de que o uso do tratamento postulado tem resposta satisfatória e/ou superior aos tratamentos disponíveis no SUS? 6) O tratamento postulado impõe risco à saúde da paciente (efeitos colaterais severos, comorbidades, toxicidade, etc)? 7) A demora na realização do procedimento/tratamento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde da paciente? 8) Há risco de morte? 9) Outras informações consideradas úteis na análise jurídica do caso.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos, datado de 08/11/2022, 24/11/2022,

30/03/2023, trata-se de FAM, **51 anos**, com **diagnóstico lesão do manguito rotador**. História de **trauma em ombro direito em 03/2022**, desde então **com limitação funcional**. Ao **exame físico: sem sinais de capsula adesiva, JOBE pos DIR**; sinais de **hipertrofia de deltóide e dor a mobilização**, sendo submetido a **fisioterapia sem melhora da dor**. **RM de ombro direito de 06/22 de rotura transfixante do supraespinhal junto as fibras intermediárias/anteriores, tendinopatia de sub e infraescapular, bursite. USG de ombro rotura do supra espinhal**. Apresenta **dor crônica e limitação pra elevação e rotação do braço D, com ADM com dor e crepitação e derrame articular. Necessita de tratamento cirúrgico, com urgência, fora do domicílio, de reparo do manguito rotador do ombro direito, com risco de piora da lesão e resultado do tratamento.**

As lesões do manguito rotador (**LMR**) são uma fonte significativa de dor e disfunção do ombro. Representam um espectro de doenças que vão de uma tendinite aguda a uma lesão maciça comprometendo todos seus componentes. Ocorrem principalmente em pacientes ao redor dos **40-60 anos e podem ser de origem traumática ou degenerativa**. Estudos epidemiológicos relacionam o aumento da frequência das lesões com o avançar da idade. Sua prevalência é alta e varia de 7 a 40%, aumentando de acordo com a idade. A incidência de **lesões completas varia entre 5% e 40%**. A literatura mostra uma possibilidade real de evolução das lesões parciais. Com o avanço tecnológico dos métodos de diagnóstico, passaram-se a detectar, com mais precisão, as lesões parciais, da mesma forma que se determina o prognóstico das lesões crônicas por meio de seu padrão e da degeneração gordurosa da massa muscular. Sua **patogênese é ainda obscura, mas acredita-se seja multifatorial, resultante de causas intrínsecas com lesão degenerativa intra-substancial ou tendinose, causada por idade avascularidade, ou/e sobrecarga de uso; e causas extrínsecas secundárias a traumas, por excesso de uso ou tensão**. Tais fatores levam à falência de suas fibras e conseqüente diminuição funcional.

A dor é o principal sintoma, já que é a afecção mais frequente causadora de dor durante as atividades cotidianas e tem maior prevalência em mulheres e no lado dominante. Habitualmente, ela se localiza na região ântero-lateral do ombro e face lateral do braço e sua intensidade é variável. A maioria dos pacientes se queixa de dor noturna e dificuldade ou incapacidade de deitar-se sobre o lado afetado, sendo este um aspecto muito característico e constante da LMR. A anamnese minuciosa é fundamental destacando o tempo de evolução e as características dos sintomas, o tipo de ocupação profissional ou de prática esportiva, a história de um ou mais eventos traumáticos e tratamentos prévios (fisioterapia, infiltrações, etc.), a dominância, a idade e o sexo. A presença de assimetrias das cinturas escapulares, atrofia das fossas supra e infra-espinhais, cicatrizes e deformidades da coluna cervicotorácica mensuração das amplitudes ativas e passivas dos ombros é imprescindível para a diferenciação com outras lesões. Crepitações à rotação passiva do ombro, muitas vezes dolorosa, é também bastante sugestiva e característica. Os sinais de irritação do manguito rotador podem ser demonstrados por diversas manobras: as de Neer, Hawkins e Yochum para o impacto ântero-superior e as de Speed (palm-up test), Yergason e O'Brien para o bíceps e a âncora do bíceps. Um arco doloroso de 60° a 120° de abdução no plano da escápula é também um sinal irritativo. Algumas manobras permitem avaliar componentes específicos do manguito rotador: o teste de Jobe para o supraespinhoso, os testes de Gerber (lift-off e o belly-press) e o aumento da rotação externa em abdução para o subescapular e o teste de Patte para o infra-espinhoso e o redondo menor. Os sinais da cancela (incapacidade de manter a rotação externa máxima ativa em adução) e o "hornblow sign" ou sinal do chifre caído, incapacidade de manter a rotação externa máxima ativa em abdução de 90°, demonstram lesões dos rotadores externos e estão geralmente presentes em lesões maciças crônicas irreparáveis. **Os métodos de imagem:** radiografias, artrografia, ultra-sonografia, ressonância magnética e artroressonância

magnética, permitem o diagnóstico de lesões parciais articulares e lesões completas. A ressonância magnética é considerada como método mais acurado para a detecção das lesões e para a avaliação da sua extensão, da qualidade do tecido remanescente e da quantificação da degeneração gordurosa dos ventres musculares do manguito rotador que é fator prognóstico importante da LMR, já que a lesão irreparável ocorre conforme o grau de infiltração gordurosa da articulação, e não devido ao tamanho da lesão.

Não há ainda um método adequado de tratamento e não existem estudos com alto nível de evidência que demonstrem qual a melhor conduta a ser tomada nas LMR. A população acometida é muito variável e heterogênea, com faixas etárias, níveis de atividade, expectativa, intensidade de sintomas e graus de incapacidade muito diferentes. A identificação e a correção da causa ou das causas das lesões é muito importante. Os riscos e benefícios do tratamento cirúrgico e não-cirúrgico devem ser considerados e discutidos com o paciente. O tratamento conservador oferece a vantagem de evitar a cirurgia e as suas complicações inerentes (infecção, lesões nervosas e do deltóide). Suas desvantagens: possibilidade de recorrência dos sintomas e, mais importante, o agravamento da lesão e alterações degenerativas crônicas (atrofia, degeneração gordurosa e retração dos tendões) que poderiam complicar um eventual tratamento cirúrgico futuro e influenciar negativamente na qualidade de seu resultado final. O tratamento cirúrgico oferece a possibilidade de alívio da dor e, possivelmente, a prevenção de alterações crônicas. A depender do tipo de lesão ocorrida, o tratamento clínico com fisioterapia e mudanças de estilo de vida pode postergar o declínio funcional do manguito rotador. Todavia, em indivíduos que sofreram ruptura completa em algum tendão do manguito, o tratamento clínico não alcança bons resultados e indica-se o reparo cirúrgico. A pior complicação que um paciente operado por LMR pode evoluir é a rerruptura do tendão, que necessita de nova

intervenção cirúrgica. **O tratamento conservador consiste na combinação das seguintes modalidades infiltração de corticosteróides; antiinflamatórios não-esteróides e ultra-som; fonoforese; cinesioterapia.** A cinesioterapia é a parte mais importante do tratamento não-cirúrgico, sendo dividida em duas fases a de exercícios de alongamento com o objetivo de obter a recuperação completa das amplitudes do movimento e a de exercícios de reforço para o manguito rotador e os estabilizadores da escápula e, posteriormente, para o deltóide. **O tratamento cirúrgico varia desde o desbridamento da lesão, capsulotomia, à ressecção da mesma e reparo tendão-tendão ou tendão-osso, com ou sem acromioplastia, conforme o tipo de lesão. Pode ser realizado por via aberta convencional transdeltóidea, artroscopicamente assistido (técnica do mini-open) ou por via totalmente artroscópica** que tem vantagem menor morbidade e desconforto pós-operatório e possibilidade de um completo inventário articular e subacromial, visualizando e, se necessário, tratando todas as possíveis lesões associadas. **São candidatos ao tratamento cirúrgico as lesões parciais (não-transfixantes) com insucesso após um tratamento não-cirúrgico bem conduzido; as lesões bursais; as lesões tendinhas mas articulares; as lesões articulares por impacto póstero-superior em atletas arremessadores e as completas (transfixantes).** A localização, a espessura e as dimensões da lesão ditarão o procedimento a ser realizado. As lesões maciças não significam, necessariamente, irreparabilidade. **Pacientes mais jovens podem se beneficiar de tratamento artroscópico ou aberto (desbridamento das bordas da lesão, sinovectomia e tenotomia da cabeça longa do bíceps, se degenerada ou luxada; transposição muscular) com alívio satisfatório da dor.**

No Sistema Único de Saúde (SUS) o tratamento cirúrgico da LMR, encontra-se descrito e disponível no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAB), na modalidade hospitalar eletivo, de complexidade média, como procedimento de

reconstrução dos tendões que compõem o manguito rotador, seja por tenorrafia, transposição tendinoso, descompressão por via aberta ou videoartroscópica conforme códigos abaixo.

Procedimento Principal		Procedimento Especial		
Código	Descrição	Código	Descrição	Quant
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	1

Conclusão: trata-se de paciente de **51 anos**, com **diagnóstico lesão do manguito rotador**. História de **trauma em ombro direito em 03/2022**, desde então com **limitação funcional**. Ao exame físico: **sem sinais de capsule adesiva, JOBE pos DIR**; sinais de **hipertrofia de deltóide** e **dor a mobilização**, sendo submetido a **fisioterapia sem melhora da dor**. **RM de ombro direito de 06/22 de rotura transfixante do supraespinhal junto as fibras intermediárias/anteriores, tendinopatia de sub e infraescapular, bursite. USG de ombro rotura do supra espinhal**. Apresenta **dor crônica e limitação pra elevação e rotação do braço D, com ADM com dor e crepitação e derrame articular. Necessita de tratamento cirúrgico, com urgência, fora do domicílio, de reparo do manguito rotador do ombro direito, por risco de piora da lesão resultado do tratamento**.

As **LMR** são fonte significativa de dor e disfunção do ombro variando de uma **tendinite aguda a uma lesão maciça** comprometendo todos seus componentes. **Ocorrem principalmente em pacientes ao redor dos 40-60 anos e podem ser de origem traumática ou degenerativa**. Sua **patogênese é ainda obscura**. A dor é o **principal sintoma**, principalmente durante as atividades cotidianas, sendo mais prevalente em mulheres e no lado dominante.

Não há ainda um método adequado de tratamento e não existem estudos com alto nível de evidência que demonstrem qual a melhor conduta a ser tomada nas **LMR**. A identificação e a correção da causa ou

das causas das lesões é muito importante. **Os riscos e benefícios do tratamento cirúrgico e não-cirúrgico devem ser considerados e discutidos com o paciente.** O tratamento conservador oferece a **vantagem de evitar a cirurgia** e as suas complicações inerentes. Suas **desvantagens: possibilidade de recorrência dos sintomas e, mais importante, o agravamento da lesão e alterações degenerativas crônicas.** O tratamento cirúrgico oferece a possibilidade de alívio da dor e, possivelmente, a **prevenção de alterações crônicas.** A depender do **tipo de lesão ocorrida, o tratamento clínico com fisioterapia e mudanças de estilo de vida pode postergar o declínio funcional do manguito rotador.** Todavia, na **ruptura completa em algum tendão do manguito, o tratamento clínico não alcança bons resultados e indica-se o reparo cirúrgico.** O tratamento cirúrgico varia de **desbridamento da lesão, capsulotomia, à ressecção da mesma e reparo tendão-tendão ou tendão-osso, com ou sem acromioplastia, conforme o tipo de lesão.** Pode ser realizado por **via aberta convencional transdeltóidea, artroscopicamente assistido ou por via totalmente artroscópica.** São **candidatos ao tratamento cirúrgico as lesões parciais (não-transfixantes) com insucesso após um tratamento não-cirúrgico bem conduzido; lesões bursais; lesões tendinhas mas articulares; lesões articulares por impacto pósterio-superior de atleta arremessador e lesões completas (transfixantes).** A **localização, espessura e dimensões da lesão ditarão o procedimento a ser realizado.**

No SUS o tratamento cirúrgico da LMR, encontra-se descrito e disponível no SIGTAB, como procedimento de reconstrução dos tendões que compõem o manguito rotador, por meio de tenorrafia, transposição tendinoso e descompressão por via aberta ou videoartroscópica códigos respectivos 04.08.01.014-2 e 04.08.06.071-9. Este procedimento é considerado de média complexidade, cabendo ao município prover os fluxos necessários a sua realização.

Assim sendo, o caso em tela não trata de solicitação de

tratamento/procedimento que seja diverso ou não contemplado pelo SUS e que requeira avaliação de imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS, mas trata-se de tratamento disponível no SUS, sendo necessário a melhor articulação de fluxos para sua realização, competência esta, como já dito, do gestor local Ipatinga.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1- Vieira FA, Olawa PJ, Belangero PS, Arliani GG, Figueiredo EA, Ejnisman B. Lesão do manguito rotador: tratamento e reabilitação. Perspectivas e tendências atuais. **Rev Bras Ortop.** 2015;50(6):647–51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/VWP88CCXXnJK97DNNTGqRbm/?lang=pt>.
- 2- Andrade RP, Correa Filho MRC, Queiroz BC. Lesões do manguito rotador. **Rev Bras Ortop.** 2004;39(11/12): Disponível em: <https://www.rbo.org.br/detalhes/26/pt-BR/lesoes-do-manguito-rotador>.
- 3- Ejnisman B, Andreoli CV, Soares BG, Fallopa F, Peccin MS, Abdalla RJ, Cohen M. Interventions for tears of the rotator cuff in adults. **Cochrane Database Syst Rev.** 2004;1:CD002758. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464935/>.
- 4- Millett PJ, Warth RJ, Dornan GJ, Lee JT, Spiegl UJ. Clinical and structural outcomes after arthroscopic single-row versus double-row rotator cuff repair: a systematic review and meta-analysis of level I randomized clinical trials. **J Shoulder Elbow Surg.** 2014;23(4):586–97. Disponível em: [https://www.jshoulderelbow.org/article/S1058-2746\(13\)00532-6/fulltext](https://www.jshoulderelbow.org/article/S1058-2746(13)00532-6/fulltext).
- 5- Green A. Chronic massive rotator cuff tears: evaluation and treatment. **J Am Acad Orthop Surg.** 2003;11:321-31. Disponível em: https://journals.lww.com/jaaos/Fulltext/2003/09000/Chronic_Massive_Rotator_Cuff_Tears___Evaluation_and.5.aspx.
- 6- Ministério da Saúde. DataSUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAB. Acessada em 17/12/2021. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

V – DATA:

01/08/2024 NATJUS – TJMG