

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juiza de Direito Dra. Sônia Maria Fernandes Marques

**PROCESSO Nº.:** 50038438820218130073

**CÂMARA/VARA:** Juizado Especial

**COMARCA:** Bocaiuva

### **I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:**

**REQUERENTE:** A. A.

**IDADE:** 44 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Procedimento/Exame complementar: cirurgia de reparo do manguito roteador do ombro direito

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: F33.2, G56.0, M75.1, M19.0 e M51.1

**FINALIDADE/INDICAÇÃO:** Tratamento de lesão de ombro D

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 36.233, 40.517

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2021.0002537

### **II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

1. O procedimento cirúrgico "cirurgia de reparo de manguito" possui pertinência e/ou corresponde ao tratamento de lesão do "Manguito Rotador do ombro direito" e hernia discal cervical e lombar (CID M75, M79 E M51) ?
2. O procedimento acima citado é oferecido pelo SUS? 3. Qual a competência administrativa para a realização do procedimento (União, Estado ou Município)?

### **III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**

Conforme relatórios médicos apresentados, datados de 29/12/2020, 04/10/2021, 11/11/2021, trata-se de AA, **44 anos**, com o **diagnóstico lesão do manguito rotador do ombro D**, por tendinopatia de ombros, radiculopatia L5, síndrome do túnel do carpo, fibromialgia com poliartralgia por osteoartrose. Passado de fratura grave do rádio distal, há 3 anos operada com sucesso. Em **uso de venlafaxina, pregabalin e clonazepam**. Apresenta **grande limitação funcional, dor intensa limitante e prejuízo de sua capacidade laborativa. Necessita de**

**tratamento cirúrgico do ombro direito, aguardando pelo SUS.**

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 se manter a rotação externa máxima ativa em adução) e o "hornblow sign" ou sinal do chifre caído, incapacidade de se 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** como 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 **deteccção** 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 ultrassom; 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 lesões completas (transfixantes). A localização, a espessura e as dimensões da lesão ditarão o procedimento a ser realizado. As lesões maciças não significam, necessariamente, irreparabilidade. Alguns 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 **44 anos**, com **lesão do manguito rotador do ombro D**, por tendinopatia de ombros, **radiculopatia L5**, **síndrome do túnel do carpo**, **fibromialgia com poliartralgia por osteoartrose**. Em uso de **venlafaxina, pregabalin e clonazepam**. Apresenta **grande limitação funcional, dor intensa limitante e prejuízo de sua capacidade laborativa**. **Necessita de tratamento cirúrgico do ombro direito, aguardando pelo SUS**.

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, em indivíduos que sofreram ruptura completa em algum tendão do manguito, o tratamento clínico não alcança bons resultados e indica-se o reparo cirúrgico. O tratamento cirúrgico varia desde o desbridamento da lesão, capsulotomia, à

ressecação 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 pósterosuperior de atleta arremessador e lesões completas (transfixantes). A localização, a espessura e as dimensões da lesão ditarão o procedimento a ser realizado.

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

No caso em tela não há menção quanto ao tipo de lesão e tão pouco dos tratamentos já realizados. Entretanto vale ressaltar que o tratamento requerido não é de procedimento diverso, não contemplado pelo SUS, que requeira avaliação de imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS, mas trata-se de tratamento disponível no SUS e havendo necessidade de melhor articulação de fluxos para sua realização, competência esta, como já dito, do gestor local.

#### 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](http://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](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:**

17/12/2021 NATJUS – TJMG