

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiza de Direito Dra. Sônia Maria Fernandes Masques

PROCESSO Nº.: 50001757520228130073

CÂMARA/VARA: Gabinete Juizado Especial

COMARCA: Bocaiúva

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: A. D. F.

IDADE: 48 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Cirurgia/Procedimento cirurgia de ligamento cruzado anterior direito

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 M 24.1

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Como opção terapêutica substituta à alternativa terapêutica disponível na rede pública - SUS

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CREFITO 4/83.902-F e CRMMG 47.357, 59.579, 87.011

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0002645

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

A cirurgia de ligamento cruzado anterior direito possui pertinência e/ou corresponde ao tratamento de “ roturas completas dos ligamentos cruzado anterior e femoropatelar medial, bem como do tendão do músculo vasto medial oblíquo, com graveta anterior e alteração inflamatória medial no joelho”? Qual a competência administrativa para fornecimento do referido medicamento (União, Estado ou Município)?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentações médicas e fisioterápica, datadas de 21/10/2021, 27/10/2021, 12/11/2021, 17/11/2021, 11/01/2022 e 17/01/2022, trata-se de ADF, **48 anos**, com **história de queda de escada e lesão interna do joelho direito**. Apresentando **edema e dor local**. Uso de PACO, dipirona e tramadol. **Ressonância de joelho de outubro/2021, mostra lesão aguda completa de ligamento cruzado anterior (LCA) e femoropatelar medial e do**

tendão do músculo vasto medial oblíquo. Sinais de estiramento/rotura parcial nos ligamentos colateral medial; poplíteo oblíquo, arqueado e fibular. Diagnosticado **lesão complexa do joelho por lesão completa do LCA do joelho direito, com instabilidade do mesmo à deambulação.** Encaminhado, inicialmente para **tratamento fisioterápico, para ganho de ADM e fortalecimento pré-operatório.** Necessita de **tratamento cirúrgico por artroscopia para reconstrução do ligamento.**

O joelho é uma das maiores articulações do corpo humano, devido a sua localização ele está sempre exposto a grandes cargas, principalmente nos esportes de alto rendimento. É a mais complexa articulação do corpo humano, com uma mobilidade que inclui **movimentos de translações** (ântero-posterior, interna-externa e proximal-distal) e **rotações** (flexão-extensão, adução- -abdução e rotação axial interna-externa), cuja a cinemática tem como fulcro os **ligamentos cruzados**. Durante o arco de mobilidade, na **flexão-extensão o joelho tem movimentos compostos de rolamento e deslizamento**, em que a proporção varia com o grau de flexão. Estes movimentos são controlados pela anatomia das superfícies articulares e pelos ligamentos cruzados.

O LCA é formado por múltiplas bandas densas de colagêneo, agrupadas em fascículos que se insere no fêmur e na tíbia. É envolvido pela membrana sinovial, apesar de intra-articular, é extra-sinovial. Dentre as estruturas ligamentares, o LCA é o **único sem qualquer inserção capsular. Sua união ao osso é feita por fibro-cartilagem que parece ter a função de dissipar concentrações de tensão transmitidas pelo ligamento ao osso.** A textura tridimensional das fibras do LCA garante-lhe características de visco-elasticidade e não apenas de elasticidade.

O LCA funciona como estabilizador em todos os movimentos do joelho: nas três translações e nas três rotações. No entanto, a sua principal função como estabilizador consiste em prevenir a translação anterior da tíbia em relação ao fêmur. O LCA garante cerca de 90% da resistência à translação anterior da tíbia entre os 30° e os 90° de flexão do

joelho; é um opositor à translação interna da tíbia em relação ao fêmur entre os 30° e os 90° de flexão do joelho, e da rotação interna e externa, principalmente na extensão do joelho. Quando submetido a tensões suaves e crescentes, o LCA sofre alongamento inicial apreciável com o recrutamento parcial das fibras de colagénio. Com o aumento progressivo das tensões, soma-se o recrutamento de outras fibras, passando o alongamento a ser menos notório, entrando-se a partir daí no risco de rotura de algumas fibras e a seguir de todo o ligamento. Com solicitações bruscas, o LCA apresenta maior rigidez do que com estímulos suaves e progressivos; somente estes permitem a fase inicial de alongamento. **O LCA é uma das estruturas que mais é comprometida quando há lesão no joelho. O mecanismo de trauma mais comum na lesão LCA é a entorse do joelho, caracterizada por uma rotação interna do fêmur e e uma rotação externa da tíbia.** Geralmente o paciente ouve um estalo no momento da entorse, que vem seguido de forte dor incapacitante. Fatores intrínsecos como idade, lesões anteriores, instabilidade articular, fraqueza muscular, são causas comuns de lesões, além de fatores extrínsecos como sobrecarga de treinos, número excessivo de jogos e equipamentos inadequados.

Há 2 tipos de lesão do LCA as isoladas ou associadas. A lesão isolada ocorre por um movimento forçado de flexão, valgo e rotação interna de joelho, que faz com que os ligamentos cruzados se enrolem, o compartimento lateral do fêmur se abre e o côndilo interno do fêmur irá pressionar o LCA lesando-o. Uma rotação interna da tíbia com o joelho em extensão máxima, pode gerar uma rotura deste ligamento pois ambas as bandas estão em tensão. Já a associada tem como mecanismo uma força excessiva do valgo do joelho, com rotação externa da tíbia e flexão. Isso acarreta uma lesão do ligamento colateral medial, LCA e desinserção do menisco medial. Uma força direta contra a região posterior do joelho, na porção proximal da tíbia, realiza uma flexão do joelho e deslocamento para frente que gera a lesão do LCA juntamente

com o ligamento cruzado posterior (LCP) e capsula articular.

É consenso que o referido ligamento não cicatriza adequadamente após a lesão. Assim desde 1980, a indicação cirúrgica no tratamento da lesão LCA é universal e, hoje, a disseminação da técnica artroscópica, uma realidade. O artroscópio é o instrumento preferido para execução dessas reconstruções ligamentares, pois é um método considerado pouco invasivo e de pouca morbidade. No entanto, tem suas próprias limitações, entre as quais e talvez a mais importante, a de somente permitir procedimentos intra-articulares, onde a ótica e o instrumental são manobrados em meio líquido ou eventualmente gasoso; um procedimento extra-articular de reparação ou de reconstrução é praticamente impossível de ser feito com segurança, por via artroscópica. O tratamento de escolha para a rotura do LCA, com raríssimas exceções, é a reconstrução cirúrgica para a estabilização da articulação, por reconstrução isolada desse ligamento, deixando-se então de considerá-la dentro do conceito das instabilidades decorrentes do trauma rotacional. A intenção é que o paciente sempre possa retornar a sua atividade com um rendimento semelhante ao que possuía antes da lesão e evitar a evolução para lesão meniscal e a artrose. Devido ao grande número de cirurgiões ortopédicos atualmente, existem várias técnicas de realização da cirurgia de reconstrução ligamentar, onde o enxerto utilizado para substituir o ligamento lesado pode variar. As técnicas mais utilizadas para reconstrução do LCA são: enxerto quádruplo do semitendíneo e grácil e o osso- tendão-osso do 1/3 médio do tendão patelar. Apesar de apresentarem vantagens significativas cada tipo de enxerto possui suas vantagens relacionadas à cicatrização e qualidade de fixação mas também possuem desvantagens que devem ser levadas em consideração no momento da escolha do enxerto. Após o tratamento cirúrgico, inicia-se a fase de reabilitação do joelho, respeitando o tipo de enxerto utilizado.

No Sistema Único de Saúde (SUS) o tratamento da lesão do LCA

está inscrito no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAB, procedimento de média complexidade, sob o código 04.08.05.016-0 Reconstrução ligamentar intra-articular do joelho (cruzado anterior), que pode ser realizado como procedimento especial na forma de videoartroscopia código 04.08.06.071-9.

Conclusão: o caso em tela trata-se de paciente de **48 anos**, com **história de queda de escada e lesão interna do joelho direito**. Apresentando **edema e dor local**. **Ressonância de joelho de outubro/2021, mostra lesão aguda completa de LCA** e femoropatelar medial e do tendão do músculo vasto medial oblíquo. Diagnosticado **lesão complexa do joelho por lesão completa do LCA direito, com instabilidade do mesmo à deambulação**. Encaminhado, para **tratamento fisioterápico**. **Necessita de tratamento cirúrgico por artroscopia para reconstrução do ligamento.**

O joelho é uma das maiores articulações do corpo humano, exposto a grandes cargas, apresenta mobilidade com movimentos de translações (ântero-posterior, interna-externa e proximal-distal) e rotações (flexão-extensão, adução- -abdução e rotação axial interna-externa), cuja a cinemática tem como fulcro os ligamentos cruzados.

O LCA é formado por múltiplas bandas densas de colagêneo, agrupadas em fascículos que se insere no fêmur e na tíbia. A sua principal função como estabilizador consiste em prevenir a translação anterior da tíbia em relação ao fêmur. O LCA é uma das estruturas que mais é comprometida quando há lesão no joelho. O mecanismo de trauma mais comum na lesão LCA é a entorse do joelho, caracterizada por uma rotação interna do fêmur e e uma rotação externa da tíbia. Geralmente o paciente ouve um estalo no momento da entorse, que vem seguido de forte dor incapacitante. Fatores intrínsecos como idade, lesões anteriores, instabilidade articular, fraqueza muscular, são causas comuns de lesões, além de fatores extrínsecos como sobrecarga de treinos, número excessivo de jogos e equipamentos

inadequados.

Há 2 tipos de lesão do LCA as isoladas ou associadas. É consenso que o referido ligamento não cicatriza adequadamente após a lesão. Assim desde 1980, a indicação cirúrgica no tratamento da lesão LCA é universal e, hoje, a disseminação da técnica artroscópica, uma realidade. O tratamento de escolha para a rotura do LCA, com raríssimas exceções, é a reconstrução cirúrgica isolada desse ligamento. A intenção é que o paciente sempre possa retornar a sua atividade com um rendimento semelhante ao que possuía antes da lesão e evitar a evolução para lesão meniscal e a artrose. Devido ao grande número de cirurgias ortopédicas atualmente, **existem várias técnicas de realização da cirurgia de reconstrução ligamentar**, onde o enxerto utilizado para substituir o ligamento lesado pode variar. Apesar de apresentarem **vantagens significativas** cada tipo de enxerto possui **suas vantagens relacionadas à cicatrização e qualidade de fixação** mas **também possuem desvantagens** que devem ser levadas em consideração. **Após o tratamento cirúrgico, inicia-se a fase de reabilitação do joelho**, respeitando o tipo de enxerto utilizado na cirurgia.

No SUS o tratamento da lesão do LCA está inscrito no SIGTAB, procedimento de **média complexidade**, sob o código **04.08.05.016-0 Reconstrução ligamentar intra-articular do joelho (cruzado anterior)**, que pode ser realizado como procedimento especial na forma de videoartroscopia código **04.08.06.071-9**. Assim, no presente caso, não existe solicitação de procedimento diverso, não contemplado pelo SUS, que requeira avaliação de indicação, imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS dos mesmos. Trata-se de demanda, estritamente relacionada à gestão da assistência a saúde e depende da melhor articulação de fluxos pelo gestor local, o que foge à finalidade do NATJUS - TJMG.

IV – REFERÊNCIAS:

1- AmatuZZi MM, Mota e Albuquerque RF, AmatuZZi ML, Sasaki SU. O trata-

mento cirúrgico é imperativo na lesão do ligamento cruzado anterior? Há lugar para o tratamento conservador? **Rev Bras Ortop.** 2007;42(8):231-6. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbo.org.br/pdf/42-7/ago_2007_01.pdf

2. Santos THM. Protocolos de tratamento fisioterapêutico no pós operatório de reconstrução do ligamento cruzado anterior em atletas profissionais: Revisão de literatura. **Rev Científica FacMais.** 2016;7(3):86-97. Disponível: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/01/Artigo-07-Protocolos-de-tratamento-fisioterapêutico-no-pós-operatório-de-reconstrução-do-ligamento-cruzado-anterior-em-atletas-profissionais-re.pdf>.

3. Frobell RB, Roos EM, Roos HP, Ranstam J, Lohmander LS. A randomized trial of treatment for acute anterior cruciate ligament tears. **N Engl J Med.** 2010;363(4):331-42. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0907797?articleTools=true>

4. Monk AP, Davies LJ, Hopewell S, Harris K, Beard DJ, Price AJ. Surgical versus conservative interventions for treating anterior cruciate ligament injuries. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2016, Issue 4. Art. No.: CD01 1166. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011166.pub2/epdf/full>.

5. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAB. Competência 02/2022. Disponível em: <http://sigtab.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0408050160/02/2022>

V – DATA:

08/02/2022

NATJUS – TJMG

