Nota Técnica 383635

Data de conclusão: 31/07/2025 15:29:25

Paciente

Idade: 31 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Pelotas/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 383635

CID: D48.6 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da mama

Diagnóstico: D48.6 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da mama.

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: ablação por radiofrequência

O procedimento está inserido no SUS? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: ablação por radiofrequência

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Esse tratamento possui código apenas para o tratamento do carcinoma hepático por radiofrequência (04.16.04.018-7 - TRATAMENTO DE CARCINOMA HEPÁTICO POR RADIOFREQUÊNCIA).

Custo da Tecnologia

Tecnologia: ablação por radiofrequência

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: ablação por radiofrequência

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
A ablação por radiofrequência (RFA) é um procedimento minimamente invasivo que utiliza ondas de rádio para gerar calor e destruir tecidos anormais ou disfuncionais. Este método é amplamente utilizado em várias condições médicas, incluindo o tratamento de nódulos tireoidianos benignos, dor lombar e leiomiomas uterinos. A eficácia e segurança da RFA variam conforme a indicação e o local de aplicação, sendo crucial a seleção adequada dos pacientes e a execução precisa da técnica para minimizar complicações e otimizar os resultados (16,17).
Não existem ensaios clínicos randomizados avaliando o tratamento de tumores desmoides com ablação por radiofrequência.
Embora não tenham sido encontradas evidências específicas sobre a eficácia da RFA para tumores desmoides, existem estudos que exploram o uso de métodos ablativos em outros contextos clínicos. Um estudo não randomizado avaliou a ablação por ultrassom focalizado de alta intensidade (HIFU), técnica distinta da RFA, em 111 pacientes com tumores desmoides, demonstrando redução média de 36% no volume tumoral após três meses e baixa incidência de eventos adversos graves (18). Em outras neoplasias benignas, como os leiomiomas uterinos, revisões clínicas apontam a RFA como tratamento eficaz e seguro, com melhora sustentada nos sintomas e baixa taxa de reintervenção (19). Adicionalmente, estudos piloto indicam que a RFA pode ser uma alternativa promissora para o tratamento local não cirúrgico de pequenos tumores mamários primários, desde que haja precisão na avaliação por imagem (20). Apesar desses resultados positivos em diferentes cenários, as evidências citadas não podem ser diretamente extrapoladas para o tratamento de tumores desmoides por ablação por radiofrequência, por se tratarem de patologias, localizações e/ou técnicas distintas.

Custo:

Item	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Total
Centro cirúrgico e demais gastos hospitalares	1	R$ 11.650,00	R$ 11.650,00
Honorários Médicos	1	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00
Anestesista	1	R$ 4.500,00	R$ 4.500,00

Total R$ 31.150,00

* Conforme apresentado em processo.
Está juntado ao processo apenas um orçamento que inclui gastos hospitalares e do centro cirúrgico, honorários médicos e custos com anestesista.
Não foram encontradas avaliações de custo-efetividade para o procedimento de ablação por radiofrequência para o tratamento de tumores desmoides no cenário nacional nem internacional.
Não encontramos, também, avaliações de agências internacionais de países com sistema de saúde semelhante ao do Brasil.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: indeterminado.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: ablação por radiofrequência

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Não existem estudos de boa qualidade metodológica avaliando o tratamento do tumor desmoide com ablação por radiofrequência. O procedimento pleiteado está disponível no SUS apenas para tratamento do carcinoma hepático.
Compreende-se o desejo do paciente e da equipe assistente de buscar tratamento para uma doença grave, com comprometimento funcional e refratária. No entanto, frente à falta de evidências de benefício, entendemos que se impõe o presente parecer desfavorável.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. Reitamo JJ, Häyry P, Nykyri E, Saxén E. The desmoid tumor. I. Incidence, sex-, age- and anatomical distribution in the Finnish population. Am J Clin Pathol. junho de 1982;77(6):665–73.
2. Mankin HJ, Hornicek FJ, Springfield DS. Extra-abdominal desmoid tumors: a report of 234 cases. J Surg Oncol. 1o de outubro de 2010;102(5):380–4.
3. Gounder MM, Maddux L, Paty J, Atkinson TM. Prospective development of a patient-reported outcomes instrument for desmoid tumors or aggressive fibromatosis. Cancer. 1o de fevereiro de 2020;126(3):531–9.
4. Church JM. Mucosal ischemia caused by desmoid tumors in patients with familial adenomatous polyposis: report of four cases. Dis Colon Rectum. maio de 1998;41(5):661–3.
5. Sagar PM, Möslein G, Dozois RR. Management of desmoid tumors in patients after ileal pouch-anal anastomosis for familial adenomatous polyposis. Dis Colon Rectum. novembro de 1998;41(11):1350–5; discussion 1355-1356.
6. Penna C, Tiret E, Parc R, Sfairi A, Kartheuser A, Hannoun L, et al. Operation and abdominal desmoid tumors in familial adenomatous polyposis. Surg Gynecol Obstet. setembro de 1993;177(3):263–8.
7. Schlemmer M. Desmoid tumors and deep fibromatoses. Hematol Oncol Clin North Am. junho

de 2005;19(3):565–71, vii–viii.
8. Clark SK, Neale KF, Landgrebe JC, Phillips RK. Desmoid tumours complicating familial adenomatous polyposis. Br J Surg. setembro de 1999;86(9):1185–9.
9. Heiskanen I, Järvinen HJ. Occurrence of desmoid tumours in familial adenomatous polyposis and results of treatment. Int J Colorectal Dis. 1996;11(4):157–62.
10. Gurbuz AK, Giardiello FM, Petersen GM, Krush AJ, Offerhaus GJ, Booker SV, et al. Desmoid tumours in familial adenomatous polyposis. Gut. março de 1994;35(3):377–81.
11. Patel SR, Evans HL, Benjamin RS. Combination chemotherapy in adult desmoid tumors. Cancer. 1o de dezembro de 1993;72(11):3244–7.
12. Toulmonde M, Pulido M, Ray-Coquard I, Andre T, Isambert N, Chevreau C, et al. Pazopanib or methotrexate-vinblastine combination chemotherapy in adult patients with progressive desmoid tumours (DESMOPAZ): a non-comparative, randomised, open-label, multicentre, phase 2 study. Lancet Oncol. setembro de 2019;20(9):1263–72.
13. Weiss AJ, Horowitz S, Lackman RD. Therapy of desmoid tumors and fibromatosis using vinorelbine. Am J Clin Oncol. abril de 1999;22(2):193–5.
14. Azzarelli A, Gronchi A, Bertulli R, Tesoro JD, Baratti D, Pennacchioli E, et al. Low-dose chemotherapy with methotrexate and vinblastine for patients with advanced aggressive fibromatosis. Cancer. 1o de setembro de 2001;92(5):1259–64.
15. Seiter K, Kemeny N. Successful treatment of a desmoid tumor with doxorubicin. Cancer. 1o de abril de 1993;71(7):2242–4.
16. Noel JE, Sinclair CF. Radiofrequency Ablation for Benign Thyroid Nodules. J Clin Endocrinol Metab. 21 de dezembro de 2023;109(1):e12–7.
17. Navin PJ, Thompson SM, Kurup AN, Lee RA, Callstrom MR, Castro MR, et al. Radiofrequency Ablation of Benign and Malignant Thyroid Nodules. Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc. outubro de 2022;42(6):1812–28.
18. Zhang R, Chen JY, Zhang L, Li KQ, Xiao ZB, Mo SJ, et al. The safety and ablation efficacy of ultrasound-guided high-intensity focused ultrasound ablation for desmoid tumors. Int J Hyperth Off J Eur Soc Hyperthermic Oncol North Am Hyperth Group. setembro de 2021;38(2):89–95.
19. Baxter BL, Seaman SJ, Arora C, Kim JH. Radiofrequency ablation methods for uterine sparing fibroid treatment. Curr Opin Obstet Gynecol. 1o de agosto de 2022;34(4):262–9.
20. Singletary SE, Fornage BD, Sneige N, Ross MI, Simmons R, Giuliano A, et al. Radiofrequency ablation of early-stage invasive breast tumors: an overview. Cancer J Sudbury Mass. 2002;8(2):177–80.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: A parte autora apresenta laudo médico (Evento 1 - INF4, página 3, 6 e 11-13) descrevendo ser portadora de tumor desmoide da mama (CID10: D48.6) com diagnóstico em 2018. No mesmo ano, foi tratada cirurgicamente, porém apresentou recidiva de doença. Em 2019 iniciou tratamento com quimioterapia, porém sem resposta clínica. Em 2020 realizou tratamento com radioterapia também sem resposta. Apresenta massa volumosa em hemitórax esquerdo com prejuízo da mobilidade do membro superior esquerdo. Sua doença foi classificada como irressecável. Nessa situação, pleiteia tratamento local com ablação por radiofrequência.
Os tumores desmoides são neoplasias benignas raras, de etiologia desconhecida,

representando aproximadamente 0,03% de todas as neoplasias e menos de 3% de todos os tumores de tecidos moles. A incidência estimada na população geral é de 3 a 4 por milhão de habitantes por ano (1). Eles são assim denominados em decorrências da palavra grega “desmos”, que significa banda ou tendão, e foi aplicado pela primeira vez em 1800 para descrever tumores com essa consistência. Esses tumores também podem ser denominados de fibromatose agressiva, fibromatose musculoaponeurótica profunda ou fibrossarcoma grau I do tipo desmóide. Eles são localmente agressivos com alta taxa de recorrência, porém sem potencial para gerar metástases. Suas complicações, que podem ser fatais, geralmente decorrem de destruição de estruturas e/ou órgãos vitais próximos ao tumor. Complicações deste nível estão principalmente relacionadas a pacientes portadores de síndrome de polipose adenomatosa familiar (PAF), onde esta doença é responsável por 9 a 11% das mortes.

Estes tumores afetam mais comumente indivíduos entre 15 e 60 anos e são raros em jovens ou em adultos mais velhos. Eles são mais comuns em mulheres do que em homens (2), sem predileção racial ou étnica. Os tumores desmóides possuem curso clínico altamente variável, com lesões que podem variar em espectro desde aquelas com caráter estável ou regressão espontânea e aquelas com crescimento lento ou rapidamente progressivo. As lesões possuem propensão variável a recidivar após a terapia definitiva. Identificar as aberrações moleculares que predizem o curso clínico pode ser muito útil do ponto de vista terapêutico e é um assunto de investigação ativa.

A apresentação clínica geralmente se dá como uma massa indolor ou minimamente dolorosa de crescimento lento, que pode surgir em praticamente qualquer local do corpo, podendo inclusive ser multifocais. Os tumores desmoides intra-abdominais podem estar acompanhados de sintomas como náusea, saciedade precoce (3), obstrução intestinal, isquemia intestinal ou deterioração funcional em uma anastomose ileoanal (tipicamente em um paciente que foi submetido a colectomia por PAF (4–6). Nos casos com relação com PAF a localização mais comum é a abdominal e nos casos sem associação com PAF, as áreas mais comumente envolvidas são a cintura escapular, região quadril-nádega e extremidades, onde a localização geralmente é profunda nos músculos ou ao longo dos planos fasciais (7).

A taxa de sobrevida livre de progressão em cinco anos é estimada em 50% para aqueles pacientes que não são submetidos a nenhum tipo de tratamento (8). Em um estudo de 27 pacientes com tumores desmóides esporádicos recém-diagnosticados foi proposto acompanhamento com vigilância ativa ou algum tipo de tratamento (9); após mediana de acompanhamento de 52 meses, apenas 6 pacientes apresentaram progressão de doença (22%), 16 pacientes apresentaram doença estável e 5 tiveram regressão espontânea do tumor. Outro estudo com 102 pacientes com tumores desmóides primários da parede abdominal que foram apenas observados encontrou regressão espontânea das lesões em 29 pacientes após mediana de acompanhamento de 32 meses (10).

Os fatores relacionados a recorrência da doença são o local anatômico da doença, tamanho da doença (maiores de 7 cm), sexo femino e idade menor que 37 anos. Os tumores da extremidade têm o pior prognóstico e a localização da doença é o principal fator levado em conta no seu manejo, que geralmente conta com tratamento multimodal consistindo de cirurgia, radioterapia e tratamentos sistêmicos. Diversos regimes quimioterápicos são propostos quando a opção é por tratamento sistêmico (11–15).