Nota Técnica 503386

Data de conclusão: 23/04/2026 16:53:10

Paciente

Idade: 51 anos

Sexo: Masculino

Cidade: São Francisco do Guaporé/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: Vara Única de São Francisco do Guaporé

Tecnologia 503386

CID: M48.0 - Estenose da coluna vertebral

Diagnóstico: estenose da coluna vertebral

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: consulta e cirurgia

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: consulta e cirurgia

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: acompanhamento na atenção primária, tratamento conservador otimizado, consulta com ortopedista.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: consulta e cirurgia

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: consulta e cirurgia

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O tratamento inicial tanto da discopatia degenerativa da coluna lombar quanto da estenose lombar é, em regra, conservador e multimodal, podendo incluir educação em saúde, orientação para manutenção de atividade conforme tolerância, exercícios supervisionados, fisioterapia/reabilitação e manejo medicamentoso individualizado. Em parte dos pacientes, especialmente na estenose lombar com limitação para caminhar ou sintomas induzidos pela postura e pela marcha, também podem ser úteis intervenções associadas de reabilitação funcional e estratégias de mudança comportamental. A indicação cirúrgica costuma ficar reservada para casos selecionados, quando há persistência de dor e limitação funcional relevantes apesar de tratamento conservador adequado, com correlação clínico-radiológica, ou quando surgem déficits neurológicos progressivos e importantes [2].

No contexto da estenose lombar degenerativa com compressão neural, as cirurgias descompressivas são procedimentos destinados a ampliar o canal vertebral, os recessos laterais e/ou os forames neurais, com o objetivo de aliviar a compressão sobre o saco dural e as raízes nervosas. As técnicas mais comuns incluem a laminectomia descompressiva, a laminotomia ou hemilaminotomia, a laminotomia unilateral para descompressão bilateral (técnica “over the top”) e, conforme o padrão anatômico da compressão, a foraminotomia e a recessotomia; em geral, são realizadas por via posterior, com o paciente em decúbito ventral, por abordagem aberta, microscópica, tubular ou endoscópica, mediante ressecção seletiva de parte da lâmina, do ligamento amarelo e, quando necessário, de pequenas porções articulares e ósseas para ampliar o espaço neural. Quando se associa artrodese, trata-se de etapa adicional de estabilização/fusão, distinta da descompressão propriamente dita [9,10].

A indicação cirúrgica da artrodese (fusão de vértebras) em situações de patologias degenerativas lombares crônicas tende a ser controversa. Em revisão sistemática com metanálise com o objetivo avaliar e comparar a eficácia e a segurança da artrodese da coluna vertebral e do tratamento conservador no tratamento de patologias degenerativas lombares, foram incluídos quatorze estudos, compreendendo 13 ensaios clínicos randomizados (ECR) e um estudo de coorte, envolvendo 2.399 participantes. Os desfechos primários foram as alterações nos escores do Índice de Incapacidade de Oswestry (ODI) e da Escala Visual Analógica (EVA) para dor lombar e na perna. Os autores identificaram que a artrodese da coluna vertebral demonstrou melhora significativa no escore do Índice de Incapacidade de Oswestry (ODI) em comparação ao tratamento conservador (DM = -6,3; IC 95% [-12,02, -0,57];

p = 0,03), indicando redução da incapacidade. O escore da Escala Visual Analógica (EVA) para dor lombar também favoreceu a artrodese da coluna vertebral (DM = -3,02; IC 95% [-5, 1,04]; p = 0,003), com resultados a longo prazo mostrando benefícios consistentes (DM = -2,26; IC 95% [-3,16, 1,37]; p < 0,00001). No entanto, a artrodese da coluna vertebral não reduziu significativamente a dor na perna em comparação às opções não cirúrgicas (DM = -2,27; IC 95% [-8,37, 3,83]; p = 0,47). Os autores concluíram que a artrodese da coluna vertebral oferece benefícios estatisticamente significativos na redução da incapacidade e da dor lombar em comparação com tratamentos conservadores para patologias degenerativas da coluna lombar. No entanto, não confere vantagens substanciais para a dor na perna e apresenta alto risco cirúrgico. Esses achados enfatizam a importância da seleção individualizada do tratamento com base nas características do paciente e nas indicações clínicas [15].

Em outra revisão sistemática com metanálise, foi comparada a eficácia da cirurgia versus o tratamento conservador para estenose lombar da coluna degenerativa de nove ensaios clínicos randomizados e 1658 pacientes, sendo três deles estudos de alta qualidade. Nos primeiros 6 meses após o tratamento, não houve diferenças significativas no escore do Índice de Incapacidade de Oswestry (ODI) entre os dois grupos terapêuticos (P > 0,05); no entanto, o grupo cirúrgico apresentou escore do ODI significativamente maior em um ano (P < 0,05) e dois anos (P < 0,05). Dois estudos não relataram diferença significativa entre laminectomia e tratamento conservador nos escores de função física do SF-36 em 3 meses, 6 meses, 12 meses e 24 meses (P > 0,05), e dois estudos relataram que os pacientes estavam satisfeitos com o implante X-STOP em seis semanas, seis meses e um ano. Não houve diferenças estatísticas nos eventos adversos (P > 0,05) entre os grupos cirúrgico e não cirúrgico. Além disso, a análise de subgrupos mostrou que não houve diferenças de segurança entre laminectomia e tratamento conservador, nem entre X-STOP e tratamento conservador no estágio inicial de duração do tratamento. No entanto, os grupos cirúrgicos apresentaram taxas de complicações mais elevadas do que os grupos não cirúrgicos durante todo o período de acompanhamento. Os autores concluíram que os grupos submetidos à cirurgia apresentaram melhores resultados clínicos tardios após um ano e maior taxa de complicações ao longo do período de acompanhamento, embora não tenham apresentado diferenças significativas em comparação com os grupos tratados conservadoramente nos primeiros seis meses pós-tratamento. Contudo, não houve evidências de que um método definitivo possa ser recomendado com segurança para pacientes com estenose lombar. Mais pesquisas são necessárias para se obter resultados confiáveis ??e de alta qualidade [16].

Em revisão sistemática com metanálise com objetivo de avaliar a eficácia da artrodese lombar em comparação ao tratamento não cirúrgico da dor lombar crônica causada por degeneração discal, foram incluídos seis ensaios clínicos randomizados com um total de 889 pacientes. O estudo não revelou diferença na pontuação do Índice de Incapacidade de Oswestry (ODI) para lombalgia crônica entre os grupos submetidos à cirurgia de fusão e os tratados de forma não cirúrgica (diferença média de 1,94; intervalo de confiança [IC] de 95%, -6,02 a 2,14). E a taxa de complicações pós-cirúrgicas diferiu significativamente entre os dois grupos (razão de risco de 22,11; IC de 95%, 55,99-81,60). Os autores concluíram que a cirurgia de fusão não se mostrou superior ao tratamento não cirúrgico em termos de alterações nas pontuações do ODI para lombalgia crônica e que a cirurgia de fusão resultou em complicações cirúrgicas. Destacam a necessidade de estudos com acompanhamento mais longo em relação à incapacidade específica da condição, à dor e à satisfação com a vida [17].

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	N° de Aux.	Porte Anest.	Valor Total*
1.01.01.01-2	Consulta em	2B	-	-	-	R$ 141,05 a

	horário normal ou pr eestabelecid o					R$ 306,30
3.07.15.09-1	Descompres são medular e/ou cauda equina (2 níveis)	9C	-	2	5	R$ 13.901,54 a R$ 25.239,67
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero lateral - tratamento cirúrgico (2 níveis)	12C	-	2	8	

* Valor total considerado a partir de consulta de preço da tabela CBHPM/2022 - Faixa Original a Faixa III.
A tabela acima foi elaborada de acordo com a documentação médica juntada ao processo e considera a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM/2022) como referência para estabelecer faixas de valoração dos atos médicos pelos seus portes.
A parte autora anexou dois orçamentos referentes a consultas com neurocirurgião, no valor de R$ 600,00 (134833604 - Pág. 1-2). Não foram anexados orçamentos relacionados à cirurgia de descompressão com artrodese da coluna lombar.
A consulta médica em atenção especializada está disponível no SUS e conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), apresenta um custo total de R$ 10,00. A artrodese toraco-lombo-sacra anterior dois níveis também está disponível no SUS e conforme o SIGTAP, apresenta custo total de R$ 1.720,27. Estes valores não representam os custos reais da realização dos procedimentos pelo prestador, mas indicam que há previsão dos procedimentos pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: redução da dor e melhora da funcionalidade com tratamento cirúrgico, em pacientes com indicação adequada.

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

Conclusão

Tecnologia: consulta e cirurgia

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Trata-se de parte autora com dor lombar irradiada para membros inferiores, com laudo médico indicando, com urgência, cirurgia de artrodese e descompressão por estenose lombar grave de L3 a L5. A ressonância magnética evidencia alterações degenerativas multissegmentares da coluna lombar, e há encaminhamentos pendentes no SISREG para

ortopedia/coluna e neurocirurgia/coluna, classificados como risco vermelho. Não constam informações adicionais sobre comorbidades, tempo de evolução, exame neurológico ou detalhes do tratamento conservador realizado.
O parecer é desfavorável ao pleito, pois não foram identificados, nos autos, elementos objetivos para caracterizar urgência cirúrgica, como déficit neurológico progressivo, comprometimento esfincteriano ou outra evidência clínico-funcional que imponha intervenção imediata. Importante destacar que o SUS dispõe da Rede de Atenção às Urgências e Emergências que deve acolher pacientes com indicação inequívoca para realização da cirurgia descompressiva nessas situações. Também persistem lacunas relevantes para a adequada análise da indicação e da prioridade do procedimento, como comorbidades, risco cirúrgico, tempo de evolução dos sintomas, uso de neuromoduladores, adesão ao tratamento, realização de fisioterapia e resposta objetiva às medidas conservadoras.
Portanto, considerando a fila de espera e o caráter eletivo do procedimento, qualquer decisão de adiantar o tratamento de um paciente implica em atrasar o tratamento dos demais pacientes da fila, e portanto, tal decisão exigiria conhecimento sobre todos os demais casos, sob risco de incorrer inadvertidamente em prejuízo aos demais pacientes e em quebra de equidade no uso do sistema de saúde. De fato, urgem medidas sistêmicas, em contrapartida da discussão de casos individuais, que assegurem a oferta regular de atendimentos e procedimentos para os pacientes em fila de espera, respeitando critérios de prioridade clínico-funcional.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. Viswanathan VK, Shetty AP, Rajasekaran S. Modic changes - An evidence-based, narrative review on its patho-physiology, clinical significance and role in chronic low back pain. J Clin Orthop Trauma. 2020;11(5):761–9.
2. Chronic Low Back Pain - DynaMed [Internet]. [citado 11 de dezembro de 2024]. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/chronic-low-back-pain#GUID-3FC70484-E3F6-4395-96EC-27BFF2816853
3. Turk DC. Pain terms and taxonomies of pain. Bonicas Manag Pain. 2010;
4. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. Pain. 2000;84(1):95–103.
5. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. The Lancet. 2011;377(9784):2226–35.
6. Rosenquist M, Ellen W. Overview of the treatment of chronic non-cancer pain. UpToDate Walth MA Accessed Sept. 2019;26.
7.Chiu AP, Chia C, Arendt-Nielsen L, Curatolo M. Lumbar intervertebral disc degeneration in low back pain. Minerva Anestesiol. 2024;90(4):330-338. doi:10.23736/S0375-9393.24.17843-1.
8. Lumbar Disk Herniation - DynaMed [Internet]. [citado 20 de agosto de 2025]. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/lumbar-disk-herniation#GUID-C91DA34F-5031-4FB1-A8EA-ECEEE1DC9BD2
9. Katz JN, Zimmerman ZE, Mass H, Makhni MC. Diagnosis and Management of Lumbar Spinal Stenosis: A Review. JAMA. 2022;327(17):1688-1699. doi:10.1001/jama.2022.5921.
10. Costa F, Alves OL, Anania CD, Zileli M, Fornari M. Decompressive Surgery for Lumbar Spinal Stenosis: WFNS Spine Committee Recommendations. World Neurosurg X. 2020;7:100076. doi:10.1016/j.wnsx.2020.100076.
11. Mobbs RJ, Li J, Sivabalan P, Raley D, Rao PJ. Outcomes after decompressive laminectomy for lumbar spinal stenosis: comparison between minimally invasive unilateral laminectomy for

bilateral decompression and open laminectomy. J Neurosurg Spine. 2014;21(2):179-86.
12. Ko S, Oh T. Comparison of bilateral decompression via unilateral laminotomy and conventional laminectomy for single-level degenerative lumbar spinal stenosis regarding low back pain, functional outcome, and quality of life: a randomized controlled, prospective trial. J Orthop Surg Res. 2019;14(1):252.
13. Thomé C, Zevgaridis D, Leheta O, Bäzner H, Pöckler-Schöniger C, Wöhrle J, et al. Outcome after less-invasive decompression of lumbar spinal stenosis: a randomized comparison of unilateral laminotomy, bilateral laminotomy, and laminectomy. J Neurosurg Spine. 2005;3(2):129-41.
14. Overdevest GM, Vleggeert-Lankamp CLA, Jacobs W, Thomé C, Gunzburg R, Peul WC. Effectiveness of posterior decompression techniques compared with conventional laminectomy for lumbar stenosis. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(3):CD010036.
15. Moghib K, Altalab G, Jader A, Ghanm TIE, Hijazy M, Tarawneh DY, Hannat R, Salomon I, Edress AI, Arafeh MWA, Uwishema O, Limantoro J, Luna AM, Bozkurt I. Comparison between spinal fusion vs. nonoperative treatment for lumbar degenerative pathology: a systematic review and meta-analysis. Neurosurg Rev. 2025 Jun 11;48(1):502. doi: 10.1007/s10143-025-03671-2. PMID: 40495090.
16. Ma XL, Zhao XW, Ma JX, Li F, Wang Y, Lu B. Effectiveness of surgery versus conservative treatment for lumbar spinal stenosis: A system review and meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Surg. 2017 Aug;44:329-338. doi: 10.1016/j.ijsu.2017.07.032. Epub 2017 Jul 10. PMID: 28705591.
17. Wang X, Wanyan P, Tian JH, Hu L. Meta-analysis of randomized trials comparing fusion surgery to non-surgical treatment for discogenic chronic low back pain. J Back Musculoskelet Rehabil. 2015;28(4):621-7. doi: 10.3233/BMR-140571. PMID: 25467996.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo médico acostado ao processo (134833603 – pág. 1), datado de 02/03/2026, a parte autora realiza acompanhamento ortopédico em razão de dor lombar com irradiação para membros inferiores. O documento registra resultado de ressonância magnética evidenciando estenose grave de L3 a L5 e indica, com urgência, cirurgia de artrodese e descompressão.
Consta também laudo de ressonância magnética da coluna lombossacra, de 01/02/2024 (134831146 – pág. 1), revelando alterações degenerativas sem desalinhamento vertebral ou sinais de lesão óssea aguda. Identificam-se desgaste discal lombossacral, artrose facetária e osteófitos vertebrais, além de abaulamentos discais em L1-L2, L2-L3, L3-L4 e L4-L5, protrusão discal central em L4-L5 e L5-S1 e extensão foraminal bilateral em L3-L4 e L4-L5, com contato nas raízes emergentes de L3 e L4, respectivamente. Cone medular e musculatura paravertebral encontram-se preservados.
Por fim, foram anexados dois encaminhamentos no SISREG, datados de 25/02/2026 (134831147 – pág. 1 e 134831148 – pág. 1), para as especialidades de ortopedia/coluna e neurocirurgia/coluna. Ambos registram dor cervical e lombar sem resposta ao tratamento conservador, com risco classificado como vermelho (emergência) e situação pendente de atendimento.
Não constam, nos documentos apresentados, informações adicionais sobre comorbidades, tempo de evolução dos sintomas, achados de exame neurológico ou detalhes do tratamento

conservador previamente realizado.
Nesse contexto, a parte autora pleiteia o provimento judicial para consulta em neurocirurgia e realização de cirurgia de descompressão com artrodese da coluna lombar, objetos da presente nota técnica.
A dor lombar, também denominada lombalgia, é uma condição incapacitante frequente, com impacto expressivo na funcionalidade e na qualidade de vida, afetando grande parcela da população adulta ao longo da vida [1]. Considera-se crônica quando persiste por mais de 3 meses [2]. A dor crônica, de forma mais ampla, representa importante problema de saúde pública, com repercussões clínicas, sociais e econômicas relevantes [3-5]. Seu manejo pode envolver abordagens farmacológicas, fisioterapêuticas, psicoterapêuticas/comportamentais, por neuromodulação e, em casos selecionados, cirúrgicas [6]. Dessa forma, o tratamento deve, em regra, priorizar estratégias integradas e coordenadas por equipe multiprofissional, conforme a natureza e o contexto clínico de cada caso.
A discopatia degenerativa da coluna lombar corresponde ao processo de desgaste do disco intervertebral, no qual o disco perde hidratação, elasticidade e capacidade de distribuir carga, podendo surgir fissuras do anel fibroso, redução da altura discal e alterações inflamatórias locais. É uma condição comum com o envelhecimento e resulta da interação entre idade, predisposição genética, sobrecarga mecânica, tabagismo e outros fatores; porém, a presença dessas alterações na ressonância não significa, por si só, que elas sejam a causa da dor, porque muitos achados degenerativos também aparecem em pessoas sem sintomas. Quando sintomática, pode se manifestar como lombalgia crônica, por vezes com dor ao sentar, flexionar ou permanecer muito tempo na mesma posição. O tratamento inicial costuma ser conservador, com educação, exercício/fisioterapia, manejo analgésico e reabilitação funcional; procedimentos invasivos e cirurgia ficam reservados para casos selecionados, após correlação clínico-radiológica adequada e falha do tratamento não cirúrgico [7].
A estenose espinhal lombar é uma síndrome clínica caracterizada pelo estreitamento do canal espinhal, que pode causar dor lombar, em nádegas e/ou em membros inferiores. As formas de apresentação dolorosa incluem a dor radicular, com irradiação para os membros inferiores independentemente da atividade, e a claudicação neurogênica, em que a dor é desencadeada ao caminhar ou permanecer em pé e tende a aliviar com repouso ou com a flexão do tronco. O quadro também pode estar associado a dormência, fraqueza e dificuldade para deambular [2].
A radiculopatia lombossacra é uma síndrome clínica decorrente do comprometimento funcional de uma ou mais raízes nervosas lombossacras, geralmente relacionada a alterações estruturais da coluna, como hérnias discais ou estenose espinhal degenerativa, capazes de irritar ou comprimir essas raízes. Pode manifestar-se por dor irradiada para os membros inferiores, alterações sensitivas, redução de reflexos, perda de força e limitação funcional. O tratamento inicial costuma ser conservador, com medicamentos, orientações sobre posturas e esforços físicos e fisioterapia. Nos casos com déficit neurológico progressivo e importante, especialmente com perda de força muscular e ausência de resposta ao tratamento conservador, a cirurgia pode ser considerada [8].