Nota Técnica 581087

Data de conclusão: 05/10/2026 19:29:37

Paciente

Idade: 56 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Três Cachoeiras/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 5ª Vara Federal de Porto Alegre

Tecnologia 581087

CID: M75 - Lesões do ombro

Diagnóstico: Lesão em manguito rotador à direita diagnosticada por ecografia que evidenciou ruptura dos músculos subescapular e supraespinhal

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico e exame de imagem.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: Artroplastia Escapulo-umeral

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Artroplastia Escapulo-umeral

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Tratamento conservador e artroplastia escapulo-umeral total com prótese anatômica

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Artroplastia Escapulo-umeral

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Artroplastia Escapulo-umeral

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança

As opções cirúrgicas de artroplastia para pacientes com OA ou lesões do manguito incluem artroplastia total do ombro, artroplastia reversa do ombro e hemiartroplastia. A artroplastia total do ombro (substituição da cabeça do úmero e da glenóide) é normalmente indicada se preenchidas todas as seguintes situações: idade > 50 anos; dor e perda da função do ombro que não responde ao tratamento não operatório; achados do exame físico que se correlacionam com os sintomas e manguito rotador intacto ou reparável; osteoartrite glenoumeral detectada em radiografia; estoque ósseo glenóide adequado.

Já a indicação da artroplastia reversa do ombro se aplica quando há lesão irreparável do manguito rotador, artropatia do manguito rotador, perda óssea grave da glenóide ou glenóide bicônide e falha em artroplastia anterior. Em ambas as abordagens, o paciente deve estar em condições clínicas que permitam a realização cirúrgica; aceitar os riscos cirúrgicos; e apresentar disponibilidade para vivenciar o período pós-operatório de recuperação funcional [1].

Na prótese reversa é realizada a inversão dos componentes, ou seja, na glenóide (região anatômica côncava da escápula onde se encaixa a cabeça convexa do úmero) é colocado uma esfera e no úmero, especificamente na região onde havia a cabeça do úmero (anatomicamente convexa), é colocada uma base e uma copa côncava para se encaixar na esfera. Há, então, a fixação de uma cabeça protética na cavidade glenóide e liner de polietileno na parte superior do úmero. Para a elevação do braço, o paciente precisará usar apenas o músculo deltóide, motivo pelo qual é indicado para pacientes com ruptura do manguito rotador (grupo de musculaturas que contribuem para a movimentação do ombro) [2,3].

À medida que os cirurgiões acumulam mais experiência com a cirurgia de prótese reversa de ombro, as indicações para esse procedimento vêm se expandindo. Embora a prótese reversa tenha demonstrado resultados satisfatórios principalmente em ombros com deficiência do manguito rotador, em pacientes com osteoartrite e manguito rotador íntegro também apresenta resultados interessantes e baixas taxas de complicações em curto prazo de acompanhamento.

Dentre as contraindicações relatadas para a prótese reversa, consta a lesão do nervo axilar e a disfunção do músculo deltóide, uma vez que este último é o principal músculo motor na prótese reversa e está fortemente associado aos resultados pós-operatórios [4].

Meta-análise comparou dados de três estudos incluindo 86 participantes que realizaram cirurgia de colocação de próteses anatômicas bilaterais (com quadros de OA) e 43 participantes que realizaram cirurgia de colocação de próteses reversas bilaterais (por ruptura do manguito rotador ou revisão de artroplastia de ombro). Os desfechos consistiram em escores funcionais pós-operatórios (American Shoulder and Elbow Surgeons [ASES], Single Assessment Numeric Evaluation [SANE], Physical Component Score [PCS], Pontuação do Componente Mental e Teste Simples do Ombro), dor e amplitude de movimento (rotação externa e elevação para frente). Como resultado, as próteses anatômicas bilaterais apresentaram melhores resultados funcionais nos testes realizados, com melhores amplitudes de movimento no pós-operatório. Contudo, não foi observada diferença significativa na dor pós-operatória quando comparadas à prótese reversa. Os pesquisadores ressaltaram a importância de haver mais estudos randomizados e controlados para confirmar esses achados [5]. Este estudo nos demonstra que a cirurgia com prótese anatômica segue oferecendo bons resultados funcionais para quadros de OA com manguito rotador preservado.

Em estudo longitudinal, prospectivo, foram acompanhados 279 pacientes com prótese de ombro (n=162 com prótese anatômica; n=117 com prótese reversa). Foram avaliados 6 meses, 2 anos e 53 meses (em média) após a cirurgia. Dentre as complicações, a mais frequente foi infecção com 4,29% dos casos, seguida de hematoma, deslocamento da glenosfera, fratura e afrouxamento da haste. Concluiu-se que a artroplastia de ombro reversa primária teve uma taxa significativamente maior de complicações e revisões do que a artroplastia anatômica primária e secundária. E que, portanto, as indicações para artroplastia reversa de ombro devem ser questionadas criticamente em cada caso individual [6].

Estudos comparativos para o tratamento de lesões maciças do manguito rotador incluindo revisões sistemáticas e meta-análises recentes avaliaram outras técnicas cirúrgicas, como reconstrução capsular superior (SCR), transferências tendíneas, balão subacromial, enxertos de interposição, reparo parcial e debridamento e artroplastia reversa. Foram avaliados desfechos como função, dor, amplitude de movimento e taxas de reoperação. Os principais achados demonstraram que a escolha do tratamento depende de fatores biomecânicos, perfil do paciente e expectativa funcional. Assim, a escolha da técnica deve ser individualizada, considerando fatores como idade, demanda funcional, presença de osteoartrite e possibilidade de reparo tendíneo [7-11].

Custo:

Não foram apresentados orçamentos pela parte autora. A artroplastia escapulo-umeral total 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$ 592,14. Este valor não representa os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão do procedimento pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Alívio da dor e recuperação funcional do ombro.

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

Conclusão

Tecnologia: Artroplastia Escapulo-umeral

Conclusão Justificada: Favorável

Conclusão: Primeiramente, cumpre destacar que a conclusão técnica foi emitida já com a informação de que a paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico pleiteado em janeiro de 2026. Entretanto, versaremos sobre a indicação cirúrgica e sobre a tempestividade da ocorrência do procedimento.

A parte autora, de 56 anos, com histórico de lesão maciça e irreparável do manguito rotador do ombro direito associada a dor e à perda de mobilidade, foi avaliada por serviço de referência do SUS em traumato-ortopedia, com indicação de artroplastia escápulo-umeral com prótese reversa, considerando os achados de ruptura tendínea múltipla associada a grau moderado a severo de atrofia muscular, fratura e outras lesões ósseas e articulares.

No caso concreto, a artroplastia reversa do ombro apresenta indicação técnica adequada diante do quadro de ruptura irreparável do manguito rotador, associado a dor e comprometimento funcional, sendo uma opção terapêutica capaz de proporcionar melhores desfechos funcionais e melhor controle de dor quando comparada à artroplastia total convencional.

Entretanto, embora reconhecida a indicação do procedimento, não foram identificados, de acordo com as informações fornecidas, achados clínico-funcionais que caracterizem situação de urgência ou justifiquem a antecipação da cirurgia. Trata-se, em regra, de procedimento eletivo, não havendo registro de sinais de infecção, luxação irredutível, déficit neurológico agudo ou progressivo, ou outra condição que configure risco imediato de agravamento ou dano irreparável, nos termos da Resolução CFM nº 1.451/1995.

Dessa forma, considerando a adequada indicação da artroplastia, mas a ausência de elementos objetivos que caracterizam urgência clínico-funcional, emite-se parecer parcialmente favorável ao pleito.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Stephen M Simons, Bryan Dixon, David Kruse. Presentation and diagnosis of rotator cuff tears. in UpToDate, available at http://www.uptodate.com/contents/presentation-and-diagnosis-of-rotator-cuff-tears

2. Todd McGrath. Management of rotator cuff tears. In UpToDate, available at http://www.uptodate.com/contents/management-of-rotator-cuff-tears.

3. Varacallo M, El Bitar Y, Sina RE, Mair SD. Rotator Cuff Syndrome. 2024 Mar 5. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 30285401.

4. Franceschi F, Giovannetti de Sanctis E, Gupta A, Athwal GS, Di Giacomo G. Reverse shoulder arthroplasty: State-of-the-art. J ISAKOS. 2023 Oct;8(5):306-317. doi: 10.1016/j.jisako.2023.05.007. Epub 2023 Jun 8. PMID: 37301479.

5. Daher M, Fares MY, Koa J, Singh J, Abboud J. Bilateral reverse shoulder arthroplasty versus bilateral anatomic shoulder arthroplasty: a meta-analysis and systematic review. Clin Shoulder Elb. 2024 Jun;27(2):196-202. doi: 10.5397/cise.2023.00332. Epub 2023 Dec 19. PMID: 38147874; PMCID: PMC11181065.

6. Loew, M., Schnetzke, M., Kappes, S. et al. Complications and revisions in anatomic and reverse short stem shoulder arthroplasty. Arch Orthop Trauma Surg 143, 4853–4860 (2023).

7. Bi AS, Anil U, Colasanti CA, et al. Comparison of Multiple Surgical Treatments for Massive Irreparable Rotator Cuff Tears in Patients Younger Than 70 Years of Age: A Systematic Review and Network Meta-analysis. Am J Sports Med. 2024;52(11):2919-2930.

8. Kucirek NK, Hung NJ, Wong SE. Treatment Options for Massive Irreparable Rotator Cuff Tears. Curr Rev Musculoskelet Med. 2021;14(5):304-315.

9. Kalali N, Ebrahimzadeh MH, Dehghani M, et al. Clinical and functional outcomes of subacromial spacer implantation and superior capsular reconstruction for massive irreparable rotator cuff tears: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2025;27(1):10.

10. Barth J, Olmos MI, Swan J, et al. Superior Capsular Reconstruction With the Long Head of the Biceps Autograft Prevents Infraspinatus Retear in Massive Posterosuperior Retracted Rotator Cuff Tears. Am J Sports Med. 2020;48(6):1430-1438.

11. Zhou X, Zhang X, Jin X, et al. Multiple surgical treatment comparisons for irreparable rotator cuff tears: a network meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2023;102(22):e33832.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com os autos (Evento 1, LAUDO8) trata-se de paciente do sexo feminino, 56 anos, com queda de altura de cerca de 1,5 metro no início de 2024 com lesão em manguito rotador à direita diagnosticada por ecografia que evidenciou ruptura dos

músculos subescapular e supraespinhal. Foi encaminhada via sistema de regulação para avaliação com traumatologista, sendo atendida na cidade de Osório em dezembro de 2024, situação em que foi emitida Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) por indicação de artroplastia do ombro. Foi então novamente encaminhada para serviço de ortopedia com previsão inicial de espera de 770 dias (equivalente a 2 anos e 40 dias). Iniciou com pleito pela via judicial em fevereiro de 2025, com tutela de emergência deferida no mesmo mês. Em março de 2025 foi referenciada para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com atendimento e solicitação de ressonância magnética, a qual foi realizada em junho de 2025 (Evento 53, EXMMED2) e ratificou as lesões prévias, com diagnóstico de ruptura também nos tendões dos músculos infraespinhal e bíceps, bem como de fratura no processo coracoide da escápula e sinais de osteoartrite (OA), com indicação de artroplastia de ombro com uso de prótese reversa (Evento 88, OUT2). Em petição da Defensoria Pública (Evento 101, PET1) foi informado que a autora foi submetida à cirurgia proposta em janeiro de 2026, no mesmo Hospital.

Não constam nos autos as imagens da ressonância magnética, tampouco informações complementares sobre comorbidades, medicamentos em uso atual, tratamentos previamente realizados (medicamentosos e não medicamentosos) e resposta clínica/funcional às medidas instituídas. Nesse contexto, a parte autora pleiteia o provimento jurisdicional de artroplastia total escápulo-umeral com prótese reversa, objeto desta nota técnica.

As rupturas do manguito rotador podem ser causadas por lesão traumática aguda ou alterações degenerativas devido a fatores intrínsecos e extrínsecos, como diminuição da vascularização tecidual e síndrome do impacto. As rupturas podem ser classificadas como parciais (incompletas) ou totais (completas), e as rupturas parciais podem ser classificadas ainda por: localização - articular, bursal ou intratendinosa; e tamanho da ruptura - representado como porcentagem da espessura do tendão rompido. Rupturas com alta retração e elevado grau de atrofia muscular são classificadas como irreparáveis. O manejo operatório geralmente é indicado para pacientes com rupturas de espessura parcial de alto grau com falha no manejo não operatório (geralmente após uma tentativa de 3-6 meses). Os principais procedimentos cirúrgicos correspondem a desbridamentos, acromioplastias, reparos do manguito, transferências miotendíneas e finalmente as artroplastias [1].

Especificamente sobre o tratamento para lesões maciças do manguito rotador, este deve ser individualizado conforme idade, demanda funcional, presença de osteoartrite glenoumeral e reparabilidade do tendão. O manejo inicial inclui fisioterapia e analgesia, mas, em casos sintomáticos ou refratários, opções cirúrgicas devem ser consideradas.