

**PARECER CREMEB Nº 28/09**

(Aprovado em Seção da 1ª Câmara de 14/07/2009)

EXPEDIENTE CONSULTA Nº 148.732/08.

**ASSUNTO: Benefícios e malefícios do procedimento de implante neuroestimulador.**

RELATOR: Cons. José Augusto da Costa

**Ementa: A estimulação medular espinhal (EME) é método de evidência científica para condições bem selecionadas e definidas como dor crônica, neurogênica. Tem status de procedimento minimamente invasivo, não ablativo, inteiramente reversível de poucas complicações. É realizado em dois estágios separados por um teste triagem de estimulação que dura 5 a 10 dias.**

**EXPOSIÇÃO**

Médica solicita a este conselho junto a Câmara Técnica de Neurocirurgia, parecer sobre benefícios e malefícios dos procedimentos:

1. Implante neuroestimulador medular código CBHPM-31401104
2. Implante de gerador para neuroestimulação código CBHPM-31403140.

Informa ser para o tratamento de Fibrose peridural, aracnóide espinhal – pós-cirurgia na coluna vertebral lombar e dor neuropática.

**FUNDAMENTAÇÃO**

Encaminhada a questão, a Câmara técnica respondeu que a idéia da estimulação produzindo analgesia é centenária. A literatura do século XIX é abundante em relatos da estimulação elétrica no tratamento da dor.

Trabalhos pioneiros de Cook em 1976 e uma evolução técnica surpreendente transformaram a estimulação em instrumento terapêutico indispensável a certas condições dolorosas.

Atualmente a EME (Estimulação Medular Espinhal) tem status de procedimento minimamente invasivo, caro, não ablativo, inteiramente reversível, com poucas complicações.

Método suportável e de evidência científica, para condições bem selecionadas e definidas de dor crônica.

Faz parte de um sistema seqüencial de manejo da dor, ocupando a classe das terapias avançadas, juntamente com infusão intratecal de drogas e a neuroablação.

Estima-se que cerca de 15.000 sistemas de EME são implantados anualmente no mundo.

**PARECER**

Os critérios rígidos do Health Care Financing Administration nos Estados Unidos servem de modelo para o resto do mundo:

1. Existe um diagnóstico, embasado por evidências objetivas que justificam a queixa de dor (por exemplo: lesão de raiz lombosacra, fibrose aracnóide demonstrada mielograficamente);

2. Terapias alternativas foram esgotadas ou são inaceitáveis (por exemplo: terapia medicamentosa analgésica, fisio ou psicoterapia, cirurgia reconstrutiva);
3. Aspectos psicológicos foram abordados (exclusão de desordem psiquiátrica ou de personalidade, ganhos secundários, problema sério de dependência de drogas);
4. Demonstração de alívio temporário da dor por método análogo ao tratamento proposto executado previamente ao tratamento definitivo, quando possível.

Quanto a seleção do paciente é fundamental a caracterização da dor. O CONHECIMENTO CIENTÍFICO DE HOJE CONSIDERA O MÉTODO PREFERENCIAL EFETIVO PARA FORMAS DE DOR NEUROGÊNICA.

Indicação de EME, em ordem de aplicação e taxa de sucesso:

1. Síndrome de insucesso da cirurgia lombar, em particular aracnoidite lombar (fibrose espinhal lombosacra);
2. Lesão do nervo periférico, neuralgia ou causalgia (incluindo a distrofia simpática reflexa);
3. Dor isquêmica devido a doença arterial oclusiva ou vasoespástica (angina pectoris, claudicação da extremidade inferior); Dor fantasma ou dor do coto de amputação;
4. Lesão medular espinhal com dor segmentar bem circunscrita.

Em relação aos benefícios a EME cuja maior função é reduzir a dor, possibilita:

1. Aumentar o alívio da dor de 50 a 70%;
2. Aumentar o nível de atividade;
3. Reduzir o uso de narcóticos.

Em relação aos malefícios, é impossível não abordar a questão de custos, cuja resolução passa pela seleção criteriosa do paciente, pois reduz as internações hospitalares. As complicações técnicas são raras, como compressão medular devido a hematoma, déficit neurológico reversível ou transitório, afasia, contraturas musculares, efeito motor indesejável. Complicações mais comuns como migração, fratura ou deslocamento de eletrodo, são cada vez menos frequentes com o desenvolvimento da técnica. A taxa de infecção margina o índice de 1,5 %.

Quanto à procedência dos dois procedimentos, implante de neuroestimulador e implante de gerador, vale lembrar que o sistema de EME consiste em três peças: eletrodo, uma fonte de força e extensão de fio que liga os dois elementos. É atualmente implantado em dois estágios, separados por um teste triagem de estimulação que dura 5 a 10 dias:

1. Estágio 1: implantação de eletrodo;
2. Estágio 2: implantação do sistema completo.

## CONCLUSÃO

Como procedimento bem indicado tem uso corrente em neurocirurgia e são necessários dois estágios para a implantação do sistema.

Este é o parecer, SMJ.

Salvador, 27 de janeiro de 2009.

**Cons. Dr. José Augusto da Costa**

Relator