www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/rthyt902

Manejo da hérnia lombar – uma revisão de literatura

Management of lumbar hernia – a literature review

Luis Felipe Sarmenghi de Oliveira[1]

Marcelo Dettogni Sarmenghi[2]

Resumo

A hérnia lombar representa um importante problema de saúde pública, é uma das principais causas de dor irradiada para os membros inferiores. A incidência está entre os adultos de 30 a 50 anos e economicamente ativos, discretamente mais presente no público masculino. A complexidade do manejo da hérnia lombar reside no fato de que o tratamento precisa equilibrar o imediato alívio da dor com a base científica de que a doença, na maioria dos casos, é favorável. O objetivo desta revisão é apresentar evidências científicas que abordem a função das abordagens de tratamento para a hérnia lombar. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada através de uma busca nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Google Scholar, no período entre 2020-2026. Após sintetização das publicações, foi possível identificar que o tratamento conservador é o manejo de primeira linha para pacientes com hérnia lombar, na maioria dos casos. A cirurgia é indicada quando o tratamento conservador não apresentou resultados satisfatórios, impossibilidade de lidar com a dor, presença de déficit motor ou síndrome da cauda equina. A cirurgia oferece alívio imediato da dor, mas traz riscos inerentes a qualquer que seja o procedimento invasivo, como a fibrose epidural e possíveis complicações de cicatrização. Elucidações sobre o equilíbrio entre o imediato benefício clínico e o risco a longo prazo é importante, por considerar a expectativa do paciente e impacto social da hérnia lombar em sua vida diária e laboral.

[1]Cirurgião Geral - Hospital Evangélico de Vila Velha - Vila Velha, Espírito Santo, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-5192-9446

[2] Médico Ortopedista – Emescam – Escola de Medicina da Santa Casa de Vitória, Vitória, Espírito Santo, Brasil. ORCID: https://orcid.org/ 0009-0003-9081-9860

Palavras-Chave
Hérnia de disco lombar; Tratamento conservador; Cirurgia da coluna.

Abstract

Lumbar disc herniation represents a significant public health issue and is a leading cause of pain radiating into the lower limbs. It most frequently affects economically active adults between the ages of 30 and 50, with a slightly higher prevalence among men. The complexity of managing a lumbar disc herniation lies in the need to balance immediate pain relief with the scientific reality that, in most cases, the condition has a favorable prognosis. This review aims to present scientific evidence regarding various treatment approaches for lumbar disc herniation. It is a narrative literature review based on a search of the National Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), and Google Scholar databases, covering the period from 2020 to 2026. A synthesis of the literature indicates that conservative treatment is the first-line approach for most patients with a lumbar disc herniation. Surgery is indicated when conservative treatment fails to yield satisfactory results, when pain becomes unmanageable, or in the presence of motor deficits or cauda equina syndrome. While surgery offers immediate pain relief, it carries risks inherent to any invasive procedure, such as epidural fibrosis and potential wound-healing complications. Clarifying the balance between immediate clinical benefits and long-term risks is essential, as it takes into account patient expectations and the social impact of the condition on daily life and work.

Keywords
Lumbar disc herniation; Conservative treatment; Spine surgery.

1 Introdução

A hérnia de disco lombar é uma das principais causas de dor lombar irradiada para os membros inferiores, e mais prevalente na prática clínica ortopédica e neurocirúrgica. É uma das patologias mais onerosas e incapacitantes no rol de doenças da coluna vertebral, acometendo principalmente aqueles em pleno vigor laboral. A incidência da dor lombar e radiculopatia é maior entre adultos de 30 a 50 anos e economicamente ativos, discretamente

mais presente no público masculino; tendo como principais fatores de risco, o tabagismo, alto índice de massa corporal e ocupações que exigem esforço excessivo na região lombar. A hérnia lombar representa um importante problema de saúde pública (Batista et al., 2026; Lente; De Oliveira, 2026; Stretanski; Hu; Mesfin, 2025; Tong et al., 2025). Estudos revelam que 15% da população apresenta achado de hérnia de disco em imagem ao longo da vida (Santos; Silva; Franco, 2026).

A patogênese envolve a ruptura ou protrusão do núcleo pulposo através do ânulo fibroso, causando compressão mecânica e inflamação química das raízes nervosas espinhais, causando intensa resposta inflamatória local (clássico quadro de dor ciática), déficit sensitivo e, em alguns casos, fraqueza muscular (Lente; De Oliveira, 2026; Batista et al., 2026; Stretanski; Hu; Mesfin, 2025).

A fisiopatologia é complexa, envolvendo a compressão direta das estruturas neurais e de mecanismos inflamatórios mediados por alterações biomecânicas, bioquímicas e estruturas progressivas. O processo de degeneração do disco intervertebral causa uma desidratação do núcleo pulposo, com redução da altura do disco intervertebral e a sobrecarga do ânulo fibroso, levando a rotura de suas fibras. A presença de fissuras levam a extrusão do conteúdo do núcleo pulposo para o canal vertebral, com isso pode provocar compressão mecânica da raiz nervosa (Vieira et al., 2026). Os mediadores inflamatórios mediados por citocinas, prostaglandinas, fator de necrose tumoral alfa (TNF-α) e interleucinas, sensibilizam as raízes nervosas e causam dor radicular (Batista et al., 2026), mesmo em condições que não se identifica compressão exuberante (Vieira et al., 2026).

Clinicamente a queixa do paciente é de dor lombar irradiada, seguindo um dermátomo específico, podendo seguir com déficit sensitivo ou motor. Se a hérnia for volumosa ou sequestro discais, o quadro pode evoluir para síndrome de cauda equina, constituindo uma emergência devido ao risco de sequelas permanentes (Vieira et al., 2026).

Os típicos achados clínicos de compressão dos nervos lombossacrais por hérnias discais variam de acordo com a raiz acometida (Stretanski; Hu; Mesfin, 2025), como ilustra a Tabela:

Tabela 1 – Achados clínicos – Nível de acometimento radicular na hérnia de disco lombar

Nervo afetado	Dor e perda sensorial	Déficits motores	Alterações reflexas
L1	Dor e perda sensorial na região inguinal.	Fraqueza na flexão do quadril (rara), e o reflexo de estiramento é tipicamente normal	Reflexos de estiramento preservados
L2-L3-L4	Dor lombar irradiando-se para a parte anterior da coxa e medial da perna	Fraqueza na flexão e adução do quadril, e na extensão do joelho.	Diminuição do reflexo patelar
L5	Dor irradiando-se para glúteos, face lateral da coxa e perna, dorso do pé e entre o 1º e 2º pododáctilos	Fraqueza na abdução do quadril, dorsiflexão do pé e extensão dos dedos.	Diminuição do reflexo dos músculos isquiotibiais.
S1	Dor lombar irradiando-se para glúteos, face posterior da coxa, panturrilha e pé lateral	Fraqueza na extensão do quadril, flexão do joelho e flexão plantar do pé.	Diminuição ou ausência do reflexo Aquileu
S2-S4	Dor sacral ou glútea, irradiando-se para a face posterior da perna ou períneo.	Incontinência urinária e fecal, disfunção sexual.	Ausência do reflexo bulbo-cavernoso e do reflexo anal

Fonte: Adaptado de Stretanski; Hu; Mesfin (2025, p. 06).

Os níveis L4 a L5 e L5 a S1, são segmentos de maior mobilidade e maior carga axial; são áreas de maior mobilidade na região lombossacra. O segmento L5-S1, suporta maior força de cisalhamento da coluna (Vieira et al., 2026; Alves; Reis, 2025).

Embora as alterações degenerativas do disco intervertebral façam parte do processo fisiológico inerentes do envelhecimento, apenas uma parcela dos pacientes desenvolvem sintomas clínicos relevantes, destacando a participação de fatores genéticos, biomecânicos, ocupacionais e ambientais na evolução da hérnia lombar (Batista et al., 2026; Zileli et al., 2024). Os fatores de risco que mais se acentuam para o surgimento da hérnia lombar são: obesidade, tabagismo, sedentarismo, vibração corporal prolongada, repetitivo levantamento de peso e predisposição genética. Acrescenta-se o fato das alterações degenerativas progressivas da matriz extracelular do disco diminuem a sua capacidade de absorver cargas, facilitando a presença de fissuras no ânulo fibroso e posterior herniação do material discal (Batista et al., 2026).

Na prática clínica, os pacientes podem apresentar lombalgia associada ou não à ciatalgia, parestesias, hipoestesia, redução dos reflexos osteotendíneos e déficit motor

correspondente à raiz comprometida. No exame físico, testes provocativos como, elevação da perna estendida (teste de Lasègue) e o teste de Lasègue cruzado, representam valor diagnóstico relevante, quando interpretados juntamente com a história clínica e o exame neurológico. Inicialmente, recomenda-se fundamentar o diagnóstico na avaliação clínica, reservando os exames complementares para confirmar a patologia ou investigar sinais mais graves (Batista et al., 2026).

A ressonância magnética, entre os métodos de imagem, ainda é padrão-ouro, por permitir visualização dos discos intervertebrais, raízes nervosa, ligamentos e estruturas do canal vertebral, e possibilita uma diferenciação adequada entre protrusão, extrusão e sequestro discal. A tomografia computadorizada é uma alternativa no caso de contraindicação da ressonância magnética, embora apresente sensibilidade menor na avaliação de tecidos moles. No entanto, é importante mencionar que as alterações degenerativas são comumente identificadas em pacientes assintomáticos, ressalvando que o tratamento não deve ter como base os achados exclusivamente radiológicos (Batista et al., 2026).

Em relação ao manejo, nos últimos anos, mudanças foram apresentadas, destacando o fato de que o tratamento deve equilibrar a imediata necessidade de alívio da dor e o conhecimento científico, preconizando que a natural história da hérnia lombar é, na maioria dos casos, é favorável. A espontânea reabsorção do material herniado, mediado por processos inflamatórios e imunológicos locais, facilitam que muitos pacientes retornem às suas vidas rotineiras mediadas por medidas paliativas e fisioterapia (Vieira et al., 2026).

Em geral, a história natural da hérnia lombar é favorável. Cerca de 80% dos pacientes melhoram de quatro a seis semanas. A espontânea reabsorção do fragmento pode ocorrer, notadamente em extrusões migradas ou sequestradas, nas quais o efeito imunológico sobre o material exposto acelera a absorção (Vieira et al., 2026; Tong et al., 2025).

A abordagem conservadora é multimodal, envolvendo adequada analgesia, educação terapêutica, anti-inflamatórios não esteroides, programas de exercícios terapêuticos voltados para a estabilidade e mobilidade da coluna lombar, tem se revelado segura e eficaz. A abordagem inicial deve ser padrão. O combinado dessas estratégias terapêuticas auxilia na diminuição da dor, recuperação funcional e redução da incapacidade, evitando intervenções invasivas sem necessidade (Stretanski; Hu; Mesfin, 2025; Batista et al., 2024; Yaman et al., 2024). Contudo, aproximadamente 20% dos pacientes evoluem com persistentes sintomas após 12 semanas de tratamento ou apresentam progressivo déficit neurológico, sendo necessário, a intervenção cirúrgica. Ressalva-se que, a adesão ao tratamento é o fator de sucesso principal, exigindo que o profissional seja um facilitador do processo, ante a intensa

dor radicular causada nos pacientes na fase aguda (Lente; De Oliveira, 2026; Vieira et al., 2026).

A intervenção cirúrgica ainda é amplamente difundida, servindo de solução definitiva e precoce para a hérnia lombar, contudo, nos últimos anos, robustas evidências de estudos de coorte nacionais e internacionais têm revelado que a descompressão cirúrgica precoce, embora ofereça alívio rápido nos primeiros meses, não confere vantagens significativas no que se refere à resultados funcionais e qualidade de vida a longo prazo para o paciente que não apresenta sinais graves a nível neurológico (Vieira et al., 2026).

A atual discussão se direciona no refinamento dos critérios para cirurgia, evitando o retardo indevido e a indicação desnecessária (Lente; De Oliveira, 2026). Nesse sentido, o objetivo desta revisão é apresentar evidências científicas que aclarem a função das abordagens de tratamento para a hérnia lombar.

2 Metodologia

A pesquisa foi conduzido por meio de uma revisão narrativa da literatura, com foco em evidências científicas que sintetizam o tema. Foi realizada uma busca nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Google Scholar, no período entre 2020 - 2026, aplicando as palavras-chave "*lumbar disc herniation*", "*low back pain*", "*sciatica*", "*conservative treatment spinal surgery*", "*rehabilitation*".

Os critérios de inclusão aplicados foram: artigos em português ou inglês, texto completo disponível, ensaios clínicos randomizados, prospectivos ou retrospectivos, metanálises e revisões sistemáticas e relatos de casos. Os artigos elegíveis apresentaram as seguintes temáticas: incidência, prevalência e manejo clínico e tratamento da hérnia lombar. Esse delineamento facilita realizar uma ampla e integrada produção literária científica, sendo assim possível discutir os aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos da hérnia lombar.

Foram excluídos da busca na base de dados, estudos antes de 2020, duplicados, textos incompletos indisponíveis, teses, dissertações, carta ao editor, editoriais e demais conteúdos que não apresentavam abordagens que não envolvessem hérnia de disco lombar.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi realizada uma criteriosa leitura para avaliar a pertinência temática. Os estudos relevantes foram analisados na íntegra,

priorizando os ensaios clínicos, revisões sistemáticas, metanálises e os observacionais com elevada qualidade metodológica e diretrizes das sociedades médicas de referência da ortopedia, neurocirurgia, cirurgia da coluna e medicina baseada em evidências. Seguiu-se com a sintetização dos achados de maneira crítica e integrada, com o objetivo de evidenciar consensos atualizados e abrangentes.

3 Resultados e Discussão

Os resultados desta revisão corroboram a literatura nacional e internacional, evidenciando a ausência na diferença estatística nos escores funcionais e de dor entre os pacientes com hérnia lombar que receberam tratamento conservador e cirúrgica após dois anos de tratamento (Lente; De Oliveira, 2026). No entanto, a evolução clínica positiva na maioria dos pacientes que seguiram com tratamento conservador, ou seja, aqueles que não apresentara sinais de comprometimento neurológico grave ou emergencial, como a síndrome da cauda equina. Foram observados crescente consenso entre diretrizes internacionais de que a escolha terapêutica deve considerar os achados de imagem e correlação entre manifestações clínicas, exame neurológico e impacto funcional sobre a qualidade de vida do paciente acometido (Batista et al., 2026; Jin et al., 2025).

Os estudos destacam que o tratamento conservador é multimodal, utilizando analgésicos, anti-inflamatórios, fisioterapia, atividade física, educação em dor; permanecendo como estratégia inicial para a maioria dos casos de pacientes sintomáticos (Vieira et al., 2026); é eficaz em 80% dos pacientes, de quatro a seis semanas (fase inflamatória aguda) (Vieira et al., 2026; Tong et al., 2025; Marcelino et al., 2020).

O estudo conduzido por Tong et al. (2025) cita que o tratamento conservador para hérnia lombar tende a se concentrar na dupla modulação das respostas inflamatórias. Pesquisas corroboram que a espontânea reabsorção do núcleo pulposo depende dos processos inflamatórios mediados por macrófagos, comumente, a taxa de reabsorção é de 76,6%, e as citocinas pró-inflamatórias (TNF-α, IL-6, por exemplo) estão relacionadas ao alívio da dor. Essa condição sugere que o manejo conservador deixe de ser um simples mediador da supressão anti-inflamatória, buscando regular a polarização de macrófagos e o equilíbrio das citocinas e assim, controlar a dor e a promoção da reabsorção. Acrescenta-se ainda, que o aprimoramento de modelos de predição de tratamento individualizados, englobando

características de imagem e biomarcadores, associado ao avanço de pesquisas clínicas de alta qualidade, será imprescindível para otimizar as estratégias do tratamento conservador.

Estudos apontam que a prolongada interrupção das atividades rotineiras e laboratoriais, de acordo com estudos, se revelou associada à recuperação funcional mais lenta, em comparação ao retorno progressivo. O progressivo retorno às atividades diárias dos pacientes apresentam desfechos clínicos favoráveis e incapacidade em médio prazo menos. Ademais, os programas de reabilitação supervisionados apresentam resultados melhores, em comparação às orientações isoladas ou ao repouso prolongado (Batista et al., 2026).

Outra questão a ser levantada é a heterogeneidade da reabilitação física ofertado nos centros de atendimento no Brasil. O sucesso do manejo conservador está associado diretamente à constância, qualidade e especialização da equipe fisioterapêutica. Pacientes, sem resultados positivos pelo programa de reabilitação genéricos, seguem erroneamente para a cirurgia, revelando que a falha do manejo conservador, pode ser considerada uma falha de acesso as terapias, mas direcionadas e específicas (Lente; De Oliveira, 2026).

Em ressalva, a falha terapêutica do tratamento conservador não pode ser negligenciada. Na condição da dor ser refratária ao manejo farmacológico e à reabilitação estruturada, após um lapso temporal de oito a doze semanas, a discectomia se revela como a melhor alternativa para restaurar a qualidade de vida do paciente. Evidências destacam que o excessivo tempo de dor crônica, mesmo sem déficit motor, impacta negativamente no prognóstico psíquico e social, esclarecendo a opção pela cirurgia eletiva (Lente; De Oliveira, 2026).

O estudo conduzido por Batista et al. (2026) explora a tendência de regressão espontânea da hérnia discal. Nesse sentido, pesquisas revelam que fragmentos extrusos ou sequestrados podem sofrer importante redução no volume ao longo do tempo, em decorrência de mecanismos inflamatórios, neovascularização e fagocitose do material discal. Essa condição explica o motivo pelo qual, significativa parte dos pacientes apresentam progressiva melhora da dor radicular sem intervenção cirúrgica. Dessa forma, o achado da hérnia de disco na ressonância magnética não formaliza absoluta indicação cirúrgica, pontuando a importância da individualização terapêutica e do acompanhamento clínico periódico nas primeiras semanas de evolução do quadro clínico do paciente.

A correta seleção dos pacientes é um dos fatores mais relevantes para o sucesso terapêutico. Recentes revisões assinalam que pacientes com sintomas radiculares compatíveis, com objetivas alterações neurológicas e confirmação radiológica, apresentam probabilidade mais elevada de serem beneficiados com intervenção cirúrgica ao serem comparados àqueles

cuja manifestação central seja uma lombalgia inespecífica. Nesse sentido, procedimentos invasivos realizados com base em alterações degenerativas identificadas nos exames de imagem não encontram respaldo nas atuais recomendações das principais sociedades internacionais de cirurgia da coluna, tendo em vista que as alterações degenerativas também podem ser identificadas em pacientes assintomáticos (Jin et al., 2025).

Um achado relevante refere-se a abordagem multidisciplinar, entre ortopedistas, neurocirurgiões, fisiatras, fisioterapeutas e especialistas em dor, destacando o positivo impacto na recuperação funcional, redução da incapacidade e da recorrência dos sintomas nos pacientes. A educação do paciente, fortalecimento muscular, correção de fatores biomecânicos e incentivo à prática regular de atividade física, diminuem, consideravelmente a persistência da dor lombar, favorecendo melhor qualidade de vida após o tratamento, independentemente do manejo terapêutico realizado (Batista et al., 2026).

Tong et al. (2025) e Lilly et al. (2021) explicam que estudos revelam que fatores individuais influenciam diretamente o prognóstico da hérnia lombar. Tabagismo, obesidade, sedentarismo, atividades ocupacionais com alta sobrecarga lombar e baixa adesão aos programas de reabilitação, associa-se ao risco aumentado para a persistência dos sintomas, recorrência da hérnia discal e ruim prognóstico funcional. No entanto, Lilly et al. (20212) corroboram que no caso de pacientes com participação ativa no processo terapêutico, mantém o peso corporal adequado e seguem protocolos supervisionados de reabilitação, tendem a apresentar tempo menor de recuperação e precoce retorno às atividades laborais e sociais.

O cenário atual do tratamento cirúrgico da hérnia lombar é assinalado por um desenvolvimento tecnológico e aproximação entre as abordagens biológicas e mecânicas, ampliando as opções terapêuticas, consentindo estratégias cada vez mais individualizadas (Vieira et al., 2026). A intervenção cirúrgica se mantém na vigência diante de déficits neurológicos progressivos, fraqueza muscular importante ou síndrome da cauda equina concomitante, a sintomas agudos, incluindo disfunção vesical e intestinal e dormência perineal (Lente; De Oliveira, 2026; Vieira et al., 2026; Tong et al., 2025).

A abordagem cirúrgica é paliativa, com o objetivo de solucionar a compressão na estrutura neuronal e deve ser compartilhada entre o paciente e o médico. A descompressão cirúrgica age como terapêutica salvadora da integridade nervosa, evitando que irreversíveis sequelas surjam. A discussão segue no foco nos critérios na intervenção cirúrgica, evitando o retardo indevido e na indicação desnecessária (Lente; De Oliveira, 2026; Vieira et al., 2026; Marcelino et al., 2020).

A microdiscectomia é o procedimento mais indicado para pacientes com queixa de dor radicular incapacitante e persistente, déficit neurológico progressivo ou falha do tratamento conservador instituído corretamente (Batista et al., 2026). A técnica cirúrgica oferta alívio imediato da dor e recuperação funcional precoce do paciente, principalmente nos primeiros meses após a realização do procedimento, contudo, estudos comparativos revelam que, em seguimentos prolongados, as diferenças entre pacientes que realizaram a cirurgia e aqueles que seguiram com o tratamento conservador, tendem a reduzir potencialmente a dor, indicando resultados funcionais análogos após um a dois anos de acompanhamento (Bailey et al., 2020).

A microdiscectomia tubular utiliza dilatadores sequenciais para afastar a musculatura paravertebral sem trauma. Após posicionar a cânula de trabalho e visualização microscópica, segue com a laminotomia mínima, flavectomia e remoção do fragmento herniado. Entre as limitações dessa técnica estão: campo cirúrgico restrito, o que dificulta a ampliação da exposição, caso necessário, e hérnias laterais ou em múltiplos níveis, para os casos de fragmento migrados. A existência de afastador tubular pode se apresentar como barreira para manipulação e exploração dos níveis, principalmente para cirurgiões não familiarizados com o procedimento. Com isso, a técnica tubular apresenta curva de aprendizagem mais longa em comparação à discectomia aberta (Vieira et al., 2026).

Os resultados clínicos, mesmo apresentando menor agressão tecidual, são análogos aos da microdiscectomia tradicional, sem superioridade da técnica tubular. Estudos comparativos não apresentaram diferenças importantes em relação aos desfechos de tempo cirúrgico, sangramento, resultados funcionais e taxa de recorrência (Wang et al., 2019). Outros estudos revelam resultados melhores em relação à dor pós-operatória, com base na escala visual analógica para dor lombar e a irradiada na microdiscectomia convencional comparada à tubular (Vieira et al., 2026).

Definir a discectomia repetida e fusão instrumentada para o tratamento de hérnias de disco lombar recorrentes é uma questão complexa, envolvendo considerações sobre eficácia, custos e recuperação. Estudos despontam que a discectomia repetida pode oferecer vantagens, em termos de menor tempo de operação e reduzidos custos hospitalares; a fusão instrumentada, embora eficaz, tende a resultar em hospitalizações mais longas e custos maiores (Levada et al., 2024).

A discectomia aberta, historicamente, é a forma clássica de abordagem, apresentando elevadas taxas de melhora clínica e resultados positivos. A microdiscectomia representa um significativo avanço técnico com a introdução do microscópio para reduzir a agressão

muscular e melhor visualização cirúrgica. As técnicas minimamente invasivas, após os anos 2000, incluindo microdiscectomia tubular e discectomia endoscópica, consolidaram-se como opções eficazes, permitindo menor sangramento, menor lesões dos tecidos e rapidez na recuperação (Vieira et al., 2026; Kögl et al, 2024). Ademais, a evolução das técnicas cirúrgicas, como a discectomia lombar endoscópica, que tem evidenciado ser tão eficaz quanto a microdiscectomia aberta com a vantagem de menor invasividade, enfatiza a necessidade de pesquisas contínuas para otimizar os resultados clínicos e a recuperação dos pacientes (Levada et al., 2024).

A cirurgia endoscópica comparada a microdiscectomia, revela resultados análogos ao analisar a dor no pós-operatório e escores funcionais, como o índice de Oswestry, no médio e longo prazo melhores para pacientes submetidos a endoscopia. Outros quesitos favoráveis à endoscopia são o menor tempo de permanência no hospital e retorno às atividades diárias laborais, menor sangramento intraoperatório e taxa de complicações baixa (Vieira et al., 2026).

A cirurgia endoscópica necessita de instrumentos de maior tecnologia, com isso, o custo é maior inicialmente, comparado a outras opções de discectomia. Sendo que o retorno precoce a vida laboral, alinhado ao menor período e internação hospitalar, fazem com que os custos finais do procedimento sejam menores em comparação às cirurgias microdiscectomia. Ao analisar a relação custo-efetividade, observa-se que a cirurgia endoscópica é mais eficaz e menos custosa em doze meses comparada a microdiscectomia. A cirurgia endoscópica dispõe de uma curva de aprendizado maior comparada a outras técnicas. Em média, considera-se cerca de 25 casos para domínio da técnica biportal e 40 para a discectomia totalmente endoscópica, o que pode elevar a taxa de complicações e tempo cirúrgico nos casos iniciais (Vieira et al., 2026).

Dispositivos de fechamento anular é um importante avanço, com o objetivo de prevenir recidivas em pacientes com defeitos no ânulo maior (Thomé et al., 2021; Li et al., 2023). Outro avanço significativo é o interesse em terapias de medicina regenerativa, que exploram o potencial de células sinalizadoras na restauração biológica do núcleo pulposo e modular a inflamação (Pers et al., 2024). Na condição do acometimento da hérnia de disco com instabilidade segmentar ou degeneração avançada do disco intervertebral, as artrodeses seguem com a principal função (Lei et al., 2023).

A medicina regenerativa como técnica no manejo de patologias da coluna ainda segue em investigação, com pesquisas voltadas para aplicação de células tronco-mesenquimais, concentrados de medula óssea e plasma rico em plaquetas. Estudos objetivam avaliar os

resultados do controle da dor lombar em pacientes com doença degenerativa do disco, mas, os resultados ainda são insuficientes (Tong et al., 2025; Farag et al., 2024). Vieira et al. (2026) explicam que o manejo de pacientes com queixa de radiculopatia por hérnia de disco lombar, evidências revelam melhor controle da dor radicular após infiltração transforminal com plasma rico em plaquetas, comparado ao uso de corticoide, sem alterar ou controle da dor lombar. Outra maneira de utilizar a medicina regenerativa avaliada em alguns estudos é o uso do plasma rico em plaquetas após procedimentos endoscópicos de discectomia.

Um dos poucos estudos randomizados, revelou que não foram identificadas diferenças nos escores clínicos – sem alteração de função e controle da dor radicular – entre os pacientes submetidos ao plasma rico em plaquetas comparados aos que não foram. O único achado deste estudo foi uma melhora na escala de Pfirmann com base nas imagens de ressonância magnética do grupo de utilizou o plasma rico em plaquetas (Vieira et al., 2026).

Mesmo diante de resultados promissores em outras áreas, a eficácia da medicina regenerativa para tratamento da hérnia lombar ainda carece de robustez nos resultados e estudos, com padrões nos protocolos de aplicação, dosagem e frequência, questões éticas e clínicas em geral (Vieira et al., 2026). As técnicas de medicina regenerativa também têm o potencial de interromper ou reverter a degeneração, ao contrário dos padrões atuais de tratamento focados no controle dos sintomas (Farag et al., 2024).

4 Conclusão

O primeiro suporte na escolha do tratamento da hérnia lombar é o histórico da doença. Os sintomas radiculares são bem específicos na maioria dos casos, com manifestações bem determinadas, associadas diretamente à raiz nervosa afetada. Contudo, podem ocorrer padrões complexos de sintomas, nesse caso, a criteriosa análise é imperativa para a tomada de decisão terapêutica. Indica-se seguir uma sequência de anamnese peculiar para a doença degenerativa da coluna lombar, e não especificamente para a hérnia lombar.

O tratamento conservador é o manejo de primeira linha para pacientes com hérnia lombar, na maioria dos casos. A cirurgia é indicada quando o tratamento conservador não apresentou resultados satisfatórios, impossibilidade de lidar com a dor, presença de déficit motor ou síndrome da cauda equina.

A cirurgia oferece alívio imediato da dor, mas traz riscos inerentes a qualquer que seja o procedimento invasivo, como a fibrose epidural e possíveis complicações na cicatrização.

Elucidações sobre o equilíbrio entre o imediato benefício clínico e o risco a longo prazo é importante, por considerar a expectativa do paciente e impacto social da hérnia lombar em sua vida diária e laboral.

Referências

ALVES, Maiane Peixoto; REIS, Luana Araújo dos. Fisioterapia no tratamento das hérnias de disco lombar. **Revista Aracê**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 5, p. 22010-22018, 2025.

BATISTA, Izaque Benedito Miranda; MELLO, Anna Luiza Ferro Palazzo de; WALKER, Letícia Müller; MAURANO FILHO, José Eduardo; MOREIRA, Rafael Pinho de Almeida et al. Hérnia de Disco Lombar: diagnostico, manejo clínico e tratamentos atuais. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 8, Issue 7, p. 1166-1180, 2026.

BAILEY, Christopher S.; RASOULINEJAD, Parham; TAYLOR, Davide; SEQUEIRA, Keith; MILLER, Thomas et al. Surgery versus conservative care for persistent sciatic lasting 4 to 12 months. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 3,82, n. 12, p. 1093-1102, 2020.

FARAG, Mariam; REZK, Rogina; HUTCHINSON, Hunter; ZANKEVICH, Alina; LUCKE-WOLD, Brandon. Degeneração do disco intervertebral e medicina regenerativa. **Clinical Translational Discovery**, 2v. 4, e289, 2024.

JIN, Haiyue; LOPEZ, Alexander M.; ROMERO, Flor Garza; HOANG, Ryan; RAMESH, Ashish; BOW, Hansen C. A systematic review of treatment guidelines for lumbar disc herniation. **Neurospine**, Seoul, v. 22, n. 2, p. 389-402, 2025.

KÖGL, Nikolaus; PETR, Ondra; LÖSCHER, Wolfgang; LILJEMQVIST, Ulf; THOMÉ, Claudius. Lumbar disc herniation – the significative of symptom duration for the indication for surgery. **Deutsches Arzteblatt International**, v. 121, n. 3, p. 440-448, 2024.

LEI F, YANFANG L, SHANGXING W, WEIHAO Y, WEI L, JING T. Spinal Fusion Versus Repeat Discectomy for Recurrent Lumbar Disc Herniation: A Systematic Review and Meta-Analysis. **World Neurosurgery**, v. 173, p. 126–135.e5, 2023.

LENTE, Camila Sansão; DE OLIVEIRA, Luoas Carvalho. Hérnia de disco lombar: abordagem cirúrgica versus conservadora. **Revista Nursing**, v. 32, n. 340, p. 18653-18656, 2026.

LEVADA, Leonardo Pereira; AFONSO, Lívia Campos; CARVALHO, Amanda Fortes; ALVES, Marcela Januzzi; SALGUEIRO, João Gabriel Olivoto; TERCEIRO, Alexandre Luís Silva et al. Hérnia de disco: revisão das abordagens terapêuticas modernas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, Issue 8, p. 3550-3560, 2024.

LI, Wei-Shang; LI, Gao-Yu; YAN, Qi; CHEN, Wen-Ting; CONG, Li. The effectiveness and safety of annulus closure device implantation in lumbar discectomy for patients with lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis. **European Spine Journal**, v. 32, n. 7, p. 2377–2386, 2023.

LILLY, Daniel T.; DAVISON, Mark A.; ELDRIDGE, Cody M.; SINGH, RAvinderjit; MONTGOMERY, Eric Y.; BAGLEY, Carlos et al. An assessment of nonoperative management strategies in a herniated lumbar disc population: successes versus failures. **Global Spine Journal,** Thousand Oaks, v. 11, n. 7, p. 1054-1063, 2021.

MARCELINO, Leonardo demier; TERRA NETO, José; CHAGAS, Denise Ribeiro Santos das; AZZI, Eduardo dos Santos; MÜHLBAUER, Mônica. Hérnia de disco lombar e sua abordagem terapêutica conservadora – uma revisão bibliográfica. **ACTA MSM**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 20-29, set. 2020.

PERS, Yves-Marie; SOLER-RICH, Robert; VADALÀ, Gianluca et al. Allogenic bone marrowderived mesenchymal stromal cell-based therapy for patients with chronic low back pain: a prospective, multicentre, randomised placebo controlled trial (RESPINE study). **Annals of the Rheumautic Diseases,** v, 83, n. 11, p. 1572–1583, 2024.

SANTOS, Leonardo Patrick Rodrigues dos; SILVA, Marcos Vinicius Brito da; FRANCO, Edna Cristina. Exercício físico para indivíduos com hérnia de disco lombar: guia prático para profissionais de educação física. **Relaptec, Revista Latino-Americana de Produção Técnica e Tecnológica,** v. 2, n. 1, p. 01-13, 2026.

STRETANSKI, Michael F.; HU, Young; MESFIN, Fassil B. Disk Herniation. [Updated 2025 Sep 14]. In: **StatPearls [Internet].** Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441822/. Acesso em: 2 nov. 2026.

THOMÉ, Claudius; KURŠUMOVIC, Adisa; KLASSEN, Peter Douglas; BOUMA, Gerrit J. et al; Annular Closure RCT Study Group. Effectiveness of an Annular Closure Device to Prevent Recurrent Lumbar Disc Herniation: A Secondary Analysis With 5 Years of Follow-up. **JAMA Netw Open**, v. 4, n. 12, e2136809, 2021.

TONG, Yun; YU, Lanying; LUO, Kaifeng; YAN, Xiong; CHEN, Ming; WANG, Libin. Recent advances and evolving strategies in the treatment of lumbar disc herniation. **Neurology Frontiers**, V. 16, P. 1706784, dec., 2025.

VIEIRA, Fábio Antonio; RIBEIRO, Breno Augusto Giese; UETA, Renato Hiroschi Salvioni; PUERTAS, Eduardo Barros. Hérnia de disco lombar: o que há de novo no tratamento cirúrgico? **Revista Brasileira de Ortopedia,** São Paulo, v. 61, n. 3, s00461824522. 2026.

ZILELI, Mehmet; OERTEL, Joachim; SHARIF, Salman; ZYGOURAKIS, Corinna et al. Lumbar disc herniation: prevention and treatment of recurrence: WFNS Spine Committee recommendations. **World Neurosurgery:** X, v. 22, p. 100275, 2024.

YAMAN, Onur; GUSHCHA, Artem; VAISHYA, Sandeep; ZILELI, Mehmet; ZYGOURAKIS, Corinna; OERTEL, Joachim. The role of conservative treatment in lumbar disc herniations: WFNS Spine Committee recommendations. **World Neurosurgery**: X, v. 22, p. 100277, 2024.

WANG, Yinqing; LIANG, Zeyan, WU, Jianfeng; TU, Songjie; CHEN, Chunmei. Comparative Clinical Effectiveness of Tubular Microdiscectomy and Conventional Microdiscectomy for Lumbar Disc Herniation: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. **Spine (Phila Pa 1976)**, v. 44, n. 14, p. 1025–1033, 2019.