Nota Técnica 513560

Data de conclusão: 15/05/2026 09:03:07

Paciente

Idade: 80 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Santa Maria/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 513560

CID: M54.4 - Lumbago com ciática

Diagnóstico: M54.4 Lumbago com ciática, M51.1 Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia, M48.0 Estenose da coluna vertebral, M47.8 Outras espondiloses.

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: procedimento de descompressão e artrodese da coluna lombossacra por dupla via (anterior e posterior)

O procedimento está inserido no SUS? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: procedimento de descompressão e artrodese da coluna lombossacra por dupla via (anterior e posterior)

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Tratamento conservador, descompressão por laminectomia posterior aberta

Custo da Tecnologia

Tecnologia: procedimento de descompressão e artrodese da coluna lombossacra por dupla via (anterior e posterior)

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: procedimento de descompressão e artrodese da coluna lombossacra por dupla via (anterior e posterior)

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].
Não foram identificados ensaios clínicos randomizados que comparem diretamente a laminotomia unilateral para descompressão bilateral com tratamento conservador continuado. Nos estudos comparativos de melhor qualidade metodológica comparando as diferentes intervenções cirúrgicas descompressivas, a ULBD (unilateral laminotomy for bilateral decompression/ laminotomia unilateral para descompressão bilateral) mostrou resultados clínicos globalmente semelhantes aos da laminectomia aberta, com algumas vantagens

perioperatórias. No ensaio randomizado de Mobbs et al., com 54 pacientes analisados (27 por grupo), houve melhora significativa do ODI (Oswestry Disability Index) e da VAS (Visual Analog Scale) em ambos os grupos; a diferença entre técnicas não foi significativa para o ODI (p=0,055), mas favoreceu a ULBD para dor em perna (p=0,013), além de menor tempo de internação (55,1 vs 100,8 horas), menor tempo até mobilização (15,6 vs 33,3 horas) e maior proporção de pacientes sem uso de opioide no pós-operatório (51,9% vs 15,4%) [11]. No ensaio randomizado de Ko e Oh, com 50 pacientes, não houve diferença significativa entre as técnicas em dor, ODI (Oswestry Disability Index), RMDQ (Roland-Morris Disability Questionnaire) ou SF-36 (Short Form-36 Health Survey) em 24 meses; ao final do seguimento, o ODI foi 11,44±6,74 no grupo laminectomia e 11,96±8,17 no grupo ULBD, e a dor radicular em perna foi 1,04±1,74 versus 1,20±1,15, respectivamente [12]. No estudo randomizado de Thomé et al., com 120 pacientes distribuídos em três braços, a laminotomia unilateral teve resultado global comparável ao da laminectomia, enquanto o melhor desempenho ocorreu com a laminotomia bilateral; a dor residual medida pela VAS (Visual Analog Scale) foi 3,6 na laminotomia unilateral versus 4,0 na laminectomia, e a proporção de pacientes insatisfeitos em 12 meses foi 25,6% versus 26,5%, respectivamente [13]. De forma convergente, a revisão Cochrane de 10 ECRs (ensaios clínicos randomizados), com 733 participantes, concluiu que a evidência é de baixa ou muito baixa qualidade e não demonstra superioridade inequívoca das técnicas posteriores preservadoras — incluindo ULBD — sobre a laminectomia convencional em incapacidade funcional e dor em perna [14].

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*
3.07.15.05-9 (1o tempo cirúrgico)	Cirurgia de coluna por via endoscópica (1 nível)	11A	-	2	7	R$ 6.951,23 a R$ 14.623,67
3.07.15.09-1 (2o tempo cirúrgico)	Descompressão medular e/ou cauda equina (2 níveis)	9C	-	2	5	R$ 13.901,54 a R$ 25.239,67
3.07.15.02-4 (2o tempo cirúrgico)	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.
Alternativamente são apresentados pela parte autora os seguintes orçamentos:

- Primeiro tempo cirúrgico: cirurgia videoendoscópica “over-the-top” no valor total de R$ 102.062,35, sendo R$ 49.890,00 do montante referentes exclusivamente a honorários médicos (Evento 1, ORÇAM6, Página 1).

- Segundo tempo cirúrgico: descompressão e artrodese por via anterior, dois níveis, no valor total de R$203.260,95, sendo R$ 73.970,00 do montante referentes exclusivamente a honorários médicos (Evento 1, ORÇAM10, Página 1).

A cirurgia de descompressão lombar por videoendoscopia (“over-the-top”) não está disponível no SUS. A artrodese toraco-lombo-sacra anterior dois 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$ 1.720,27. 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: 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: procedimento de descompressão e artrodese da coluna lombossacra por dupla via (anterior e posterior)

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Trata-se de autora com lombociatalgia crônica intensa associada a estenose lombar degenerativa e doença degenerativa multissegmentar da coluna lombar, com relato de falha de tratamento conservador e indicação, pelo ortopedista particular, de abordagem cirúrgica. Pleiteia-se o provimento judicial de procedimento cirúrgico particular, consistente em cirurgia de descompressão e artrodese da coluna lombossacra por dupla via, posterior e anterior, conforme as recomendações técnicas deste médico assistente e com os OPMEs especificados no laudo anexado aos autos.
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. 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, número de sessões de fisioterapia e resposta objetiva às medidas conservadoras. Além disso, embora a técnica

videoendoscópica proposta — laminotomia unilateral para descompressão bilateral (“over the top”) — não esteja disponível no SUS, há alternativas descompressivas disponíveis no sistema público, e a literatura não demonstra superioridade inequívoca dessa técnica em desfechos clínicos relevantes de longo prazo quando comparada às intervenções descompressivas convencionais.
Destacamos que não foram encontrados nos autos documentos que informem se a autora está regulada pelo sistema único de saúde - se é acompanhada pela atenção básica e se já foi encaminhada para ortopedista do SUS para avaliação, classificação de risco, e encaminhamento de terapêutica necessária de acordo com seu quadro clínico-funcional. Recomendamos que seja esclarecido pela parte autora e pela secretaria estadual de saúde em qual etapa a autora está na fila de regulação (para eventual consulta com especialista ou procedimento cirúrgico), bem como qual a expectativa de agendamento do que tenha sido solicitado. Registra-se que a oferta judicial de tratamento, sem clareza se a parte está regulada no SUS e sem conhecimento da prioridade clínico-funcional em relação aos demais usuários em fila, pode gerar quebra da equidade no uso do sistema público de saúde e atraso no atendimento de outros casos.
Por fim, recomenda-se a manutenção do acompanhamento médico para otimização do manejo do quadro de dor crônica, bem como seguimento fisioterapêutico voltado à preservação da funcionalidade, enquanto aguarda o agendamento do procedimento cirúrgico pela via administrativa do SUS, conforme indicação de ortopedista do SUS.

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: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo de ortopedista privado anexado aos autos, datado de 06/03/2026, a autora apresenta quadro de lombociatalgia intensa, associado a estenose lombar descrita como severa, com dor importante em região lombar e irradiação para os membros inferiores, além de padrão de marcha em flexão de quadris e joelhos. O documento informa que já foi amplamente realizado tratamento conservador, incluindo fisioterapia, analgésicos, anti-inflamatórios e procedimentos intervencionistas minimamente invasivos, sem resposta satisfatória, considerando-se esgotadas as medidas não cirúrgicas. Consta, ainda, uso de opióides de alta potência, em doses elevadas, com alívio apenas parcial e temporário da dor. Este profissional indica a terapêutica cirúrgica em dois tempos, a começar pela abordagem posterior videoendoscópica "over-the-top" para recalibragem do canal vertebral, seguida de abordagem anterior de artrodese (ALIF) (Evento 1, LAUDO5, p. 1-5). Ressalta-se, contudo, a ausência de informações clínicas relevantes, como tempo de evolução do quadro, comorbidades, medicações em uso, número de sessões de fisioterapia, detalhamento do tratamento conservador já realizado, avaliação de risco cirúrgico e descrição objetiva do exame neurológico.
Foi anexada ressonância magnética da coluna lombar, de 23/09/2025, que evidencia doença degenerativa multissegmentar, associada a discreta escoliose toracolombar e a alterações degenerativas ósseas, discais, facetárias e ligamentares. Observam-se sinais mais

pronunciados de discopatia degenerativa em L4-L5 e L5-S1, com alterações Modic tipo 2 nas placas terminais, além de abaulamentos discais de L2-L3 a L5-S1, com redução foraminal em múltiplos níveis. Há sinais de contato ou potencial compressão radicular em L3-L4, L4-L5 e L5-S1, com maior relevância em L4-L5 e L5-S1. Também se descrevem espessamento dos ligamentos amarelos, artrose interfacetária, alterações do tipo Baastrup entre os processos espinhosos lombares e pedículos curtos no segmento lombar inferior. No laudo original, foram descritos sinais de estenose moderada do canal vertebral em L3-L4 e leve em L4-L5. Contudo, consta revisão posterior das imagens e do laudo, realizada em 10/12/2025 após contato com o médico assistente, passando a destacar sinais de estenose acentuada a extrema em L3-L4 e moderada a acentuada em L4-L5, atribuídas à combinação de alterações ósseas, discais e ligamentares (Evento 1, EXMMED9, p. 1-2).

Nesse contexto, a parte autora pleiteia o provimento judicial de cirurgia de descompressão e artrodese da coluna lombossacra por dupla via, anterior e posterior, conforme a indicação do ortopedista privado.

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].