



Tomada de decisão para realização de endoscopia lombar.

I. ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- 1.1 Radiculopatia/clauidicação com correlação clínico-radiológica.
- 1.2 RM lombar preferencial; TC/radiografia dinâmica quando houver dúvida de instabilidade.
- 1.3 Falha do tratamento conservador estruturado ou déficit progressivo.
- 1.4 Também possível a depender dos casos em infecção, síndrome da cauda equina, e espondilolistese grau 1.

2. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

- 2.1 Recomenda-se exame de detecção de Staphylococcus aureus por biomol (swab nasal).
- 2.2 Exames admissionais mínimos: hemograma, função renal, coagulograma quando indicado, ECG conforme risco/anestesia.
- 2.3 Avaliação do especialista: anestesia; considerar cardiologia/medicina interna quando comorbidades relevantes.

3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E INDICAÇÃO DE CIRURGIA

- 3.1 Cirurgia: hérnia discal lombar sintomática, recorrência selecionada, estenose foraminal/recesso lateral selecionada, cisto sinovial.
- 3.2 Considerar internação prolongada (>24 horas) quando alto risco clínico*, dor refratária, retenção urinária, déficit novo, durotomia/hematoma, múltiplos níveis ou necessidade de revisão.
*Escore de risco: ASA III-IV/ fragilidade clínica (2), idade ≥75 (1), IMC ≥35 (1), DM/tabagismo/degeneração avançada (1), anticoagulação/risco hemorrágico (1), cirurgia prévia no nível (1), estenose central/necessidade de ampla descompressão (2), instabilidade/listese/deformidade (2), barreira social para alta segura (1). Faixas: 0-2 baixo risco; 3-4 risco intermediário; ≥5 alta complexidade.
- 3.3 Descrição e código TUSS: registrar conforme procedimento e cadastro institucional vigentes. Como sugestão, seguir o manual de diretrizes de codificação das sociedades brasileira de ortopedia, neurocirurgia e cirurgia de couda.

4. ALOCAÇÃO

Cirurgia ambulatorial: 1 nível, baixo risco, analgesia controlada, deambulação e micção preservadas, acompanhante e acesso rápido ao hospital respeitando critérios do cirurgião.

Internação: alto risco de complicações, intercorrência intraoperatória, necessidade de técnica mais extensa ou preferência do cirurgião.

5. TRATAMENTO

5.1 NEUROMONITORIZACAO – pode ser usada em caso selecionado, a critério do cirurgião.

5.2 A escolha da via de acesso – interlaminar ou transforaminal deve ser feita de acordo a localização da doença, do nível anatômico, da anatomia local e da experiência do cirurgião, levando-se em conta a literatura vigente.

5.3 Medicções usuais: cefazolina peri-incisional (ou alternativa em alergia), paracetamol/dipirona, AINE/COX-2 quando não contraindicado, opioide de resgate, ondansetrona; dexametasona e gabapentinoide em casos selecionados.

5.4 Estratégia terapêutica: conservador como primeira linha quando não houver urgência; descompressões podem ser feitas por técnica aberta, microcirúrgica/tubular ou endoscópica.

5.5 Reabilitação: deambulação precoce, orientação postural e retorno escalonado às atividades.

6. ALTA HOSPITALAR

6.1 Critérios: dor controlada, sem déficit novo, deambulação/micção preservadas, sangramento mínimo e entendimento das orientações.

6.2 Orientações: sinais de alarme, higiene da ferida, mobilização progressiva, restrição temporária de esforço e retorno ambulatorial.

6.3 Prescrição de alta: analgesia multimodal, antiemético/protetor gástrico quando indicado e revisão individual da profilaxia TEV.

6.4 Orientação para reabilitação pós operatória – Evitar rotação e flexão lombar excessivas, sobretudo nas primeiras 6 semanas após a cirurgia

II. INDICADORES DE QUALIDADE

Tempo médio de permanência.

Taxa de reinternação em 30 dias.

Taxa de complicações (durotomia, hematoma, déficit neurológico, infecção).

Taxa de reoperação/recorrência e satisfação/controle de dor.

III. GLOSSÁRIO

MIS = cirurgia minimamente invasiva; ERAS = Enhanced Recovery After Surgery.

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão atual elaborada a partir de revisão narrativa estruturada da literatura 2018-2026 e adaptação para pathway institucional.

V. REFERÊNCIAS

[1] Kim HS, You JD, Ju CI. Predictive scoring and risk factors of early recurrence after full endoscopic lumbar discectomy. *J Clin Med*. 2019;2019:6492675. doi:10.1155/2019/6492675. PMID: 31828113.

[2] Wagner R, Haefner M. Indications and contraindications of full-endoscopic interlaminar lumbar decompression. *World Neurosurg*. 2021;145:657-662. doi:10.1016/j.wneu.2020.08.042. PMID: 32810629.

[3] Debono B, Wainwright TW, Wang MY, Sigmundsson FG, Yang MMH, Smid-Nanninga H, et al. Consensus statement for perioperative care in lumbar spinal fusion: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *Spine J*. 2021;21(5):729-752. doi:10.1016/j.spinee.2021.01.001. PMID: 33444664.

[4] Li WS, Yan Q, Cong L. Comparison of endoscopic discectomy versus non-endoscopic discectomy for symptomatic lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis. *Global Spine J*. 2022;12(5):1012-1026. doi:10.1177/21925682211020696. PMID: 34402320.

[5] Jitpakdee K, Liu Y, Kotheeranurak V, Kim JS. Transforaminal versus interlaminar endoscopic lumbar discectomy for lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis. *Global Spine J*. 2023. doi:10.1177/21925682221120530. PMID: 35993298.

[6] Ju CI, Kim P, Ha SW, Kim SW, Lee SM. Contraindications and complications of full endoscopic lumbar decompression for lumbar spinal stenosis: a systematic review. *World Neurosurg*. 2022;168:398-410. doi:10.1016/j.wneu.2022.07.066. PMID: 36527219.

[7] Fukuhara D, Oshima Y, Takeshita K, et al. A narrative review of full-endoscopic lumbar discectomy for lumbar disc herniation. *World Neurosurg*. 2022. doi:10.1016/j.wneu.2022.08.080. PMID: 36527212.

[8] Zheng B, Guo C, Xu S, Li H, Wu Y, Liu H. Anesthesia methods for full-endoscopic lumbar discectomy: a review. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1193311. doi:10.3389/fmed.2023.1193311. PMID: 37663652.

[9] Chen KT, Kim JS, Huang APH, Lin MHC, Chen CM. Current indications for spinal endoscopic surgery and potential for future expansion. *Neurospine*. 2023;20(1):33-42. doi:10.14245/ns.2346190.095. PMID: 37016852.

[10] Bullock WM, Kumar AH, Manning E, Jones J. Perioperative analgesia in spine surgery: a review of current data supporting future direction. *Orthop Clin North Am*. 2023;54(4):495-506. doi:10.1016/j.ocl.2023.05.007. PMID: 37718088.

[11] Bulut H, Gillis CC, Collyer W, et al. Same-day discharge following lumbar spine neural decompression surgery: preoperative predictors and surgical outcomes. *J Clin Neurosci*. 2024. doi:10.1016/j.jocn.2024.110875. PMID: 39461052.

[12] Luo M, Wang Z, Zhou B, et al. Risk factors for lumbar disc herniation recurrence after percutaneous endoscopic lumbar discectomy: a meta-analysis of 58 cohort studies. *Neurosurg Rev*. 2023. doi:10.1007/s10143-023-02041-0. PMID: 37392260.

[13] Olson TE, Maturana C, Hamad C, et al. The utilization of a novel Outpatient Appropriateness Fragility Score to predict inpatient stay following biportal lumbar endoscopic decompression. *N Am Spine Soc J*. 2025;100752. doi:10.1016/j.xnsj.2025.100752. PMID: 40704166.

[14] Kapetanakis S, Chatzivasiliadis M, Gkantsinikoudis N, Pazarlis K. Full-endoscopic lumbar discectomy: a review of the surgical techniques, indications and anatomical considerations. J Clin Med. 2025;14(24):8961. doi:10.3390/jcm14248961. PMID: 41464863.

[15] Bouyer B, d'Astorg H. Spinal endoscopy: techniques, indications and limitations. Orthop Traumatol Surg Res. 2025. doi:10.1016/j.otsr.2025.104458. PMID: 41077305.

[16] Santipas B, Kim JS, Mekariya K, Choi JYS, Cho SK. Beyond the microscope: is endoscopic discectomy the next gold standard for lumbar disc herniation? Neurospine. 2026. doi:10.14245/ns.2551450.725. PMID: 41666862.

[17] Yong JH, Wang E, Chin BZ, et al. Full-endoscopic versus microscopic lumbar discectomy for lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis of 4,186 cases. Spine J. 2025. doi:10.1016/j.spinee.2025.12.016. PMID: 41512930.

Código Documento: CPTW535.1	Elaborador: Rafael Sugino Alberto Gotfryd Felipe Feres	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 10/04/2026	Data de Aprovação: 14/07/2026
---------------------------------------	--	---	--	--	---