

Pregnancy-related lumbosacral pain

Dor lombossacral relacionada à gestação

Fábio Farias de Aragão¹

DOI 10.5935/2595-0118.20190031

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pregnancy causes physiological and anatomical changes in the woman's body, affecting several systems such as the musculoskeletal. During pregnancy or in the postpartum period, these changes may cause low back pain or low pelvic pain, preventing the normal movement of these structures and causing suffering. The objective of this study was to discuss the diagnosis and treatment of pregnancy-related lumbosacral pain, focusing on terminology, epidemiology, risk factors, pathophysiology, prognosis, diagnosis, and treatment.

CONTENTS: We searched the literature in Pubmed, Cochrane Library, Ovid and Google using the terms "low back pain", "pelvic girdle pain", "lumbopelvic pain", "posterior pelvic pain", "pregnancy-related low back pain", "pregnancy-related pelvic girdle pain" and "pregnancy-related lumbopelvic pain", for articles in English, Portuguese and Spanish in the last 20 years or older, where relevant.

CONCLUSION: Pregnancy is one of the main causes of lumbosacral pain, and one of the most frequent diseases during gestation. The correct management of this pathology reduces negative impacts on the life of pregnant women.

Keywords: Low back pain, Pelvic pain, Pregnancy.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A gestação causa alterações fisiológicas e anatômicas no corpo da mulher, podendo afetar diversos sistemas como o musculoesquelético. Durante a gestação ou no período pós-parto, essas alterações podem causar dor lombar ou dor pélvica baixa, impedindo a movimentação normal dessas estruturas e causando sofrimento. O objetivo deste estudo foi discutir o diagnóstico e o tratamento da dor lombossacral relacionada à gestação, com foco na terminologia, epidemiologia, fatores de risco, fisiopatologia, prognóstico, diagnóstico e tratamento.

Fábio Farias de Aragão - <https://orcid.org/0000-0002-8528-254X>.

1. Maternidade Natus Lumine, Departamento de Anestesiologia, São Luís, MA, Brasil.

Apresentado em 10 de fevereiro de 2018.

Aceito para publicação em 09 de outubro de 2018.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Av. Grande Oriente, 23 – Renascença

65075-180 São Luís, MA, Brasil.

E-mail: fabio.aragao30@hotmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

CONTEÚDO: Foi realizada busca na literatura no Pubmed, *Cochrane Library*, Ovid e Google, utilizando-se os termos "low back pain", "pelvic girdle pain", "lumbopelvic pain", "posterior pelvic pain", "pregnancy-related low back pain", "pregnancy-related pelvic girdle pain" e "pregnancy-related lumbopelvic pain", por artigos em inglês, português e espanhol nos últimos 20 anos, ou mais antigos, quando relevantes.

CONCLUSÃO: A gestação é uma das principais causas de dor lombossacral e esta é uma das doenças mais frequentes durante a gestação. O correto manuseio desta doença reduz os impactos negativos na vida da gestante.

Descritores: Dor pélvica, Gestação, Lombalgia.

INTRODUÇÃO

A gestação causa alterações fisiológicas e anatômicas no corpo da mulher, podendo afetar diversos sistemas (como cardiovascular, respiratório, endócrino, renal, dentre outros), assim como o sistema musculoesquelético. Essas alterações são necessárias para suprir a demanda metabólica aumentada da mãe durante a gestação, atender as necessidades fetais e permitir que a gestante e o feto se preparem para o nascimento¹. Por outro lado, em uma grande parte das mulheres, durante a gestação ou no período pós-parto, as alterações no sistema musculoesquelético irão causar dor lombar ou pélvica, impedindo a movimentação normal dessas estruturas e causando sofrimento. A gestação é uma das principais causas de dor lombossacral, sendo uma das doenças mais frequentes durante a gestação e vem ganhando importância nos últimos anos pelo impacto que tem na vida da gestante e pelos custos envolvidos².

O absenteísmo apresenta relação direta com a intensidade da dor e com o grau de incapacidade. A proporção de absenteísmo em gestantes com dor pélvica (DP) ou dor lombar (DL) é o dobro quando comparada com outras mulheres³. Gestantes com DL e DP apresentam dificuldades nas atividades diárias, como levantar-se, sentar por períodos prolongados, andar distâncias maiores, vestir-se, carregar pesos e até dificuldades sexuais. Em casos mais graves, podem ser necessárias muletas ou cadeiras de roda^{4,5}.

O objetivo deste estudo foi discutir o diagnóstico e o tratamento da dor lombossacral relacionada à gestação (DLSRG), com foco na terminologia, epidemiologia, fatores de risco, fisiopatologia, prognóstico, diagnóstico e tratamento.

CONTEÚDO

Foi realizada busca na literatura no Pubmed, *Cochrane Library*, Ovid e Google, utilizando-se os termos "low back pain", "pelvic girdle pain", "lumbopelvic pain", "posterior pelvic pain", "pregnancy-related low back pain", "pregnancy-related pelvic girdle pain" e "preg-

nancy-related lumbopelvic pain”, por artigos em inglês, português e espanhol nos últimos 20 anos ou mais antigos, quando relevantes. Os artigos mais relevantes sobre o tema foram selecionados e incluídos no estudo.

FISIOPATOLOGIA

A DLSRG não apresenta etiologia bem definida. O ganho de peso durante a gestação, associado a mudanças na postura necessárias para acomodar o aumento do volume abdominal e das mamas, levam à alteração no padrão de carga nas articulações e em outras estruturas musculoesqueléticas, podendo levar à dor⁶. Do ponto de vista biomecânico, o aumento do volume uterino leva a estiramento e enfraquecimento dos músculos abdominais, gerando aumento da tensão nos músculos lombares. Além disso, o aumento do volume das mamas e do abdômen desloca o centro de gravidade para frente, causando alterações na postura com anteversão pélvica e aumento da lordose lombar, levando a aumento da carga na coluna lombar e ligamentos sacroilíacos. O aumento da carga axial causa compressão dos discos intervertebrais, levando à expulsão de fluidos do disco e diminuindo sua altura, podendo contribuir para DL⁷. Do ponto de vista endócrino, ocorre frouxidão ligamentar relacionada ao aumento dos níveis de progesterona, estrogênio e relaxina, tornando as articulações do quadril e da coluna menos estáveis⁸. Do ponto de vista vascular, a compressão dos grandes vasos abdominais pelo útero gravídico causa estase venosa e hipoxemia, comprometendo a atividade metabólica das estruturas nervosas, causando dor⁹.

TERMINOLOGIA

Muitos trabalhos usam terminologias diferentes, tornando incerto que os termos se refiram à mesma condição. Madeira et al.¹⁰ utilizaram os termos dor pélvica, dor lombar posterior e dor combinada. Wu et al.¹¹ introduziram o termo “relacionada à gestação”, levando em consideração que os sintomas podem iniciar após o nascimento, e propuseram a utilização dos termos “pregnancy-related pelvic girdle pain”, “pregnancy-related low back pain” e “pregnancy-related lumbopelvic pain”. Neste estudo adotou-se os termos propostos por Wu et al.¹¹.

EPIDEMIOLOGIA

A incidência de DLSRG sofre grande variação, podendo acometer entre 24 e 90% das gestantes. Ocorre grande variação na incidência devido à falta de um sistema de classificação universalmente aceito¹². Em alguns estudos, essa prevalência pode chegar à 95,23% das gestantes¹³. De acordo com revisão da Cochrane, mais de dois terços das gestantes apresentam DL e aproximadamente um quinto apresenta DP¹². Geralmente se inicia em torno da 18ª semana de gestação, com pico entre a 24ª e a 36ª semana¹¹. Entre a 12ª e a 18ª semana de gestação, a prevalência de DLSRG gira em torno de 62%, sendo que 33% das gestantes apresentavam DP, 11% apresentavam DL e 18% apresentavam associação de ambas. No final da gestação, por volta da 35ª semana, a incidência de DL pode chegar a 71,3% e de DP a 64,7%¹⁴.

FATORES DE RISCO

Dentre os fatores preditivos de dor lombossacral, pode-se citar trabalho extenuante durante a gestação e passado de DLSRG¹¹. A incidência de DL é maior em gestantes com idade materna avançada, história de DL em gestações anteriores, índice de massa corporal (IMC) elevada, hipermobilidade articular, dor que piora quando deitada por período prolongado e maiores níveis de ansiedade^{14,15}. A história de DL em gestações anteriores é um forte preditor para recorrência em gestações subsequentes, com probabilidade em torno de 85%¹⁶. Em relação à DP, trabalho extenuante, passado de lombalgia, ou trauma em ossos da pelve, estágios avançados da gestação, maior IMC e maiores escores de depressão são fatores preditivos importantes^{14,17}.

Existe relação entre a intensidade da dor, níveis de catastrofização da dor, depressão e ansiedade. A ansiedade durante a gestação está relacionada a complicações incluindo abortamento, pré-eclâmpsia, prematuridade e baixo peso ao nascer. A depressão e a ansiedade são fatores preditores importantes de depressão pós-parto¹⁸. Gestantes com DLSRG têm chance três vezes maior de apresentar sintomas de depressão pós-parto do que gestantes sem dor¹⁹.

APRESENTAÇÕES CLÍNICAS

A DLSRG pode se manifestar como DP, DL, ou com a associação das duas. Ambas são mais intensas com o avanço da gestação e, em alguns casos, a dor pode irradiar para a região glútea, coxa, perna e pé^{11,12}. É importante a diferenciação entre DL e DP por apresentarem etiologias diferentes e necessitarem de estratégias de tratamento específicas²⁰.

A dor pélvica relacionada à gestação (DPRG) localiza-se entre a crista ilíaca posterior e a prega glútea, particularmente próximo às articulações sacroilíacas, podendo irradiar para a face posterior da coxa. A dor na sínfise púbica pode ocorrer em associação ou isoladamente, com possível irradiação para a face anterior da coxa²¹. A dor é intermitente e pode ser precipitada por posturas mantidas por tempo prolongado, geralmente ocorrendo durante a realização de tarefas diárias como caminhar, sentar ou levantar²⁰. A primeira manifestação da dor ocorre durante a gestação, com palpação dolorosa da musculatura glútea e sobre a topografia das articulações sacroilíacas, e testes de provocação de DP positivos²².

A DP posterior é definida como baixa sem o componente da sínfise púbica. Caracteriza-se por dor aguda em pontada na região glútea, distal e lateral à área de L5 a S1, podendo ou não irradiar para a face posterior da coxa e joelho, intermitente, geralmente associada ao levantamento de peso, com amplitude de movimento da coluna e quadris dentro da faixa normal, além de teste de provocação da DP posterior positivo²³.

A dor lombar relacionada à gestação (DLRG) ocorre entre em região delimitada superiormente pelo processo espinhoso da última vértebra torácica, inferiormente pelo sacro e lateralmente pelas bordas laterais do músculo eretor da espinha, podendo irradiar para a perna²¹. A dor é geralmente exacerbada pela flexão anterior, causa restrição dos movimentos em região lombar e é exacerbada pela palpação dos músculos eretores da espinha²⁰. A primeira manifestação pode ocorrer antes da gestação, a amplitude de movimento da região lombar diminui, geralmente não há relação com deambulação ou para reali-

zar tarefas diárias como sentar ou levantar, e os testes de provocação de DP são negativos²². Enquanto a DPRG é mais intensa e incapacitante durante a gestação, a DLRG parece ser mais intensa e mais comum após o nascimento²⁴.

DIAGNÓSTICO

Em gestantes com DLSRG, são necessários uma boa anamnese e exame físico, visando a exclusão de outras causas de dor, diferenciação entre DL e DP baixa, nível de incapacidade e proposição de tratamento individualizado. Os sinais de alerta podem ser históricos de traumas, perda de peso, de câncer, uso de esteroides e outros estados de imunossupressão, sintomas neurológicos, febre, dentre outros. Esses sinais de alerta (red flags) podem indicar a presença de causas ocultas como inflamatória, infecciosa, traumática, neoplásica, degenerativa ou metabólica²⁵.

O diagnóstico de DLSRG é baseado nos sintomas, pois existem poucos testes disponíveis. Entretanto, é importante diferenciar entre DLRG e DPRG, pois o manuseio e o prognóstico das duas condições são diferentes. A localização da dor, suas características e intensidade, fatores desencadeantes e testes de provocação são úteis²⁰.

Em relação à DPRG, além da apresentação clínica descrita, o *European Guideline* preconiza a realização de um teste funcional (elevação da perna reta), quatro testes para a sacroilíaca (provocação posterior da DP, Patrick-Fabere, Gaenslen e palpação do ligamento sacroilíaco longo dorsal) e dois testes para sínfise púbica (palpação da sínfise púbica e teste modificado de Trendelenburg da cintura pélvica)²¹. O diagnóstico de DPRG é considerado positivo com teste funcional positivo, somado a um dos testes para sacroilíaca ou um dos testes para sínfise púbica positivos²⁶. A DPRG pode ser categorizada em cinco subgrupos: 1) Síndrome da cintura pélvica, quando a dor está presente nas três articulações pélvicas; 2) Síndrome sacroilíaca bilateral, cuja dor é referida em ambas as articulações sacroilíacas; 3) Síndrome sacroilíaca unilateral, com dor presente em uma articulação sacroilíaca; 4) Sinfisiólise, quando apenas a sínfise púbica apresenta dor; e 5) Grupo miscelânea, quando há dor em uma ou mais articulações pélvicas, mas com conclusões inconsistentes. Essa classificação é importante pois o número de articulações envolvidas parece interferir tanto na intensidade da dor quanto na funcionalidade²⁷.

Diversos questionários vêm sendo aplicados em gestantes com DLSRG com a finalidade de avaliar a funcionalidade e direcionar o tratamento mais adequado para cada caso. A incapacidade resultante da dor é geralmente mensurada por meio do *Quebec Back Pain Disability Scale*. Apesar dessa escala ter sido desenvolvida para avaliar o grau de incapacidade em pacientes com lombalgia não relacionada à gestação, ela vem sendo adaptada para tal¹⁶. Outros métodos de avaliação também são utilizados com o intuito de avaliar o grau de incapacidade e funcionalidade das gestantes (Roland-Morris, Oswestry, Disability Rating Index (DRI) e outros), sem ter sido desenvolvidos para tal. Por exemplo, o DRI utilizado por Olsson e Nilsson-Wikmar²⁸, o qual avalia, em um de seus 12 itens a capacidade da gestante de correr, pode não refletir a realidade da maioria das gestantes, sobretudo no terceiro trimestre.

O *Pregnancy Mobility Index* (PMI) foi desenvolvido especificamente para gestantes com DLSRG, acessando sua capacidade para realizar

atividades diárias. Através dele é possível avaliar a mobilidade e qualidade de vida da gestante²⁹.

O *Pelvic Girdle Questionnaire* (PGQ) é um instrumento específico de mensuração da DP durante a gravidez e no pós-parto³⁰. A versão brasileira do questionário foi validada em 2014 e auxilia na avaliação e acompanhamento do impacto que a DPRG pode acarretar na funcionalidade de gestantes, considerando todo o contexto social e cultural no qual estão inseridas, além de contribuir para buscar maneiras mais apropriadas de planejar um tratamento específico para essa condição³¹. Assim, o desenvolvimento de questionários específicos para DLSRG e seus subtipos pode facilitar o diagnóstico e ajudar no tratamento adequado.

Apesar do diagnóstico da DLSRG ser basicamente clínico, a utilização de exames de imagem pode ser necessária, principalmente quando sinais de alerta estão presentes. Preferencialmente, deve-se optar por aqueles com radiação não ionizante, como ultrassonografia e ressonância nuclear magnética (RNM). Apesar do receio de que a RNM pudesse induzir teratogenicidade, lesão acústica e efeitos de aquecimento no feto, não foram evidenciadas alterações quando foram utilizados aparelhos com 1,5T. A segurança em aparelhos com 3T ainda não foi estabelecida³². O Colégio Americano de Radiologia, em 2013, recomendou que a RNM deve ser utilizada em gestantes, independentemente da idade gestacional, quando os benefícios são maiores que o risco³³.

Em relação aos exames que utilizem radiação ionizante, doses inferiores a 50mGy, quando administradas em gestações acima de duas semanas, parecem ser muito baixas para ser clinicamente detectável. Doses entre 50 e 100mGy, quando administradas entre 2 e 25 semanas podem ser teratogênicas, mas não apresentam efeito teratogênico demonstrável em gestações acima de 25 semanas. Doses acima de 100mGy, sobretudo em gestantes que possivelmente serão submetidas a novos exames, apresentam potencial para lesão do feto, levando alguns autores a discutirem sobre a indicação do abortamento³⁴.

PROGNÓSTICO

O seguimento e manuseio inadequados das gestantes com DLRG e DPRG podem levar à cronificação do quadro doloroso. A DLSRG persistente, tanto recorrente quanto contínua, está diretamente relacionada com os sintomas durante a gestação. Enquanto a maior parte das gestantes apresentam melhora nos primeiros seis meses após o parto, algumas apresentarão sintomas por tempo prolongado¹⁶. Após o parto ocorre aumento da demanda por tipos de atividade que aumentam a intensidade da DL, como por exemplo, levantar e carregar peso, e evitar essas atividades pode ser difícil, devido os cuidados necessários com o recém-nascido³⁵.

Um estudo que avaliou 464 gestantes que apresentaram DLSRG durante a gestação, evidenciou que 43,1% apresentavam dor seis meses após o parto, sendo que 36,2% apresentavam dor recorrente, enquanto 6,9% apresentavam dor contínua³⁶.

Gestantes com sintomas mais pronunciados (dor contínua) estão mais sujeitas a afastamento do trabalho e à utilização de serviços de saúde do que mulheres com sintomas menos pronunciados (dor recorrente). As gestantes com sintomas mais pronunciados podem constituir um subgrupo específico de gestantes com DPRG persistente, nas quais o prognóstico é menos favorável³⁷.

Gestantes com DPRG podem apresentar consequências graves vários anos após a gestação. Uma em cada 10 pode apresentar dor até 11 anos após o parto, sobretudo aquelas com histórico de DLSRG em gestações anteriores, maior número de testes positivos de provocação de dor e testes de pressão na sínfise púbica, Trendelenburg ou Faber positivos³⁸. A gestante deve ser avaliada durante a gestação e no período pós-parto e tratada de maneira adequada, evitando assim sofrimento, aumento de custos e diminuindo a chance de transição para cronicidade.

Subgrupos de gestantes com DLSRG devem ser identificados e direcionados para tratamentos específicos. Gestantes classificadas como apresentando dor combinada (DL e DP), sobretudo no início da gestação, devem receber atenção especial, pois apresentam maior intensidade de sintomas e maior chance de cronificação³⁹.

TRATAMENTO

O tratamento da DLSRG é uma tarefa difícil, pelo mito de que é uma condição normal da gestação e pelo medo do tratamento causar alterações na gestante e no feto. Uma parte das estratégias de tratamento se baseia em prevenção. Quando se busca o tratamento efetivo da dor, medidas conservadoras são mais utilizadas por razões óbvias, embora esses tratamentos tipicamente não apresentem altas taxas de sucesso. As opções de tratamento incluem fisioterapia, estimulação elétrica nervosa transcutânea, tratamento farmacológico, acupuntura, o uso de cintos pélvicos, dentre outros.

EXERCÍCIOS

O tratamento baseado em exercícios é o componente mais comum no manuseio da DLSRG. Exercícios de estabilização são as técnicas mais utilizadas, seguidas de exercícios do assoalho pélvico, exercícios de fortalecimento e exercícios repetidos direcionais⁴⁰.

Em revisão da Cochrane de 2015, na qual avaliou-se os efeitos de qualquer intervenção na prevenção ou tratamento de DL, DP ou associação de ambas em mulheres em qualquer estágio da gestação, observou-se que exercícios de solo, em diversos formatos, reduziram os escores de dor e a incapacidade funcional em gestantes com DL, com melhora adicional quando informações sobre o manuseio da dor são passadas para a gestante. A hidroterapia parece reduzir a incidência de absenteísmo em gestantes com DL. Em relação à DP, a atividade física parece não melhorar o prognóstico quando comparado com cuidados pré-natais habituais. Ainda, a acupuntura parece ser superior aos exercícios de estabilização para redução da DP. Apesar da DL e da DP serem doenças distintas, não podendo ser diretamente comparadas, os exercícios, quando comparados com cuidados pré-natais habituais, parecem não melhorar o prognóstico da DP. Essas observações sugerem que a estabilização da fonte anatômica dos sintomas é primordial para o manuseio adequado da dor¹².

MEDIDAS FÍSICAS

O uso de dispositivos simples, como um travesseiro no formato de ninho, pode ser útil para diminuir a dor e a insônia nos estágios mais avançados da gestação. O travesseiro suporta o abdômen

quando a gestante adota a posição de decúbito lateral e parece diminuir os sintomas⁴¹.

Outro dispositivo é o cinto pélvico, o qual agiria pressionando as superfícies articulares das articulações, promovendo estabilidade e redução da mobilidade da articulação sacroilíaca, com diminuição da dor. O uso de cintos pélvicos não rígidos reduz de forma significativa os escores de dor e a incapacidade funcional em comparação com exercícios de estabilização. Eles devem ser aplicados apenas por curto período¹².

ACUPUNTURA

O uso da acupuntura para o tratamento da DLSRG vem aumentando ao longo dos anos e diversos trabalhos mostraram seu potencial analgésico em gestantes com DLSRG, quando comparados com controle^{42,43}. A acupuntura parece aliviar a DL e a dor da cintura pélvica durante a gestação. Além disso, aumenta a capacidade para realizar algumas atividades físicas e ajuda a diminuir a necessidade por fármacos, sendo uma boa vantagem nesse período²⁰. A acupuntura parece agir estimulando o sistema de opioides endógenos¹². Quando utilizada como adjuvante, a acupuntura proporciona maior redução da dor do que o tratamento padrão sozinho, melhorando as atividades diárias em gestantes com DLSRG^{44,45}. Apesar de ser uma técnica considerada segura, a acupuntura deve ser administrada por pessoas experientes, pois alguns pontos que suprem o útero e a cérvice devem ser evitados, pois podem induzir o trabalho de parto²⁴.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O paracetamol é o analgésico de primeira linha no tratamento da dor durante a gestação. É um analgésico não opioide e, apesar do mecanismo de ação ainda não ser completamente conhecido, pode agir inibindo a síntese de prostaglandina central e modulando as vias inibitórias serotoninérgicas descendentes. Nas doses recomendadas, o uso do paracetamol durante a gestação é seguro⁴⁶. Os anti-inflamatórios não hormonais (AINHS) são geralmente os analgésicos de segunda linha. Devido ao risco de perda fetal precoce, oligodramnia, lesão renal no feto e fechamento prematuro do ducto arterial, o uso de AINHS durante a gestação deve ser feito com cautela⁴⁷. Os antidepressivos, anticonvulsivantes, anestésicos locais e clonidina podem ser uma boa alternativa durante a gestação. A amitriptilina, devido ao tempo de uso e pelo grande número de trabalhos publicados, parece ser boa opção para o tratamento da dor neuropática durante a gestação pois não foi associada ao aumento da incidência de malformações⁴⁸. A venlafaxina também parece não estar relacionada ao aumento de malformações⁴⁹. Entretanto, o uso de altas doses de antidepressivos durante a gestação, ou seu uso próximo ao termo, podem levar à síndrome de abstinência neonatal. O valproato de sódio apresenta possível efeito teratogênico, alteração do desenvolvimento neurológico⁵⁰. Alguns países já baniram seu uso em gestantes e mulheres em idade fértil com distúrbios bipolares⁵¹. Existem apenas poucos relatos de gestantes que fizeram uso de gabapentina, não sendo evidenciado aumento da incidência de malformações⁵². Pode estar relacionada a aumento do risco de perda fetal, crescimento intrauterino restrito e parto prematuro⁵³. Apresenta classificação C pelo *Food and Drug Administration* (FDA) e B3 pela Avaliação do

Comitê Australiano (ADEC). Em relação à pregabalina, esta não parece estar associada ao aumento significativo de malformações quando utilizadas no primeiro trimestre, principalmente em monoterapia⁵⁴. A ciclobenzaprina é considerada segura durante a gestação, sendo um dos analgésicos mais utilizados para o tratamento da DLSRG. Apesar de um relato de fechamento precoce do duto arterial, trata-se de fármaco já bastante utilizado em gestantes⁵⁵. Apresenta classificação B pelo FDA. Durante a lactação, cerca de 50% do fármaco passa para o leite materno. A maioria dos opioides são considerados classe B ou C durante a gestação pelo FDA, sendo consideradas D principalmente no terceiro trimestre, pelo risco de síndrome de abstinência neonatal. Entretanto, é prudente avaliar cada fármaco individualmente. A codeína não está relacionada ao aumento da incidência de malformações e na taxa de sobrevivência fetais, apresentando classificação A pela ADEC⁵⁶. O tramadol parece estar relacionado ao aumento da incidência de malformações (pé torto congênito e defeitos cardiovasculares) quando utilizado próximo à concepção, não causando efeitos importantes quando utilizado em estágios mais avançados da gestação^{57,58}. É considerado Classe C pelo FDA e pela ADEC. Quando utilizada no primeiro trimestre, não há relatos de malformações relacionada à morfina, devendo ser usada com cautela. Recém-nascidos expostos a opioides com meia-vida mais curta, como a morfina, estão mais sujeitos a apresentar síndrome de abstinência neonatal^{59,60}. Apresenta classificação B pelo FDA e C pela ADEC. O fentanil transdérmico parece uma boa opção para o tratamento da dor crônica durante a gestação e lactação. Apesar de poder causar síndrome de abstinência neonatal quando utilizado em altas doses ou próximo ao termo, não parece passar de maneira significativa no leite materno⁶¹. A maioria dos tratamentos com opioides durante a gestação são de curta duração, mas mulheres que usam opioides cronicamente antes da gestação mantêm seu uso, muitas vezes, até o termo. Enquanto o tratamento a longo prazo com opioides na gestação não é recomendado, ele pode ser necessário no caso de dor crônica ou para tratamento da dependência. Metadona e buprenorfina podem ser utilizadas para prevenção de síndrome de abstinência⁶².

TRATAMENTOS NÃO CIRÚRGICOS

O uso de esteroides no espaço peridural durante a gestação é controverso, apesar de uma dose ser de baixo risco para o feto. Seu uso está indicado em gestantes com sintomas novos, consistentes com compressão de nervos lombares (por exemplo, perda unilateral de reflexos profundos, alterações motoras e sensitiva na distribuição de um dermatomo)⁶³. Existem relatos de casos descrevendo a administração peridural de esteroides em gestantes com lombociatalgia e sinais de dor radicular com melhora do quadro álgico, mas uma parte evoluiu para o tratamento cirúrgico, devido à recorrência ou progressão dos sintomas neurológicos. Em pacientes com DLSRG, a analgesia peridural parece ter um bom resultado, administrado tanto como dose única ou por um curto intervalo de tempo nos períodos de aumento da dor. Entretanto, em todos os casos, deve ser considerada como um método temporário de alívio da dor até o nascimento¹⁷. Também foi relatada a administração de esteroides e anestésicos locais na sínfise púbica e nas articulações sacroilíacas, apresentando boa resposta analgésica⁶⁴.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

O papel da cirurgia para o tratamento da DLSRG durante a gestação é limitado. Quando indicado, é necessária boa coordenação entre o cirurgião e o obstetra. No primeiro trimestre, a posição prona pode ser utilizada, mas no segundo trimestre o decúbito lateral para qualquer um dos lados pode ser utilizado. Já no terceiro trimestre, o decúbito lateral esquerdo deve ser utilizado, pela compressão da veia cava pelo útero gravídico, mas, a partir da 34ª semana, deve-se discutir a interrupção da gestação. Deve ser feito o monitoramento dos batimentos cardíacos fetais a partir da 23ª semana de gestação⁶⁴. Existem registros na literatura de intervenções cirúrgicas durante a gestação para o tratamento de hérnias de disco que cursam com déficits neurológicos (sensitivo, motor, alterações vesicais e/ou intestinais), incluindo dissecotomia, microdissecotomia, laminectomia e cirurgia endoscópica. A cirurgia, quando bem indicada, apresenta boa taxa de sucesso e retorno de função, sem aumento de morbidade ou mortalidade⁶³.

CONCLUSÃO

A DLSRG é um estado patológico comum, podendo ocorrer na maioria das gestantes. Apesar disso, ainda existem dúvidas sobre o diagnóstico e o manuseio adequado desta condição. Por outro lado, a localização da dor é comum a outras condições, sendo importante a pesquisa por sinais de alerta como dor irradiada para a perna, déficits neurológicos (parestesia e/ou fraqueza), alterações nas funções intestinal e vesical, febre, dentre outros. Apesar do diagnóstico clínico ser mais comum e adequado, em alguns casos são necessários exames de imagem, devendo-se dar preferência para as técnicas que usem radiação não ionizante (ultrassonografia e RNM). O tratamento da DLSRG é uma tarefa difícil pois é uma condição considerada normal durante a gestação e há receio que o tratamento possa causar alterações na gestante e no feto. Uma parte das estratégias de tratamento se baseia em prevenção. Quando se busca o tratamento efetivo da dor, medidas conservadoras são mais utilizadas por razões óbvias, embora esses tratamentos tipicamente não apresentem altas taxas de sucesso. Os fármacos mais comumente utilizados são o paracetamol e os AINHs. Para dor mais intensa, os opioides podem ser utilizados, mas não devem ser administrados por períodos prolongados ou próximo ao termo. O uso de peridural ou bloqueios articulares vem sendo descrito com bons resultados. O tratamento cirúrgico é restrito para casos mais graves, mas, quando bem indicado apresenta boa taxa de sucesso e retorno de função, sem aumento de morbidade ou mortalidade. Assim, é muito importante que os profissionais da saúde saibam que existem estratégias seguras para o manuseio da DLSRG, diminuindo o sofrimento e trazendo conforto para a gestante.

REFERÊNCIAS

1. Tan EK, Tan EL. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(6):791-802.
2. Gallo-Padilla D, Gallo-Padilla C, Gallo-Vallejo FJ, Gallo-Vallejo JL. [Low back pain during pregnancy: Multidisciplinary approach]. *Semergen*. 2016;42(6):e59-64. Spanish.
3. Gutke A, Olsson CB, Völlestad N, Öberg B, Wikmar LN, Robinson HS. Association between lumbopelvic pain, disability and sick leave during pregnancy – a comparison of three Scandinavian cohorts. *J Rehabil Med*. 2014;46(5):468-74.

4. Robinson HS, Eskild A, Heiberg E, Eberhard-Gran M. Pelvic girdle pain in pregnancy: the impact on function. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(2):160-4.
5. Hansen A, Jensen DV, Wormslev M, Minck H, Johansen S, Larsen EC, et al. Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. II: symptoms and clinical signs. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999;78(2):111-5.
6. Talbot L, MacLennan K. Physiology of pregnancy. *Anaesth Intens Care Med.* 2016;17(7):341-5.
7. Casagrande D, Gugala Z, Clark SM, Lindsey RW. Low back pain and pelvic girdle pain in pregnancy. *J Am Acad Orthop Surg.* 2015;23(9):539-49.
8. Ireland ML, Ott SM. The effects of pregnancy on the musculoskeletal system. *Clin Orthop Relat Res.* 2000;(372):169-79.
9. Borg-Stein J, Dugan SA, Gruber J. Musculoskeletal aspects of pregnancy. *Am J Phys Med Rehabil.* 2005;84(3):180-92.
10. Madeira HG, Garcia JB, Lima MV, Serra HO. [Disability and factors associated with gestational low back pain]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(12):541-8. Portuguese.
11. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieën JH, Wuisman PI, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* 2004;13(7):575-89.
12. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD001139.
13. Gomes MR, Araújo RC, Lima AS, Pitanguí AC. Gestational low back pain: prevalence and clinical presentations in a group of pregnant women. *Rev Dor.* 2013;14(2):114-7.
14. Kovacs FM, Garcia E, Royuela A, González L, Abreira V; Spanish Back Pain Research Network. Prevalence and factors associated with low back pain and pelvic girdle pain during pregnancy: a multicenter study conducted in the Spanish National Health Service. *Spine.* 2012;37(17):1516-33.
15. Mogren IM, Pohjanen AI. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. *Spine.* 2005;30(8):983-91.
16. Sabino J, Grauer JN. Pregnancy and low back pain. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2008;1(2):137-41.
17. Kanakaris NK, Roberts CS, Giannoudis PV. Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update. *BMC Med.* 2011;9:15.
18. Fairbrother N, Young AH, Janssen P, Antony MM, Tucker E. Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry.* 2015;15:206.
19. Gutke A, Josefsson A, Oberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in relation to postpartum depressive symptoms. *Spine.* 2007;32(13):1430-6.
20. Vermani E, Mittal R, Weeks A. Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. *Pain Pract.* 2010;10(1):60-71.
21. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.* 2008;17(6):794-819.
22. Norén L, Ostgaard S, Johansson G, Ostgaard HC. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. *Eur Spine J.* 2002;11(3):267-71.
23. Smith MW, Marcus PS, Wurtz LD. Orthopedic issues in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2008;63(2):103-11.
24. Katonis P, Kampouroglou A, Aggelopoulos A, Kakavelakis K, Lykoudis S, Makrigrigianakis A, et al. Pregnancy-related low back pain. *Hippokratia.* 2011;15(3):205-10.
25. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines on the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2006;15(Suppl 2):S169-91.
26. Barros RR, Simões L, Moretti E, Lemos A. Repercussão da dor da cintura pélvica na funcionalidade de gestantes avaliadas através da versão brasileira do Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ-Brasil): estudo transversal. *Fisioter Pesq.* 2015;22(4):404-10.
27. Albert HB, Godsken M, Westergaard JG. Incidence of four syndromes of pregnancy-related pelvic joint pain. *Spine.* 2002;27(24):2831-4.
28. Olsson C, Nilsson-Wikmar L. Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(4):351-7.
29. van de Pol G, de Leeuw JR, van Brummen HJ, Bruinse HW, Heintz AP, van der Vaart CH. The pregnancy mobility index: a mobility scale during and after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(7):786-91.
30. Stuge B, Garratt A, Krogstad Jensen H, Grotle M. The pelvic girdle questionnaire: a condition-specific instrument for assessing activity limitations and symptoms in people with pelvic girdle pain. *Phys Ther.* 2011;91(7):1096-108.
31. Simões L. Estudo de validação do "Pelvic Girdle Questionnaire" (PGQ) para a população brasileira e análise das propriedades de medida [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014.
32. Baysinger CL. Imaging during pregnancy. *Anesth Analg.* 2010;110(3):863-7.
33. Kanal E, Barkovich AJ, Bell C, Borgstede JP, Bradley WG Jr, Froelich JW, et al. Expert Panel on MR Safety: ACR guidance document on MR safe practices. *J Magn Reson Imaging.* 2013;37(3):501-30.
34. Tirada N, Dreizin D, Khati NJ, Akin EA, Zeman RK. Imaging pregnant and lactating patients. *Radiographics.* 2015;35(6):1751-65.
35. Gutke A, Lundberg M, Ostgaard HC, Öberg B. Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms. *Eur Spine J.* 2011;20(3):440-8.
36. Mogren IM. BMI, pain and hyper-mobility are determinants of long-term outcome for women with low back pain and pelvic pain during pregnancy. *Eur Spine J.* 2006;15(7):1093-102.
37. Bergström C, Persson M, Mogren I. Sick leave and healthcare utilisation in women reporting pregnancy related low back pain and/or pelvic girdle pain at 14 months postpartum. *Chiropr Man Therap.* 2016;24:7.
38. Elden H, Gutke A, Kjellby-Wendt G, Fagevik-Olsen M, Ostgaard HC. Predictors and consequences of long-term pregnancy-related pelvic girdle pain: a longitudinal follow-up study. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2016;17:276.
39. Gutke A, Ostgaard HC, Öberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in pregnancy: a cohort study of the consequences in terms of health and functioning. *Spine.* 2006;31(5):E149-55.
40. Bishop A, Holden MA, Ogollah RO, Foster NE. Current management of pregnancy-related low back pain: a national cross-sectional survey of UK physiotherapists. *Physiotherapy.* 2016;102(1):78-85.
41. Thomas IL, Nicklin J, Pollock H, Faulkner K. Evaluation of a maternity cushion (Ozlo pillow) for backache and insomnia in late pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1989;29(2):133-8.
42. Guerreiro da Silva JB, Nakamura MU, Cordeiro JA, Kulay L Jr. Acupuncture for low back pain in pregnancy – a prospective, quasi-randomised, controlled study. *Acupunct Med.* 2004;22(2):60-7.
43. Kvorning N, Holmberg C, Grennert L, Aberg A, Akeson J. Acupuncture relieves pelvic and low-back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(3):246-50.
44. Elden H, Ladfors L, Olsen MF, Ostgaard HC, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilizing exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. *BMJ.* 2005;330(7494):761.
45. Elden H, Fagevik-Olsen M, Ostgaard HC, Stener-Victorin E, Hagberg H. Acupuncture as an adjunct to standard treatment for pelvic girdle pain in pregnant women: randomised double-blinded controlled trial comparing acupuncture with non-penetrating sham acupuncture. *BJOG.* 2008;115(13):1655-68.
46. Józwiak-Bebenista M, Nowak JZ. Paracetamol: mechanism of action, applications and safety concern. *Acta Pol Pharm.* 2014;71(1):11-23.
47. Nakhai-Pour HR, Broy P, Sheehy O, Bérard A. Use of nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *CMAJ.* 2011;183(15):1713-20.
48. Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD008242.
49. Furu K, Kieler H, Haglund B, Engeland A, Selmer R, Stephansson O, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine in early pregnancy and risk of birth defects: population-based cohort study and sibling design. *BMJ.* 2015;17;350:h1798.
50. Ornoy A, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Antidepressants, antipsychotics, and mood stabilizers in pregnancy: what do we know and how should we treat pregnant women with depression. *Birth Defects Res.* 2017;109(12):933-56.
51. Casassus B. France bans sodium valproate use in case of pregnancy. *Lancet.* 2017;390(10091):217.
52. Weston Z, Bromley R, Jackson CF, Adab N, Clayton-Smith J, Greenhalgh J, et al. Monotherapy treatment of epilepsy in pregnancy: congenital malformation outcomes in the child. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(11):CD010224.
53. Andrade C. Adverse pregnancy outcomes associated with gestational exposure to antiepileptic drugs. *J Clin Psychiatry.* 2018;79(4). pii: 18f12467.
54. Paterno E, Bateman BT, Huybrechts KF, MacDonald SC, Cohen JM, Desai RJ, et al. Pregabalin use early in pregnancy and the risk of major congenital malformations. *Neurology.* 2017;88(21):2020-5.
55. Moreira H, Barbin C, Martinez H, Aly A, Fonseca R. Maternal use of cyclobenzaprone (Flexeril) may induce ductal closure and persistent pulmonary hypertension in neonates. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014;27(11):1177-9.
56. Nezvalová-Henriksen K, Spigset O, Nordeng H. Effects of codeine on pregnancy outcome: results from a large population-based cohort study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2011;67(12):1253-61.
57. Källén B, Reis M. Use of tramadol in early pregnancy and congenital malformation risk. *Reprod Toxicol.* 2015;58:246-51.
58. Bloor M, Paech MJ, Kaye R. Tramadol in pregnancy and lactation. *Int J Obstet Anesth.* 2012;21(2):163-7.
59. Kraychete DC, Siqueira JT, Zakka TR, Garcia JB e Grupo de Especialistas. Recomendações para uso de opioides no Brasil: Parte III. Uso em situações especiais (dor pós-operatória, dor musculoesquelética, dor neuropática, gestação e lactação). *Rev Dor.* 2014;15(2):126-32.
60. Shah S, Banh ET, Koury K, Bhatia G, Nandi R, Gulur P. Pain management in pregnancy: multimodal approaches. *Pain Res Treat.* 2015;2015:987483.
61. Cohen RS. Fentanyl transdermal analgesia during pregnancy and lactation. *J Hum Lact.* 2009;25(3):359-61.
62. Price HR, Collier AC. Analgesics in pregnancy: an update on use, safety and pharmacokinetic changes in drug disposition. *Curr Pharm Des.* 2017;23(40):6098-114.
63. Sehmí H, D'Souza R, Bhatia A. Low back pain in pregnancy: investigations, management, and role of neuraxial analgesia and anaesthesia: a systematic review. *Gynecol Obstet Invest.* 2017;82(5):417-36.
64. Han IH, Kuh SU, Kim JH, Chin DK, Kim KS, Yoon YS, et al. Clinical approach and surgical strategy for spinal diseases in pregnant women: a report of ten cases. *Spine.* 2008;33(17):E614-9.

