Pregnancy-related lumbosacral pain

Dor lombossacral relacionada à gestação

Fábio Farias de Aragão

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.

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 maneuseio 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 nascimento. 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 envolvidos.

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 mulheres. 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.

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.
FATORES DE RISCO

Dentre os fatores preditivos de dor lombossacral, pode-se citar trabalho extenuante durante a gestação e passado de DLSRG\textsuperscript{11}. A incidência de DL é maior em gestantes com idade materna avançada, história de DL em gestações anteriores, índice de massa corporal (IMC) elevada, hipermobibilidade articular, dor que piora quando deitada por período prolongado e maiores níveis de ansiedade\textsuperscript{14,15}. A história de DL em gestações anteriores é um forte preditor para recorrência em gestações subsequentes, com probabilidade em torno de 85%\textsuperscript{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\textsuperscript{14,17}. 

Existem relações entre a intensidade da dor, níveis de catastrofização da dor, depressão e ansiedade. A ansiedade durante a gestação está relacionada às complicações incluindo abortamento, pré-eclâmpsia, prematuridade e baixo peso ao nascer. A depressão e a ansiedade são fatores preditores importantes de depressão pós-parto\textsuperscript{18}. Gestantes com DLSRG têm chance três vezes maior de apresentar sintomas de depressão pós-parto do que gestantes sem dor\textsuperscript{19}

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\textsuperscript{12,20}. É importante a diferenciação entre DL e DP por apresentarem etiologias diferentes e necessitarem de estratégias de tratamento específicas\textsuperscript{20}. A dor pélvica relacionada à gestação (DPRG) localiza-se entre a crista iliaca posterior e a prega glútea, particularmente próximo às articulações sacroilíacas, podendo irradiar para a face posterior da coxa. A dor na síntese pública pode ocorrer em associação ou isoladamente, com possível irradiiação para a face anterior da coxa\textsuperscript{21}. 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 levantar\textsuperscript{20}. 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 positivos\textsuperscript{20}. A DP posterior é definida como baixa sem o componente da síntese pública. 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 quadrís dentro da faixa normal, além de teste de provocação da DP posterior positivo\textsuperscript{23}.

A dor lombar relacionada à gestação (DLR) 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 perna\textsuperscript{21}. A dor é geralmente exacerbada pela flexão anterior, causa restrição dos movimentos em região lombar e é exacerbada pela palpação dos músculos eretores da espinha\textsuperscript{21}. 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 negativos\(^{22}\). Enquanto que a DPRG é mais intensa e incapacitante durante a gestação, a DLRG parece ser mais intensa e mais comum após o nascimento\(^{24}\).

**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 metabólica\(^{15}\).

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 úteis\(^{20}\).

Em relação à DPRG, além da apresentação clínica descrita, o *European Guideline* preconiza a realização de um teste funcional (eleição 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 síntese pública (palpação da síntese pública 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 síntese pública positivos\(^{46}\). A DPRG pode ser categorizada em cinco subgrupos: 1) Síndrome da cintura pélvica, quando a dor é presente nas três articulações pélvicas; 2) Síndrome sacroilíaca bilateral, cuja dor é referida em ambas as articulações sacroilíacas; 3) Síndrome sacroilíaca unilateral, quando dor presente em uma articulação sacroilíaca; 4) Sinfisiólise, quando apenas a síntese pública 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 funcionalidade. 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 tal\(^{19}\). 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-Wikmar\(^{28}\), 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 gestante.\(^{29}\)

**O Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ)** é um instrumento específico de mensuração da DP durante a gravidez e no pós-parto\(^{30}\). 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 condição\(^{31}\). 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 estabelecida\(^{32}\). 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 risco\(^{33}\).

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 a 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 abortamento\(^{34}\).

**PROGNÓSTICO**

O seguimento e manuseio inadequados das gestantes com DLSRG 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 prolongado. 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-nascido\(^{35}\).

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 contínua\(^{36}\). Gestantes com sintomas mais pronunciados (dor contínua) estão mais sujeitas a atafamento 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 favorável.\(^{37}\).
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 provoicação de dor e testes de pressão na sínfise pública, Trendelenburg ou Faber positivos\(^{18}\). A gestante deve ser avaliada durante a gestação e no período pós-parto e tratada de maneira adequada, evitando assim sofrenimento, 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 cronificação\(^{39}\).

**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 assalto pélvico, exercícios de fortalecimento e exercícios repetidos direcionais\(^{19}\). 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 pode 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 dor\(^{12}\).

**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 sintomas\(^{41}\). Outro dispositivo é o cinto pélvico, o qual agiria pressionando as superfícies artulares das articulações, promovendo estabilidade e redução da mobilidade da articulação sacroiliaca, com diminuição da dor. O uso de cintos pélvicos não rígidos reduz de forma significante os escores de dor e a incapacidade funcional em comparação com exercícios de estabilização. Eles devem ser aplicados apenas por curto período\(^{11}\).

**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 controles\(^{43,45}\). 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 período\(^{29}\). A acupuntura parece agir estimulando o sistema de opioides endógenos\(^{12}\). 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 parto\(^{46}\).

**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 seguro\(^{40}\). 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 duto arterial, o uso de AINHS durante a gestação deve ser feito com cautela\(^{57}\). 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 malformações\(^{48}\). A venlafaxina também parece não estar relacionada ao aumento de malformações\(^{49}\). Entretanto, o uso de altas doses de antidepresivos 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 neurologico\(^{50}\). Alguns países já baniram seu uso em gestantes e mulheres em idade fértil com distúrbios bipolares\(^{51}\). Existem poucos relatos de gestantes que fizeram uso de gabapentina, não sendo evidenciado aumento da incidência de malformações\(^{52}\). Pode estar relacionada a aumento do risco de perda fetal, crescimento intrauterino restrito e parto prematuro\(^{35}\). Apresenta classificação C pelo Food and Drug Administration (FDA) e B3 pela Avaliação do
Comitê Australiano (ADEC). Em relação à pregbalina, esta não parece estar associada ao aumento significativo de malformações quando utilizadas no primeiro trimestre, principalmente em monoterapia64. A ciclofenilpiridina 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 gestantes59. 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 (pe trombo embolismo e defeitos cardiovasculares) quando utilizado próximo à concepção, não causando efeitos importantes quando utilizado em estágios mais avançados da gestação57-58. É considerado Classe C pelo FDA e pela ADEC. Quando utilizada no primeiro trimestre, não há relatos de malformações relacionadas 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 neonatal59,60. 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 sensitivas na distribuição de um dermátomo)63. Existem relatos de casos descrevendo a administração peridural de esteroides em gestantes com lombociatalgia e sinais de dor radicular com melhora do quadro algústico, 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 sacroiliacas, 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 mortalidade65.

**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 artulares 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-Padjila D, Gallo-Padjila C, Gallo-Vallejo FJ, Gallo-Vallejo JL. [Low back pain during pregnancy. Multidisciplinary approach]. Semergen. 2016;42(6):59-64. Spanish.
3. Gurke A, Olsson CB, Völlstedt N, Öberg B, Wikmar LN, Robinson HS. Association between lumber pelvic pain, disability and sick leave during pregnancy – a comparison of three Scandinavian cohorts. J Rehabil Med. 2014;46(5):468-74.
4. Robinson HS, Ekdahl A, Heiberg E, Eberhard-Gran M. Pelvic girdle pain in pregnancy: the impact on function. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(8):160-4.

5. Hansen A, Jensen DV, Wormholt 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, Mariman K. Physiology of pregnancy. Anaesth Intens Care Med. 2016;17(7):341-5.

7. Casagrande D, Gugala Z, Clark SM, Lindrey RW. Low back pain and pelvic girdle pain in pregnancy. J Am Acad Orthop Surg. 2015;23(3):539-49.

8. Ireland ML, Ott SM. The effects of pregnancy on the musculoskeletal system. Clin Orthop Relat Res. 2000;372(2):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, García JB, Lima MV, Serra HO. Disability and factors associated with low back pain. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;35(12):514-8. Portuguese.

11. Wu WH, Meijer OG, Ugaki K, Mens JM, van Deen JW, Wijsmans PL, 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, Pitangui AC. Gestational low back pain: prevalence and clinical presentations in a group of pregnant women. Rev Saude do Trabalho. 2013;43(2):114-7.

14. Kovacs FM, Garcia E, Royuela A, Gonzalez L, Abbrata V. Spanish Back Pain Research Network. Prevalence of 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. Mogen IM, Pohjanien AI. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. Spine. 2005;30(8):883-91.

16. Sabino J, Grauer JN. Pregnancy and low back pain. Curr Rev Musculoskeletal Med. 2008;1(2):137-41.

17. Kanakaris NK, Roberts CS, Giannoudis PV. Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update. BMJ Med. 2011;9:15.

18. Fairbrother N, Young AH, Janssen P, Antony MM, Tucker E. Depression and anxiety during the perinatal period. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999;78(2):111-5.

19. Gomes MR, Araújo RC, Lima AS, Pitangui AC. Gestational low back pain: prevalence and clinical presentations in a group of pregnant women. Rev Saude do Trabalho. 2013;43(2):114-7.

20. Fairbrother N, Young AH, Janssen P, Antony MM, Tucker E. Depression and anxiety during the perinatal period. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999;78(2):111-5.

21. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. BMJ. 2005;330(7549):761.

22. van Tuijl M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, et al. Prevalence and consequences of long-term pregnancy-related pelvic girdle pain: a longitudinal follow-up study. BMC Musculoskeletal Disord. 2016;17:276.

23. 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.

24. Katonis P, Kampouroglou A, Aggelopoulos A, Kakavelakis K, Lykoudis S, Makrigiann-...