

Elementos básicos de diagnóstico e de terapêutica das:

Manifestações músculo-esqueléticas na gravidez

Durante o período de gravidez, virtualmente, toda mulher apresenta algum sintoma relacionado ao sistema músculo-esquelético, sendo que uma parte destas mulheres irá persistir com sintomas no período após o parto. As mudanças hormonais e anatômicas contribuem ou podem mesmo ser consideradas como a própria causa das síndromes dolorosas, em que se destacam as lombalgias, síndrome do túnel do carpo e tendinite de De Quervain.

O médico especialista ou generalista, muitas vezes, não lança mão do arsenal medicamentoso, visto que esta intervenção pode ser prejudicial ao binômio mãe-feto. A correta orientação e uma conduta expectante são, na maioria dos casos, adequadas, isso porque parte das queixas desaparecerem no pós-parto.

Nesta revisão abordaremos as afecções músculo-esqueléticas de surgimento associado a gravidez, deixando para outra oportunidade os comentários sobre as implicações da gravidez nas doenças difusas do tecido conectivo.

FISIOLOGIA NORMAL DA GRAVIDEZ

O aumento do peso e a protrusão do abdome grávidico desencadeiam aumento da lordose lombar e deslocamento do centro de massa na mulher grávida. Essas modificações acionam grupos musculares que não possuem função nítida no período pré-gestacional, gerando uma fadiga dos mesmos. O movimento de escorregamento das articulações sacroilíacas se torna acentuado devido ao relaxamento dos ligamentos e diátese da sínfise púbica, que pode ocorrer durante a gravidez. O aumento da mobilidade e alargamento funcional das sacroilíacas e sínfise púbica são necessários para as modificações biomecânicas que se iniciam durante o primeiro trimestre, tornando-se máximas próximas ao parto e desaparecem por volta de dois a cinco meses após. Acredita-se que o hormônio relaxina, secretado pelo corpo amarelo, tenha significativa importância nos mecanismos biomecânicos.

Sônia Maria A. Anti Loduca de Lima

Médica assistente do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-SP "FMO"). Responsável pelo Ambulatório de Síndromes Espondilíticas.

Sílvio Figueira Antônio

Médico assistente do Serviço de Reumatologia do HSPE-SP "FMO". Responsável pelo Ambulatório de Afecções Vertebrais. Co-Editor da revista "Temas de Reumatologia Clínica".

LOMBALGIA

Dentre os problemas músculo-esqueléticos da gravidez, a lombalgia é considerada como a queixa mais comum. Em estudo retrospectivo, 88 de 126 pacientes (70%) referiam lombalgia em algum momento da gravidez. Estudo realizado por Mantle e cols. revelou que de 180 mulheres questionadas no pós-parto, 48% experimentaram lombalgia durante a gravidez e, destas, um terço relatava a dor como de forte intensidade. Estudo prospectivo realizado por Cecin na Faculdade do Triângulo Mineiro notou que de um total de 60 grávidas, 50 (83,3%) apresentavam dor lombar e, destas, um total de 12 (24%) já referiam lombalgia previamente a gestação, porém de menor intensidade. Nos dois primeiros estudos foi observado que a prevalência da dor aumenta com a idade e com o número de partos prévios. Não foi encontrada relação da lombalgia com peso da grávida ou peso do feto em nenhum desses estudos.

O útero grávidico e a lordose compensatória já são suficientes para causar dor lombar.

A pouca mobilidade da sínfise púbica e a firmeza da cápsula e ligamentos da articulação sacroilíaca diminuem com o relaxamento pélvico, podendo também ocorrer um deslizamento anormal e instabilidade segmentar. O limite entre o fisiológico e o patológico se torna de difícil reconhecimento.

As pacientes normalmente referem dor iniciando entre o 5º e 8º mês de gestação, localizada região lombar ou na região posterior da pelve. A posição ereta, andando ou sentada pode causar alívio ou até mesmo aumen-

to da dor. Ocasionalmente há irradiação da dor para uma ou ambas as pernas.

O exame físico revela aumento da lordose lombar e nas apresentações cefálicas a coluna é “empurrada para trás” para compensar o aumento do abdome. Geralmente há dor a palpação da musculatura paravertebral lombar e na palpação direta das sacroilíacas.

Quanto a exames de imagem, o RX deve ser solicitado somente após o terceiro trimestre e quando estritamente necessário. Apesar da ressonância magnética ser um exame seguro para ser usado durante a gravidez, não existem estudos de longo prazo indicando possíveis efeitos sobre o concepto.

Os principais sintomas podem ter alívio com diminuição da atividade física, uso de sapatos de salto baixo, repouso, calor local, descanso sentado por alguns períodos e prática de exercícios de relaxamento da musculatura lombar sob orientação fisioterápica. Também podem ser de algum auxílio o uso de cintas elásticas.

Os sintomas de hérnia de disco são considerados raridade, pois dos 48.760 partos consecutivos no William Beaumont Hospital, cinco pacientes foram identificadas com sintomas e sinais de hérnia discal. Naquelas pacientes em que há disfunção de esfíncter vesical ou retal, o tratamento cirúrgico é necessário. Quando não há este tipo de complicação, a cirurgia durante a gravidez está contra indicada. Das cinco pacientes do estudo acima citado, duas melhoraram com termoterapia e uso de neuroestimulação transcutânea (TENS). Após cesariana não complicada, as pacientes foram avaliadas com RX e mielografia que constatou, em todas as pacientes, a presença de uma hérnia discal volumosa, com compressão importante do saco dural e de estruturas foraminais. Após um período maior do que três semanas de tratamento conservador sem resposta, as pacientes foram submetidas a laminectomia.

SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO

A síndrome do túnel do carpo (STC) é a segunda queixa músculo-esquelética durante a gravidez. Sua ocorrência é mais comum durante o segundo e o terceiro trimestres e se apresenta classicamente com formigamento e dor noturna, em geral bilateral.

Em um estudo prospectivo, foram avaliadas 2.358 grávidas durante um ano. Foi observado sintomas de STC em 56 (2,3%) mulheres. Todas se apresentavam com edema generalizado. Nesta série a síndrome foi mais comum nas primíparas idosas.

Wand reportou STC em 18 pacientes, não durante a

gravidez, mas enquanto amamentavam. Achado similar foi visto em cinco pacientes no puerpério e Snell e cols. atribuíram este sintoma a retenção de líquido causada pela prolactina.

A STC se resolve habitualmente no puerpério num período de duas a quatro semanas. Advoga-se portanto, tratamento paliativo no controle dos sintomas. O uso de posicionadores mantendo o punho em posição neutra ou em leve dorsiflexão, no período noturno, é tratamento de escolha, com melhora já observada durante a segunda semana de uso. Alguns autores recomendam a infiltração com corticoesteróide e/ou uso de diuréticos, como hidroclorotiazida, para diminuição da retenção hídrica. O tratamento cirúrgico com descompressão do nervo mediano é indicado em pequeno número de pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento conservador e mantêm dor e perda de função que interfere com o trabalho.

Mulheres que apresentam STC durante a gravidez tendem a sofrer recorrência de sintomas nas gestações seguintes, assim como também apresentam maior risco de desenvolver STC com o passar dos anos.

TENOSSINOVITE DE DE QUERVAIN

Pode ocorrer durante a gestação ou no período pós-parto. É a segunda causa de dor nas mãos e punhos na mulher grávida. A tenossinovite de De Quervain é resultado da compressão e irritação do tendão do abductor longo e do extensor curto do polegar, quando passam próximo ao processo estilóide do rádio. O diagnóstico é clínico e o teste de Finkelstein é útil na confirmação diagnóstica. Trauma crônico, muitas vezes na forma de esforço repetitivo ou solicitação excessiva de musculatura não condicionada, pode estar implicado na maioria dos casos. Os cuidados com o recém-nascido podem agravar os sintomas de dor, que se acentua pela abdução ou extensão do polegar. Em um estudo realizado no período de um ano, foram vistos 29 novos casos de tenossinovite de De Quervain, dos quais 83% (24) eram do sexo feminino. Das pacientes, 15 tinham uma ocupação que implicava em movimentos repetitivos das mãos. Do total de pacientes do sexo feminino, seis estavam grávidas ou no puerpério. Os sintomas iniciaram na maioria durante o 3º trimestre, e 5 pacientes apresentaram piora dos sintomas durante os cuidados dedicados ao recém-nascido.

A base do tratamento é uso de splint sendo raridade a indicação cirúrgica. O uso de infiltração com corticoesteróide também leva a alívio dos sintomas, e os anti-inflamatórios não hormonais são reservados para uso após o parto.

CÃIBRA

As câibras são queixas relativamente comuns a partir da segunda metade da gestação. São contrações tetânicas, dolorosas que podem durar de segundos a minutos. Geralmente ocorrem durante o sono e levam ao despertar por dor. A etiologia é desconhecida, poderia ser por deficiência de magnésio e cálcio, embora suas taxas não se mostrem diferentes entre grávidas e não grávidas. Estudos metabólicos muitas vezes revelam balanço negativo de cálcio na grávida, principalmente por dieta inadequada e aumento no requerimento do feto. O uso empírico de suplementação do cálcio pode ser útil na melhora dos sintomas. Hammar e cols., em um estudo controlado, obtiveram melhora dos sintomas com uso de um grama de cálcio oral duas vezes ao dia por duas semanas.

OSTEONECROSE DA CABEÇA FEMORAL

Há vários relatos de osteonecrose de cabeça femoral em mulheres grávidas sem fator de risco. Sua etiologia permanece desconhecida. Especula-se que o aumento dos níveis de cortisol próximo do parto (em muitas ocasiões, três vezes maior que no período pré-gravídico) poderia contribuir para desenvolvimento da osteonecrose. Os altos níveis de estrógeno e progesterona na circulação materna e o aumento da pressão intraóssea também poderiam desencadear o processo.

Os sintomas se iniciam no terceiro trimestre com dor profunda que pode irradiar-se para a virilha, joelho, coxa ou região dorsolombar.

O uso da RNM tem sido preferido ao RX para o diagnóstico mais precoce. Na maioria dos casos o envolvimento da cabeça femoral é parcial. O tratamento da osteonecrose associado à gravidez é o mesmo que nas mulheres não grávidas. É necessária a diminuição da carga sobre articulação e, algumas vezes, aspiração articular.

MERALGIA PARESTÉSICA

O nervo envolvido é o cutâneo femoral lateral, nervo sensitivo que atravessa a coxa passando medialmente à espinha íliaca ântero-superior e profundamente ao ligamento inguinal. Outros fatores como a acentuação da lordose lombar, aumento do volume abdominal, ganho de peso, retenção hídrica e um aumento progressivo da tensão da parede abdominal podem afetar o nervo cutâneo lateral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heckamn, J.D. and Sassard, R : Current Concepts Review-Musculoskeletal considerations in pregnancy. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 76-A, 11: 1720-1730.
2. Ostgaard, H.C., Andersson, G.B.: Previous back pain and risk of developing back pain in a future pregnancy, *Spine*, 16: 432-436, 1991.
3. Mantle, M.J, Greenwood, R.M., Currey,H.L.F.: Backache in pregnancy. *Rheumatology and Rehabilitation*, vol. XVI, n° 2, 95-101, 1977.
4. Cecin, A.H., Bichuetti, J.A.N., Daguer, M.K., Pustrelo, M.N.: Lombalgia e gravidez. *Revista Brasileira de Reumatologia*, vol. 32, n° 45-50, 1992.
5. LaBan, M.M., Perrin, J.C.S., Latimer, F.R.: Pregnancy and the herniated lumbar disc. *Arch Phys. Med. Rehabil.*, vol 64, 319-321, 1983.
6. Nyfgaard, I.E., Saltzman, C.L., Whitehouse, M.B., ankin, F.M.: Hand problems in pregnancy . *Am. Fam. Phys.*, 39, 123-126, 1989.
7. Ekman-Ordeberg, G., Salgeback, S., Ordeberg, G.: Carpal tunnel syndrome in pregnancy. A prospective study. *Acta obstet. Gynec. Scandinavica*. 66, 233-235, 1987.
8. Wand, J.S.: Capal tunnel syndrome in pregnancy and lactation. *J. Hand Surg.*, 15B, 93-95, 1990.
9. Snell, N.J., Coysh, H.L.: Carpal tunnel syndrome presenting in the puerperium. *Practitioner*, 224, 191-193, 1980.
10. Wood, C.: Paraesthesia of the hand in pregnancy. *British Med. J.*, 2, 680-682, 1961.
11. Schned, E.S.: DeQuervain tenosynovitis in pregnant and postpartum women. *Obstetrics & Gynecology*, vol 68, 411-414, 1986.
12. Hammar, M., Larsson, L., Tegler, L.: Calcium treatment of leg cramps in pregnancy. Effect on clinical symptoms and total ionized serum calcium concentrations. *Acta Obstet. Gynec. Scandinavica*, 60, 345-347, 1981.
13. Kay, N.R., Park, W.M., Bark, M.: The relationship between pregnancy and femoral head necrosis. *British J.Radiol.*, 45, 828-831, 1972.
14. Myllynen, P., Makela, A., Kontula, K.: Aseptic necrosis of the femoral head during pregnancy. *Obstet. And Gynec.*, 71, 495-498, 1988.
15. Van den Veyver, I., Vanderheyden, J., Krauss, E., Jankies, S.: Aseptic necrosis of the femoral head associated with pregnancy; a report. *European J. Obstet., Gynec. and Reproduct. Biol.*, 36, 167-173, 1990.