

# **Hérnia Discal na Gravidez com manejo cirúrgico: uma escolha ou uma necessidade?**

## **Surgical treatment in Disc Herniation during pregnancy: a choice or a necessity?**

Rafaela

Gonçalves, Marcello Barbosa, Samantha Mendes, Fernanda Oliveira, Júlia Barros, Tallytha Roriz

**Resumo:** A dor lombar durante a gestação tem uma ampla gama de causas, que variam desde apenas mudanças fisiológicas da anatomia materna a doenças osteomusculares, hérnias discais, neoplasias entre outras. A gestante deve ser minuciosamente avaliada para que não se perca a janela de oportunidade para o tratamento e leve à progressão da enfermidade. A hérnia de disco em gestantes tem uma incidência de 1:10.000, e seu manejo e decisão terapêutica devem ser individualizados, baseando-se na resposta da paciente ao tratamento conservador e avaliando riscos e benefícios do tratamento cirúrgico. A cirurgia tem boa segurança, tanto para mãe e concepto, e apresenta uma alta taxa de resolutividade.

Palavras-chaves: Hérnia de disco; Gestação; Microdissectomia lombar.

### **Introdução:**

A dor lombar é um sintoma que afeta mais de 50% das mulheres grávidas. Essa condição é, muitas vezes, aceita como insignificante ou como algo fisiológico durante a gravidez. No entanto, essa mentalidade pode levar ao retardo de diagnósticos de patologias mais graves e, conseqüentemente, às sequelas que afetam a qualidade de vida das pacientes. A causa mais comum de patologia espinhal relacionada à dor lombar é a hérnia discal, que ocorre em, aproximadamente, 1:10.000 gestações. (MARTINO, 2017)

Durante a gravidez, a lombalgia é mais intensa por volta do 5º ao 7º mês. O quadro clínico típico é caracterizado por uma dor unilateral no membro inferior, envolvendo o dermatomo da raiz afetada, com irradiação para o membro inferior correspondente à raiz acometida. Além disso, pode haver dormência e parestesias, associadas a sinais variáveis de fraqueza muscular e de mudanças de reflexos. (MARTINO, 2017) (HAN, 2010)

Como a hérnia discal lombar costuma ser autolimitada, a maioria dos pacientes responde ao tratamento conservador, que consiste em repouso, uso de analgésicos e fisioterapia. No entanto, durante a gravidez, há limitação no manejo da dor com uso de medicamentos, como AINEs, devido ao seu potencial efeito teratogênico. Opções viáveis para esses casos são o acetaminofeno (paracetamol) e a petidina, além da realização de bloqueio radicular. (HAN, 2010) (CHOI, 2016)

Em alguns casos, as pacientes podem apresentar dor incapacitante não responsiva ao tratamento conservador, durante várias semanas, prejudicando profundamente as suas atividades diárias. Portanto, apesar de não haver um consenso sobre o tratamento cirúrgico da hérnia discal em grávidas, pode-se indicar a discectomia. Sendo assim, o médico deve sempre considerar os riscos e benefícios da cirurgia, bem como os possíveis efeitos da anestesia para

o feto, a posição adequada da paciente na mesa cirúrgica, o uso de imagens envolvendo radiação e as possíveis complicações. (HAYAKAWA, 2017)

### **Objetivos:**

Relatar a dificuldade do manejo da dor neuropática decorrente da compressão radicular pela hérnia discal, durante a gravidez, e a necessidade da intervenção cirúrgica para a resolução do quadro.

### **Materiais e métodos:**

Busca e pesquisa de informações no prontuário médico da paciente.

### **Relato de caso:**

Paciente W.F.M.B de 30 anos, sexo feminino, G1P0A0, deu entrada no pronto socorro do Hospital das Forças Armadas em março/2016, com queixa de dor incapacitante em região lombar que irradiava para todo membro inferior direito, incapacitando-a de deambular. À anamnese, a paciente relatou que apresentava dores lombares desde a infância, mas que não realizava tratamento específico, apenas o uso de sintomáticos para controle da dor. Ao exame físico, a paciente apresentava parestesia e dor em perna direita, associado a redução da força no membro, principalmente à flexão plantar do pé.

Foi então submetida à ressonância magnética, onde foi identificada uma hérnia de disco lombar entre L5-S1, paramediana direita, e feito o diagnóstico de Gravidez (Idade gestacional de 8 semanas), pois até então, a paciente não tinha ciência que estava grávida. Inicialmente, optou-se pelo tratamento conservador com uso de medicações seguras na gestação como o tramadol, para controle algico. Não foi possível dar início à fisioterapia pois não se conseguiu um controle do quadro algico da paciente que permitisse a realização de exercícios ou manipulações já na primeira sessão e a dor provocava alteração da marcha (marcha antálgica).

Foto 1.

Imagem da ressonância magnética da coluna lombar da paciente, no plano axial, mostrando herniação discal extrusa paramediana direita ocupando todo o recesso lateral, comprimindo o saco dural e as raízes neurais de passagem (descendentes).

Foto 2.

Imagem da ressonância magnética da coluna lombar da paciente, no plano sagital, mostrando o volumoso conteúdo herniado do disco intervertebral de L5-S1 comprimido as raízes sacrais à direita (S1 e S2).

A paciente apresentava melhora momentânea da dor e dos sintomas à administração da medicação, com posterior piora. Devido a manutenção do quadro algico intenso e por trata-se do início do período gestacional, a equipe médica optou pela realização da cirurgia após completadas as primeiras 12 semanas de gestação (período embrionário), visando reduzir os riscos de teratogenicidade.

A cirurgia de escolha foi a microdiscectomia lombar, onde paciente foi posicionada em decúbito ventral, visto que ainda não apresentava aumento significativo do volume uterino, sob anestesia geral. Foi utilizado a radioscopia, para identificação do nível L5-S1,

onde foi feita uma incisão paramediana à direita, afastamento dos músculos paravertebrais (multífidus) com identificação da lâmina de L5 e confirmação através de imagem da radioscopia. Em seguida foi realizada a laminectomia parcial de L5 e facetectomia parcial de L5-S1, desinserção e ressecção do ligamento amarelo, identificação do saco dural e da raiz de S1 direita. Procedeu-se então, a dissecação e afastamento dessas estruturas neurais e a discectomia de L5-S1 com retirada do fragmento herniado desse disco intervertebral que comprimia a raiz de S1 direita, seguida de hemostasia dos vasos epidurais e colocação de dreno de sucção de 3.2mm. Posteriormente foi realizado o fechamento da incisão por planos.

No pós-operatório, a paciente evoluiu com melhora do quadro algico, com preservação dos movimentos e da força dos membros inferiores. A gestação evoluiu normalmente, sem nenhuma intercorrência, com parto à termo de 39 semanas. Durante todo o tratamento e o período gestacional, houve um acompanhamento conjunto com a ginecologia e obstetria, visando promover o bem-estar materno e fetal.

Foto 3.

Imagem da ressonância magnética da paciente no plano axial, após a cirurgia, mostrando a liberação completa do saco dural e raízes nervosas bem como a ausência de hérnias discais.

Foto 4.

Novamente visualizamos imagem da ressonância magnética da paciente agora no plano coronal, após a cirurgia, mostrando a liberação completa do saco dural e raízes nervosas bem como a ausência de hérnias discais no nível L5-S1.

### **Discussão:**

Apesar da incidência de hérnia de disco sintomática na gestação ser baixa (1:10.000), caso ela não seja diagnosticada e tratada, poderá levar à lesão irreversível da raiz nervosa, com piora progressiva do quadro de dor, perda da força e movimentação do membro acometido (CHOI, 2016) (MARTINO, 2017). Vários relatos e estudos descreveram que as indicações cirúrgicas para discectomia lombar em gestante são as mesmas que em pacientes não gestantes, além de demonstrarem resultados bem-sucedidos com o tratamento cirúrgico da hérnia de disco, pois o arsenal farmacológico para o manejo da dor é reduzido. (CHOI, 2016)

Alguns pontos que devem ser bem observados durante o tratamento, tanto cirúrgico quanto conservador da hérnia de disco em gestantes são: o uso restrito de medicações para controle da dor, onde deve-se evitar os anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs) pelo maior risco de aborto espontâneo, malformações congênitas e fechamento precoce do ducto

arterioso (CHOI, 2016); e também ter cautela com o uso de opióides, que estão associados a depressão respiratória e sintomas de abstinência no recém-nascido (KAPETANAKIS, 2017). Uma medicação segura para o uso na gestação que tem efeito analgésico é o acetaminofeno (paracetamol). Porém a sua potência analgésica é baixa.

Uma alternativa para o controle da dor neuropática que vem sendo estudada atualmente é o uso de drogas antiepilépticas como a gabapentina e a pregabalina (drogas da nova geração). Os estudos existentes demonstraram que o uso dessas drogas durante a gestação tem eficácia na redução algica e são seguras para mãe e concepto, não havendo aumento das taxas de malformações congênitas ou atraso do desenvolvimento neurológico quando comparado à população geral. Entretanto, apesar dos resultados favoráveis descritos nos estudos, deve-se levar em consideração que a amostra estudada era pequena, e as informações sobre o seguimento dos pacientes ainda é escassa. (BLACK, 2019)

Quanto ao tratamento cirúrgico, deve-se levar em consideração a posição da paciente durante a cirurgia. Nos estágios iniciais, de preferência até a 12<sup>a</sup> semana, a paciente pode ser posicionada em decúbito ventral; a partir do 2<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> trimestres, a posição de escolha seria em decúbito lateral esquerdo, para reduzir a compressão aortocava. (HAYAKAWA, 2017)(CHOI, 2016)

Com relação à anestesia administrada, até o momento não houve relatos de malefícios ao feto ou à gestante que receberam anestesia geral. Uma alternativa, seria a realização de anestesia subdural (raquianestesia) ou epidural (peridural), entretanto, apresenta como efeito adverso a hipotensão súbita que pode levar ao sofrimento fetal e parto prematuro (HAYAKAWA, 2017).

Sabe-se que a exposição do concepto à radiação ionizante pode levar ao óbito intra-uterino, malformações, efeitos mutagênicos e carcinogênicos e distúrbios no crescimento e desenvolvimento. Entretanto, esses efeitos dependem da quantidade de radiação emitida e da idade gestacional, sendo o embrião mais sensível nas primeiras duas semanas. A radioscopia intra operatória tem uma baixa dose de emissão de radiação, não sendo lesiva ao feto, pois mesmo que haja dano celular, este é transitório e capaz de ser reparado pelo organismo. (D'IPPOLITO, 2005)

A utilização da ressonância magnética como método diagnóstico já foi bem documentada quanto à sua segurança para o feto e para a mãe. Por ser um exame livre de radiação ionizante, representa a primeira escolha no arsenal dos exames de imagem. Além do mais, possibilita a melhor visualização de estruturas não ósseas, como ligamentos, raízes nervosas e discos intervertebrais. No quadro de hérnia de disco, apresenta maior sensibilidade e especificidade no diagnóstico quando comparada à tomografia computadorizada. (MARTINO, 2017)

Há várias técnicas cirúrgicas que podem ser empregadas no tratamento da hérnia de disco. A técnica de escolha do caso descrito foi a microdissectomia lombar, que é uma modificação da discectomia convencional, auxiliada pelo uso de microscópio. Uma de suas vantagens é a realização de uma incisão menor e uma melhor visualização das estruturas, sendo o padrão-ouro atual pois proporciona uma menor lesão tecidual, menor sangramento e alta precoce. Inicialmente, realiza-se uma radioscopia para determinar o nível da lesão (herniação), seguida de uma incisão paramediana pequena (cerca de 5-7cm) do lado onde está

localizada a herniação. Procede-se então a dissecação do tecido celular subcutâneo, identificação e abertura da fáscia (fasciotomia). É feita a divulsão, deslocamento e afastamento dos músculos paravertebrais (multífidus), em seguida. Após identificação das lâminas superior e inferior do espaço discal a ser abordado, realiza-se a laminectomia e facetectomia parciais para melhor visualização e permitir o acesso das estruturas neurais. O ligamento amarelo é identificado, podendo ser ressecado ou descolado (desinserido) e rebatido inferiormente. A raiz nervosa e o saco dural são identificados, dissecados e afastados (protegidos). Em seguida é realizada a discectomia com o auxílio do microscópio e é retirada a parte herniada do disco intervertebral para liberação e descompressão da raiz nervosa. Algumas complicações pós-operatórias incluem a lesão da raiz nervosa, trauma vascular, sangramento epidural, infecção do sítio cirúrgico e a durotomia que é a lesão do saco dural com conseqüente extravasamento de líquido (VANGEN-LØNNE, 2020) (ARYA, 2016) (KAPETANAKIS, 2017). Nos casos de durotomia pequena deve-se realizar o tamponamento com tecido muscular retirado do próprio sítio cirúrgico. As durotomias maiores podem necessitar de sutura da membrana dura-máter para evitar a formação de fístula liquórica.

### **Conclusão:**

Podemos concluir que a dor lombar na gestação não deve ser negligenciada e a gestante deve ser examinada e acompanhada cuidadosamente para que uma correta conduta seja tomada. O diagnóstico e tratamento precoce da hérnia discal lombar evitam a progressão da lesão nervosa, causada pela compressão radicular prolongada exercida pelo fragmento do disco intervertebral herniado, para graus irreversíveis (lesão permanente da raiz).

A microdiscectomia é a técnica cirúrgica considerada padrão-ouro para as hérnias discais lombares e apresenta boa segurança para a gestante e o feto, devendo ser realizada sob anestesia geral para reduzir os riscos de hipotensão arterial súbita materna tão prejudicial para o feto.

No caso em questão, a escolha pelo tratamento cirúrgico mostrou-se a melhor opção pois trouxe resultados satisfatórios quanto à melhora da dor, preservando a força e sensibilidade do membro inferior acometido, sem causar danos ao feto que nasceu a termo com boa saúde, peso adequado para idade e sem malformações.

### **Referências bibliográficas:**

Di Martino, A, Russo, F, Denaro, L, et al. How to treat lumbar disc herniation in pregnancy? A systematic review on current standards. *Eur Spine J* 2017; 26:4- 496.

Arya, S.; Tripathi, N.; Singh, A. Disc prolapse in pregnancy. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2016. 5: (11) 4067-4069.

Han, IH. Pregnancy and spinal problems. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010; 22: 477–481.



Hayakawa, K.; Mizutani, J.; Suzuki, N.; et al. Surgical Management of the Pregnant Patient With Lumbar

Disc Herniation in the Latter Stage of the Second Trimester. *Spine* 2017; 42: 3- E186-189.

Berkmann, S.; Fandino, J. Pregnancy and childbirth after microsurgery for lumbar disc herniation. *Acta*

*Neurochir* 2012; 154:329–334.

Tayfun, H. Lumbar disk herniation presented with cauda equina syndrome in a pregnant woman. *J Neurosci Rural Pract* 2012; 3:197-9.

Choi BS, Choi Il, Lee S. Surgical Strategy Using Endoscopy to Minimize Fetal Surgical Risks in Treating a Pregnant Woman with Herniated Lumbar Disc Disease. *Indian Journal of Neurosurgery* 2016; 5(1): 51 - 54

LaBan MM, Rapp NS, Oeyen P, Meerschaert J R. The Lumbar Herniated Disk of Pregnancy: A Report of Six Cases Identified by Magnetic Resonance Imaging. *Arch Phys Med Rehabil* 1995; 76: 476-479.

Han IH, Kuh SU, Kim JH, et al. Clinical approach and surgical strategy for spinal diseases in pregnant women: a report of ten cases. *Spine* 2008; 33(17):E614–E619

Vangen-Lønne V, Madsbu MA, Salvesen Ø, Nygaard ØP, Solberg TK, Gulati S. Microdiscectomy for Lumbar Disc Herniation: A Single-Center Observational Study; S1878-8750(20)30331-4. *World Neurosurg.* 2020

ARYA, Sangeeta; TRIPATHI, Nidhi; SINGH, Amrita. Disc prolapse in pregnancy. **International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology**, [S.l.], v. 5, n. 11, p. 4067-4069, dec. 2016. ISSN 2320-1789.

Kapetanakis S, Giannopoulou E, Blontzos N, Kazakos G, Givissis P. Surgical management for lumbar disc herniation in pregnancy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017;46(10):753–759.

Black, Eleanor et al. “Medication Use and Pain Management in Pregnancy: A Critical Review.” *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain* vol. 19,8 (2019): 875-899.

D'IPPOLITO, Giuseppe; MEDEIROS, Regina Bitelli. Exames radiológicos na gestação. **Radiol Bras**, São Paulo , v. 38, n. 6, p. 447-450, Dec. 2005 .

#### **Dados dos Autores:**

- 1) Rafaela Mendes Gonçalves  
Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Brasília  
Instituição: Centro Universitário de Brasília / Hospital das Forças Armadas.  
Endereço: SHIS QI 5 Conjunto 16 Casa 17- Lago Sul, Brasília - DF, Brasil.  
E-mail: rafamendes37@gmail.com

- 2) Marcello Oliveira Barbosa  
Mestre em Ciências pela USP  
Instituição: Universidade de Brasília (UnB) / Centro Universitário de Brasília / Hospital das Forças Armadas.  
Endereço: Quadra 202 lotes 6 e 8 Bloco D apto 102, Soneto Home e Resort, Bairro sul, Águas Claras-DF, Brasil.  
E-mail: drmarcellobarbos@gmail.com
  
- 3) Samantha Arnaut Oliveira Mendes  
Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Brasília  
Instituição: Centro Universitário de Brasília / Hospital das Forças Armadas.  
Endereço: Colônia Agrícola Samambaia chácara 143 A lote 31 - DF, Brasil  
E-mail: samantha.arnaut@gmail.com
  
- 4) Fernanda de Lima Oliveira  
Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Brasília  
Instituição: Centro Universitário de Brasília / Hospital das Forças Armadas.  
Endereço: SQS 106, bloco E, apto 302 - Asa Sul, Brasília, DF, Brasil.  
E-mail: fedelimaoliveira@gmail.com
  
- 5) Tallytha Barros Ala Roriz  
Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Brasília  
Instituição: Centro Universitário de Brasília / Hospital das Forças Armadas.  
Endereço: SHTN trecho 1 lote 2 bloco G apto 206 asa norte brasilia-DF  
E-mail: tallytharoriz@gmail.com
  
- 6) Julia Correia da Costa Barros  
Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Brasília  
Instituição: Centro Universitário de Brasília / Hospital das Forças Armadas.  
Endereço: SQN 211 BLOCO C APT 307 - Asa Norte, Brasília - DF, Brasil  
E-mail: juliaccbarros@gmail.com