



## TEMA 6-2019:

### Lumbalgia en el embarazo: abordaje para el médico general

Recibido: 28/12/2018

Aceptado: 21/10/2019

<sup>1</sup> Daniela Sequeira Calderón  
<sup>2</sup> Gerardo Sánchez Lydna  
<sup>3</sup> Daniel Francisco Sandoval Loría  
<sup>4</sup> Jose Alfredo Murillo Saviano  
<sup>5</sup> Ellen Sylvie Sánchez Más

<sup>1</sup> Médico General UCR. Correo electrónico: [dsequeira.c@gmail.com](mailto:dsequeira.c@gmail.com)

<sup>2</sup> Especialista en Fisiatría. Hospital San Juan de Dios. Correo electrónico: [gerardinossanchez3@gmail.com](mailto:gerardinossanchez3@gmail.com)

<sup>3</sup> Médico General UCIMED. Correo electrónico: [dsandovall@hotmail.com](mailto:dsandovall@hotmail.com)

<sup>4</sup> Médico General UCR. Correo electrónico: [josemuri07@gmail.com](mailto:josemuri07@gmail.com)

<sup>5</sup> Médico General UCR. Correo electrónico: [ellen.sylvie3@gmail.com](mailto:ellen.sylvie3@gmail.com)

#### Resumen

La lumbalgia es una de las patologías más frecuentes durante el embarazo. Lo anterior se explica por la gran gama de cambios físicos, fisiológicos y hormonales que experimenta la mujer al albergar el producto de la concepción.

Debido al impacto en la calidad de vida y economía, en los últimos años ha existido un aumento significativo en la investigación sobre esta patología, lo cual permite un diagnóstico más precoz y además ofrecer a la mujer embarazada un mejor abordaje.

Se ha demostrado que las medidas preventivas en la mujer embarazada tiene una gran influencia, pues la corrección de la postura, soporte corporal y demás hábitos promueven un estilo de vida más ergonómico a la gestante. Sin embargo, tras la aparición de lumbalgia, existen múltiples medidas terapéuticas conservadoras y farmacológicas que son capaces de ofrecer un alivio para la paciente embarazada y por ende un impacto positivo en su calidad de vida.

#### Palabras clave

Lumbalgia, embarazo, dolor lumbar.

#### Abstract

Low back pain is one of the most frequent pathologies during pregnancy. This is explained by the wide range of physical, physiological and hormonal changes that women experience when they harbor the product of conception.

Due to the impact on the quality of life and economy, in recent years there has been a significant increase in research on this pathology, which allows a more precocious diagnosis and also offer pregnant women a better approach.

It has been shown that preventive measures in pregnant women have a great influence, as well as the correction of posture, body support and other habits promote a more ergonomic lifestyle to the pregnant woman. However, the multiple conservative and pharmacological therapeutic measures are able to offer relief for the pregnant patient and for a positive impact on their quality of life.

#### Key words

Low back, pain, pregnancy.

## Introducción

El dolor lumbar relacionado al embarazo es conocido desde mucho tiempo atrás, pues esta patología impacta la calidad de vida de la embarazada y los costos económicos que involucra.<sup>(1)</sup> Como consecuencia, es una de las principales causas de absentismo laboral en individuos de menos de 55 años de edad. Es así debido a que la lumbalgia es un síntoma extraordinariamente frecuente.<sup>(2)</sup>

El embarazo constituye un esfuerzo físico muy importante para la mujer, es por ello que no es sorprendente que el mismo sea de una de las principales causas de dolor lumbar.<sup>(2)</sup>

El conocimiento de esta patología no solo involucra al fisiatra, ortopedista o ginecólogo, sino que también al médico general, ya que cotidianamente se está en contacto con esta consulta. El objetivo de este artículo es proporcionar una revisión del tema y por ende ofrecer una herramienta sencilla para el conocimiento de lo más importante de este padecimiento.

## Cambios musculoesqueléticos durante el embarazo

El embarazo es un periodo de profundos cambios anatómicos y fisiológicos, ya que la mujer grávida no solamente cumple la función de albergar el feto sino también se somete a adaptaciones corporales y hormonales.<sup>(3)</sup>

No es sorprendente que estas adaptaciones son capaces de derivar un conjunto de problemas, tales como artralgias, dolor lumbar, tendinitis y osteoporosis transitoria.<sup>(3)</sup>

Durante el embarazo, la mujer usualmente aumenta de 25 a 35 libras (11-15 kg) cambia el centro de gravedad corporal y experimenta modificaciones biomecánicas en el esqueleto axial y la pelvis.<sup>(3)</sup>

Algunos de los cambios más frecuentes son los siguientes:

- La fuerza sobre algunas articulaciones aumenta hasta el doble.<sup>(3)</sup>
- Se produce un aumento significativo en la inclinación anterior de la pelvis, con mayor uso del extensor de la cadera, el abductor y los músculos flexores plantares del tobillo. Como consiguiente cambia el centro de gravedad por el aumento en la circunferencia abdominal. De forma compensatoria se adquiere una lordosis exagerada de la zona lumbar y cifosis cervical.<sup>(3)</sup>

- La laxitud articular en los ligamentos longitudinales anterior y posterior de la columna lumbar crea mayor inestabilidad en la columna lumbar y puede predisponer a la distensión muscular.<sup>(3)</sup>
- Se aumenta la movilidad de las articulaciones sacroiliacas y sínfisis púbica en preparación para el paso del feto a través del canal de parto.<sup>(3)</sup>

## Epidemiología

El dolor lumbar es considerado la complicación más frecuente durante el embarazo. Más de dos terceras partes de las mujeres grávidas presenta lumbalgia y esta suele aumentar con el avance del embarazo y puede interferir con el trabajo, actividades cotidianas y sueño.<sup>(2)</sup>

En un estudio multicéntrico en España, se evidencia que la prevalencia de dolor lumbar en el embarazo es de 71.3%. Los principales factores asociados con una mayor probabilidad de presentar esta patología son historia previa de lumbalgia, historia de lumbalgia que aumenta con el encamamiento, ansiedad y en menor proporción historia de cirugía lumbar previa.<sup>(4)</sup>

En cuanto a la persistencia del dolor lumbar luego del parto, ha sido reportada entre 5 a 40% luego de transcurrido 6 meses después del embarazo. A los 18 meses post parto este porcentaje disminuiría a 7%.<sup>(1)</sup> Además, la persistencia del dolor después del parto se ha asociado con una mayor edad y un mayor peso.<sup>(2)</sup>

## Fisiopatología

Desde tiempos antiguos, ha existido la inquietud por comprender y conocer la etiología del dolor articular durante el embarazo. La teoría de “disjunctio pélvica” fue descrita por Hipócrates en el siglo IV A.C, la cual describía el ensanchamiento de la sínfisis púbica que solo ocurría en el primer embarazo y de esta manera quedaba ensanchada para los siguientes embarazos, lo anterior relacionado a la aparición del dolor.<sup>(5,1)</sup> Esta teoría se vio reforzada por numerosos autores, con visiones complementarias o marcadamente diferentes.<sup>(1)</sup>

Aunque el dolor lumbar es la complicación más frecuente del embarazo y conocida desde tiempos antiguos, actualmente su etiología no es del todo conocida y su fisiopatología pobremente entendida. Existen algunos cambios fisiológicos normales del embarazo que pueden afectar la columna vertebral y por ende podrían contribuir a la aparición del dolor lumbar gestacional y postparto.<sup>(1)</sup>

Existe la teoría de que cambios posturales caracterizados por una inclinación hacia delante del cuerpo cambian el centro de gravedad y por ende promueven la aparición de dolor. El segmento lumbar experimenta una lordosis y de forma inconsciente la parte superior del cuerpo compensa con una posición hacia atrás.<sup>(1)</sup>

Como consecuencia de lo anterior, en algunas mujeres susceptibles resulta en estrés de las articulaciones facetarias y ligamentos, aumento en la producción de líquido sinovial con distensión de la cápsula articular lo cual produce finalmente dolor.<sup>(1)</sup>

El incremento en la retención de agua es una alteración fisiológica normal del embarazo. Está mediado, al menos en parte, por un descenso en la osmolalidad plasmática cercano a 10 mosm/kg inducido por el reajuste de los umbrales osmóticos para la sed y secreción de vasopresina.<sup>(6)</sup> Al término, el contenido de agua del feto, la placenta y el líquido amniótico se aproxima a 3.5 litros. Se acumulan 3 litros más por el incremento del volumen sanguíneo de la madre y el tamaño del útero y las mamas. Por lo tanto, la cantidad mínima de agua adicional que acumula la mujer promedio durante el embarazo normal es de 6.5 L. La mayoría de las embarazadas presenta edema blando demostrable en tobillos y piernas, sobre todo hacia el final del día.<sup>(6)</sup> Esta retención de fluido, particularmente a nivel de tejido conectivo de la columna vertebral y pelvis, aumenta la laxitud de estas articulaciones, lo cual podría contribuir con la génesis del dolor.<sup>(3)</sup>

Los cambios endocrinos forman parte de la gran gama de etiología del dolor lumbar en el embarazo. Se ha evidenciado que en la mujer embarazada existe una menor modulación del dolor debido a la disminución de los niveles de sustancia P a nivel del cuerno posterior de la médula espinal. De igual forma, los niveles séricos de las hormonas reproductivas y el procolágeno se han visto asociados a la aparición de dolor pélvico en el embarazo avanzado.<sup>(1)</sup>

Sin embargo, existe una disyuntiva con respecto al papel de la relaxina en el contexto de la lumbalgia en el embarazo, ya que publicaciones de decenios anteriores incluían este polipéptido dentro de la fisiopatología de la enfermedad.

Szlachter describe en su publicación del año 1980, que la relaxina tiene entre sus efectos el aumento de la laxitud de los ligamentos alrededor de la pelvis y cuello uterino. Esta laxitud, necesaria para acomodar el feto en desarrollo y facilitar el parto, podría ser

causante de distensión y aumento del rango de movimiento de las articulaciones sacroiliaca y sínfisis, por lo que podría causar dolor.<sup>(1,7)</sup>

No obstante, publicaciones más recientes afirman que pese a su nombre, la relaxina no guarda relación con el aumento en la laxitud de las articulaciones periféricas durante el embarazo.<sup>(8)</sup>

### Cuadro clínico

La presentación clínica varía ampliamente entre las pacientes, los síntomas son frecuentemente moderados, aunque también pueden ser severos e incapacitantes.<sup>(2)</sup>

La aparición de la lumbalgia puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, sin embargo es más prevalente en la segunda mitad del embarazo.<sup>(3)</sup> Frecuentemente, la aparición del dolor ocurre alrededor de la semana 18 de embarazo, y la máxima intensidad se observa entre las semanas 24 y 36.<sup>(2)</sup>

El dolor durante el primer trimestre de embarazo puede ser un predictor fuerte de dolor en el tercero. Además, en el posparto, el dolor desaparece en el 93% de los casos en los primeros 3 meses.<sup>(2)</sup>

La localización del dolor es frecuente en la región sacra y glútea, es posible que pueda ocurrir migración del dolor durante el curso del embarazo. La naturaleza del dolor es descrita como sordo, la intensidad fluctúa entre 50 a 60mm en la escala visual análoga de 100 mm. El dolor en el posparto disminuye de intensidad en comparación con el experimentado en el embarazo.<sup>(1)</sup>

### Signos de Alarma

Dado que la lumbalgia es una complicación muy frecuente en el embarazo es un reto para el clínico diferenciar este padecimiento de otras patologías. Existen algunas manifestaciones clínicas que sugieren la necesidad de una evaluación más extensa, tales como:

- Dolor severo que interfiere con la funcionalidad de la paciente, particularmente sin relación con la postura y es persistente en la noche.<sup>(3)</sup>
- Aumento del dolor con la tos, estornudos o Valsalva. Presencia de déficit neurológico como parestias, incontinencia fecal o urinaria.<sup>(3)</sup>
- Déficit neurológico evidente en el examen físico: debilidad, déficit sensorial, reflejos anormales.<sup>(3)</sup>
- Historia sugestiva de infección, terapia inmunosupresora o riesgo de fractura compresiva.<sup>(3)</sup>

- Síntomas sistémicos tales como fiebre y pérdida de peso.<sup>(3)</sup>

### Estudios Adicionales

En la mayoría de los casos, no se puede establecer la causa fisiológica definitiva de la lumbalgia en la paciente embarazada. Las pruebas de laboratorio no son útiles y los estudios de imagen no están generalmente indicados, excepto en casos con hallazgos neurológicos significativos. La resonancia magnética generalmente se realiza si se contempla una intervención invasiva, como la inyección epidural de esteroides o la cirugía.<sup>(3)</sup>

## Manejo

### Medidas Preventivas

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), sugiere algunas prácticas sencillas con el fin de evitar la lumbalgia en el periodo de embarazo.

- Uso de zapatos con buen soporte para el arco. Los zapatos planos generalmente brindan poco apoyo. Los tacones altos pueden predisponer a la pérdida del equilibrio.<sup>(9)</sup>
- Utilización de un colchón firme. Este tipo de colchón es capaz de proporcionar mayor apoyo a la espalda durante el embarazo.<sup>(9)</sup>
- Evitar la inclinación desde la cintura para levantar cosas. Es preferible flexionar las rodillas y mantener la espalda recta.<sup>(9)</sup>
- Procurar sentarse en sillas con buen respaldo o utilizar una almohada pequeña detrás de la parte baja de la espalda.<sup>(9)</sup>
- Dormir en decúbito lateral preferiblemente, utilizar una o dos almohadas entre las piernas o debajo del abdomen.<sup>(9)</sup>

Además de lo anterior, la actividad física durante el embarazo ha demostrado riesgos mínimos y muchos beneficios en las mujeres. La actividad física regular en la mujer embarazada mantiene la condición física y el peso, además de fortalecer los músculos abdominales y dorsales, lo cual podría disminuir el riesgo de padecer lumbalgia.<sup>(10)</sup>

### Medidas Terapéuticas

El tratamiento de la lumbalgia en una mujer embarazada es mucho más complejo, preciso, minucioso y delicado que el tratamiento convencional empleado para la población general.<sup>(2)</sup>

Como primera línea, las medidas terapéuticas a emplear deben basarse en intervenciones conservadoras no quirúrgicas ni farmacológicas, de naturaleza no invasiva.<sup>(2)</sup>

Los períodos de descanso con flexión de cadera pueden revertir la lordosis y disminuir temporalmente el dolor. La mujer debe adoptar la posición de decúbito lateral, con las rodillas y las caderas flexionadas. Se puede usar una almohada para soportar el peso del útero o colocarla entre las rodillas para reducir la carga mecánica sobre la espalda.<sup>(3)</sup> Sin embargo, el reposo por más de dos días, en el caso de la embarazada, aumenta la discapacidad. El reposo prolongado favorece el incremento de peso, lo que deteriora aún más la condición de sobrecarga espinal fisiológica y acentúa la percepción de discapacidad.<sup>(2)</sup>

El ejercicio además de constituir una medida preventiva es útil en el manejo terapéutico de mujeres con lumbalgia ya instaurada. El ACOG afirma que entre los distintos tipos de ejercicio, el deporte acuático es una excelente alternativa como tratamiento conservador en la lumbalgia asociada al embarazo.<sup>(10)</sup> De igual manera, una revisión sistemática por Cochrane reafirma el postulado anterior, pues evidenció que el deporte acuático favorece la disminución de la lumbalgia y por ende la incorporación a sus actividades habituales cotidianas.<sup>(11)</sup>

Además de los ejercicios acuáticos, los estiramientos de la zona lumbar, como yoga, taichi o pilates, fortalecen la espalda.<sup>(2)</sup>

La acupuntura es una terapia complementaria viable durante el embarazo. En estudio publicado por Kvorning et al, se analizó el uso de acupuntura en un grupo de pacientes embarazadas con dolor lumbar, observando un 60% de disminución de la sintomatología y sin detectar efectos adversos de la técnica.<sup>(2)</sup>

Además de lo anterior, la cinta de Kinesio es un método alternativo que podría incluirse en el tratamiento para suministrar un puerto de soporte mecánico. Esta terapia está basada en la premisa de que tiene mayor efectividad enfocarse en el músculo que inmovilizar toda la articulación, lo anterior debido a que muchas veces el dolor aparece por el uso excesivo del músculo y por ende lesiones en el mismo.<sup>(12)</sup>

Existen pocos estudios acerca de esta medida terapéutica, sin embargo un estudio reciente de Kaplan en el 2016, demuestra que la utilización conjunta de paracetamol con las cintas de kinesio trae mejores resultados que solo la analgesia farmacológica.<sup>(13)</sup>

## Conclusiones

La lumbalgia es la patología más frecuente en el embarazo, esto se debe a cambios fisiológicos en esta etapa. Pese a que es esperable que la mujer embarazada experimente cambios posturales, hormonales y osmolares, no es aceptable valorar la lumbalgia como un padecimiento normal sin ofrecer medidas terapéuticas.

El principal accionar del clínico debe ser brindar educación con medidas preventivas y de confort a la paciente, o bien ofrecer medidas terapéuticas conservadoras y farmacológicas. Lo anterior con el fin de mejorar la calidad de vida de la paciente embarazada y con ello que su funcionalidad no se vea afectada.

## Bibliografía

1. Munjin M Ilabaca F Rojas J. *Dolor lumbar relacionado al embarazo*. Revista chilena de obstetricia y ginecología, Scielo, 2007;72 (4):258-263.
2. Gallo D Gallo C Gallo F Gallo J.L. *Lumbalgia durante el embarazo*. Abordaje multidisciplinar. Elsevier, 2015;1-5.
3. Bermas B Lockwood C Eckler K. *Maternal adaptations to pregnancy: Musculoskeletal changes and pain*. UptoDate, 2018.
4. Kovacs F Garcia E Royuela A González L Abaira V. *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: 1516-1531.
5. Bastiaanssen J de Bie R Bastiaenen C Essed G van den Brandt P. *A historical perspective on pregnancy-related low back and/or pelvic girdle pain*. Elsevier, 2005; 4-16.
6. Cunningham F Leveno K Bloom S Hault J Rouse D. *Williams Obstetricia*. McGraw Hill Companies Inc. 23ª Edición, 2006;110-130.
7. Szlachter N O`Byrne E Goldsmith L Steintz B Wiss G. *Myometrial-inhibiting activity of relaxin containing extract of human corpora lutea of pregnancy*. American Journal Obstetrics Gynecology. Elsevier, 1980;136(5):584-586.
8. Marnach M Ramin K Ramsey P Song S Stensland J An K. *Characterization of the relationship between joint laxity and maternal hormones in pregnancy*. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Elsevier, 2003; 331-334.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Frequently asked questions 115: Back pain during pregnancy*, 2016;1-2.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG Committee Opinion. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period*. 2015;1-5.
11. Young G Jewell D. *Interventions for preventing and treating back pain in pregnancy* (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2001;1-4.
12. Cakmak A Elcin E Kuru T. *Low back pain during pregnancy and Kinesio tape application*. Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation, 2016;1-4.
13. Kaplan S Alpayci M Karaman E Cetin O Ozkan Y Ilter S et al. *Short-term effects of Kinesio taping in women with pregnancy-related low back pain: a randomized controlled clinical trial*. Medical Science Monitor, 2016;22:1297-1300.

## Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no se dieron conflicto de intereses para este artículo.