Edição I

Clínica Médica & Cirurgia

Capítulo 25

HISTERECTOMIA: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E IMPACTO NA PRÁTICA CIRÚRGICA GINECOLÓGICA CONTEMPORÂNEA

JÚLIA MURARO MARCHETTI[1]
GUILHERME DALLA CHIESA[2]
ISABELLA PERONDI DALL'AGNOL[1]
PIETRA SOUSA VILLETTI[1]

1. Discente - Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).
2. Médico – Universidade de Caxias do Sul (UCS).

Palavras-Chave: Histerectomia; Cirurgia Ginecológica; Técnicas Cirúrgicas.

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A histerectomia é um dos procedimentos cirúrgicos ginecológicos mais realizados no mundo, sendo indicada para o tratamento de diversas condições benignas e malignas, como miomas uterinos, sangramento uterino anormal, prolapso genital e neoplasias ginecológicas. Sua trajetória histórica reflete a evolução da própria cirurgia moderna, marcada por avanços progressivos na segurança e na técnica operatória.

Os primeiros relatos de histerectomia abdominal datam do século XIX, com Charles Clay realizando tentativa em 1843 (SUTTON, 1997). À época, as taxas de mortalidade variavam entre 25% e 70%, consequência da ausência de anestesia adequada, técnicas de hemostasia limitadas e inexistência de medidas antissépticas eficazes (SUTTON, 1997; METTLER, 2011). A introdução da anestesia, o desenvolvimento da antissepsia e, posteriormente, o advento dos antibióticos foram determinantes para reduzir esses índices e transformar a histerectomia em procedimento seguro (SUTTON, 2010; DURSUN *et al.,* 2011).

A via vaginal, cuja descrição remonta à antiguidade com Sorano de Éfeso, ressurgiu no século XX como alternativa eficaz para determinadas indicações benignas, consolidando-se como abordagem preferencial em muitos cenários clínicos (MARQUINI *et al.,* 2023; STARK *et al.,* 2022).

Com o advento da laparoscopia na década de 1980, iniciou-se nova etapa na evolução técnica, marcada pela transição para abordagens minimamente invasivas (SUTTON, 2010; MARQUINI *et al.,* 2023). Posteriormente, a incorporação da cirurgia robótica ampliou ainda mais as possibilidades terapêuticas, introduzindo avanços em ergonomia e precisão operatória (DURSUN *et al.,* 2011).

Evolução histórica da histerectomia

Primeiras abordagens abdominais

As primeiras tentativas de histerectomia abdominal, no século XIX, ocorreram em um contexto de grande limitação técnica e científica. A ausência de anestesia eficaz, métodos rudimentares de controle hemorrágico e inexistência de princípios antissépticos tornavam o procedimento extremamente arriscado. Charles Clay, em 1843, realizou uma das primeiras tentativas documentadas de histerectomia abdominal (SUTTON, 1997), mas as taxas de mortalidade permaneciam elevadas, variando entre 25% e 70% (SUTTON, 1997; METTLER, 2011).

A introdução progressiva da anestesia geral, os avanços na compreensão da microbiologia e a incorporação das práticas de antissepsia e antibioticoterapia foram determinantes para transformar o cenário cirúrgico (SUTTON, 2010). Ao longo do século XX, o refinamento técnico, incluindo a adoção da incisão de Pfannenstiel e a padronização da histerectomia total abdominal, ampliou as indicações e reduziu complicações relacionadas ao coto cervical (DURSUN *et al.,* 2011).

A via abdominal consolidou-se como alternativa versátil, especialmente para casos complexos, como úteros volumosos e patologias malignas extensas. Ainda hoje permanece indicada em situações específicas, embora associada a maior dor pós-operatória, tempo de internação prolongado e recuperação mais lenta quando comparada às técnicas minimamente invasivas.

Consolidação e redescoberta da via vaginal

Embora historicamente associada à antiguidade, a histerectomia vaginal ganhou maior reconhecimento científico no século XX. Sua consolidação ocorreu paralelamente ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas e à ampliação

da compreensão anatômica pélvica (MARQUINI *et al.,* 2023).

Diversos estudos demonstram que a via vaginal apresenta vantagens importantes em casos benignos, como menor tempo operatório, recuperação mais rápida, menor necessidade de analgesia e ausência de cicatriz abdominal (STARK *et al.,* 2022; MARQUINI *et al.,* 2023). Esses benefícios refletem menor agressão tecidual e impacto sistêmico reduzido.

Além disso, organizações internacionais recomendam a via vaginal como abordagem preferencial sempre que tecnicamente viável, reforçando sua segurança e custo-efetividade (MARQUINI *et al.,* 2023). No entanto, limitações anatômicas, como útero volumoso ou ausência de prolapso, podem restringir sua aplicabilidade. Outro fator relevante é a diminuição do treinamento específico em programas de residência, o que pode impactar sua disseminação.

Transição para técnicas minimamente invasivas: laparoscopia

A introdução da laparoscopia na década de 1980 representou marco significativo na cirurgia ginecológica (SUTTON, 2010). A histerectomia laparoscópica possibilitou menor trauma cirúrgico, redução do sangramento intraoperatório e recuperação funcional mais rápida quando comparada à via abdominal (MARQUINI *et al.,* 2023).

Apesar dessas vantagens, a técnica exige treinamento específico e apresenta curva de aprendizado mais longa, o que inicialmente limitou sua adoção ampla (SUTTON, 2010). Com o avanço dos programas de capacitação e aprimoramento dos equipamentos, consolidou-se como alternativa segura, particularmente nos casos em que a via vaginal não é possível.

A laparoscopia representou, portanto, uma transição importante entre a cirurgia aberta tradicional e o paradigma contemporâneo de procedimentos minimamente invasivos.

Incorporação da cirurgia robótica

A cirurgia robótica, incorporada nos anos 2000, ampliou ainda mais as possibilidades técnicas da histerectomia (DURSUN *et al.,* 2011). Entre suas vantagens estão a visão tridimensional do campo operatório, maior precisão dos movimentos e melhor ergonomia para o cirurgião.

Esses aspectos favorecem dissecação mais refinada e potencialmente maior segurança em casos complexos. Entretanto, os custos elevados e o tempo operatório frequentemente prolongado constituem limitações relevantes (MARQUINI *et al*., 2023). Sua utilização permanece mais concentrada em centros de referência com maior infraestrutura tecnológica.

Apesar disso, a tendência contemporânea aponta para progressiva expansão da tecnologia, acompanhada de debates sobre custo-efetividade e acessibilidade. A comparação sistematizada entre as principais vias cirúrgicas permite visualizar as diferenças quanto a vantagens, limitações e indicações atuais, conforme apresentado na **Tabela 25.1**.

Impacto na prática ginecológica contemporânea

A trajetória histórica da histerectomia evidencia transformação profunda na prática cirúrgica ginecológica. O procedimento deixou de ser intervenção de alto risco para tornar-se cirurgia consolidada e segura (SUTTON, 1997; METTLER, 2011).

Atualmente, a escolha da via cirúrgica deve ser individualizada, considerando características clínicas da paciente, indicação cirúrgica, experiência do cirurgião e recursos disponíveis. A expansão das técnicas minimamente invasivas contribuiu para redução da morbidade, menor tempo de hospitalização e melhor recuperação funcional (SUTTON, 2010).

Entretanto, a incorporação tecnológica não substitui critérios clínicos sólidos. A via vaginal, por exemplo, permanece recomendada

quando tecnicamente viável, mesmo diante do avanço da laparoscopia e da robótica (MARQUINI *et al.,* 2023; STARK *et al.,* 2022).

Persistem desafios importantes, como a necessidade de ampliar acesso às técnicas minimamente invasivas, superar limitações de treinamento e produzir evidências comparativas mais robustas entre as diferentes abordagens (DURSUN *et al.,* 2011).

Tabela 25.1 Comparação entre abordagens cirúrgicas

Técnica	Período de introdução	Principais vantagens	Principais limitações	Situação atual / indicações
Abdominal	Século XIX (Charles Clay, 1843)	Amplo acesso cirúrgico; indicada para casos complexos (ex.: tumores volumosos).	Altas taxas de morbidade e mortalidade iniciais (25–70%); maior dor pós-operatória; maior tempo de internação e recuperação; cicatriz abdominal.	Ainda necessária em situações específicas (úteros grandes, patologias malignas complexas), mas associada a maiores complicações.
Vaginal	Antiguidade (Sorano de Éfeso, 120 d.C.); retomada no século XX	Menor tempo cirúrgico; recuperação rápida; menor necessidade de analgesia; ausência de cicatriz abdominal; custo mais baixo.	Limitada por fatores anatômicos (útero grande, aderências, ausência de prolapso); depende de treinamento especializado.	Recomendada pelo ACOG como via preferencial quando tecnicamente viável.
Laparoscópica	Década de 1980	Menor dor pós-operatória; menor sangramento intraoperatório; retorno mais rápido às atividades; alternativa quando via vaginal não é possível.	Longa curva de aprendizado; tempo cirúrgico prolongado em fases iniciais; necessidade de equipamento especializado.	Amplamente utilizada, consolidada como técnica minimamente invasiva.
Robótica	Década de 2000	Melhor ergonomia para o cirurgião; movimentos mais precisos; visão tridimensional.	Maior tempo cirúrgico; custos significativamente elevados; acessível apenas em centros de referência.	Crescente utilização, mas limitada pelo custo; resultados semelhantes à laparoscópica, com vantagens tecnológicas.

Perspectivas futuras na cirurgia ginecológica

O futuro da histerectomia e da cirurgia ginecológica está fortemente relacionado à integração de tecnologias digitais e estratégias de capacitação avançada. Recursos como simulação tridimensional, realidade aumentada e inteligência artificial vêm sendo explorados como ferramentas para aprimorar treinamento e reduzir curva de aprendizado (ODEH AMARIN, 2022).

Além disso, o desenvolvimento de alternativas não cirúrgicas, como terapias farmacológicas e procedimentos de radiologia intervencionista, amplia as opções terapêuticas para condições benignas, podendo reduzir a necessidade de histerectomia em determinados cenários (ODEH AMARIN, 2022).

Nesse contexto, a evolução histórica da histerectomia não apenas demonstra os avanços alcançados, mas também orienta a construção de estratégias futuras voltadas à segurança, eficiência e personalização do cuidado em saúde da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DURSUN, P. *et al*. The history of radical hysterectomy. Journal of Lower Genital Tract Disease, v. 15, n. 3, p. 235-245, 2011.

MARQUINI, G.V. *et al*. Historical perspective of vaginal hysterectomy: the resilience of art and evidence-based medicine in the age of technology. Archives of Gynecology and Obstetrics, v. 307, n. 5, p. 1377-1384, 2023.

METTLER, L. Sun beams on hysterectomies. Gynecological Surgery, v. 8, n. 4, p. 379-388, 2011.

ODEH AMARIN, Z. Hysterectomy: past, present and future. London: IntechOpen, 2022.

STARK, M. *et al*. The renaissance of the vaginal hysterectomy – a due act. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 18, 2022.

SUTTON, C. Hysterectomy: a historical perspective. Baillieres Clinical Obstetrics and Gynaecology, v. 11, n. 1, p. 1-22, 1997.

SUTTON, C. Past, present, and future of hysterectomy. Journal of Minimally Invasive Gynecology, v. 17, n. 4, p. 421-435, 2010.