

Edição XXIII

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 42

HISTERECTOMIA

BIANCA CAROLINE VIEIRA PALOMARES¹

MARIA ANTÔNIA BUSSADE BRAZ¹

MARIA EDUARDA ALVES MELLO¹

MARIA EDUARDA PICCOLO MARFARAGI¹

MARIANA LENNE FERREIRA¹

¹Acadêmicas - Faculdade de Medicina de Santo Amaro.

Palavras-chave: *Histerectomia; Procedimentos Cirúrgicos; Complicações.*

INTRODUÇÃO

A histerectomia, procedimento cirúrgico que consiste na remoção parcial ou total do útero, é um dos procedimentos mais realizados na ginecologia, sendo empregada no tratamento definitivo de diversas condições benignas e malignas do trato genital feminino (BEREK, 2024; ROCK; JONES 2023). No Brasil, dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) demonstram a realização de 80 a 100 mil histerectomias anualmente, refletindo a elevada prevalência de doenças como leiomiomatose uterina, sangramento uterino anormal, adenomiose, endometriose e neoplasias ginecológicas (BRASIL, s.d.).

Além de seu papel terapêutico, o procedimento possui importante impacto na saúde da mulher, promovendo melhora dos sintomas e da qualidade de vida quando adequadamente indicado, com redução da dor pélvica, do sangramento uterino e das limitações funcionais associadas à doença de base. Entretanto, por representar a perda definitiva da capacidade reprodutiva e, em alguns casos, estar associado à remoção dos ovários, o procedimento pode repercutir em aspectos hormonais, sexuais, emocionais e psicossociais, tornando fundamental uma abordagem individualizada e o adequado aconselhamento pré-operatório (HOFFMAN *et al.*, 2023; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2011).

Do ponto de vista anatômico, a histerectomia envolve a mobilização e secção das estruturas responsáveis pela sustentação e vascularização uterina, incluindo os ligamentos largo, redondo, cardinal e uterossacro, bem como os pedículos vasculares uterinos. Destaca-se ainda a estreita relação entre a artéria uterina e o ureter, que cruza inferiormente ao vaso uterino próximo ao colo do útero, configurando um dos

principais pontos de atenção durante o procedimento cirúrgico (BEREK, 2024; ROCK; JONES 2023).

O presente capítulo tem como objetivo revisar os principais conceitos relacionados à histerectomia, abordando sua classificação, indicações, avaliação pré-operatória, complicações e impacto na qualidade de vida das pacientes.

Classificação da Histerectomia

A histerectomia pode ser classificada de acordo com a extensão da ressecção e a via de acesso utilizada (HOFFMAN *et al.*, 2020).

Extensão cirúrgica

A histerectomia total corresponde à remoção completa do útero e do colo uterino, sendo a modalidade mais frequentemente realizada. A histerectomia subtotal ou supracervical consiste na retirada do corpo uterino com preservação do colo. Já a histerectomia radical, empregada principalmente no tratamento de neoplasias ginecológicas selecionadas, envolve a remoção do útero, colo uterino, paramétrios e porção superior da vagina. O procedimento pode ainda ser associado à salpingectomia bilateral e/ou ooforectomia, conforme a indicação clínica e as características da paciente (HOFFMAN *et al.*, 2020).

Via de acesso

Diferentes vias cirúrgicas podem ser empregadas para a realização da histerectomia. A via abdominal, tradicionalmente realizada por laparotomia, permanece indicada em situações que exigem ampla exposição cirúrgica, como úteros volumosos, extensas aderências pélvicas ou suspeita de malignidade. A histerectomia vaginal constitui uma alternativa menos invasiva, frequentemente preferida em pacientes com prolapso uterino e em casos selecionados de doenças benignas, por estar associada a menor

morbidade pós-operatória e recuperação mais rápida. Nas últimas décadas, as abordagens minimamente invasivas, incluindo a laparoscópica e a assistida por robótica, ganharam destaque devido à redução da perda sanguínea, menor tempo de internação hospitalar e retorno mais precoce às atividades habituais, mantendo resultados cirúrgicos comparáveis aos obtidos pela via abdominal (HANDA; VAN LE, 2020).

Indicações da Histerectomia

As indicações para histerectomia abrangem um amplo espectro de condições benignas e malignas.

Entre as doenças benignas, destacam-se os leiomiomas uterinos sintomáticos, a adenomiose, o sangramento uterino anormal refratário ao tratamento clínico, a endometriose avançada, a dor pélvica crônica selecionada e o prolapso dos órgãos pélvicos. Nessas situações, a histerectomia geralmente é considerada após falha, contraindicação ou recusa das modalidades terapêuticas conservadoras.

No contexto oncológico, o procedimento representa parte fundamental do tratamento de neoplasias do colo do útero, endométrio e ovário, podendo variar em extensão conforme o estadiamento da doença. Além disso, determinadas doenças trofoblásticas gestacionais podem requerer tratamento cirúrgico definitivo em casos selecionados.

Em situações obstétricas de emergência, a histerectomia pode representar medida salvadora. Entre as principais indicações destacam-se a hemorragia pós-parto refratária às medidas conservadoras, o acretismo placentário e a ruptura uterina (HOFFMAN *et al.*, 2020; HANDA; VAN LE, 2020).

Avaliação Pré-operatória

A avaliação pré-operatória é fundamental para a adequada seleção das pacientes e para a

escolha da técnica cirúrgica mais apropriada. A conduta deve ser individualizada, considerando idade, desejo reprodutivo, presença de comorbidades, anemia, tamanho uterino, suspeita de malignidade e histórico cirúrgico prévio.

A escolha da técnica cirúrgica deve considerar não apenas a patologia de base, mas também fatores relacionados à paciente, à experiência da equipe cirúrgica e à disponibilidade de recursos, visando maximizar a segurança e os resultados clínicos.

Há um número reduzido de contraindicações ao procedimento. Existem situações em que o acesso à cavidade abdominal pode não ser seguro ou apresentar limitação importante do espaço cirúrgico, restringindo determinadas vias de abordagem. Entre essas condições incluem-se casos em que não é possível a realização adequada do pneumoperitônio ou quando há comprometimento da ventilação durante a anestesia (FEBRASGO, s.d.). Além disso, o aumento do volume uterino pode dificultar o acesso às artérias uterinas, assim como a presença de aderências abdominais e pélvicas extensas pode limitar a segurança da dissecação. Nos casos de suspeita de malignidade ginecológica, a via cirúrgica pode ser modificada devido à necessidade de adequado estadiamento e ao risco potencial de disseminação tumoral (ACOG, 2017; BEREK, 2024).

Complicações da Histerectomia

As complicações da histerectomia são classificadas de acordo com o momento em que podem ocorrer, sendo elas durante o intraoperatório, no pós-operatório imediato ou tardiamente (HOFFMAN *et al.*, 2023; ROCK; JONES, 2023).

Complicações intraoperatórias

Entre as complicações intraoperatórias, a hemorragia destaca-se como uma das principais

causas de morbidade cirúrgica. O sangramento pode resultar de lesão vascular ou falha na hemostasia, sendo favorecido pela presença de úteros volumosos, endometriose, aderências extensas e cirurgias pélvicas prévias (ACOG, 2017; FEBRASGO, 2017).

As lesões do trato urinário também representam complicações relevantes devido à proximidade anatômica entre o útero, a bexiga e os ureteres. Alguns fatores, como cesariana prévia, aderências pélvicas, grandes miomas e endometriose, aumentam significativamente esse risco. Quando não diagnosticadas durante a cirurgia, essas lesões podem evoluir para infecções urinárias, hidronefrose, perda funcional renal e formação de fístulas urinárias (BEREK, 2024; FERNANDES; SÁ, 2025).

As lesões gastrointestinais apresentam menor frequência e estão associadas principalmente à presença de aderências extensas, endometriose, doença inflamatória pélvica e múltiplas cirurgias prévias (ROCK; JONES, 2023).

Complicações pós-operatórias precoces

No período pós-operatório imediato, as infecções estão entre as complicações mais frequentes, incluindo infecção do sítio cirúrgico, celulite da cúpula vaginal, celulite pélvica e abscesso pélvico. Fatores como obesidade, diabetes mellitus, perda sanguínea excessiva e tempo operatório prolongado estão associados ao aumento do risco infeccioso (HOFFMAN *et al.*, 2023; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2011).

Outra intercorrência importante é o hematoma pélvico, geralmente decorrente de sangramento residual. Além disso, o tromboembolismo venoso constitui uma das complicações potencialmente mais graves da histerectomia, englobando trombose venosa profunda e embolia pulmonar, especialmente após histerectomia abdominal e em pacientes com fatores de risco

associados (BEREK, 2024). A sepse, embora rara, destaca-se pela sua gravidade e potencial risco de morte (FERNANDES; SÁ, 2025).

Complicações tardias

Entre as complicações tardias destacam-se as fístulas urinárias, especialmente vesicovaginais e ureterovaginais, geralmente decorrentes de lesões urinárias não identificadas durante o procedimento. Essas condições podem causar perda contínua de urina pela vagina e importante comprometimento da qualidade de vida (ROCK; JONES, 2023).

A deiscência da cúpula vaginal é uma complicação rara e está associada principalmente à infecção local, cicatrização inadequada e retomada precoce das relações sexuais. As neuropatias pós-operatórias estão relacionadas à compressão nervosa prolongada ou ao posicionamento cirúrgico inadequado (HOFFMAN *et al.*, 2023).

Além disso, a formação de aderências pélvicas é mais frequente após histerectomia abdominal quando comparada às técnicas minimamente invasivas, podendo ocasionar dor pélvica crônica e obstrução intestinal tardia (FEBRASGO, 2017). Também podem ocorrer alterações do assoalho pélvico, como prolapso vaginal, incontinência urinária de esforço e sintomas de bexiga hiperativa, especialmente em pacientes com fatores predisponentes (ROCK; JONES, 2023).

Qualidade de Vida e Aspectos Psicossociais

Quando realizada por indicações benignas, a histerectomia está associada à melhora global da qualidade de vida, principalmente devido à resolução de sintomas ginecológicos prévios, como dor pélvica crônica, sangramento uterino anormal e limitação funcional (BEREK, 2024; FERNANDES; SÁ, 2025).

Estudos prospectivos demonstraram melhora dos aspectos físicos, funcionais e emocionais após a histerectomia, além da redução de sintomas de ansiedade e depressão em parte das mulheres submetidas à cirurgia (KOTANI *et al.*, 2021; LIU *et al.*, 2022). Esse benefício pode ser observado tanto em aspectos físicos quanto emocionais, refletindo impacto positivo no bem-estar geral das pacientes.

Por outro lado, os efeitos psicossociais da histerectomia podem variar de acordo com as características individuais de cada mulher. A perda definitiva da capacidade reprodutiva pode representar uma fonte de sofrimento emocional, especialmente em pacientes que ainda desejavam engravidar. Além disso, algumas mulheres podem apresentar sentimentos relacionados à perda da feminilidade, alterações da imagem corporal e preocupações com a sexualidade (FLORY *et al.*, 2005; LIU *et al.*, 2022).

Embora a literatura demonstre uma tendência geral de melhora da qualidade de vida após a cirurgia, o acompanhamento psicológico e o aconselhamento pré-operatório permanecem

fundamentais para auxiliar na adaptação às mudanças decorrentes do procedimento (FLORY *et al.*, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A histerectomia permanece como uma das principais intervenções cirúrgicas da ginecologia contemporânea, sendo empregada no tratamento de diversas condições benignas, malignas e obstétricas. A adequada compreensão de suas modalidades, indicações, critérios de avaliação pré-operatória e potenciais complicações é essencial para a condução segura das pacientes.

A escolha da via cirúrgica deve ser individualizada, considerando as características clínicas da paciente, a doença de base e a experiência da equipe cirúrgica. Quando corretamente indicada, a histerectomia apresenta elevadas taxas de resolução sintomática e melhora significativa da qualidade de vida, reforçando sua importância como estratégia terapêutica na prática ginecológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Choosing the route of hysterectomy for benign disease. Committee Opinion No. 701. *Obstetrics & Gynecology*, Washington, v. 129, n. 6, p. e155-e159, 2017. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002112.

BEREK, J. S. Berek & Novak's gynecology. 16. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): procedimentos hospitalares – histerectomia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.].

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Histerectomia laparoscópica: padronizar para proliferar. São Paulo: FEBRASGO, 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/noticia/histerectomia-laparoscopica-padronizar-para-proliferar/>. Acesso em: 29/06/2026.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Manual de cirurgia ginecológica. São Paulo: FEBRASGO, [s.d.].

FERNANDES, C. E.; SÁ, M. F. S. (org.). Tratado de ginecologia. 2. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2025.

FLORY, N. *et al.* Psychosocial effects of hysterectomy: literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, Oxford, v. 59, n. 3, p. 117-129, 2005. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.05.009.

HANDA, V. L.; VAN LE, L. (eds.). Te Linde's Operative Gynecology. 12. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.

HOFFMAN, B. L. *et al.* Williams Gynecology. 5. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2023.

HOFFMAN, B. L. *et al.* Williams Gynecology. 4. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2020.

KOTANI, Y. *et al.* Quality of life after hysterectomy: prospective assessment using SF-36 and HADS. *BMC Women's Health*, London, v. 21, p. 219, 2021. DOI: 10.1186/s12905-021-01364-8.

LIU, Y. *et al.* Health-related quality of life after hysterectomy for benign gynecological disease and associated factors: a prospective observational study. *BMC Women's Health*, London, v. 22, p. 120, 2022. DOI: 10.1186/s12905-022-01678-4.

ROCK, J. A.; JONES, H. W. III. Te Linde's operative gynecology. 12. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2023.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Best practice in benign hysterectomy. London: RCOG Green-top Guideline No. 59, 2011.