

## Capítulo 13

# HISTERECTOMIA

MARINA VILELA PIRES COELHO<sup>1</sup>  
ISABELA PAIVA TIBURCIO<sup>1</sup>  
MANUELA CHAVES PIMENTA<sup>1</sup>  
MARINA MEDEIROS SOARES<sup>1</sup>

1. Acadêmico Medicina – Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

*Palavras Chave:* Ginecologia; Histerectomia; Neoplasia.

## INTRODUÇÃO

A histerectomia consiste em um procedimento cirúrgico irreversível para retirada do útero. Historicamente, a primeira histerectomia foi realizada em 1507, na Bolonha, com a retirada do útero através da vagina. Contudo, somente no século XIX houve o devido planejamento da cirurgia. Foi um período de difícil desenvolvimento da técnica, que exigiu coragem e resistência dos cirurgiões, uma vez que ainda estava em curso o desenvolvimento da anestesia geral, havia o estudo da etiologia da febre puerperal e era o início da teoria dos germes de Louis Pasteur e da implementação da antisepsia cirúrgica. Tudo isso envolvia amplos riscos cirúrgicos, além de ser uma técnica que não tinha desfechos concretos e seguros por ainda ser recente.

Naquela época, as indicações eram mais específicas para os casos de prolapso, retroversão aguda ou crônica e no câncer do colo uterino. Atualmente, trata-se da operação mais praticada nos Estados Unidos, com cerca de 800 000 cirurgias/ ano. Já no Brasil, foram realizadas 107 000 histerectomias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2005.

Nesse sentido, a histerectomia pode ser realizada por via vaginal, abdominal ou laparoscópica e ainda pode ser total, supracervical (subtotal) ou radical. A histerectomia total consiste na remoção completa do útero e do colo uterino. Já a supracervical ou subtotal, é caracterizada pela parte superior do útero, mantendo o colo. Por fim, a radical remove o útero e estruturas circundantes, tais como a vagina e gânglios linfáticos.

A técnica por via vaginal consiste em um procedimento minimamente invasivo por orifício natural. Quando ocorre por via abdominal, é realizada por laparotomia. Outra opção seria a via laparoscópica, que consiste em uma cirurgia

assistida por um laparoscópio, também, minimamente invasiva por uma pequena incisão intraumbilical. A escolha da via mais adequada se dá pela doença prévia que indicou a intervenção e características individuais como biotipo e história pregressa de cada paciente.

A indicação da histerectomia está associada a quatro principais causas: doença uterina benigna; doença benigna da tuba uterina e ovários; neoplasias malignas e benignas (que envolvem colo e corpo uterino, tuba, ovário, órgãos adjacentes) e doença trofoblástica gestacional. No que tange a doença uterina benigna, é comum que haja sangramento anormal, dor, aumento de volume do útero, prolapso, mioma, abortamento séptico, infecção puerperal e hemorragia. Já as doenças benignas da tuba uterina e ovários estão associadas a doença inflamatória pélvica, endometriose pélvica e gravidez ectópica. Por outro lado, a doença trofoblástica gestacional tem algumas indicações incomuns, como os problemas cervicais, que incluem estenose cervical, malformações, dor pélvica crônica, síndrome da pelve congesta, e esterilização.

Em geral, o procedimento em questão consiste em uma operação de baixo risco. As complicações que podem ocorrer no intra-operatório englobam hemorragia excessiva, solucionada por transfusão sanguínea, e lesão do trato urinário, podendo ser uretral ou vesical, e devem ser tratadas imediatamente no intra-operatório. Já no pós-operatório podem ocorrer abscesso e edemas cicatriciais, evisceração, hérnia incisional e trombose venosa profunda. A prevalência dessas complicações varia entre a forma da operação, mas alguns estudos apontam complicações pós-operatórias em 3,6% dos casos, e o índice de excesso de sangramento, com necessidade transfusional foi de 3,6% (MURTA et. al, 2005)

## Indicações

Essa intervenção possui uma vasta gama de indicações para realização. Entretanto, é válido ressaltar que em certas situações pode haver alternativas ao procedimento cirúrgico. Dentre as várias indicações da histerectomia, pode-se citar, como as quatro principais, as doenças benignas uterinas, as doenças benignas tubárias e ovarianas, as neoplasias (benignas ou malignas) e a doença trofoblástica gestacional. No que tange às doenças tubárias benignas, alguns sintomas também se adequam aos critérios para histerectomia como sangramentos anormais, dor, aumento do volume uterino, mioma, prolapso, abortamento séptico, infecção puerperal e hemorragia. Por outro lado, as doenças benignas das tubas uterinas e dos ovários estão associadas, principalmente, a doença inflamatória pélvica, a endometriose pélvica e a gravidez ectópica. Por outro lado, a doença trofoblástica gestacional tem algumas indicações incomuns, como os problemas cervicais, que incluem estenose cervical, malformações, dor pélvica crônica, síndrome da pelve congesta, e esterilização. Enquanto as neoplasias acometem colo e corpo uterino, tubas uterinas, ovários e órgãos adjacentes. No Brasil, as principais indicações são miomatose (60,4%), adenomiose (8,3) e sangramento uterino anormal (7,5%) (SÓRIA *et al.*, 2007). Em situações de emergência no parto, as principais indicações são patologias placentárias (48%), como placenta anormalmente invasiva, placenta prévia ou placenta combinada ou não especificada, e atonia (26%) e ruptura uterina (27%).

Além dessas principais indicações, existem outras que também são comuns como: hiperplasia endometrial, que, embora alguns casos possam ser tratados por terapia medicamentosa, em alguns casos a histerectomia pode-se fazer ne-

cessária, uma vez que o risco de desenvolvimento de câncer endometrial pode chegar a 30% nas complicações dessa patologia. Por outro lado, tem-se as dores pélvicas crônicas e as hemorragias vaginais que, quando não solucionadas com outras abordagens terapêuticas, essas pacientes são indicadas para realização de histerectomia. Por fim, a histerectomia também pode ser indicada para casos de prolapso uterino, quando ocorrido devido ao estiramento e enfraquecimento dos músculos e ligamentos pélvicos, fazendo com que o útero se desloque para dentro da vagina. Nesses casos, vale ressaltar que deve-se, durante o procedimento, colocar telas que sustentem a parede vaginal, para impedir a recidiva do prolapso (VAN DEN AKKER *et al.*, 2016).

## Contraindicações

A única contraindicação absoluta para a histerectomia subtotal é a existência de uma situação pré-maligna ou maligna do corpo ou do colo do útero. Já a endometriose extensa é uma contraindicação relativa, uma vez que essas pacientes podem ter persistências de dispareunia se o colo do útero for mantido. (SOUSA, 2013).

## Métodos e técnicas

A histerectomia, atualmente, pode ser realizada por meio de três vias, sendo elas: via vaginal, via abdominal e via laparoscópica. A via vaginal, foi a primeira a ser realizada e é uma técnica minimamente invasiva que utiliza de um orifício natural do corpo. Já a via abdominal, ocorre a partir de uma laparotomia (abertura da cavidade abdominal), configurando, assim, uma cirurgia de maior risco e mais invasiva.

Enquanto, a via laparoscópica é um método que une a vantagem de cirurgia pouco invasiva relacionada à via vaginal e a vantagem da inspeção abdominal associada a laparotomia. Para isso, são feitas pequenas incisões abdominais

para permitir a entrada do laparoscópio. Existe, também, uma abordagem que consiste na via vaginal assistida por laparoscopia (GARRY *et al.*, 2004).

Além disso, a histerectomia pode ser total, parcial ou radical, dependendo do que será retirado durante a cirurgia. Na histerectomia total o útero é retirado como um todo, incluindo o colo uterino. Ao contrário da parcial (ou subtotal), na qual, o colo uterino é mantido. Além dessas, existe a histerectomia radical que consiste na retirada tanto do útero como de estruturas ginecológicas adjacentes, como os como a vagina e gânglios linfáticos (ACOG, 2023)

A melhor via escolhida pelo cirurgião ginecológico deve seguir diretrizes, e foram propostas por Kovac em 1995. As variáveis envolvem: a necessidade de que a doença seja benigna, a existência ou não de acesso e mobilidade uterina, o volume do útero e a possibilidade/habilidade do cirurgião de reduzi-lo e finalmente, se existe uma patologia uterina, qual a sua provável natureza e se ela poderá ser resolvida/contornada pela via baixa.

Não existe um método considerado padrão ou ideal, uma vez que existem poucos dados e estudos qualificados para se basear essa decisão. Aliado a isso, a abordagem clínica deve ser individualizada levando em consideração aspectos clínicos de cada paciente, a indicação da cirurgia e a experiência profissional do cirurgião que irá realizar a cirurgia. Apesar disso, a técnica subtotal está relacionada a um procedimento mais ágil e associada a um índice menor de complicações, que serão tratadas mais à frente no capítulo (SOUSA *et al.*, 2013).

Das cirurgias realizadas no Brasil, nos últimos 5 anos, foram realizadas 32.515 histerectomias pela via vaginal, dessas 18 resultaram em óbitos, e 2.686 por via laparoscópica, com ape-

nas uma tendo o óbito como desfecho. Não foram registrados dados sobre a técnica abdominal (FARIA *et al.*, 2016).

No que tange ao procedimento cirúrgico, há diversas técnicas propostas. Na técnica vaginal de *Döderlein-Krönig*, o lábio anterior do colo do útero deve ser pinçado, e realizada a infiltração de solução vasoconstritora. A incisão no epitélio anterior da vagina deve ocorrer entre 3 e 9 horas. Em seguida ocorre a exposição e secção com tesoura do septo supravaginal, acompanhada da dissecação subepitelial do espaço vesical cervical no sentido do meato uretral até visualização do peritônio anterior. O peritônio anterior deve ser pinçado e aberto e deve ser colocada a válvula longa tipo *Breisky-Navratil* na cavidade peritoneal, afastando ureteres e bexiga do campo cirúrgico. Os pensamentos mais altos do fundo uterino facilitam sua exteriorização. Em seguida, inicia-se a histerectomia por pinçamento, secção e ligadura dos ligamentos superiores (útero ovários ou infundíbulo pélvicos) no nível do fundo uterino, seguindo a cirurgia com os mesmos tempos da histerectomia abdominal: de cima para baixo, até o anel pericervical com o retináculo de Martin.

A técnica de *Mayo-Ward*, proposta em 1915, consiste na sutura após a remoção do útero, de seus ligamentos suspensores entre si na linha média no lugar do órgão removido, interpostos entre a bexiga e a vagina. Os fios são transfixados de cima para baixo no perióstio púbico e nos ângulos da parede vaginal anterior. A técnica foi muito utilizada em prolapsos uterinos e de paredes vaginais.

A técnica de *Heaney*, de histerectomia abdominal, inicia-se pela porção do colo intravaginal, livre de cicatrizes e aderências para dissecar e criar um plano de clivagem ascendente. Tal método vale para pacientes com história prévia de endometriose ou doenças sexualmente trans-

missíveis, pois há a possibilidade de fazer a ligadura dos pedículos de forma extraperitoneal, em sequência e de maneira ascendente, postergando a abertura do peritônio até praticamente o fundo uterino. Nessa prática há menor chance de lesão uretral, mais comum na via vaginal.

Independente da técnica utilizada, futuras possíveis dificuldades devem ser previstas, calculadas e estudadas, evitando complicações. Nesse sentido, algumas dificuldades são: presença de cérvix alongada e útero em posição quase normal, o que requer cuidado para que a cérvix não seja amputada prematuramente. Além disso, pode haver útero com tamanho aumentado por múltiplos fibromas, acima de 12 semanas de gestação, ausência de descenso uterino, aderência cicatricial de cirurgias prévias fixando o útero a outras estruturas, prolapso uterino ou genital completo, a vagina estreita em nulíparas, necessidade de remoção dos anexos.

Outrossim, achados intra operatórios podem comprometer o procedimento cirúrgico, como dobra vesicouterina obliterada, fundo de saco de Douglas obliterado, aderências entre o útero e o intestino delgado ou a parede abdominal e massa anexial pélvica. Cada um envolve cuidados específicos, mas é evidente, por exemplo, que nesses casos a dissecação cuidadosa é intrínseca (PACE *et al.*, 2022).

## **Complicações**

As complicações apresentam pequena morbidez e baixa taxa de mortalidade. Entretanto, há uma grande variedade de complicações que acometem as pacientes após a histerectomia.

Algumas complicações podem ocorrer durante a realização da cirurgia, outras podem ocorrer no pós-operatório. As complicações intra-operatórias ocorrem em cerca de 1,3% dos casos e as pós operatórias em cerca de 3,6%. A frequência de alterações, tanto intra, quanto pós-

operatórias, são mais frequentes quando a cirurgia é feita por laparotomia com incisão longitudinal. Entretanto, também deve ser considerado os fatores de tempo cirúrgico e período de internação, que, estatisticamente, é maior nos acessos longitudinais.

A lesão do trato urinário é uma complicação infrequente, embora seja de grande seriedade. Elas podem ocorrer na porção ureteral, o que acontece em 0,2% a 0,5% dos casos, ou podem ocorrer na porção vesical, o que acontece em 0,3% a 0,8% dos casos. Das lesões que ocorrem na bexiga, é apontado uma associação desta complicação com a histerectomia pós-parto (normal ou cesariana) e também com neoplasias benignas uterinas. Por outro lado, quando a histerectomia é feita via laparoscópica, o risco da lesão vesical é bem mais reduzido. As injúrias do ureter e da bexiga que ocorrerem durante a operação devem ser tratadas imediatamente, evitando, assim, um maior trauma para a paciente.

As infecções do trato urinário (ITUs) também podem ocorrer como complicações da histerectomia, sendo esta a complicação cirúrgica mais frequente. Essas complicações apresentam uma associação importante com a extração do útero pela técnica via vaginal. É apontado que, quando a operação é realizada por laparoscopia, o risco para ITU é reduzido.

As complicações do sistema digestório ocorrem em 1% dos casos. A realização da histerectomia via vaginal possui associação com a ocorrência de lesão retal. Mesmo quando a lesão do reto não é evidenciada, algumas pacientes apontam sensação de evacuação incompleta e constipação intestinal. Nesses casos, orienta-se a paciente a realizar uma alimentação rica em fibras e, se necessário, uso de medicação laxativa.



A histerectomia também pode comprometer o sistema reprodutor. O hematoma de cúpula vaginal é uma das complicações mais frequentes desse procedimento cirúrgico. Além disso, também podem ocorrer infecções de cúpula vaginal.

No sistema respiratório, a ocorrência de complicações envolve acometimentos que são riscos cirúrgicos generalizados, não sendo complicações específicas da histerectomia. Cita-se, como exemplo, o tromboembolismo pulmonar (TEP) e as infecções pulmonares.

No sistema circulatório, existe uma série de complicações possíveis relacionadas à histerectomia, dentre elas encontram-se trombose venosa pélvica, coagulação intravascular disseminada, hemorragia, anemia, choque hipovolêmico e sepse. O excesso de sangramento durante a cirurgia que leva à necessidade da realização de transfusões sanguíneas acontece, em média, em 15% dos casos. Na maioria das vezes, essa necessidade transfusional tem associação com a necessidade de reposição volêmica por anemia previamente existente. A coagulação intravascular disseminada é definida como uma síndrome adquirida devido à ativação difusa dos meios de coagulação sanguíneos, suscitando a oclusão de vasos. Essa complicação é mais evidenciada em casos de histerectomia obstétrica de urgência e em casos de histerectomia pós-parto. O quadro de sepse apresenta uma associação com a realização do procedimento pós-parto, por outro lado, sua ocorrência em histerectomia por miomas não chega a 1% dos casos (FREITAS *et al.*, 2016).

## **Pré-operatório**

A fase pré-operatória começa quando se toma a decisão de prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a mesa da sala de cirurgia. Nessa fase nas cirurgias de histerectomia é necessário que

a equipe responsável realize os procedimentos padrões clássicos de toda cirurgia, ou seja, realizar uma anamnese completa, contendo todo histórico da paciente e o exame físico do momento, anotando, sobretudo, os sinais vitais. Também deve ser feita a avaliação dos riscos e das possíveis complicações intra e pós-operatórias. Problemas ginecológicos, como endometriose e doença inflamatória pélvica, e cirurgias prévias, como cesariana, ressecção intestinal, ligadura tubária e apendicectomia, podem indicar risco aumentado de complicações e devem ser devidamente analisados durante o pré-operatório. Também se classifica a histerectomia como fácil ou difícil, levando em consideração a mobilidade, o aumento do volume uterino e o ângulo do arco púbico para traçar um melhor plano cirúrgico. Ademais, é essencial solicitar ultrassom transvaginal, de forma a descartar possíveis anormalidades genitais e verificar as dimensões uterinas. Fazer a checagem dos exames previamente solicitados, como hemograma, eletrólitos, tipo sanguíneo e fator Rh. Verificar se o termo de consentimento informado foi assinado. Questionar novamente sobre doenças pregressas e alergias. Confirmar se a paciente está no jejum recomendado. Remover todos os adornos, como grampos, perucas, joias, maquiagens, entre outros. Realizar tricotomia, se necessário. Fazer a identificação da paciente, da sala operatória. Por fim, deve-se verificar a permeabilidade do acesso venoso.

Além desse cuidado voltado para os procedimentos hospitalares, é necessário que a equipe informe todos os passos necessários para a paciente, mantendo-a ciente sobre todos os procedimentos que serão feitos, além dos seus riscos e benefícios. Deve-se atentar também aos cuidados emocionais da mulher, uma vez que a retirada do útero tem um impacto muito grande para grande parte das mulheres, sobretudo na sexua-

lidade. Essa assistência deve contemplar aspectos que abordam a mulher de maneira humanizada, sendo ela vista em sua totalidade, em todos os aspectos biopsicossocioculturais.

Por fim, deve-se aconselhar às pacientes a interromper alguns tipos de medicamentos, como anticoagulantes, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), ácido acetilsalicílico e a vitamina E nessa fase pré-operatória para que haja a redução do risco de sangramentos durante e após o procedimento cirúrgico. Além disso, é de suma importância que seja feita a prevenção de eventos tromboticos, para evitar complicações futuras. Os métodos para essa prevenção incluem uso de meias de compressão elástica ou um dispositivo de compressão pneumática intermitente, além da possível administração de heparina (GOMES & ROMANEK, 2003).

### **Pós-operatório**

Na histerectomia radical neuro preservadora robótica, assim como na histerectomia radical, a sonda gástrica é retirada no final da cirurgia e a dieta pode ser iniciada entre 4 e 6h após a cirurgia. Além disso, a permanência fora do leito sentada, assim como a deambulação, devem ser estimuladas. A fisioterapia motora e a respiratória são recomendadas na internação. A alta hospitalar depende do controle da dor e da aceitação da dieta.

Antes da alta, realiza-se o exame de resíduo urinário, que se for inferior a 100 ml, autoriza a alta sem sonda vesical da paciente, mas com orientação sobre retenção urinária. Entretanto, em caso de valores superiores a 100 ml, não haverá essa autorização. Se a retenção urinária não se resolver entre 10 e 14 dias deve-se iniciar o autocateterismo. As complicações pós-operatórias mais comuns são infecção, deiscência da cúpula vaginal, doença tromboembólica venosa (1% clinicamente), lesão do trato geniturinário (0,13-1,7%), lesões do trato gastrointestinal

(0,1-1%) e sangramento. A respeito das infecções, em uma série de 13.822 mulheres, 1,6% desenvolveram infecção superficial (tecidos epitelial e subcutâneo) do sítio cirúrgico, 1,1% desenvolveram infecção profunda (fáscia e músculos) do sítio cirúrgico e infecção interna, e 2,7% desenvolveram infecção do trato urinário no pós-operatório após histerectomia (CRISPI & VIEIRA, 2019).

### **Impacto Sexual**

O útero tem importância biológica intrínseca, mas além dela, está associado diretamente à feminilidade e ao papel de reprodução feminino. Nesse contexto, a retirada de um órgão tão vital e associado à sexualidade e a produção de hormônios em fases menstruais pode causar emoções traumáticas nessas mulheres, associadas à insegurança e à ansiedade, afetando também a esfera sexual e a esfera de desejo feminina. No entanto, avaliar a função e satisfação sexual desses pacientes não engloba padrões físicos de validade, o que requer avaliações qualitativas.

A histerectomia pode significar para as mulheres o evento definitivo que encerra o período reprodutivo e, para muitas, a infertilidade pode comprometer a saúde sexual e a relação da paciente com sua sexualidade. Em alguns estudos, mais da metade das pacientes avaliadas relataram sentimentos de tristeza ao retirar um órgão de relevante função, ainda que significasse a cura. Além disso, a desinformação das pacientes sobre o procedimento, sobre a função em si do útero e de seus impactos, pode acarretar situações emocionais negativas nas pacientes, associadas ao medo, vergonha, insegurança, culpa e a imagem corporal, que pode ser modificada ao ter uma parte essencial do corpo removida.

Sendo assim, é necessário que os profissionais da saúde atuem de maneira concisa e cor-

reta em relação à informatização dessas pacientes prestes a operar, o que, para elas, pode significar perder uma parte de si. Com isso, a função geral do órgão deve ser explicada, juntamente às disfunções associadas à ausência dele. A relação do útero com a feminilidade também deve ser

abordada, preconizando medidas no pós-operatório que auxiliem na função e visão sexual da mulher. O ideal em um contexto de perda, insegurança e medo seria a abordagem interdisciplinar da mulher, considerando também sua esfera psicossocial e sexual (TOZO *et al.*, 2009).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MURTA, E.F.C. *et al.* Histerectomias: estudo retrospectivo de 554 casos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, [S. l.], v. 27, n. 5, p. 307-311, 27 (5). doi: 0.1590/S0100-69912000000500004.

FARIA, P. *et al.* Comparação epidemiológica da histerectomia vaginal e videolaparoscópica no Brasil de 2016 a 2021. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação-REASE*, São Paulo, SP, v. 9, ed. 5, p. 3080-3089, Maio 2023. doi: 10.51891/rease.v9i5.10075

FREITAS, C. *et al.* Pós-cirúrgicas da histerectomia: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, [S. l.], v. 30, n. 2, 2016. doi: 10.18471/rbe.v30i2.15660.

GOMES, I. & ROMANEK, F. Enfermagem perioperatória: cuidados à mulher submetida à histerectomia. *Revista Científica de Enfermagem*, [s. l.], v. 3, n. 8, p. 18-24, 2003. doi: 10.24276/rrecien2021.3.8.18-24

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. Hysterectomy. Jan, 2023.

PACE, W.A.P. *et al.* Histeroscopia ginecologia minimamente invasiva. Rio de Janeiro: MedBook, 2021.

GARRY, R. *et al.* The eVALuate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *The BMJ*, 2004 Jan 17;328(7432):129. doi: 10.1136/bmj.37984.623889.F6.

SÓRIA, H.L. *et al.* Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, SP, 29 (2) Fev 2007. doi:10.1590/S0100-72032007000200002.

SOUSA, L.P. *et al.* “Histerectomia Total E Subtotal: há diferença quanto ao impacto na sexualidade?” 9-9-9-

VAN DEN AKKER, T. *et al.* Prevalence, Indications, Risk Indicators, and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy Worldwide: a systematic review and meta analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 2016 Dec;128(6):1281-1294. doi: 10.1097/AOG.0000000000001736.

TOZO, I. *et al.* Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31 (10). 2009. doi: 10.1590/S0100-72032009001000006