

Capítulo 6

HISTERECTOMIA

LUANA BAPTISTELE DORNELAS¹

1. Discente - Estudante de Medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Palavras Chave: Histerectomia; Abordagens cirúrgicas; Comparação de resultados.

INTRODUÇÃO

A histerectomia é um procedimento cirúrgico que envolve a remoção do útero, podendo ser realizada por diferentes vias, como a abdominal, vaginal ou laparoscópica. No Brasil, a histerectomia é o segundo procedimento mais realizado entre mulheres em idade fértil no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SILVA, 2010). Apenas no ano de 2022, foram realizadas 67.102 histerectomias subtotais ou totais.

Diversos fatores influenciam a prevalência da histerectomia, incluindo características geográficas e fatores socioeconômicos. Estudos indicam que mulheres com idade superior a 45 anos, renda de pelo menos dois salários mínimos, sem hipertensão, em estado conjugal ou união estável, usuárias de anticoncepcionais orais e que realizaram exame ginecológico em um intervalo de tempo de pelo menos dois anos têm uma menor chance de passarem pelo procedimento de histerectomia (ARAÚJO & AQUINO, 2003).

A histerectomia pode envolver a remoção tanto do útero quanto do colo do útero, caracterizando a histerectomia total, ou apenas a remoção do útero, na histerectomia parcial. Em estágios iniciais de câncer cervical ou câncer endometrial estágio 2, os ovários e as tubas uterinas também podem ser removidos (CLEVELAND CLINIC, 2021).

As principais indicações para a realização da histerectomia são sangramento anormal, presença de miomas, prolapso uterino e câncer. O sangramento anormal pode ser causado por diferentes condições, como distúrbios hormonais, pólipos endometriais, adenomiose ou hiperplasia endometrial (UPTODATE, 2023).

Diante da importância desse procedimento e da sua frequência na prática médica, é fundamental reunir informações relevantes sobre a histerectomia, incluindo suas diferentes modalidades, indicações e considerações pertinentes. Compreender os aspectos relacionados a essa cirurgia pode auxiliar na tomada de decisão médica e proporcionar um cuidado adequado às pacientes que necessitam desse procedimento.

Anatomia do útero

O útero é um órgão muscular oco, piriforme e de paredes espessas que faz parte do sistema reprodutor feminino (**Imagem 6.1**). O principal objetivo do órgão é acomodar o embrião e, posteriormente, o feto, durante o desenvolvimento.

O útero não-gravídico localiza-se na pelve menor, com o corpo localizado sobre a bexiga urinária e o colo, entre a bexiga e o colo.

O útero é dividido em duas partes principais:

1. Corpo uterino: é onde o feto se desenvolve durante a gravidez. Forma os dois terços superiores do órgão, incluindo o fundo uterino. O corpo está situado entre as lâminas do ligamento largo e possui duas faces: a anterior, que se relaciona diretamente com a bexiga, e a posterior, que se relaciona com o intestino. O corpo uterino é separado do colo uterino pelo istmo;

2. Colo do útero: corresponde ao terço inferior. É cilíndrico, relativamente estreito e divide-se em porção supravaginal, entre o istmo e a vagina, e porção vaginal, que se projeta para a parte superior da parede anterior da vagina. O colo uterino é composto principalmente por tecido fibroso e é formado por colágeno e uma pequena quantidade de músculo liso e elastina.

A parede uterina é formada por três camadas:

1. Perimétrio: é uma túnica serosa formada por peritônio, que se sustenta por uma lâ-

mina fina de tecido conjuntivo que envolve externamente o útero. Histologicamente, é cercado por uma fina camada de tecido conjuntivo;

2. Miométrio: é a camada média, formada por fibras de músculo liso e que contém os principais ramos de vasos sanguíneos e nervos do útero. Durante a contração do parto, esta camada é estimulada hormonalmente para dilatar o óstio do colo e expelir o feto e a placenta. Histologicamente, é formado por três camadas de músculo liso: a camada subvascular participa do fechamento das tubas uterinas e na separação do endométrio durante o ciclo menstrual, a camada vascular envolve o útero como uma rede e a camada supravascular é uma lâmina fina de fibras musculares cruzadas que estabiliza a parede uterina;

3. Endométrio: é a túnica mucosa interna, uma camada fortemente aderida ao miométrio. Participa do ciclo menstrual, sofrendo alterações em sua estrutura a cada ciclo menstrual. Histologicamente, o endométrio é revestido por epitélio colunar simples com diversas glândulas tubulares e, abaixo, encontra-se a lâmina própria, uma camada de tecido conjuntivo.

A cavidade uterina corresponde ao comprimento do óstio uterino até a parede do fundo. As regiões superolaterais da cavidade uterina são denominadas cornos uterinos, por onde penetram as tubas uterinas.

Na mulher adulta, o útero geralmente encontra-se antevertido, ou seja, inclinado anterossuperiormente em relação ao eixo da vagina, e antefletido, ou seja, fletido ou curvado anteriormente em relação ao colo.

O útero é recoberto anterior e superiormente pelo peritônio, exceto na região do colo uterino.

Anteriormente, o útero se separa da bexiga pela escavação vesicouterina. Posteriormente, o corpo uterino e a porção supravaginal do colo são separados do colo sigmoide por peritônio e da cavidade peritoneal e do reto pela escavação retouterina. Lateralmente, a artéria uterina cruza o ureter superiormente, próximo ao colo.

Em relação à irrigação arterial, o útero é suprido pela artéria uterina, ramo da artéria ílica interna, e por ramos uterinos das artérias ováricas, ramos da aorta abdominal.

A drenagem venosa é feita pelas veias uterinas, que penetram nos ligamentos largos junto às artérias formando um plexo venoso uterino, que é drenado para as veias ílicas internas.

Em relação à inervação, o útero é innervado por fibras nervosas autônomas simpáticas e parassimpáticas, que controlam suas funções e sensibilidade. Os nervos do útero derivam do plexo hipogástrico inferior.

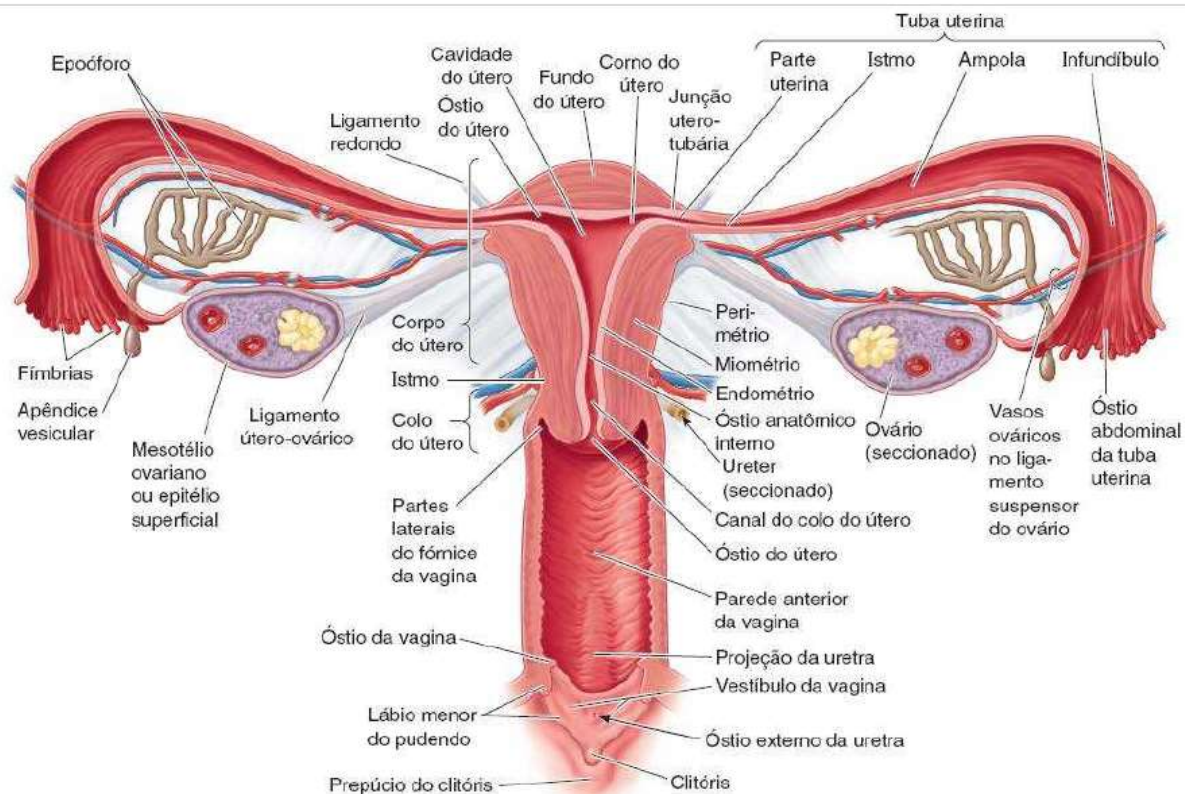
Os ligamentos uterinos são estruturas que fornecem suporte e fixação ao útero dentro da pelve. Os ligamentos uterinos são:

1. Ligamento redondo do útero: se ligam na região lateral do útero, passam pelos canais inguinais e se fixam nos lábios maiores da vulva. Fixa-se anteroinferiormente à junção uterotubária;

2. Ligamento útero-ovárico: fixa-se ao útero posteroinferiormente à junção uterotubária;

3. Ligamento largo do útero: é uma dupla lâmina de peritônio que se estende das regiões laterais do útero às paredes laterais e assoalho da pelve;

Imagem 6.1 Estruturas anatômicas do útero



Fonte: MOORE *et al.*, 2019.

Ciclo menstrual

A menstruação é a descamação do endométrio que acontece em ciclos mensais durante a vida reprodutiva da mulher, da primeira menstruação (menarca) até a menopausa, exceto durante a gravidez.

O ciclo menstrual se inicia no primeiro dia de sangramento (1º dia) e termina antes da próxima menstruação. Os ciclos podem variar entre 24 e 38 dias e o sangramento menstrual pode durar de quatro a oito dias.

O ciclo menstrual é dividido em três fases e é controlado por hormônios:

1. Folicular (antes da liberação do óvulo):

A concentração de estrogênio e de progesterona é baixa. O endométrio se rompe, iniciando o sangramento menstrual. A concentração de

hormônio folículo-estimulante (FSH) aumenta, estimulando o desenvolvimento de folículos nos ovários. Apenas um folículo se desenvolve e produz estrogênio, aumentando gradualmente os níveis deste hormônio;

2. Ovulatória (liberação do óvulo):

Aumenta a concentração de hormônio luteinizante (LH) e FSH. O LH estimula a liberação do óvulo. A concentração de estrogênio diminui e de progesterona aumenta;

3. Lútea (depois da liberação do óvulo):

Há redução na concentração de LH e de FSH. O folículo rompido forma um corpo lúteo, que produz progesterona. Durante a maior parte desta fase, a concentração de estrogênio é alta. A progesterona e o estrogênio tornam o endométrio mais espesso para se preparar para uma possível fecundação.

Técnicas cirúrgicas

Existem 4 principais abordagens cirúrgicas para realizar uma histerectomia (**Quadro 6.1**). A escolha do método dependerá da condição médica da paciente, da experiência do cirurgião e de outros fatores. Os principais métodos são:

1. Histerectomia abdominal: A histerectomia abdominal total é a abordagem tradicional para remoção do útero no manejo da doença benigna nos casos de mioma volumoso e endometriose grave e para tratamento de doença maligna ginecológica. Também permanece como a última opção, quando não é possível retirar o útero durante outra abordagem (BOONEY, 2020);

2. Histerectomia vaginal: a principal indicação para esta cirurgia é o tratamento de prolapso genital, porém ela é frequentemente usada como uma alternativa à histerectomia abdominal em algumas condições. É uma opção menos invasiva e com tempo de recuperação mais rápido em comparação com a histerectomia abdominal. As contraindicações relativas à prática são: tamanho uterino maior do que o equivalente a uma gestação de 12 semanas, história de endometriose significativa ou doença inflamatória pélvica, um arco subpúbico estreito e uma vagina longa e estreita; (BOONEY, 2020);

3. Histerectomia laparoscópica: é realizada através de uma técnica minimamente invasiva. São feitas pequenas incisões na parede abdominal, através das quais um laparoscópio e instrumentos cirúrgicos são inseridos para remover o útero. A histerectomia laparoscópica foi desenvolvida para ser um procedimento simples, rápido e que garantisse a remoção dos ovários em patologias benignas, porém tem sido cada vez mais incorporada no manejo cirúrgico de malignidades (BONNEY, 2020);

4. Histerectomia laparoscópica assistida por robô: procedimento semelhante à laparoscopia, mas com o auxílio de um sistema robótico controlado pelo cirurgião. Essa técnica permite maior precisão e destreza durante a cirurgia.

Não existe nenhuma evidência científica que indica a superioridade de um tratamento a outro.

Indicações

As indicações para histerectomia podem variar dependendo da condição médica e das necessidades individuais de cada mulher. Alguns dos principais motivos para realizar esse procedimento incluem:

1. Miomas uterinos: são tumores benignos que se desenvolvem no útero e podem causar sangramento intenso, dor pélvica e outros sintomas;

2. Prolapso uterino: ocorre quando o útero desce para a vagina devido à fraqueza dos ligamentos e músculos de suporte. Pode levar a desconforto, incontinência urinária e outros problemas;

3. Endometriose: condição em que o tecido que normalmente reveste o interior do útero cresce para fora dele, causando dor intensa, sangramento irregular e infertilidade;

4. Câncer de útero, ovário ou colo do útero: em casos de câncer uterino, a histerectomia é frequentemente recomendada como parte do tratamento.

Tipos de histerectomia

Existem diferentes tipos de histerectomia, descritas abaixo (**Imagem 6.2, Quadro 6.2**):

1. Histerectomia total: envolve a remoção completa do útero, incluindo o colo do útero. Nesse procedimento, os ligamentos de suporte do útero também são removidos. Os ovários e as

tubas uterinas podem ou não ser removidos durante a histerectomia total, dependendo da condição médica da paciente e de outras condições;

2. Histerectomia supracervical: apenas a parte superior do útero é removida, preservando o colo do útero. Essa abordagem pode ser escolhida por algumas mulheres que desejam manter o colo do útero por razões pessoais. No entanto, é importante ressaltar que, mesmo com o colo do útero intacto, ainda há a necessidade de realizar o exame de Papanicolau para detecção precoce de câncer cervical;

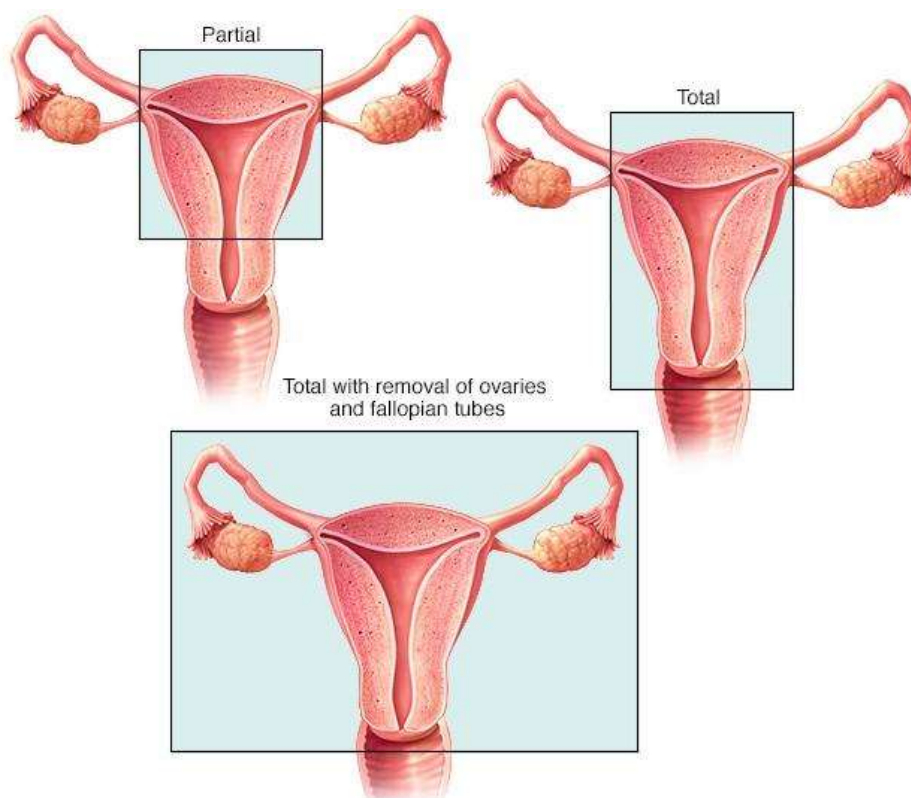
3. Histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral: além da remoção do útero, também são removidos os ovários e as tubas uterinas. Este procedimento é geralmente realizado em casos de câncer de ovário, quando há suspeita ou presença de doença ovariana, ou quando há alto risco de desenvolvimento de

câncer ovariano, como em casos de mutações genéticas associadas ao câncer;

4. Histerectomia radical: é um procedimento mais extenso, normalmente indicado no tratamento do câncer avançado de colo de útero ou outros casos em que há invasão de tecidos adjacentes. Nesta cirurgia, além da remoção do útero, são removidos tecidos próximos, como parte da vagina, gânglios linfáticos e, em alguns casos, parte da bexiga ou do reto.

É importante ressaltar que cada tipo de histerectomia possui indicações específicas e deve ser discutido com o médico especialista. A decisão sobre qual tipo de histerectomia deverá ser realizada depende da condição médica da paciente, da presença de doenças ginecológicas, dos objetivos do tratamento e das preocupações individuais da paciente.

Imagem 6.2 Tipos de histerectomias –



Fonte: MAYO CLINIC, 2023.

Resumo

Quadro 6.1 Técnicas cirúrgicas

Histerectomia abdominal	Abordagem tradicional Doenças benignas (mioma/endometriose) ou malignas
Histerectomia vaginal	Recomendada para prolapso vaginal Alternativa à técnica abdominal Menos invasiva, recuperação mais rápida
Histerectomia laparoscópica	Técnica minimamente invasiva Procedimento mais simples e rápido em relação à técnica abdominal Patologias benignas
Histerectomia laparoscópica assistida por robô	Maior precisão e destreza durante a cirurgia

Quadro 6.2 Tipos de histerectomia

Histerectomia total	Remoção completa do útero e estruturas anexas
Histerectomia supracervical	Remoção da parte superior do colo do útero
Histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral	Remoção do útero, ovário e tubas uterinas Câncer de ovário, risco de doença ovariana, alto risco de desenvolvimento de câncer ovariano
Histerectomia radical	Remoção do útero e tecidos próximos Câncer avançado de colo do útero Invasão de tecidos próximos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, TVB; AQUINO, EML. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. Cad. Saúde Pública, 19 (supl 2), 2003. doi: 10.1590/S0102-311X2003000800022.

CLEVELAND CLINIC. Hysterectomy. Disponível em: <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/4852-hysterectomy>. 2021. Acesso em: 04 jun. 2023.

UPTODATE, Hysterectomy. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/hysterectomy-the-basics?search=histerectomia&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6. Acesso em: 04 jun. 2023.

BOONEY, Cirurgia Ginecológica/Alberto (Tito) de Barros Lopes, Nick M. Spírtos, Paul Hilton & John M. Monaghan -12. Ed – Rio de Janeiro, RJ; Thiene Revinter Publicações, 2020

SILVA, C.M.C. *et al.* A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 jan-mar; 14 (1): 76-82. doi: 10.1590/S1414-81452010000100012.

KENHUB. Anatomia do útero. Disponível em: <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/utero>. Acessado em: 20 jul 2023

MOORE, K.L. *et al.* Anatomia orientada para a clínica / Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M. R. Agur ; tradução Claudia Lúcia Caetano de Araújo. – 8. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. : il. Tradução de: Clinically oriented anatomy – ISBN 978-85-277-3459-2

MAYO CLINIC. <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/abdominal-hysterectomy/multimedia/types-of-hysterectomy-surgery/img-20007786>. Acesso em: 04 jun. 2023.