Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 13

HISTERECTOMIA

VÍTOR ROCHA NATAL[1]
THIAGO LIMA CARVALHO[1]
RAFAEL SOARES XAVIER[2]
FILIPE FERRAZ MAGALHÃES[3]

1. *Médico – AFYA Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga.*
2. *Médico – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).*
3. *Discente – Universidade Vale do Rio Doce - Governador Valadares.*

Palavras-Chaves: *Histerectomia; Mulheres; Procedimentos Cirúrgicos em Ginecologia.*

Edição XVIII

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O útero é um órgão situado na cavidade pélvica, cuja conformação lembra a de uma pera, exercendo papel central no ciclo reprodutivo humano. Além de sua relevância fisiológica, suas funções estão culturalmente associadas à noção de feminilidade, por estarem intrinsecamente ligadas à capacidade reprodutiva e à vivência da sexualidade feminina (RODRIGUES *et al.,* 2021). No entanto, diante de determinadas condições clínicas que afetam essa estrutura - como neoplasias do colo uterino, prolapso uterino, miomas, patologias ginecológicas benignas e sangramentos uterinos disfuncionais - a histerectomia configura-se como uma das principais intervenções cirúrgicas indicadas (AARTS *et al.,* 2015).

A histerectomia consiste em um procedimento cirúrgico ginecológico voltado para a remoção do útero, podendo ser classificada como total, quando envolve a retirada do corpo uterino e do colo do útero, ou subtotal, quando apenas o corpo do órgão é excisado. Em determinadas situações, a cirurgia pode ser ampliada para incluir a remoção dos ovários e das tubas uterinas, caracterizando a histerectomia total com anexectomia bilateral ou radical. Tradicionalmente, a abordagem mais utilizada é a abdominal, realizada por meio de incisão na parede do abdome. Contudo, outras vias também são empregadas, como a vaginal, em que o útero é extraído por uma incisão no canal vaginal (PONTES *et al.,* 2022). A técnica videolaparoscópica representa uma alternativa minimamente invasiva, realizada por pequenas incisões abdominais de 5 a 10 mm, com remoção uterina via vaginal (PONTES *et al.,* 2022).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a histerectomia representa a segunda intervenção cirúrgica mais realizada em mulheres em idade reprodutiva, sendo superada apenas pela cesariana (ARAÚJO & AQUINO, 2003).

Para além do controle de patologias ginecológicas, a histerectomia pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida das pacientes, ao eliminar sintomas incapacitantes e proporcionar alívio de dores crônicas. Entretanto, é imprescindível considerar os impactos psicossociais associados ao procedimento, especialmente aqueles relacionados às mudanças na percepção corporal, à sexualidade e à perda da função reprodutiva (JESUS *et al.,* 2024).

Técnicas cirúrgicas

A definição da via cirúrgica para realização da histerectomia depende de múltiplos fatores, incluindo o volume e a conformação do útero e da vagina, o grau de acessibilidade anatômica, a presença de doenças extrauterinas, a necessidade de procedimentos adicionais, a experiência do cirurgião, os recursos tecnológicos disponíveis na instituição de saúde e a própria preferência da paciente (BEREK, 2014).

Via abdominal

A via abdominal é tradicionalmente realizada por meio de uma incisão na parede inferior do abdome, conferindo ampla visualização do campo operatório. Essa técnica é frequentemente empregada em situações que envolvem massas pélvicas de grandes dimensões ou quando se exige uma exploração intra-abdominal mais extensa (VALLADÃO *et al.,* 2024).

Trata-se, entretanto, da abordagem mais invasiva entre as opções disponíveis. Diante disso, tem-se observado, ao longo dos últimos anos, um esforço contínuo para reduzir sua frequência, impulsionado pelo avanço das tecnologias voltadas para técnicas minimamente invasivas. As principais vantagens dessas aborda-

gens menos agressivas incluem incisões menores, menor intensidade da dor no pós-operatório, recuperação mais ágil, retorno precoce às atividades cotidianas e menor risco de complicações cirúrgicas (BEREK, 2014).

A histerectomia abdominal total, contudo, permanece indicada em casos específicos, como em pacientes com fibromiomas uterinos de grandes proporções, refratários ao tratamento hormonal ou de difícil remoção pela via vaginal (REZER *et al.,* 2021).

Via vaginal

A via vaginal, por sua vez, consiste na remoção do útero por meio do canal vaginal. Essa abordagem proporciona benefícios consideráveis, como menor tempo de internação, recuperação mais rápida e menor risco de complicações visíveis (VALLADÃO *et al.,* 2024).

A técnica envolve uma incisão circunferencial no epitélio vaginal ao redor do colo uterino, seguida de dissecção romba ou cortante da parede vaginal. Posteriormente, realiza-se a abertura do fundo de saco posterior e a cavidade pélvica é examinada quanto à presença de alterações patológicas ou aderências. Caso a reflexão peritoneal vesicovaginal não seja facilmente acessada, recomenda-se evitar sua abertura. A via vaginal é considerada a abordagem cirúrgica preferencial para realização da histerectomia, quando viável (BEREK, 2014).

Videolaparoscopia

A histerectomia por videolaparoscopia é uma técnica minimamente invasiva que utiliza pequenas incisões abdominais para a introdução de instrumentos cirúrgicos e uma câmera, permitindo a visualização e remoção do útero com maior precisão (VALLADÃO *et al.,* 2024).

Esta abordagem associa-se a menores índices de dor no pós-operatório, menor tempo de hospitalização e reabilitação mais célere. Diversos estudos demonstram que a videolaparoscopia apresenta resultados terapêuticos satisfatórios para uma ampla gama de condições ginecológicas, além de contribuir significativamente para a melhora da qualidade de vida das pacientes. O acesso pode ser realizado por meio da técnica umbilical - indicada para pacientes sem cirurgias abdominais prévias ou infecções intra-abdominais - ou pela laparoscopia aberta (SANTIAGO *et al.,* 2020).

Indicações cirúrgicas

Miomas uterinos

A histerectomia pode ser indicada no manejo de miomas uterinos sintomáticos, sobretudo quando os sintomas apresentam intensidade significativa e comprometem de maneira substancial a qualidade de vida da paciente (JESUS *et al.,* 2024).

A intervenção cirúrgica tende a ser considerada nos casos em que terapias farmacológicas ou procedimentos minimamente invasivos não obtêm êxito terapêutico. Fatores como o tamanho, a localização e o número dos miomas, bem como a idade da paciente e seus desejos reprodutivos, devem ser cuidadosamente avaliados durante a tomada de decisão (JESUS *et al.,* 2024).

Nessa perspectiva, o objetivo da cirurgia transcende o alívio sintomático imediato, estendendo-se à prevenção da recorrência tumoral e dos potenciais complicações associadas (JESUS *et al.,* 2024).

Endometriose

Em pacientes com endometriose, a histerectomia representa uma alternativa terapêutica relevante, especialmente após a falência dos tratamentos conservadores. Essa abordagem é geralmente considerada em quadros avançados da doença, quando há extenso comprometimento

do útero e das estruturas pélvicas adjacentes, como ovários, ligamentos uterossacros e peritônio (JESUS *et al.,* 2024).

Nesses casos, a remoção do útero pode resultar em alívio substancial da dor pélvica crônica. Contudo, é essencial reconhecer que a histerectomia não configura cura definitiva, uma vez que a endometriose pode persistir em tecidos extrauterinos (JESUS *et al.,* 2024).

Dessa forma, o manejo deve ser multidisciplinar, exigindo seguimento prolongado para o controle adequado dos sintomas e da evolução clínica (JESUS *et al.,* 2024).

Câncer ginecológico

No contexto das neoplasias ginecológicas, a histerectomia assume papel central no tratamento cirúrgico, sendo indicada tanto em estágios iniciais quanto em fases mais avançadas da doença (JESUS *et al.,* 2024).

Para o câncer do colo do útero em estágio inicial, é comumente realizada a histerectomia radical associada à linfadenectomia pélvica e para-aórtica, com o intuito de remover completamente o tecido neoplásico e avaliar o comprometimento linfonodal (JESUS *et al.,* 2024).

Em casos de câncer de endométrio, a histerectomia total — via abdominal ou laparoscópica — constitui procedimento padrão, frequentemente acompanhada de salpingo-ooforectomia bilateral, sobretudo quando há suspeita ou confirmação de disseminação tumoral (JESUS *et al.,* 2024).

A escolha da via cirúrgica e da extensão da ressecção deve considerar as particularidades do tumor, como tipo histológico, grau de diferenciação celular e extensão locorregional, a fim de otimizar os desfechos oncológicos e promover um manejo individualizado (JESUS *et al.,* 2024).

Sangramento uterino anormal

Outra indicação relevante para a realização da histerectomia é o sangramento uterino disfuncional, frequentemente associado à síndrome dos ovários policísticos (SOP), caracterizada por ciclos anovulatórios recorrentes (BEREK, 2014).

Nesses casos, a abordagem inicial deve privilegiar o tratamento clínico, com o uso de progestágenos isolados, estrogênios ou formulações combinadas, geralmente administradas por via oral. Outras estratégias terapêuticas incluem o uso de anti-inflamatórios não esteroidais, ácido tranexâmico, métodos hormonais e a inserção do dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, todos com o objetivo de controle do sangramento (SOUZA *et al.,* 2023).

Ressalta-se a importância de, previamente à indicação cirúrgica definitiva, proceder à amostragem endometrial para investigação de possíveis alterações histopatológicas, sobretudo em mulheres com risco aumentado para hiperplasia ou neoplasias do endométrio (BEREK, 2014).

Cuidados pré-operatórios

Trata-se de um cuidado multiprofissional. No que diz respeito à equipe médica, é de extrema importância que a paciente compreenda plenamente a extensão da cirurgia a ser realizada, especialmente em relação à retirada ou preservação dos ovários. Os exames pré-operatórios incluem hemograma completo e tipagem sanguínea, quando há previsão de transfusão. É necessário realizar a tricotomia da região suprapúbica, cortando-se os pelos, visto que a raspagem aumenta o risco de infecção (GOMES ANDRADE *et al.,* 2024).

Após a indução da anestesia geral, deve-se proceder à antissepsia da vulva e da vagina com clorexidina alcoólica. A bexiga deve ser cateterizada. Contudo, como o álcool é inflamável, é

essencial garantir que a área esteja completamente seca antes da utilização da eletrocauterização. A antibioticoprofilaxia está indicada e deve ser administrada na indução anestésica, antes da incisão. Deve-se observar se há histórico de alergia a medicamentos, e considerar a necessidade de uma nova dose de antibiótico caso a cirurgia ultrapasse três horas de duração (LOPES *et al.,* 2020).

Quanto aos cuidados de enfermagem, incluem-se: preparação da paciente para exames físicos e laboratoriais; monitoramento dos sinais vitais; apoio psicológico; verificação da vestimenta cirúrgica conforme os protocolos institucionais; realização da antissepsia da pele, tricotomia, jejum e preparo intestinal (DE OLIVEIRA SALIMENA & SOUZA RIBEIRO 2019).

Cuidados pós-operatórios

No período pós-operatório, é fundamental garantir o controle adequado da dor, sendo recomendada a analgesia por via epidural ou endovenosa. A paciente deve ser incentivada à deambulação precoce, com o uso de compressão pneumática intermitente enquanto permanecer em repouso no leito. Além disso, deve-se realizar espirometria incentivada nas primeiras 72 horas após o procedimento cirúrgico, com o objetivo de preservar a função respiratória e prevenir complicações pulmonares (MARQUES & MOTA, 2010).

A dieta deve ser orientada conforme a aceitação da paciente. Embora a estase colônica possa perdurar por até três dias, tal condição não exige o uso de sonda nasogástrica, nem contraindica a alimentação precoce, a qual pode, inclusive, reduzir o tempo de hospitalização, ainda que esteja associada a maior incidência de episódios de vômitos. A antibioticoprofilaxia deve ser realizada de forma rotineira antes da histerectomia. Em casos em que há indicação de radioterapia complementar, esta deve ser iniciada aproximadamente quatro semanas após a cirurgia (MARQUES & MOTA, 2010).

No pós-operatório imediato, os cuidados incluem o transporte da paciente em decúbito dorsal, a verificação dos sinais vitais a cada duas horas, a observação de possíveis hemorragias, o suporte emocional, o monitoramento do nível de consciência e o controle rigoroso do balanço hídrico (PONTES *et al.,* 2022).

Dentre as respostas clínicas esperadas, destacam-se: adequada cicatrização da ferida operatória, preservação da função respiratória, alívio da dor, estabilidade hemodinâmica, aumento progressivo da tolerância à atividade física, manutenção da temperatura corporal e equilíbrio do estado nutricional (PONTES *et al.,* 2022).

Complicações

A histerectomia, por se tratar de um procedimento cirúrgico de grande porte, está intrinsecamente associada a riscos inerentes tanto ao ato operatório quanto ao período pós-operatório. Entre as principais complicações imediatas destacam-se as infecções, perdas hemáticas significativas, lesões de estruturas anatômicas adjacentes — como a bexiga e o trato intestinal — além de possíveis eventos adversos relacionados à anestesia. A longo prazo, especialmente em casos nos quais há remoção dos ovários, pode ocorrer o início precoce da menopausa, com possíveis repercussões endocrinometabólicas e psicossociais (VALLADÃO *et al.,* 2024).

No período pós-cirúrgico, a paciente exige monitoramento rigoroso e manejo clínico cuidadoso, com ênfase no controle da dor e na vigilância de sinais precoces de infecção ou outras intercorrências. A reabilitação funcional tende a ser progressiva, sendo recomendado evitar esforços físicos intensos e levantamento

de peso nas semanas subsequentes ao procedimento. Dessa forma, a indicação da histerectomia deve decorrer de criteriosa avaliação clínica, considerando-se não apenas as indicações terapêuticas, mas também os riscos e benefícios individuais, bem como os possíveis impactos sobre a qualidade de vida da paciente (VALLADÃO *et al.,* 2024).

Infecciosas

As complicações infecciosas figuram entre as mais prevalentes no pós-operatório de histerectomia, especialmente nos casos em que o tempo cirúrgico excede três horas, não se realiza antibioticoprofilaxia adequada ou em pacientes com fatores predisponentes como obesidade, imunossupressão, comorbidades clínicas e estado nutricional debilitado. As infecções mais frequentes incluem celulite do coto vaginal, abscessos pélvicos, hematomas infectados, infecções da ferida operatória e infecções do trato urinário (SILVA *et al.,* 2023).

A celulite do manguito vaginal, por exemplo, pode manifestar-se tardiamente durante a internação ou nos primeiros dias após a alta hospitalar. Embora algumas pacientes permaneçam assintomáticas, outras podem apresentar febre, corrimento vaginal purulento, dor pélvica e sensibilidade à palpação do manguito vaginal, podendo haver endurecimento local. Tais sinais devem ser diferenciados dos achados clínicos compatíveis com hematomas ou abscessos pélvicos infectados, os quais, usualmente, se manifestam mais tardiamente, com dor pélvica intensa, febre persistente, sensação de pressão retal e presença de massa flutuante ou dolorosa à inspeção e palpação vaginal (COSTA RODRIGUES *et al.,* 2021).

Tromboembólicas

Outro aspecto relevante diz respeito ao risco tromboembólico. Intervenções ginecológicas de médio e grande porte, como a histerectomia, estão associadas a um risco significativo de trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP), sobretudo na ausência de medidas eficazes de tromboprofilaxia (SILVA *et al.,* 2022).

Lesões do trato geniturinário

Lesões do trato geniturinário, embora pouco frequentes, representam complicações de elevada morbidade. A histerectomia radical é, dentre os tipos de histerectomia, a mais frequentemente implicada nesses eventos, com maior incidência de lesões vesicais do que de comprometimentos ureterais (SANTOS *et al.,* 2018).

Hemorragias

No que diz respeito à via de acesso, a histerectomia abdominal tende a apresentar maior volume de perda sanguínea em comparação às abordagens minimamente invasivas. Estima-se que a média de sangramento nesta técnica seja em torno de 400 mL. Perdas superiores a esse valor estão fortemente associadas ao aumento da incidência de complicações maiores no pós-operatório, além de prolongamento do tempo de internação hospitalar (SANTOS ADORNO *et al.,* 2019).

Deiscência da cúpula vaginal

A deiscência da cúpula vaginal configura-se como uma complicação incomum, porém de elevada gravidade potencial, caracterizada pela abertura espontânea dos pontos cirúrgicos na cúpula vaginal, podendo resultar na evisceração de alças intestinais, ou seja, sua exteriorização através do canal vaginal (GOMES ANDRADE *et al.,* 2024).

Lesões no trato gastrointestinal

No que tange às lesões do trato gastrointestinal, estas apresentam uma incidência estimada de aproximadamente 0,11%, acometendo cerca de 0,4% das histerectomias vaginais. A adoção de medidas intraoperatórias específicas é essencial para sua prevenção, dentre as quais se destacam a utilização da posição de Trendelenburg, com o intuito de favorecer o deslocamento das alças intestinais para fora do campo operatório, bem como o emprego criterioso de compressas abdominais para seu adequado afastamento (GOMES ANDRADE *et al.,* 2024).

Embora o uso de enema opaco não seja indicado para esse fim, recomenda-se o preparo intestinal prévio em pacientes com constipação intestinal severa, com o objetivo de minimizar distorções anatômicas, especialmente na região da ampola retal (GOMES ANDRADE *et al.,* 2024).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARTS, J.W.M. *et al.* Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Aug 12;2015(8):CD003677. Doi: 10.1002/14651858.CD003677.pub5.

ARAÚJO, T.V.B. DE & AQUINO, E.M.L. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. Cadernos de Saúde Pública. 2003,19(2):S407-S417. Doi: 10.1590/S0102-311X2003000800022.

BEREK, J.S. Histerectomia. In: GRUPO GEN (Ed.). Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SOUZA, A.C.S. *et al.* HISTERECTOMIA. Em: Ginecologia e Obstetrícia. Editora Pasteur. Edição IV. [s.l.] 2023. p. 103–110. Doi: 10.59290/978-65-6029-005-1.12.

COSTA RODRIGUES, A.B. *et al.* O impacto da histerectomia total sobre a função sexual feminina. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021,13(5):e7611. Doi: 10.25248/reas.e7611.2021.

DE OLIVEIRA SALIMENA, A.M. & SOUZA RIBEIRO, M.O. Significado da histerectomia para a mulher e suas implicações na assistência de enfermagem. Enfermagem Brasil. 2019,19(3). Doi: 10.33233/eb.v18i3.2357.

GOMES ANDRADE, V. *et al.* Histerectomia. Em: Ginecologia e Obstetrícia - Edição IX. [s.l.] Editora Pasteur. 2024. p. 77–86. Doi: 10.59290/978-65-6029-077-8.10.

JESUS, V.K. DE *et al*. Histerectomia na cirurgia geral: importância, desafios e estratégias de prevenção de complicações. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 2024,6(3):1353–1365. Doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n3p1353-1365.

LOPES, A.B. *et al*. Bonney cirurgia ginecológica. [S.l.]: Thieme Brazil, 2020. E-book. ISBN 9788554652388. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788554652388/. Acesso em: 25 mar 2025.

MARQUES, J.P. & MOTA, F. Cirurgia uterina por via abdominal. In: OLIVEIRA, C. F. de. (Ed.). Manual de ginecologia. v. II. Lisboa: Permanyer Portugal, 2010. cap. 47, p. 447–479.

PONTES, A.F. *et al*. O impacto da histerectomia sobre a sexualidade da mulher. Research, Society and Development. 2022,11(9):e39211932156. Doi: 10.33448/rsd-v11i9.32156

REZER, F. *et al.* Qualidade de vida de mulheres após histerectomia radical. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança.2021,19(3):195–203. Doi: 10.17695/rcsnevol19n3p195-203.

RODRIGUES, A.B.C. *et al.* O impacto da histerectomia total sobre a função sexual feminina. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021,13(5):e7611, 2021. Doi: 10.25248/reas.e7611.2021

SANTIAGO, W.S. *et al.* Abnormal uterine bleeding: hysterectomy versus resection. Revista da Associação Médica Brasileira. 2020,66(12):1731–1735. Doi: 10.1590/1806-9282.66.12.1731.

SANTOS, J.L.C. *et al.* Função sexual e qualidade de vida de mulheres submetidas à histerectomia. Revista de Psicologia. 2018,12(39):179. Doi: 10.14295/idonline.v12i39.986.

SANTOS ADORNO, S. *et al.* Vantagens da histerectomia vaginal comparado à histerectomia abdominal em mulheres sem prolapso genital. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2019,17:e97. Doi: 10.25248/reas.e97.2019

SILVA, M.D.A. *et al.* HISTERECTOMIA. Saúde da Mulher - Edição VII. [s.l.] Editora Pasteur, 2022. p. 207–213. Doi: 10.29327/5135230

VALLADÃO, V.C.S. *et al*. Total hysterectomy: a literature review. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2024,10(5):3021-3029, 2024. Doi: 10.51891/rease.v10i5.14041.