

Capítulo 10

HISTERECTOMIA

LETÍCIA BISSIATO FEDERICI¹
LETICIA VILARINO PEREIRA²
LUANA FRANÇA CHAVES MARCONDES³
LUCAS WENDELL DA CRUZ⁴

1. Discente – Medicina do Centro Universitário de Caratinga (UNEC).
2. Discente – Medicina do União Educacional do Vale do Aço (UNIVAÇO).
3. Discente – Medicina da Faculdade de Minas de Belo Horizonte (FAMINAS).
4. Docente – Departamento de Cirurgia da Faculdade de Minas de Belo Horizonte (FAMINAS).

Palavras Chave: Cirurgia; Histerectomia; Saúde da Mulher

INTRODUÇÃO

A histerectomia consiste na retirada do útero, podendo ser total ou parcial, a depender da retirada dos anexos. Pode ser realizada por diferentes vias cirúrgicas: vaginal (**Figura 10.1**), abdominal (**Figura 10.2**), laparoscópica (**Figura 10.3**), ou assistida por robôs. A conduta cirúrgica da histerectomia varia de acordo com a indicação clínica (suspeita de patologia benigna, maligna ou inconclusiva), a experiência técnica do cirurgião, os recursos disponíveis, o estado geral do paciente e de acordo com a preferência deste. Entre as condições clínicas que são indicativos de histerectomia, podemos citar: leiomiomas uterinos, algias pélvicas, prolapso de órgão pélvico, hemorragias uterinas anormais, doenças malignas e pré-malignas envolvendo o útero e hiperplasia endometrial. Além disto, como todo e qualquer procedimento cirúrgico, a histerectomia também é passível de ocorrer complicações, sendo as mais comuns: enfisema subcutâneo, lesão de grandes vasos, lesão de bexiga e/ou ureter, abscesso de cúpula, sangramento de cúpula e evisceração vaginal (BURNHAM, 1854).

Com o surgimento de técnicas minimamente invasivas, as taxas de histerectomia abdominal, que consiste em uma incisão na parede abdominal para a remoção do útero, vêm diminuindo, tendo em vista que essas novas técnicas oferecem benefícios, principalmente no pós-operatório como uma recuperação mais rápida, menor tempo de estadia hospitalar e consequentemente custos reduzidos (COHEN *et al*, 2017).

Figura 10.1 Histerectomia por via vulvovaginal.

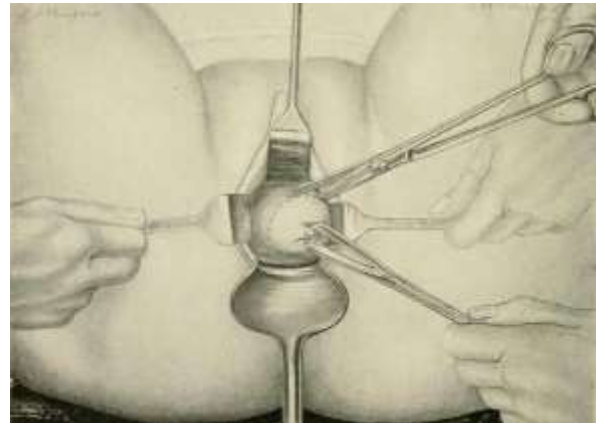


Figura 10.2 Histerectomia abdominal.

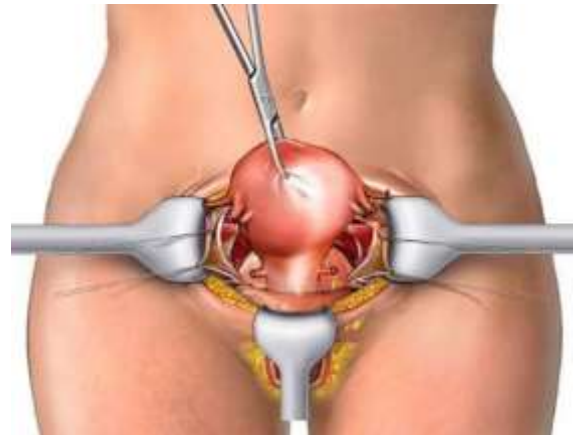
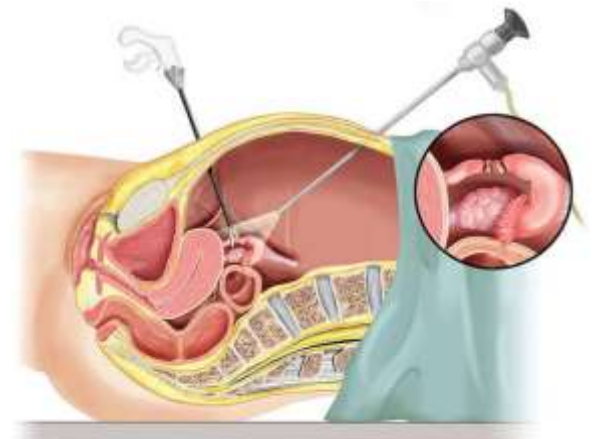


Figura 10.3 Histerectomia por laparoscopia.



Indicações para histerectomia laparoscópica

Indicações comuns para histerectomia incluem (COHEN *et al*, 2017):

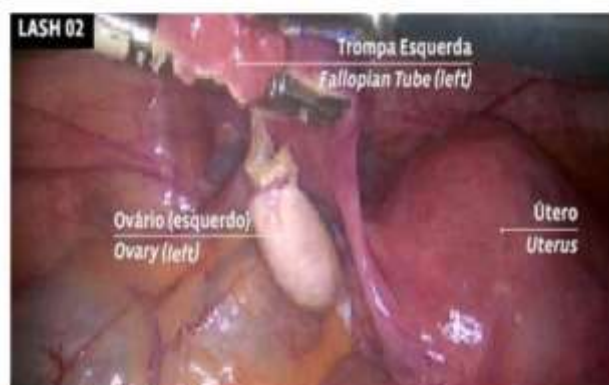
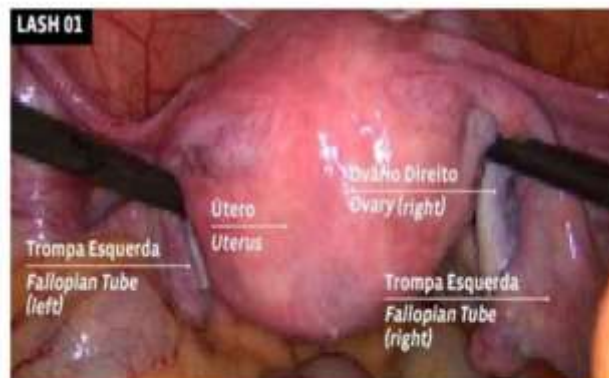
- Leiomiomas uterinos
- Adenomiose
- Sangramento uterino anormal idiopático
- Endometriose
- Prolapso uterino

A histerectomia também é realizada para câncer uterino, ovariano, anexos, peritoneal e cervical. Em algumas pacientes com câncer ginecológico, o estadiamento cirúrgico e o tratamento podem ser realizados por laparoscopia. Não há indicações únicas para histerectomia laparoscópica em comparação com outras abordagens cirúrgicas para histerectomia (LANGENBECK, 1817).

Uma histerectomia pode ser total (útero e colo do útero são removidos) (**Figura 10.4**) ou subtotal, também conhecida como supracervical (útero é removido, porém o colo do útero é preservado). Existem vários sistemas de classificação para os tipos de histerectomia laparoscópica. A classificação mais comumente utilizada é da Associação Americana de Laparoscopistas Ginecológicos (AAGL) (COHEN *et al*, 2017).

A laparoscopia convencional é a técnica predominante empregada para histerectomias com suspeitas de patologias benignas, embora o uso de uma plataforma robótica seja cada vez mais comum. Abordagens alternativas para a cirurgia laparoscópica incluem cirurgia laparoscópica de sítio único, cirurgia endoscópica transluminal de orifício natural e laparoscopia assistida por mão (MERRILL, 2008).

Figura 10.4 Fotografia tirada durante a realização de histerectomia total.



Avaliação, preparação pré-operatória e cirurgia

Alternativas de tratamento e riscos operatórios devem ser discutidos. O possível uso da

morcelação (corte de miomas ou tecido endometrial em pequenos pedaços para que as partes possam ser removidas por meio de uma incisão menor) deve ser discutido, incluindo o risco de disseminação de células malignas, se um câncer suspeito estiver presente. A avaliação pré-operatória deve incluir: história médica, cirúrgica, ginecológica e obstétrica, avaliação de comorbidades médicas que possam afetar a capacidade de tolerar a cirurgia, avaliação e triagem de neoplasias ginecológicas, rastreamento do câncer do colo do útero e amostragem endometrial. Os ovários e tubas uterinas não são tipicamente morcelados, mas se houver massa ovariana ou sintomas ou fatores de risco para câncer de ovário, uma avaliação mais aprofundada deve ser realizada (REICH *et al*, 1989).

A profilaxia antibiótica é administrada para todas as abordagens cirúrgicas de histerectomia. Pacientes submetidos a histerectomia laparoscópica têm pelo menos risco moderado de tromboembolismo venoso e requerem tromboprofilaxia apropriada, seja mecânica ou farmacológica (WALKER *et al*, 2009).

A laparoscopia é tipicamente realizada sob anestesia geral, tanto por apresentar maior conforto ao paciente, quanto menores riscos. A anestesia regional (espinhal, peridural) não é tão comumente empregada durante a laparoscopia ginecológica devido ao risco de complicações pulmonares haja vista a combinação de pneumoperitônio/insuflação abdominal e posicionamento de Trendelenburg (LANGENBECK, 1817).

A escolha da instrumentação varia de acordo com o cirurgião e a instituição. Muitos cirurgiões usam um manipulador uterino, que é um dispositivo que é colocado na vagina e no colo do útero e permite a visualização dos limites do manguito vaginal com um copo que se encaixa ao redor do colo do útero, permitindo a injeção de corante (cromooperitubação) e manutenção do pneumoperitônio após a incisão vaginal (WALKER *et al*, 2012).

A histerectomia laparoscópica é uma abordagem minimamente invasiva que diminuiu a morbidade, tempo de internação hospitalar e retorno mais rápido às atividades normais em comparação com uma abordagem abdominal. A conversão para laparotomia ocorre em até 4% das histerectomias laparoscópicas. As complicações potenciais de uma histerectomia laparoscópica incluem hemorragia, lesão do trato urinário, deiscência do manguito vaginal e lesão intestinal (WEBER *et al*, 2011).

A alta hospitalar no mesmo dia após histerectomia laparoscópica é uma opção segura para mulheres sem complicações perioperatórias ou comorbidades que requerem observação e cuidados hospitalares prolongados. Uma permanência hospitalar maior é uma opção razoável para as mulheres que não têm apoio suficiente domiciliar para gerenciar os cuidados durante o primeiro dia de pós-operatório (WRIGHT *et al*, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BURNHAM, W. Extirpação do útero e ovários para doença sarcomatosa. *Nelson's Am Lancet*, 1854; 8:147.

COHEN, S.L. *et al.* Volume de histerectomia ambulatorial nos Estados Unidos. *Obstet Gynecol*, 2017; 130:130.

LANGENBECK, C.J.M. História de uma extirpação do útero grande, que felizmente realizei. *Biblioeca Chir Ophth Hanover*, 1817; 1:557.

MERRILL, R.M. Vigilância da histerectomia nos Estados Unidos, 1997 a 2005. *Med Sci Monit*, 2008; 14:CR24.

REICH, H. *et al.* Histerectomia laparoscópica. *J Gynecol Surg*, 1989; 5:213.

WALKER, J.L. *et al.* Laparoscopia comparada com laparotomia para estadiamento cirúrgico abrangente do câncer

uterino: Estudo do Grupo de Oncologia Ginecológica LAP2. *Jornal Clinica Oncologica*, 2009; 27:5331.

WALKER, J.L. *et al.* Recorrência e sobrevida após atribuição aleatória à laparoscopia versus laparotomia para estadiamento cirúrgico abrangente do câncer uterino: Estudo LAP2 do Grupo de Oncologia Ginecológica. *Jornal Clinica Oncologica*, 2012; 30:695.

WEBER, S. *et al.* Estadiamento cirúrgico laparoscópico do câncer de ovário precoce. *Revista Obstetrica Gynecologica*, 2011; 4:117.

WRIGHT, J.D. *et al.* Estimativas Nacionais de Histerectomias Anuais de Internação e Ambulatório Realizadas nos Estados Unidos. *Obstetric Gynecology*, 2022; 139:446.