

Capítulo 12

HISTERECTOMIA

ALINE ZANELLA¹
JOÃO PAULO ANDRÉ ARAGON ALMANZA¹
LARISSA DO CANTO MÜLLER¹
VITOR TEIXEIRA DE ALMEIDA¹

1. Discente - Medicina Universidade Luterana do Brasil de Canoas/RS.

Palavras Chave: Histerectomia; Indicações de Histerectomia; Abordagens Cirúrgicas da Histerectomia.

INTRODUÇÃO

A histerectomia é um procedimento cirúrgico ginecológico comum realizado em todo o mundo, principalmente em mulheres em idade reprodutiva, o qual consiste na remoção cirúrgica do útero. No Brasil, a histerectomia é o segundo procedimento ginecológico mais realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), com uma taxa de incidência de 68,1/10.000 mulheres. A maioria das histerectomias é realizada devido a doenças benignas, como miomas uterinos e sangramento uterino anormal (PASSOS, 2017).

Há três tipos de histerectomia: total, na qual é retirado todo o útero incluindo o colo uterino; subtotal, na qual é retirado o corpo uterino com a manutenção do colo do útero; e radical, na qual é retirado todo o útero, a parte superior da vagina e os anexos (PASSOS, 2017).

Existem três principais vias cirúrgicas para a histerectomia: abdominal, laparoscópica e vaginal. A técnica escolhida depende das características da paciente e das condições clínicas. A histerectomia abdominal foi a primeira via utilizada e ainda é uma opção válida em casos mais complexos, enquanto a via vaginal é menos invasiva e apresenta menor taxa de complicações. A técnica laparoscópica evoluiu consideravelmente nos últimos anos, apresentando resultados comparáveis aos das vias convencionais e com menor tempo de recuperação pós-operatória.

Histerectomia

Definição e conceitos

Histerectomia é a remoção total ou parcial do útero, podendo ser realizada por via abdominal, vaginal ou laparoscópica com ou sem assistência robótica (CHRYSTOSTOMOU *et al.*, 2018).

Epidemiologia

A histerectomia é, depois da cesariana, a segunda cirurgia ginecológica mais frequentemente realizada em mulheres em idade reprodutiva nos países desenvolvidos (SÓRIA *et al.*, 2007).

A retirada do útero é um procedimento operatório frequente, avalia-se que 20-30% das mulheres serão submetidas a esta operação até a sexta década de vida (KOVAC *et al.*, 2002). A frequência da realização de histerectomia varia conforme o país, sendo muito mais alta nos Estados Unidos e na Austrália, quando comparados à Europa. Nos Estados Unidos, são feitas cerca de 600.000 histerectomias por ano. Na Austrália, a proporção é de 1:1000 mulheres/ano e, no Reino Unido, são realizadas 100.000 histerectomias/ano. No Brasil, foram realizadas cerca de 107.000 histerectomias pelo Sistema Único de Saúde em 2005 (SÓRIA *et al.*, 2007).

Tipos de histerectomia

Existem três tipos de histerectomia, todos eles envolvendo a retirada do corpo uterino (KIVES *et al.*, 2010).

- **Total:** retira-se o corpo e o colo do útero;
- **Subtotal ou parcial:** retira-se o corpo do útero, mas mantém-se o colo do órgão;
- **Radical:** retira-se o útero, o colo, a região superior da vagina e parte dos tecidos ao redor desses órgãos.

Outrossim, a histerectomia pode envolver a remoção das tubas uterinas, a chamada salpingectomia; a remoção dos ovários (ooforectomia) e; a remoção dos ovários juntamente com as tubas uterinas, chamada de salpingooforectomia (OROZCO *et al.*, 2008).

Martinez-Cannon *et al.* destaca a importância da avaliação individualizada dos riscos e benefícios da remoção de tubas uterinas e ovários durante a histerectomia, considerando a idade da paciente, história familiar e pessoal de câncer de mama e ovário, além de outras condições de saúde. Como exemplo, a ooforectomia bilateral durante a histerectomia pode aumentar o risco de doenças cardiovasculares e osteoporose, especialmente em mulheres jovens, enquanto que a salpingectomia bilateral pode reduzir o risco de câncer de ovário em mulheres com alto risco genético.

Indicações

Há indicações absolutas e relativas para a realização da histerectomia, devendo sempre serem avaliadas as vantagens e desvantagens do procedimento (DE GELDER *et al.*, 2005; SÓRIA *et al.*, 2007)

Existem cinco grandes categorias diagnósticas de indicações para histerectomia (MERRILL *et al.*, 2008; UpToDate, 2023).

- Leiomiomas uterinos;
- Sangramento uterino anormal (SUA);
- Prolapso de órgãos pélvicos (POP);
- Dor pélvica ou infecção (por exemplo, endometriose, doenças inflamatórias pélvicas);
- Doença maligna e pré-maligna.

Abordagens cirúrgicas

Alguns fatores influenciam na escolha da abordagem cirúrgica, a exemplo do treinamento e a experiência do cirurgião, o qual realizará o procedimento (CHRYSTOSTOMOU *et al.*, 2018). Além disso, o motivo da indicação cirúrgica, o histórico ou não de comorbidades e cirurgias prévias abdominopélvicas, a preferência da paciente e a disponibilidade técnica institucional são condições que também influenciam na escolha da abordagem a ser realizada (COSTA & COSTA, 2017).

Diante desses fatos, o médico deverá avaliar por meio da anamnese, do exame físico e de exames complementares (ultrassonografia pélvica com sonda transvaginal) para decidir qual a via cirúrgica será a melhor para a paciente (CHRYSTOSTOMOU *et al.*, 2018).

Os tipos de abordagem cirúrgica para a histerectomia evoluíram com o passar dos anos, existindo assim três abordagens possíveis (SÓRIA *et al.*, 2007), as quais estão descritas abaixo:

Abdominal

Procedimento

A histerectomia abdominal refere-se a remoção do útero por meio de uma laparotomia. A paciente é posicionada em litotomia dorsal, então é introduzida uma sonda foley vesical e após realizada a antissepsia da pele do abdômen e vagina. Colocam-se os campos cirúrgicos e, após, o procedimento é iniciado com a incisão da pele (transversal ou vertical mediana), sendo o tipo dependente de uma série de fatores, como: presença de cicatriz cirúrgica prévia, necessidade de exploração da parte superior do abdome, tamanho e mobilidade do útero e resultados estéticos desejados. Em seguida, realiza-se a exploração da cavidade abdominal com exposição através de um expositor auto-retentor (UpToDate, 2023).

Se houver aderências pélvicas ou intra-abdominais faz-se necessário realizar a adesiólise (UpToDate, 2023).

Uma pinça Kelly é colocada em cada corno uterino, incluindo tubas uterinas e ligamento redondo do útero. Esse último é preso e dividido usando o eletrocautério. A incisão no ligamento redondo é então realizada inferiormente através do peritônio do ligamento largo até o nível da artéria uterina e, a seguir, medialmente ao longo da prega vesicouterina, separando o peritônio da

bexiga do segmento uterino inferior. O retroperitônio é acessado e há a dissecação romba do tecido conjuntivo frouxo que cobre a artéria ilíaca externa. Neste momento, podem ser criados o espaço perivesical e o espaço perirretal (UpToDate, 2023).

Após, conforme a indicação pode haver ou não a remoção ou conservação anexial. O próximo passo é então a dissecação perivesical e perirretal, seguida da ligadura dos vasos uterinos, retirada do útero (total ou parcial) e realização do fechamento do manguito vaginal. A pelve é irrigada com soro fisiológico morno ou ringer lactato, confirma-se a hemostasia em todos os pedículos e a bexiga e os ureteres são inspecionados (UpToDate, 2023). Por fim, as camadas de tecido até a pele são suturadas.

Vantagens

A histerectomia abdominal quando comparadas via laparoscópica e vaginal, mostra-se inferior em vantagens, visto sua técnica cirúrgica ser mais invasiva do que as demais abordagens disponíveis atualmente.

Contraindicações

Não existem contraindicações expressas para a histerectomia abdominal, devendo ser caso a caso analisado individualmente de acordo com a condição clínica da paciente. A única contraindicação absoluta à histerectomia subtotal é a presença de condição maligna ou pré-maligna do corpo uterino ou colo do útero (UpToDate, 2023).

Complicações

- **Intraoperatórias:**
 - Hemorragia

- Lesão de bexiga
- Lesão ureteral
- Lesão intestinal
- **Pós-operatórias:**
 - Retenção urinária
 - Abscesso
 - Sangramento
 - Deiscência do manguito vaginal
 - Prolapso das tubas uterinas
 - Febre
 - Fístula
 - Íleo e obstrução intestinal
 - Tromboembolismo venoso
 - Incontinência urinária
 - Menopausa precoce

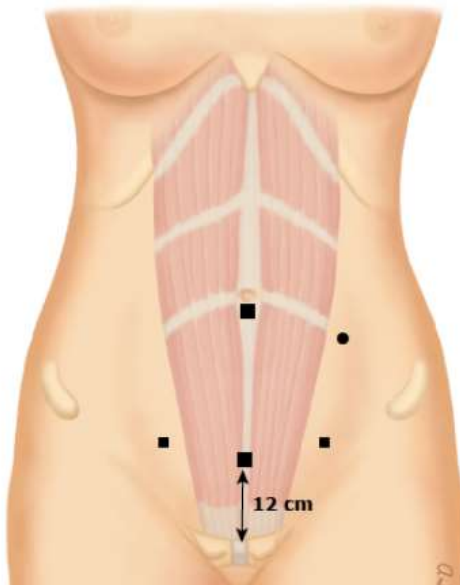
Laparoscópica

Procedimento

A histerectomia por via laparoscópica normalmente é realizada sob anestesia geral. A paciente é posicionada em litotomia dorsal, então, realiza-se a antisepsia da pele. Um manipulador uterino é colocado no início do procedimento para auxiliar na mobilização e exploração cirúrgica (UpToDate, 2023).

Após esta preparação inicial, colocam-se os trocartes - trocarte primário no umbigo; dois trocartes acessórios nos quadrantes inferiores bilaterais colocados aproximadamente 2 cm medial e 2 cm cranial à espinha ilíaca ântero-superior, lateralmente à borda do reto; um quarto trocarte pode ser útil, particularmente em casos que envolvem dissecação extensa ou sutura laparoscópica, e pode ser colocada suprapúbica ou na parede abdominal lateral ao nível do umbigo (**Figura 12.1**).

Figura 12.1. Posicionamento dos trocartes na abordagem laparoscópica



Fonte: UpToDate, 2023.

Adesiólise é realizada no caso de haver aderências pélvicas ou intra-abdominais para garantir a restauração da anatomia local permitindo a visualização de estruturas pélvicas importantes (UpToDate, 2023).

O ureter deve ser identificado e mantido à vista durante as partes críticas do procedimento de histerectomia (UpToDate, 2023).

Em seguida realiza-se o tratamento cirúrgico dos anexos que depende se os ovários e/ou trompas serão conservados ou removidos. Na maioria dos casos remove-se rotineiramente as trompas de falópio bilaterais devido ao papel das trompas de falópio no desenvolvimento futuro de carcinoma epitelial (UpToDate, 2023).

Então, o ligamento redondo do útero é ligado e dividido com a ferramenta eletrocirúrgica de escolha, com atenção para evitar vasos parametriaes que possam estar presentes no mesossalpinge e mesovário (UpToDate, 2023).

A bexiga é mobilizada para fora do segmento uterino inferior para se preparar para a remoção do útero por uma combinação de dissecação aguda e romba com instrumentos laparoscópicos (UpToDate, 2023).

Os vasos uterinos são identificados e após a confirmação da posição do ureter, a vasculatura uterina é dessecada ao nível do orifício cervical interno. É importante elevar o útero em direção cefálica usando o manipulador uterino ou instrumentos laparoscópicos para aumentar a distância do instrumento eletrocirúrgico ao ureter (UpToDate, 2023).

A partir de então, o colo do útero é removido em uma histerectomia laparoscópica total ou conservado em uma histerectomia laparoscópica subtotal. Para histerectomia subtotal, o colo do útero é amputado ao nível do orifício interno, o coto cervical residual é posteriormente inspecionado (UpToDate, 2023).

Em seguida, a amostra uterina deve então ser removida. As opções incluem: morcelação (corte em pedaços) com um morcelador de força para remover através das incisões laparoscópicas e incisão de minilaparotomia para retirar o espécime intacto ou com morcelação de bisturi, sendo que, o tamanho da incisão depende do tamanho da amostra (UpToDate, 2023).

Para histerectomia total, uma colpotomia é feita de maneira circunferencial ao redor do colo do útero, geralmente usando um bisturi ultrassônico ou instrumento monopolar. O manguito vaginal é então suturado com técnica e sutura de escolha do cirurgião, em geral utiliza-se a técnica de sutura laparoscópica com ponto farpado de forma contínua para fechamento em duas camadas devido ao aumento da eficiência e possíveis benefícios em relação à cicatrização tecidual (UpToDate, 2023).

Sequencialmente, o campo cirúrgico é inspecionado quanto à hemostasia. A observação sob baixa pressão intraperitoneal pode ser útil para remover o efeito hemostático da alta pressão intra-abdominal. Defeitos fasciais da parede abdominal acima de 10 mm são tipicamente su-

turados para evitar herniação no local do trocar e por fim, as incisões na pele são fechadas (UpToDate, 2023).

Vale ressaltar que, em algumas situações, podem ser necessárias variações ou adaptações no procedimento, dependendo das características e particularidades de cada caso, como por exemplo, a presença de endometriose, miomas uterinos ou outras condições que podem afetar a abordagem cirúrgica. Além disso, é importante mencionar que o uso de tecnologias avançadas, como a cirurgia robótica, também pode ser considerado em alguns casos (UpToDate, 2023).

Vantagens

As vantagens da abordagem laparoscópica frente à abdominal consistem na ausência de incisão abdominal ampla, menor sangramento e necessidade de transfusões sanguíneas, menores taxas de complicações, menor tempo de internação hospitalar e retorno mais rápido às atividades habituais. Frente à técnica vaginal, as vantagens da via laparoscópica estão na possibilidade de inspeção da cavidade abdominal e diagnóstico de patologias associadas, permite a lise de aderências, mobilização segura, remoção de tumores anexiais benignos e secção mais fácil dos ligamentos uterinos redondo e largo (FEBRASGO, 2017).

Contraindicações

As contraindicações à histerectomia laparoscópica são: situação clínica que não suporte pneumoperitônio, que não permita ventilação adequada durante a anestesia, tamanho uterino que impeça o acesso às artérias uterinas, existência de aderências extensas abdominais e pélvicas e prolapso de órgãos pélvicos (FEBRASGO, 2017).

Complicações

• Intraoperatórias:

- Hemorragia;
- Lesão de bexiga
- Lesão ureteral
- Lesão intestinal
- Conversão abdominal

• Pós-operatórias:

- Retenção urinária
- Abscesso
- Sangramento
- Deiscência do manguito vaginal
- Febre
- Tromboembolismo venoso
- Incontinência urinária

Vaginal

A acessibilidade vaginal é determinada pela avaliação de diversos componentes, dentre eles: o ângulo do arco púbico; a forma da vagina; a presença ou não de prolapso uterino; tamanho e posição do útero; histórico de cirurgia pélvica anterior; grau de aderências ou fibrose pélvica; grau de descida do assoalho pélvico; história de doenças inflamatórias pélvicas ou endometriose (ACOG, 2009; MCCracken & Lefebvre, 2007; Occhino & Gebhart, 2010).

Procedimento

Normalmente feita com uma abordagem intraperitoneal. A ordem das incisões anteriores e posteriores varia de acordo com as características do paciente e facilidade cirúrgica. Se nenhum espaço peritoneal puder ser aberto, uma técnica retroperitoneal pode ser usada. Pode ser necessário retirar núcleo intramiometrial ou morcelação da mão para remover úteros aumentados por processos benignos. Após a remoção

do útero, as trompas de falópio e os ovários são inspecionados quanto a anormalidades. Salpingo-ooforectomia bilateral ou salpingectomia podem ser realizadas conforme indicado. Um dispositivo eletrocirúrgico de vedação de vasos pode ser útil para proteger esses pedículos. Antes do fechamento, realizamos um procedimento de suporte apical conforme indicado pelos sintomas e anatomia do paciente (UpToDate, 2023).

Vantagens

Via preferível para histerectomia sempre que possível, devido sua alta segurança, baixo custo, taxas de recuperação rápida e menos complicações dentre as demais abordagens cirúrgicas (CHRYSSOSTOMOU *et al.*, 2018).

Contraindicações

Sem contraindicações absolutas. Contraindicações relativas: presença de malignidade, tamanho uterino muito aumentado e aderências pélvicas significativas, sendo que as características do paciente que podem tornar uma abordagem vaginal para histerectomia mais desafiadora incluem nuliparidade, aumento do índice de massa corporal, história de radiação pélvica e falta de descida uterina (UpToDate, 2023).

Complicações

• **Intraoperatórias:**

- Hemorragia;
- Lesão de bexiga;
- Lesão ureteral;
- Lesão intestinal;
- Conversão abdominal.

• **Pós-operatórias:**

- Retenção urinária;
- Abscesso;
- Sangramento;
- Deiscência do manguito vaginal;
- Prolapso da tuba uterina;
- Febre;
- Fístula;
- Íleo e obstrução intestinal;
- Tromboembolismo venoso;
- Incontinência urinária.

Prognóstico

A dor crônica pós-cirúrgica é um efeito adverso potencial com taxas que variam de 10% a 50% em mulheres pós-histerectomia, principalmente por via abdominal (BRANDSBORG & NIKOLAJSEN, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG Committee Opinion No. 444: choosing the route of hysterectomy for benign disease. *Obstetrics and Gynecology*, v.114, p. 1156–1158, 2009.

BRANDSBORG, B. & NIKOLAISEN, L. Chronic pain after hysterectomy. *Current Opinion in Anaesthesiology*, v. 31, p. 268–273, 2018.

CHRYSOSTOMOU, A. *et al.* Evidence-based guidelines for vaginal hysterectomy of the International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE). *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, v. 231, p. 262–267, 2018.

COSTA, J.R. & COSTA, A. Type and surgical approach in hysterectomy and lesions to the urinary tract. *Acta Obstet Ginecol Port*, v. 11, p. 46–56, 2017.

DE GELDER, R. *et al.* The integration of a woman's perspective in hysterectomy decisions. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, v. 26, p. 53–62, 2005.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Histerectomia laparoscópica: padronizar para proliferar, 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/253-histerectomia-laparoscopica-padronizar-para-proliferar>. Acesso em: 01 mar. 2023.

KIVES, S. *et al.* Supracervical hysterectomy. *Journal d'obstetrique et Gynecologie Du Canada [Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada]*, v. 32, p. 62–68, 2010.

KOVAC, SR. *et al.* Guidelines for the selection of the route of hysterectomy: application in a resident clinic population. *Am J Obstet Gynecol*, v. 187, p. 1521–1527, 2002.

MARTINEZ-CANNON, B.A. *et al.* Indications and Routes of Hysterectomy: A 2018 National Surgical Quality Improvement Program Analysis. *Obstet Gynecol*, v. 135, p.168–177, 2020.

MCCRACKEN, G. & LEFEBVRE, G.G. Vaginal hysterectomy: dispelling the myths. *J Obstet Gynaecol Can.* v. 29, p. 424–428, 2007.

MERRILL, R.M. *et al.* Risk estimates of hysterectomy and selected conditions commonly treated with hysterectomy. *Ann Epidemiol*, v. 18, p. 253–260, 2008.

OCCHINO, J.A. & GEBHART, J.B. Difficult vaginal hysterectomy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 53, p. 40–50, 2010.

OROZCO, L.J. *et al.* Hysterectomy versus hysterectomy plus oophorectomy for premenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD005638, 2008.

PASSOS, E.P. Rotinas em Ginecologia. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. p. 278–296.

SÓRIA, H.L.Z. *et al.* Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil? *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia*, v. 29, p. 67–73., 2007.

UpToDate. Abdominal hysterectomy. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/abdominal-hysterectomy>. Acesso em: 08 fev. 2023.

UpToDate. Hysterectomy for benign indications: Selection of surgical route. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/hysterectomy-for-benign-indications-selection-of-surgical-route>. Acesso em: 08 fev. 2023.

UpToDate. Laparoscopic hysterectomy. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/laparoscopic-hysterectomy>. Acesso em: 08 fev. 2023.

UpToDate. Vaginal hysterectomy. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/vaginal-hysterectomy>. Acesso em: 08 fev. 2023.