

Capítulo 12

HISTERECTOMIA

ANA CLARA DOS SANTOS SOUZA¹

DANIELA BORGES MIELKE¹

ISADORA AMABILE LOPES FABRES¹

KAMILA JALES CORTELETI¹

1. Discente – Faculdade de Medicina MULTIVIX.

Palavras Chave: Histerectomia; Miomas uterinos; Cirurgia ginecológica.

INTRODUÇÃO

A histerectomia consiste na remoção cirúrgica do útero e é um dos procedimentos cirúrgicos ginecológicos mais comuns. É realizado principalmente em casos de ciclos menstruais irregulares, intensos ou dolorosos, e quando tratamentos prévios menos invasivos, como ablação endometrial, não foram suficientes para resolução do quadro. Sendo utilizada como tratamento de leiomomas uterinos, dor pélvica, sangramento uterino anormal, endometriose e prolapsos uterino (BICKERSTAFF & LOUISE, 2017).

O procedimento pode ser realizado de diferentes formas, como por meio da histerectomia vaginal, laparoscópica e abdominal. A histerectomia vaginal é realizada através da vagina, provoca menos desconforto e possibilita uma recuperação mais rápida. A laparoscópica consiste na remoção do útero por meio da inserção de instrumentos inseridos através de pequenos cortes no abdômen, enquanto o médico realiza o procedimento com a ajuda de uma câmera acoplada a um telescópio. E por fim, a histerectomia abdominal consiste na remoção do útero feita através de uma incisão no abdômen. Este método é escolhido para a retirada de grandes tumores, pode causar mais desconforto, além de exigir mais tempo e cuidados na recuperação da paciente (PASSOS *et al.*, 2017).

A histerectomia abdominal pode ser total ou subtotal. Geralmente, a subtotal é realizada quando encontra-se dificuldade técnica intraoperatória. É importante ressaltar que menos episódios febris ocorrem na histerectomia abdominal subtotal quando comparada a histerectomia total (PASSOS *et al.*, 2017).

É importante ressaltar que a histerectomia por qualquer via pode acarretar algumas complicações específicas, como hemorragia, trombose venosa profunda, aparecimento de sinto-

mas de bexiga como bexiga hiperativa e incontinência por estresse, lesão retal, tromboembolismo, entre outros. Porém, alguns riscos podem ser minimizados pelo planejamento cirúrgico adequado (BICKERSTAFF & LOUISE, 2017).

Em um estudo observacional, mulheres que realizaram a histerectomia tiveram melhora na qualidade de vida nos 10 anos subsequentes à cirurgia (PASSOS *et al.*, 2017).

Diagnóstico

A principal indicação da histerectomia são os leiomomas uterinos, o que pode diferir de acordo com a idade do paciente. Por isso, no caso dos leiomomas, a decisão de se submeter a histerectomia é a necessidade de tratarem os sintomas, os quais são sangramento uterino anormal, sensação de pressão e dor pélvica (BEREK, 2014).

No caso da realização da histerectomia devido aos leiomomas, a cirurgia só poderá ser realizada em mulheres sintomáticas que não desejam engravidar (BEREK, 2014). A cirurgia histeroscópica, minimamente invasiva, pode ser usada para eliminar um mioma submucoso ou pólipos fibroide, o que ajuda a resolver os sintomas de sangramento anormal intenso, mesmo com presença de outros tipos de mioma. Outrossim, se o útero miomatoso provocar sintomas de compressão e sangramento uterino anormal refratária a intervenções médicas, as opções são miomectomia ou histerectomia (BICKERS-TAFF & LOUISE, 2019).

Enquanto o sangramento uterino disfuncional é outra causa importante para realização de histerectomia, por estar associada síndrome de ovários policísticos (SOP), no qual ocorre ciclos anovulatórios. Antes da histerectomia há intervenções clínicas, como administração de progestágenos, estrogênio ou pela combinação oral dos dois citados. É controlado também por anti-

inflamatórios não esteroides, intervenção hormonal, ácido tranexâmico ou dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel. E nessas pacientes é necessário coletar uma amostra do endométrio antes da histerectomia (BEREK, 2014).

Ademais, o diagnóstico de miomas é usualmente clínico, baseado no achado de um útero aumentado, móvel e com contornos irregulares ao exame bimanual ou um achado ultrassonográfico frequentemente casual. No entanto, exames de imagens são necessários para confirmar o diagnóstico e definir a localização do tumor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Dentre as opções de exames complementares estão a histerosalpingografia, a histeroscopia, a ultrassonografia, a histerosonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, sendo a ultrassonografia o exame mais utilizado por não ser invasivo, de baixo risco, com acurácia adequada e de baixo custo em relação aos demais, sendo o indicado no Protocolo do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Portanto, especificando a ultrassonografia, pode ser realizada por via transabdominal ou transvaginal. Sendo a via transabdominal um meio de importante diagnóstico em centros menores. Enquanto o método transvaginal apresenta alta sensibilidade (95%-100%) para detecção de miomas em úteros com tamanho menor ao equivalente a 10 semanas de gestação. A localização de miomas em úteros muito grandes ou quando os tumores são múltiplos pode ser difícil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Sintomatologia

A decisão cirúrgica fundamenta-se no tratamento de sintomas, sendo esses: sangramento uterino disfuncional, dor pélvica ou sensação de pressão (BEREK, 2014).

O sangramento uterino disfuncional refere-se a um sangramento supostamente anormal

sem causa anatômica aparente. Além disso, o sangramento uterino anovulatório está associado, em geral, à síndrome do ovário policístico (SOP), distúrbio no qual os ciclos anovulatórios são comuns. Esse sangramento é controlado por intervenções clínicas, as quais utilizam-se da administração de progestágenos, estrogênio ou pela combinação de progestágeno e estrogênio administrados como contraceptivos orais (CO); e pode ser controlado por anti-inflamatórios não esteroides, intervenção hormonal, ácido tranexâmico ou dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel. Nesse sentido, cerca de 20% das histerectomias são indicadas quando há a presença desse sangramento (BEREK, 2014).

A dor pélvica, sendo crônica, é a dor na região pélvica que persiste na mesma localização por mais de 6 meses e causa incapacidade funcional ou requer tratamento, que pode ser a histerectomia. Os seguintes parâmetros devem ser levados em consideração para a verificação dessa dor: localização, irradiação, intensidade, fatores que agravam e aliviam, efeito do cílico menstrual, estresse, trabalho, exercício, relação sexual e orgasmo, além de saber o contexto no qual a dor surgiu. Quando a dor é de origem ginecológica e não responde a tratamentos não cirúrgicos, a histerectomia deve ser realizada (BEREK, 2014).

A respeito da dismenorreia secundária, ela é a dor menstrual cíclica associada à doença pélvica de base. A dor costuma surgir 1 a 2 semanas antes do fluxo menstrual e persiste até alguns dias após o fim do sangramento. Essa dor pode apresentar algumas causas como exemplos, sendo essas, a endometriose, a adenomiose, a endometrite e a doença inflamatória pélvica. A endometriose pode ser tratada com anti-inflamatórios não esteroides isolados ou associados a CO (ou o DIU com levonorgestrel) que reduzem ou interrompem o fluxo menstrual.

Além do mais, é necessário tratar primeiro o distúrbio de base (p. ex., endometriose). Entretanto, caso o tratamento clínico falhe ou a paciente não possua mais o intuito de preservar a fertilidade, a histerectomia é indicada (BEREK, 2014).

No que tange a endometriose, esta consiste em uma ocorrência de tecido endometrial (glândulas e estroma) fora do útero. Os locais mais frequentes de implantação são as vísceras pélvicas e o peritônio. Há uma alta prevalência em mulheres com dor pélvica. À vista disso, quando a mulher com endometriose sente dor pélvica persistente ou tem dismenorreia, a histerectomia é indicada, porque os procedimentos clínicos e cirúrgicos conversadores não foram bem-sucedidos. Outras situações quando a cirurgia supracita é indicada acontece quando a paciente não deseja mais engravidar e tem endometriose com acometimento de outros órgãos pélvicos, como o ureter ou o cólon (BEREK, 2014).

Após a cirurgia, as mulheres apresentam uma melhora considerável em relação aos sintomas supracitados. Entretanto, cada satisfação está relacionada a indicação inicial da cirurgia e a expectativa da paciente. Ademais, a maioria das mulheres não possuem modificação ou melhora na função sexual, ou seja, relatam pouco impacto sobre a frequência da relação sexual, da libido e do interesse sexual (BEREK, 2014).

Além disso, torna-se necessário a discussão com a paciente, pois a remoção dos ovários não é essencial se a histerectomia estiver sendo realizada para indicações benignas. Para uma mulher que está menstruando regularmente, seria normal preservar os ovários e prevenir o início precoce dos sintomas da menopausa. Para as mulheres que estão no período da perimenopausa e apresentam alguns sintomas precoceamente e certo grau de irregularidade menstrual, a decisão de remoção de ovários deve ser indi-

vidualizada. A relação fortalecida entre o médico e a paciente é importante pois a conversação de ovários é um assunto bastante delicado para a maioria das mulheres (BICKERSTAFF & LOUISE, 2019).

Complicações

Dentre as complicações pós-operatórias pode-se listar as infecções da ferida e complicações urinárias, como retenção urinária, lesão do ureter, prolapso da tuba uterina e deiscência da cúpula vaginal (BEREK, 2014).

A bexiga e os ureteres estão intimamente relacionados com o útero, o colo do útero e os vasos uterinos, e existe um risco de lesão durante a histerectomia. A histerectomia abdominal tem um tempo de recuperação mais longo do que a histerectomia vaginal, mas facilita a remoção de grandes miomas e ovários. A histerectomia por qualquer via aumenta o risco do aparecimento de sintomas urinários e do prolapso. A decisão de remover os ovários deve considerar a idade do paciente, a presença de sintomas da menopausa, a dor e o risco individual de câncer ovariano tardio (BICKERSTAFF & LOUISE, 2017).

As infecções de ferida ocorrem em 4 a 6% das histerectomias abdominais. As medidas que reduzem as infecções incluem banho pré-operatório, não remoção de pelos ou a remoção destes, caso seja necessário. Além do uso de campos adesivos e antibióticos profiláticos e fechamento primário tardio (BEREK, 2014).

A retenção urinária após histerectomia é incomum. No caso de a uretra estar desobstruída e houver retenção, normalmente é devido a dor ou da atonia vesical decorrente da anestesia, as quais tem efeitos temporários. No caso da não inserção de cateter após a cirurgia, a retenção pode ser aliviada inicialmente com a inserção de um cateter de Foley por 12 a 24h. A maioria das

pacientes é capaz de urinar após a retirada do cateter no dia seguinte (BEREK, 2014).

Enquanto na lesão do ureter deve-se suspeitar de obstrução ureteral em pacientes com dor no flanco após a histerectomia. A ocorrência de lesão ureteral é menor na histerectomia vaginal que na histerectomia abdominal e maior na histerectomia laparoscópica. Nessas pacientes deve-se realizar urografia por tomografia computadorizada e exame de urina (BEREK, 2014).

Outrossim, o prolapsos da tuba uterina pós-histerectomia é raro e pode ser confundido com tecido de granulação no ápice da vagina. Os fatores predisponentes são hematoma e abcesso no ápice da vagina. Deve-se suspeitar de prolapsos da tuba uterina nas pacientes em que o tecido de granulação persiste após tentativas de cauterização ou que sentem dor quando se procura removê-lo (BEREK, 2014).

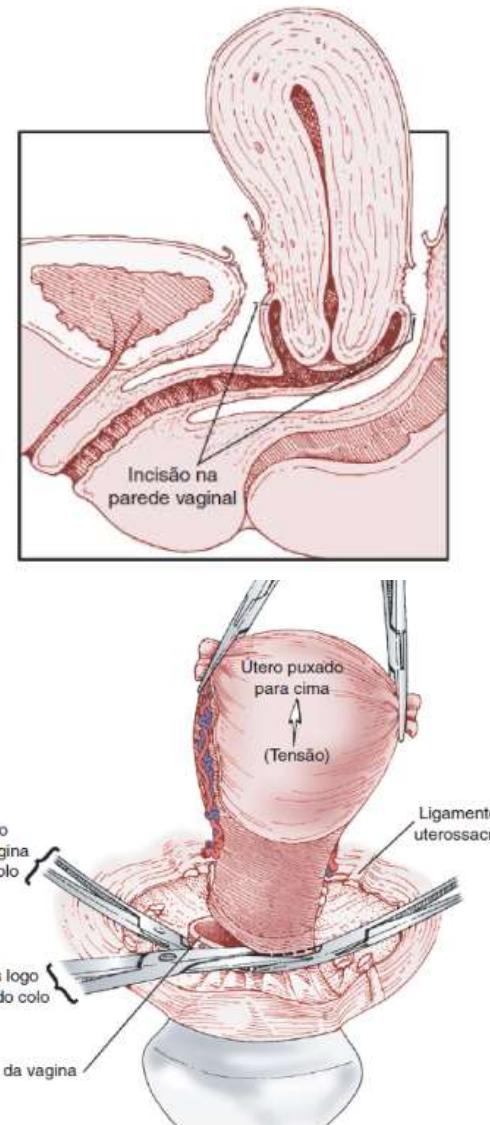
Do mesmo modo, em pacientes com desidratação da cúpula vaginal há a presença de dor, sangramento vaginal, corrimento vaginal ou saída de líquido de 2 a 5 meses após a cirurgia, o que ocorre mais casualmente durante o coito (BEREK, 2014).

Tratamento

A cirurgia de histerectomia pode ser feita por três técnicas diferentes, sendo elas, cirurgia abdominal, vaginal (**Imagen 12.1**) ou laparoscópica. Dentre elas, a histerectomia abdominal é a técnica mais invasiva, onde é realizado uma incisão na parte inferior do abdome. Nos últimos anos, muitos esforços foram feitos para reduzir o número de histerectomias abdominais, como o desenvolvimento da tecnologia para cirurgias minimamente invasivas. As vantagens da abordagem minimamente invasiva são amplamente conhecidas e consistem em incisões menores, levando a menos dor pós-operatória, rápida recuperação

retorno às atividades e menor morbidade cirúrgica (BEREK, 2014).

Imagen 12.1 Retirada do útero por transecção da vagina

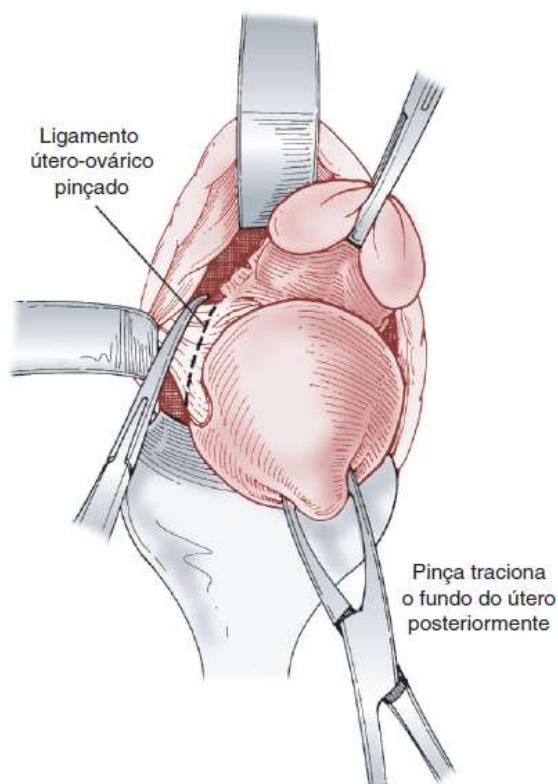


Fonte: BEREK, 2014.

Na técnica da histerectomia vaginal, é feito uma incisão circunferencial no epitélio vaginal ao redor do colo uterino, após isso, uma dissecção romba ou cortante de toda a espessura do epitélio vaginal, abre-se o fundo de saco posterior, a cavidade pélvica posterior é examinada à procura de alterações patológicas do útero ou de aderências no fundo de saco. Se a reflexão peritoneal vesicovaginal não for facilmente identifi-

cada, é preferível não abrir o espaço vesicovaginal (fundo de saco). Uma revisão Cochrane validou a ideia de que o acesso vaginal é a via cirúrgica de escolha para histerectomia (**Imagen 12.2**) (BEREK, 2014).

Imagen 11.2 Bácula posterior do útero.



Fonte: BEREK, 2014.

A histerectomia laparoscópica, tem uma abordagem menos invasiva, podendo também ser realizada por mecanismo robótico. Vários estudos apontam que essa abordagem é terapeuticamente satisfatória para muitas condições ginecológicas, além de melhorarem a qualidade de vida das pacientes. Pode ser feita por duas vias, umbilical ou laparoscopia aberta, a região umbilical é rotineiramente usada em pacientes sem história pregressa de cirurgias ou infecções intra-abdominais (SANTIAGO *et al.*, 2020).

Na histerectomia laparoscópica robótica, o cirurgião manipula um console responsável pelo movimento de instrumentos e da tela. Esta técnica possui vantagens em relação a laparoscó-

pica, sendo elas, visão tridimensional e instrumentos com extremidades articuladas que conferem mais ergonomia ao movimento (SANTIAGO *et al.*, 2020).

A escolha da via de cirurgia é influenciada por diversos fatores, como o tamanho e formato da vagina e do útero, acessibilidade, doenças extrauterinas, necessidade de intervenções concomitantes a cirurgia, experiência do médico, tecnologia e recursos disponíveis no hospital e a preferência da paciente (BEREK, 2014).

É de extrema importância ressaltar que a perda do momento certo para conversão de cirurgia vaginal para abdominal, é o fator preditivo mais importante para complicações, principalmente as hemorrágicas (PACE *et al.*, 2022).

Por mais volumoso que o corpo uterino possa ser, mais firme sua aderência a parede abdominal ou ante a presença de fatores que impeçam seu descenso, a inelasticidade da cérvix, bem como a proximidade constante do complexo ligamentar cardinal-útero-sacro e do pedículo uterino em relação a vagina, fará que na maioria dos casos, a decisão de converter para via abdominal já encontre o útero relativamente avascular e com complexo ligamentar seccionado. Em muitas situações já ocorreu o completo descolamento cérvix-bexiga ou mesmo a cérvix pode ter sido amputada (PACE *et al.*, 2022).

A histerectomia vaginal difícil é aquela que requer algo mais do que a habitual habilidade da maioria dos cirurgiões, ela exige perspicácia e avaliação pré-operatória cuidadosa, o que sómente se consegue com uma firme base teórica e muita prática (PACE *et al.*, 2022).

A pré-avaliação cirúrgica é uma parte importante do atendimento ao paciente e permite que planos personalizados de cuidado sejam feitos para aqueles com comorbidades específicas. Revisão multidisciplinar de casos planejados

pode ser útil para decidir sobre a abordagem segura para pacientes de maior complexidade. A decisão sobre o tipo de incisão cirúrgica deve ser feita após consideração dos requisitos básicos de acesso cirúrgicos e de dificuldades potenciais e devem ser considerados a resistência do

fechamento e o tempo de recuperação para cada tipo de incisão. Muitos procedimentos ginecológicos são realizados por técnicas minimamente invasivas, reduzindo a dor associada à incisão e otimizando a recuperação (PASSOS *et al.*, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SANTIAGO, W.S. et al (2020). Abnormal uterine bleeding: hysterectomy versus resection. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 66(12), 1731–1735.

BEREK, J.S. *Hysterectomy*. In: Grupo GEN, editora. *Tratado de Ginecologia*. Rio de Janeiro, 2014.

BICKERSTAFF, H. & LOUISE C. K. Condições benignas do útero, cérvix uterina e endométrio. In: Thieme Brazil, editora. *Ginecologia: by TenTeachers* (20th edição). Thieme Brazil, 2019.

PACE, W.A.P. et al. *Ginecologia Minimamente Invasiva: Cirurgia Vaginal e Uroginecologia*. MedBook Editora. *Texto e Atlas*, 2022.

PASSOS, E.P. In: *Rotinas em ginecologia* (7th ed.). Grupo A, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEIOMIOMA DE ÚTERO. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0495_23_09_2010.html> Acesso em: 24 mai. 2023.