

HISTERECTOMIA TOTAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

TOTAL HYSTERECTOMY: A LITERATURE REVIEW

HISTERECTOMÍA TOTAL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Victor da Costa Sacksida Valladolid¹

Daniella da Silva Araújo²

Gabriel Gomes Dalchiavon³

Pamella Micaella Araújo Pinto⁴

Letícia Sousa Amancio da Costa⁵

RESUMO: A histerectomia é uma intervenção cirúrgica que consiste na remoção do útero, e pode variar em extensão, desde a remoção apenas do corpo uterino até a retirada completa do útero com o colo do útero, ovários e tubas uterinas. Esta operação é uma das cirurgias ginecológicas mais comuns e é realizada para tratar uma variedade de condições que afetam o sistema reprodutivo feminino. A histerectomia inclui três tipos principais. A histerectomia total inclui a remoção de todo o útero e o colo do útero. A histerectomia parcial ou supracervical envolve a remoção do corpo do útero, mantendo o colo do útero intacto. Já a histerectomia radical é realizada principalmente quando há câncer, incluindo a remoção do útero, do tecido ao redor dos ligamentos uterinos, do colo uterino e parte superior da vagina. Esta revisão narrativa de literatura reuniu artigos publicados nos últimos cinco anos nas bases de dados PUBMED e SciELO, objetivando indicar quais são as principais indicações para a histerectomia total. Concluiu-se que as principais indicações para histerectomia total incluem: fibromas uterinos, endometriose severa, prolapso uterino, câncer ginecológico, hemorragia uterina anormal e adenomiiose.

3021

Palavras-chave: Histerectomia. Cirurgia Geral. Ginecologia.

ABSTRACT: Hysterectomy is a surgical intervention that consists of removing the uterus, and can vary in extent, from removing only the uterine body to complete removal of the uterus with the cervix, ovaries and fallopian tubes. This operation is one of the most common gynecological surgeries and is performed to treat a variety of conditions that affect the female reproductive system. Hysterectomy includes three main types. Total hysterectomy includes removal of the entire uterus and cervix. Partial or supracervical hysterectomy involves removing the body of the uterus while keeping the cervix intact. Radical hysterectomy is performed mainly when there is cancer, including removal of the uterus, the tissue around the uterine ligaments, the cervix and the upper part of the vagina. This narrative literature review brought together articles published in the last five years in the PUBMED and SciELO databases, aiming to indicate the main indications for total hysterectomy. It was concluded that the main indications for total hysterectomy include: uterine fibroids, severe endometriosis, uterine prolapse, gynecological cancer, abnormal uterine bleeding and adenomyosis.

Keywords: Hysterectomy. General Surgery. Gynecology.

¹ Médico pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Residente em Cirurgia Geral pelo Hospital Universitário da UFSC.

² Graduanda em Medicina pela Universidade de Rio Verde (UniRV).

³ Graduando em Medicina pela Universidade de Rio Verde (UniRV).

⁴ Médica pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Residente em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).

⁵ Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).

RESUMEN: La histerectomía es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del útero, y puede variar en extensión, desde extirpar sólo el cuerpo uterino hasta la extirpación completa del útero con el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio. Esta operación es una de las cirugías ginecológicas más comunes y se realiza para tratar una variedad de afecciones que afectan el sistema reproductivo femenino. La histerectomía incluye tres tipos principales. La histerectomía total incluye la extirpación de todo el útero y el cuello uterino. La histerectomía parcial o supracervical implica extirpar el cuerpo del útero manteniendo intacto el cuello uterino. La histerectomía radical se realiza principalmente cuando hay cáncer, incluida la extirpación del útero, el tejido que rodea los ligamentos uterinos, el cuello uterino y la parte superior de la vagina. Esta revisión narrativa de la literatura reunió artículos publicados en los últimos cinco años en las bases de datos PUBMED y SciELO, con el objetivo de indicar las principales indicaciones de la histerectomía total. Se concluyó que las principales indicaciones de histerectomía total incluyen: miomas uterinos, endometriosis severa, prolapso uterino, cáncer ginecológico, sangrado uterino anormal y adenomiosis.

Palabras clave: Histerectomía. Cirugía General. Ginecología.

1 INTRODUÇÃO

A histerectomia é uma intervenção cirúrgica que consiste na remoção do útero, e pode variar em extensão, desde a remoção apenas do corpo uterino até a retirada completa do útero com o colo do útero, ovários e tubas uterinas. Esta operação é uma das cirurgias ginecológicas mais comuns e é realizada para tratar uma variedade de condições que afetam o sistema reprodutivo feminino.

A histerectomia inclui três tipos principais. A histerectomia total inclui a remoção de todo o útero e o colo do útero. A histerectomia parcial ou supracervical envolve a remoção do corpo do útero, mantendo o colo do útero intacto. Já a histerectomia radical é realizada principalmente quando há câncer, incluindo a remoção do útero, do tecido ao redor dos ligamentos uterinos, do colo uterino e parte superior da vagina.

Como qualquer cirurgia maior, a histerectomia carrega riscos, que incluem infecção, sangramento, danos aos órgãos adjacentes (como bexiga ou intestinos), e complicações anestésicas. Também há efeitos a longo prazo, como a possibilidade de início precoce da menopausa, especialmente se os ovários são removidos.

Após a histerectomia, a paciente passará por um período de recuperação, durante o qual pode ser necessário manejo da dor e monitoramento de sinais de infecção ou complicações. A retomada das atividades normais geralmente ocorre gradualmente, e aconselha-se evitar levantamento de peso e esforço físico intenso durante as primeiras semanas.

A decisão de realizar uma histerectomia deve sempre ser baseada em uma avaliação cuidadosa das indicações médicas e após discussões detalhadas sobre as opções de tratamento alternativas, os riscos e benefícios do procedimento, e os impactos potenciais na qualidade de vida da paciente.

Tendo em vista a grande importância desta temática, o estudo presente objetiva indicar quais são as principais indicações para a histerectomia total.

2 MÉTODOS

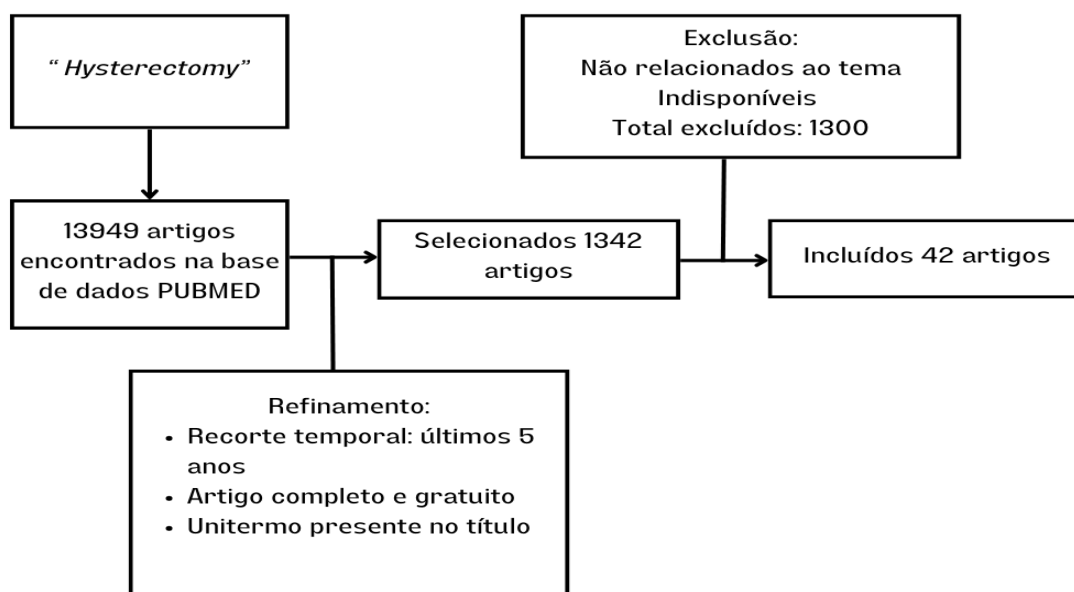
Trata-se de uma revisão narrativa de literatura que utilizou artigos publicados de forma integral e gratuita nas bases de dados U.S. *National Library of Medicine* (PUBMED) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Deu-se preferência para a bibliografia publicada nas línguas inglesa, portuguesa, espanhola e francesa. O unitermo utilizado para a busca foi “*Hysterectomy*”, presente nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Visando uma abordagem mais atual acerca do objetivo almejado, um recorte temporal foi incorporado à filtragem, que incluiu pesquisas publicadas nos últimos cinco anos. No entanto, livros referência da medicina também foram consultados no intuito de melhor conceituar os termos aqui utilizados, trazendo maior assertividade e confiabilidade à pesquisa.

Nos meses de abril e maio de 2024, os autores deste trabalho se dedicaram a uma busca minuciosa pelos estudos elegíveis dentre aqueles encontrados. A seleção incluiu a leitura dos títulos dos trabalhos, excluindo aqueles cujo tema não era convergente com o aqui abordado. Posteriormente, realizou-se a leitura integral dos estudos e apenas 43 dos 1351 artigos encontrados foram utilizados aqui de alguma forma. As etapas citadas foram descritas na figura a seguir (Figura 1)(Figura 2):

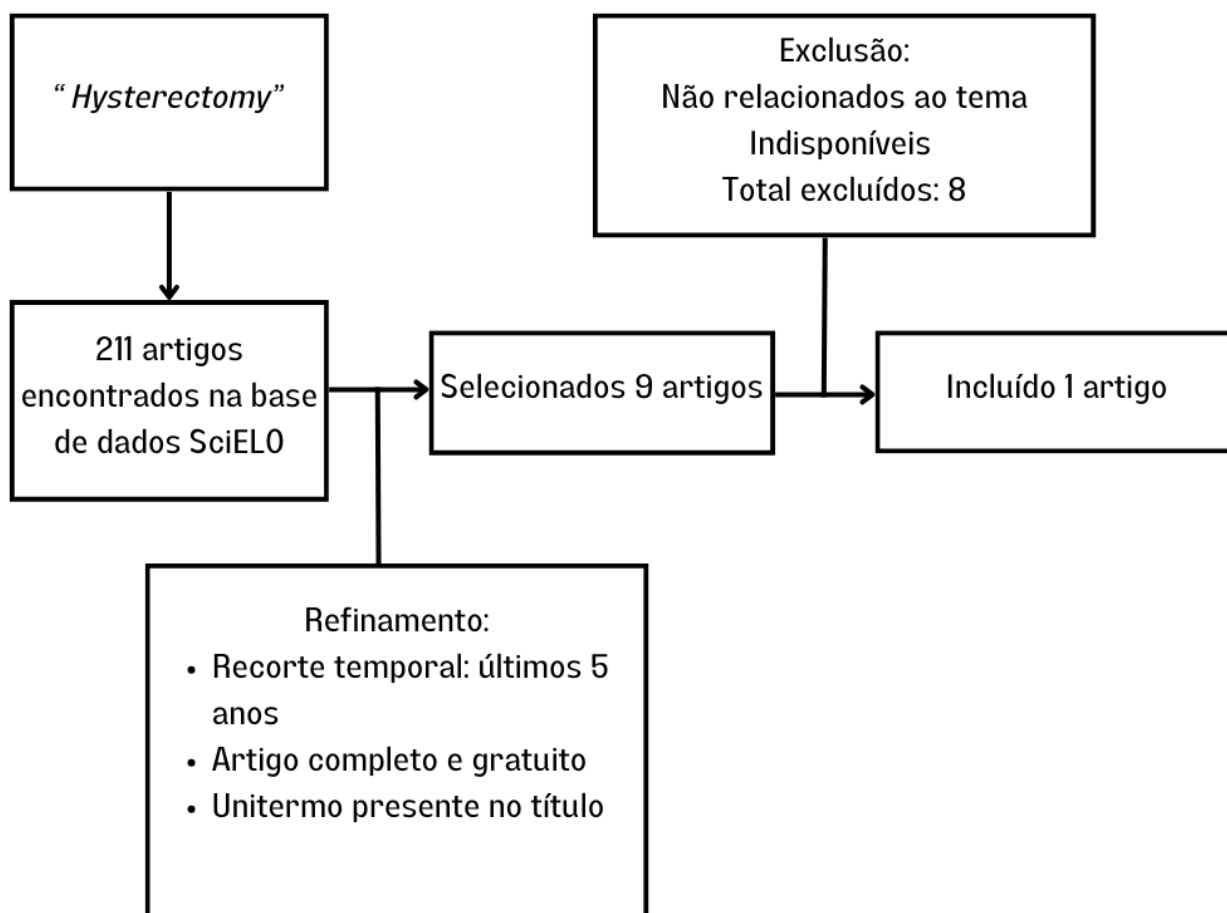
3023

Figura 1 - Artigos encontrados na PUBMED: metodologia utilizada



Fonte: VALLADÃO VCS, et al., 2024.

Figura 2 - Artigos encontrados na SciELO: metodologia utilizada



Fonte: VALLADÃO VCS, *et al.*, 2024.

Ademais, vale ressaltar que esta pesquisa dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo em vista que não aborda e nem realiza pesquisas clínicas em seres humanos e animais. Por conseguinte, asseguram-se os preceitos dos aspectos de direitos autorais dos autores vigentes previstos na lei (BRASIL, 2013).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A histerectomia total pode ser realizada através de várias abordagens, dependendo das condições médicas da paciente, da causa subjacente para a cirurgia e da experiência do cirurgião. A abordagem abdominal, primeiramente, é realizada através de uma incisão abdominal que proporciona uma boa visibilidade do campo operatório. Esta técnica é frequentemente usada em casos de tumores grandes ou quando há a necessidade de uma exploração mais extensa (MINTER RM e DOHERTY GM, 2012; VIANA LC e GEBER S, 2012).

Na abordagem vaginal, o útero é removido através da vagina, oferecendo vantagens como menor tempo de recuperação e menor risco de complicações cirúrgicas visíveis. Já a laparoscopia usa pequenas incisões abdominais por onde se introduzem instrumentos cirúrgicos e uma câmera. Esta abordagem minimamente invasiva geralmente resulta em menor dor pós-operatória e recuperação mais rápida (BICKERSTAFF H e KENNY LC, 2019; GIRÃO MJBC, 2019; HOFFMAN BL et al., 2014; LASMAR RB, 2017; PACE WAP, FALCÃO JÚNIOR JOA e PEREIRA FAN, 2021).

A histerectomia total é indicada em diversas condições ginecológicas, que incluem: fibromas uterinos (neoplasias benignas do útero que podem causar sangramento menstrual abundante, dor pélvica e outros sintomas relacionados à pressão), endometriose severa (quando o tecido semelhante ao endométrio cresce fora do útero, causando dor significativa e outros sintomas sistêmicos), prolapso uterino (descida do útero na vagina devido ao enfraquecimento dos músculos pélvicos e ligamentos, o que pode levar a sintomas como sensação de peso ou desconforto na pelve), câncer ginecológico (incluindo câncer do endométrio, câncer do colo do útero em estágios específicos, ou sarcoma uterino), hemorragia uterina anormal (sangramento uterino que não responde a outros tratamentos e que pode ser causado por desequilíbrios hormonais, pólipos, adenomiose, ou câncer) e adenomiose (crescimento do tecido endometrial dentro do músculo uterino, causando dor e sangramento menstrual intenso) (ABIDI I et al., 2022; AIMAGAMBETOVA G et al., 2022; ASHFAQ S et al., 2021; BAHADUR A et al., 2021; BLOSSER EG, MORRIS GB e GALA RB, 2020; CHALE GJ, SALIM RM e LESHABARI KM, 2021; ISONO W et al., 2020; PROTOPAPAS A et al., 2022; STEWART KA, TESSIER KM e LEBOVIC DI, 2022; UWAISS A et al., 2023).

Por fim, considera-se a excepcional análise feita por Passini Júnior R (2007) à respeito do ensino das cirurgias ginecológicas tendo em vista o advento de novas técnicas:

Todos sabemos como o desenvolvimento da cirurgia ginecológica mudou a face da especialidade, possibilitando o cuidado e a intervenção em muitos problemas que afetam a saúde da mulher. Os tratados de Ginecologia operatória existem há mais de um século, buscando acompanhar os avanços da ciência e da abordagem cirúrgica. Em todo este tempo, muita coisa mudou. Fístulas se tornaram mais raras. Procedimentos não realizados há dez ou 20 anos agora fazem parte do repertório da cirurgia ginecológica. Estes avanços, incluindo procedimentos endoscópicos, requerem um grau de habilidade não facilmente obtido nas possibilidades atuais de treinamento. O acesso à histerectomia mudou profundamente. Hoje, centenas de milhares de histerectomias são feitas em vários países, inclusive no Brasil. Richard Te Linde (THOMPSON JD e WARSHAW J, 1999) faz um comentário sobre esse fato em seu Tratado de Ginecologia

Operatória: "A facilidade com que a histerectomia média pode ser realizada provou ser uma benção e uma praga para a espécie humana. Não há dúvidas de que uma histerectomia realizada com indicações apropriadas pode restabelecer a saúde de uma mulher, e até mesmo salvar sua vida. Entretanto, na prática da Ginecologia, há ampla oportunidade de observar incontáveis mulheres que foram aconselhadas a se submeter a histerectomias sem indicações apropriadas... Estou inclinado a acreditar que o maior fator isolado na promoção de histerectomias desnecessárias é uma ausência de compreensão da patologia ginecológica. A maior necessidade hoje entre aqueles que estão realizando cirurgia pélvica é um melhor conhecimento da patologia ginecológica". Neste comentário há colocações sobre lições a aprender e debates a travar. Ao cirurgião é importante conhecer a fisiopatologia das doenças ginecológicas para a boa indicação dos procedimentos cirúrgicos, fator primordial no ensino aos médicos residentes. Saber indicar uma cirurgia depende de um conhecimento que envolve estudo teórico de qualidade, ouvir profissionais mais experientes, atender pacientes, examinar ouvindo suas queixas, além da observação de resultados em mulheres operadas e não operadas, com problemas semelhantes. O conhecimento adquirido em relação à indicação cirúrgica permitirá a seleção adequada da paciente para a realização do procedimento, bem como a seleção correta da técnica operatória para cada situação. Surge, então, a necessidade do desenvolvimento das habilidades cirúrgicas durante os anos de treinamento na residência. O treinamento prático na execução da técnica, bem assessorado e supervisionado, permitirá a realização correta da cirurgia e orientará o necessário acompanhamento pós-operatório, sem o qual, muitas vezes, o bom trabalho pré e intra-operatório acaba sendo prejudicado, bem como a saúde da paciente, algumas vezes de forma significativa e definitiva. Mas até onde chegar nessa formação?

3026

O campo da cirurgia pélvica sofre dos mesmos problemas relacionados ao treinamento de todos os médicos. Não é possível ensinar tudo. Nossos residentes saem preparados para realização de um número limitado de procedimentos, com raras exceções. Nossas pacientes, entretanto, continuarão tendo anomalias de desenvolvimento, prolapso, fístulas, hemorragias, tumores, que precisarão ser tratados. O que é necessário, portanto, em termos de conhecimentos cirúrgicos, para que um médico residente, ao concluir seu programa, possa atuar satisfatoriamente, sem prejuízo a si próprio ou às suas pacientes? Em outros países, muitos educadores em Obstetrícia e Ginecologia estão preocupados com isso e destacam que o treinamento cirúrgico de residentes não é suficiente para preencher as necessidades dos futuros especialistas. Para o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia, um dos principais objetivos para o início deste milênio é, justamente, o debate sobre a necessidade da ampliação da formação do residente de nossa especialidade, para que ele possa adquirir condições para atuar

desde o nível primário até a realização de procedimentos cirúrgicos mais complexos. Lá, os Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia têm duração de quatro anos, com 80 horas semanais de atividade.

Enquanto cresce o número de técnicas e métodos de abordagem cirúrgica de certos agravos, também aumenta o conhecimento no sentido de medidas mais conservadoras em várias doenças que já foram anteriormente tratadas cirurgicamente. Citemos, por exemplo, os casos de leiomiomas uterinos, da gravidez ectópica, que dependendo de cada caso, poderão ser tratados utilizando desde métodos farmacológicos até procedimentos cirúrgicos abertos, passando por indicações laparoscópicas, dentre outras. E isto precisaria ser ensinado.

Nas últimas duas décadas, o conceito e a prática da cirurgia minimamente invasiva têm avançado rapidamente. Esta abordagem traria, em tese, vantagens ao paciente e aos serviços de saúde. A complexidade dos procedimentos realizados laparoscopicamente tem também aumentado dramaticamente. Muitos prevêm que a laparotomia pode ser substituída no futuro pelos procedimentos chamados minimamente invasivos. Nem todos concordam com estas afirmações e há autores que clamam por maiores evidências antes que os médicos aceitem certas afirmações e passem a adotar novos padrões de conduta, os quais podem aumentar custos, sem necessariamente melhorar resultados. Revisões sistemáticas já começam a aparecer mostrando, apesar de muita controvérsia, vantagens reais e aquelas somente aparentes quando da aplicação de novas técnicas cirúrgicas. A formação do residente deve ser afastada de certas influências comerciais e ficar centrada no conhecimento científico de qualidade. Os cirurgiões ginecológicos estão oferecendo às pacientes hoje mais que no passado, mas é necessário assegurar que mais é melhor. Se a evidência científica indicar que o caminho são os procedimentos minimamente invasivos, novamente surgirá o debate sobre até onde irá a competência necessária ao médico residente, em termos de complexidade e treinamento necessários. O mesmo vale, por exemplo, para o treinamento em uroginecologia, em histeroscopia, nos procedimentos endovasculares, na cirurgia oncológica minimamente invasiva. Até a robótica começa a surgir, sendo uma promessa em várias áreas cirúrgicas. Toda esta nova tecnologia, quando acessível, demandará um processo diferenciado de treinamento, não só aos residentes, mas também a seus preceptores.

Após a cirurgia, as pacientes podem esperar um período de recuperação que varia dependendo da técnica utilizada. O acompanhamento médico é essencial para monitorar a recuperação e identificar possíveis complicações como infecções, hemorragias, lesões em órgãos adjacentes e complicações relacionadas à anestesia.

A histerectomia total resulta em esterilidade permanente e, dependendo da idade e das condições hormonais da paciente, pode levar a uma menopausa precoce se os ovários também

forem removidos. A decisão de proceder com uma histerectomia deve ser tomada após uma discussão cuidadosa entre a paciente e o seu médico, considerando todas as opções terapêuticas disponíveis e os impactos potenciais na qualidade de vida da paciente.

CONCLUSÃO

As principais indicações para histerectomia total incluem: fibromas uterinos, endometriose severa, prolapso uterino, câncer ginecológico, hemorragia uterina anormal e adenomiose. Ademais, os autores deste estudo fomentam pesquisas futuras tendo em vista a grande importância do tema, preenchendo as lacunas deixadas por este trabalho como os demais aspectos igualmente relevantes relacionados ao tema.

REFERÊNCIAS

ABIDI, I. *et al.* Etude rétrospective sur 70 cas d'hystérectomie d'hémostase dans le département de gynécologie obstétrique de l'Hôpital de Ben Arous, Tunisie. **The Pan African Medical Journal**; 2022, 42:172.

AIMAGAMBETOVA, G. *et al.* The Prevalence, Incidence, Indications and Outcomes of Peripartum Hysterectomy in Kazakhstan: Data from Unified Nationwide Electronic Healthcare System 2014-2018. **International Journal of Women's Health**; 2022, 14:267-278.

3028

ASHFAQ, S. *et al.* Outcomes of Total Laparoscopic Hysterectomy: A Single-Surgeon Experience of Initial 50 Cases. **Cureus**; 2021, 13(1): e12644.

BAHADUR, A. *et al.* Robotic-Assisted Hysterectomy for Benign Indications of Uteri Less Than Fourteen Weeks Size Versus More Than Fourteen Weeks Size: A Comparative Study. **Cureus**; 2021, 13(5): e15263.

BICKERSTAFF, H.; KENNY, L.C. **Ginecologia: por Ten Teachers**. 20^a edição. São Paulo: Editora Thieme Brasil, 2019.

BLOSSER, E.G.; MORRIS, G.B.; GALA, R.B. Retrospective Analysis of Route Selection for Hysterectomy for Benign Indications at Ochsner Baptist Hospital. **Ochsner Journal**; 2020, 20(4): 368-372.

BRASIL. **Lei Nº 12.853**. Brasília: 14 de agosto de 2013.

CHALE, G.J.; SALIM, R.M.; LESHABARI, K.M. Clinical indications for total abdominal hysterectomy among women seen in Dar es Salaam regional referral hospitals, Tanzania: a prospective, observational hospital-based study. **The Pan African Medical Journal**; 2021, 38:10.

GIRÃO, M.J.B.C. **Ginecologia**. 2ª edição. Barueri: Editora Manole, 2019.

HOFFMAN, B.L. *et al.* **Ginecologia de Williams**. 2ª edição. Porto Alegre: Grupo A, 2014.

ISONO, W. *et al.* A retrospective study of 323 total laparoscopic hysterectomy cases for various indications and a case report treating caesarean scar pregnancy. **J Med Case Rep**; 2020, 14(1): 243.

LASMAR, R.B. **Tratado de Ginecologia**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017.

MINTER, R.M.; DOHERTY, G.M. **Atual: Cirurgia**. Porto Alegre: Grupo A, 2012.

PACE, W.A.P.; FALCÃO JÚNIOR, J.O.A.; PEREIRA, F.A.N. **Histeroscopia – Ginecologia Minimamente Invasiva**. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2021.

PASSINI JÚNIOR, R. Ensino da cirurgia ginecológica nos programas de residência médica do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**; 2007, 29(2): 61-66.

3029

PROTOPAPAS, A. *et al.* Total laparoscopic hysterectomy in patients with deep endometriosis: Different technical and postoperative considerations, in comparison with a procedure performed for other benign indications. **Taiwan J Obstet Gynecol**; 2022, 61(2): 216-222.

STEWART, K.A.; TESSIER, K.M.; LEOVIC, D.I. Comparing Characteristics of and Postoperative Morbidity after Hysterectomy for Endometriosis versus other Benign Indications: A NSQIP Study. **J Minim Invasive Gynecol**; 2022, 29(7): 884-890.

THOMPSON, J.D.; WARSHAW, J. In: Rock JA, Thompson JD, editores. **Te Linde ginecologia operatória**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 607-8.

UWAIS, A. *et al.* A Comparison between Total Abdominal Hysterectomy versus Total Laparoscopic Hysterectomy. **Gynecol Minim Invasive Ther**; 2023, 13(1): 43-47.

VIANA, L.C.; GEBER, S. **Ginecologia**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2012.