



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Y

HOSPITAL ESPAÑOL, CIUDAD DE MEXICO

**“Comparación de la función sexual posterior a la histerectomía total versus supracervical”**

Tesis

Que para obtener el grado de especialista en el curso de:

**Ginecología y Obstetricia**

Presenta

Dr. Alfredo Cano Alvarez

Directores de Tesis:

Dr. Leonel Pedraza González

Dr. Juan Manuel Medina Lomelí

México, D.F., 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS:**

Esta tesis representa un parteaguas entre una etapa muy enriquecedora y el camino que el tiempo me obliga a continuar. A través de este tiempo, han habido personas que merecen las gracias porque sin su valiosa aportación no hubiera sido posible este trabajo y también hay quienes las merecen por haber plasmado su huella en mi camino.

Primero y antes que nada, dar gracias a DIOS, por estar conmigo en cada paso que doy, por escucharme, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a todas aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este tiempo.

A mis padres, Alfredo y Margarita, les agradezco su apoyo, su guía y su confianza en la realización de todos mis sueños. Esta tesis es suya.

A mi Chornita con mucho cariño, por sus consejos y los sueños que hemos compartido, gracias por escucharme siempre.

Agradezco a mis amigos por su confianza y lealtad.

Agradezco a mis maestros por su paciencia y consejos, una parte de ustedes vivirá en mí para siempre.

## **Autorizaciones:**

**Dr. Alfredo Sierra Unzueta.**

Jefe de Enseñanza.

**Dr. Leonel Pedraza González**

Adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia

Asesor de Tesis.

**Dr. Juan Manuel Medina Lomelí**

Adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia

Asesor de Tesis.

**Dr. Xavier Aguirre Osete**

Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

**Dr. Manuel Álvarez Navarro**

Profesor Titular del curso

## INDICE

|                           |    |
|---------------------------|----|
| Resumen .....             | 1  |
| Introducción.....         | 2  |
| Objetivo.....             | 4  |
| Hipótesis.....            | 5  |
| Justificación.....        | 6  |
| Método y Pacientes.....   | 7  |
| Resultados .....          | 9  |
| Análisis y discusión..... | 17 |
| Conclusiones.....         | 19 |
| Bibliografía.....         | 21 |

# **Función sexual posterior a la histerectomía total y supracervical con técnica abierta y laparoscópica**

## **RESUMEN**

**Objetivo:** comparar la función sexual en pacientes sometidas a histerectomía total con pacientes sometidas a histerectomía supracervical con técnica laparoscópica o abdominal abierta.

**Método y pacientes:** estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y observacional. Estudio realizado con pacientes del Hospital Español de la Ciudad de México y el Hospital ABC Observatorio, entre mayo del 2004 y noviembre del 2007, se incluyeron 135 mujeres que dividieron en 2 grupos. El grupo 1 se conformó de 67 pacientes sometidas a histerectomía total, y el grupo 2 estuvo formado por 68 pacientes sometidas a histerectomía subtotal (supracervical). En ambos grupos se evaluó la función sexual prequirúrgica, y postquirúrgica a los 6, 12 y 24 meses del evento.

**Resultados:** la edad promedio de las pacientes fue similar en ambos grupos (41.8 y 41.2 años respectivamente). La paridad promedio fue la misma para ambos grupos (2 y 2), las indicaciones quirúrgicas principales en ambos grupos fueron: Miomatosis (65.6 y 57.3 %), endometriosis (8.9 y 2.9 %), sangrado uterino anormal (19.4 y 32.3%), hiperplasia/ pólipo endometrial (5.9 y 7.3%), respectivamente. La principal sintomatología clínica referida fue la dismenorrea (85 y 75 %), dispareunia (40.2 y 20.4 %) y dolor pélvico/presión (70.1 y 75 %), respectivamente. La media del intervalo transcurrido entre la cirugía y el primer coito postoperatorio fue de 41.7 días en el grupo de histerectomía supracervical, y de 52.9 días en el grupo de histerectomía total. Al cabo de 2 años no había diferencia estadística en cuanto a la frecuencia de actividad sexual entre los dos grupos de pacientes. Sin embargo, tanto el grupo de pacientes con histerectomía total como supracervical refirieron mejoría en su vida sexual cuando existía el antecedente prequirúrgico de dispareunia

**Conclusiones:** Se observa una importante mejoría de la dispareunia que se traduce en una mejor satisfacción sexual en ambos grupos, mucho más acentuada en el grupo de la histerectomía supracervical al cabo de 24 meses posterior al evento quirúrgico. En cuanto a la frecuencia de orgasmos observamos que al cabo de 24 meses no hay diferencias en cuanto a la evaluación prequirúrgica. Por igual al comparar el número de coitos en las últimas 4 semanas en la evaluación prequirúrgica y a los 24 meses postquirúrgicos no existían diferencias estadísticamente significativas.

Las pacientes sometidas a histerectomía supracervical parecen recobran su vida sexual más temprano posterior al evento quirúrgico. Esta información podría ayudar al ginecólogo tratante a informar sobre la función sexual cuando se discuten las opciones quirúrgicas con sus pacientes.

## **INTRODUCCION:**

Antes de 1950 aproximadamente el 95% de las histerectomías realizadas en Estados Unidos eran supracervicales, debido a que así se evitaba la entrada en la vagina, se acortaba el tiempo quirúrgico, se disminuían las complicaciones viscerales y hemorrágicas, y parecía disminuirse la incidencia de prolapso pélvico.

Los avances en medicina y en las técnicas quirúrgicas permitieron la transición a la histerectomía total. En este sentido influyeron el uso de antibióticos que consiguieron disminuir la morbilidad relacionada con la apertura de una cavidad contaminada (vagina), los progresos en la anestesia que disminuyeron las tasas de morbi-mortalidad, y finalmente la mejora de la técnica quirúrgica que hizo menos peligrosa la exéresis del cérvix. Por todo lo anterior, la histerectomía total se convirtió en la técnica estándar en la segunda mitad del siglo 20, quedando relegada la subtotal a situaciones en las que la dificultad de la histerectomía no permitía la extirpación del cérvix.

Una de las ventajas de la transición de la técnica supracervical a la total fue la disminución en la incidencia en cáncer cervical. En ausencia de un estudio de tamiz efectivo, el mantener el cérvix ponía a las mujeres en riesgo de padecer cáncer de cérvix futuro.

En 1941 Papanicolaou y Trout publicaron los primeros datos acerca de la citología cervicovaginal que revolucionó la manera de detectar cáncer cervical preinvasivo. Aun así, el estudio cervicovaginal de rutina no se estableció en Estados Unidos hasta 1960.

La tasa de fallecimientos por cáncer de cérvix disminuyó en el último tercio del siglo XX. En 1992 el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos concluyó que el frotis cervicovaginal era responsable de esta disminución y que la histerectomía total lo era sólo en el 8% <sup>(1)</sup>.

La opción de la histerectomía subtotal resurgió en los años 90's debido al uso de técnicas mínimamente invasivas

Los partidarios de la histerectomía supracervical laparoscópica (HSL) refieren que tiene las siguientes ventajas: su naturaleza mínimamente invasiva de esta técnica, que no provoca alteración de la función sexual, que causa menos complicaciones, que ocasiona menos síntomas urinarios y que permite la conservación del cérvix con sus ligamentos correspondientes. Los opositores destacan el riesgo persistente de patología cervical, persistencia de sangrado vaginal, complicaciones en una cirugía futura y el costo de la cirugía laparoscópica.

La mayoría de las histerectomías abdominales son procedimientos “totales” que incluyen la remoción del cérvix. Con el advenimiento de mejores métodos de detección del cáncer cervical como ya se mencionó anteriormente y la posible superioridad funcional anatómica al preservar el cérvix, la atención se ha centrado nuevamente en la histerectomía “supracervical” o “subtotal”.

Algunas mujeres perciben la histerectomía como una amputación de su feminidad; estas mujeres suelen preocuparse acerca de los efectos potenciales de dicha intervención sobre su función sexual. El tema es muy complejo, dado que los factores que intervienen, ya sean físicos o psicológicos, tales como la relación con su pareja, los efectos hormonales, el bienestar socio-psicológico, la indicación quirúrgica, la raza, la cultura y el tipo de cirugía efectuada, ejercen influencias variadas e incuantificables sobre la sexualidad.

Masters y Johnson, en sus primeros estudios acerca de la respuesta sexual femenina, propusieron que en algunas mujeres el útero podría ejercer un papel en la fisiología del así llamado "orgasmo vaginal" <sup>(9)</sup>. Por ello, algunos investigadores han sugerido que el orgasmo vaginal podría verse afectado luego de la histerectomía total.

La relación existente entre la histerectomía y la función sexual no está del todo clara, sin embargo, la opinión general indica que la cirugía en sí misma no produce disfunción sexual. El verdadero motivo de debate es determinar si la histerectomía subtotal confiere beneficios por sobre la histerectomía total respecto de la función sexual.

## **OBJETIVO:**

El objetivo del presente trabajo de tesis es analizar y comparar la función sexual entre pacientes sometidas a histerectomía total y pacientes sometidas a histerectomía supracervical con técnica laparoscópica o abdominal abierta por padecimientos no oncológicos.

## **HIPOTESIS**

Se ha descrito que la histerectomía subtotal confiere beneficios adicionales con respecto a la función sexual y una pronta recuperación de la actividad sexual postoperatoria cuando se compara con histerectomía total.

## **JUSTIFICACION**

La realización de este proyecto de tesis encuentra una evidente justificación, ya que ayudara a determinar si existe variación en la función sexual de las mujeres sometidas a histerectomía en sus dos variantes: total o supracervical, laparoscópica y abierta y así contar con información que nos ayude a seleccionar la técnica quirúrgica que mejor se adapte a cada paciente.

## **METODO Y PACIENTES:**

Es un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y observacional. Se identificaron a todas las mujeres que habrían de ser operadas entre Mayo del 2004 y noviembre del 2007 a quienes se iba a practicar histerectomía total o supracervical con técnica laparoscópica o abdominal abierta. El estudio se realizó en el Hospital Español de la Ciudad de México y en el Hospital ABC Observatorio, evaluando la función sexual pre y posquirúrgica.

Criterios de exclusión:

- 1.- Pacientes sometidas a ooforectomía uni o bilateral en cirugías previas o durante la histerectomía por hallazgos transoperatorios.
- 2.- Aquellas que no llevaban una vida sexual regular por estatus marital.
- 3.- Pacientes que se encontraban recibiendo terapia de reemplazo hormonal.
- 4.- Las pacientes incapaces para completar el cuestionario.
- 5.- Pacientes que nunca experimentaron un orgasmo antes del evento quirúrgico.
- 6.- Las pacientes en quienes la indicación de la cirugía fue de naturaleza oncológica

Criterios de inclusión:

- 1.- Se incluyeron en el estudio a todas aquellas mujeres que iban a ser operadas por sangrado uterino anormal que no respondían a tratamiento hormonal y que contaban con evaluación ultrasonográfica, histerosonográfica o histeroscópica prequirúrgica.
- 2.- Todas las pacientes debían contar con evaluación citológica cervicovaginal de al menos medio año de antigüedad antes del tratamiento quirúrgico, con la finalidad de descartar patología oncológica.

Se incluyeron un total de 135 pacientes en las que se recabaron las características sociodemográficas de base, características clínicas y sintomatología asociada que interviene con mayor frecuencia en la correcta función sexual (dismenorrea y dispareunia). Para medir los aspectos específicos de la función sexual, se realizó un cuestionario prequirúrgico y a los 6, 12 y 24 meses posteriores al evento quirúrgico ya sea con entrevista directa o llamada telefónica a la paciente.

Este cuestionario evaluó los siguientes parámetros: estatus marital, frecuencia coital (número de relaciones sexuales con la pareja en las últimas 4 semanas), la frecuencia de los orgasmos experimentados, satisfacción sexual y finalmente un punto importante en la evaluación postquirúrgica: el intervalo de tiempo en días entre la operación y el primer coito postoperatorio.

La frecuencia coital fue clasificada como: 1 a 4 o más de 5 veces en las últimas 4 semanas. El intervalo de tiempo entre la operación y el primer coito postoperatorio fue medido en días desde el evento quirúrgico hasta la primera relación sexual.

La frecuencia de los orgasmos fue clasificada como: presencia de orgasmos en más del 50% o en menos del 50% de sus relaciones sexuales.

En parámetro de satisfacción sexual simplemente fue medido como: “satisfechas” o “insatisfechas” con su vida sexual.

En todos los casos, se solicitó autorización al ginecólogo tratante y se obtuvo el consentimiento informado de la paciente sobre su inclusión en el estudio para permitir su evaluación pre y postquirúrgica.

Los hallazgos transoperatorios y la técnica quirúrgica empleada fueron obtenidos de la nota postoperatoria y por medio de entrevista directa con el cirujano en cuestión.

Las pacientes fueron divididas en 2 grupos.

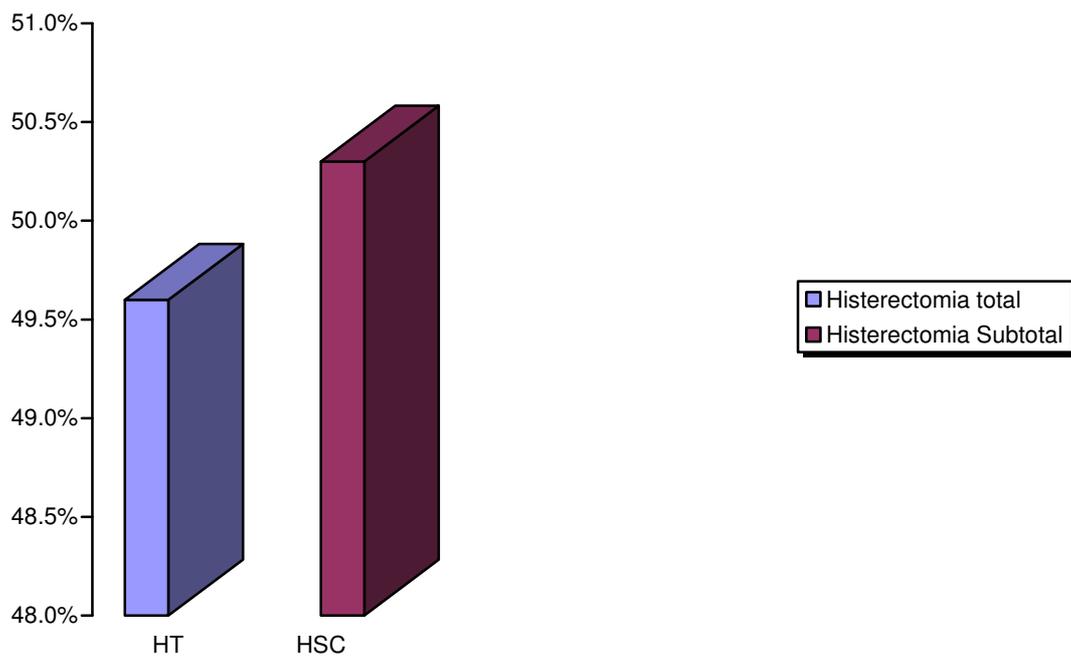
El grupo 1 se conformo de 67 pacientes sometidas a histerectomía total, y el grupo 2 estuvo formado por 68 pacientes sometidas a histerectomía subtotal (supracervical). En ambos grupos se evaluó la función sexual prequirúrgica, y postquirúrgica en los intervalos de tiempo ya mencionados.

Medidas estadísticas empleadas:

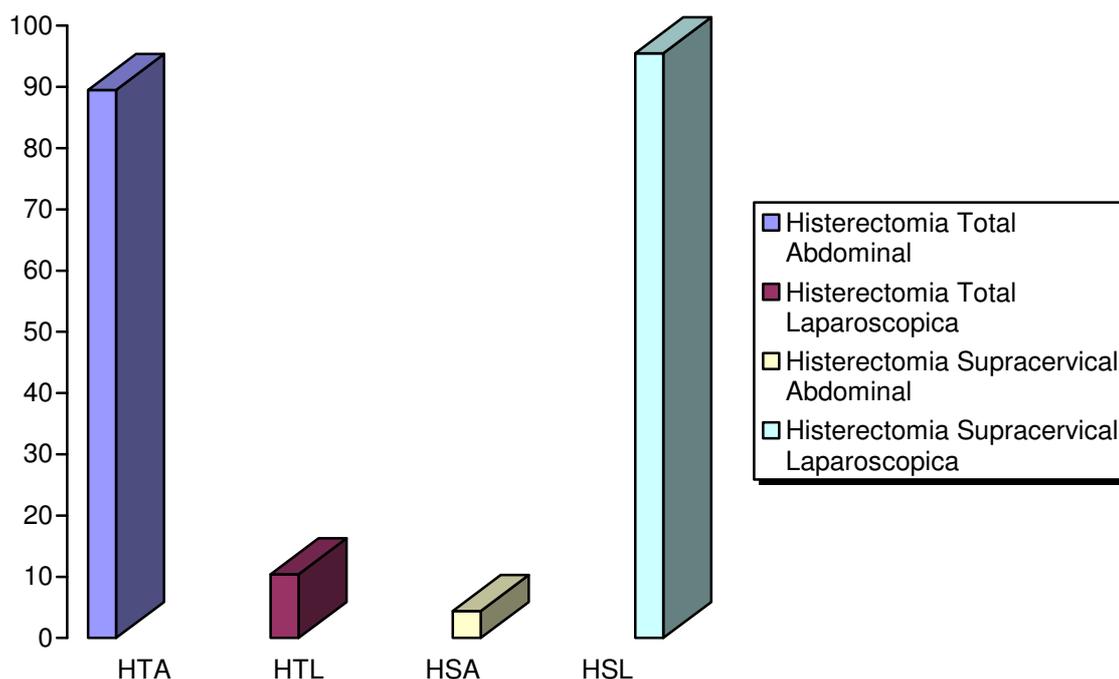
Se utilizaron frecuencias simples y porcentuales. La comparación entre los dos grupos se hizo a través de estadística no aritmética con prueba de  $X^2$  corregida de Yates y en los casos de frecuencias menores a 5 se empleó la prueba exacta de Fisher, por último, en las variables ordinarias se aplicó  $X^2$  de tendencia lineal. Todas las pruebas se hicieron con 2 colas considerando una significancia estadística con un error alfa  $<0.05$ . El análisis estadístico se realizo con el software epidate 3.1 en plataforma Windows Vista.

## RESULTADOS:

En el estudio fueron incluidas 135 pacientes. Al grupo 1, conformado por 67 pacientes (49.6%) se les realizó histerectomía total, el 10.4% (n=67) fueron realizadas por vía laparoscópica y el 89.5% (n=67) fueron realizadas por vía abdominal abierta. El grupo 2, se conformó por 68 pacientes (50.3 %) a quienes se les realizó histerectomía supracervical, siendo en el 95.5 % (n=68) por vía laparoscópica y en el 4.4% (n=68) por vía abdominal abierta (Figura 1, figura 2 y tabla 1) (p = 0.60).



**Figura 1.-** Distribución grafica por procedimiento quirúrgico (n=135)



**Figura 2.-** Distribución grafica por tipo de procedimiento en ambos grupos (n=135)

**Tabla 1.-** Técnica quirúrgica empleada \*

|                      | <b>HT (n = 67)</b> | <b>HST (n = 68)</b> |
|----------------------|--------------------|---------------------|
| <b>Laparoscópica</b> | <b>7 (10.4)</b>    | <b>65 (95.5)</b>    |
| <b>Abierta</b>       | <b>60 (89.5)</b>   | <b>3 (4.4)</b>      |

\* (p= 0.60)

Las características sociodemográficas de base se muestran en la tabla 2. La edad promedio de las pacientes fue similar en ambos grupos (41.8 y 41.2 años respectivamente). El peso promedio para las pacientes en el grupo 1 fue de 73.7 kg y para el grupo 2 fue de 69.3 kg. La paridad promedio fue similar en ambos grupos (2 y 2 respectivamente).

La presencia de dismenorrea se identificó en 85 y 75 %, ( $X^2$  con corrección Yates (cY) = 1.55 con una  $p = 0.22$ ). La dispareunia estuvo presente en 40.2 y 32.3 % ( $X^2$  cY = 0.60 con una  $p = 0.43$ ). El dolor pélvico/presión en el 70.1 y 75 %, ( $X^2$  cY = 0.19 con una  $p = 0.66$ ) respectivamente.

**Tabla 2.-** Características sociodemográficas de base de las pacientes participantes en el estudio

|  | <b>HT</b><br>(n = 67) | <b>HST</b><br>(n = 68) |
|--|-----------------------|------------------------|
| <b>Edad (años)</b>                                   | <b>41.8</b>           | <b>41.2</b>            |
| <b>Nacionalidad <sup>(a)</sup></b>                   |                       |                        |
| <b>Americanas</b>                                    | <b>14 (20.8)</b>      | <b>11 (16.1)</b>       |
| <b>Mexicanas</b>                                     | <b>52 (77.6)</b>      | <b>57 (83.8)</b>       |
| <b>Otro</b>  | <b>1 (1.4)</b>        | <b>0 (0)</b>           |
| <b>Características clínicas y<br/>sintomatología</b> |                       |                        |
| <b>Peso Promedio (kg)</b>                            | <b>73.7</b>           | <b>69.3</b>            |
| <b>Paridad (rango)</b>                               | <b>2 (0-6)</b>        | <b>2 (0-5)</b>         |
| <b>Dismenorrea <sup>(b)</sup></b>                    | <b>57 (85)</b>        | <b>51 (75)</b>         |
| <b>Dispareunia <sup>(c)</sup></b>                    | <b>27 (40.2)</b>      | <b>22 (32.3)</b>       |
| <b>Dolor pélvico/presión <sup>(d)</sup></b>          | <b>47 (70.1)</b>      | <b>51 (75)</b>         |

(a).-  $p = 0.45$

(b).-  $p = 0.22$

(c). -  $p = 0.43$

(d).-  $p = 0.66$

La tabla 3 muestra las indicaciones quirúrgicas principales que fueron: Miomatosis (65.6 y 57.3 %), endometriosis (8.9 y 2.9 %), sangrado uterino anormal (19.4 y 32.3%), hiperplasia/ pólipo endometrial (5.9 y 7.3%), respectivamente ( $X^2 = 4.68$  con 3 gl y una  $p = 0.19$ ).

**Tabla 3.-** Indicaciones quirúrgicas principales \*

| <b>Diagnostico preoperatorio</b>      | <b>HT<br/>(n = 67)</b> | <b>HST<br/>(n = 68)</b> |
|---------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| <b>Miomatosis</b>                     | <b>44 (65.6)</b>       | <b>39 (57.3)</b>        |
| <b>Endometriosis</b>                  | <b>6 (8.9)</b>         | <b>2 (2.9)</b>          |
| <b>Sangrado uterino anormal</b>       | <b>13 (19.4)</b>       | <b>22 (32.3)</b>        |
| <b>Hiperplasia/pólipo endometrial</b> | <b>4 (5.9)</b>         | <b>5 (7.3)</b>          |

\*  $p = 0.19$

La tabla numero 4 muestra los resultados evaluados con respecto a la función sexual antes de la intervención quirúrgica. Se muestra la frecuencia coital en ambos grupos, ( $X^2$  con tendencia lineal (TI) = 3.6 y una  $p = 0.056$ )

El grupo asignado a HT presentaba una frecuencia menor de orgasmos así como una menor satisfacción sexual en comparación con el grupo sometido a HST (56.7 vs 64.7 % en más del 50% de sus relaciones sexuales, y 59.7 vs 67.6 % al medir la satisfacción sexual,  $X^2$  cY = 0.59 con una  $p = 0.43$  y 0.60 con una  $p = 0.43$ , respectivamente).

El parámetro de satisfacción sexual fue medido como pacientes satisfechas o insatisfechas con su vida sexual.

**Tabla 4.- Aspectos específicos de funcionamiento sexual prequirúrgico**

|   | HT (n = 67)      | HST (n = 68)     |
|---|------------------|------------------|
| <b>Satisfechas con sexo</b> <sup>(a)</sup>                          | <b>40 (59.7)</b> | <b>46 (67.6)</b> |
| <b>Insatisfechas con sexo</b> <sup>(b)</sup>                        | <b>27 (40.2)</b> | <b>22 (32.3)</b> |
| <b>Frecuencia de orgasmo</b> <sup>(c)</sup>                         |                  |                  |
| <b>&gt;50 %</b>   | <b>38 (56.7)</b> | <b>44 (64.7)</b> |
| <b>&lt;50 %</b>   | <b>29 (43.2)</b> | <b>24 (35.2)</b> |
| <b>Numero de interursos en las últimas 4 semanas</b> <sup>(d)</sup> |                  |                  |
| <b>Nunca</b>  | <b>24 (35.8)</b> | <b>19 (27.9)</b> |
| <b>1-4</b>  | <b>39 (58.2)</b> | <b>36 (52.9)</b> |
| <b>&gt;5</b>  | <b>4 (5.9)</b>   | <b>13 (19.1)</b> |

(a).- p = 0.43

(c).- p = 0.43

(d).- p = 0.056

En la tabla numero 5 se muestran los resultados de las valoraciones postquirúrgicas divididas por meses (6, 12 y 24 meses), así como por tipo de procedimiento quirúrgico realizado. Se observa lo siguiente: 1.- Una importante mejoría de la dispareunia (prequirúrgico: 40.2 y 32.3 % para HT y HST vs. postquirúrgico: 5.9 y 1.4 % para HT y HST, con una prueba exacta de Fisher (PEF) de: 0.08, 0.6 y 0.20, para análisis intergrupar a los 6, 12 y 24 meses, respectivamente). 2.- Una mejor satisfacción sexual en ambos grupos (prequirúrgico: 59.7 y 67.6 % para HT y HST vs. postquirúrgico: 67.1 y 85.2 % para HT y HST, con una PEF de 0.14, 0.16 y 0.01, para análisis intergrupar postquirúrgico a los 6, 12 y 24 meses, respectivamente). 3.- No hubo diferencias en cuanto a la evaluación prequirúrgica de la frecuencia de orgasmos y al los 24 meses (prequirúrgico: orgasmos en más del 50% de relaciones sexuales: 56.7 y 64.7 % para HT y HST vs. postquirúrgico: 53.7 y 63.2 %, respectivamente). 4.- No hubo diferencias por igual en cuanto al número de coitos en las últimas 4 semanas previos a valoración prequirúrgica y postquirúrgica a los 24 meses. ( $X^2$  TI: 0.006, 0.08 y 0.17, respectivamente sólo para análisis intergrupar a los 6, 12 y 24 meses).

**Tabla 5.-** Resultados en el funcionamiento sexual por tratamiento específico postquirúrgico

|   | 6 meses        |                 | 12 meses       |                 | 24 meses       |                 |
|---|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
|   | HT<br>(n = 67) | HST<br>(n = 68) | HT<br>(n = 67) | HST<br>(n = 68) | HT<br>(n = 67) | HST<br>(n = 68) |
| <b>Dispareunia</b> <sup>(a)</sup>                               | 24<br>(35.8)   | 15<br>(22)      | 9<br>(13.4)    | 7<br>(10.2)     | 4<br>(5.9)     | 1<br>(1.4)      |
| <b>Satisfechas con sexo</b> <sup>(b)</sup>                      | 19<br>(28.3)   | 28<br>(41.1)    | 32<br>(47.7)   | 41<br>(60.2)    | 45<br>(67.1)   | 58<br>(85.2)    |
| <b>Insatisfechas con sexo</b> <sup>(c)</sup>                    | 48<br>(71.6)   | 40<br>(58.8)    | 35<br>(52.2)   | 27<br>(39.7)    | 22<br>(32.8)   | 10<br>(14.7)    |
| <b>Frecuencia de orgasmo</b> <sup>(d)</sup>                     |                |                 |                |                 |                |                 |
| <b>&gt;50%</b>  | 12<br>(17.9)   | 15<br>(22)      | 22<br>(32.8)   | 28<br>(41.1)    | 36<br>(53.7)   | 43<br>(63.2)    |
| <b>&lt;50%</b>  | 55<br>(82.08)  | 53<br>(77.9)    | 45<br>(67.1)   | 40<br>(58.8)    | 31<br>(46.2)   | 25<br>(36.7)    |
| <b>Numero de coitos en las ultimas 4 semanas</b> <sup>(e)</sup> |                |                 |                |                 |                |                 |
| <b>Nunca</b>  | 46<br>(68.6)   | 29<br>(42.6)    | 30<br>(44.7)   | 26<br>(38.2)    | 20<br>(29.8)   | 22<br>(32.3)    |
| <b>1-4</b>  | 15<br>(22.3)   | 28<br>(41.1)    | 34<br>(50.7)   | 30<br>(44.1)    | 44<br>(64.1)   | 31<br>(45.5)    |
| <b>&gt;5</b>  | 6<br>(8.9)     | 11<br>(16.1)    | 3<br>(4.4)     | 12<br>(17.6)    | 3<br>(4.4)     | 15<br>(22)      |

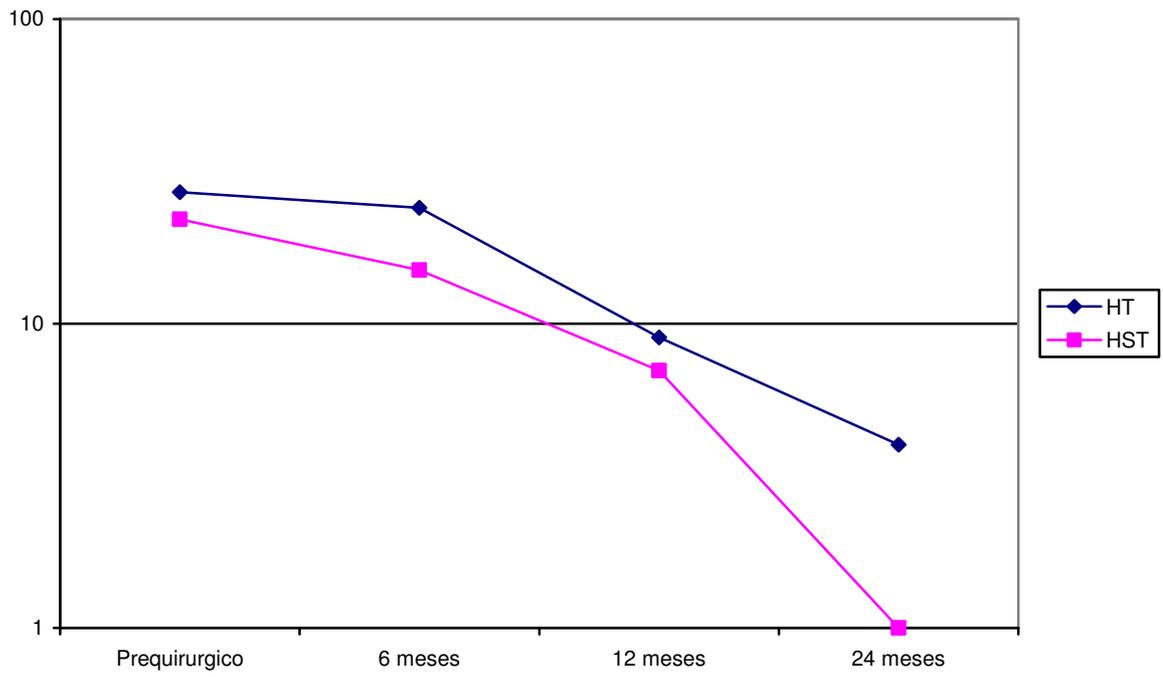
(a).- 0.08, 0.6 y 0.20, respectivamente

(b) y (c).- 0.14, 0.16 y 0.01, respectivamente

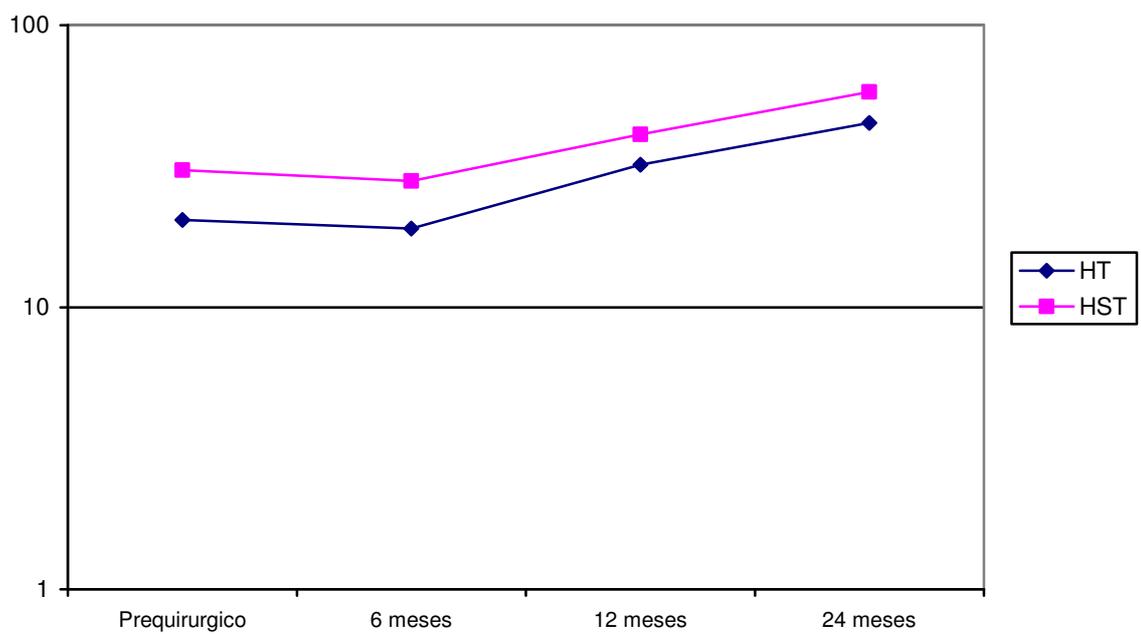
(d).- 0.16, 0.22 y 0.20, respectivamente

(e).- 0.006, 0.08 y 0.17, respectivamente

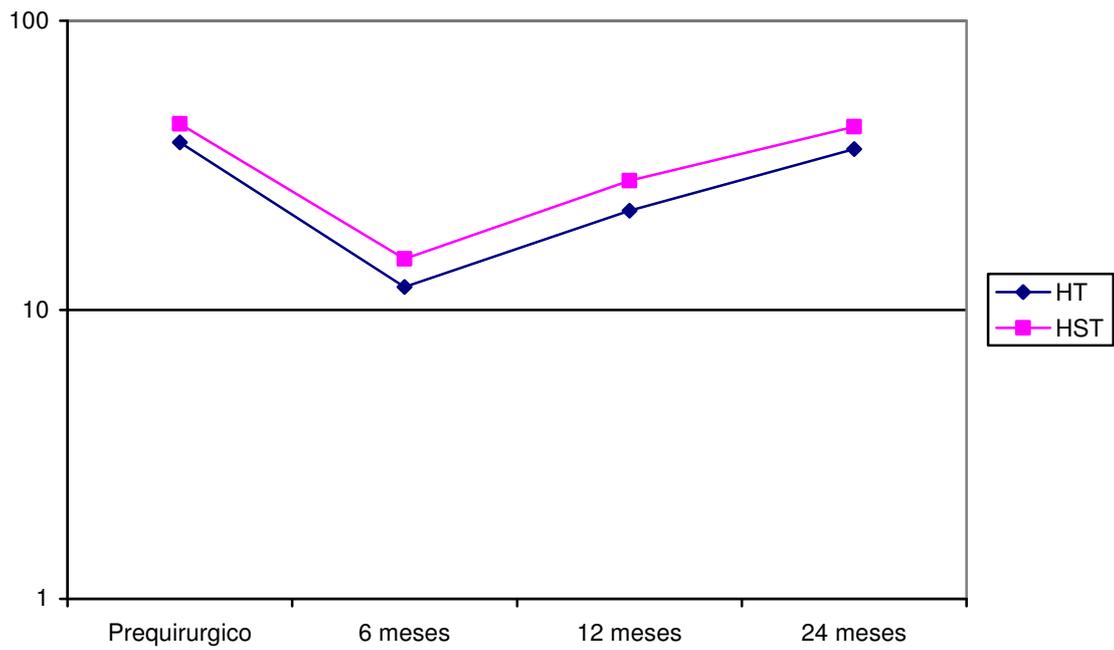
La media del intervalo transcurrido entre la cirugía y el primer coito postoperatorio fue de 41.7 días en el grupo de histerectomía supracervical, y de 52.9 días en el grupo de histerectomía total.



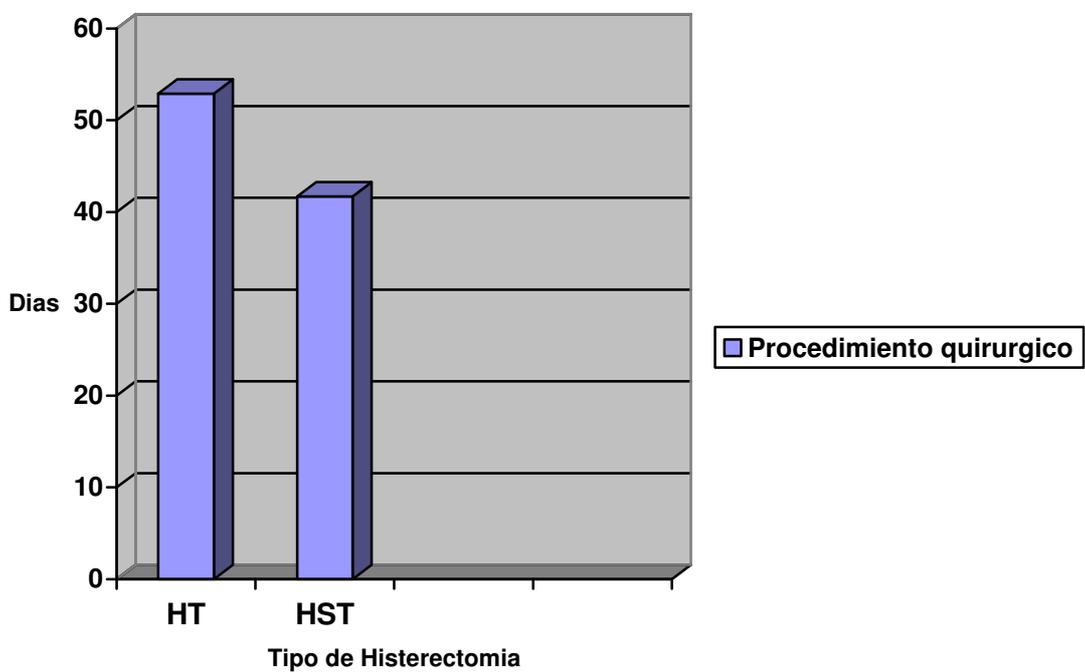
**Figura 3.-** Gráfica de tendencia lineal para dispareunia



**Figura 4.-** Gráfica de tendencia lineal para satisfacción sexual



**Figura 5.-** Gráfica de tendencia lineal para frecuencia de orgasmos



**Figura 6.-** Días transcurridos hasta el primer coito postquirúrgico

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:**

En el estudio fueron incluidas 135 pacientes. Al grupo 1, conformado por 67 pacientes se le realizó histerectomía total, el 10.4% fueron realizadas por vía laparoscópica y el 89.5% fueron realizadas por vía abdominal abierta. El grupo 2, se conformó por 68 pacientes a quienes se les realizó histerectomía supracervical, el 95.5 % se realizó por vía laparoscópica y el 4.4%, se realizó por vía abdominal abierta. Al realizar el análisis estadístico no hubo diferencias significativas en la distribución quirúrgica de ambos grupos con una  $P = 0.60$ . (Figura 1, figura 2 y tabla 1)

Las características sociodemográficas de base que son mostradas en la tabla 2, revelan que la edad promedio de las pacientes fue similar en ambos grupos (41.8 y 41.2 años respectivamente). El peso promedio para las pacientes en el grupo 1 fue de 73.7 kg y para el grupo 2 fue de 69.3 kg lo cual indica que pudo haber influido la dificultad en el acceso quirúrgico al elegir la vía para realizar HTA en las pacientes del grupo 1 (89.5%), mismo dato que se grafica en la figura numero 2. La paridad promedio fue similar en ambos grupos (2 y 2 respectivamente).

La presencia de dismenorrea se identificó en 85 y 75 %, con una  $p = 0.22$ , estadísticamente no significativa. La dispareunia estuvo presente en 40.2 y 32.3 % con una  $p = 0.43$  y el dolor pélvico/presión en el 70.1 y 75 %, con una  $p = 0.66$  que por igual revela una diferencia estadísticamente no significativa en la distribución grupal.

La tabla 3 muestra las indicaciones quirúrgicas principales que fueron: Miomatosis (65.6 y 57.3 %), endometriosis (8.9 y 2.9 %), sangrado uterino anormal (19.4 y 32.3%), hiperplasia/ pólipo endometrial (5.9 y 7.3%), respectivamente, con una  $p = 0.19$ ., estadísticamente no significativa.

La tabla numero 4 muestra los resultados evaluados con respecto a la función sexual antes de la intervención quirúrgica. Podemos observar que la frecuencia coital se encuentra disminuida en el grupo de HT con una  $p = 0.056$  que traduce una significancia estadística limítrofe. Al analizar la frecuencia de orgasmos tenemos que el grupo asignado a HT presentaba una frecuencia discretamente menor ( $P = 0.43$ ), así como una menor satisfacción sexual en comparación con el grupo sometido a HST ( $P = 0.43$ ) (56.7 vs 64.7 % en más del 50% de sus relaciones sexuales, y 59.7 vs 67.6 % al medir la satisfacción sexual, respectivamente) que no mostraba significancia estadística.

Estas diferencias posiblemente obedecen a un origen multifactorial no medible estadísticamente, como por ejemplo el factor psicológico de autoimagen corporal, dado que el primer grupo tenía mayor peso corporal; y por otra parte a una mayor sintomatología clínica prequirúrgica referida (ver tabla 2; dismenorrea y dispareunia).

En la tabla numero 5 se muestran los resultados de las valoraciones postquirúrgicas divididas por meses (6, 12 y 24 meses), así como por tipo de procedimiento quirúrgico realizado. Al realizar el comparativo con la sintomatología clínica prequirúrgica mostrada en la tabla 2 y los aspectos específicos del funcionamiento sexual mostrados en la tabla 4, vs los resultados observados en el funcionamiento sexual por tratamiento específico postquirúrgico mostrados en la tabla 5, podemos hacer las siguientes consideraciones: se observa una importante mejoría de la dispareunia (prequirúrgico: 40.2 y 32.3 % para HT y HST vs. postquirúrgico: 5.9 y 1.4 % para HT y HST respectivamente), que se verifica en la gráfica de análisis lineal presentado en la figura 3; esto se traduce en una mejor satisfacción sexual en ambos grupos (prequirúrgico: 59.7 y 67.6 % para HT y HST vs. postquirúrgico: 67.1 y 85.2 % para HT y HST respectivamente), mucho mas acentuada en el grupo de la histerectomía supracervical al cabo de 24 meses posterior al evento quirúrgico, datos corroborados en la grafica de distribución lineal presentada en la figura 4. En cuanto a la frecuencia de orgasmos observamos que al cabo de 24 meses no hay diferencias en cuanto a la evaluación prequirúrgica, datos presentados en la figura 5. (Prequirúrgico: orgasmos en más del 50% de relaciones sexuales: 56.7 y 64.7 % para HT y HST vs. postquirúrgico: 53.7 y 63.2 % respectivamente)

Por igual en cuanto al número de coitos en las últimas 4 semanas previos a valoración pre y postquirúrgica al cabo de 24 meses no existían diferencias notables en la estadística mostrada.

La media del intervalo transcurrido entre la cirugía y el primer coito postoperatorio fue de 41.7 días en el grupo de histerectomía supracervical, y de 52.9 días en el grupo de histerectomía total (Figura 6), mostrando claramente que las pacientes sometidas a histerectomía supracervical ya sea por técnica laparoscópica o abdominal recuperan su actividad sexual mucho mas rápido, debido a menor presencia de sangrado postquirúrgico y al mayor cuidado de la cúpula vaginal que conlleva la histerectomía total.

## CONCLUSIONES:

Al concluir el estudio anterior se observó una importante mejoría de la dispareunia que se traduce en una mejor satisfacción sexual en ambos grupos, mucho más acentuada en el grupo de la histerectomía supracervical al cabo de 24 meses posterior al evento quirúrgico. No hubo variación tanto en la frecuencia de orgasmos como en el número de coitos en las últimas 4 semanas con respecto a las valoraciones pre y postquirúrgica al cabo de 24 meses.

Las pacientes sometidas a histerectomía supracervical parecen recobran su vida sexual mas temprano posterior al evento quirúrgico. Esta información podría ayudar al ginecólogo tratante a informar sobre la función sexual cuando se discuten las opciones quirúrgicas con sus pacientes.

Concluimos que la extirpación del cuello implica alteraciones en la fisiología sexual. Las fibras simpáticas y parasimpáticas del plexo de Frankenhauser rodean el cuello y la porción superior de la vagina e inervan a ésta, al útero y a la vejiga. En la histerectomía total hay sección y pérdida de parte de este plexo ganglionar, lo cual puede inducir disfunción de estos órganos tanto en la fisiología urinaria como en el coito <sup>(2)</sup>.

Es una experiencia común para los ginecólogos la observación de trastornos psíquicos y disfunciones de la relación sexual en mujeres histerectomizadas. Las creencias que la mujer, y su pareja, tienen del papel del útero en relación con la feminidad y la sexualidad, tienen mucha importancia en la relación sexual postoperatoria.

La histerectomía, bien se extirpen o no los ovarios, se asocia a una considerable disminución de la libido <sup>(3)</sup>. Las causas de este hecho son variables y no podemos abordarlas en el presente estudio. Algunos piensan que cuando hay cambios en la libido o insatisfacción sexual después de histerectomía, estos cambios son indudablemente de origen psicológico <sup>(4)</sup>. Sin embargo, Zussman y col. <sup>(5)</sup> revisan la literatura al respecto y hacen un análisis crítico de los postulados y las investigaciones al respecto. Encuentran una extrema variación en los reportes de disminución o pérdida de libido postoperatorio desde 1% hasta 65%, lo cual revela, según ellos, los problemas metodológicos en áreas tales como definición de cambios de comportamiento, muestreo, validación de estudios y métodos de correlacionar los cambios de comportamiento con los cambios biológicos.

Un argumento importante para rebatir la causa psicológica como factor primordial es el hecho de que “no hemos encontrado ningún estudio de seguimiento que reporte que esta pérdida de libido se haya revertido con psicoterapia; esta reversión podría soportar la teoría de la psicogénesis”.

Excluyendo las causas psicológicas y hormonales, se ha demostrado que el cuello juega un papel importante en el orgasmo y de allí la justificación de conservarlo <sup>(6-8)</sup>. En 85 pacientes estudiadas por Utian se observó una disminución o ausencia de libido en una proporción que varía entre 25% y 40% en mujeres en las que se realizó exéresis del cuello uterino <sup>(3)</sup>.

La función del cuello en la producción del orgasmo ha sido señalada también por Masters y Johnson <sup>(9)</sup>. “El cuello ha sido identificado por algunas de nuestras mujeres, como otras muchas lo refieren a sus ginecólogos, como un área que debe ser estimulada por la penetración del órgano masculino para que ellas puedan lograr total y completa satisfacción en el orgasmo”.

Por lo tanto; en las mujeres debe tomarse en cuenta mantener el soporte pélvico que ofrece el cuello uterino y conservar la inserción natural de los ligamentos úterosacros y cardinales. La agresión quirúrgica al plexo de Frankenhauser produce trastornos fisiológicos que inciden no sólo en la función sexual sino también en la micción, por lo tanto debe tratar de conservarse. Un buen estudio colposcópico y citológico del cuello uterino en el preoperatorio, y la resección del endocervix al efectuar la histerectomía supracervical, eliminan toda posibilidad de crecimiento ulterior de alguna neoplasia y sangrado postquirúrgico.

El devenir de la cirugía, como toda la ciencia médica, vive constante cuestionamiento y revisión. Es valioso para el cirujano preguntarse continuamente: ¿Lo que estoy haciendo es lo mejor para esta paciente que voy a operar? ¿Por qué aplico una determinada técnica quirúrgica? y ¿Podría hacer otra mejor? La razonada selección de cada paciente y el tomar en cuenta la habilidad y experiencia del cirujano, son los factores más importantes en el resultado quirúrgico. La mejor forma de seleccionar la técnica adecuada para cada paciente es preguntarse: ¿Qué se debe hacer? en lugar de ¿Qué se puede hacer?, pues el hecho de que una técnica quirúrgica pueda hacerse no implica que deba hacerse. Y cuando al paciente se le deba hacer una determinada técnica, el cirujano tiene que estar seguro de que él pueda hacerla.

## BIBLIOGRAFIA:

- (1). - Laparoscopic supracervical hysterectomy American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004) 191, 1875–84
- (2). - Dr. Alfredo Díaz Bruzual. La histerectomía supracervical como primera elección en la patología uterina benigna Gac Méd Caracas 1998;106(2):155-159
- (3). - Utian WH. Effect of hysterectomy, ooforectomy and estrogen therapy on libido. Int J Gynecol Obstet 1975;13:97-100.
- (4). - Munnell EW. Total hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1947;54:31-39.
- (5). - Zussman L, Zussman S, Sunley R, Bjorson E. Sexual response after hysterectomy ooforectomy: recent studies and reconsideration of psychogenesis. Am J Obstet Gynecol 1981;140:72-729
- (6). - Kilkku P. Supravaginal uterine amputation vs hysterectomy: effects on libido and orgasm. Acta Obstet Gynecol Scand 1983;62:147-152.
- (7). - Kilkku P. Supravaginal uterine amputation vs hysterectomy: effects on coital frequency and dyspareunia. Acta Obstet Gynecol Scand 1983;62:141-145.
- (8). - Rudy DR, Bush MI. Sexual dysfunction after hysterectomy. Contemp Ob-Gyn 1993;38(3):39-46.
- (9). - Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. 1ª edición. Boston: Little Brown and Co.; 1966.