

Dispareunia poshisterectomía total abdominal.

Relación anatómica

Blanca Estela Monroy-Lozano, Eduardo Motta-Martínez,* Rafael Huitrón-García,* Felipe Rafael Zaldívar-Ramírez,** Luis Mauricio Hurtado-López****

Resumen

Objetivo: conocer si los cambios anatómicos poshisterectomía total abdominal producen dispareunia en pacientes premenopáusicas.

Material y métodos: estudio comparativo, prospectivo, longitudinal, de 50 pacientes premenopáusicas sometidas a histerectomía total abdominal por enfermedad uterina benigna sin dispareunia prequirúrgica. Se realizaron valoraciones pre y posoperatorias del volumen vaginal y de las longitudes vaginales izquierda, derecha, anterior y posterior. El análisis estadístico se llevó a cabo por medidas de tendencia central y prueba t, agrupando a las pacientes en dos grupos: con dispareunia posoperatoria (grupo I) y sin dispareunia posoperatoria (grupo II).

Resultados: grupo I, tres pacientes con los siguientes valores preoperatorios y posoperatorios: volumen vaginal de 146.6 y 100 cm³, longitud vaginal anterior de 8 y 7.3 cm, posterior de 9.16 y 7.3 cm, izquierda de 8 y 7.3 cm, y derecha de 8 y 7.3 cm. Grupo II, 47 pacientes con los siguientes valores preoperatorios y posoperatorios: volumen vaginal de 150.6 y 121.6 cm³, longitud vaginal anterior de 8.81 y 8.12 cm, posterior de 9.7 y 8.69 cm, izquierda de 9.24 y 8.3 cm, y derecha de 9.28 y 8.33 cm. Entre los grupos no encontramos diferencias estadísticamente significativas en volumen ni longitudes vaginales. En dos casos con dispareunia se encontró granuloma en cúpula vaginal que remitió con la resección; en otro no hubo implicación anatómica.

Conclusiones: no existió relación entre la dispareunia y los cambios de volumen y longitudes vaginales poshisterectomía. El granuloma en la cúpula vaginal fue responsable de 4 % de dispareunia. La dispareunia poshisterectomía total abdominal en paciente premenopáusicas sin causa anatómica aparente se presentó en 2 %.

Palabras clave: histerectomía, dispareunia.

Summary

Objective: We undertook this study to determine whether anatomic changes after total abdominal hysterectomy are a cause of dyspareunia in premenopausal women.

Methods: This is a comparative, prospective and longitudinal study in 50 premenopausal women with benign uterine disease without dyspareunia treated with total abdominal hysterectomy. Primary variable was presence of postsurgical dyspareunia. Secondary variables are presurgical and assessment 3 months after surgery of left, right, anterior and posterior vaginal longitude (VLL, VRL, VAL and VPL, respectively) expressed in centimeters, as well as of the vaginal volume (VV). Statistical analysis for mean, central tendency and T-test. Group 1 (G1) is comprised of patients with postsurgical dyspareunia and Group 2 (G2) is comprised of patients without dyspareunia.

Results: In G1, three patients (mean age: 42 years) had dyspareunia, pre- and postsurgical mean values were VV 146.6 and 100, VLL 8 and 7.3, VPL 9.16 and 7.3, VLL 8 and 7.3, VRL 8 and 7.3. In G2, 47 patients (mean age: 40.36 years) were without dyspareunia, pre- and postsurgical values were VV 150.6 and 121.57, VLL 8.81 and 8.12, VPL 9.7 and 8.69, VLL 9.24 and 8.3, VRL 9.28 and 8.33. We did not find significant differences between the groups. Two of the three patients with dyspareunia had a vaginal granuloma, but the third case did not show an anatomical cause.

Conclusions: There is no relationship between total abdominal hysterectomy in premenopausal women and anatomical vaginal changes after surgery as assessed by vaginal volume and longitude. Presence of vaginal granuloma was responsible for dyspareunia in 4% of cases. Dyspareunia was found in 2% of premenopausal women without posthysterectomy anatomical cause.

Key words: hysterectomy, dyspareunia.

Introducción

La histerectomía total abdominal es la cirugía ginecológica más realizada;^{1,2} puede indicarse por patología benigna o maligna, y sus resultados y complicaciones varían de acuerdo con esta situación.³

Una controversia mundial han sido las complicaciones o secuelas que puede producir en la conducta sexual de mujeres premenopáusicas;^{4,5} alteraciones en la libido, frecuencia de coito, orgasmos, dispareunia, etc.⁶ Richards⁷ estableció el término “síndrome poshisterectomía” para englobar todas las

* Servicio De Ginecología y Obstetricia.

** Servicio de Cirugía General.

Hospital General de México.

Solicitud de sobretiros:

Blanca Estela Monroy-Lozano,
Hospital Ángeles de Las Lomas, consultorio 585, Vialidad de la Barranca s/n, Col. Valle de Las Palmas, 52763 Huixquilucan, Estado de México, México. Tel.: 5246 9588. E-mail: estelamonroy@terra.com.mx

Recibido para publicación: 13-09-2005

Aceptado para publicación: 07-03-2006

anomalías que se presentaban después de la intervención quirúrgica; indicó que la cirugía influía en la conducta psicosexual de la paciente y era la causa real de la disfunción. Estudios posteriores⁸⁻¹⁰ demostraron que no existe dicho síndrome; las pacientes que manifiestan algún problema psicosexual antes de la histerectomía, lo continúan padeciendo después de la cirugía, claramente sin relación directa con ésta. Más aún, la mayoría de pacientes premenopáusicas sometidas a histerectomía manifiesta franca mejoría de la función sexual después de la cirugía;^{11,12} de hecho, en estudios de metaanálisis y medicina basada en evidencias se estableció que los estudios retrospectivos tienen el defecto de no presentar la información preoperatoria y adjudicar las alteraciones psicosexuales a la histerectomía; todos los estudios prospectivos evidencian, sin lugar a dudas, que estas alteraciones están presentes antes de la histerectomía.¹³

Un punto de controversia que persiste es el hallazgo de dispareunia en 10 % de pacientes histerectomizadas sin dicho síntoma antes de la cirugía.¹⁴ Este porcentaje se obtuvo de distintas poblaciones estudiadas, como la de Weber,¹⁵ en la que tres de 34 pacientes la presentaron, o como la de Rhodes,⁶ que si bien abarcaba 1,101 pacientes, apenas 3.6 % presentó dispareunia posoperatoria real. Las causas han sido analizadas desde diversos puntos de vista: “psiquiátrico”,¹⁶ cultural, religioso,¹⁷ fisiológico y anatómico (inervación alterada por la cirugía¹⁸ y cambio en la anatomía vaginal derivado de la extensión quirúrgica relacionada con la histerectomía subtotal *versus* total¹⁹). Hasta el momento, ninguna investigación ha podido justificar en forma clara el origen de dicha dispareunia; el estudio que evaluó la histerectomía subtotal *versus* la total, encontró una diferencia estadísticamente significativa entre dejar o no el cérvix, sin poder establecer con claridad la razón de esta diferencia, dejando abierta la posibilidad de que pudiera tratarse de una causa anatómica vaginal. Popov²⁰ realizó un análisis aparentemente más completo al evaluar mujeres con histerectomía subtotal o total, subdivididas en mujeres con o sin oforectomía; encontró que aquellas con histerectomía subtotal, aun con oforectomía, tenían mejor vida sexual posoperatoria que aquéllas con histerectomía total, reforzando la teoría inicial de Helstrom en cuanto a la “causa anatómica”.¹⁹

En un análisis de medicina basada en evidencias,²¹ se evaluaron 18 estudios clásicos sobre este tema, ocho prospectivos y 10 retrospectivos. Se encontró que si bien todos concluían que la histerectomía probablemente no alteraba la vida sexual, carecían de un adecuado diseño y, sobre todo, evaluaban múltiples factores con claros sesgos, sin poder normar en definitiva un concepto, por lo que era imprescindible evaluar en forma objetiva y controlada si realmente existe una razón anatómica vaginal poshisterectomía que justifique dicho síntoma en mujeres premenopáusicas.

Con base en los conceptos mencionados, el objetivo del presente trabajo es conocer si los cambios anatómicos poshis-

terectomía total abdominal (volumen y longitudinales vaginales) producen dispareunia en pacientes premenopáusicas.

Material y métodos

Estudio comparativo, prospectivo, longitudinal, controlado, de 50 pacientes de 35 a 45 años de edad, premenopáusicas, sometidas a histerectomía total abdominal por patología uterina benigna, sin dispareunia prequirúrgica y con vida sexual activa.

El cálculo de la muestra se estimó por medio de una fórmula de proporción de una población, con una margen de error de 10 % ($d = 0.10$), confianza de 95 % (IC = 95 %) y tomando en cuenta como referencia mundial una frecuencia de 10 % de dispareunia poshisterectomía ($p = 0.10$).

Variable primaria: dispareunia posoperatoria.

Variables secundarias: edad, número de gestación, paridad, valoración preoperatoria y a los tres meses de la cirugía, de las longitudes vaginales izquierda, derecha, anterior y posterior; finalmente se midió el volumen vaginal.

Se excluyeron las pacientes con patología maligna, dispareunia prequirúrgica, menopáusicas, con malformación congénita genital, cirugía vaginal previa y oforectomía bilateral durante la intervención quirúrgica. Los criterios de eliminación fueron el incremento en la extensión quirúrgica y la malignidad incidental del tracto genital.

La medición de las longitudes de fondos de saco laterales, posterior y anterior se realizó por especuloscopia con histerómetro graduado.

El volumen vaginal se midió de la siguiente forma: se introdujo un preservativo en la vagina conectado a una sonda Foley de 20 French, y con una jeringa se inyectó solución estéril hasta que la paciente indicara sensación de plenitud vaginal. El líquido inyectado al preservativo se midió en centímetros cúbicos, y se consideró como la capacidad volumétrica vaginal.

Técnica quirúrgica: todas las pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital General de México, con preservación del tercio superior de la vagina, técnica estándar para patología benigna de útero. Se empleó la técnica de Richards para el cierre y fijación de la cúpula vaginal,²² que básicamente consiste en suspender la cúpula vaginal de acuerdo con la anatomía original. El material de sutura utilizado para el cierre y suspensión de la cúpula fue ácido poliglicólico calibre 0.

El análisis estadístico se realizó por medidas de tendencia central y prueba t con un nivel de significancia de $p = 0.05$.

Se respetaron las normas internacionales, nacionales e institucionales para la investigación en los seres humanos. Los procedimientos no representaron riesgo para las pacientes. Previa explicación del tipo de estudio, se les solicitó firmar una carta de consentimiento informado, de conformidad con el *Reglamento de la Ley general de salud*, título V “Investigación para la salud”, capítulo único, artículos del 96 al 100

Cuadro I. Variables secundarias en el grupo de mujeres con dispareunia poshisterectomía

		Preoperatorio	Posoperatorio
Volumen (cm ³)	Promedio	146.6 (rango 130 a 160)	100 (rango 80 a 130)
	Mediana	150	110
	Moda	-	-
	DE ±	15.3	36.05
Longitud anterior (cm)	Promedio	8	7.3 (rango 6 a 8)
	Mediana	8	8
	Moda	8	8
	DE ±	0	1.15
Longitud posterior (cm)	Promedio	9.16 (rango 9 a 9.5)	7.3 (rango 6 a 8)
	Mediana	9	8
	Moda	9	8
	DE ±	0.28	1.15
Longitud izquierda (cm)	Promedio	8	7.3 (rango 6 a 8)
	Mediana	8	8
	Moda	8	8
	DE ±	0	1.15
Longitud derecha (cm)	Promedio	8	7.3 (rango 6 a 8)
	Mediana	8	8
	Moda	8	8
	DE ±	0	1.15

(publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984), y la *Ley general de salud en materia de investigación para la salud* (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987).

Las pacientes fueron distribuidas en dos grupos:

- *Grupo I:* con dispareunia posquirúrgica.
- *Grupo II:* sin dispareunia posquirúrgica

Resultados

Grupo I: tres pacientes con edad promedio de 42 años (rango 39 a 46), mediana 41, desviación estándar (DE) ± 3.6; promedio de gestas 3.3 (rango 3 a 4), mediana 3, moda 3, DE ± 0.57; paridad 3.3 (rango 3 a 4), mediana 3, moda 3, DE ± 0.57. Las medidas de las variables secundarias se registran en el cuadro I.

Grupo II: 47 pacientes con edad promedio de 40.4 años (rango 29 a 54), mediana 41, moda 40, DE ± 6.66; promedio de gestas de 2.93 (rango 0 a 8), mediana 3, moda 0, DE ± 2.27; paridad 2.24 (rango 0-7), mediana 2, moda 0, DE ± 2.23. Las medidas de las variables secundarias se observan en el cuadro II.

Al comparar el volumen de la vagina entre las mujeres con y sin dispareunia encontramos $t = 1.09$ ($p < 0.05$), de tal forma

la dispareunia no pudo atribuirse a los cambios anatómicos derivados de la histerectomía total abdominal.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a las mediciones anterior, posterior, izquierda y derecha ($p < 0.05$).

De los tres casos con dispareunia (grupo I), dos presentaban granuloma en cúpula vaginal, que fue manejado con resección por técnica colposcópica; la dispareunia remitió una vez resecado el granuloma. En el tercer caso no se encontró explicación.

Discusión

A fin de analizar con más precisión los resultados, es importante resaltar que se trató de un estudio prospectivo y controlado con el objetivo de homogeneizar variables que pudieran influir en los resultados o que fueran tan complejas que invalidaran la evaluación estadística; así, la población estudiada en forma estricta fue premenopáusica, con preservación de ovarios, a fin de eliminar la posibilidad de dispareunia por efectos hormonales. La técnica quirúrgica fue la histerectomía total sin oforeachtomía y por abordaje abdominal, con preservación del tercio superior de la vagina y reconstrucción vaginal de la manera más similar a la anatomía previa, es decir, con fijación

Cuadro II. Variables secundarias en el grupo de mujeres sin dispareunia poshisterectomía

		Preoperatorio	Posoperatorio
Volumen (cm ³)	Promedio	150.6 (rango 100 a 290)	121.57 (rango 90 a 240)
	Mediana	150	120
	Moda	120	120
	DE ±	32.9	34.72
Longitud anterior (cm)	Promedio	8.81 (rango 7 a 12)	8.12 (rango 7 a 10)
	Mediana	9	8
	Moda	9	8
	DE ±	1.03	0.84
Longitud posterior (cm)	Promedio	9.7 (rango 8 a 12)	8.69 (rango 7.5 a 10)
	Mediana	10	9
	Moda	10	9
	DE ±	0.79	0.68
Longitud izquierda (cm)	Promedio	9.24 (rango 7 a 11)	8.3 (rango 7 a 11)
	Mediana	9	8
	Moda	9	8
	DE ±	0.86	0.78
Longitud derecha (cm)	Promedio	9.28 (rango 7 a 11)	8.33 (rango 7 a 11)
	Mediana	9	8
	Moda	9	8
	DE ±	0.91	0.89

de los ligamentos cardinales y uterosacros a los bordes laterales y posterolaterales de la cúpula. Por otra parte, los dos grupos estudiados fueron similares en edad, gesta y paridad, de tal suerte que resultaron comparables.

Para homogeneizar la población, se realizó la medición de variables en forma preoperatoria y a los tres meses de la cirugía, tiempo en el que la cicatrización vaginal ya ha terminado. Con el objetivo de no inducir respuestas prejuzgadas de la paciente, la encuesta respecto a cambio de vida sexual se realizó tres meses después de la cirugía.

Del total de 50 pacientes estudiadas, la dispareunia se presentó en tres (6 %), cifra cercana a la mencionada en la literatura mundial, pero dado que el síntoma remitió por completo al realizar la escisión del granuloma encontrado en la cúpula de dos pacientes, la frecuencia en la población estudiada se redujo a una paciente (2 %).

El volumen vaginal, que en el sentido estricto dictamina la capacidad máxima de la vagina, no presentó diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos antes y después de la cirugía. Las longitudes de fondos de saco anterior, posterior y laterales, presentaron ligera diferencia entre la medición preoperatoria y la posoperatoria entre los grupos I y II, y carecieron de significado estadístico. Así, en el presente estudio no se encontró una causa anatómica vaginal posoperatoria que ligara la dispareunia con cambios en la longitud y

capacidad vaginal posoperatoria, por lo tanto, podemos deducir que si se respeta el tercio superior de vagina y reconstruye ésta de la forma más anatómica posible, la dispareunia en pacientes premenopáusicas será de 2 %.

El estudio destaca que una causa de dispareunia poshisterectomía es algún tipo de reacción a cuerpo extraño como el granuloma, y que representó 4 % de dispareunia en nuestra población estudiada, resolviéndose por completo con la escisión.

Por último, la única paciente que quedó con dispareunia fue explorada en forma exhaustiva sin poder hallar alguna otra causa.

Conclusiones

Con base en el presente estudio podemos concluir:

1. No existe una relación entre la dispareunia poshisterectomía total abdominal en pacientes premenopáusicas y el cambio anatómico vaginal posoperatorio evaluado por la capacidad volumétrica y longitudes vaginales.
2. El granuloma en la cúpula vaginal fue responsable de 4 % de dispareunia poshisterectomía total abdominal en pacientes premenopáusicas, la cual fue reversible con la escisión.
3. La dispareunia poshisterectomía total abdominal en paciente premenopáusicas sin causa aparente se presentó en 2 %.

Referencias

1. Clarke A, Blanck N, Rowe P, Mott S, Howle K. Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease: a prospective cohort study. *Br J Obstet Gynecol* 1995;102:611-620.
2. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras SR, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States 1988-1990. *Obstet Gynecol* 1994;83:549-555.
3. Carlson KJ, Miller BA, Fowler F. The Maine Women's Health Study. I. Outcome of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994;83:556-564.
4. Amias AG. Sexual life after gynaecological operations. I. *Br Med J* 1975;2:608-609.
5. Harris WJ. Complications of hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 1997;40:928-938.
6. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA* 1999;282:1934-1941.
7. Richards DH. Depression after hysterectomy. *Lancet* 1973;2:430-433.
8. Virtanen H, Makinen J, Tenho T, Kiilholma P, Pitkanen Y, Hirvonen T. Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. *Br J Urol* 1993;72:868-872.
9. Helstrom L, Sorbom D, Backstrom T. Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74:142-146.
10. Helstrom L. Sexuality after hysterectomy: a model based on quantitative and qualitative analysis of 104 women before and after subtotal hysterectomy. *J Psychoosom Obstet Gynaecol* 1994;15:219-229.
11. Kjerulff KH, Langenberg PW, Rhodes JC, Harvey LA, Guzinski GM, Stolley PD. Effectiveness of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000;95:319-326.
12. Helstrom L, Weiner E, Sorbom D, Backstrom T. Predictive value of psychiatric history, genital pain and menstrual symptoms for sexuality after hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73:575-580.
13. Khastgir G, Studd JW, Catalan J. The psychological outcome of hysterectomy. *Gynecol Endocrinol* 2000;14:132-141.
14. Eicher W. Total and subtotal hysterectomy-psychosexual aspects. *Arch Gynecol Obstet* 1994;255:S359-366.
15. Weber AM, Walters MD, Schouer LR, Church JM, Piedmonte MR. Functional outcome and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:530-535.
16. Nathorst-Boos J, Von Schoultz B. Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Gynecol Obstet Invest* 1992;34:97-101.
17. Galavotti C, Richter DL. Talking about hysterectomy: the experiences of women from four cultural groups. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9:S63-67.
18. Helstrom L, Backstrom T, Sorbom D, Lundberg PO. Sacral nervous function, hormonal levels and sexuality in premenopausal women before and after hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73:570-574.
19. Helstrom L, Lundberg PO, Sorbom D, Backstrom T. Sexuality after hysterectomy: a factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1993;81:357-362.
20. Popov I, Stoiko US, Khristova P. Disorders in sexual function after hysterectomy Akush Ginekol (Sofia) 2000;39:33-36.
21. Farrell SA, Kleser K. Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000;95(6pt2):1045-1051.
22. Thompson JD. Histerectomía. En: Rock JA, Thompson JD, editores. Te Linde Ginecología quirúrgica. 7^a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana. pp. 609-675.

