



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Gabor Reyes, Ivan; Paredes, Fredy; Caffo, Roberto

Comparación del efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 51, núm. 4, octubre-diciembre, 2005, pp. 188-195

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428178002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

COMPARACIÓN DEL EFECTO DEL TIPO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Iván Gabor Reyes¹, Fredy Paredes², Roberto Caffo³

RESUMEN

OBJETIVO: Comparar el efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo descriptivo, de acuerdo al diseño 'sólo después', realizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú, en el cual 54 mujeres sometidas a histerectomía abdominal total (HAT) y 54 mujeres sometidas a histerectomía subtotal (HAsT), por enfermedades benignas, entre enero de 2001 y diciembre de 2003; fueron seleccionadas aleatoriamente para responder un cuestionario que evalúa su función sexual (FSFI). Se determinó las proporciones de disfunción, así como los puntajes por cada uno de los dominios de la función sexual. Las comparaciones fueron hechas usando la prueba chi cuadrado, la prueba z de proporciones y la prueba t. **RESULTADOS:** La proporción de disfunción sexual en las pacientes sometidas a HAsT (40,7%) fue menor que en las sometidas a HAT (48,1%), sin diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$), no existiendo además relación entre las variables. Los promedios de los dominios del orgasmo ($4,16 \pm 1,28$ vs. $4,66 \pm 1,34$) y la satisfacción ($4,57 \pm 1,22$ vs. $5,01 \pm 0,95$) son estadísticamente diferentes entre ambos grupos, siendo mayores en el de HAsT. En los demás dominios, no se encontró diferencias significativas. **CONCLUSIONES:** No se demostró diferencia entre el efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina en general, pero sí se observó mejor respuesta en los dominios del orgasmo y satisfacción sexual en las mujeres sometidas a histerectomía abdominal subtotal.

PALABRAS CLAVE: Histerectomía abdominal total; Histerectomía abdominal subtotal; Función sexual femenina; Disfunción sexual femenina.

Rev Per Ginecol Obstet 2005; 51:188-195

ABSTRACT

OBJECTIVE: To compare the effect of the type of abdominal hysterectomy on female sexual function. **MATERIALS AND METHODS:** A prospective descriptive study with an 'only after' design was carried out at Regional Teaching Hospital from Trujillo, Peru. The sample comprised 54 women with total

abdominal hysterectomy (HAT) and 54 women with subtotal abdominal hysterectomy (HAsT), who underwent the surgical procedure for benign diseases, between January 2001 and December 2003. They were randomly selected to answer a specific questionnaire for assessing sexual function (FSFI). The percentage of sexual dysfunction for each group and the score for each domain of sexual function were compared using the z test and chi square test for qualitative variables and the 't' student test for quantitative findings. **RESULTS:** The percentages of sexual dysfunction in women with HAsT and HAT were 40,7% and 48,1% respectively, but this difference was not statistically significant ($p > 0,05$); also there was no relation between the variables. However, the average scores for the orgasm domain and the satisfaction domain were statistically different ($4,16 \pm 1,28$ vs. $4,66 \pm 1,34$ and $4,57 \pm 1,22$ vs. $5,01 \pm 0,95$, respectively) with better

1. Médico serumista del C.S.M.I. 'Vista Alegre' de Víctor Larco, Trujillo.
 2. Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo. Profesor Asociado del Departamento de Fisiología Humana. Facultad de Medicina - UNT.
 3. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo. Profesor Principal del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina - UNT.
- Institución a la que pertenece el proyecto:
Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo (UNT).
- Dirigir correspondencia a: Dr. Paredes Villanueva Fredy
Dirección: Salaverry 545, Trujillo. Correo electrónico: paredes_fredy@hotmail.com



results in the HAsT group. There were no significant differences in the other domains. CONCLUSIONS: As a whole, there was no difference in the effect of the type of abdominal hysterectomy on the female sexual function, however there was a better score for orgasm and sexual satisfaction domains in those women who underwent subtotal abdominal hysterectomy.

KEYWORDS: Total abdominal hysterectomy, Subtotal abdominal hysterectomy, Female sexual function, Female sexual dysfunction.

Rev Per Ginecol Obstet 2005; 51:188-195

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una de las técnicas quirúrgicas que con más frecuencia se practica en los servicios de Ginecología y Obstetricia; por tanto, de gran importancia en cuanto a las repercusiones que pueda producir en mujeres que van a ser sometidas a ésta⁽¹⁾. Como es sabido, se realiza tanto por vía abdominal (subtotal, total y radical) como por vía vaginal⁽²⁾. Al respecto, desde hace más de medio siglo, están en debate las diversas formas de afrontar la extirpación del útero, con muchas controversias de por medio.

Las primeras histerectomías con Charles Clay, en 1843, fueron subtotales; pero, en 1929, Richardson introdujo la histerectomía abdominal total, para prevenir el cáncer de cuello uterino, ya que en ese entonces no se conocía el tamizaje cervical. Sin embargo, se continuó con la subtotal porque, estando en la época preantibiótica, extirpar el cérvix predisponía a desarrollar peritonitis, siendo usualmente fatal, al exponer la cavidad abdominal a la contaminación vaginal. Este escenario cambió en los años 50, cuando se descubrió la penicilina y otros antibióticos que, asociados a la disponibilidad de transfusión sanguínea, pusieron en boga la técnica de Richardson. Aproximadamente al mismo tiempo, apareció el Papanicolaou, disminuyendo dramáticamente las tasas de muerte por cáncer de cérvix; sin embargo, la preferencia por la histerectomía total permaneció invariable y en los años 60 se estableció como técnica universal⁽¹⁾.

Pero, a partir de los estudios de Kilkku, en 1983^(3,4), se vuelve a replantear la utilización de la histerectomía subtotal en algunas patologías benignas, argumentándose que el prolapse de bóveda, las disfunciones sexuales y los problemas urinarios

pueden ser más abundantes después de la histerectomía total. Además, en 1991, Kirt Semm^(1,5) realizó la primera histerectomía laparoscópica supracervical; con lo que se volvió a encender el debate sobre la histerectomía total vs. la subtotal. En general, entre los argumentos a favor de la histerectomía supracervical se menciona que el órgano normal no requiere remoción, tamizaje de cáncer de cérvix, disminución de riesgos quirúrgicos (infección intraperitoneal, pérdida sanguínea mayor, lesión de estructuras adyacentes -uréter, arteria uterina, vejiga, recto), menos cambios adversos en la función sexual, disminución del riesgo de subsiguiente prolapse vaginal y disfunción vesical. Por otro lado, entre los argumentos a favor de la histerectomía total se describe el diagnóstico tardío de cáncer de cérvix y que los riesgos quirúrgicos antes mencionados no son estadísticamente significativos o no han sido demostrados en trabajos prospectivos aleatorizados.^(1,5)

Con respecto a la función sexual femenina, el efecto de la histerectomía sobre ésta no está bien dilucidado; muchos estudios no muestran efectos adversos⁽⁶⁾, pero es obvio que un significativo porcentaje de pacientes histerectomizadas (con o sin remoción del cuello uterino) experimentan cambios en su función sexual, muchas con mejoría. Por ejemplo, el *Maryland Women's Health study*^(2,15) muestra una significativa mejora en la función sexual femenina, con menos dispareunia, en enfermedades benignas; aunque, hay que tener presente que el empeoramiento de la sexualidad después de las intervenciones ginecológicas es frecuente y la histerectomía no es una excepción⁽¹⁾. Existen varias causas para este empeoramiento, pudiendo implicar mecanismos neutrales, como la denervación pélvica y hormonal, a través de la insuficiencia ovárica que sucede con frecuencia a la histerectomía simple⁽⁷⁾; pero, sin duda, un mecanismo muy importante es el psicológico.

La reacción a una operación quirúrgica como la histerectomía sigue un curso común a otras, habiendo un proceso de separación o pérdida, de elaboración y adaptación y de resolución, con una duración variable de por lo menos 1 año y, en muchos casos, la adaptación o desadaptación no se



aprecia hasta después de este tiempo⁽⁹⁾. Más aún, la reparación de la inervación pélvica se da en aproximadamente en 6 meses⁽¹⁰⁾. La función sexual preoperatoria, relación de pareja, salud física y mental, estado hormonal, bienestar socioemocional, estrés severo, educación, preocupaciones económicas y religión son algunos de los factores predictores de la función sexual posterior.^(1,11)

Comparando los tipos de histerectomía abdominal con respecto a la función sexual femenina, uno de los primeros estudios⁽¹⁴⁾ encontró más mujeres con disminución de la libido posterior a la histerectomía abdominal total comparado con la subtotal. Kilkku^(3,4) no encontró diferencias entre el tipo de operación con respecto a la frecuencia coital, pero la mayor frecuencia de orgasmo fue a favor de la histerectomía subtotal, no encontrando diferencias en la calidad de orgasmo. Otro de sus estudios concluyó que hay más mujeres con dispareunia después de la histerectomía abdominal total respecto a la subtotal. Zussman y Heström^(7,8) presentaron evidencia que la histerectomía supracervical tiene efectos 'favorables' sobre la frecuencia coital y orgasmo, concluyendo que los orgasmos vaginales fueron menos frecuentes después de la histerectomía abdominal total. Cabe resaltar que varios de estos estudios fueron sólo observacionales. Otro trabajo no encontró diferencia significativa entre ambos tipos de histerectomía⁽¹¹⁾.

Recientes estudios prospectivos, como el de Roovers y col.⁽¹⁰⁾, Zobbe y col.⁽¹¹⁾, Thakar y col.⁽¹⁶⁾ concluyen que los parámetros de la función sexual (incluyendo la frecuencia de las relaciones sexuales y de los orgasmos y la valoración de la relación sexual con la pareja) no se diferenciaron significativamente tras la cirugía; ni que la histerectomía total ni la subtotal afectan negativamente la función de los órganos pélvicos al cabo de los 12 meses. La histerectomía abdominal subtotal da lugar a una recuperación más rápida y a un menor número de complicaciones a corto plazo, aunque ocasionalmente puede motivar una hemorragia menstrual o un prolapsus cervical.

Aunque los datos disponibles no demuestran una clara superioridad de una técnica respecto de la otra, la repercusión en la esfera sexual y, por ende, en la calidad de vida de la mujer, es una de las cau-

sas que han motivado la realización del presente trabajo, ya que la evolución de las diversas formas de afrontar la extirpación del útero ha estado repleta de polémica a lo largo de la historia y no habiendo trabajos al respecto en nuestro medio nos planteamos el siguiente enunciado: ¿Existe diferencia entre el efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina?

Los objetivos del trabajo fueron determinar la proporción de mujeres con alteración de la función sexual en la histerectomía abdominal total y la subtotal, comparar la proporción de mujeres con alteración en la función sexual entre los tipos de histerectomía abdominal y comparar las promedios de cada uno de los dominios de la función sexual femenina de los dos tipos de histerectomía abdominal: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

MATERIALES Y MÉTODOS

El universo estuvo constituido por el total de mujeres histerectomizadas por vía abdominal en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) entre enero de 2001 y diciembre de 2003. Por la naturaleza del estudio, se trabajó con dos poblaciones según el tipo de histerectomía abdominal total o subtotal.

El tamaño muestral se calculó con la fórmula para dos proporciones poblaciones. Se admitió un nivel de confianza del 95%, una potencia de prueba de 80% y una prevalencia de problemas sexuales del 40% en las pacientes histerectomizadas. Un 20% de diferencia en la persistencia o desarrollo de síntomas sexuales, 60% (P_1) en un grupo y 40% (P_2) en el otro, se consideró clínicamente relevante^(4,10,16).

Entre enero de 2001 y diciembre de 2003, en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo, se realizó 188 histerectomías abdominales totales y 174 histerectomías abdominales subtotales. Los grupos muestrales quedaron en 54 mujeres sometidas a histerectomía abdominal total y 54 mujeres sometidas a histerectomía abdominal subtotal. La muestra se seleccionó aleatoriamente usando el sorteo con dos opciones (moneda) hasta completar el número muestral para cada tipo de histerectomía.



Se incluyó mujeres entre 18 y 50 años, clínicamente sanas, hysterectomizadas electivamente por los menos hace 1 año, sexualmente activas y con la misma pareja antes y después de la intervención quirúrgica. Se excluyó la mujer mayor de 50 años, analfabeto, menopáusica o posmenopáusica, hysterectomizada posparto, diagnóstico de cáncer de cualquier órgano (afecta el comportamiento sexual en una proporción elevada y muy ligado al aspecto psicológico), peso mayor de 100 kg, antecedente de cirugía pélvica, diagnóstico de endometriosis, patología de cuello uterino (displasia o carcinoma *in situ*), prolapsode útero sintomático, incontinencia urinaria sintomática, trastornos ansiosodepresivos severos.

Operacionalmente, la función sexual fue evaluada a través del índice de función sexual femenina (*Female Sexual Function Index FSFI*), que está basado en la interpretación clínica del análisis de los 6 principales componentes: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor⁽²²⁻²⁴⁾. Se consideró mujer con disfunción sexual cuando el puntaje total de los dominios era menor o igual a 25, de lo contrario se habló de una función sexual normal⁽²²⁾.

Se estimó datos estadísticos de algunas características relevantes de cada uno de los grupos de pacientes (con hysterectomía total y con subtotal), como edad, número de hijos, indicación de hysterectomía, comorbilidades, duración de relación de pareja, frecuencia de actividad sexual, etc, para determinar si ambos eran contrastables. Además, se obtuvo el puntaje por dominio y el total del índice de función sexual femenina para determinar si era normal o existía disfunción.

El modelo estadístico fue la comparación de 2 estadísticos (E-E): Para determinar si había relación entre el tipo de hysterectomía abdominal y la función sexual femenina, se aplicó la prueba chi cuadrado. Además, se calculó la proporción de mujeres con disfunción sexual en cada grupo y para saber si existía diferencia significativa entre ambos se empleó la prueba Z de proporciones, cuando $p < 0,05$ o que el intervalo de confianza no contenga al 0 o a la unidad. Para la comparación de los resultados de los dominios de la función sexual femenina (promedios) se aplicó la t de student si $n < 30$.

Se solicitó el consentimiento informado a cada paciente y se consideró las recomendaciones de La Declaración de Helsinki sobre estudios en humanos.

RESULTADOS

De manera aleatoria se revisó 108 historias clínicas de pacientes hysterectomizadas por vía abdominal en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo entre enero de 2001 y diciembre de 2003 (la mitad del tipo total -HAT- y la otra mitad del tipo subtotal -HAsT-), que cumplían hasta ese momento con los criterios establecidos. No obstante 23 historias tuvieron que ser reemplazadas debido a dos razones, la primera es que durante la visita domiciliaria se encontró algunos inconvenientes como direcciones falsas, cambio de domicilio, ausencia de la paciente -ya sea por motivo de viaje o por falla en repetidos

Tabla 1. Características de las pacientes según el tipo de hysterectomía abdominal

Características	HAT		HAsT		Prueba
	N	DE/%	N	DE/%	
• Edad (años)	42,9	4,3	41,8	6,6	1,078*
• N° de hijos	3,0	1,6	2,7	1,5	1,025*
• Nivel educativo (n)					0,245 ^c
- Medio-Alto	43	79,6	45	83,3	
- Bajo	11	20,4	9	16,7	
• Nivel socioeconómico (n)					0,171 ^c
- Alto	3	5,6	1	1,8	
- Medio	29	53,7	32	59,3	
- Bajo	22	40,7	21	38,9	
• Hist. cirugía abdomen (n)	22	40,7	24	44,4	-0,389 ^b
• Comorbilidad (n)	9	16,7	12	22,2	-0,729 ^b
• Relación de pareja (años)	21,0	5,4	20,0	7,3	0,802*
• Ind. para hysterectomía (n)					
- Miomatosis uterina	44	81,5	41	75,9	0,705 ^b
- EPI crónica	7	13,0	6	11,1	0,296 ^b
• Tumoración ovárica benigna	2	3,7	2	3,7	0
• Dolor pélvico crónico (síndrome adherencial)	-	-	3	5,6	-
• Hiperplasia endometrial	1	1,8	2	3,7	-0,586 ^b
• Frec. actividad sexual (n)					1,977 ^c
- 0-1 al mes	15	27,8	9	16,7	
- Más de una vez al mes	30	55,5	29	53,7	
- Hasta una vez a la semana					
- Más de 1 vez a la semana	9	16,7	16	29,6	
• Disf. sexual previa (n)	19	35,2	17	31,5	0,408 ^b

* Prueba 't'

^b Prueba 'Z' de diferencia de proporciones

^c Prueba chi-cuadrada



intentos de ubicarla-, negación de la paciente a participar del estudio y la segunda fue que finalmente no cumplía con algún criterio (sexualmente inactiva después de intervención quirúrgica, menopausia).

Todas las pacientes fueron histerectomizadas hacia un año o más ($1,8 \pm 0,77$ años), para efectos de este estudio.

En la Tabla 1 se observa las características relevantes para la función sexual de las pacientes histerectomizadas, no habiendo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de HAT y HAsT en cuanto a edad, números de hijos, nivel educativo y socioeconómico, tampoco en historia de cirugía abdominal (donde se encontró en orden de frecuencia anticoncepción quirúrgica voluntaria, cesárea, apendicectomía, colecistectomía, hernioplastia inguinal, ooforectomía unilateral, recanalización de trompas), comorbilidad (anemia, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, ovario poliquístico), duración de la relación de pareja y disfunción sexual previa (dispareunia, problemas de lubricación, disminución del deseo sexual). La religión fue mayoritariamente católica en ambos grupos.

En lo referente a la indicación para histerectomía la más frecuente en ambos grupos fue la miomatosis uterina seguida de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) crónica, no habiendo diferencias significativas.

La frecuencia de actividad sexual, agrupada en intervalos, aunque tiene tendencia a ser mayor en el grupo de HAsT no es estadísticamente significativa, presentándose proporciones estadísticamente similares entre ambos grupos.

Tabla 2. Disfunción sexual femenina según el tipo de histerectomía abdominal

Características	HAT		HAsT		Prueba z
	Nº	%	Nº	%	
• Disfunción sexual	26	48,1	22	40,7	0,775*
• Función sexual normal	28	51,9	32	59,3	
Total	54	100	54	100	

* Z = 0,775 p > 0,05

X² = 0,6 p > 0,05

Tabla 3. Dominios de la función sexual femenina según el tipo de histerectomía abdominal

Características	HAT		HAsT		Prueba t
	Promedio	DE	Promedio	DE	
• Deseo	3,56	1,21	3,85	1,13	-1,323
• Excitación	3,64	1,15	3,98	1,14	-1,564
• Lubricación	3,92	1,16	4,21	1,29	-1,241
• Orgasmo	4,16	1,28	4,66	1,34	-1,963*
• Satisfacción	4,57	1,22	5,01	0,95	-2,114*
• Dolor	4,58	1,48	4,66	1,02	-0,333

* Estadísticamente significativos ($p < 0,05$)

En la Tabla 2 se aprecia que la proporción de disfunción sexual en las pacientes sometidas a histerectomía abdominal subtotal (40,7%) fue menor que en las sometidas a histerectomía abdominal total (48,1%), sin diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$), no existiendo además relación entre dichas variables.

En la Tabla 3 están los puntajes de cada uno los dominios de la función sexual femenina de acuerdo al tipo de histerectomía, observándose que los promedio del orgasmo ($4,16 \pm 1,28$ vs. $4,66 \pm 1,34$) y la satisfacción ($4,57 \pm 1,22$ vs. $5,01 \pm 0,95$) son estadísticamente diferentes entre ambos grupos, siendo mayores en el de HAsT. En los demás, no se encontró diferencias significativas.

DISCUSIÓN

Este estudio, que evaluó el efecto del tipo de histerectomía sobre la función sexual, pretendió investigar si la remoción del cérvix tiene efectos adversos sobre la función sexual femenina. Para ello se evaluó un grupo de HAT y otro de HAsT, revisándose primeramente las características que de alguna manera podrían influir en la función sexual de las pacientes histerectomizadas, interviniendo como variables confusoras (1,11). Así, la edad (relacionada directamente al deterioro progresivo de la función sexual), el número de hijos (asociado a cambios en la anatomía pélvica), el nivel cultural y socioeconómico, la historia de cirugía abdominal, comorbilidad (patologías como la diabetes mellitus que pueden producir cambios negativos en la frecuencia sexual, deseo, lubricación, etc), indicación para histerectomía y la dura-



ción de la relación de pareja fueron evaluados. Los resultados fueron similares en ambos grupos (Tabla 1), por lo que se pudo asumir que éstos eran homogéneos, factibles para la comparación de la función sexual femenina.

El estado hormonal no pudo ser evaluado, ya que los datos fueron muy dispersos y confusos, pues los pacientes desconocían el tratamiento o no lo describían adecuadamente.

En lo referente a la disfunción sexual previa, cuyos datos se obtuvo por anamnesis o antecedente de diagnóstico médico, con la finalidad de disminuir algún posible sesgo al evaluar la función sexual actual (posterior a la histerectomía), no se encontró diferencia entre ambos grupos. Sin embargo, esto debe ser analizado dentro de su contexto, ya que se registró dicho problema sexual sólo cuando era experimentado como molestia por la paciente, corriéndose el riesgo del subdiagnóstico⁽¹⁰⁾.

Se estudió las pacientes que fueron histerectomizadas hace un año o más porque ya estaban adaptadas; por tanto, nuestro estudio excluyó la posibilidad que la recuperación posquirúrgica esté jugando un rol perturbador en la función sexual femenina, ya que como se dijo anteriormente, la reacción psicológica a una operación quirúrgica como la histerectomía sigue un curso con una duración variable de por lo menos 1 año⁽⁹⁾. Además, la reparación de la inervación pélvica ocurre en aproximadamente 6 meses⁽¹⁰⁾.

Se observó que la incidencia de disfunción sexual es alta en la población de mujeres histerectomizadas, llegando incluso a bordear el 50%. Este porcentaje es bastante mayor a lo encontrado en trabajos extranjeros de EE UU y Europa, cuyo promedio es 40%^(10,13,16), lo que demuestra la importancia del problema, así como la falta de diagnóstico y tratamiento en nuestro medio. Contribuye a esto el hecho de que muchas veces la mujer considera que ciertas dificultades sexuales no repercuten en su sentimiento de satisfacción.⁽²⁵⁾

En general, la frecuencia de actividad sexual así como la incidencia de disfunción sexual femenina fueron similares entre ambos grupos, por lo que se podría decir que el tipo de histerectomía abdominal parece no afectar de manera diferente la función sexual femenina.

Sin embargo, cuando se evaluó cada uno de los dominios de la función sexual mediante la aplicación de la prueba 't', la más adecuada para el estudio, el orgasmo y la satisfacción fueron más frecuentes en el grupo de HAsT que en el de HAT. Similares hallazgos encontró Kilkku^(3,4) en dos estudios observacionales, en los cuales no hubo diferencias entre el tipo de operación con respecto a la frecuencia coital; pero, la frecuencia de orgasmo fue mayor con la histerectomía subtotal. Además, se concluyó que hay más mujeres con dispareunia después de la histerectomía abdominal total respecto a la subtotal. De la misma forma, Zussman y Helstrom^(7,8) presentaron evidencias de que la histerectomía supracervical tiene efectos 'favorables' sobre el orgasmo y, además, con influencia favorable en la frecuencia coital. Sin embargo, estos trabajos fueron estudios de cohortes y no incluyeron un grupo de comparación; por lo que sus resultados deben ser tomados con precaución.

La ausencia de diferencia en la proporción de disfunción sexual femenina entre la HAT y la HAsT encontrada en este estudio podría tener explicación en el hecho de que la muestra pudo haber sido pequeña para detectar pequeñas diferencias. Así, tal vez fue suficiente para mostrar diferencias en los dominios relacionados al orgasmo y satisfacción sexual, sin embargo estas diferencias se diluyeron cuando se evaluó globalmente los 6 dominios.

Como ha sido descrito, la función sexual femenina es el resultado de la suma de varios factores interrelacionados, como los psicológicos, anatomo-fisiológicos y culturales⁽¹⁾. La histerectomía puede repercutir en las mujeres debido al estrés por la pérdida de la función reproductora, la pérdida de la función menstrual y de la sexualidad, así como de su valor sexual, habiendo mujeres que temen no solamente la disminución de su deseo sexual y de su capacidad de respuesta sexual, sino el descenso de su atractivo, muchas veces por desconocimiento acerca de la pérdida de la matriz a la que muchas atribuyen un valor, tanto objetivo como simbólico, mayor que a los ovarios. Es por ello que estas consideraciones son muy importantes. Precisamente los dominios de la función sexual que están más afectados por aquello son el dominio del deseo, el de la excitación e indirectamente el de la lubricación misma⁽¹⁹⁾. No obstante, en nues-



tro estudio no pudimos demostrar diferencias en estos dominios de acuerdo al tipo de histerectomía realizada. Más bien, nuestros datos sugieren que los dominios del deseo, excitación y lubricación son factores no relacionados de manera importante a la cirugía misma sino principalmente a factores psicológicos y culturales.

No sucede lo mismo con el dominio del orgasmo en el que el aspecto anatomo-fisiológico juega un papel mayor⁽³⁾. La histerectomía puede tener consecuencias múltiples sobre la sexualidad a partir de factores mecánicos. Aparentemente la disrupción más extensa de la inervación local durante la histerectomía abdominal total llevaría a más disfunción sexual en lo referente a dificultades en alcanzar el orgasmo. El presente estudio demostró que el cérvix tendría un papel importante en el estímulo sexual y el orgasmo.

Así la presencia del cuello uterino contribuye a la preservación de la integridad anatómica porque se produce una menor denervación. Además, participa como receptor de impulsos mecánicos producidos por el órgano copulador durante el acto sexual, desencadenando un reflejo neuroendocrino, que viajando a través de la médula espinal hacia los centros superiores, llega hasta el hipotálamo de donde se libera oxitocina hacia la circulación general, lo cual produce aumento del deseo sexual.⁽²⁶⁾

No sólo el aspecto anatomo-fisiológico se ve menos afectado, sino que al mantener el cérvix disminuye ese estrés que ocasiona una pérdida completa de la 'matriz', por lo que el aspecto psicológico es sólo mermado parcialmente.⁽¹⁹⁾

En suma, las técnicas modernas para tratamiento de displasias de cérvix nos permiten conservar el cuello uterino y proteger adecuadamente a la paciente del cáncer epidermoide de cérvix; conociendo además que la remoción del cérvix resulta en pérdida de un extenso segmento del plexo pélvico (fibras nerviosas sensitivas pasan del cérvix a través del plexo de Frankenhauser y nervios pélvicos hacia raíces sacras 2-4)⁽⁵⁾; por consiguiente, es razonable aducir que en ciertos grupos de mujeres los beneficios de dejar el cuello intacto pueden justificar la práctica de la histerectomía subtotal.

Este estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra podría ser pequeño

para detectar pequeñas diferencias, a pesar de que se obtuvo el número requerido de pacientes de acuerdo con los cálculos estadísticos propuestos, los cuales se basaron en dos publicaciones extranjeras serias^(10,16).

En segundo lugar, se usó un diseño de 'sólo después', por lo que el grado de disfunción sexual previo a la histerectomía fue difícil de evaluar. En tercer lugar, la evaluación de la función sexual femenina es compleja, pues es resultado de múltiples variables. A pesar de que en este estudio se tomó especial cuidado en estudiar las variables problema y las variables interviniéntes o confusoras, es difícil controlar todas de manera satisfactoria.

A partir de esta investigación, se sugiere un estudio prospectivo aleatorio de diseño clásico, tomando una muestra más grande y con grupo control (pacientes no histerectomizadas).

Finalmente, la decisión de conservar o remover el cérvix en una histerectomía debería estar basada en la evaluación rigurosa de los riesgos y beneficios para cada paciente.

Se concluye que la proporción de disfunción sexual femenina en pacientes histerectomizadas es alta, pero sin diferencia significativa entre la histerectomía abdominal total y la subtotal. No se demostró que exista diferencia entre el efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina en general. No hubo diferencias según el tipo de histerectomía con los dominios del deseo, excitación, lubricación y deseo, pero sí se observó mejor respuesta en los dominios del orgasmo y satisfacción sexual en las mujeres sometidas a histerectomía abdominal subtotal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dragisic K, Milad M. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:1416-8.
2. Johns A. Supracervical versus total hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol*. 1997;40(4):903-13.
3. Kilkku P. Supravaginal uterine amputation versus hysterectomy. Effects on coital frequency and dyspareunia. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1983;62:141-5.
4. Kilkku P, Gronroos M, Hirvonen T, Rauramo L. Supravaginal uterine amputation versus hysterectomy. Effects on libido and orgasm. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1983;62:147-52.
5. Grimes D. Role of the cervix in sexual response: Evidence for and against. *Clin Obstet Gynecol*. 1999;42(4):972.
6. Farrell SA, Kieser K. Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2000;95:1045-51.



7. Zussman L, Sunley R, Bjomson E. Sexual response after hysterectomy-oophorectomy: Recent studies and reconsideration of psychogenesis. *Am J Obstet Gynecol.* 1981;140:725-9.
8. 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;81:357-62.
9. Drellich MG, Bieber I. The psychological importance of the uterus and its function. *J Nerv Disorders.* 1968;126:322-36.
10. Roovers W R, et al. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. *BMJ.* 2003;327:1-5.
11. Zobbe V, Gimbel H, et al. Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:191-6.
12. Gimbel H, Zobbe V, et al. Randomized clinical trial of total vs. subtotal hysterectomy: validity of the trial questionnaire. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81:968-74.
13. Gimbel H, Zobbe V, et al. Randomized, controlled trial of total compared with subtotal hysterectomy with 1-year follow-up results. *Br J Obstet Gynaecol.* 2003;110:1088-98.
14. Lauridsen L, Jensen VC. Total versus subtotal hysterectomy. *Ugeskr Laeger.* 1961;123:298-307.
15. Learman Lee, et al. A randomized comparison of total or supracervical hysterectomy: surgical complications and clinical outcomes. *Obstet Gynecol.* 2003;102(3):453-62.
16. Ranee T, et al. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med.* 2002;347:1318-25.
17. Nicholas R, et al. Sexual response in the patient after hysterectomy: Total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:1427-8.
18. Scott JR, Sharp HT, Dodson MK, Norton PA, Warner HR. Subtotal hysterectomy in modern gynecology: A decision analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176(6):1186-91.
19. Nathorst-Boos J, Fuchs T, von Schoultz B. Consumer's attitude to hysterectomy. The experience of 678 women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1992;71:230-4.
20. Munro MG. Supracervical hysterectomy: A time for reappraisal. *Obstet Gynecol.* 1997;89:133-9.
21. Hasson HM. Cervical removal at hysterectomy for benign disease. Risks and benefits. *J Reprod Med.* 1993;38:781-90.
22. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208.
23. Meston CM. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther.* 2003;29(1):39-46.
24. Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2002;28(l):155-64.
25. Sell J, et al. Función sexual y hormonas de la reproducción en mujeres con menopausia precoz. *Rev Cubana Salud Pública.* 2001;27(2):116-25.
26. Fritz M. Endocrinology & Metabolism. En: Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 7th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
27. Abdel-Fattah M, et al. Effect of total abdominal hysterectomy on pelvic floor function. *Obstet Gynecol Survey.* 2004;59(4):299-304.
28. Zekam N, et al. Total versus subtotal hysterectomy: A survey of gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2003;102(2):301-05.