

Operarse sí o no[©]



La histerectomía es una de las operaciones ginecológicas que más se practican, a veces incluso sin que sea del todo necesario. Si su médico le plantea esta operación, hable con él para informarse de todos los detalles y asegurarse de que no hay otra alternativa.

Algunas enfermedades que afectan al útero, por ejemplo, ciertos casos de miomas, se solucionan con una histerectomía, que consiste en extirpar total o parcialmente el útero. En ocasiones hay que quitar algún otro órgano, como los ovarios y las trompas, según cual sea el problema médico. Aunque cada vez más en desuso, hoy en día todavía se oye decir que a una mujer "se la ha vaciado" para referirse a que se ha sometido a una histerectomía. Tal expresión atribuye de forma errónea una connotación peyorativa a una intervención quirúrgica: a la mujer no

se la vacía. Si es cierto que sin útero es imposible tener la regla y, por tanto, quedarse embarazada, con lo cual, si la mujer todavía se encontraba en edad fértil, puede sentirse "menos mujer". Se da el caso de mujeres sometidas a una histerectomía que desconocen la magnitud de la operación: no saben si les han extirpado una parte o todo el útero, o puede que algún órgano más, y ni siquiera saben si necesitan acudir a las revisiones ginecológicas periódicas. En este artículo explicamos en qué consiste la histerectomía, en qué casos se recurre a ella, cómo puede afectar

a la vida de la paciente, qué cuidados necesita, etc., toda la información necesaria para hablar con su médico abiertamente sobre la conveniencia de la cirugía y afrontar la operación desde una perspectiva positiva.

Cuando no queda más remedio

La histerectomía es una operación ginecológica que se realiza con frecuencia. Algunos de los motivos que pueden llevar a la mesa del quirófano son los que a continuación detallamos.

Los miomas

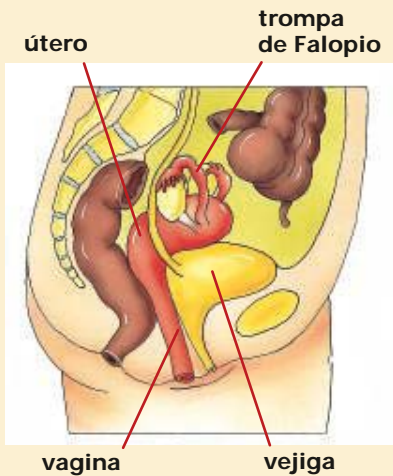
Los miomas o fibromas uterinos son tumores benignos que se forman en la pared del útero. Si son pequeños y no producen síntomas, no suelen necesitar tratamiento. Pero si crecen, si producen dolor, si sangran y causan anemia crónica o si comprimen el recto, la vejiga u otra estructura, puede ser necesaria la cirugía. Existe tratamiento farmacológico para reducir el tamaño de los miomas, pero sólo hace efecto mientras se está tomando la medicación; después, pueden volver a crecer. Y el tratamiento no puede ser prolongado porque puede tener efectos adversos, como la pérdida de densidad ósea. Tras la menopausia los miomas tienden de forma natural a hacerse más pequeños. Por ello, si una mujer está cerca de la menopausia, normalmente el médico le receta la medicación y se espera a ver cómo evolucionan. A veces se utiliza para reducir el tamaño de los miomas antes de extirparlos. Cuando es posible, se operan sólo los miomas y se deja el útero íntegro; pero no siempre es viable, y no queda más remedio que recurrir a la histerectomía.

Las hemorragias uterinas anómalas

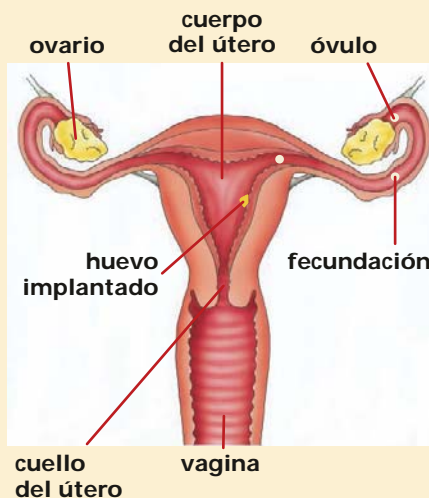
Existen enfermedades que producen sangrados irregulares entre menstruaciones. Además, algunas mujeres tienen reglas excesivamente abundantes, largas o frecuentes. Las causas pueden ser muy diversas:

LOS ÓRGANOS FEMENINOS

El útero es un órgano situado entre la vejiga urinaria y el recto. Es pequeño (mide de 6 a 9 cm de longitud y pesa de 70 a 100 g), está hueco y su misión más importante es albergar al feto durante el embarazo. Está compuesto de dos partes anatómica y funcionalmente distintas: el cuerpo y el cuello.



El cuerpo del útero se comunica con las trompas de Falopio. La capa que reviste internamente el cuerpo del útero es el endometrio. En el cuerpo se asientan los miomas y el cáncer de endometrio.



El cuello es la parte inferior del útero, que comunica con la vagina. En esta región aparecen los pólipos cervicales y el cáncer de cérvix o cuello uterino.

En cada ciclo ovárico, la trompa recoge el óvulo liberado por el ovario. El óvulo avanza por el interior de la trompa hasta llegar al interior del cuerpo uterino. Si no hay fecundación, muere. En paralelo, el endometrio va transformándose para que, en el caso hipotético de que el óvulo sea fecundado, pueda ofrecer al embrión las condiciones necesarias para su desarrollo hasta que nazca. Si no hay fecundación, todos los cambios producidos son innecesarios, por lo que el endometrio se descama y se elimina al exterior a través de la vagina, y es lo que constituye la menstruación. Esta regeneración se produce en ciclos, cada 28 días aproximadamente.

Si en el camino del óvulo por la trompa es fecundado por un espermatozoide, se empieza a formar inmediatamente un embrión que, cuando llega a la cavidad del cuello uterino, se implanta en el endometrio.

En la menopausia, la producción hormonal por el ovario cesa y con ella, los cambios menstruales del endometrio uterino, motivo por el que desaparece la regla.

miomas, alteraciones hormonales, infecciones uterinas, cáncer de útero, etc. El tratamiento corresponde a la causa que lo provoca: hormonas, antibióticos, etc.

Este problema puede limitar gravemente la vida de la mujer, además de tener una anemia continua. De hecho, ésta es la razón más frecuente de anemia en los países occidentales. Cuando no se puede eliminar la causa de la hemorragia de otra manera, suele recurrirse a la histerectomía, pero en la actualidad se cuestiona este tipo de actuación (vea el recuadro *¿Se practica en exceso?*).

Los prolapsos de útero

El útero se sostiene en su lugar por los músculos y los ligamentos. Los estiramientos que se producen en esa zona durante el parto, la obesidad o la disminución de estrógenos con la menopausia hacen que estos elementos de soporte se debiliten, que el útero se descuelgue y asome por fuera de la vagina (es lo que se llama prolapso). La mujer nota una sensación de peso o presión en la zona pélvica. El útero puede salir de forma intermitente cada vez que la mujer hace un esfuerzo o estar permanentemente fuera. Si el

¿SE PRACTICA EN EXCESO?

En el año 2002, seis periódicos británicos denunciaron que muchas histerectomías se realizaban de forma innecesaria. Para llegar a esa conclusión, habían analizado las histerectomías realizadas en los hospitales de ese país durante 1994 y 1995, y denunciaban, por ejemplo, que el 46% de las histerectomías fueron por una hemorragia uterina anómala y que sólo en un 4% de los casos se había intentado antes una técnica de destrucción endometrial menos agresiva.

En Estados Unidos, la Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado Médico ha declarado que en ese país la histerectomía es la segunda operación más frecuente entre mujeres, precedida sólo por la cesárea. Estudios recientes indican que alrededor del 15% de las histerectomías no son necesarias. Cuando cumplan 65 años, más del 37% de las mujeres de EE UU tendrán hecha una. Y no parece que la incidencia de enfermedades que motiven esta intervención quirúrgica sea mayor en EE UU que en Suecia o Noruega, por ejemplo, donde el número de intervenciones quirúrgicas es mucho menor. Los médicos norteamericanos graduados más recientemente tienden a recomendar menos la histerectomía.

En España también existe preocupación en el entorno profesional por el alto número de histerectomías practicadas. En 2003, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia publicó el Documento de Consenso sobre la Menorragia. La menorragia es un sangrado menstrual anormalmente excesivo, más frecuente en mujeres entre 30 y 49 años: el 14% de las consultas ginecológicas en España son por menorragia y en torno al 60% de ellas terminan con una histerectomía en los 5 años siguientes; es de destacar que una vez analizado el útero extirpado, un alto porcentaje revela que el útero era normal. En el Documento se hace referencia a otras alternativas terapéuticas para el sangrado uterino excesivo de causa desconocida, y se indica que se debe reservar la histerectomía para los casos en que las alternativas fracasen o que exista además otra patología asociada que precise la cirugía como tratamiento.

En la actualidad, la tendencia es a practicar menos histerectomías que antes gracias al desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas, a los avances en el conocimiento del funcionamiento del aparato reproductor y a la aparición de nuevos tratamientos alternativos.

LAS REVISIONES POSTERIORES

“Si me han hecho una histerectomía, ¿para qué voy a ir a las revisiones periódicas al ginecólogo?”, se preguntan algunas mujeres operadas.

Efectivamente, si le han quitado el útero por completo, la citología ya no tiene sentido. Ahora bien, si la histerectomía fue parcial y conserva el cérvix (el cuello del útero), deberá seguir haciéndose las citologías para prevenir el cáncer de cérvix como antes de la operación.

En cualquier caso, deberá seguir acudiendo periódicamente al ginecólogo para hacerse la revisión de mamas, vagina, genitales externos, etc., que también pueden sufrir problemas. Y, por supuesto, si el motivo de la operación fue un cáncer, deberá añadir las revisiones periódicas que le indiquen.

► prolapso es leve, se puede solucionar colocando en la vagina un pesario, que es una especie de anillo de plástico que ayuda a mantener los tejidos en su sitio. Pero si el prolapso es grande, el útero puede rozar con la ropa interior y ulcerarse su superficie. En estos casos, la histerectomía puede ser necesaria. Para evitar los prolapsos, es conveniente perder peso en caso que sea necesario, evitar el estreñimiento y reforzar los músculos pélvicos mediante ejercicios específicos.

La endometriosis

El endometrio que reviste el útero a veces aparece fuera de él: en los ovarios, en las trompas o incluso fuera de la pelvis (se conocen casos de endometriosis en la pleura del pulmón). Este tejido endometrial de localización anómala está sometido al mismo influjo hormonal que el endometrio uterino, y puede sangrar cuando llega el momento de la regla allí donde se encuentre. La sangre puede formar acúmulos y producir dolor abdominal, cicatrices internas, adherencias entre tejidos o dificultad para quedarse embarazada. Este problema afecta a las mujeres en edad fértil, ya que, después, con la menopausia el endometrio ya no produce sangrado. Para tratar la endometriosis se recurre en primer lugar a las hormonas. Si el tratamiento no funciona, se procede a extirpar el tejido anómalo, a ser posible mediante una laparoscopia. Es raro tener que llegar a una histerectomía.

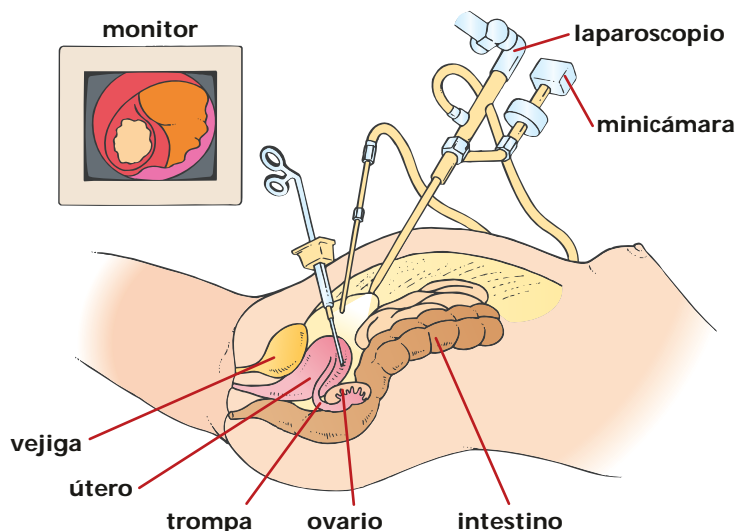
El cáncer

Cuando se diagnostica un cáncer de cuello de útero, de endometrio o de ovario, el tratamiento que se suele

aplicar es la cirugía (histerectomía u otra operación) asociada, según los casos, a radioterapia o quimioterapia.

Mejor con laparoscopia

Para operar, el médico puede acceder al útero desde la vagina o a través del abdomen. Lo más frecuente es realizar una histerectomía vaginal (el útero se extrae por la vagina) asistida por laparoscopia. El laparoscopia es un aparato provisto de luz y una microcámara que transmite la imagen del campo operatorio a un monitor situado en el quirófano; el médico consigue ver el interior de la pelvis sin tener que hacer una incisión abdominal extensa. Para introducir el laparoscopia, el cirujano realizará unas pequeñas punciones en la pared abdominal. No siempre es posible la histerectomía con laparoscopia. En ocasiones, no queda más remedio que practicar una incisión abdominal amplia (una cicatriz).



Cuidarse en la convalecencia

La estancia media en el hospital depende, entre otros factores, del tipo de cirugía practicada, pero generalmente oscila entre 2 o 3 días y una semana. La mayoría de las pacientes se recuperan con total normalidad tras la cirugía, mucho más rápido si la operación ha sido laparoscópica (en un par de semanas) que si ha sido normal (en unos dos meses).

En cualquier caso, el postoperatorio suele ser pesado por la zona de que se trata. Es conveniente que, antes de la intervención quirúrgica, la mujer tenga organizados sus primeros días de vuelta a casa de manera que pueda descansar y no hacer esfuerzos. La herida de la piel cicatriza antes que las heridas internas; la paciente no debe pensar que porque le hayan quitado las grapas o los puntos de la piel la recuperación ya está finalizada: las heridas internas en el útero y en el músculo tardan bastante más en curar (de 6 a 8 semanas). Deberá, por tanto, esperar unas semanas para levantar objetos pesados; tampoco podrá durante un tiempo tener relaciones sexuales con coito: el médico la orientará atendiendo al tipo de cirugía practicada y a cómo evolucione.

Al principio, tendrá dolor continuo, después sólo cuando realice ciertos movimientos o esfuerzos como toser, defecar o agacharse, e irá desapareciendo progresivamente. El médico le recetará analgésicos para aliviar el dolor: si no le hacen el efecto esperado, la paciente debe decirselo a su médico. Probablemente también tendrá sangrado

UNA DECISIÓN CONJUNTA

La histerectomía es la única solución para determinados problemas médicos, pero no para todos. Si el médico le plantea la posibilidad de hacerle esta intervención quirúrgica, hable con él claramente sobre alternativas terapéuticas, con los riesgos y beneficios que conlleva cada opción. Opérese sólo si no queda más remedio.



vaginal durante varios días, pero no cuantioso; en caso de duda por la duración o por la cantidad, conviene que pregunte al médico.

Según sienta que va recuperando las fuerzas y que el dolor desaparece, podrá reincorporarse a su vida normal. Si algo le fatiga demasiado o le causa dolor, es mejor que espere un poco más de tiempo para hacerlo.

Y después, ¿cómo se sentirá?

La histerectomía provoca muchos cambios en el cuerpo de la mujer: además de las alteraciones fisiológicas, la operación tiene también sus consecuencias en el plano psicológico. Para empezar, hay que evaluar si a la mujer le han practicado una histerectomía o, además, le han sido extirpados los ovarios. Otro dato que hay que contemplar es si la mujer era o no menopáusica.

Una menopausia repentina

Tras la histerectomía desaparece la menstruación, pues ya no existe un endometrio que se descame cíclicamente. En los casos en que los ovarios se mantienen, estos órganos siguen funcionando con normalidad hasta que la mujer alcanza la menopausia: los ovarios producen óvulos, que se disuelven poco después al no ser fecundados. Como la producción de hormonas por los ovarios continúa igual, la mujer no experimentará los síntomas de la menopausia (sofocos, cambios de humor, etc.) hasta que le llegue de forma natural.

Ahora bien, si en la operación le extirpan también los ovarios y la mujer aún no había alcanzado la menopausia, entrará

en este estado de forma repentina. Para evitar sus consecuencias, el médico le pondrá un tratamiento con hormonas sexuales que durará más o menos hasta que hubiera alcanzado la menopausia de forma natural. Este tratamiento es distinto al que siguen algunas mujeres en la menopausia y que en la actualidad se cuestiona tanto su necesidad como sus posibles beneficios.

Si la mujer operada era ya menopáusica, no va a notar ninguna diferencia fisiológica por carecer de ovarios.

Infertilidad

Desde el momento en que no hay útero es imposible que el feto se pueda desarrollar en él. El hecho de no poder tener descendencia para algunas mujeres puede suponer una gran desgracia y para otras, un alivio. En el caso de que la mujer quiera tener hijos, debe decirlo claramente para ver con el médico la posibilidad de un embarazo antes de la histerectomía, pues a veces es posible. A algunas mujeres la pérdida de la hipotética capacidad para el embarazo les repercute negativamente en su bienestar psíquico. Si está muy afectada, quizá necesite ayuda para afrontarlo.

Repercusión psicológica

Hay a quien no tener útero no le afecta lo más mínimo, a la mayoría les influye emocionalmente de forma breve, y a algunas, por el contrario, les produce un gran problema. Antes de la cirugía es difícil predecir cómo van a reaccionar después, pero, en general, que la mujer esté bien informada desde el principio es un factor clave para aceptar mejor la nueva situación.

Otros elementos que influyen de forma decisiva son la edad y el momento de la vida en que la mujer se encuentre: por ejemplo, lo aceptará peor una mujer joven y que quisiera tener más hijos. No

obstante, si el motivo que la llevó a la cirugía queda resuelto, el alivio puede compensarla. Algunas mujeres están realmente contentas, sienten que se han quitado un problema de encima, pero otras se encuentran menos femeninas, en inferioridad con respecto a las mujeres no operadas, incluso deprimidas.

En la vida sexual

La vida sexual tras una histerectomía puede seguir siendo activa y satisfactoria. De todas formas, no es igual para todas las mujeres. Algunas afirman que su vida sexual ha mejorado, pues ya no tienen miedo a un embarazo no deseado y sienten más placer. Por el contrario, otras mujeres refieren que tras la cirugía sus relaciones sexuales son dolorosas, su capacidad de orgasmo y su libido han disminuido: estos problemas son más frecuentes cuando se han extirpado los ovarios antes de tener la menopausia; además, la sequedad vaginal debida a la falta de las hormonas, puede causar molestias o dolor durante la penetración. Es conveniente consultar al médico los síntomas nuevos que note después de la cirugía. No se debe callar por pudor ni pensar de antemano que es normal tenerlos o que no tienen solución: muchas de estas molestias pueden eliminarse.

Otro problema que puede surgir es que la mujer piense que su pareja no la va a encontrar tan atractiva como antes. En este caso es fundamental hablar con la pareja y si es necesario, pedir ayuda profesional de un psicólogo para superarlo.



MÁS INFORMACIÓN

- Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado Médico en EE UU: www.ahrq.gov/consumer/spanhyst/hster2.htm
- Cómo prevenir el cáncer de cuello de útero, publicado en OCU-Salud nº 55 (agosto-septiembre 2004). También se puede consultar en www.ocu.org ■