

## Trabajos Originales

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES  
SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA TOTAL Y SUPRACERVICAL  
POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Mario Martínez R. <sup>1</sup>, Hugo Bustos L. <sup>1</sup>, Rodrigo Ayala Y. <sup>1</sup>, Lionel Leroy L. <sup>1</sup>, Francisco Morales C. <sup>2</sup>, Alejandra Watty M. <sup>2</sup>, Carlos Briones L. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Ginecología, <sup>2</sup> Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" (INPer), México, DF.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si la histerectomía total o supracervical laparoscópica tiene repercusión en la función sexual de la mujer y cuál de estas técnicas quirúrgicas se debe emplear para preservar la función sexual, evaluando si las alteraciones en dicha función se comportan como variables independientes al procedimiento quirúrgico. **Método:** Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo y analítico en pacientes del servicio de ginecología del Instituto Nacional de Perinatología, para evaluar la función sexual de pacientes que fueron sometidas a histerectomía laparoscópica por patología benigna. La evaluación de la función sexual se realizó de forma preoperatoria y seis meses después del evento. Se utilizó dos instrumentos para evaluar la función sexual de las pacientes: la historia clínica codificada femenina y el índice de función sexual femenina. **Resultados:** No hubo diferencia significativa en la función sexual de las mujeres antes y después de la histerectomía ( $z = -1,603$ ;  $p > 0,109$ ). No hubo diferencia significativa entre las mujeres con y sin disfunción sexual en relación con la edad, escolaridad, inicio de actividad coital, temores hacia la sexualidad y experiencias sexuales traumáticas en la infancia. **Conclusiones:** La función sexual de las mujeres antes y después de la histerectomía no se ve afectada por la histerectomía total laparoscópica ó la histerectomía subtotal laparoscópica.

**PALABRAS CLAVE:** *Disfunción sexual femenina, histerectomía total laparoscópica, histerectomía supracervical laparoscópica*

## SUMMARY

**Objective:** To determine whether total or supracervical laparoscopic hysterectomy has an impact on female sexual function and which of these surgical techniques should be used to preserve sexual function, evaluating whether the alterations in the function behave as independent variables to surgical procedure. **Method:** We conducted a longitudinal study, prospective and analytical at the National Institute of Perinatology in assessing sexual function of patients who underwent laparoscopic hysterectomy for benign disease, assessment of sexual function was conducted preoperatively and six months after the event. Two instruments for assessing sexual function of patients was used: medical history and the female sexual function index. **Results:** In applying the test of Wilcoxon signed ranks two related samples, no significant difference in sexual function in women before and after hysterectomy ( $z = -1.603$ ;  $p > 0.109$ ). By applying the statistical test of Chi2 to see if there was a difference between women with and without sexual dysfunction in relation

to other variables such as age, education, initiation of coital activity, fears about sexuality, traumatic sexual experiences in childhood, no significant differences were found. *Conclusions:* Sexual function in women before and after hysterectomy is not affected significantly. The result of the hysterectomy is independent of the type of surgery (total laparoscopic hysterectomy or supracervical laparoscopic hysterectomy).

**KEY WORDS:** *Female sexual dysfunction, total laparoscopic hysterectomy, supracervical laparoscopic hysterectomy*

## INTRODUCCIÓN

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más empleados a nivel mundial para el tratamiento de patologías benignas y malignas del útero, así como el procedimiento más frecuentemente realizado en ginecología. Se estima que en Estados Unidos de Norte América se realizan alrededor de 600.000 histerectomías anualmente (1). En el anuario estadístico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, en 2006, se reporta la histerectomía como la cirugía ginecológica de mayor prevalencia con un 17,6% equivalente a 293 pacientes de un total de 1.659 (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), define la sexualidad como el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos y espirituales. Aunque puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen simultáneamente, pero tal diversidad de condicionantes confiere a la sexualidad de cada persona un marcado carácter personal y específico, que se manifiesta en lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

Los primeros en estudiar la fisiología de la respuesta sexual fueron Master y Johnson (4). En su modelo del ciclo de la respuesta sexual, definen que está compuesto por las fases de excitación, meseta, orgasmo y resolución. En 1974 Kaplan (5), elimina las fases de meseta y resolución, agregando la fase de deseo sexual. Estas aportaciones teóricas han sido fundamentales para la aplicación clínica, ya que de aquí parten los diagnósticos de disfunciones sexuales.

La determinación de los orígenes de los problemas sexuales resulta a menudo difícil y compleja. Hay varias razones para ello: en primer lugar, cuando se ha identificado con claridad una dificultad de este tipo, con frecuencia no es sencillo aislar las causas concretas, pues son muchas y variadas las influencias y experiencias que contribuyen a las sensaciones y conductas sexuales, en segundo lugar, por lo común es difícil identificar una relación causa y efecto clara y constante, porque las expe-

riencias que contribuyen a una determinada dificultad sexual en una persona pueden no generar tales efectos en otra (6).

La disfunción sexual es un síndrome en el que los procesos eróticos de la respuesta sexual, resultan no deseables para el individuo, en forma recurrente o persistente y cuya causa no se asocia con alguna enfermedad; de lo contrario, deberá especificarse como trastorno sexual. El trastorno sexual se diagnostica cuando existe alguna alteración clínicamente significativa, provocada sólo por los efectos de alguna enfermedad, sus manifestaciones clínicas son del mismo tipo e intensidad que las clasificadas como disfunción sexual (7).

Por lo anterior es importante hacer un diagnóstico diferencial en relación con una serie de cuadros clínicos que abarcan a las disfunciones sexuales y que son divididas en cuatro grupos: alteración del deseo sexual, alteración de la excitación sexual, alteración del orgasmo y alteración que causa dolor sexual.

Autores previos argumentaban que la histerectomía alteraba la movilidad de los órganos pélvicos durante el coito, al igual que limitaba la habilidad de la vagina superior para expandirse durante la fase de excitación (4,8). Drágisic y cols (9), realizaron un estudio en el que se evaluó la función sexual antes y después, en mujeres sometidas a histerectomía, y reportaron que el 70% de las pacientes sometidas a histerectomía presentaron cambios en la libido, frecuencia en orgasmo, o incremento en la intensidad de los orgasmos. Varios autores refieren mejoría en la sexualidad en las pacientes, independientemente del tipo de histerectomía (8,10-12). Otros que la histerectomía no afecta y mejora la calidad de vida de las pacientes (13). El estudio más reciente es de Thakar y cols (14), en el cual no se encontraron diferencias significativas entre histerectomía abdominal total y subtotal con las medidas de la línea base en salud mental y calidad de vida.

Distintos estudios han demostrado que los hombres y las mujeres con problemas en su vida sexual, también tienen alteraciones psicológicas que requieren atención por su vulnerabilidad. Se han encontrado asociaciones con niveles altos de ansiedad,

autoestima baja, comunicación marital deficiente, características predominantemente sumisas en función del género, nulas conductas asertivas, estilo de comunicación negativo, problemas conyugales, experiencias infantiles traumáticas y nula o deficiente información respecto de la sexualidad.

En cuanto a las disfunciones sexuales reportadas a nivel mundial, se ha encontrado una elevada prevalencia de 20 al 55% (15,16). En nuestra población se ha tratado de evaluar la prevalencia de disfunciones sexuales y ha resultado sorpresivamente elevada. La frecuencia promedio de disfunciones en el INPer es de 52%, con un promedio de 2,25 disfunciones por mujer (2).

Finalmente, aunque la morbilidad de este procedimiento quirúrgico en la actualidad es baja, independientemente de la vía de abordaje (vaginal, abdominal y/o laparoscópico), conlleva riesgos y complicaciones relacionados con la anestesia, hemorragia y/o lesión a órganos vecinos, que pueden o no retardar el reinicio de la vida sexual de estas pacientes. Sin embargo, en términos de evolución, desconocemos si existen diferencias intragrupalas, acerca del estatus del funcionamiento sexual en mujeres con histerectomía por laparoscopia, con o sin conservación del cuello uterino, siendo este el objetivo de la investigación.

## PACIENTES Y MÉTODO

Con el fin de evaluar la función sexual de mujeres sometidas a histerectomía, se incluyeron pacientes del Instituto Nacional de Perinatología con patología benigna de útero (miomatosis uterina, adenomiosis e hiperplasia endometrial), sexualmente activas, heterosexuales y que contaran con indicación del procedimiento quirúrgico, ajeno a los fines de este estudio. Se excluyeron aquellas mujeres con prolapso genital, incontinencia urinaria, tratamiento antidepressivo, en tratamiento con anti-convulsivantes y con alguna complicación grave de la cirugía que ocasionará una recuperación física total mayor de seis meses.

Estudio con diseño prospectivo, longitudinal, comparativo y aleatorizado, buscando una homogenización de la estratificación basal a través de la aleatorización, con control de variables antes y después del procedimiento quirúrgico.

Se utilizaron dos instrumentos para evaluar la función sexual de las pacientes:

1. *Historia clínica codificada de la sexualidad femenina (17)*. Que consiste en una entrevista aplicada por un especialista, que incluye 70 reactivos y está validada en una población del Instituto Nacional de Perinatología.

2. *Índice de función sexual femenina (IFSF) (18)*. El cuestionario está traducido al español y consta de 19 reactivos y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoseles un valor del 0 al 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje, mejor función sexual.

Estos instrumentos fueron aplicados antes de la cirugía a 25 pacientes que fueron referidas por parte del departamento de Ginecología. Se les dio una carta de consentimiento informado, y seis meses después de la cirugía nuevamente se les aplicó sólo el IFSF. En esta segunda aplicación se pudieron capturar a 16 pacientes. Se realizó análisis estadístico con el programa SPSS versión 17.

## RESULTADOS

Los resultados de las características demográficas de las 25 pacientes se representan en la Tabla I y sus eventos reproductivos en la Tabla II. El principal diagnóstico de ingreso fue la miomatosis uterina y el sangrado uterino anormal con 24 casos (96%) y uno de hiperplasia endometrial (4%). El tipo de cirugía que predominó fue la histerectomía total laparoscópica con 15 casos (60%) y 10 histerectomías supracervical laparoscópica (40%).

**Tabla I**  
**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES ESTUDIADAS**

	n	%
Edad:		
< 45 años	15	60
45 - 58 años	10	40
Escolaridad:		
Primaria	7	28
Secundaria	12	48
Más de 9 años de escolaridad	6	24
Estado Civil:		
Soltera	1	4
Casada	16	64
Unión libre	3	12
Separada	5	20
¿Vive con la pareja?:		
Si	19	76
No	6	24
Religión:		
Católica	24	96
Otra	1	4

**Tabla II**  
**EVENTOS REPRODUCTIVOS DE LA**  
**POBLACIÓN EN ESTUDIO**

	Grupos	n	%
Gestas	1 a 3	16	64
	> 3	9	36
Cesáreas	Sin cesáreas	13	52
	1 ó mas cesáreas	12	48
Abortos	Sin abortos	13	52
	1 ó más abortos	12	48
Hijos vivos	1 ó 2 hijos	12	48
	> 2	13	52

Dentro del diagnóstico de la sexualidad, el 76% (19 casos) de la pacientes post operadas se encontraron con deseos de tener relaciones sexuales y el 24% (9 casos) no tenía deseos.

Más de la mitad de la muestra reportó haber recibido información sobre la menstruación, no tuvieron experiencias traumáticas infantiles, no hubo temores hacia la sexualidad y lo sexual, y el inicio de su vida sexual fue entre los 15 y 20 años. Sin embargo, el 72% no recibió información sobre las relaciones sexuales y el 64% (16 mujeres) tuvieron su primer embarazo en el transcurso del primer año de haber iniciado actividad coital.

El 56% de la muestra reportó algún tipo de disfunción y/o trastorno sexual previo a la histerectomía. Clasificando los grupos, el 44% de las mujeres no tuvieron disfunción o trastorno sexual, 32% tuvieron algún tipo de disfunción sexual y 24% tuvieron disfunción sexual y trastorno sexual.

En cuanto a la prevalencia de diferentes tipos de disfunción y trastornos, el más frecuente fueron los trastornos del deseo sexual (10 casos). En los trastornos de la excitación sexual hubo 4 casos al igual que los trastornos por dolor. La frecuencia más baja correspondió a los trastorno orgásmicos (3 casos) (Tabla III).

Aplicando el estadístico no paramétrico de dos muestras relacionadas de Wilcoxon, se pudo apreciar que el valor z fue de -1,603 ( $p > 0,109$ ), diferencia no significativa entre la primera y la segunda aplicación, es decir, no hubo diferencia significativa en la función sexual de las mujeres antes y después de la histerectomía (Tabla IV). No hubo diferencias significativas según tipo de histerectomía entre las mujeres sin disfunción sexual y con disfunción o trastorno sexual (Tabla V).

**Tabla III**  
**FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS**  
**DISFUNCIONES SEXUALES Y TRASTORNOS**  
**SEXUALES**

	Si	
	n	%
Trastorno o disfunción sexual.		
Disfunción sexual por deseo sexual hipoactivo.	5	20
Trastorno sexual por deseo sexual hipoactivo.	3	12
Trastorno sexual por aversión al sexo.	2	8
Disfunción de la excitación sexual.	4	16
Disfunción orgásmica.	3	12
Disfunción sexual por dolor.	3	12
Trastorno sexual por vaginismo.	1	4

Algunas pacientes presentaron más de una disfunción sexual o trastorno sexual por lo que es importante tomar en cuenta que para cada diagnóstico la muestra es 25 pacientes.

**Tabla IV**  
**ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**  
**(MEDIAS), ANTES Y DESPUÉS**  
**DE LA HISTERECTOMÍA**

Dominio	Primera aplicación	Segunda aplicación
Deseo	3,5	3,6
Excitación	4,0	4,2
Orgasmo	3,8	3,7
Satisfacción	3,7	4,3
Lubricación	3,4	3,3
Dolor	3,7	5,2
Media (primera aplicación)	24,2	24,7

## DISCUSIÓN

Aunque se sabe que la histerectomía es un factor que puede llegar a repercutir en la función sexual de las pacientes (9), en el presente estudio no se observó una diferencia significativa, entre la histerectomía laparoscópica total o supracervical y una mejor función sexual, como lo refiere la literatura mundial (13,14,19,20). Tampoco se logró observar cambios en la misma, antes o después del acto quirúrgico.

**Tabla V**  
**ANÁLISIS DE LOS GRUPOS CON Y SIN DISFUNCIÓN SEXUAL RESPECTO A OTRAS VARIABLES, EN MUJERES CON HISTERECTOMÍA TOTAL O SUPRACERVICAL**

Variable	Chi <sup>2</sup>	Probabilidad	CC	Probabilidad
Edad	0,244	0,465	0,098	0,622
Escolaridad	0,2485	0,289	0,301	0,289
Vive con o sin la pareja	1,634	0,199	0,248	0,201
Gestas	2,707	0,110	0,313	0,100
Abortos	1,066	0,265	0,202	0,302
Cesáreas	1,066	0,265	0,202	0,302
Hijos vivos	0,051	0,570	0,045	0,821
Información menstruación	1,732	0,183	0,255	0,188
Información sexualidad	3,484	0,076	0,350	0,062
Deseo actual para tener relaciones sexuales	2,394	0,141	0,296	0,122
Experiencias traumáticas sexuales en la infancia	0,939	0,305	0,190	0,332
Temores hacia la sexualidad y lo sexual	1,724	0,190	0,254	0,189
Edad de inicio de la actividad coital	0,682	0,351	0,163	0,409
Tiempo entre inicio de vida sexual y primer embarazo	0,649	0,352	0,159	0,420

CC: coeficiente de contingencia

La información con la que contamos en la actualidad es anecdótica. Los cirujanos basan sus conclusiones con respecto al impacto a través de la experiencia clínica y no de estudios sistematizados. Así, la información que contamos proviene del seguimiento de las pacientes postoperadas de histerectomía, con un sentido biólogo estricto. La información por parte de psicología proviene de la evaluación de pacientes postoperadas de histerectomía con un punto de vista psicológico. Ambos abordajes han carecido de vinculación en su status anatómico y psicológico. Ante el complejo abordaje de la función sexual, se propone integrar un grupo de estudio único -ginecología y psicología- y estudiar estas pacientes a través de instrumentos de evaluación internacionales y localmente validadas.

## CONCLUSIONES

No existe ningún tipo de repercusión en la función sexual de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía total laparoscópica o supracervical laparoscópica, confirmando que las alteraciones en la función sexual se comportan como variables

independientes al procedimiento quirúrgico. Es necesario realizar más protocolos de estudio, que cuenten con mayor cantidad de pacientes, para así poder aplicar nuestros resultados a la población general.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Briones LCH, Zepeda ZJ, Dupré AG, Cruz IML. Uso de la pinza plasmakinetics vs material de sutura en la histerectomía total abdominal. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77(12):556-61.
2. Instituto Nacional de Perinatología. Anuario Estadístico, 2006.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Hallado en: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
4. Masters W, Johnson V, Kolodny R. La sexualidad humana. 13a Edición. Vols 1-3. Barcelona: Grijalbo, 1995.
5. Kaplan HS. The classification of the female sexual dysfunctions. *J Sex Marital Ther* 1974;1(2):124-38.
6. LoPiccolo J, Stock WE. Treatment of sexual dysfunction. *J Consult Clin Psychol* 1986;54(2):158-67.

7. Mimoun S, Wylie K. Female sexual dysfunctions: definitions and classification. *Maturitas* 2009;63(2):116-8.
  8. Helström I. Sexuality after hysterectomy: a model based on quantitative and qualitative analysis of 104 women before and after subtotal hysterectomy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1994;15:219-29.
  9. Dragisic KG, Milad MP. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(5):1416-8.
  10. Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, Heintz AP. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. *BMJ* 2003;4:327(7418):774-8.
  11. Goetsch MF. The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(6):1922-7.
  12. Gütl P, Greimel ER, Roth R, Winter R. Women's sexual behavior, body image and satisfaction with surgical outcomes after hysterectomy: a comparison of vaginal and abdominal surgery. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23(1):51-9.
  13. Kuppermann M, Summitt RL Jr, Varner RE, McNealey SG, Goodman-Gruen D, Learman LA, Total or Supracervical Hysterectomy Research Group. Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005;105(6):1309-18.
  14. Thakar R. Review of current status of female sexual dysfunction evaluation in urogynecology. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20 Suppl 1:S27-31.
  15. Hayes RD, Bennett CM, Dennerstein L, Taffe JR, Fairley CK. Are aspects of study design associated with the reported prevalence of female sexual difficulties? *Fertil Steril* 2008;90(3):497-505.
  16. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the "true" prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med* 2008;5(4):777-87.
  17. Souza M, Cárdenas J, Montero MC, Mendoza I. Historia clínica de la sexualidad femenina. *Ginecol Obstet Mex* 1987;55: 277-87.
  18. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005;31(1):1-20.
  19. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, Gluud C, Ottesen BS, Tabor A; Danish Hysterectomy Group. Total versus subtotal hysterectomy: an observational study with one-year follow-up. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45(1):64-7.
  20. Gimbel H. Total or subtotal hysterectomy for benign uterine diseases? A meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD003677.
-