

11217

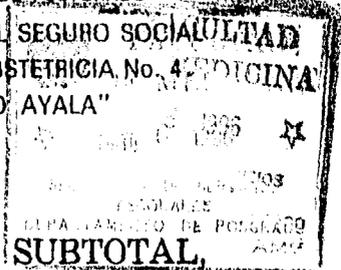
19
28



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 4
"LUIS CASTELAZO AYALA"

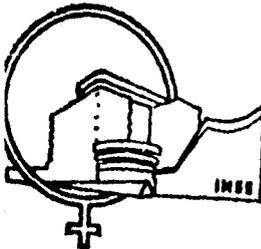


HISTERECTOMIA SUBTOTAL,
INDICACIONES Y COMPLICACIONES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
DR. GERMAN EFREN CALVO LUGO



ASESOR: DR. JESUS CHAVEZ BRAMBILA

MEXICO, D. F.

IMPRESA "LUIS CASTELAZO AYALA"

1986

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

**A mi Madre:
Irma Lugo Román**

**A mis Hermanos:
Irma y César**

**A mi Esposa:
Jessica**

**A mi Asesor:
Dr. Jesús Chávez Brambila.
Por sus valiosos consejos para
la realización del presente
trabajo.**

INDICE

Introducción	
Antecedentes científicos	3
Material y métodos	10
Resultados	12
Discusión y conclusiones	27
Bibliografía	29

INTRODUCCION

Muchos ginecólogos, desde hace varios años, han tenido la duda de conservar el cervix o retirarlo durante la histerectomía abdominal. En estudios recientes en Suecia, de las 678 histerectomías que se realizaron, el 21% fueron subtotaes; en cambio en Inglaterra de 2000 histerectomías abdominales, sólo el 0.7% fueron subtotaes¹.

De acuerdo con los libros antiguos, la histerectomía subtotal se realiza raramente y esta se hace sólo cuando hay alguna razón especial, tal como la presencia de firmes adherencias que obliteran el fondo de saco de Douglas. En algunas ocasiones la indicación de la histerectomía requiere la remoción del cervix tal como en los prolapsos, enfermedades malignas; cervicitis crónica, dolor abdominal o endometriosis; sin embargo, la condición mas común es la miomatosis y transtomos menstruales, las cuales no incluyen enfermedad cervical¹.

Se piensa, aunque no se ha podido corroborar, que después de la histerectomía subtotal existe una mayor probabilidad de formación de hematomas y/o que este puede seguir causando problemas como manchado transvaginal y dispareunia. Un problema más importante es el desarrollo de un cáncer cervical no reconocido al momento de la cirugía o de formación posterior; el riesgo de desarrollar cáncer cervical después de 10 años de la histerectomía subtotal se ha considerado que es de 0.5 - 1%¹.

Se considera que la histerectomía total y la subtotal tienen el mismo riesgo en manos de un ginecologo experimentado; pero si consideramos que la histerectomía total requiere una mayor disección de la vejiga y la aplicación de ligaduras más cercanas a los ureteros, se eleva el riesgo quirúrgico. Otros problemas menos serios que afectan más a la histerectomía total son los hematomas, infecciones y granulaciones con la sintomatología correspondiente¹.

Algunos estudios han concluido que la histerectomía total, altera la sensibilidad vesical e intestinal y puede causar disfunción urinaria¹.

Una razón más por la que ha habido un incremento en la realización de la histerectomía subtotal en Escandinavia es que esta tiene un mejor efecto en la vida sexual de la mujer, comparado con la histerectomía total. En las pacientes con histerectomía total se encontró disminución de la frecuencia de orgasmos, también tuvieron mayor incidencia de dispareunia. Por otra parte, el factor psicológico puede tener un efecto importante; para algunas mujeres, el conocimiento de la remoción total del útero puede tener un mayor efecto emocional que la remoción parcial del órgano¹.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La histerectomía se ha convertido en la cirugía mayor más común de Estados Unidos. Para 1978, el 19% de las mujeres de 40 a 44 años habían sido histerectomizadas. En 1980 la tasa de histerectomías estaba en el 7,6 por millar de mujeres de 15 a 44 años, siendo la más baja desde 1971²⁻⁷.

La mortalidad quirúrgica de la histerectomía es menor del 0,1% en la mayoría de los centros médicos, pero la morbilidad varía del 20 al 50%, por lo tanto, sigue siendo un problema y a veces sobrevienen complicaciones graves en el postoperatorio²⁻⁵.

La histerectomía total y subtotal se ha convertido en una operación relativamente inocua en manos de un ginecólogo competente. En las últimas décadas se ha registrado una tendencia uniforme hacia la histerectomía total. En los dos últimos decenios la histerectomía total ha hallado aceptación como método preferido para extirpar el útero²⁻⁴.

En una serie reciente de 4341 histerectomías abdominales realizadas en el Grady Memorial Hospital, solo 40 (0,9%) fueron subtotales. En el Complejo Médico del Condado de Milwaukee se deja el cuello uterino en menos del 0,5% de todos los casos sometidos a histerectomía abdominal².

Al juzgar los dos procedimientos se deben equilibrar las ventajas de extirpar el cuello con la posibilidad de una mayor morbimortalidad para la operación total. En cierta medida esto es difícil de hacer porque en la actualidad la histerectomía abdominal subtotal solo se hace en pacientes que tienen una enfermedad pelviana muy grave. En consecuencia, como cabría anticipar, la morbimortalidad postoperatoria de la histerectomía abdominal subtotal es mayor que la de la histerectomía abdominal total, pero por razones que nada tienen que ver con diferencias en la técnica operatoria².

Las ventajas de eliminar el cuello uterino radican en particular en que se lo erradica como posible fuente de una secreción o sangrado engorroso y también como un sitio que podría cancerizarse, sin embargo, la incidencia de carcinomas no es mayor en el muñón retenido que en el cuello del útero intacto. Como la incidencia de carcinoma cervical en cuellos sometidos a evaluaciones citológicas reiteradas es extremadamente baja, la desventaja principal del cuello retenido es que requiere un seguimiento citológico ininterrumpido².

Aunque existe una incidencia de resultados falsamente negativos de un 10 a 15% para la citología vaginal, los estudios citológicos y las evaluaciones clínicas repetidas del cuello uterino reducen el riesgo de cáncer a cifras desdeñables y, por lo tanto, las razones para extirpar el cuello deben basarse en el proceso patológico que requiere una histerectomía y en el riesgo de complicaciones que podrían ocurrir por tratar de retirar el cuello de su sitio anatómico entre la vejiga arriba, el recto abajo y el útero a cada lado².

Se puede hacer una histerectomía subtotal rápidamente cuando surgen dificultades operatorias o el anestesiólogo informa que el estado de la paciente es crítico. Las indicaciones de la histerectomía subtotal deben basarse con exclusividad en el riesgo quirúrgico de este procedimiento adicional porque las indicaciones actuales para extirpar el útero corresponden a la histerectomía total².

La histerectomía subtotal se hace en casos como enfermedad inflamatoria severa de la pelvis, endometriosis avanzada, cáncer de ovario y otros estados en los cuales no se puede definir con claridad la anatomía de la pelvis. Incluso en estas circunstancias, por lo general el ginecólogo experimentado puede extraer el útero sin peligro de lesionar los elementos circuncantes. El riesgo quirúrgico de extirpar el cuello tiene que ser importante para que se decida retenerlo².

Aunque la cantidad de pacientes con carcinoma originado en el muñón cervical ha disminuido mucho en los últimos años, es lamentable que todavía algunas mujeres mueran de esta enfermedad, cuando esto se habría evitado dedicando algunos minutos extras a realizar una histerectomía total y no subtotal. Aunque el riesgo de que se forme una fístula vesicovaginal o rectovaginal y de que se lesione el uréter aumenta muy poco al extirpar el cuello, ninguna de estas complicaciones tendría que ocurrir, en particular si no hay una enfermedad pélvica importante y se trabaja con técnica quirúrgica correcta. Este riesgo potencial no debería servir para desistir de extirpar el cuello al hacer la histerectomía abdominal².

Las muertes consecutivas a la histerectomía abdominal son infrecuentes, tal vez una o dos por millar de histerectomías, pero esto podría representar 600 a 1200 muertes anuales relacionadas con histerectomías en Estados Unidos²⁻⁶. Las causas principales de muertes postoperatorias comprenden en la actualidad paro cardíaco, embolia pulmonar y sépsis, con casos ocasionales de hemorragia postoperatoria, obstrucción intestinal y hemorragia subaracnoidea².

Infección postoperatoria

Después de la histerectomía abdominal electiva por enfermedades benignas, pueden ocurrir infecciones mayores y menores aunque en la operación no aparezcan manifestaciones de infección aguda o crónica. La morbilidad febril es la complicación más frecuente de la histerectomía abdominal, pues se registra en el 30 a 50% de los casos. Las infecciones mayores comprenden celulitis pelviana, hematoma infectado o absceso encima del muñón cervical, infección de la herida abdominal e infecciones de los anexos. Por lo general, se identifican tres microorganismos en cada sitio infectado. Las infecciones ginecológicas, incluso las postoperatorias, son polimicrobianas mixtas de aerobios y anaerobios. Las bacterias obtenidas de sitios ginecológicos de infección postoperatoria son las mismas, que ocurren en el tracto genital inferior y en el tracto intestinal inferior de mujeres asintomáticas normales. En otras palabras, las infecciones postoperatorias de la histerectomía abdominal suelen deberse a bacterias endógenas de la paciente². En la lista de bacterias aeróbicas

más frecuentes se encuentran *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis*. La lista de bacterias anaeróbicas comprende *Peptostreptococcus*, *Streptococcus intermedius*, *Peptococcus magnus*, *Gaffkya anaerobia*, *Clostridium*, *Bacteroides* y *Fusobacterium nucleatum*².

La edad de la paciente es un factor importante relacionado con las infecciones postoperatorias. La incidencia de estas infecciones culminaría en mujeres menores de 40 años. Las pacientes médicamente indigentes tienen un índice de infecciones postoperatorias más alto que las pacientes privadas, tal vez porque sus defensas frente a la infección son más bajas y también por la índole por lo general más grave de su enfermedad y la presencia de malnutrición, anemia y otros problemas que complican el cuadro. También son importantes los factores y las técnicas quirúrgicas. La falta de hemostasia sin duda facilita la proliferación de bacterias en el tejido traumatizado. Los tejidos pelvianos bien vascularizados, en particular en mujeres premenopausicas jóvenes, tienden a sangrar más en la operación. La sangre es un medio de cultivo excelente para los contaminantes bacterianos en el sitio operatorio y éste en la histerectomía abdominal, siempre se contamina con bacterias vaginales y cervicales por más que se haga una cuidadosa preparación preoperatoria y se tomen otras medidas técnicas para reducir la contaminación².

Aunque la infección en el sitio operatorio es, por mucho, la explicación más común de fiebre postoperatoria, también se deben

buscar otras causas (tromboflebitis, atelectasia pulmonar, infección de vías urinarias)².

La complicación poshisterectomía grave más común es el sangrado, pero felizmente el sangrado importante no ocurre con frecuencia. Aunque este sangrado suele ser transvaginal y se evidencia inmediatamente, en algunos casos puede ser intraabdominal, en especial si no se ha cerrado bien el peritoneo sobre los pedículos. En relación con esta complicación es importante volver a insistir en las razones para cerrar los ángulos de la vagina. Para asegurar una ligadura adecuada de las arterias vaginales y de las venas provenientes de los vasos hipogástricos, la sutura angular de la vagina debe colocarse después de la histerectomía abdominal de manera que los extremos libres de la ligadura se anuden en torno al margen lateral del manguito vaginal².

La hemorragia poshisterectomía ocurre con mayor frecuencia entre los 7 y 14 días de la operación. En este momento las suturas de catgut pueden disolverse en parte y perder su fuerza a la tracción. Además el tejido vaginal edematoso puede esfacelarse, separarse y desgarrarse a través del material de sutura anudado a tensión².

La fascitis necrosante, es una complicación postoperatoria rara de la cirugía pelviana que suele deberse a una infección incisional que toma la aponeurosis de la pared anterior del abdomen. Por su rasgo esencial es una necrosis extensa de la aponeurosis superficial².

El microorganismo predominante es un estreptococo beta hemolítico, aunque son muy comunes las infecciones mixtas por microorganismos entéricos, entre ellos *E. coli*, *Proteus* y *Pseudomonas*².

La morbimortalidad de la fascitis necrosante continúa siendo perturbadoramente grande y se relaciona de modo directo con la edad de la paciente, la presencia de un proceso patológico concomitante y, en particular, el lapso desde el comienzo de la infección hasta que se la descubre y se emprende tratamiento².

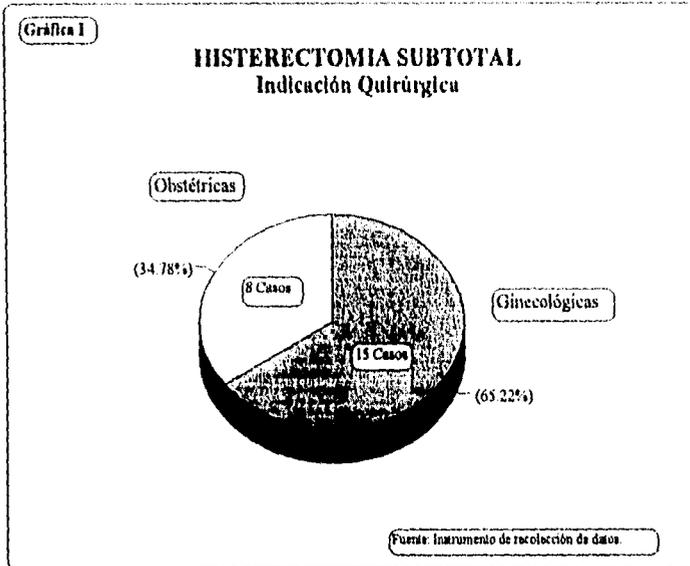
MATERIAL Y METODOS

Los objetivos de este estudio fueron analizar las principales indicaciones de la Histerectomía subtotal, analizar la morbilidad temprana del procedimiento y conocer la frecuencia con que se realiza esta técnica quirúrgica en el Hospital de Ginecoobstetricia N° 4 "Luis Castelazo Ayala" del IMSS.

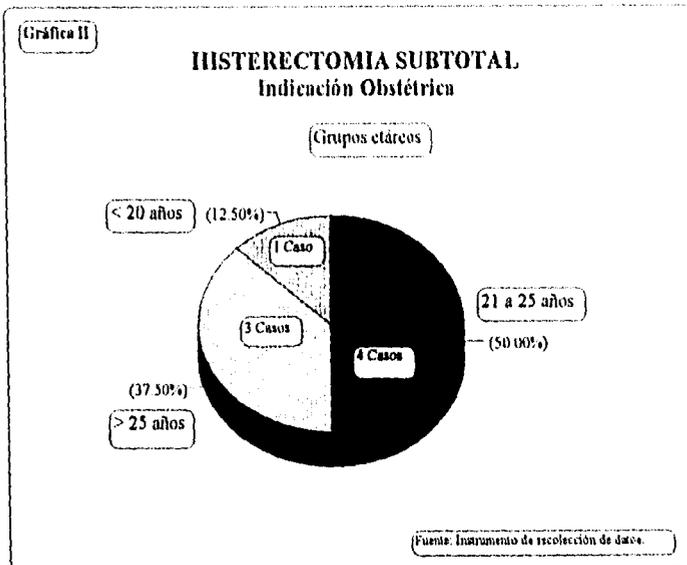
Se efectuó un estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal y observacional. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes que fueron intervenidas de histerectomía subtotal en los últimos 2 años. Se incluyeron las pacientes a quienes se les efectuó histerectomía subtotal en el Hospital de Ginecoobstetricia N° 4 "Luis Castelazo Ayala" por alguna indicación ginecológica u obstétrica.

Nº	Tipo de Cirugía	Edad	G	P	A	C	Indicación Preoperatoria	Indicación de la Histerectomía subtotal	Sangrado	Tiempo Quirúrgico	Morbilidad	Mortalidad
1	Obstétrico	23	3	2	1		Acretismo	Sangrado	5200	45	Choque hipovolémico	Si
2	Obstétrico	27	3	3			Atonía	Disminuir Tiempo quirúrgico	1400	3	No	No
3	Ginecológico	45	8	8			Miomatosis	Dificultad técnica	500	3	No	No
4	Ginecológico	48	7	2	4	1	Miomatosis	Dificultad técnica Sangrado	1000	4	No	No
5	Obstétrico	22	2			2	DCP	Atonía Dism tpo quirúrgico	1500	2	No	No
6	Ginecológico	29	0				Miomatosis	Dificultad técnica	1500	3	No	No
7	Ginecológico	45	5	4	1		Miomatosis	Dificultad técnica	350	25	No	No
8	Ginecológico	34	3	2	1		Miomatosis	Dificultad técnica	250	25	No	No
9	Ginecológico	32	1			1	Miomatosis	Dificultad técnica	200	3	No	No
10	Ginecológico	42	5	4		1	Miomatosis	Dificultad técnica	550	3	No	No
11	Obstétrico	23	2		1	1	DCP	Atonía Dism tpo quirúrgico	4500	4	No	No
12	Obstétrico	30	6	4	2		Atonía utenna	Disminuir tiempo quirúrgico	3500	3	Lesión vesical	No
13	Obstétrico	23	3			3	Cesárea iterativa	Disminuir tiempo quirúrgico	3200	3	Dehiscencia herida quirúrgica	No
14	Ginecológico	45	4	2	2		Miomatosis	Disminuir tiempo quirúrgico	550	25	No	No
15	Ginecológico	45	3	3			Miomatosis	Disminuir tiempo quirúrgico	600	2	IVU	No
16	Ginecológico	48	5	2	1	2	Miomatosis	Dificultad técnica	1100	35	Dehiscencia herida quirúrgica	No
17	Obstétrico	19	3		2	1	DCP	Atonía, Sangrado	3300	4	Dehiscencia herida quirúrgica	No
18	Ginecológico	45	2			2	Miomatosis	Disminuir tiempo quirúrgico	400	3	No	No
19	Ginecológico	38	5	1	3	1	Miomatosis	Dificultad técnica	350	25	No	No
20	Ginecológico	40	4		1	3	Miomatosis	Dificultad técnica	300	2	No	No
21	Ginecológico	34	2	2			Miomatosis	Dificultad técnica	500	15	No	No
22	Ginecológico	36	3	3			Miomatosis	Dificultad técnica	600	3	No	No
23	Obstétrico	28	3	2		1	Cesárea, SFA	Desgarro uter Dism tpo Qx	2300	3	IVU	No

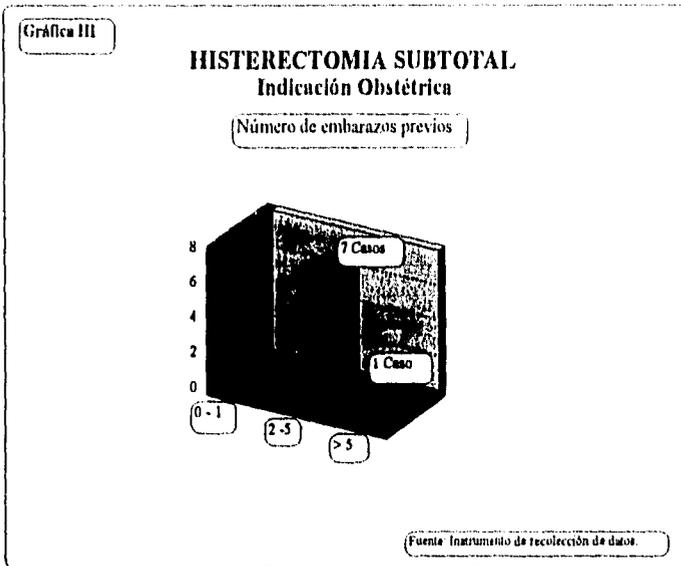
RESULTADOS



Durante los dos años analizados, del 1 de enero de 1993 al 15 de mayo de 1995, se encontró que se efectuaron 23 histerectomías subtotales; de estas, 15 histerectomías por alguna indicación ginecológica y sólo 8 por indicación obstétrica; estos datos tienen cierto sesgo, debido a que no se encontraron todos los expedientes solicitados y porque no se cuenta con el número exacto de histerectomías realizadas durante este período de tiempo (gráfica 1).



De las pacientes obstétricas, todas eran pacientes jóvenes y en edad reproductiva, así, al formar grupos etáreos se encontró que 4 pacientes (50%) tenían entre 21 y 25 años, 3 pacientes entre 26 y 30 años (37.5%) y sólo una de 19 años (gráfica II).

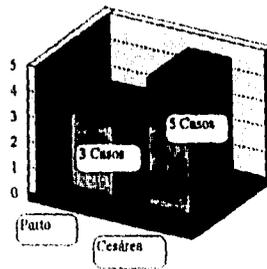


Todas las pacientes obstétricas habían tenido al menos un embarazo previo (gráfica III) y la vía de resolución del último embarazo fue parto vaginal en 3 casos (37%) y cesárea (63%) en 5 casos (gráfica IV).

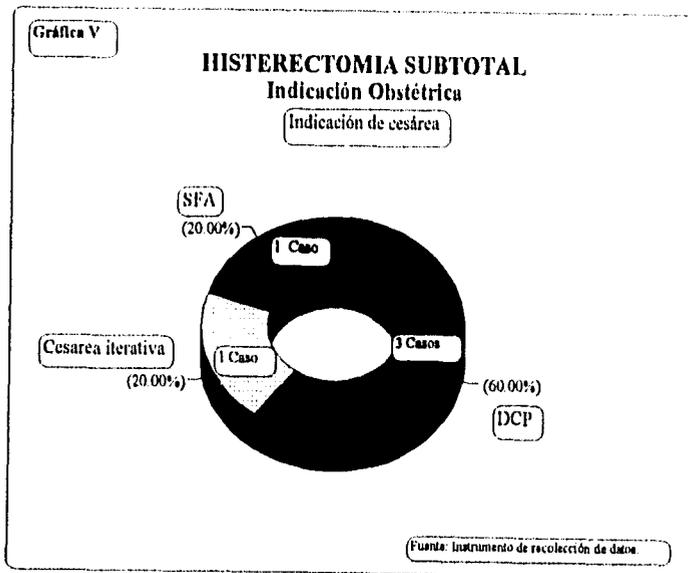
Gráfica IV

HISTERECTOMIA SUBTOTAL Indicación Obstétrica

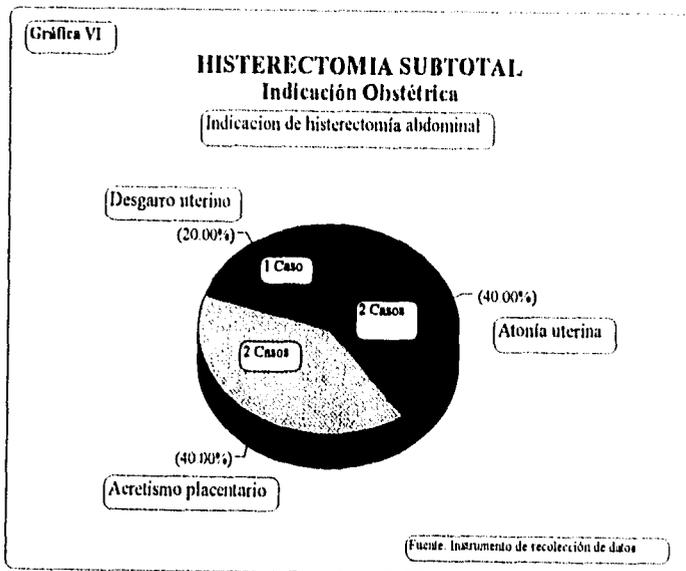
Vía de interrupción del embarazo



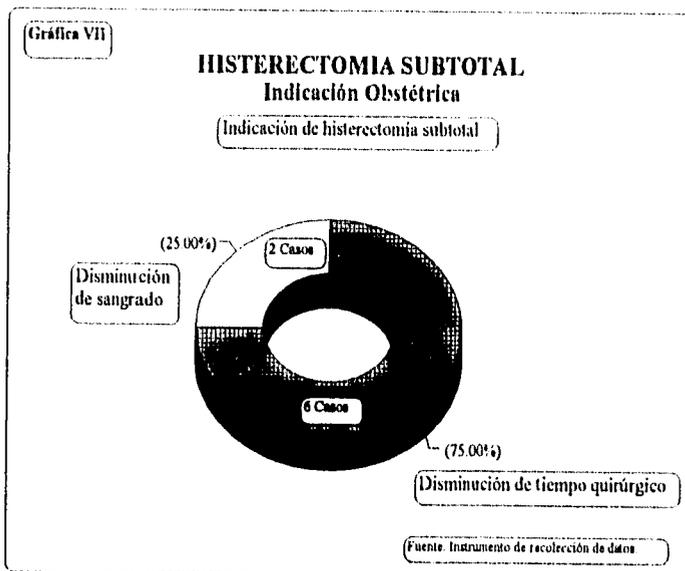
Fuente: Instrumento de recolección de datos



Las cesáreas se realizaron por indicación meramente obstétrica, así tenemos que 3 fueron por desproporción cefalopelvica, 1 por sufrimiento fetal y 1 por cesarea iterativa (gráfica V). Es importante hacer notar que de las pacientes a las que se realizó cesárea, el 80% (4 casos) ya habían sido sometidas a algún procedimiento quirúrgico intrauterino previamente (cesárea o legrado uterino).



La indicación de realizar una histerectomía abdominal durante el evento obstétrico (cesárea o parto) fue atonía uterina en 5 casos (3 postparto y 2 transcesarea), probable acretismo placentario en 2 casos y desgarro uterino en 1 caso (gráfica VI).

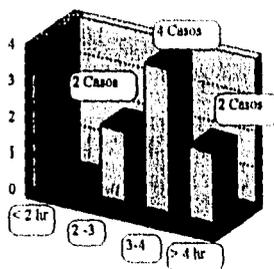


Se tomó la decisión de realizar histerectomía subtotal durante el procedimiento quirúrgico con la finalidad de abreviar el tiempo quirúrgico en 6 casos y disminuir el sangrado en 2 casos (gráfica VII).

Gráfica VIII

HISTERECTOMIA SUBTOTAL Indicación Obstétrica

Tiempo quirúrgico



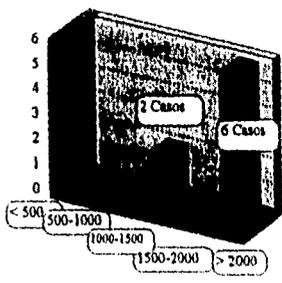
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En las pacientes obstétricas se optó por hacer una histerectomía subtotal, para abreviar el tiempo quirúrgico (100% de casos) que se calculó fue de 2 a 3 horas en 2 casos (25%), de 3 a 4 horas en 4 casos (50%) y mayor de 4 horas en 2 casos (25%); y para limitar el sangrado de 2 de las pacientes (25% de casos), el cual se consideró entre 1500 y 5200 cc, observando que se calculó la hemorragia en más de 2000 cc en 6 de los casos (gráficas VIII-IX).

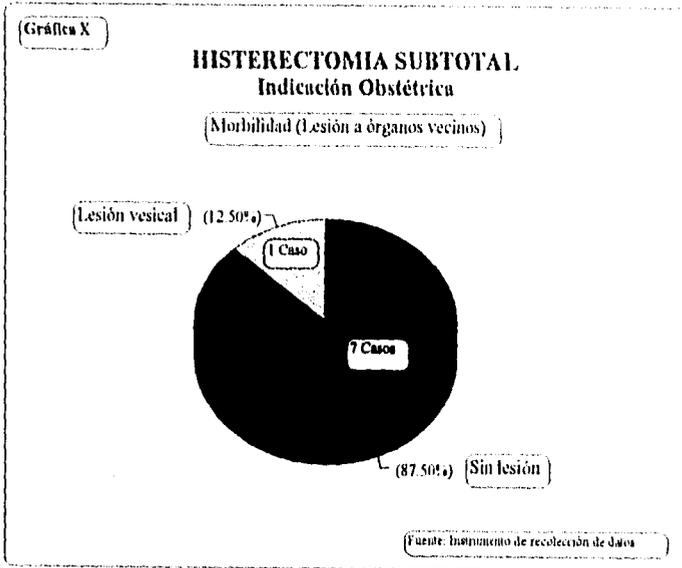
Gráfica IX

HISTERECTOMIA SUBTOTAL Indicación Obstétrica

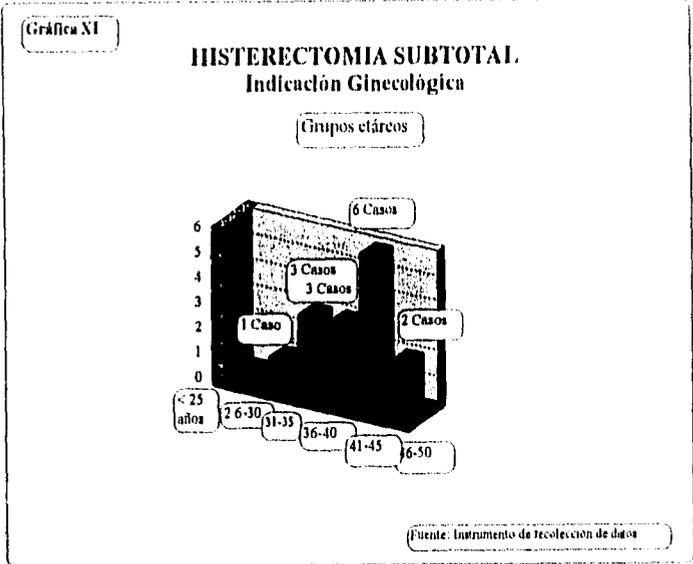
Sangrado transoperatorio



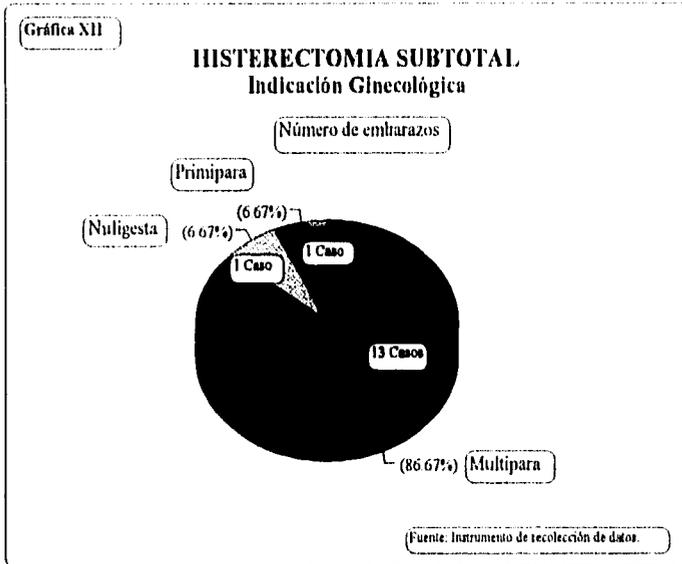
Fuente: Instrumento de recolección de datos.



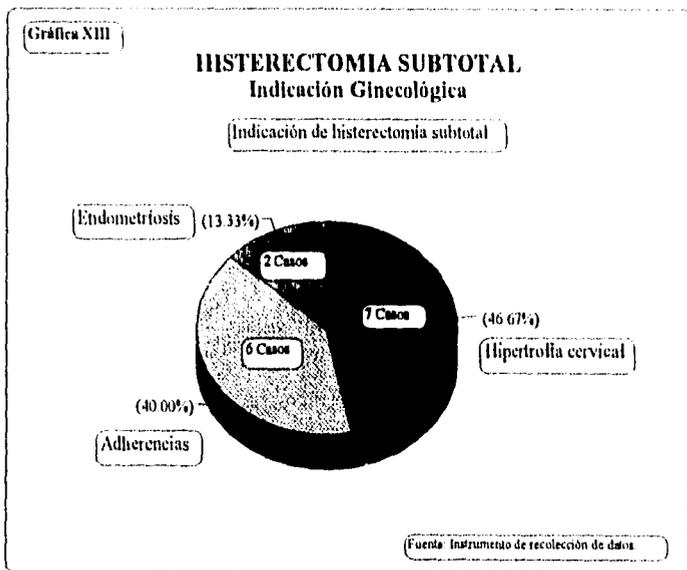
Las complicaciones transoperatorias fueron mínimas encontrando sólo lesión vesical en 1 caso que fue resuelta durante el mismo procedimiento y las otras 7 pacientes no tuvieron lesiones en este momento (gráfica X).



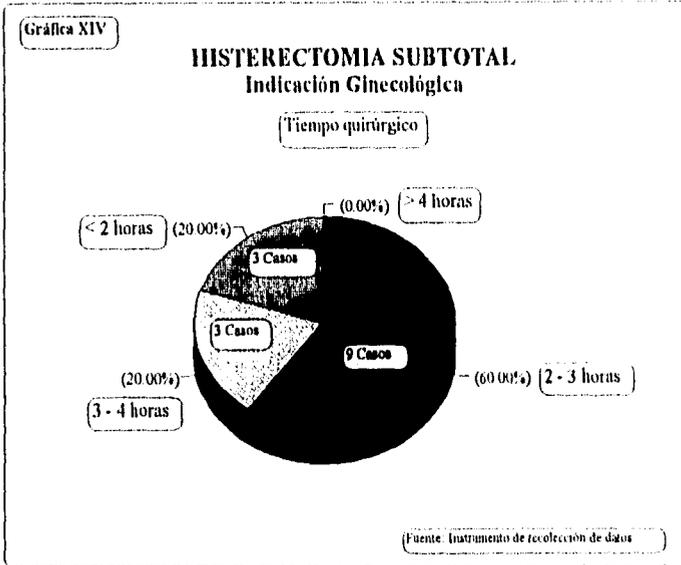
De las pacientes a quienes se realizó la histerectomía subtotal por indicación ginecológica, la edad promedio fue de 40 años y el mayor número de casos se encontró en el grupo etáreo de 41 a 45 años (6 casos, 40%) con un rango entre 29 y 48 años (gráfica XI).



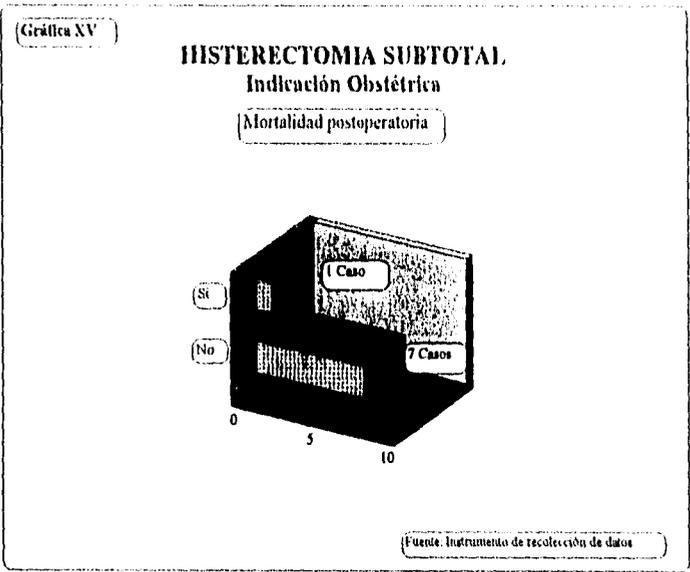
De este grupo de pacientes ginecológicas, 13 de ellas eran multiparas (86.6%) ya que habían tenido al menos 2 embarazos, y sólo una era primípara y otra nuligesta (gráfica XII).



La indicación principal de histerectomía total en todos los casos de pacientes ginecológicas fue miomatosis uterina y se decidió realizar la histerectomía subtotal en todos los casos por dificultad técnica causada por hipertrofia cervical en 7 casos (46%), adherencias en la cavidad pélvica en 6 casos (40%), y endometriosis en 2 casos (13%) (gráfica XIII).



El tiempo quirúrgico promedio fue de 2.5 horas, encontrando 9 casos (60%) en este grupo (gráfica XIV); y el sangrado se calculó entre 200 y 1500 cc.



Sólo se reportó una muerte debido a choque hipovolémico por atonía uterina y acretismo placentario. No se reportó ninguna muerte en el grupo de pacientes con indicación ginecológica (gráfica XV).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Al analizar los resultados, se puede observar que la mayor cantidad de histerectomías subtotales se realizaron por indicación ginecológica, esto como ya se mencionó previamente debe tomarse con cierta consideración ya que no se cuenta con el número total de cirugías realizadas durante este período de tiempo, y todas (tanto obstétricas como ginecológicas) se realizaron para simplificar la técnica quirúrgica y para abreviar el tiempo quirúrgico y por lo tanto disminuir la hemorragia de las pacientes.

Se encontraron dos grupos etáreos con la mayor cantidad de pacientes y esto, como era de suponerse se debe al tipo de cirugía que se realizó (urgencia o programada), de esta forma a las pacientes jóvenes fueron las obstétricas y las pacientes en edad no reproductiva fueron las ginecológicas.

La dificultad técnica pudo haberse debido a que la mayoría de estas pacientes (16 casos) ya habían sido intervenidas de cesárea en alguna ocasión, además de la presencia de procesos inflamatorios como la endometriosis, lo que favorece la formación de adherencias en la cavidad pélvica y fibrosis a nivel del cervix, lo que altera y dificulta distinguir con claridad la anatomía de la pelvis.

Debido a que la mayoría de las pacientes cursaron con un sangrado importante durante el acto quirúrgico, se pudo comprobar que

esta técnica se realiza como medida para disminuir el riesgo de la paciente en el transoperatorio y reducir el tiempo que se somete a una paciente a una agresión continua.

Las complicaciones como se describe en la literatura mundial, son principalmente, infecciosas, ya sea en la pared abdominal o en el tracto urinario, además de lesión directa sobre algún órgano vecino como en este caso que se produjo sobre la vejiga, la cual si se detecta al momento de la cirugía y se corrige disminuye las probabilidades de complicación en el postoperatorio.

La mortalidad por histerectomía subtotal es rara y en este caso se comprobó ya que sólo se detectó la muerte de una paciente. Si analizamos este resultado, no debería atribuirse la mortalidad a la histerectomía sino al problema de fondo de esta paciente ya de por sí complicada por un acretismo placentario y sangrado postparto.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Drife J. Conserving the cervix at hysterectomy. Br J Obstet Gynecol. 1994; 101: 563-4.
- 2.- Mattingly R, Thompson J. Te Linde Ginecología Operatoria. 7ª edición. Editorial El Ateneo, México, 1993.
- 3.- Reyna R, Esparza MA y Hernández C. Histerectomía extrafascial vs subfascial Estudio comparativo. Ginecol Obstet Mex 1986; 54:236-40.
- 4.- Amirika H y Evans TN. Ten years of hysterectomies Trends, indicacions and risks. Am J Obstet Gynecol. 1979; 134:431.
- 5.- Cole P. Elective hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1977; 129:117.
- 6.- Delgado UJ y col. Histerectomía abdominal. Ginec Obstet Mex. 1982; 50:57.
- 7.- Easterday CHL y col. Hysterectomy in the United States. Obstet Gynecol. 1983; 62:203.
- 8.- López E, Guerrero A, Jimenez F y Butrón F. La histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecoobstetricia 3a del IMSS

Correlación anatomoclínica. Ginec Obstet Mex 1983; 52:281.

- 9.- Tanguy M, Mayedant Y, N'Guyen Q, Tropres H, Pangué E, Grall JY. Fatal maternal streptococcus A infection after cesarean section. *Ann Fr Anesth Reanim*; 1990; 9(5):447-9.
- 10.- Critalli B, Levardon M, Izard V, Cayol A. Padding of the uterine wall in severe obstetrical hemorrhage. *J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris*, 1991; 20(6): 851-4.
- 11.- Nagarkatti RS, Ambiyé VR, Vaidya PR. Rupture uterus: changing trends in etiology and management. *J Postgrade Med*. 1991; 37(3):136-9
- 12.- Lenck LC, Suzanne F, Jacquelin B. Intra-fascial (or intra cervical) hysterectomy with the help of a cervicotome, 33 cases. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1992, 87(5) 299-304.
- 13.- Storm HH, Clemmensen IH, Manders T, Brinton LA. Supravaginal uterine amputation in Denmark 1978-1988 and risk of cancer. *Gynecol Oncol*, 1992, 45(2):198-201.
- 14.- Mullings AM, Char G, Martin MP, Frederick J, Walton N, Pickering K. Intravenous leiomyomatosis with massive ascites. *Int J Gynaecol*. 1992; 37(4):285-8.
- 15.- Helstrom L, Lundberg PO, Sorbom D, Backstrom T. Sexuality

