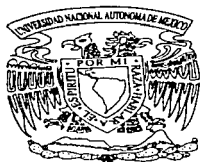


11217
78



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
S.S.A

EVOLUCIÓN DEL SANGRADO GENITAL
ANORMAL EN PACIENTES INTERVENIDAS POR
VÍA HISTEROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO
DE PÓLIPOS Y MIOMAS

T E S I S

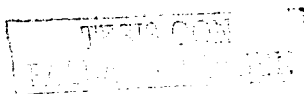
PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA
ESPECIALIDAD GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

QUE PRESENTA LA DOCTORA:
OLGA MARCELA LLAMAS FLORES



MÉXICO, D. F.

2003



1



Universidad Nacional
Autónoma de México



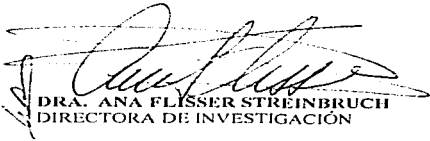
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

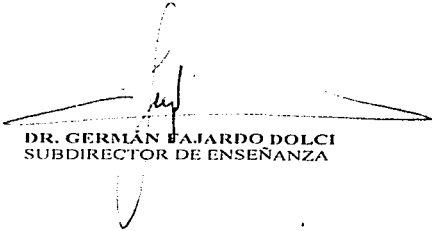
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

AUTORIZACIÓN



DRA. ANA FLISSER STREINBRUCH
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN



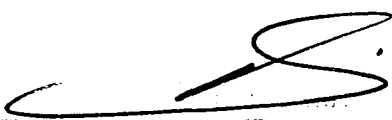
DR. GERMÁN FAJARDO DOLCI
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA



DR. LUIS ALBERTO VILLANUEVA EGAN
SUBDIRECTOR DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DR. JOSÉ ALANÍS BUENTES
MÉDICO ADSCRITO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ASESOR DE TESIS



TESIS CON
TAL

2

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por darme la vida día con día.

A MIS PADRES por estar siempre a mi lado dandome lo mejor. Y sobre todo por darme la mayor herencia que existe, el procurarme hacia la educación.

A MIS HERMANOS por estar simple a mi lado apoyandome bajo cualquier circunstancia.

A M TÍO JOSE LUIS por el apoyo que me brindaste y por haber confiado en mí.

A MARCO por compartir tu tiempo y tu ser con el mío.

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

INDICE

ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS	6
HIPÓTESIS	6
DISEÑO METODOLÓGICO	6
MATERIAL Y MÉTODOS	7
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	8
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFÍA	19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4

ANTECEDENTES

El Sangrado Genital Anormal (SGA) es una de las principales causas de visita al ginecólogo.

Dentro de las causas de alteraciones en el ciclo menstrual o SGA (que comprende cualquier hemorragia con duración frecuencia o cantidad excesivas, así como la presencia de manchados intermenstruales conocidos como metrorragias), se ha observado en el 20 a 40% de las pacientes tanto en edad reproductiva como perimenopausicas es debido a Miomatosis Uterina (MU)(1,2,3,4) y del 20 al 30% por pólipos endometriales y/o cervicales en mujeres en edad reproductiva y 10% en postmenopausicas (5,6)

En los casos de indicación quirúrgica ginecológica, la histerectomía es el procedimiento más frecuentemente elegido (7,8,9,10), pero en los últimos años se han desarrollado nuevas técnicas terapéuticas, en las que se implica menor tiempo quirúrgico, anestesia y días de hospitalización con lo que se logra una disminución del tiempo de recuperación y de los costos (11).

Aunque la histerectomía ofrece la ventaja de confiabilidad y curación completa de la enfermedad, este es un procedimiento quirúrgico mayor que requiere varios días de hospitalización y de 6 a 12 semanas de convalecencia, produciendo con ello mayores costos (12). Es la alternativa más cruenta ya que implica la extirpación del útero y por tanto esterilidad, además de que hay riesgo de pérdida sanguínea excesiva, lesión de uréteres y otras complicaciones graves (2,12,13). Es por eso que tratando de evitar los riesgos ya descritos, se han creado y valorado tratamientos alternativos de fibromas sintomáticos así como de pólipos tanto endometriales como endocervicales. Con lo cual se han creado procedimientos quirúrgicos alternativos como la miomectomía tanto por técnica abierta como por laparoscopia, la resección de pólipos y miomas, la ablación endometrial, la resección histeroscópica (pudiendo ser esta por medio de energía bipolar, monopolar, uso de láser e incluso corte frío), la miolisis y criomiolisis, la embolización de arterias

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

uterinas, además de tratamientos médicos con compuestos progestagenos y agonistas de la GnRH (11, 12, 14, 15, 16, 17). La técnica sera empleada según el tipo, localización, número y tamaño del mioma y/o pólipo (3, 11, 15, 16, 18, 19, 20, 21).

Una de las técnicas actualmente utilizadas, que resulta segura, con menor tiempo de duración, mayor éxito y con una disminución de costos hasta 50%, es la resección de miomas y pólipos por vía histeroscópica (21, 22, 23).

La técnica histeroscópica fue desarrollada debido a que la exploración visual de la cavidad uterina siempre ha sido considerada por los ginecólogos como algo necesario, por lo cual se han explorado numerosas alternativas para lograrlo. Siendo en 1865 que Désormeaux presenta un tubo recto, provisto de una lente y un espejo inclinado a 45 grados (20). En 1976 Neuwirth publica los primeros resultados de la histeroscopia operatoria (27, 28).

Actualmente se utilizan lentes rígidas y flexibles con diámetros que oscilan entre 2.7mm y 4mm. Con un ángulo visual de 30 grados (que funciona como operatorio), y uno de 0 grados (observación y flexible), utilizando como medios de distensión gas como el CO₂, o un medio líquido como solución fisiológica al 0.9%, dextrano 70 y glicina. A demás de contar con canales operatorios por los que se introducen catéteres, instrumentos de corte u otros. La lente va conectada a una cámara de video, utilizando como medio de iluminación luz halógena o fuentes de xenón (20).

Esta técnica ofrece la ventaja que es tanto diagnóstica como terapéutica. Dentro de su campo diagnóstico se determina la existencia de alteraciones en cervix y cavidad uterina, alteraciones endometriales, presencia de miomas y/o pólipos, el tamaño, la localización, el número y en casos de miomas el tipo. A demás puede ayudar a visualizar u obtener datos de otra posible patología endometrial que pueda variar la conducta como sería al visualizar lesiones sospechosas de malignidad y valorar presencia de malformaciones uterinas. Dentro del uso terapéutico se encuentran métodos como biopsias dirigidas, cateterizaciones tubarias, resección de tabiques, adherencias, pólipos y miomas, entre otras (20, 21, 22, 24).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es importante señalar que esta técnica puede ser utilizada en el quirófano o en el consultorio, con el uso de anestesia general, sedación local o incluso sin anestesia: sin presentar complicados cuidados postoperatorios y con una recuperación rápida, así como una integración a las actividades en corto plazo (25, 26).

Para la realización de resección de miomas y pólipos por histeroscopia es importante saber cuales son las características de estos, así como el tipo, número y tamaño para poder ser extraídos por esta técnica.

En el caso primordialmente de los miomas es importante conocer las clasificaciones de los miomas submucosos que son los que se pueden extraer por vía histeroscópica.

La clasificación histeroscópica de los miomas submucosos por Wamsteker y Blok (21) se divide en 3 grupos:

-Tipo 0: miomas pediculados o sésiles. El 100% es submucoso.

-tipo 1: más del 50% del mioma es submucoso (intracavitario)

-tipo 2: menos del 50% es submucoso.

Clasificación por Labastida (1) se divide en 5 tipos:

*Tipo I: Miomas pediculados: 100% submucosos pediculados

*Tipo II: Miomas sésiles

*Tipo III: Miomas con 1/3 de su volumen intramural

*Tipo IV: Miomas con el 50% de su volumen intramural

*Tipo V: Miomas con al menos 2/3 de su volumen intramural.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La técnica histeroscópica consiste en colocar en posición ginecológica a la paciente, sobre la mesa de exploración. Previamente se ha colocado al histeroscopio la fuente de luz y se ha conectado a la vídeo y monitor. Se graba el nombre de la paciente y registro. Con técnica estéril se introduce el histeroscopio en introito, hasta visualizar cerviz, se introduce en canal cervical hasta llegar a cavidad uterina, se realiza una toma panorámica y se localiza el sitio en el que se encuentra

el o los pólipos o miomas, su tamaño y se procede a introducir por el canal operatorio del histeroscópio el corte (tijeras), se localiza la base del pólipo o mioma y se realiza el corte, se verifica hemostasia, se extrae histeroscopia y se da por terminado el evento Qx.

Los pólipos endometriales y los miomas submucosos, son la causa más frecuente de sangrado uterino tanto en edades reproductivas como perimenopáusicas. Estos generalmente son detectados durante la histeroscopia diagnóstica.

Anteriormente se realizaba dilatación cervical y curetaje como método terapéutico para los pólipos, pero en varias series se reportaban pólipos residuales (21, 22, 30).

Como se ha mencionado anteriormente la resección histeroscópica es una técnica segura, en donde el tiempo operatorio es mínimo, con muy bien éxito y todo ello acompañado de disminución de los costos. Pudiendo ser utilizada incluso sin el uso de anestésicos, lo cual facilita la realización en el consultorio.

Hasta el momento en los trabajos realizados con resección histeroscópica, en ninguno se refiere que pasa cuando no es posible la extracción del mioma o pólipo, sobre todo cuando no se practica dilatación cervical. Algunos reportan la remoción por medio de fórceps (28, 31), otros (menores de 2cm) son extraídos tomándolos con una pinza de presión rígida y traccionándolos; si es mayor (de 2 a 4cm) se tracciona pero es necesario dilatar el cuello o morcelarlo, e incluso algunos recomiendan el seccionar el mioma o pólipo dentro de la cavidad en 2 a 3 partes. Pero la dilatación cervical necesita el empleo de algún tipo de anestesia (32). Puede optarse por dejar el mioma suelto en la cavidad para que posteriormente el útero lo expulse (21). Dones y colaboradores refieren que las pacientes que expulsan fracciones en forma espontánea en fechas posteriores, pero se cree también se puede causar lisis del tejido. Este comportamiento que pueden seguir no ha sido estudiada ni descrita en ningún estudio anterior (32, 33)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El planteamiento del problema fue si existe realmente mejoría del SGA al emplear la técnica histeroscópica. A demás de valorar cual fue la evolución que tienen los miomas y pólipos que no pudieron ser extraídos de la cavidad uterina posteriormente de su resección histeroscópica.

La justificación fue que sabiendo que las principales causas de consulta ginecológica en mujeres en edad reproductiva y perimenopáusicas es el sangrado genital anormal, siendo 20 a 40% por MU y en un 20 a 30% por pólipos endometriales y endocervicales (1, 2).

De todas las patologías que pudiesen ocasionar estas alteraciones en el ciclo menstrual las más frecuentes son la miomatosis uterina y los pólipos endometriales; y son estas las que causan la mayor indicación para someter a una paciente a Histerectomía Total Abdominal (como tratamiento definitivo) o a dilatación y curetaje el cual dará mejoría en la sintomatología temporalmente, pero no resolverá el problema de fondo.

Es por eso que en pacientes que presentan SGA se han implementado otras técnicas terapéuticas rápidas, de bajo costo y sobre todo que nos permitan un adecuado manejo y solución de su patología, que puedan realizarse ambulatoriamente, algunas en consultorio. A demás de que puede ser la indicación mas correcta en pacientes que tienen deseo de fertilidad, las cuales no pueden ser sometidas a una cirugía mayor y que a demás esta técnica presente menor morbi-mortalidad para las pacientes.

Una de estas técnicas es la histeroscopia quirúrgica, la cual puede realizarse sin necesidad de emplear anestesia y por lo tanto puede aplicarse en el consultorio sin causar una complicación. Esta técnica que es tanto diagnóstica como terapéutica puede abatir el tiempo quirúrgico, el tiempo de recuperación e incluso el costo. A demás que al mismo tiempo que se realiza la histeroscopia, se pueden resecar tumoraciones, se toman biopsias dirigidas, se realizan adherenciólisis y se tiene una visualización total de la cavidad uterina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los objetivos fueron el evaluar la evolución de los miomas y pólipos posterior al corte frío con tijera por medio de vía histeroscópica en el consultorio.

Valorar si la técnica de histeroscopia realizada en consultorio para extracción de miomas y pólipos mejora el Sangrado Genital Anormal.

Evaluar si existe alguna diferencia en el SGA con las pacientes en que si se extrae el mioma o pólipo durante la resección histeroscópica.

La hipótesis se formulo buscando la existencia de una evolución satisfactoria del SGA en las pacientes intervenidas por vía histeroscópica

El diseño metodológico consiste en un estudio Descriptivo, Abierto, Observacional, prospectivo, Longitudinal, de Sobrevida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIALES Y MÉTODOS

Mujeres mayores de 18 años de edad, que requirieran histeroscopia por presentar alteraciones en su patrón menstrual y postmenopausicas que a su vez presenten pólipos de tipo endocervical y/o endometrial, así como miomas submucosos o tipo I y II (según Labastida) o 0 y I (según Wamsteker), menores de 4cm, los cuales serán removidos por corte frío y se evaluara el comportamiento de acuerdo a si son expulsados, si se lisan, se conservan o se pierden, así como las características del ciclo menstrual post-tratamiento.

Se utiliza un histeroscópio quirúrgico de flujo continuo marca Olympus de 5mm con canal operatorio de 5fr, tijeras histeroscópicas de 5fr rígidas, empleando solución salina al 0,9% como medio de distensión.

Se realizan 800 histeroscopias anuales en 1 servicio de histeroscopia de las cuales el 25% son quirúrgicas por lo que calculamos el tamaño de la muestra de 200 pacientes

La muestra del estudio fue de 49 pacientes que fueron enviadas por SGA y que presentaban miomas y/o pólipos.

Criterios de selección

INCLUSIÓN: Mujeres mayores de 18 años con alteraciones del patrón menstrual incluyendo postmenopausicas que presentan pólipos del tipo endocervical y/o endometrial, así como miomas tipo I y II.

EXCLUSIÓN: Pacientes que presenten pólipos y/o miomas mayores de 4cm
Pacientes que no deseen continuar el seguimiento

ELIMINACIÓN: Pacientes que requieran histerectomía, ablación endometrial u de otra técnica quirúrgica para resolver la sintomatología (SGA)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Pacientes que acudieron al servicio de histeroscopia, referidas por SGA, en las que se llevó a cabo histeroscopia y se observó la presencia de miomas submucosos y/o pólipos endometriales o cervicales. Se realiza corte de los mismos con tijera. Se lleva registro si es posible su extracción en el momento, y si no es así, se solicita a la paciente que de arrojarlo sea traído al servicio. Se realiza valoración a la semana y al mes o posterior a la presencia del 1er ciclo menstrual, para valorar si se expulsó espontáneamente, si no hubo evidencia de el, si la eliminación fue por partes o que sucedió, y valoración de las características del ciclo menstrual en los siguientes periodos.

VALIDACIÓN DE LOS DATOS

El análisis estadístico se realizó analizando los resultados por el sistema SPSS II, para la validación de los resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se realizaron de Enero a Septiembre del 2003, 572 histeroscopias diagnósticas en el servicio de histeroscopia del Hospital Dr Manuel Gea González. De las cuales 50 pacientes reunieron los requisitos solicitados. Existió eliminación de una paciente por presentar embarazo.

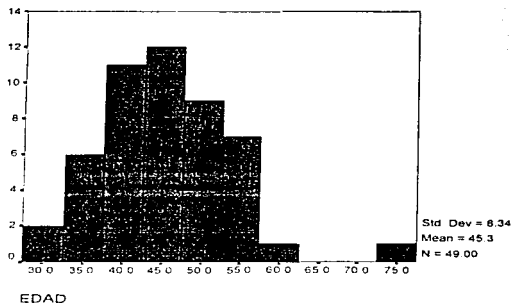
De las 49 pacientes que fueron incluidas, el promedio de edad fue de 45.3 años (con un rango de 30 a 74 años).

DISTRIBUCION POR EDADES

Tabla 1

	MÁXIMA	MÍNIMA	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
EDAD	74	30	45.3	8.34

GRÁFICA DE DISTRIBUCIÓN POR EDADES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO DE ENVIO

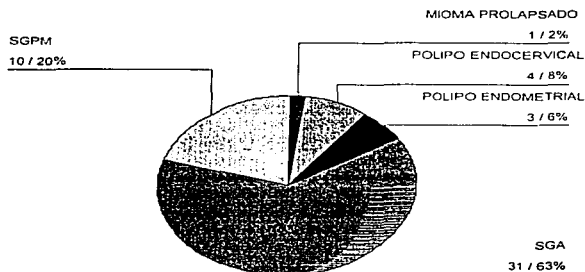
El total de las pacientes fueron enviadas por Sangrado Genital Anormal y en algunas se especificaba la probable causa de este, por lo que se clasificaron de la forma en que se describe en la tabla 2.

Tabla 2

	No de casos	%
SGA	31	63
SGPM	10	20
PÓLIPO	4	8
ENDOCERVICAL		
PÓLIPO ENDOMETRIAL	3	6
MIOMA PROLAPSADO	1	2

Englobandolas como Sangrado Genital Anormal y Sangrado Genital Postmenopausico se encuentran 39 pacientes con SGA (80%) y con SGPM 10 pacientes (20%).

GRÁFICA DE DX DE ENVIO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

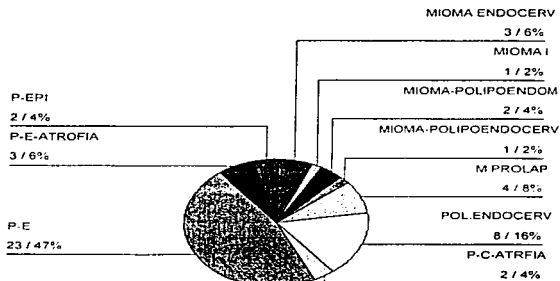
HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS

Los hallazgos encontrados durante la histeroscopia se describen en la siguiente tabla:

Tabla 3

	No CASOS	%
PÓLIPO ENDOCERVICAL	3	6
MIOMA I	1	2
MIOMA/PÓLIPO ENDOMETRIAL	2	4
MIOMA/PÓLIPO ENDOCERVICAL	1	2
MIOMA PROLAPSADO	4	8
PÓLIPO ENDOCERVICAL	8	16
PÓLIPO ENDOCERVICAL/ ATROFIA	2	4
PÓLIPO ENDOMETRIAL	23	47
PÓLIPO ENDOMETRIAL/ ATROFIA	3	6
PÓLIPO / EPI	2	4

GRÁFICA DE HALLAZGOS

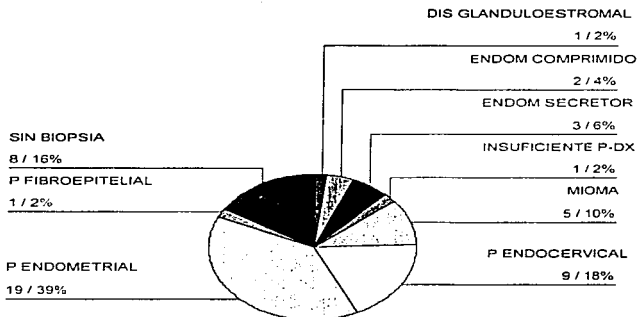


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIOPSIA

De las 49 pacientes en estudio, se enviaron a patología la pieza obtenida en 41 pacientes y en las 8 restantes (que corresponde al 16%) esta no fue enviada ya que las pacientes no la recolectaron y unas refirieron nunca haber expulsado material alguno (2 pacientes). Por tal motivo no puede ser valorada estadísticamente, además de no ser el objetivo de el estudio; pero describimos en forma de PIE los hallazgos encontrados.

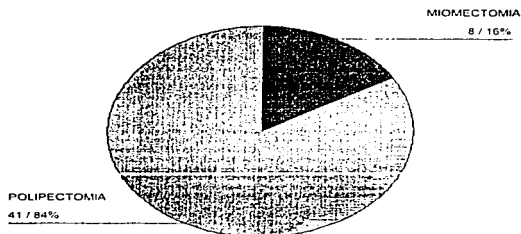
GRÁFICA DE RESULTADOS DE BIOPSIAS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El procedimiento histeroscópico que se aplico fue: en 8 pacientes miomectomía (que corresponde al 16%) y en 41 pacientes se realizo polipectomía (84%). Todas las pacientes sin empleo de anestésicos o analgésicos y realizadas en el consultorio de histeroscopia.

GRAFICA DE PROCEDIMIENTO REALIZADO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMPORTAMIENTO

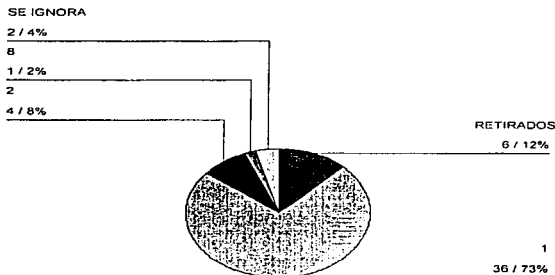
La evolución de los miomas y pólipos que presentaron posterior al corte, se encontró que pudieron ser extraídos durante el procedimiento 6 (12%, siendo de estas 2 miomas y 5 pólipos, lo cual no tiene significado alguno). Los demás fueron expulsados en los siguientes días de manera espontánea, siendo durante el primer día 36 casos (72%), al 2do día se expulsan 4 (8%), en el 8vo día 1 caso (2%). Se encontró que 2 de las pacientes refirieron no haber notado presencia de expulsión de algún material, por lo que a su consulta al mes se les realiza una histeroscopia de control en donde se observa cavidad endometrial normal.

Tabla 4

	No casos	%
EXTRAIDOS	6	12
	36	73
AL DÍA 1		
DÍA 2	4	8
DÍA 8	1	2
SE IGNORA	2	4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA DE COMPORTAMIENTO



CARACTERÍSTICAS DEL CICLO

De las 49 pacientes incluidas y que fueron sometidas a polipectomía o miomectomía, se encontro al mes o a la presencia del siguiente período menstrual las siguientes características:

Tabla 5

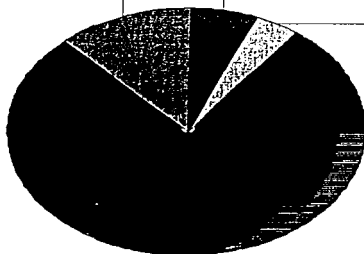
	No casos	%
AMENORREA	3	6
IRREGULAR	2	4
REGULAR	38	78
SE DESCONOCE	6	12

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA DE CARACTERÍSTICAS DEL CICLO

SE DESCO
6 / 12%

AMENORRE
3 / 6%
IRREGULA
2 / 4%



REGULAR
38 / 78%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

En este estudio se buscó evaluar la evolución del sangrado genital anormal en las pacientes en las que se les realizó miomectomía o polipectomía, además de evaluar que evolución tenían los miomas y/o pólipos posteriormente a su corte. Esto con el fin de evaluar si la histeroscopia se puede tomar como una técnica quirúrgica que beneficie a las pacientes.

Los métodos tradicionales como la dilatación cervical y curetaje(s), hasta llegar a la histerectomía como método definitivo, muestran resultados en algunos casos favorables para la paciente, pero está es sometida a un medio más invasivo, con lo cual conlleva mayores riesgos, mayor tiempo de recuperación y hasta mayores costos, así como complicaciones(2, 12). En este estudio se demuestra que puede realizarse un procedimiento que implica el procedimiento realizado en consultorio, con un menor tiempo y por lo tanto con una disminución de costos, dando un tiempo de recuperación corto.

Se corrobora que existe una mejoría en el SGA al emplear este método (21,22), pues del total de pacientes, el 38 % de las pacientes presentaron ciclo regular posterior al procedimiento, y solo 4% continuó con ciclos irregulares, corroborándose en estas pacientes la presencia de miomas intramurales. De esta serie de pacientes, 2 fueron sometidas a histerectomía una debido a que se encontró en el reporte de patología hiperplasia compleja con atipias y otra por presencia de un mioma tipo IV de 7cm continuando a causa de este con ciclos irregulares.

Siendo uno de los objetivos valorar la evolución del mioma y/o pólipo postresección, se encontró que el 73% fueron expulsados espontáneamente en el transcurso del 1er día, y el mayor tiempo para su expulsión fue a los 8 días, así como en 2 pacientes que se ignora ya que ellas refirieron no haber notado nunca expulsión y la histeroscopia realizada para valorar la cavidad uterina al mes, no encontró alteración alguna.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

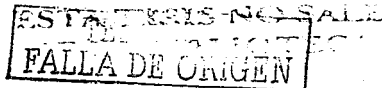
De acuerdo con los resultados preliminares de este estudio (ya que se tiene contemplado para 1 año de estudio con evolución de 3 ciclos menstruales), se considera que realmente la técnica quirúrgica histerocópica puede ser empleada en el consultorio, sin el uso de anestésicos, con evolución satisfactoria (mejoría del SGA). Dando todas las ventajas que una técnica ambulatoria presenta, incluso en el abatimiento de los costos.

Es importante continuar la valoración total del estudio para confirmar los resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenberg M, Tarek I: Impacto médico y socioeconómico de la miomatosis uterina. *Clinicas de ginecología y obstetricia temas actuales*. V 4 / 1995. 577-387.
2. Gambone JV, Reifer RC. Hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 205-211.
3. Ación P. Miomas: clínica y diagnóstico. *Cuadernos de medicina reproductiva*, V 5, # 1, 1999
4. Marshall LM. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and RACE. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 967-973.
5. Reslova T. Endometrial polyps. A clinical study of 245 cases. *Arch Gynecol Obstet*. 1999; 262: 133-139.
6. Bakour, SH. Risk factors associated with endometrial polyps in abnormal uterine bleeding. *International J Gynecol Obstet* 2002; 76: 165-168.
7. Novo D. Histerectomía y miomectomía. Indicações, técnicas y riesgos. *Cuadernos de medicina reproductiva*. V 5, #1, 1999; 207-227.
8. Benrubi G. History of hysterectomy. *J Fla Med Assoc* 1988; 75: 533-538.
9. Wilcos LS. Hysterectomy in the United States 1988-1990. *Obstet Gynecol*. 1994; 83: 549-555.
10. Sewartz S. Datos epidemiológicos de los leiomiomas uterinos. *Clinicas obstetricas y ginecológicas*. V 2/2001. 293-302.
11. Milad M, et al. Métodos laparoscópicos para leiomiomas uterinos. *Clinicas obstétricas y ginecológicas*. V 2/2001. 371-380.
12. Goodwing S. Embolización de arterias uterinas por fibromas. *Clinicas obstétricas y ginecológicas*. V 2/2001. 381-391.
13. Harris WJ. Complications of hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol*. L997; 40: 928-938.



14. Chavez N. Tratamiento médico de fibromas uterinos. *Clinicas obstetricia y ginecología*. V 2/2001. 345-356.
15. Loffer FD. Removal of large symptomatic growths by the hysteroscopic resectoscope. *Obstet gynecol*. 1990; 76: 836-340.
16. Vancaille TG. Electrocoagulation of the endometrium whit thw ball-end resectoscope. *Obstet Gynecol*. 1989; 74: 4255-427.
17. Corson S. Resectoscopic myomectomy. *Fertility and Sterility*. 1991;55: 1041-1044.
18. Díaz V. Miomectomía laparoscópica. *Cuadernos de medicina reproductiva V5, # 1*. 1999: 145-166..
19. Querenda J. Miomectomía abdominal. *Cuadernos de medicina reproductiva V5, #1*. 1999: 165-205.
20. Cornuer E, et al. Histeroscopia diagnóstica y operatoria. *Enciclopedia médica quirúrgica, Gynécologie (Paris Francia). Histeroscopia diagnóstica y operatoria. Tomo I, 72-A-10.*
21. comino D. Miomectomía histeroscópica. *Cuadernos de medicina reproductiva V5, # 1*, 1999; 117-143.
22. Hallez JP: single-stage total hysteroscopic myomectomies: indications, técnicas and results. *Fertility and Sterility*. 1995; 3: 263-267.
23. Bradley L. State of the art flexible hysteroscopy for office gynecologic evaluation. *J Am Assn gynecol Laparoscopist*. 1995; 3: 263-267.
24. Hulka JG. Operative hysteroscopy: American Association of gynecologic Laparoscopost 1993 membership syrvey. *Am Assoc gynecol Laparosc* 1995; 2: 133-136.
25. Gimpelson RJ. Office hysteroscopy. *Clin Obstet Gynecol*. 1992; 35: 270-81.
26. Valli E. Outpatient diagnostic Hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1998; 5: 397-402.
27. Neuwirth RS. Escisión of submucous fibroides whit hysteroscopic contro. *Am J Gynecol*. 1976; 126: 95-99

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

28. Neuwirth RS. Hysteroscopic management of symptomatic sub-mucous fibroids. *Obstet Gynecol.* 1983; 62: 509-515.
29. O'Connell LP. Triage of abnormal postmenopausal bleeding: A comparison of endometrial biopsy and transvaginal sonohysterography versus fractional curettage with hysteroscopy. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 956-6-961.
30. Wamstejer K. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: results regarding the degree of intramural extension. *Pbstat gynecol.* 1993; 82: 736-740.
31. Corson S. Operative hysteroscopy for infertility. *Clinic Obstet and Gynecol.* 1992; 35: 229-241.
32. Corson S. Diagnóstico histeroscópico y tratamiento quirúrgico de miomas submucosos. *Clinicas de ginecología y obstetricia.* V4/1995. 683-697.
33. Dones J. Neodymium: YAG laser hysteroscopy in large submucous fibroids. *Fertil Steril.* 1990; 54: 999-1007.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN