



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

“Correlación entre la indicación y el diagnóstico histopatológico en pacientes postoperadas de histerectomía ginecológica menores de 40 años en HIMES. 2012-2014”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA:

ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

GUADALUPE MARGARITA GASTÉLUM OSORIO

HERMOSILLO, SONORA

JULIO 2015



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

“Correlación entre la indicación y el diagnóstico histopatológico en pacientes postoperadas de histerectomía ginecológica menores de 40 años en HIMES. 2012-2014”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

GUADALUPE MARGARITA GASTÉLUM OSORIO

Dra. Elba Vázquez Pizaña

Jefe del Departamento de Enseñanza, Investigación y Capacitación del Hospital Infantil del Estado de Sonora

Dr. Luis Antonio González Ramos

Director General del Hospital Infantil del Estado de Sonora

Dr. Felipe Méndez Velarde

Profesor Titular del Curso Universitario de Ginecología Y Obstetricia

Dr. Francisco Javier Vega Ruíz

Profesor Adjunto del Curso Universitario de Ginecología y Obstetricia
Director de tesis

Dra. Adela Rascón Alcantar

Médico Patólogo
Asesor de tesis

HERMOSILLO, SONORA

JULIO 2015

AGRADECIMIENTOS

Querido Dios:

Nunca terminare de agradecerte todo lo que me has dado. Me regalaste para comenzar esta vida maravillosa a la que nunca le ha faltado nada. Ni carcajadas, ni alegrías, ni lágrimas, ni abrazos, ni canciones, ni películas y mucho menos playa.

Gracias por la familia maravillosa que me diste, que día con día me ha dado la mano para seguir creciendo, y me ha dado su apoyo y su amor incondicional sin pedirlo. Permíteme demostrarles cuanto los amo y cuanto significan para mí.

Gracias también por los grandes amigos y compañeros que cruzaste en mi camino, por dejarme aprender tantas cosas a su lado, por las tardes y las noches compartidas entre trabajo y tareas, o simplemente porque los pusiste ahí cuando debían estar, porque aunque dice el dicho “Dios los hace y ellos se juntan”, creo que Tú haces las dos cosas.

Gracias Señor, por la oportunidad de estudiar una carrera que me ha permitido creer cada día más en Tí, por todos esos maravillosos maestros que con su motivación, su paciencia y sus consejos me hacen mejor persona día a día. Cuídalos, y dales la fuerza para seguir siendo las maravillosas personas que ya son, para que sigan con su enseñanza muchos años más.

Finalmente gracias también por mi hijo, porque le has permitido ir creciendo sano y feliz, porque a través de él me das la fuerza para seguir adelante. Acompáñalo siempre, a dondequiera que vaya, permítele crecer y lograr lo que se proponga, siempre honesto, siempre humilde, siempre feliz. Amén.

ÍNDICE

1. Introducción.....	05
2. Resumen.....	07
3. Planteamiento del problema.....	08
4. Marco teórico.....	09
5. Objetivos.....	19
a) General	
b) Específicos	
6. Hipótesis.....	20
7. Justificación.....	21
8. Metodología.....	22
9. Materiales y métodos.....	23
10. Resultados.....	24
11. Discusión.....	32
12. Conclusiones.....	34
13. Anexos.....	35
14. Bibliografía.....	36

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico ginecológico más común. En el 2010, se realizaron en Estados Unidos más de 430,000 procedimientos. Las tasas de histerectomía parecen estar disminuyendo, con un pico en el 2002 de más de 680.000 procedimientos, posiblemente debido a la llegada de tratamientos menos invasivos para el tratamiento de las enfermedades previamente tratados con histerectomía. De 1998 a 2010, la distribución del abordaje quirúrgico fue en un 65% abdominal, un 20% vaginal, 13% con laparoscópica convencional, un 0.9% con robótica, y radical un 1,2%. ¹ En México no contamos con estadísticas que incluyan a todas las instituciones de salud, pero todo parece indicar que también constituye la cirugía ginecológica más frecuente.

La implementación de esta intervención quirúrgica mayor, está indicada como tratamiento en múltiples trastornos ginecológicos, benignos y neoplásicos, cuyas manifestaciones clínicas van disminuyendo la calidad de vida de las mujeres que las padecen. En ocasiones, la resección del útero puede significar una pérdida parcial de aspectos significativos para la identificación como mujeres de las pacientes a quienes se les practica, pues aunque este órgano normalmente es invisible, se hace visible ante su ausencia. ⁹

La histerectomía, definida como el retiro quirúrgico del útero puede también abarcar el retiro de las trompas de Falopio, los ovarios y el cérvix. El retiro de estas estructuras se lleva a cabo como una opción para curar o aliviar diversos problemas ginecológicos. Después de su histerectomía la mujer no tendrá más periodos menstruales y no será posible que se embarace. ²

Por todo esto es importante evaluar sobre todo en pacientes jóvenes, si las patologías que nos llevan a tomar la decisión de realizar dicho procedimiento, son verdaderamente la etiología del problema que nos llevó a la histerectomía.

RESUMEN

Título: Correlación entre la indicación y el diagnóstico histopatológico en pacientes postoperadas de histerectomía ginecológica menores de 40 años en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora. 2012-2014.

Introducción: La histerectomía es el procedimiento quirúrgico ginecológico más común. En Estados Unidos se realizaron más de 430,000 procedimientos en 2010, en México no contamos con estadísticas.

Objetivos: Identificar el porcentaje de correlación que existe entre las indicaciones prequirúrgicas de las histerectomías ginecológicas con el resultados histopatológicos, de las pacientes del HIMES, menores de 40 años, operadas en el periodo de enero del 2012 a diciembre del 2014.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, en el Hospital Integral de la del Estado de Sonora. Universo las mujeres menores de 40 años, atendidas del periodo 2012 -2014, de histerectomía ginecológica. Incluimos 74 pacientes, con análisis estadístico en Excel.

Resultados: La miomatosis uterina se presentó como indicación en 50% de las pacientes, y en 48.6% como diagnóstico histopatológico. Se encontró correlación entre indicación y diagnóstico histopatológico de 80%, correspondiéndose entre sí 59 de los 74 casos.

Conclusiones: Existe un porcentaje de correlación entre la indicación prequirúrgica con el diagnóstico histopatológico de mujeres menores de 40 años, de 80%, mucho mayor que en otros estudios realizados.

PALABRAS CLAVE: Histerectomía, correlación diagnóstica, diagnóstico histopatológico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La histerectomía es la operación ginecológica más común. No se realiza sólo para la enfermedad maligna, sino también para muchas condiciones benignas, sea cual sea el método utilizado (abdominal, vaginal, laparoscópica). Las complicaciones más comunes de todos los enfoques quirúrgicos combinados, abarcan desde la hemorragia, afecciones genitourinarias como el prolapso de órganos pélvicos, la retención urinaria, lesión ureteral e infecciones. Estando también presentes las complicaciones graves como la muerte, tromboembolia, infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, infección grave, hemorragia secundaria, fístulas, obstrucción ureteral o daño visceral. Además en ocasiones se puede requerir el retiro de órganos anexos como son los ovarios y las salpinges, aumentando con esto el riesgo de una presentación de la menopausia a más corta edad. Esto nos hace preguntarnos si se están indicando correctamente las histerectomías, o estamos sometiendo a un riesgo innecesario a nuestras pacientes.

En nuestro país se desconocen estadísticas confiables sobre este procedimiento. En el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, se realizaron entre el 2012 y el 2014 un promedio de 171 histerectomías al año por indicaciones ginecológicas, en todas sus modalidades: abdominal, vaginal y laparoscópica.

Pregunta de investigación

¿Existe correlación entre la indicación y el resultado histopatológico de las pacientes menores de 40 años, a las que les realizó histerectomía durante el periodo del 2012 al 2014 en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora?

MARCO TEÓRICO

La histerectomía, definida como el retiro quirúrgico del útero es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes y puede también abarcar el retiro de las trompas de Falopio, los ovarios y el cérvix. El retiro de estas estructuras se lleva a cabo como una opción para curar o aliviar diversos problemas ginecológicos.² Etimológicamente, histerectomía se forma de dos raíces griegas: isteros (útero) y ectomía (extirpación).¹² Después de su histerectomía la mujer no tendrá más periodos menstruales y no será posible que se embarace.²

Historia

Algunas referencias a la histerectomía se remontan al siglo V a. C., en la época de Hipócrates. Los primeros intentos de extirpar el útero fueron por vía vaginal por prolapso uterino o inversión uterina. Hacia el siglo XVI d. C, ya se habían realizado varias histerectomías en países europeos tales como Italia, Alemania y España. La histerectomía vaginal se realizó esporádicamente entre los siglos XVII y XVIII.³

Los primeros intentos de histerectomía abdominal se efectuaron por leiomiomas confundidos con quistes de ovario. A comienzos del siglo XIX la laparotomía por quistes de ovario seguía siendo considerada peligrosa a pesar de los intentos iniciales exitosos de Mc Dowell en los Estados Unidos y de Emiliami en Europa durante 1815. Washington L. Atlee, de Lancaster, Pennsylvania, realizó la primera miomectomía abdominal exitosa en 1844.³

La apertura del abdomen solía complicarse con una hemorragia post operatoria, la que con frecuencia era fatal. El cirujano inglés A.M Heath, de Manchester, ligó por primera vez las arterias uterinas a mediados del siglo XIX pero pasarían casi 50 años hasta que su técnica se convirtiera en una práctica común.³

El éxito de la cirugía dependía del control de la hemorragia, la infección y el dolor. Así las ligaduras se usaban para ocluir vasos sangrantes ya en el año 1090 y Ambroise Pare inventó las pinzas arteriales a mediados del siglo XVI. Sin embargo en aquella época no había información sobre la fisiopatología de la hemorragia, el shock y las transfusiones de sangre (comenzando su disposición en el siglo XX). El austriaco Ignaz Semmelweiss reconoció la importancia del control de la infección en su trabajo sobre la fiebre puerperal, trabajo continuado por Joseph Lister (1860) y Luis Pasteur; también Robert Koch colaboró con sus notables descubrimientos. El norteamericano Crawford W. Long usó por primera vez éter como analgésico en 1842 y el escocés Sir James Y. Simpson inició el uso del cloroformo en la práctica obstétrica. En 1864 el francés Koeberle introdujo su método la ligar el gran pedículo vascular de la parte inferior del útero con un instrumento inventado por él llamado “serrenoud” (cierra nudos). Fue la técnica habitual para controlar el sangrado asociado a la histerectomía durante los primeros años.³

En 1878 W.A. Freud, de Alemania refinó la técnica de histerectomía usando anestesia, una técnica antiséptica, la posición de Trendelenburg y una ligadura alrededor de los ligamentos y los grandes vasos. Este cirujano separaba la vejiga del útero y desinsertaba los ligamentos cardinales y uterosacos; luego cerraba el peritoneo pelviano. En las primeras décadas del siglo XX la histerectomía se convirtió en el tratamiento empleado con mayor frecuencia para tratar enfermedades y síntomas ginecológicos. La ginecología estaba en vías de desarrollarse como especialidad y los ginecólogos contaban con poco más que la cirugía para ayudar a sus pacientes. Los estrógenos y la progesterona no fueron descubiertos hasta fines de 1920 y comienzos de 1930.³

En la práctica moderna de la ginecología el uso apropiado de estos conocimientos y de las tecnologías diagnósticas modernas y avanzadas permiten seleccionar opciones terapéuticas más correctas para enfermedades médicas más complejas. Gracias al uso apropiado de las transfusiones de sangre y los antibióticos, y los avances en las técnicas de anestesia, un cirujano ginecólogo capaz puede realizar una histerectomía con bastante facilidad con una tasa de mortalidad que fluctúa desde 1-2/1000. ³

Epidemiología

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico ginecológico más común. En el 2010, se realizaron en Estados Unidos más de 430,000 procedimientos.¹ De 1998 a 2010, la distribución del abordaje quirúrgico fue en un 65% abdominal, un 20% vaginal, 13% con laparoscópica convencional, un 0.9% con robótica, y radical un 1,2%. Las tasas de histerectomía parecen estar disminuyendo, con un pico en 2002 de más de 680.000 procedimientos, posiblemente debido a la llegada de tratamientos menos invasivos para el tratamiento de las enfermedades previamente tratadas con histerectomía. ¹

En México no se cuenta con estadísticas que incluyan a todas las instituciones de salud, pero todo parece indicar que constituye la cirugía ginecológica más frecuente.

En el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora se han realizado entre el 2012 y el 2014 un promedio de 171 histerectomías al año por indicaciones ginecológicas, en todas sus modalidades: abdominal, vaginal y laparoscópica.

Indicaciones de histerectomía

Hay cinco categorías amplias de diagnóstico de indicaciones para la histerectomía, estas son los leiomiomas uterinos, el prolapso de órganos pélvicos, el dolor o infección pélvica (por ejemplo, la endometriosis, enfermedades inflamatorias pélvicas), el sangrado uterino anormal

y la enfermedad maligna y premaligna. ¹ En porcentaje las indicaciones más comunes sin considerar las de patología oncológica son el leiomioma con un 60%, la relajación pélvica en 11%, el dolor en 9% y la hemorragia 8%. ²⁶

En ausencia de una emergencia que amenaza la vida (por ejemplo, hemorragia uterina), la decisión de proceder con la histerectomía se hace mutuamente por la mujer y su médico basándose en su deterioro funcional, la maternidad, planes de respuesta a la terapia médica, análisis de alternativas, y percepción de que los riesgos del procedimiento se ven compensados por los beneficios esperados. ⁵

Alternativas de tratamiento

El tratamiento médico y las alternativas quirúrgicas a la histerectomía dependen del trastorno subyacente. Como ejemplos están la embolización de la arteria uterina y la miomectomía se pueden usar para tratar leiomiomas sintomáticos⁴, el prolapso de órganos pélvicos puede ser tratada de forma conservadora con ejercicios del suelo pélvico u óvulos vaginales, los servicios de control del dolor puede ser capaz de regresar a los pacientes con dolor pélvico intratable a un estado funcional sin necesidad de cirugía, la ablación endometrial puede ser un tratamiento efectivo para el sangrado uterino excesivo, el tratamiento médico puede ayudar a reducir el malestar asociado con la endometriosis, la hiperplasia endometrial a veces puede tratarse médicamente con progestinas, la conización puede ser una terapia adecuada para algunas mujeres con alto grado de neoplasia intraepitelial cervical / carcinoma in situ. ⁵

Preoperatorio

Valoración de la paciente. Se pueden requerir diversa pruebas para llegar al diagnóstico preoperatorio dependiendo del contexto clínico. Antes de la histerectomía todas las pacientes

requieren detección sistemática con Papanicolaou y los resultados anormales de valoración del cáncer cervicouterino antes de la intervención.⁵

Acceso para histerectomía. La histerectomía puede llevarse a cabo con un acceso abdominal, vaginal o laparoscópico y la selección tiene influencia de muchos factores. Por ejemplo, las propiedades físicas del útero y la pelvis, las indicaciones quirúrgicas, presencia o ausencia de alteración de los anexos, los riesgos quirúrgicos, los costos, la hospitalización, la duración de la recuperación y la calidad de vida prevista en el posoperatorio también sopesan una vez que se planea la histerectomía. Las tres vías de acceso se usan por lo general y cada una conlleva diversas ventajas y desventajas.⁵

Histerectomía abdominal

Casi todas las histerectomías en Estados Unidos se realizan a través de una incisión abdominal. Se puede elegir una incisión transversa o vertical, dependiendo de la situación clínica. La histerectomía abdominal brinda la máxima capacidad de manipulación de órganos pélvicos y por ello se prefiere si se prevén órganos pélvicos grandes o adherencias extensas, se permite el acceso a los ovarios si se planifica realizar ooforectomía, al espacio de Retzius cuando se planifica llevar a cabo en forma simultánea procedimientos de uroginecología, o bien a la porción superior del abdomen para la clasificación por etapas del cáncer. La histerectomía abdominal requiere por lo general menos tiempo quirúrgico que la histerectomía laparoscópica y no necesita de instrumentos avanzados o experiencia en laparoscopia.⁶

No obstante la histerectomía abdominal se vincula con una recuperación y estancia hospitalaria más prolongadas de la paciente, aumento del dolor en la incisión y mayor riesgo de fiebre posoperatorios e infección de la herida quirúrgica. En comparación con la vaginal, la

histerectomía abdominal se vincula con mayor riesgo de transfusiones y lesiones ureterales, pero menor riesgo de hemorragia posoperatoria y lesión vesical. ^{5,7}

Histerectomía vaginal

Este acceso suelen elegirlo si los órganos pélvico son pequeños, si no se prevén adherencias extensas, no se espera enfermedad significativa de los anexos y si hay prolapso de órganos pélvicos. Cuando se compara este acceso con la histerectomía abdominal, las mujeres se benefician más frecuentemente por una recuperación más rápida y disminución de los días de estancia hospitalaria, de los costos y del dolor posoperatorio. ⁵

Histerectomía por laparoscopia

Por lo general se elige para las mujeres con órganos pélvicos pequeños, en las que no se esperan adherencias extensas, en presencia de un descenso uterino escaso y cirujanos diestros en las técnicas laparoscópicas. Aunque la recuperación de la paciente, la estancia hospitalaria y la calificación posoperatoria del dolor son comparables con los de la histerectomía vaginal, además permite una visión y acceso mayor al abdomen y pelvis. Esto podría ser ventajoso cuando se planea una ooforectomía o si se encuentra hemorragia o adherencias leves. Sin embargo la laparoscopia por lo general requiere tiempos quirúrgicos más prolongados y equipo más costoso. ⁵ Además se ha vinculado con mayores tasas de lesión ureteral (hasta de 14%) en comparación con las histerectomías abdominal (1.4%) o vaginal (0.2%). ⁸

Histerectomía laparoscópica asistida por robot

Ésta se ha convertido en un procedimiento de gran interés como otro tipo de cirugía mínimamente invasiva. Aunque hay una pérdida de retroalimentación táctil con la robótica, esto se supera en la mayoría de los cirujanos por la entrada visual superior. Además, la

instrumentación permite aumentar el grado de libertad que imitan los movimientos del ser humano. Un estudio informó que un análisis de las histerectomías laparoscópicas robóticas y de una base de datos del hospital encontró mayores costos y resultados similares con la cirugía robótica. La histerectomía asistida por robot parece estar asociada con un mayor riesgo de dehiscencia del manguito vaginal en comparación con la histerectomía laparoscópica.¹³ Un meta-análisis de estudios observacionales sobre la seguridad y efectividad de la cirugía ginecológica con robot informó una ventaja limitada de la robótica sobre la cirugía laparoscópica convencional.¹⁴

Dos ensayos aleatorizados han demostrado que la histerectomía total laparoscópica asistida por robot no es superior a la laparoscopia convencional en términos de resultados y puede ser más caro.^{15, 16} El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) y la Asociación Americana de Laparoscopistas Ginecológicos (AAGL) aconsejan que la laparoscopia convencional es preferible a la cirugía robótica para la histerectomía por indicaciones benignas.¹⁷

Histerectomía total en comparación con supracervical

En casi todo el mundo la histerectomía abdominal suele incluir la extirpación del cuello uterino. Hace 50 años la histerectomía subtotal llegó a considerarse un procedimiento sub óptimo reservado para los casos excepcionales en los cuales preocupaba la pérdida de sangre o una distorsión anatómica limitaba la extensión de la disección. En 1990 surge una tendencia hacia la técnica subtotal, debido a cierta preocupación acerca de una disminución de la calidad de la función sexual y una disfunción vesical después de disecar el cuello uterino. Sin embargo varios estudios recientes no han confirmado diferencias en la salud sexual, la función intestinal o vesical o una mayor incidencia de prolapso vaginal después de una histerectomía total

simple en comparación con la subtotal. Lo único que está claro e indiscutible es que la técnica es más fácil y con menor morbilidad sobre todo en cérvix largos.^{3, 5, 10, 11.} Además no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las dos en complicaciones quirúrgicas y resultados clínicos durante dos años de vigilancia, y puede presentarse hemorragia crónica después de la histerectomía supracervical hasta un 10 a 20%, supuestamente por retención de endometrio.¹⁰

Los críticos de la histerectomía supracervical también han observado persistencia del riesgo de cáncer en el muñón de cuello uterino, sin embargo, el riesgo de éste en esas mujeres es comparable con el de aquellas sin histerectomía y el pronóstico del cáncer del muñón del cuello uterino es similar al de aquellas con útero completo.⁵

Ooforectomía bilateral concomitante

Se usa el término ooforectomía profiláctica para referirse a la extirpación de los ovarios clínicamente normales en el momento de la histerectomía. No hay duda de que la ooforectomía bilateral reduce el riesgo de cáncer de ovario y la necesidad de una operación futura por problemas benignos ulteriores. Pero los ovarios siguen produciendo bajos niveles de andrógenos aún después de la menopausia.⁵

Claramente hay algunos beneficios significativos en la ooforectomía realizada durante cualquier cirugía pélvica en mujeres con mutaciones conocidas en los genes BRCA1, BRCA2, antecedentes familiares del cáncer de ovario o de mama o mujeres con ascendencia judía de Europa oriental.⁵

Parece razonable analizar la posibilidad de efectuar una ooforectomía antes de programar la histerectomía por una enfermedad benigna en mujeres mayores de 45 años. Sin embargo se debe aclarar que la ooforectomía tiene algunas desventajas definidas especialmente si la

paciente no desea o no puede recibir tratamiento de reemplazo hormonal. Cada paciente tiene sus propias ideas y experiencias y el cirujano debe de tratar de asesorar a esa paciente para que se sienta satisfecha con la decisión que tome al respecto de la ooforectomía.⁵

La histerectomía parece alterar la función ovárica a largo plazo, incluso si se conservan los ovarios. Este efecto no se conoce bien, pero estudios comparativos han encontrado que las mujeres que se someten a histerectomía desarrollan síntomas de la menopausia antes que los controles no expuestos a esta cirugía, posiblemente debido a la alteración de la irrigación del ovario.^{24, 25} En un estudio, las mujeres que se sometieron a una histerectomía, los que tenían un ovario eliminado llegaron a la menopausia 4,4 años antes que aquellos que tenían ambos ovarios conservados.²⁴

Complicaciones

Las complicaciones más comunes de la histerectomía se pueden categorizar como infecciosas, tromboembólicas venosas, lesiones del tracto genitourinario (GU) y gastrointestinal (GI), hemorragia, lesiones neurológicas, y dehiscencia del manguito vaginal.¹⁸

Las complicaciones infecciosas después de la histerectomía son las más comunes, con un rango de 10.5% en la histerectomía abdominal a 13.0% en la histerectomía vaginal, y 9.0% en la laparoscópica. Las tromboembolias venosas son menos comunes y van desde una tasa de diagnóstico clínico de 1% a eventos detectados por métodos de laboratorio más sensibles de hasta 12%. Se estima que las lesiones del tracto GU se producen en 1 a 2% de todas las cirugías ginecológicas mayores y que un 75% de estas lesiones se presentan durante la histerectomía. Las lesiones del tracto GI después de histerectomía son menos comunes, con un rango de 0.1-1%. Las complicaciones hemorrágicas después de histerectomía también son poco frecuentes, con un rango promedio estimado de pérdida de sangre de 238-660.5 ml en la

histerectomía abdominal, 156-568 ml en la histerectomía por vía laparoscópica, y 215 a 287 ml en la histerectomía vaginal, siendo la transfusión de sangre sólo más probable después de la histerectomía laparoscópica en comparación con la histerectomía vaginal. La neuropatía después de la histerectomía es un evento poco frecuente, pero significativo, con una tasa de 0.2-2% después de una cirugía pélvica mayor. La dehiscencia del manguito vaginal se estima en una tasa de 0.39%, y es más común después de histerectomía laparoscópica total (1.35%) en comparación con histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (0.28%), histerectomía abdominal total (0.15%), e histerectomía vaginal total (0.08%).¹⁸

OBJETIVOS

General

- Identificar el porcentaje de correlación que existe entre las indicaciones prequirúrgicas de las histerectomías ginecológicas con el resultados histopatológico, de las pacientes del HIMES, menores de 40 años, operadas en el periodo de enero del 2012 a diciembre del 2014.

Específicos

- Enunciar el tipo de abordaje quirúrgico más utilizado.
- Calcular el porcentaje de histerectomía total y subtotal realizadas.
- Mostrar los días de estancia intrahospitalaria promedio y la cantidad de sangrado presentado.
- Identificar las principales complicaciones quirúrgicas presentadas.
- Especificar las indicaciones para histerectomía más frecuentes.
- Establecer los diagnósticos histopatológicos reportados y su frecuencia.

HIPÓTESIS

- La relación entre la indicación prequirúrgica de histerectomía y el diagnóstico histopatológico en pacientes menores de 40 años, durante el periodo de enero 2012 – diciembre 2014, es de un 100%.

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país no existen estadísticas que nos permitan conocer la cantidad de población que se ve sometida a una histerectomía por indicaciones del tipo ginecológico, que nos permitan comparar con nuestra realidad en HIMES.

En vista del impacto que presenta la extirpación del órgano reproductor femenino, y el riesgo de complicaciones que se presentan, se ha decidido verificar, si existe una adecuada correlación de las indicaciones preoperatorias con los diagnósticos obtenidos por el servicio de patología, esto con el fin de conocer el trabajo que se realiza en nuestra institución. Enfocándonos en la paciente joven, que en ocasiones pudiera ser sometida a un procedimiento innecesario, sometiéndose a un riesgo del sangrado, lesión vesical, infección grave, ooforectomías bilaterales y hasta la muerte.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio:

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, de corte transversal, de revisión de expedientes de pacientes postoperadas de histerectomía en todos sus abordajes (abdominal, vaginal, laparoscópica, radical), durante el periodo del 01 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2014, que al momento de la cirugía presentaran una edad menor a 40 años.

Criterios de inclusión:

- Paciente postoperada de histerectomía en HIMES durante el periodo del 01 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2014.
- Paciente menor de 40 años al momento de la cirugía

Criterios de exclusión:

- Expediente clínico incompleto o no encontrado.
- Indicación obstétrica de la histerectomía.

Variables dependientes:

- Histerectomía

Variables independientes:

- Indicaciones para histerectomía
- Diagnóstico histopatológico

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, de corte transversal, realizado en el Hospital Integral de la del Estado de Sonora, perteneciente al Hospital Infantil del Estado de Sonora, ubicado en Reforma No. 355 Norte, Colonia Ley 57, en la ciudad de Hermosillo, Sonora, perteneciente al en el periodo comprendido del primero de enero del 2012 y el treinta y uno de diciembre del 2014.

El universo de estudio comprende a todas las mujeres atendidas en el lugar y tiempo antes descritos, a las cuales se les realizó histerectomía en todas sus modalidades, (abdominal, vaginal, laparoscópica, radical) y que presentaban una edad menor a 40 años al momento de la cirugía, excluyéndose las pacientes cuya indicación de histerectomía fue del tipo obstétrica o que presentaran un expediente clínico incompleto o no encontrado al momento de la recolección de datos.

Se solicitó al departamento de estadística los expedientes de las pacientes que contaban con los criterios de inclusión mencionados, obteniendo una lista de 153 expedientes. Se realizó el cálculo de la muestra probabilística, con un intervalo de confianza del 95%, y un error del 5%, teniendo como un total de población a 153 pacientes, resultando un tamaño de muestra de 109.4 pacientes. Al final se decidió solicitar el total de expedientes al servicio de archivo, esto con la aprobación de la dirección de enseñanza del Hospital Infantil del Estado de Sonora. Se encontraron 132 expedientes, a partir de los cuales se obtuvo la información para llenar la cédula de recolección de datos, siendo descartados un total de 58 expedientes más, por estar incompletos, pertenecer a pacientes con histerectomía de indicación obstétrica y por no

incluirse en el grupo de edad, ni contar con el diagnóstico requerido para su estudio, quedando 74 expedientes para revisión.

Se revisaron además los libros de reportes histopatológicos del 2012, 2013 y 2014, para completar la recolección de datos a analizar.

Posteriormente se elaboró una base de datos a computadora en el programa de Microsoft Office Excel, donde se vaciaron la información previamente codificada, efectuándose posteriormente un análisis estadístico en este programa, mediante la obtención de medias, frecuencias, porcentajes y la elaboración de gráficas y tablas para su exposición en el apartado de resultados.

Consideraciones éticas.

El presente proyecto estuvo apegado a los principios emanados de la XVIII Asamblea Médica de Helsinki, Finlandia en 1964, y de las modificaciones hechas por la propia Asamblea en Tokio, Japón en 1975 en donde se contempla la investigación médica. Así como la Ley General de Salud en materia de investigación científica, por ser un estudio retrospectivo, observacional, se consideró una investigación sin riesgo, por lo cual no requirió de carta de consentimiento bajo información de acuerdo a los artículos 17 a 23 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

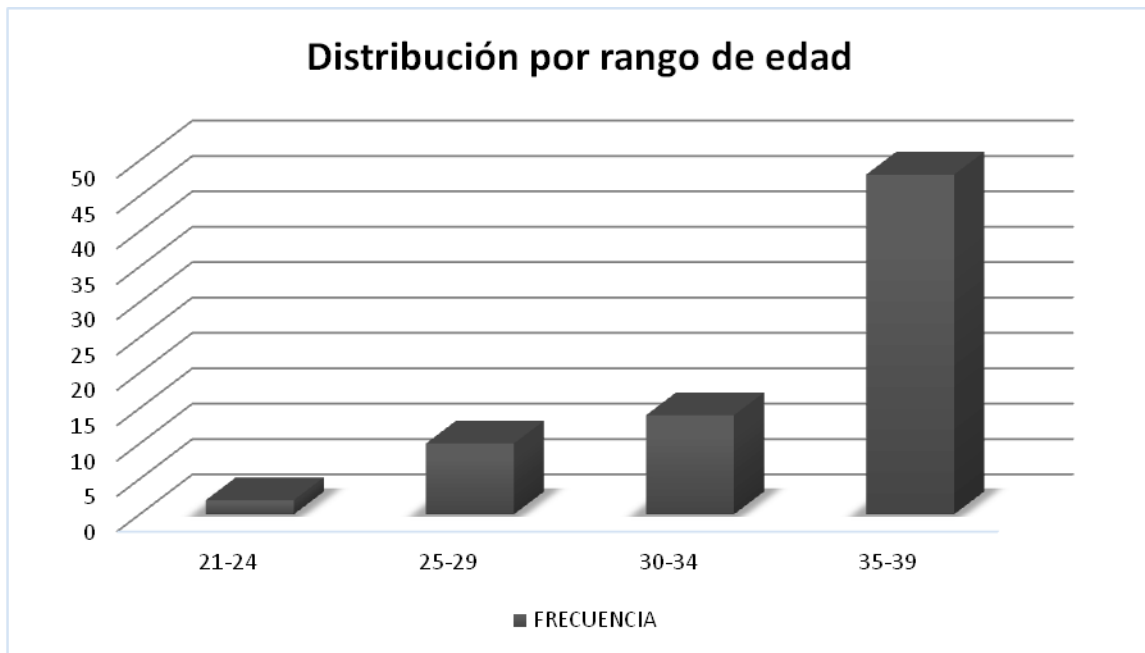
RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de este estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, de corte transversal, en donde se realizó la revisión de expedientes y libros de reportes histopatológicos de 132 pacientes, excluyéndose 58 por no contar con los criterios de inclusión descritos previamente. El total de pacientes incluidos en la estadística de esta tesis comprende a 74 mujeres menores de 40 años de edad, a las cuales se les realizó una histerectomía en el Hospital Integral de la Mujer, del primero de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2014.

La distribución de la edad de las pacientes estudiadas se muestran en la tabla y la gráfica número 1. Siendo la media de 34.67 con una desviación estándar de ± 4.42 años, con una mediana de 36 años, y una moda de 39 años; con una edad mínima de 21 años una máxima de 39 años.

Rango de edad	n	Porcentaje
21-24	2	2.70
25-29	10	13.51
30-34	14	18.92
35-39	48	64.86
Total	74	100.00
Media	34.67	
Desviación estándar	4.42	

Tabla 1. Distribución de frecuencia por rango de edad.



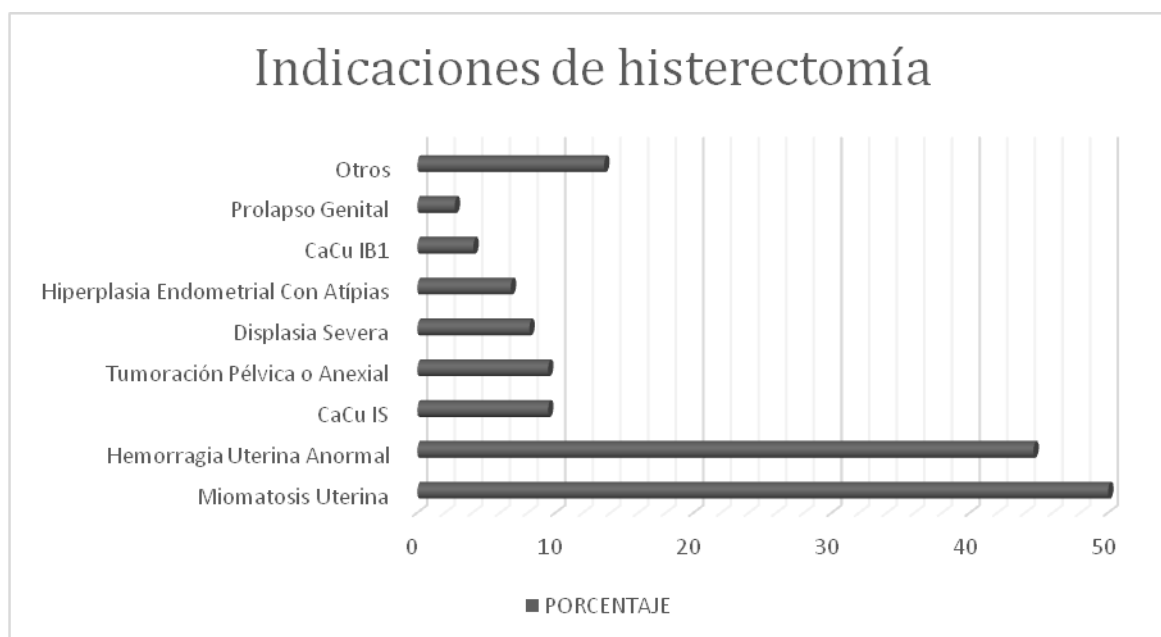
Gráfica 1. Distribución de pacientes por rango de edad.

La paridad encontrada en las pacientes fue en promedio de 2.9 embarazos por pacientes, con un rango entre cero y seis gestaciones. Siendo 7 pacientes nuligestas, lo que representó un 9.4%.

Las indicaciones para la realización de histerectomía se presentan en la tabla y la gráfica número 2, las más frecuentes fueron la miomatosis uterina (50%), la hemorragia uterina anormal (44%), el cáncer cervicouterino in situ (CaCu IS) (9.4%), la tumoración pélvica o anexial (9.4%), la displasia severa (8.1%), la hiperplasia endometrial con atípicas (6.7%), el cáncer cervicouterino en estadio IB1 (CaCu IB1) (4.0%), y el prolapso de órganos pélvicos (2.7%). En menor proporción (1.35% cada uno) se encuentran como indicaciones la adenomiosis uterina, el absceso pélvico, la endometriosis, la hiperplasia endometrial sin atípicas, la displasia leve, el cáncer de cérvix invasor, así como en estadio IIB, el cáncer de ovario, el cáncer de endometrio, y la poliposis endometrial.

INDICACIÓN PREQUIRÚRGICA	TOTAL	PORCENTAJE
Miomatosis Uterina	37	50
Hemorragia Uterina Anormal	33	45
CaCu IS	7	9
Tumoración Pélvica o Anexial	7	9
Displasia Severa	6	8
Hiperplasia Endometrial Con Atípías	5	7
CaCu IB1	3	4
Prolapso Genital	2	3
Otros	10	14
Porcentaje acumulado		100

Tabla 2. Frecuencia de indicaciones de histerectomía. Fuente: Base de datos.



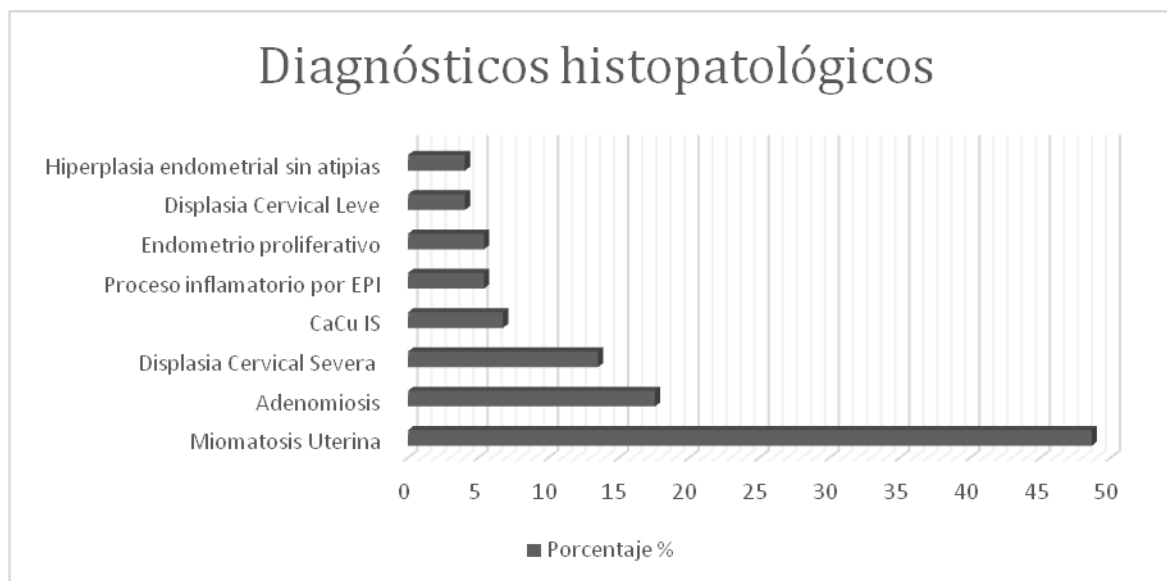
Gráfica 2. Porcentajes de indicación de histerectomía. Fuente: Base de datos.

Los diagnósticos histopatológicos principales se exponen en la tabla y gráfica número 3. Incluyen en primer lugar la miomatosis uterina con un 48.6%, la adenomiosis en un 17.5%, la displasia cervical severa con un 13.5%, el CaCu In Situ 6.7%, los procesos inflamatorios pélvicos en 5.4%, al igual que el endometrio proliferativo con 5.4%, la displasia cervical leve

y la hiperplasia endometrial sin atipias con 4.0%. En menor porcentaje se presentaron la poliposis endometrial (2.7%), el adenocarcinoma de ovario (2.7%), el cáncer cervicouterino invasor (2.7%), el cáncer de endometrio (1.3%), el sarcoma (1.3%) y la hiperplasia endometrial con atípias (1.3%).

Diagnóstico Histopatológico	n	Porcentaje %
Miomatosis Uterina	36	49
Adenomiosis	13	18
Displasia Cervical Severa	10	14
CaCu IS	5	7
Proceso inflamatorio por EPI	4	5
Endometrio proliferativo	4	5
Displasia Cervical Leve	3	4
Hiperplasia endometrial sin atipias	3	4
Otros	11	15

Tabla 3. Frecuencia de diagnósticos histopatológicos.



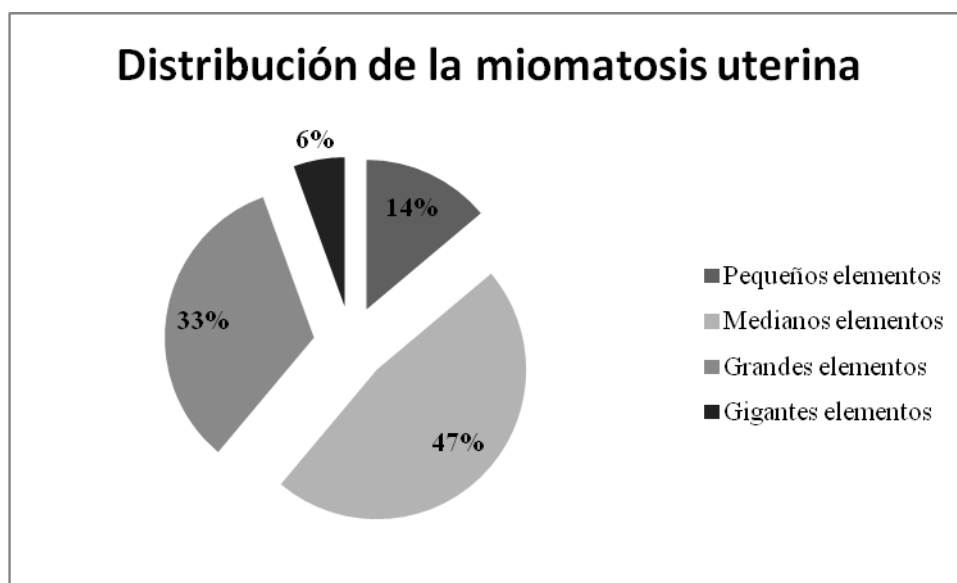
Gráfica 3. Diagnósticos histopatológicos. Fuente: Base de datos.

La miomatosis uterina fue el diagnóstico más frecuente en general, presentándose como indicación en el 50% de las pacientes, y en un 48.6% como diagnóstico histopatológico. De los 36 casos de miomatosis uterina, se encontraron miomas desde 0.5 cm hasta 33 cm, con un

promedio de 7.33 cm. La miomatosis de pequeños elementos se reportó en 5 pacientes, con un porcentaje de 14%, la de medianos elementos se presentó 17 veces siendo la presentación de mayor porcentaje con un 47%, los grandes elementos se obtuvieron 12 veces, con un porcentaje de 33%, y la miomatosis gigante se presentó en 2 ocasiones, representando un 6%, todo esto se muestra en la tabla y gráfica número 4.

Tipo de Miomatosis	n	Porcentaje
Pequeños elementos	5	13.89
Medianos elementos	17	47.22
Grandes elementos	12	33.33
Gigantes elementos	2	5.56
Total	36	100

Tabla 4. Frecuencia de miomatosis por tamaño.



Gráfica 4. Porcentajes de los tipos de miomatosis uterinas encontradas en los diagnósticos histopatológicos.

Fuente: Base de datos.

El tipo de abordaje utilizado en las pacientes fue en un 100% del tipo abdominal, incluyendo los 2 casos de prolapso genital, en los cuales se realizó además de la histerectomía una colpo

suspensión tipo Burch. Se encontró un 2.7% de hysterectomías subtotales, y un 97.2% de técnicas totales durante los 3 años del estudio.

El promedio en la cantidad de sangrado por cirugía fue de 501.62 cc, siendo el mayor sangrado de 7000 cc en un caso de tumoración pélvica con diagnóstico histopatológico de sarcoma, y la de menor con solo 50 cc.

La estancia intrahospitalaria en promedio fue de 4.3 días, y las complicaciones más graves que se presentaron se exponen en la Tabla 5.

Complicación	Total	Porcentaje %
Salpingooforectomía unilateral	10	13.51
Salpingooforectomía bilateral	4	5.41
Infección de herida quirúrgica	3	4.05
Lesión vesical	2	2.70
Dehiscencia	1	1.35
Lesión vascular	1	1.35
Muerte	1	1.35

Tabla 5. Principales complicaciones de las hysterectomías estudiadas. Fuente: Base de datos.

La complicación más frecuente fue la salpingooforectomía unilateral con un 13.5%, aunque la de ambos ovarios fue realizada en 12 ocasiones, en 8 de las mismas fue por la presencia de algún tipo de cáncer ginecológico conjuntamente a una hysterectomías del tipo radical, por lo que esa cantidad no se incluyó como complicación de la cirugía.

En las ocasiones restantes, las ooforectomías se realizaron por la presencia de abscesos pélvicos, quistes de ovario, y presencia de sangrado de difícil control. También se presentaron

las infecciones de herida quirúrgica en un 4%, las lesiones vesicales en un 2.7%, dehiscencia de herida en 1.3%, y la muerte en 1.3% que corresponde a una paciente que falleció por choque hipovolémico durante la cirugía por un caso de tumoración pélvica gigante con diagnóstico histopatológico de sarcoma.

Para finalizar, se revisó si existía relación entre las indicaciones y los diagnósticos encontrados por el servicio de patología, encontrándose que en el 80% de los casos (59 de 74), los resultados histopatológicos correspondían con los diagnósticos prequirúrgicos, no siendo así en el 20% (15 de 74). Se decidió retirar del análisis de relación a la hemorragia uterina anormal, debido a que es un trastorno que no se puede valorar histológicamente.

Sin embargo en 9 de los 15 casos no correspondientes en los diagnósticos histopatológicos, presentan indicaciones prequirúrgicas adecuadas para histerectomía, tales como el cáncer cervicouterino desde su etapa de in situ hasta estadio IIB, además de casos de hiperplasia endometrial con atípicas.

DISCUSIÓN

El número de histerectomías realizadas anualmente en Estados Unidos va en decremento, con un pico máximo de 681.234 en 2002; que luego disminuyó consistentemente cada año y alcanzó 433.621 casos en 2010.¹ En nuestro hospital durante los últimos 3 años, se han realizado según reportes de estadística 141 procedimientos en 2012, 206 en 2013 y 167 en 2014.

Respecto a las indicaciones de histerectomía, Wrigth y cols.¹ reportaron durante el periodo de 2002 al 2010 a la miomatosis uterina en primer lugar, seguida del sangrado uterino anormal, la endometriosis, las tumoraciones benignas de ovario, el prolapso de órganos pélvicos, y por último los diferentes tipos de cáncer ginecológico. Broder y cols.²⁶ a su vez reportaron como indicaciones más comunes sin considerar las de patología oncológica al leiomioma con un 60%, la relajación pélvica en 11%, la endometriosis en 9% y la hemorragia uterina anormal con 8%. En HIMES durante el periodo de 2012-2014, las indicaciones más frecuentes fueron la miomatosis uterina con un 50%, la hemorragia uterina anormal con 44%, el cáncer cervicouterino in situ con 9.4%, la tumoración pélvica o anexial en 9.4%, la displasia severa en 8.1%, la hiperplasia endometrial con atípias en 6.7%, el cáncer cervicouterino en estadio IB1 con 4.0%, y el prolapso de órganos pélvicos con 2.7%; recordemos que el tipo de paciente de este estudio, en cuanto a rango de edad, nos cambia la proporción de diagnósticos encontrados, principalmente con el prolapso de órganos pélvicos que es más frecuente en pacientes en pacientes mayores, sin embargo se mantienen igual que la bibliografía general, con la miomatosis uterina como principal indicación.

La correlación anatomopatológica y las indicaciones, la reporta Urrea y cols., en el caso de la miomatosis uterina una concordancia del 63% entre el diagnóstico clínico y el resultado histopatológico.²⁷ Barrero y colaboradores encontraron en un estudio de 90 pacientes, una correlación del 63%, entre la biopsia pre y post histerectomía en casos de hiperplasia endometrial.²⁸

Un estudio que incluyó 56 pacientes con histerectomía abdominal ginecológica, de las cuales se consideró a 51 pacientes en las que se pudo hacer la correlación entre el diagnóstico de miomatosis uterina por medio ecográfico y el histopatológico, reportándose que fue de 68%.²⁸

En nuestro estudio se encontró que hay mayor correlación entre las indicaciones, y el resultado histopatológico que lo que reporta la literatura. Obteniendo en el 80% de los 59 casos de 74, una correspondencia prequirúrgica con el diagnóstico de patología, sin corresponder al mismo en el 20%, siendo 15 de 74 casos.

CONCLUSIONES

En el presente estudio trabajo se pudo observar que la edad promedio de las pacientes fue de 34.67 con una desviación estándar de ± 4.42 años, el tipo de abordaje quirúrgico más utilizado fue el abdominal en un 100% de los casos revisados, siendo un 2.7% de histerectomías subtotales, y un 97.2% de técnicas totales durante los 3 años del estudio. La miomatosis uterina fue el diagnóstico más frecuente, se presentó como indicación en el 50% de las pacientes, y en un 48.6% como diagnóstico histopatológico. La complicación más frecuente fue la salpingooforectomía unilateral que apareció en un 13.5% de las pacientes. El promedio en la cantidad de sangrado por cirugía fue de 501.62 cc, y la estancia intrahospitalaria de 4.3 días.

Finalmente se observó un porcentaje de correlación entre la indicación prequirúrgica con el diagnóstico histopatológico de 80%, correspondiéndose entre sí 59 de los 74 casos de histerectomías ginecológicas realizadas en mujeres menores de 40 años, en el Hospital de la Mujer del Estado de Sonora, durante un periodo de tres años que comprendieron del 2012 al 2014.

ANEXOS

Anexo 1: Hoja de recolección de datos:

HOSPITAL INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA		
CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
FICHA NO. :	EXPEDIENTE:	APELLIDOS:
EDAD: _____	GESTA: _____	PARA: _____
CESAREA: _____	ABORTO: _____	ECTOPICOS: _____
DX PREQUIRURGICO: _____		
DX POSTQUIRURGICO: _____		
DX HISTOPATOLOGICO: _____		
COMPLICACIONES: _____		
CANTIDAD DE SANGRADO: _____		
DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA: _____		

BIBLIOGRAFÍA

1. Wright J, Herzog TJ, Tsui J, et al. Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States. *Obstet Gynecol* 2013; 122:233.
2. Vargas MJ, López SA, Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 2010; (4), 1. pp 5-10.
3. Rock JA, Jones III HW, Te Linde *Ginecología Quirúrgica*. 10a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2010. pp 340:363.
4. Falcone T, Parker WH, Surgical management of leiomyomas for fertility or uterine preservation. *Obstet Gynecol* 2013; 121:856.
5. Schorge JO, et al. *Williams Gynecology*. 1st edition. 2008. Mc Graw Hill Companies, Inc. pp 584-627.
6. Falcone T, Paraiso MF, Mascha E; Prospective, randomized clinical trial of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:955.
7. Harris WJ, Daniel JF. Early complications of laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 51:559.
8. Harkki-Siren P, Kurki T. A nationwide analysis of laparoscopic complications. *Obstet Gynaecol Scand* 2001; 80:383.
9. Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, et al. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2005; (56): 209:215.

10. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BJ, et al. Lower urinary tract symptoms after total and subtotal hysterectomy: Results of a randomized, controlled trial. *Internal Urogynecol J* 2005; 16:257.
11. Kupperman M, Summit RL, Varner RE, et al. Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: A randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005; 105:1309.
12. Ramos GR et al. Indicaciones de histerectomía obstétrica. *Arch Inv Mat Inf* 2010 ; II (1):11-14.
13. Uccella S, Ghezzi F, Mariani A, et al. Vaginal cuff closure after minimally invasive hysterectomy: our experience and systematic review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:119.
14. Reza M, Maeso S, Blasco JA, et al. Meta-analysis of observational studies on the safety and effectiveness of robotic gynaecological surgery. *Br J Surg* 2010 ; 97:1772.
15. Paraiso MF, Ridgeway B, Park AJ, et al. A randomized trial comparing conventional and robotically assisted total laparoscopic hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208:368.e1.
16. Sarlos D, Kots L, Stevanovic N, et al. Robotic compared with conventional laparoscopic hysterectomy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012; 120:604.
17. Smith J. Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. AAGL position statement: Robotic-assisted laparoscopic surgery in benign gynecology. *J Minim Invasive Gynecol* 2013; 20:28.
18. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complicaciones de la histerectomía. *Obstet Gynecol* 2013; (73) 121:654.

19. Argüello AR, Hoyos UE, Argüello AR. Histerectomía total por laparoscopia: la nueva opción. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2001; (52) 20:28.
20. Sola DV et al. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71(5): 364-372.
21. Cerda CP, Pino CP, Urrutia SM. Calidad de vida en pacientes histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71 (3): 216-221.
22. Berek J. S. *Ginecología de Novak*. 14ª edición Barcelona (España). Lippincott Williams & Wilkins. 2012; pp 386-402.
23. Bajo A. et al. *Fundamentos de Ginecología*. 1ª edición. España. Panamericana 2009. Páginas 276-284.
24. Farquhar CM, Sadler L, Harvey SA, et al. The association of hysterectomy and menopause: a prospective cohort study. *BJOG* 2005; 112:956.
25. Moorman PG, Myers ER, Schildkraut JM, et al. Effect of hysterectomy with ovarian preservation on ovarian function. *Obstet Gynecol* 2011; 118:1271.
26. Broder MS, Kanouse D, Mittman BS, et al. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000; 95:199.
27. Urrea RM, Contreras AC, Favela HC, et al. Análisis de la certeza clínica en el diagnóstico de miomatosis uterina. *Archivos de Salud de Sinaloa*. 2013; (6) 422:438.
28. Barrero PR, et al. Correlación anatomopatológica de las hiperplasias endometriales antes y después de la histerectomía. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; 73 (2) 88:96.

CUADRO DE REFERENCIA

1. Datos del alumno	
Autor	Dra. Guadalupe Margarita Gastélum Osorio
Teléfono	662 1566763
Universidad	Universidad de Sonora
Número de Cuenta	512221782
2. Datos del Director	Dr. Francisco Javier Vega Ruíz Profesor Adjunto del Curso Universitario de Ginecología y Obstetricia
3. Datos de la Tesis	
Título	CORRELACIÓN ENTRE LA INDICACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES POSTOPERADAS DE HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA MENORES DE 40 AÑOS EN HIMES. 2012-2014
Número de páginas	41