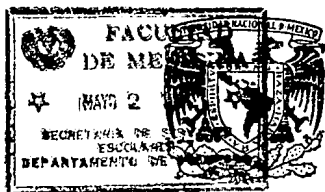


# Universidad Nacional Autónoma de México

11217  
73  
2e)

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado



Hospital "Luis Castelazo Ayala" IMSS

La Miomectomia Vaginal como una Alternativa Terapeutica

## TESIS

Que, para obtener el título de :



HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"  
I.M.S.S.

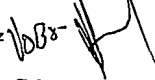
**ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA :



**Dra. Yolanda Teresita García Sandoval**

Asesor: Dr. Sebastian Iris de la Cruz



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

México, D.F.

1994



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 está 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.

#### A MI HIJA RUTH

Otra etapa en mi vida profesional ha concluido. Gracias por la paciencia que tuviste en todo este tiempo. Gracias por tu aliento, porque a pesar de ser una niña, tienes la madurez para comprender que mi esfuerzo se verá reflejado en ti. Con esto que me ayudaste a lograr, podré defenderte toda la vida.

#### A MIS PADRES

Arturo y Yolanda, porque a pesar de que el tiempo transcurre ustedes siempre me han apoyado lo suficiente para el logro de todas mis metas, reconociendo que en todo momento los he sentido tan cerca en mi camino, motivandome a cada instante. Se que sin ustedes no lo hubiera logrado. Gracias infinitamente por este legado invaluable.

#### A MI ESPOSO

Gracias a ti Javier, por acompañarme durante todo este tiempo difícil, por amarme y motivarme cuando más me hacía falta. Gracias por estar siempre junto a mí y haberme hecho ameno estos años de estudio y sacrificio. Gracias doy a la vida por haberte puesto en mi camino y así juntos seguir por siempre.

#### A MIS HERMANAS

Mónica, Ivette, Hilda y Marta, por creer siempre en mí y porque la competitividad sana que existe entre nosotros nos ha motivado a ser cada día mejores.

## I N D I C E

INTRODUCCION .....	1
ANTECEDENTES .....	2
JUSTIFICACIONES .....	9
MATERIAL Y METODOS .....	10
RESULTADOS .....	12
GRAFICAS	
CONCLUSIONES .....	15
BIBLIOGRAFIA .....	16

## I N T R O D U C C I O N

El útero es uno de los organos en donde se presenta mucha diversidad de patología. Uno de los padecimientos más frecuentes es la presencia de los miomas en dicho organo, ocupando estos tumores los más frecuentes del género humano y dentro de la esfera genital femenina ocupa un lugar preponderante, debido a los problemas inherentes a sus complicaciones y conductas terapéuticas. De igual forma se ha identificado por ser la causa que con más frecuencia, una paciente es llevada a una sala de cirugía, siendo en las más de las veces con un alto riesgo. Esto sin tomar en cuenta la amplia gama de alteraciones psicoemocionales que ocasiona, en muchas veces, la extirpación del utero, lo cual constituye el tratamiento en la mayoría de los casos.

El brindar a la paciente una alternativa terapéutica dentro de esta patología, en la que se pueda permitir la conservación del utero y al mismo tiempo resolviendole su problema, viene siendo un reto para el ginecologo. Sin embargo, es de más sabido, que toda conducta terapéutica debe individualizarse y valorarse integralmente para llevar al mínimo, las posibles complicaciones y riesgos.

La finalidad de este estudio es dar a conocer la experiencia de la miomectomia vaginal, en cierto grupo de pacientes, que debido a sus características clinicas fueron sometidas a dicho procedimiento con la única finalidad de resolver su problema: devolverle la salud.

## A N T E C E D E N T E S

El utero, que normalmente se encuentra situado en la cavidad pelvica entre el recto y la vejiga, es un órgano que sufre varios cambios en tamaño y consistencia, de acuerdo al momento hormonal del ciclo, edad de la paciente y la presencia o no de gestación. En la mujer adulta mide generalmente en sentido longitudinal 6 a 8 cm. y en sentido transversal de 3 a 4 cm.; su peso aproximado es de 60 a 70 grs. e histológicamente está compuesto por tres capas que son:

1. Serosa o recubrimiento peritoneal visceral.
2. Muscular o miometrio, formado por haces de musculo liso.
3. Mucosa o endometrio.

Anatómicamente está compuesto de tres partes:

1. Cuello o cervix.
2. Itsmo.
3. Cuerpo ( cuerpo propiamente dicho y fondo).

El sistema de sosten uterino esta dado principalmente por 6 ligamentos ( 3 de cada lado ):

1. Ligamento cardinal o transverso de Mackenrodt.
2. Ligamento uterosacro.
3. Ligamento redondo.

Está irrigado por la arteria uterina, rama de la hipogástrica y por las arterias cervicales, además de las espirales y arcuatas. ( 2, 11 ).

El leiomioma o mioma es un tumor benigno constituido principalmente por celulas musculares lisas, pero contiene en cantidades variables, tejido conectivo fibroso, es un tumor bien circunscrito, pero no encapsulado. (7).

A pesar de los grandes esfuerzos y observaciones que se han hecho para delucidar la causa del desarrollo del mioma uterino, la etiopatogenia es enigmatica y no se ha llegado a un acuerdo común, sin embargo se tienen identificados, ciertos factores que influyen en el crecimiento del mioma como lo son:

- Estrogenos.
- Hormona de crecimiento.
- Progesterona. (2).

Los leiomiomas son los tumores benignos más comunes del útero y de la pelvis femenina. A pesar de que no se conoce la incidencia exacta, se han demostrado hasta en un 50% de todas las necropsias. Para México la incidencia calculada es del 4 al 11% de todas las mujeres, del 0.3 al 7.2% para las embarazadas y aumetando hasta el 30% para un grupo de mujeres seleccionadas con patología ginecológica. Es considerado además como una causa muy frecuente de internaciones hospitalarias en los servicios de ginecología. Se presentan más frecuentemente durante la vida reproductiva de la mujer con cierta tendencia a disminuir durante la menopausia. Debido a esto, como ya se comentó en la etiopatogenia, se ha demostrado que el crecimiento de los miomas depende de la producción de estrogenos, así se ha observado que los miomas tienden a agrandarse mucho durante la gestación. Aunque no siempre estimulan el crecimiento de los leiomiomas, los anticonceptivos orales que tienen estrogenos, deben de prescribirse con cautela en este tipo de pacientes. (2, 7, 10).



Los leiomiomas pueden ser solitarios, pero en la gran mayoría son múltiples. Por su localización o altura del tracto genital en donde se presentan estos pueden ser:

- Corporales ( más frecuentes. 90-92%).
- Itsmicos o cervicales.
- Intraligamentarios (menos frecuentes).

Debido a su origen que es el miometrio, todos son intramurales al principio, pero a medida que se agrandan, suelen seguir siendo intramurales o propagarse hacia afuera y convertirse en subserosos o hacia adentro y convertirse en submucosos, ambos pueden pedicularse y en especial, el submucoso, dilatar poco a poco el orificio cervical interno y asomarse hacia el exterior. (2, 9, 10).

Al paso del tiempo los leiomiomas, desde el punto de vista macro como microscópico, pueden sufrir alteraciones muy marcadas por procesos degenerativos de los cuales podemos enumerar los siguientes:

1. Degeneración hialina.
2. Degeneración quística.
3. Degeneración roja.
4. Degeneración grasa.
5. Degeneración sarcomatosa. (rara).
6. Calcificación.
7. Infección.
8. Edema.
9. Telangiectasia.
10. Atrofia.

La mayoría de los leiomiomas son asintomáticos, principalmente los más pequeños, por lo tanto solo requieren observación y realización de exámenes pelvianos cada 12 meses, así también es importante identificar la etapa de la vida de la mujer en que se han detectado, ya que como sabemos, al acercarse a la menopausia los leiomiomas tienen cierta tendencia a disminuir de tamaño y por consiguiente a volverse asintomáticos. En las mujeres jóvenes el motivo más común de agrandamiento rápido es el embarazo. No existe un tamaño uniforme de un útero miomatoso asintomático que se pueda tomar en cuenta para indicación de una histectomía, más bien la única indicación importante para una operación en una paciente con miomatosis asintomática, es el sitio de la localización de los tumores, como por ejemplo, un gran mioma puede afectar el reconocimiento precoz de algún tumor de ovario o puede en algún momento producir alteraciones importantes en la anatomía pélvica. (10).

Menos del 50% de las pacientes con leiomiomas uterinos presentan síntomas, estos pueden ser únicos o múltiples y dependen en gran parte de la localización, tamaño y cantidad de los tumores. La sintomatología de la leiomiomatosis uterina es vaga y poco específica pudiendo considerarse sugestiva de los miomas, los siguientes:

- Presión y pesantez pélvica (en especial a la vejiga)
- Polaquiuria (por presión a la vejiga).
- Trastornos menstruales (hiperpolimenorrea, pudiendo ser tan severo, que lleva a la paciente a una anemia severa.
- Dismenorrea.
- Dolor pélvico crónico.
- Crecimiento abdominal (distorción por grandes masas)
- Infertilidad y/o esterilidad.
- Ascitis, inversión uterina, obstrucciones ureterales (menos frecuentes).

Es importante mencionar que los miomas son causa frecuente de problemas de infertilidad y/o esterilidad, ya que de algún modo pueden producir interferencia en el transporte de los espermatozoides por distorsión y superficie aumentada dentro de la cavidad uterina, presencia de leiomiomas en el canal cervical, o en la porción intersticial de la trompa o interferencia en las contracciones uterinas inducidas por las prostaglandinas, las cuales, según se piensa, favorecen la migración de los espermatozoides. Puede, además, encontrarse alteraciones endometriales vasculares o por distorsión de la cavidad lo que daría origen a la infertilidad. Es importante mencionar que la paciente con miomatosis uterina no es candidata de primera instancia a una cirugía pélvica, sin antes demostrar que es la presencia de estos tumores la única responsable de trastornos de infertilidad y/o esterilidad. (4, 10).

Para elaborar el diagnóstico de miomatosis uterina se hace indispensable efectuar una historia clínica completa, la cual con los datos del interrogatorio, exploración física, análisis de laboratorio y de estudios paraclínicos como la histerometría, biopsia de endometrio, histerografía, Rx de abdomen y USG, nos pueden dar la orientación hacia la patología que nos ocupa, sin embargo muchas veces a pesar de contar con todo el estudio integral de la paciente es difícil afirmar que se trate de miomatosis uterina. (2, 10, 11).

La cirugía es el tratamiento definitivo de los leiomiomas uterinos cuando ocasionan sintomatología importante, debe de adecuarse a las necesidades y características de cada paciente en particular y puede comprender:

- Miomectomía (vaginal o abdominal).
- Histerectomía total abdominal.
- Histerectomía vaginal. (1, 5, 10).

Las primeras operaciones para eliminar los miomas uterinos fueron miomectomias. En Estados Unidos a principios de siglo se les asignaba el mérito de destacar la importancia de la conservación de la función de procreación y menstrual en las mujeres jóvenes, entendiéndose que éste tipo de cirugía está indicada cuando la preservación del utero reviste una importancia extrema para la paciente. (1, 8).

El ideal de la cirugía es corregir la patología con el menor daño funcional por lo que se indicaría en los siguientes casos en concreto:

1. Pacientes que desean conservar la posibilidad de embarazo.
2. Pacientes con problemas de esterilidad o infertilidad, en las que sin existir otra causa que lo explique, y en las que pueda suponerse que la miomatosis sea un factor contribuyente o determinante del problema.
3. En paciente joven en la cual se demuestra la miomatosis en forma accidental, durante un acto quirúrgico por otro motivo, siempre y cuando la extensión de la miomectomía no pueda por si sola limitar las posibilidades de reproducción.
4. En caso de miomatosis y embarazo cuando se encuentra signología dependiente de una degeneración.
5. En caso de miomatosis asintomática en paciente joven que aunque no representa una necesidad de primer orden, la conservación de la función reproductiva, la integridad anatómica si representa para la estabilidad emocional o matrimonial un factor de primer orden.
6. En casos en que la cirugía abdominal mayor sea un riesgo muy alto para la paciente con patología sistémica asociada y existan condiciones técnicas aptas para abordaje por vía vaginal.

Se han descrito pocas contraindicaciones absolutas para la miomectomía, mencionandose las siguientes:

- Presencia de neoplasia maligna en utero y/o ovario.
- Obstrucción tubaria bilateral ( de cualquier tipo).
- Leiomiomatosis uterina difusa u hallazgos transoperatorios diferentes a lo reportado previamente ( hipertrofia miometrial difusa o adenomiosis difusa).

Una condición especial para la miomectomía vaginal es la presencia de un leiomioma submucoso prolapsado por un cuello dilatado hacia la vagina. En algunos casos este leiomioma es sencillamente fácil de desprender, retorciendo su pediculo, sin embargo en otras ocasiones hay que pinzarlo y ligarlo, en caso de que no se pueda tener acceso al pediculo, se puede intentar la morcelanización del mioma, no hay que temer por el sangrado transoperatorio ya que la irrigación sanguínea del pediculo es limitada. (3, 5, 6, 9).

En caso de que no exista dilatación cervical, muchos autores mencionan la utilización de tallos de laminaria para la dilatación del cervix con éxito y así tener una vía adecuada de abordaje, reportandose una morbilidad mínima con este procedimiento. (3, 5, 6, 9).

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## JUSTIFICACIONES

El presente estudio reviste una gran importancia, ya que la miomatosis uterina sigue siendo considerado como la patología del tracto genital femenino que con mayor frecuencia se presenta en nuestro medio.

Debido a la controversia que existe para su manejo, es que lo hacen un tema interesante de discutir.

Es por eso que nuestra finalidad es dar a conocer a la miomectomía vaginal como un recurso terapéutico quirúrgico de elección para un grupo seleccionado de pacientes, y de esta manera dar a conocer la experiencia de ésta técnica en nuestro Hospital.

Otra de la finalidad es el motivar a investigadores y conocedores de la materia para realizar investigaciones más profundas, así como innovar las formas de tratamiento ya existentes.

## M A T E R I A L   Y   M E T O D O S

Para este estudio de la miomectomia vaginal como una alternativa terapéutica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia " Luis Castelazo Ayala " se incluyeron todas aquellas pacientes en las que se realizó dicho procedimiento en un lapso comprendido entre Enero de 1987 hasta Agosto de 1993. Se revisaron los archivos del módulo de Uro-gineco para obtener la cifra total de pacientes que habian sido sometidas a esta cirugía y obtener el nombre y el número de afiliación.

Una vez obtenido el nombre y el número de afiliación se acude a la obtención de los expedientes clínicos al archivo del Hospital para extraer de ellos las siguientes variables: antecedentes personales patologicos de importancia, antecedentes gineco-obstetricos haciendo incapié en el deseo de paridad, la sintomatología que con más frecuencia se presentaba, la forma en que se realizó el diagnóstico y los metodos clinicos y paraclínicos que se utilizaron, la evolución operatoria mencionando el tipo de cirugía, tiempo quirúrgico, complicaciones y hallazgos, la evolución operatoria inmediata y el tratamiento médico empleado, el control postquirurgico en la o las consultas subsecuentes, mencionando la fecha y motivo del alta.

Una vez obtenida la información se realiza el procedimiento estadístico de dichas variables y diseño de cuadros para así proporcionar los resultados y conclusiones de las mismas.

El presente estudio es retrospectivo, transversal y descriptivo.

El tiempo requerido para la realización del proyecto es de seis meses aproximadamente.

Se contará con el apoyo total del módulo de Urología Ginecológica del Hospital, así como del titular de dicho módulo.



## RESULTADOS

Se revisaron 8 expedientes clínicos del archivo del Hospital "Luis Castelzo Ayala" en quienes se utilizó como método terapéutico la miomectomía vaginal.

De la información que se obtuvo, uno de los parámetros fue la edad, observando una similitud en cuanto a la presentación en los grupos de 20 a 30 años y en el de 40 a 50 años, con un total de 3 pacientes en cada grupo (37.5%).

Todas las pacientes negaron ser portadoras de alguna alteración personal patológica, solo el 75% (6 casos) se les había realizado alguna cirugía inespecífica. De las 8 pacientes, 7 (87.5%) no se reportó ninguna enfermedad de tipo sistémico, en tanto que 1 paciente (12.5%) tenía el antecedente de ser hipertensa, haber cursado con tromboembolia pulmonar y ser una paciente obesa.

Todas las pacientes (100%) referían continuar con vida sexual activa. El número de gestaciones observadas fueron entre 1 y 2 embarazos con un total de 3 pacientes (37.5%), entre 3 y 4, y 5 y 7 para un total de 2 pacientes respectivamente (25%). Llama la atención que el método de planificación familiar que con más frecuencia se reportó en estas pacientes fue el definitivo, 5 pacientes (62.5%), deduciendo que este grupo de pacientes tenían su paridad ya satisfecha.

La sintomatología que con mayor frecuencia se presentó fue la hemorragia genital anormal (100%), siguiendo con la presencia de dolor pélvico (37.5%) y en un caso de reportaron lipotimias y/o mareos (12.5%).

Se realizó el diagnóstico de mioma pediculado vaginal en todos los casos (100%). Debido a que es un padecimiento en el cual se presenta como síntoma principal, la hemorragia genital anormal, nos vimos en la tarea de conocer los niveles de hemoglobina en los cuales se encontraban las pacientes en el momento del diagnóstico, siendo así que en 3 pacientes se encontraron niveles de hemoglobina de 8-10 mg/dl. (37.5%), siguiendo entre 5-7 mg/dl, dos pacientes (25%). Como método diagnóstico paraclínico utilizado en 3 pacientes (37.5%) fue el Ultrasonido abdominal, haciendo notar con esto que el mejor método diagnóstico es el exámen físico.

Los datos más reelevantes aportados en este estudio estan relacionados con la evolución operatoria. Es así como el tiempo quirurgico viene a dar una información clave, en relación a otros procedimientos quirurgicos. En la mayoría de los casos (7 pacientes) el tiempo quirúrgico fue de menos de 60 minutos (87.5%). El tipo de cirugía realizada fue la miomectomía vaginal + legrado uterino instrumental en 4 pacientes (50%) y en el resto, unicamente miomectomia vaginal. Se encontró un sangrado mínimo de 0 a 100 ml. en 6 pacientes (75%), y en ninguno de los casos (100%) se reportó complicación alguna.

En cuanto a la evolución postoperatoria inmediata, la estancia intrahospitalaria de estas pacientes, para 7 de ellas (87.5%) fue entre 1 y 2 días. Se manejaron estas pacientes con analgésicos en el 100%, antibioticos profilacticos en el 50% y antibiotico terapéutico en el 25% de las pacientes. Los hematínicos y la transfusión se requirieron en menos de la mitad de las pacientes (37.5%). Siendo su evolución intrahospitalaria como satisfactoria en el 100% de las pacientes.

El control postquirúrgico tardío se realizó en 7 pacientes (87.5%) entre el primer y tercer mes, reportándose en su totalidad asintomáticas (100%). Ninguna tenía entre sus planes búsqueda de embarazo (100%). El motivo del alta en el total de las pacientes (100%) fue por mejoría.

## MIOMECTOMIA VAGINAL

CUADRO 1

EDAD	CASOS	PORCIENTO
20-30 AÑOS	3	37.5
30-40 AÑOS	2	25
40-50 AÑOS	3	37.5

CUADRO 2

ANTECEDENTES	CASOS	PORCIENTO
PERSONALES PATOL. NEGADOS	8	100
QUIRURGICOS POSITIVOS	6	75
QUIRURGICOS NEGATIVOS	2	25
ENF. SISTEMICAS POSITIVAS	1	12.5
ENF. SISTEMICAS NEGADAS	7	87.5

# M I O M E C T O M I A V A G I N A L

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

CUADRO 3

VIDA SEXUAL	CASOS	%
SI	8	100
NO	0	100

CUADRO 4

GESTACIONES	CASOS	%
NULIGESTAS	1	12.5
1 - 2	3	37.5
3 - 4	2	25
5 - MAS	2	25

# M I O M E C T O M I A V A G I N A L

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

CUADRO 5

METODO DE PLANIFICACION	CASOS	%
HORMONAL	1	12.5
D.I.U.	1	12.5
DEFINITIVO	5	62.5
SIN METODO	1	12.5

CUADRO 6

DESEO DE PARIDAD	CASOS	%
SATISFECHA	6	75
NO SATISFECHA	2	25

# MIOMECTOMIA VAGINAL

CUADRO 7

SINTOMAS	CASOS	PORCENTAJE
HEMORRAGIA GENITAL ANORMAL	8	100
DOLOR PELVICO	3	37.5
LIPOTIMIAS Y/O MAREOS	1	12.5

CUADRO 8

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
MIOMA PEDICULADO	8	100
Hb. 5-7 g/dl	2	25
Hb. 8-10 g/dl	3	37.5
Hb. 11-13 g/dl	1	12.5
Hb. 14-16	2	25
ULTRASONIDO	3	37.5

# MIOMECTOMIA VAGINAL

## EVOLUCION OPERATORIA

CUADRO 9

EVOLUCION OPERATORIA	CASOS	%
TIEMPO QX. 30 - 60 mns.	7	87.5
TIEMPO QX. 60 - 90 mns.	1	12.5
TECNICA QX. MIOMECTOMIA	4	50
TECNICA QX. MIOMECTOMIA+LUI	4	50
SANGRADO: 0 - 100 ml.	6	75
SANGRADO: 100 - 200 ml.	2	25
COMPLICACIONES: SI	0	0
COMPLICACIONES: NO	8	100



# M I O M E C T O M I A V A G I N A L

## EVOLUCION POSTOPERATORIA INMEDIATA

CUADRO 10

EVOLUCION POSTQUIRURGICA	CASOS	%
DIAS HOSPITAL 1 a 2	7	87.5
DIAS HOSPITAL 2 A MAS	1	12.5

CUADRO 11

TRATAMIENTO EMPLEADO	CASOS	%
ANALGESICOS	8	100
ANTIBIOTICO PROFILACTICO	4	50
ANTIBIOTICO TERAPEUTICO	2	25
TRANSFUSION Y HEMATINICOS	3	37.5

CUADRO 12

EVOLUCION INTRAHOSPITALARIA	CASOS	%
SATISFACTORIA	8	100

# MIOMECTOMIA VAGINAL

## CONTROL POSTQUIRURGICO TARDIO

CUADRO 13

CONTROL EN LA CONSULTA EXT.	CASOS	%
1a. CONSULTA 1 a 3 MESES	7	87.5
1a. CONSULTA 3 A MAS MESES	1	12.5
ASINTOMATICAS	8	100
SIN BUSQUEDA DE EMBARAZO	8	100
ALTA POR MEJORIA	8	100

## CONCLUSIONES

A pesar de que la miomatosis uterina es una patología muy frecuente, la utilización de la miomectomia vaginal como alternativa terapéutica es muy restringida. Se observó que el motivo principal para someter a estas pacientes a dicho procedimiento se relacionaba íntimamente a la facilidad del abordaje quirúrgico, lo que viene a apoyarse por lo ya escrito en la literatura, de la necesidad de la presencia de un mioma submucoso prolapsado por un cuello dilatado.

Debido a la adecuada elección de las pacientes para este procedimiento es que se logró una nula morbilidad, proporcionandoles un pronóstico muy favorable para la vida como para la función.

Sabemos que el grupo de pacientes en estudio es pequeño, y que es aventurado decir o pronosticar éxito, siempre, en todos los casos. Por tal razón es conveniente persistir con el interés que estos datos aportan, para la realización en un futuro de algún estudio en donde se presente una mayor casuística. Pero recordamos que esto es solo el principio.

## B I B L I O G R A F I A

1. Brown A.B., Chamberlain R.W. and Te Linde R.W.: MYOMECTOMY. Amer. J. Obstet. Gynecol., 71:759, 1956.
2. D.N. Danforth. TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 4a. ed. Cap 55. Pag 1053-1063.
3. Goldrath M.H.: VAGINAL REMOVAL OF THE PEDUNCULATED SUBMUCOUS MYOMA: THE USE OF LAMINARIA. Obstet. Gynecol. 70:670, 1987.
4. Ingersoll F.M.: MYOMECTOMY AND FERTILITY. Fert. Steril., 14:596, 1953.
5. Milton H.G.: VAGINAL REMOVAL OF THE PEDUNCULATED SUBMUCOUS MYOMA. HISTORICAL OBSERVATIONS AND DEVELOPMENT OF A NEW PROCEDURE. The Journal of Reproductive Medicine. Vol 35, No. 10. 921-924. 1990.
6. Neuwrith R.S.: HYSTEROSCOPIC MANAGEMENT OF SYMPTOMATIC SUBMUCOUS FIBROIDS. Obstet. Gynecol. 62:509, 1983.
7. Novak. TRATADO DE GINECOLOGIA. 10a. ed. Cap 16. Pag 430-443.
8. Ranney B.F.: THE OCCASIONAL NEED FOR MYOMECTOMY. Obstet. Gynecol. 53:437. 1979.
9. Riley P.: TREATMENT OF PROLAPSED SUBMUCOUS FIBROIDS. S. Afr. Med. J., 62:22, 1982.
10. Te Linde. GINECOLOGIA OPERATORIA. 6a. ed. Cap 11. 172-217.
11. Williams. OBSTETRICIA. 3a. ed. Cap 31. 703-705.