

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

11217
16
2ej

TESIS DE POSTGRADO

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
REVISION DE 151 CASOS EN HGZ/MF3 DEL
I.M.S.S. EN MAZATLAN, SINALOA



IMSS

T E S I S T A

DR. ALBERTO HERMILO BALBUENA SANCHEZ



CENTRO MEDICO "LA RAZA"
Hosp. de Ginec. Obstetricia
Jefe de Enseñanza e Investigación

DIRECTOR DE TESIS:

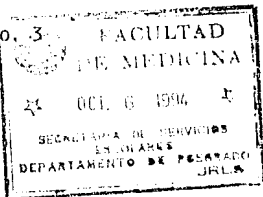
DR. MARTIN MEZA VARGAS
JEFE DE ENSEÑANZA
HOSPITAL
GINECOOBSTETRICIA No.3

ESPECIALIZACION EN:

GINECOOBSTETRICIA
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO " LA RAZA "

I. M. S. S.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





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.

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

Revisión de 151 casos en el Hospital del IMSS de Mazatlán, Sin.
(HGZ/MF3)

La histerectomía total abdominal es actualmente el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en pacientes no embarazadas, para el tratamiento de síntomas y enfermedades ginecológicas, y que ha contribuido a incrementar en forma significativa el estado de salud y sobrevivencia de la población femenina. (1, 2, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 20, 27, 30).

La primera histerectomía se atribuye a Soranes en la ciudad de Efesos en Grecia hace 17 siglos, en un útero prolapsado y gangrenado. En el ciclo XI el médico árabe Alzaharajius extirpó un útero prolapsado. En los siglos XVI y XVII se realizaron varios reportes escritos de histerectomías vaginales por Berengarius de Carpi de Bologna en 1507 y Andreas de Crusce en 1560.

En 1843 Heath de Manchester Inglaterra realizó la primera histerectomía abdominal subtotal. Clay y Atlee se acreditaron otros casos de histerectomía en los siguientes años. En las postrimerías del siglo XIX Freund estandarizó la técnica de la histerectomía abdominal. La primera histerectomía abdominal realizada en una mujer en un útero gestante se acredita a Porro de Milán Italia en 1876. La histerectomía radical fue introducida por el médico alemán Schuchardt y fue refinada y popularizada por el famoso médico austriaco Wert--

thein (4,7).

Hasta los primeros años de éste siglo la histerectomía abdominal se realizaba poco frecuentemente pero con la introducción de avanzada tecnología, mejores instrumentos, finnas suturas, el desarrollo de la anestesia y los lineamientos seguidos de la antisepsia del Lister; asimismo, el desarrollo de la ginecología como especialidad médica hicieron que la tasa de mortalidad disminuyera del 70% que se reportaba en 1980, al 3% en 1930 par la histerectomía abdominal, disminuyendo tambien, por consecuencia, la morbilidad por lo cual se recomendó la práctica de ésta.

En los pasados 50 años los avances en otros campos - médicos (antibióticos, terapia intravenosa y bancos de sangre) aumentó aún más la frecuencia de la histerectomía y disminuyótambioén la tasa de mortalidad al 1/1000 en 1985, con la consecuente disminución de la morbilidad que se evidenció al disminuir los lartos tiempos de hospitalización de las pacientes -- (1,2,4,7,11,13).

Sin embargo, una cantidad importante de histerectomías se realiza en forma electiva y no siempre por las indicaciones adecuadas, reportándose hasta en un 33% los casos de cirugías innecesarias y que no coincidían con los diagnósticos - principales preoperatorios (1,2,7,11,13,17,20,27,30 y 33). Ademár, de que se ha querido preconizar su realización, como método de esterilización definitiva o por diversas razones y argumentos como el del "Síndrome del útero inservible" y que puede

ser potencial punto de origen de enfermedades benignas y malignas, un posible embarazo no deseado y la posible aparición de varios síntomas pélvicos (1,2,4,6,7,11 y 13). Miller en 1946, dió la primera voz de alarma por las indicaciones inadecuadas para la realización de la histerectomía, le siguieron Doyle en 1953, Trusell en 1969, Fine y MOrehead lo informaron en 1977 y últimamente Bachmann en 1990 y Reiter en 1992 y anteriormente Gambone en 1989 (1,7,11,13,17,33 y 20).

Esta revisión la realizó de manera retrospectiva para analizar los casos de pacientes sometidas a Histerectomía total abdominal, correlacionar el diagnóstico preoperatorio principal con los hallazgos anatomopatológicos, así como la edad, incidencia y sus complicaciones. Considerando pertinente aclarar que se trata de una población determinada y que no representa un estudio regionalizado ya que únicamente se refiere a paciente derechohabientes del IMSS en este Hospital.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 151 expedientes de pacientes a las cuales se realizó histerectomía total abdominal durante el periodo comprendido del 26 de diciembre de 1992 al 25 de diciembre de 1993 en el Hospital de Zona del IMSS en Mazatlán, Sinaloa.

Se realizó un análisis de la indicación preparatoria principal, edad de las pacientes, correlación anatomopatológica con el diagnóstico preoperatorio y sus complicaciones. Se incluyeron para el análisis todos los casos reportados, -- aún cuando algunos no fueron especificados y no era posible -- su verificación debido a que no había reporte anatomopatológico. Todos los resultados se expresaron con porcentajes de --- acuerdo al número de casos correspondientes y a los hallazgos encontrados. Se realizó un análisis más profundo de las pa--- cientes a las cuales se realizó histerectomía en casos de mio--- matosis uterina debido a que en este grupo de pacientes encontramos el mayor número de casos no confirmados, buscando la -- causa o causas predisponentes para ello (edad, paridad, esterilización quirúrgica previa y sintomatología predominante).

Resultados.

Indicación preoperatoria principal

De acuerdo al análisis realizado en esta revisión - la miomatosis uterina continúa siendo la causa principal para la realización de histerectomía total abdominal correspondiéndole 95 casos (62.91%) que casi representa dos terceras partes del total de los casos, lo cual coincide con casuísticas previamente reportadas (1,2,5,6,7,11,13,9, y 20).

Le siguen en orden de frecuencia la displasia cervical severa con 21 casos (13.90%) y cáncer cervico-uterino con 18 casos (11.92%), hiperplasia endometrial con 7 casos (4.63%) le siguen en orden de frecuencia las causas de origen obstétrico con 3 casos (1.98%), y posteriormente con un caso, el adenocarcinoma de endometrio, adenomiosis, enfermedad inflamatoria pélvica, y hemorragia uterina normal. Como lo muestra en el cuadro 1.

CUADRO 1

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

INDICACION PRIMARIA PREOPERATORIO

INDICACION	CASOS	%
Miomatosis uterina	95	62.91
Displasia cervical	21	13.90
Cáncer cervicouterino	18	11.92
Hiperplasia de endometrio	7	4.63
Adenocarcinoma de endometrio	1	0.66
Enf. Inf. Pélvica.	1	0.66
Adenomiosis	1	0.66
Hemorragia Uterina Anormal	1	0.66
Causa Obstétrica	3	1.98
No especificadas	3	1.98
TOTAL	151	100 %

Edad

Se analizó la edad de las pacientes sometidas a histerectomía, y se encontró un rango que varió de 20 a 72 años con una media de 46 años. Se reportan pacientes en la segunda década de la vida en las cuales realizamos histerectomía por complicaciones obstétricas, el mayor número de casos se encontró en pacientes en la cuarta década de la vida con 71 casos (47.01%), lo cual difiere de reportes previos (2,5,9,7,11, 13 y 20), pero concuerda con el de Wilcox publicado en abril de 1994 (1), 55 pacientes, que corresponde al 36.62% se encontraban en la quinta década de la vida; 13 casos correspondieron a pacientes en la sexta década de la vida (8.60%) y 6 en la tercera década (3.9%). De hecho la mayor cantidad de pacientes a las cuales se realizó histerectomía total abdominal se encontraron entre los 30 y 49 años con 122 casos y que corresponde al 80.79%.

El número de casos de pacientes que se someten a histerectomía total abdominal disminuye conforme avanza la edad como lo muestran los cuadros 2, 3 y 4, (1,2,5,7,9,11,13 y 20).

CUADRO 2
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
DISTRIBUCION POR DECADAS

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
11-20	2	1.32
21-30	6	3.97
31-40	71	47.01
41-50	55	36.42
51-60	13	8.60
61-70	3	1.98
70 o +	1	0.66
TOTAL	151	100.00

CUADRO 3
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
INCIDENCIA POR EDAD

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
20-24	2	1.32
25-29	5	3.31
30-34	19	12.58
35-39	46	30.46
40-44	30	19.86
45-49	27	17.88
50-54	15	9.93
55-59	4	2.64
60-64	2	1.32
65-69	-	-
70 ó +	1	0.66
TOTAL	151	100 %

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
DISTRIBUCION POR INDICACIONES Y EDAD CON %

CUADRO 4

Indicación	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70 p +	Total	%
Miomatosis uterina		4	43	42	5	0	1	95	62.91
Displasia Cervical			15	4	1	1	-	21	13.90
Cáncer cervicouterino			9	6	3			18	11.92
Hiperplasia de Endometrio			2	2	2	1		7	4.63
Adenocarcinoma endometrio						1		1	0.66
Obstétricas	2	1						3	1.98
Adenomiosis				1				1	0.66
Enf. Inf. Pélvica +		1						1	0.66
H.U.A.⊖					1			1	0.66
No especificados			2		1			3	1.98
Total	2	6	71	55	13	3	1	151	100
Porcentaje	1.32	3.97	47.01	36.42	8.60	1.98	0.66	100	

+: Enfermedad inflamatoria pélvica

⊖: Hemorragia Uterina Anormal.

CORRELACION ANATOMOPATOLOGICA

Se analizaron los resultados de los reportes anatomopatológicos para verificación del diagnóstico preoperatorio, los casos de pacientes con cáncer cérvico-uterino, displasia cervical, hiperplasia de endometrio y adenocarcinoma de endometrio habían sido sometidos a biopsia, previo a la realización de la histerectomía y todos los casos se confirmaron. Se reportó un caso de cáncer cérvico-uterino en una paciente con diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina y un caso de adenocarcinoma de endometrio en la paciente sometida a histerectomía con diagnóstico preoperatorio de hemorragia uterina anormal. Del número total de casos, se confirmaron 117 (77.48%) correspondiendo el mayor número de casos no confirmados a pacientes sometidas a histerectomía con diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina con 29 casos (19.20%) de los cuales 6 presentaban otras patologías como son, adenomiosis en tres casos, dos casos de displasia cervical y un caso de cáncer cérvico-uterino. Se tomaron como casos no confirmados 5 de los cuales no había reporte anatomopatológico. En los casos que realizamos histerectomía total abdominal por complicación obstétrica, se confirmaron dos casos, uno con endometritis postcesárea con dehiscencia de herida quirúrgica y uno con endometritis post aborto séptico con perforación uterina. Los resultados y sus porcentajes se expresan en los cuadros 5 y 6.

Se realizó un análisis de las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal por miomatosis uterina para la explicación de la enfermedad o sintomatología que motivó ésta. Encontramos, que de 95 pacientes se confirmaron 66 casos (69.47%, cuadro 7). Ninguna paciente fue nulípara, 68 pacientes - (71.57%) tuvieron 4 hijos o más (Cuadro 10) a 65 pacientes -- (68.52%) se les había sometido a Salpingoclasia (resección -- parcial bilateral de salpinges) antes de someterse a histerectomía (cuadro 8). La sintomatología de las pacientes fue en orden decreciente, hipermenorrea, hiperpolimenorrea, y en último lugar la asociación proiohiperpolimenorrea (Cuadro 9).

CUADRO 5
 HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
 CORRELACION ANATOMOPATOLOGICA

DE ACUERDO A DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	
DIAGNOSTICO	CASOS
Miomatosis uterina	66
Displasia cervical	21
Cáncer cérvico uterino	18
Hiperplasia cervical	7
Adenocarcinoma de endometrio	1
Adenomiosis	1
Hemorragia uterina anormal	1
Enf. Inf. Pélvica	
CAUSA OBSTETRICA	2
No especificadas	
TOTAL	117

CUADRO 6
 HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
 CORRELACION ANATOMOPATOLOGICA

DIAGNOSTICO	CASOS CONFIRMADOS	PORCENTAJE	NO CONFIRMADOS	%
Miomatosis uterina	66	43.70	29	19.20
Displasia cervical	21	15.23		
Cáncer cerviouterino	18	11.92		
Hiperplasia de endometrio	1	0.66		
Adenocarcinoma endometrio	1	0.66		
Adenomiosis	1	0.66		
Hemorragia uterina normal	1	0.66		
Enf. Inflamatoria pélvica			1	0.66
De causa obstétrica	2	1.32	1	0.66
No especificadas			3	1.98
T O T A L	117	77.48	34	22.52

CUADRO 7

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

Miomatosis	N= 95	100%
Confirmados	66	69.47
No confirmados	23	24.21
Otra Pat.	6	6.31

CUADRO 8

PACIENTES SOMETIDAS A

SALPINGOCLASIA PREVIA A HISTERECTOMIA

Con Salpingoclasia	65	68.57 %
Sin Salpingoclasia	30	31.57 %

CUADRO 9

HISTERECTOMIA ABDOMINAL POR MIOMATOSIS

DESORDEN MENSTRUAL PREDOMINANTE

	CASOS	%
Hipermenorrea	54	56.84
Hiperpolimenorrea	27	28.42
Proichiperpolimenorrea	14	14.73
TOTAL	95	

CUADRO 10

HISTERECTOMIA ABDOMINAL POR MIOMATOSIS

	PARIDAD	
PARA	CASO	%
Hasta 3	27	28.42
4 o más	68	71.57

COMPLICACIONES

Se agruparon de acuerdo al momento de la realización del procedimiento quirúrgico, en transoperatorias y postoperatorias, y éstas, se dividieron en inmediatas y tardías.- La infección continúa siendo la causa más frecuente de complicación y le siguen en orden de frecuencia la hemorragia transoperatoria o postoperatoria lo que concuerda con reportes previos (1,2,5,6,13,16,20,21,12,18,22 y 23), con un total de 12 casos que corresponde al 7.94%. No hubo casos de mortalidad y la estancia intrahospitalaria de las pacientes con complicaciones no fue mayor de 12 días. El número de orden de complicaciones corresponden al absceso de cúpula vaginal con cuatro casos para 2.44% y la hemorragia de cúpula vaginal con tres casos que le corresponde al 1.98%, las demás se distribuyeron de acuerdo como se muestra en el cuadro 11.

CUADRO 11
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
COMPLICACIONES

TIPO	CASOS	%
a) Transoperatoria		
Hemorragia Transoperatoria	1	0.66
Ligadura de Ureter	1	0.66
b) Inmediatas		
Hemorragia de cupula Vaginal	3	1.98
c) Tardías		
Absceso de cúpula vaginal	4	2.44
Infección de pared abd.	2	1.32
Dehiscencia de Herida Q.	1	0.66
Mortalidad	0	.0
TOTAL	12	7.94

C O M E N T A R I O

La revisión realizada en este Hospital General de Zona con medicina familiar del IMSS en Mazatlán, Sinaloa comprende de una población derechohabiente determinada, con variaciones, debido a que está inscrita en forma temporal o únicamente recibe atención médica para determinados casos la mayor parte de los derechohabientes, por lo cual no siempre es posible el seguimiento de las pacientes ni sus complicaciones a largo plazo.

Este hospital se encuentra catalogado como de segundo nivel de atención médica y se trata de un hospital asistencial por lo que existen carencias desde el punto de vista de apoyos diagnósticos, instrumentos que ayuden al diagnóstico y de personal médico y auxiliar (residentes). En el servicio de Ginecoobstetricia, estamos adscritos 14 médicos de base, distribuidos en todos los turnos para la atención de todas las pacientes con problemas ginecológicos. Además, la ausencia de personal auxiliar en vías de capacitación (residentes), hace que la práctica ginecológica sea de un alto grado de riesgo.

Las pacientes que requieren atención de tercer nivel por progresos en su enfermedad o diagnósticos específicos y avanzados son trasladados a otras unidades o al Centro Médico de Occidente del IMSS, esto, aunado al aspecto administrativo, hace más evidente la falta de datos complementarios o de seguimiento de las pacientes por falta de expedientes. Al perder su

derecho las pacientes el expediente deja de existir, por lo que no es posible complementar las revisiones al 100%, por lo que no logramos un análisis total, que podría indicar tasas de morbimortalidad y riesgos para esta población derechohabiente.

Con respecto a la correlación clínica y anatomopatológica es posible que la tasa de confirmación diagnóstica se incrementara y esto repercutiría en el costo-beneficio del --instituto, si contáramos con otros aparatos de apoyo diagnóstico, además con otro tipo de alternativa de manejo de las pacientes (histeroscopia con laser terapia con CO², laparoscopia) antes de efectuarse la cirugía, también disminuiría la --morbimortalidad de las pacientes con una reducción en costo-beneficio de la institución.

CONCLUSIONES

La histerectomía total abdominal es una de las cirugías ginecológicas más frecuentemente realizadas debido al desarrollo y mejoría de técnicas quirúrgicas, mejor material quirúrgico, procedimientos anestésicos más adecuados y mejores antimicrobianos. Asimismo el mejor manejo de las pacientes con enfermedades concomitantes, la afinación de criterios para la selección de las pacientes, y las revisiones periódicas de comités de salud para que las indicaciones sean más adecuadas, han hecho de la histerectomía abdominal un procedimiento quirúrgico confiable (1,2,4,5,6,7,9,11,13,17,20,10 y 14).

En la presente revisión encontramos coincidencias con reportes previos en cuanto al diagnóstico predominante para la realización de la histerectomía en los casos de miomatosis uterina (1,2,5,6,7,9,11 y 13). En el análisis de la edad, la cuarta década de la vida fue en la que se observaron el mayor número de casos (71 = 47.01%) y también le correspondió - para todas las causas, que no coincide con los reportes previamente mencionados, únicamente con el más reciente de Wilcox (1) de abril de 1994 y que probablemente se deba al tipo de población en que se realizó esta revisión. Encontramos que al período de edad comprendido de los 31 a los 50 años, corresponden 126 casos y que prácticamente aquí se engloba a toda la población. En los casos de miomatosis uterina como diagnóstico principal 68 pacientes (71.57%) tuvieron 4 o más hijos,

a 65 pacientes (68,57%) se les efectuó esterilización quirúrgica (salpingoclasia bilateral) y esto pudiera estar en relación con reportes previos donde se menciona la salpingolasia como predisponente de trastornos menstruales severos y de alto riesgo de histerectomía a largo plazo (15,25).

Por otro lado la confirmación anatomopatológica con respecto al diagnóstico principal fue del 22,52% de casos no confirmados y que estuvo por abajo de reportes previos (2,5,6,11,33 y 9), esto probablemente se deba a que todas las pacientes que acuden a los servicios médicos son manejadas por personal de base y que este índice de casos no confirmados no podría disminuir aún más si se contara con apoyos diagnósticos más importantes (laparoscopia, histeroscopia y TAC), como se menciona en otros reportes (24,27,31 y 7), ya que en esta revisión se encontró como apoyo diagnóstico la ultrasonografía de la cual ya conocemos las variaciones de sus porcentajes de correlación (31,27).

La alta tasa de complicaciones en esta serie no pueden atribuirse a deficiencias técnicas y de personal de apoyo (12 casos 7,98%), encontrándose como complicación más frecuente, los casos de infección de herida quirúrgica abdominal y de cúpula vaginal, a pesar de haberse utilizado profilácticamente antibióticos en todas las pacientes (10,12,14,16,21,22, y 23), además se presentaron complicaciones postoperatorias y transoperatorias como la hemorragia, que ameritaron transfusiones sanguíneas.

La histerectomía indicada adecuadamente y realizada -- también adecuadamente puede tener un beneficio enorme en pacientes bien informados que sufren síntomas o enfermedades -- ginecológicas, no debiéndose realizar si no existe alguna indicación y recordar que los procedimientos quirúrgicos caen - en tres categorías:

Salvar la vida

Aliviar el sufrimiento

Corregir las deformidades.

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

- 1.- Wilcox S. Linne et al: Hysterectomy in the United States, 1988-1990. *Obstetrics and Gynecology*. 1994; 83: 549-55.
- 2.- Delgado U.J. y Cols., Histerectomía Abdominal, Estudio de 300 casos. *Gin Obstet Méx.*, 1982 50: 57-63.
- 3.- Zelop MC. et al: Emergency Peripartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 158 1443-48.
- 4.- Thompson JD. Hysterectomy. in: Thompson JD, Rock JA., - eds. *Te Linde's operative gynecology*. 7th. ed. Philadelphia Lippincot 1992. 663-738.
- 5.- Nava y Sánchez R, Bravo SJ: Morbimortalidad en la Histerectomía Abdominal; *Gin Obstet Méx.* 1973; 34; 337-361.
- 6.- Bravo SJ La morbilidad en Histerectomía Abdominal - y en Histerectomía Vaginal. *Gin Obstet Méx.* 1973; 33; - 505-17.
- 7.- Bachman GA Hysterectomy: A critical Review. *J Reproductive Medicine* 1990; 35; 839-62.
- 8.- Fuchtner C. et al: Radical Hysterectomy in the elderly - patient: Análisis of morbidity. *AMJ Obstet Gynecol* 1992; 166; 593-97.
- 9.- Kristen H. Kjerulff et al: Hysterectomy and race. *Obstet Gynecol* 1993: 82; 757-64.
- 10.- Hemsell DL et al. Cefazolin for Hysterectomy Prphylaxis. *Obstet Gynecol*. 1990; 76; 603-06.

- 11.- Thompson JD, Birch HW Indications for Hysterectomy clin_ obstet Gynecol 1981; 24: 1248-58.
- 12.- Richardson A. Cullen, Lyon JB; Prophylaxis of infections in Hysterectomy Abdominal Clin obstet Gynecol 1981: 24;- 1269-76.
- 13.- Reiter RC, Gambone JC: Appropriateness of Hysterectomies performed for multiple preoperative indications. Obstet. Gynecol 1992: 80; 902-05.
- 14.- Kalbfleisch RE. Prospectiverandomized study to compare a closed vault technique using absorbable staples at the - time of abdominal Hysaterectomy versus open vault tecni- que. Surg. Gynec Obstet 1992: 75; 337-40.
- 15.- Shy KH et al. Tubal sterilization and risk of subsequent hospital admission for menstrual disorders AM J Obstet - Gynecol: 166; 1998-1706. (1992)
- 16.- Shapiro M. et al Benefit-cost analysis of antimicrobial Prophylaxis in abdominal and vaginal Hysterectomy. JAMA 1983: 249; 1260-94.
- 17.- Whitelaw JM. Hysterectomy: A medical legal perspective,- 1975 a 1985 AM J. Obstet Gynecol 1990: 162; 1451-58.
- 18.- Shuster PA et al, Radical Hysterectomy Morbidity in Rela- tion to age obstet Gynecol 1991: 78; 77-9.
- 19.- Yancey MK et al. The perioperative morbidity of scheduled cesarean Hysterectomy, obstet Gynecol: 1993: 81; 206-210.
- 20.- Reiter RC et al. Routine Hysterectomy for large asyntoma_ tic uterine leiomyomata: A reappraisal. Obstet Gynecol - 1992: 79; 481-484.

- 21.- Mittendorf R. et al. Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy: a meta analysis of antibiotic prophylaxis *Amj Obstet Gynecol* 1993; 169: 1119-24.
- 22.- Blandy J.P. et al: Early repair of iatrogenic injury to the ureter or bladder after gynecol surgery; *journal of urology* 1991; 146: 761-66.
- 23.- Larson PG. et al. clue cell in predicting infections after abdominal hysterectomy *obstet gynecol* 1991; 77: 450-452.
- 24.- Stoval TG et al: A randomized trial evaluating leuproli-
de acetate before hysterectomy as treatment for ---
leiomyomas. *AM J Obstet gynecol* 199; 164: 1420-5.
- 25.- Stergachis A. et al. tubal sterilization and the long --
term risk of hysterectomy *Jama* 1990; 264: 2893-2898.
- 26.- Barton, D. PJ et al radical hysterectomy for treatment -
of cervical cancer: A prospective study of two methods -
of closed-suction drainage. *AM J. obstet gynecol* 1992; -
166: 553-7.
- 27.- Rosales EG. Correlación clínica, ultra ecosonográfica e
histopatológica en Ginecología. *Gin. Obst. Méx.* 1985; -
53: 24-26.
- 28.- Meloni AM. et al uterine leiomyomas: cytogenetic and --
Histologic profile *obstet Gynecol* 1992; 80: 209-17.
- 29.- Leibsohn, S. et al, Leiomyosarcoma in a series of hyste-
rectomies performed for presumed uterine leiomyomas. *AM*
J. Obstet Gyneco. 1990; 162: 968-76.

- 30.- Friedman AJ uterine size as indication for early hysterecto
tomy am J obstet Gynecol 1994; 170; 258-59
- 31.- Endometrial assessment by vaginal ultrasonography before
endometrial sampling in patients with postmeno pausa --
bleeding. AMJ Obstet Gynecol 1990; 163: 119-23.
- 32.- Fedorkow D. et al. total abdominal hysterectomy and abdo
mional sacrovaginopexy: a comparative study AMJ Obstet -
Gynecol: 1993; 169: 641-3.
- 33.- Gambone JC. Reiter RC et al. The impact of a quality assuu
rance process on the frequency and confirmation rate of_
hysterectomy 1990; 163: 545-50.