



---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

**SECCIÓN SUPRACERVICAL DEL ÚTERO DURANTE  
LA HISTERECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA:  
UNA MANIOBRA PARA FACILITAR EL MANEJO DE  
ÚTEROS GRANDES.**

**TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

**DRA. CONSTANZA DANIELA ÁLVAREZ  
GUTIÉRREZ**

**ASESOR DE TESIS**

**DR. GERARDO VELÁZQUEZ CORNEJO**

**MÉXICO D.F. NOVIEMBRE 2013.**



**HOSPITAL ESPAÑOL**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Dr. Manuel Álvarez Navarro

Profesor Titular del curso de Ginecología y  
Obstetricia

Jefe del Departamento de Enseñanza e  
Investigación del  
Hospital Español de México

Gracias a mis padres por apoyarme en esta travesía llamada Medicina.

A mi madre Amanda por su amor y presencia incondicional en cada momento difícil de mi vida. Tu gran ejemplo me ha hecho ser quien soy hoy.

A mi padre Oscar por siempre apoyar mi educación y su confianza en mí.

Al Dr. Gerardo Velázquez Cornejo por su gran apoyo en la elaboración de la tesis.

Al Dr. Héctor Mondragón Alcocer por todos los conocimientos aprendidos durante estos años de residencia y por el apoyo incondicional.

Gracias a mis amigos por la compañía y apoyo en esta residencia sin ustedes no habría sido posible.

*Finalmente a mis maestros:*

Dr. Manuel Álvarez Navarro.

Dr. Juan Manuel Medina Lomelí.

Dr. Xavier Aguirre Osete.

Dr. Francisco Bernárdez Zapata.

Dr. Ricardo Quiroz Vázquez.

Dr. José Alberto Sahagún Quevedo.

Dr. Efrén Porras García.

Dr. Guillermo Santibañez.

Dr. Carlos Gerardo Salazar López Ortíz.

Dr. Dante Carbajal Ocampo.

Dr. Sergio Pedraza Barajas.

Dr. Oscar Mújica Calderón.

Dr. Sergio Dávila Vargas.

Dr. Guillermo T. Ortiz Mani

Dr. Efraín Vázquez Martínez de Velasco.

Dr. Leonel Pedraza González.

Dr. Sergio Téllez Velasco.

***Gracias por los conocimientos adquiridos, el apoyo y los consejos en cada momento de mi formación como ginecoobstetra.***

# INDICE

Marco Teórico .....	6
Justificación .....	10
Objetivos .....	11
Material y Métodos .....	12
Resultados .....	16
Discusión .....	23
Conclusiones .....	24
Bibliografía .....	25

## **MARCO TEÓRICO.**

La Histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes. Involucra la extracción del cuerpo uterino y el cérvix, refiriéndose a la histerectomía total abdominal, o bien a la extracción de cuerpo uterino por arriba del istmo, refiriéndose a la histerectomía supracervical. Durante muchos años se ha preferido la histerectomía vaginal en padecimientos benignos del útero debido a que se asocia a menos tasas de morbilidad, menos complicaciones postoperatorias y rápida recuperación de las pacientes en comparación con la histerectomía abdominal. Sin embargo, el advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva ha incrementado el número de histerectomías laparoscópicas<sup>1</sup>. La histerectomía laparoscópica tiene tres subdivisiones: histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (ligadura de uterinas vía vaginal), histerectomía laparoscópica (ligadura de arterias uterinas vía laparoscópica) e histerectomía total laparoscópica (sutura de la cúpula vaginal vía laparoscópica, sin componente vaginal).

Resultados recientes de metaanálisis y estudios observacionales han sugerido que la histerectomía total abdominal es superior a la histerectomía supracervical laparoscópica para el tratamiento de condiciones benignas ginecológicas. Sin embargo, ésta se ha asociado a menor tiempo quirúrgico, menor tasa de complicaciones, preserva la función sexual y protege la integridad del piso pélvico, en comparación con la histerectomía total abdominal<sup>2</sup>.

Flory y colaboradores<sup>3</sup> realizaron un estudio aleatorizado de 63 mujeres (32 sometidas a histerectomía vaginal asistida por laparoscopia y 31 a histerectomía supracervical laparoscópica). Se realizó seguimiento de 7 meses. Se formaron 2 grupos control de mujeres no sometidas a cirugía. No existieron diferencias entre los 4 grupos en el

funcionamiento sexual global ( $P > 0.05$ ). Existió una mejoría significativa en el deseo sexual, la excitación y el comportamiento sexual en el grupo de histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL), y una mejoría significativa en el comportamiento sexual y función sexual en el grupo histerectomía supracervical laparoscópica (HSCL) ( $P < 0.01$ ). La histerectomía supracervical laparoscópica es un procedimiento mínimamente invasivo desarrollado en los años 90 como tratamiento del sangrado uterino anormal<sup>4</sup>.

La histerectomía por vía laparoscópica conservando el cuello uterino es técnicamente mucho más sencilla, siendo las lesiones vesicales y ureterales significativamente menores en relación a las otras técnicas<sup>6</sup>.

Si se compara la estancia intrahospitalaria de los diversos tipos de histerectomía se observa que la histerectomía abdominal (total o subtotal), es la que tiene estancia intrahospitalaria más larga, mientras que la histerectomía por laparoscopia (total o subtotal) y la histerectomía vaginal tienen una estancia hospitalaria similar entre ellas, pero menor a la abdominal<sup>7</sup>.

A pesar de las ventajas antes mencionadas, la histerectomía laparoscópica ha sido tradicionalmente limitada a úteros pequeños, esto se debe principalmente a la dificultad para el posicionamiento de los puertos, a la reducción del campo visual, a la limitada movilidad del útero y a la dificultad para extraer de la pelvis una pieza de gran tamaño. Todos estos factores pueden resultar en mayor riesgo de lesión a otras estructuras (órganos, vasos, uréter, etc.), en mayor cantidad de pérdida sanguínea y en mayor tiempo quirúrgico.



Existen algunas patologías frecuentes como la leiomiomatosis y la adenomiosis en las que el útero puede alcanzar dimensiones sorprendentes y estos casos solo serían susceptibles a tratamiento quirúrgico por laparotomía<sup>8-10</sup>.

La histerectomía laparoscópica para úteros grandes es un procedimiento técnicamente difícil.

Demir reporta un caso en 2010, de la extracción de un útero de 3200g vía laparoscópica con sección supracervical transoperatoria para mejorar la visibilidad del campo quirúrgico, con extracción de la pieza con morcelador<sup>15</sup>.

Sami Walid y colaboradores reportaron su experiencia con 13 casos de pacientes sometidas a histerectomía con piezas quirúrgicas mayores a 1000g. En 8 pacientes se realizó histerectomía total laparoscópica con morcelación del útero vía vaginal incluido en una bolsa. El tiempo quirúrgico correlacionó con el tamaño de la masa resecada. El útero más grande fue de 3043kg con morcelación y un tiempo quirúrgico de 5 horas 57 minutos<sup>12</sup>.

Se han descrito diversas alternativas para el manejo laparoscópico de úteros grandes entre las que se incluye la histerectomía subtotal complementada con el uso de un morcelador eléctrico y en la que se han usado 4, 5 y hasta 7 puertos. Shahid y colaboradores<sup>5</sup> reportaron recientemente una técnica de histerectomía subtotal utilizando 5 puertos diseñada para úteros grandes. En esta técnica se colocan 2 puertos de 5 mm en la región subcostal a 2 cm. del margen costal y dos más laterales a nivel del ombligo y por arriba de los pedículos superiores de acuerdo con el tamaño uterino. Un quinto puerto de 10 mm se coloca a 4 cm de la sínfisis del pubis sobre la línea media.

A través de los puertos colocados en la región subcostal se introduce una lente de 5 mm de 0 grados y se utiliza alternativamente en el lado izquierdo o derecho según sea el lado que se está trabajando. Esta técnica fue llevada a cabo en 29 pacientes con úteros que pesaban más de 300 g con un índice de masa corporal promedio de 29 (22-41), el tamaño promedio del útero fue de 18 semanas (12-30), el peso uterino promedio fue de 575 g (310 a 1200 g), el tiempo quirúrgico promedio fue de  $84 \pm 42$  minutos y la pérdida de sangre promedio fue de 200 ml (100-800 ml). Dos pacientes tuvieron una pérdida sanguínea de 500 ml y una paciente una lesión vesical que fue reparada transoperatoriamente.

## **JUSTIFICACIÓN**

La histerectomía laparoscópica se ha convertido en una opción de tratamiento de la patología benigna del útero, que se utiliza cada vez con mayor frecuencia y es una vía preferida tanto por los médicos como por sus pacientes. Sin embargo, la patología benigna del útero puede dar lugar a un incremento en el tamaño uterino de varias veces el tamaño normal y esto se convierte en una limitante para la vía laparoscópica por la dificultad para el posicionamiento de los puertos, por la importante reducción de la visibilidad en el campo quirúrgico, la dificultad para movilizar un útero de gran tamaño hacia un lado y el otro mientras se trata de ir avanzando en su extirpación hacia el cérvix y la vagina, y finalmente por la dificultad para extraer de la pelvis un útero de gran tamaño.

Mediante este trabajo se pretende demostrar que la sección supracervical del útero durante la realización de la histerectomía laparoscópica, es una maniobra útil, que facilita el manejo de úteros grandes por esta vía sin aumentar notablemente el tiempo quirúrgico ni otras variables del procedimiento tales como la pérdida sanguínea, dolor postoperatorio, estancia hospitalaria, regreso a las actividades cotidianas y complicaciones.

**Objetivo General.**

Demostrar que la sección supracervical del útero durante la histerectomía laparoscópica es una maniobra útil para el manejo de úteros grandes.

**Objetivos secundarios**

Demostrar que la realización de esta maniobra no afecta adversamente las cualidades de la vía laparoscópica al compararla con otras técnicas en relación a variables como tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea transoperatoria, dolor postoperatorio, estancia hospitalaria, regreso a actividades cotidianas y complicaciones.

## **Material y Métodos**

### - Tipo de estudio

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo y comparativo para conocer la eficacia de la sección supracervical del útero durante la histerectomía total laparoscópica versus histerectomía total laparoscópica e histerectomía total abdominal.

### - Universo de estudio

Estará comprendido por las pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica con sección supracervical transoperatoria para manejo de úteros grandes, así como pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica o total abdominal, atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Español de México durante el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2012.

Criterios de inclusión:

- Mujeres programadas para histerectomía laparoscópica e histerectomía total abdominal.
- Por patología uterina benigna.
- Úteros con peso >200mg.
- Con consentimiento bajo información firmado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con información clínica incompleta.
- Pacientes con sospecha de patología uterina maligna.

#### Descripción del estudio:

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo, comparativo para conocer la eficacia de la sección supracervical del útero durante la histerectomía total laparoscópica en comparación con histerectomía total laparoscópica e histerectomía total abdominal.

Se revisarán todos los expedientes de las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica con sección supracervical transoperatoria en el manejo de úteros grandes (mayores de 200gramos), incluyendo las pacientes a quienes se les realizó histerectomía total laparoscópica y total abdominal, tomando en cuenta como variables el peso uterino, cantidad de sangrado transoperatorio, tiempo quirúrgico, tiempo de estancia intrahospitalaria y la tasa de complicaciones, en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2011 y el 31 de diciembre del 2012.

Se formarán 3 grupos:

- 1) Histerectomía total laparoscópica con sección supracervical (HTL+SS)
- 2) Histerectomía total laparoscópica (HTL)
- 3) Histerectomía total abdominal (HTA)

#### Descripción de la técnica quirúrgica:

La preparación preoperatoria consistió en evaluación pre-anestésica, ayuno de 8 horas y preparación intestinal. El procedimiento fue realizado bajo anestesia general balanceada y en posición de litotomía modificada para laparoscopia, se efectuó sondeo vesical y la colocación del manipulador uterino (*flexible*) previa realización de histerometría. El neumoperitoneo se realizó mediante el uso de una aguja de Veress. Se utilizaron tres

puertos el primero infraumbilical de 10 mm a través del cual se colocó una lente de 10 mm y de 0 grados. Se utilizaron dos puertos secundarios de 5 mm que fueron colocados lateralmente en ambas fosas iliacas. Se efectuó una inspección visual del abdomen superior y de la pelvis. Las trompas uterinas, ligamentos útero-ováricos y ligamentos redondos fueron coagulados utilizando energía bipolar y seccionados mediante el uso del bisturí armónico. Se efectuó la apertura de las hojas anterior y posterior del ligamento ancho a cada lado del útero desplazando la vejiga inferiormente, así como, el peritoneo visceral posterior, dejando al descubierto los vasos uterinos que fueron también coagulados con energía bipolar y seccionados con bisturí armónico.

En este punto y con la idea de facilitar el manejo de la porción inferior del útero, el cérvix, ligamentos cardinales, uterosacros y la vagina efectuamos la sección supracervical del útero. Esta maniobra que es sólo temporal, permite retirar del campo quirúrgico el gran cuerpo uterino y mejorar la visibilidad al tiempo que se facilita la movilización y el manejo de la porción inferior del útero. El cuerpo uterino es colocado en el abdomen superior totalmente fuera del campo quirúrgico.

Es posible efectuar la sección del útero a cualquier nivel por arriba de los vasos uterinos e inclusive efectuar más de una sección si el caso lo amerita lo que permitirá la extracción del útero a través de la vagina de manera más sencilla.

A continuación se efectúa la apertura de la vagina traccionando el istmo o el cervix uterino de acuerdo al sitio de sección y se efectúa la sección de la porción inferior del útero. Se extrae primero el cervix a través de la vagina y posteriormente el cuerpo uterino. Se efectúa finalmente el cierre de la cúpula vaginal mediante sutura laparoscópica continua de V-loc del 0, en dos planos.

## **Variables de estudio**

1. Edad
2. Tipo de cirugía
3. Tipo de anestesia
4. Peso uterino
5. Tiempo quirúrgico
6. Pérdida sanguínea
7. Complicaciones
8. Días de estancia hospitalaria
9. Tipo de patología uterina



## RESULTADOS:

Se revisaron 79 expedientes de pacientes sometidas a histerectomía, ya sea por vía laparoscópica o total abdominal. Se revisó la descripción de la técnica quirúrgica así como el reporte de patología, para identificar aquellos úteros mayores de 200gramos y en particular aquellos casos en los que se realizó sección supracervical durante la histerectomía total laparoscópica. Se formaron 3 grupos:

Grupo 1 Pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica con sección supracervical (HTL+SS).

Grupo 2 Pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica (HTL).

Grupo 3 Pacientes sometidas a histerectomía total abdominal (HTA).

Tabla 1. Promedio de edad de acuerdo a técnica quirúrgica		
CIRUGIA REALIZADA	No. Total de pacientes	Edad promedio (años)
HTL+SS	16	43.9 (34-48)
HTL	21	49.5 (37-67)
HTA	10	47.8 (35-65)

En cuanto al tipo de anestesia, en todos los casos se realizó anestesia general blanceada sin complicaciones.

Tabla 2. Casos de Histerectomía total laparoscópica con sección supracervical para manejo de úteros grandes.

Paciente	Edad (años)	Peso uterino (g)	Tiempo quirúrgico (min)	Sangrado transope- ratorio (ml)	Estancia (días)	Complicaciones
1	36	200	240	350	2	Ninguna
2	57	150	170	100	1	Ninguna
3	59	100	120	Minimo	3	Ninguna
4	41	600	360	300	2	Ninguna
5	39	600	220	700	3	Ninguna
6	39	150	160	400	2	Ninguna
7	44	200	240	450	2	Ninguna
8	48	150	220	Minimo	3	Ninguna
9	43	150	240	700	3	Ninguna
10	42	375	180	600	2	Ninguna
11	34	250	130	150	2	Ninguna
12	42	200	165	Minimo	2	Ninguna
13	47	400	225	300	1	Ninguna
14	42	150	140	100	2	Ninguna
15	45	300	200	200	2	Ninguna
16	48	200	160	450	4	Ninguna

En la tabla anterior se muestran las diversas variables a estudiar en las pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica con sección supracervical. El peso uterino promedio 260.93g (100 a 600g). El 62.5% de los casos fueron úteros mayores de 200gramos. *6 pacientes utero mayor de 250gramos.*

El tiempo quirurgico promedio fue de 198 minutos (120-360min). En uno de los casos el tiempo quirúrgico se prolongo debido a la realización de adherenciólisis para iniciar el abordaje pélvico y en otro debido a la realización de miomectomía de un mioma de 10cm.

El sangrado transoperatorio promedio 376ml (<50ml-700ml). El mayor sangrado se observó en una paciente con un útero de 600gramos, el sangrado fue asociado al tamaño de la pieza quirúrgica. En un caso existió lesión de arteria epigástrica en uno de los puertos quirúrgicos que se corrige satisfactoriamente.

El tiempo de estancia intrahospitalaria promedio fue de 2.25 días (1-4 días).

El reporte histopatológico fue de miomatosis uterina de múltiples elementos en la mayoría de los casos, también se reportó adenomiosis y poliposis endometrial.

Tabla 3. Casos de histerectomía total abdominal

Paciente	Edad (años)	Peso uterino (g)	Tiempo quirúrgico (min)	Sangrado transope- ratorio (ml)	Estancia (días)	Complicaciones
1	35	200	125	200	3	
2	50	600	120	300	3	
3	47	500	130	200	3	
4	57	200	230	300	6	Pseudooclusión intestinal
5	65	110	60	200	3	
6	48	100	140	100	5	
7	41	150	120	600	4	
8	51	370	200	200	2	
9	40	104	75	500	2	
10	44	132	140	300	4	

En la tabla anterior se muestran los casos de las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal. El promedio de peso uterino fue de 246g (100-600g). El promedio de tiempo quirúrgico fue de 134min (60 a 230min). El promedio de estancia intrahospitalaria fue de 3.5días (2-6 días). En el 50% de los casos los pesos uterinos sobrepasaron los 200gramos. Solo en 1 caso existió una pseudooclusión intestinal postoperatoria.

Tabla 4. Casos de histerectomía total laparoscópica convencional

Paciente	Edad (años)	Peso uterino (g)	Tiempo quirúrgico (min)	Sangrado transope- ratorio (ml)	Estancia (días)	Complicaciones
1	44	290	100	100	1	
2	67	63	60	Mínimo	2	
3	41	96	110	100	2	
4	48	75	120	150	2	
5	50	500	390	4000	10	Conversión por sangrado de pedículo.
6	49	97	145	Minimo	2	
7	37	150	75	100	3	
8	39	220	125	50	2	
9	47	200	90	Minimo	2	
10	45	200	150	400	3	
11	57	150	130	100	3	
12	50	350	125	150	3	
13	63	350	120	Minimo	3	
14	45	250	65	300	4	
15	64	60	165	100	3	

16	51	200	150	100	1	
17	47	300	95	50	2	
18	44	150	60	60	2	
19	44	450	125	150	3	
20	57	300	120	200	2	
21	42	300	145	200	2	

La tabla 4 muestra las pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica, se excluyen pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica con cualquier otra variante (asistida vía vaginal). El promedio de peso fue 226.23gramos (60 a 500g). Promedio de tiempo quirúrgico 129.5 min (60 a 390min). El promedio de estancia intrahospitalaria fue de 2.71 días (2 a 10 días). En 14 pacientes se observa un peso uterino mayor de 200gramos lo que constituye el 55.6% de los casos. Una paciente presentó sangrado incoercible de la arteria uterina por lo que se convirtió a laparotomía y permaneció 10 días.

Tabla 5. Comparación entre las diferentes técnicas quirúrgicas.

Variable \ Técnica	HTL + SS	HTA	HTL
Peso	260.93g (100 a 600g)	246g (100-600g)	226.23gramos (60 a 500g)
Sangrado	376ml (<50ml-700ml)	134min (60 a 230min)	129.5 min (60 a 390min)
Tiempo quirúrgico	198 minutos (120-	134min (60 a	129.5 min (60 a

	360min)	230min)	390min)
Días de estancia	2.25 días (1-4 días)	3.5días (2-6 días)	2.71 días (2 a 10 días)
Complicaciones	Ninguna	Pseudooclusión intestinal	Conversión a cirugía abierta

Si comparamos estas técnicas en relación a úteros mayores de 250gramos encontramos lo siguiente:

Tabla 6. Úteros mayores de 250gramos

HTL + SS	HTA
6 pacientes	3 pacientes
600	600
600	500
375	370
250	----
400	----
300	----

## ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Debido al auge de la cirugía laparoscópica en ginecología, la histerectomía laparoscópica ha ganado gran aceptación. Sin embargo, existen casos en los que el útero alcanza un gran tamaño y en los que el manejo laparoscópico se dificulta; esto se debe principalmente a la dificultad para el posicionamiento de los puertos, a la reducción del campo visual, a la limitada movilidad del útero y a la dificultad para extraer de la pelvis un útero de gran tamaño. Todos estos factores pueden resultar en mayor riesgo de lesión a otras estructuras, en mayor cantidad de pérdida sanguínea y en mayor tiempo quirúrgico. La cirugía laparoscópica tiene la ventaja de menor dolor postoperatorio<sup>12</sup>. Muchas de estas pacientes pueden ser egresadas dentro de las primeras 24hrs de la cirugía y pueden regresar a sus actividades cotidianas en 1 semana.

Por lo tanto, la histerectomía laparoscópica se asocia a menor dolor, menor estancia intrahospitalaria, menor tasa de complicaciones y recuperación más rápida en comparación a la histerectomía total abdominal.

En algunos casos de úteros grandes, puede ser necesario el tratamiento con agonistas de GnRH para disminuir el tamaño de los miomas y disminuir la vascularidad. Esto constituye un tratamiento alternativo en algunas ocasiones, o también se puede usar como tratamiento preoperatorio.

Las conversiones a cirugía abierta se relacionan a sangrado incontrolable de pedículos vasculares. Los laparoscopistas expertos tienen una menor tasa de conversión de laparoscopia a laparotomía, alrededor de 2 a 4%<sup>13-14</sup>.



El manejo de úteros grandes no constituye una dificultad en manos expertas. Suele incrementar el tiempo quirúrgico por el uso de morcelador. Mediante esta variante de la técnica, no se utiliza morcelador para la extracción de la pieza quirúrgica, lo que reduce el tiempo quirúrgico y los costos del procedimiento.

## CONCLUSIONES

En la actualidad, las indicaciones sobre la vía de abordaje de la histerectomía, refieren como la mejor la vía vaginal, en segundo lugar la laparoscópica y por último la abdominal. La vía vaginal ha ido cayendo en desuso en nuestro medio debido al auge de la cirugía laparoscópica. También se observa una tendencia a un mayor número de histerectomías laparoscópicas en relación a la cirugía abierta.

Esta modificación a la técnica quirúrgica puede desempeñar un papel fundamental en el manejo de úteros grandes en pacientes en las que las ventajas de la cirugía laparoscópica se prefieran sobre la cirugía abierta. Pacientes en las cuales por sus condiciones físicas, antecedentes patológicos y peso uterino serían sometidas a histerectomía total abdominal se verían beneficiadas por el abordaje laparoscópico.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. SOGC Clinical Practice Guideline, Supracervical Hysterectomy, J Obstet Gynaecol Can 2010;32(1):62–68.
2. Hamilton B, y cols. Laparoscopic Supracervical Hysterectomy for Benign Gynecologic Conditions, JSLS (2009)13:19–21
3. Flory N, Bissonnette F, Amsel RT, Binik YM. The psychosocial outcomes of total and subtotal hysterectomy: a randomized controlled trial. J Sex Med 2006 May;3(3):483–91.
4. Jenkins, T. Laparoscopic supracervical hysterectomy. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004) 191, 1875–84
5. Shahid y cols. Laparoscopic subtotal hysterectomy for large uteri using modified five port technique. Arch Gynecol Obstet (2011) 283:79–81
6. González B. Indicaciones actuales de la histerectomía Subtotal. Ginecología y Obstetricia Clínica 2004;5(2):82-86
7. Ottosen C, Lingman G, Ottosen L. Three methods for hysterectomy: a randomized, prospective study of short term outcome. BJOG 2000;107:1380–5.
8. Lee YS (2001) Benefits of high epigastric port placement for removing the very large uterus. J Am Assoc Gynecol Laparosc 8:425–428
9. Wattiez A, Soriano D, Fiaccavento A, Canis M, Botchorishvili R, Pouly J et al (2002) Total laparoscopic hysterectomy for very enlarged uteri. J Am Assoc Gynecol Laparosc 9:125–130
10. Choi JS, Kyung YS, Kim KH, Lee KW, Han JS. The four trocar method for performing laparoscopically-assisted vaginal hysterectomy on large uteri. J Minim Invasive Gynecol (2006) 13:276–280
11. Lethaby A, Ivanova V, Johnson NP. Histerectomía total versus subtotal para las enfermedades ginecológicas benignas (Revisión Cochrane traducida).
12. Walid MS et al, Total Laparoscopic Hysterectomy for Uteri Over One Kilogram, *Journal of the Society of Laparoscopic Surgeons* (2010)14:178–182.

13. Ng CC, Chern BS. Total laparoscopic hysterectomy: a 5-year experience. *Arch Gynecol Obstet.* 2007;276(6):613– 618.
14. Ortiz FM, Zepeda MA, Garcia EE, Pineda JM, Rico HBB. Total laparoscopic hysterectomy: complications and clinical evolution in an 87 cases series. *Ginecol Obstet Mex.* 2008;76(9):520–525.
15. Demir, RH. Safe Laparoscopic Removal of a 3200 Gram Fibroid Uterus. *JSL* (2010)14:600–602.