

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL ÁNGELES LOMAS**

**INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA Y SU CORRELACION
HISTOPATOLOGICA**

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

PRESENTA:

DR. JOSÉ MIGUEL NAVARRO MARTÍN

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN:

DR. SAMUEL KARCHMER KRIVITZKY

ASESOR DE TESIS:

DRA. DALILA ADRIANA MENDOZA RIOS

CIUDAD DE MÉXICO JULIO 2017



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. Samuel Karchmer Krivitzky
Profesor Titular del Curso de Ginecología
Y Obstetricia del Hospital Ángeles Lomas

Dr. Carlos Quesnel
Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del
Hospital Ángeles Lomas

Dr. Manuel García Velásco
Jefe de Enseñanza Médica del Hospital Ángeles Lomas

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
ANTECEDENTES.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	24
OBJETIVOS.....	28
HIPÓTESIS.....	28
MATERIALES Y MÉTODO.....	28
Clasificación de la investigación	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Criterios de eliminación	
Metodología	
Variables	
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	30
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	36
CONCLUSIONES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

RESUMEN

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico mediante el cual el ginecólogo o cirujano extirpa el útero. Un procedimiento que a lo largo de los años se ha utilizado para múltiples indicaciones de origen predominantemente ginecológico.

En la actualidad, con la aparición de nuevos tratamientos médicos y conservadores eficaces para condiciones benignas ginecológicas se plantean preguntas sobre la justificación de la histerectomía en la medicina del siglo XXI.

Objetivo: Estudiar la correlación entre la indicación prequirúrgica y los resultados histopatológicos en el Hospital Ángeles Lomas en el periodo comprendido entre enero de 2015 y abril de 2016. También valorando la vía de abordaje, los grupos de edad y si contaban con salpingectomía y/o ooforectomía.

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo y comparativo.

Material y métodos: Se realizó una revisión de los reportes del servicio de patología y recuperación en el área de tococirugía del Hospital Ángeles Lomas del enero del 2015 a abril del 2016, de los cuales se excluyeron a pacientes que no contaban con reporte de patología en el hospital o que no se haya realizado el procedimiento en el área de tococirugía.

Resultados: El número total de pacientes incluidos en el periodo comprendido entre enero del 2015 a abril del 2016 fue de 152. La indicación prequirúrgica más común fue Miomatosis en un 39.48%, seguido de Sangrado Uterino Anormal con un 2.23% y otras menos comunes como Prolapso de órganos pélvicos en un 3.94%, tumores de ovario en un 3.94% y neoplasia intraepitelial cervical en 3.38%, adenomiosis con un 2.60% y endometriosis 1.95%.

La patología más frecuente en los reportes histopatológicos fue miomatosis 22.7%, adenomiosis 16.12%, disociación glándulo-estromal 15.13%, sin alteraciones histopatológica hasta en un 12.17%.

La edad promedio de las pacientes fue de 46.3 años, siendo el grupo de 41 a 50 años el más frecuente con 87 de las 152 pacientes. La vía de abordaje quirúrgico más común fue la abdominal con 73.68%, seguido de la vía laparoscópica 15.14% y por último la vaginal con 11.18%. Hasta el 95% de las hysterectomías se reportan totales, solo un 26% acompañada de ooforectomía y un 38% con salpingectomía.

Palabras clave: Indicación quirúrgica hysterectomía, reporte histopatológico, Hysterectomía, hysterectomía laparoscópica, hysterectomía abdominal, hysterectomía vaginal.

ABSTRACT

Hysterectomy is the surgical procedure by which the gynecologist or surgeon removes the uterus. A procedure that over the years has been used for multiple indications of predominantly gynecological origin.

Nowadays, with the emergence of new medical treatments and effective preservatives for benign gynecological conditions questions are raised about the justification of hysterectomy in 21st century medicine.

Objective: To study the correlation between the preoperative indication and the histopathological findings at the Angeles Lomas Hospital in the period between January 2015 and April 2016. Also assessing the surgical approach, the age groups and whether salpingectomy and / or oophorectomy concomitant.

Design: Descriptive, retrospective and comparative study.

Material and methods: A review of the reports of the pathology and recovery service in the area of gynecological surgery of Angeles Lomas Hospital from January 2015 to April 2016 was carried out, excluding patients who had no

pathology report in the hospital or that the procedure has not been performed in the area of gynecological surgery.

Results: The total number of patients included in the study period from January 2015 to April 2016 was 152. The most common preoperative indication was leiomyomatosis in 39.48%, followed by Abnormal Uterine Bleeding with 2.23% and others less common as Prolapse of pelvic organs in 3.94%, ovarian tumors in 3.94% and cervical intraepithelial neoplasia in 3.38%, adenomyosis with 2.60% and endometriosis 1.95%.

The most frequent pathology in the histopathological reports was leiomyomatosis 22.7%, adenomyosis 16.12%, gland-stromal dissociation 15.13%, without histopathological alterations up to 12.17%.

The mean age of the patients was 46.3 years, being the group of 41 to 50 years the most frequent with 87 of the 152 patients. The most common surgical approach was abdominal surgery with 73.68%, followed by the laparoscopic route 15.14% and finally the vaginal with 11.18%. Up to 95% of hysterectomies are reported total, only 26% accompanied by oophorectomy and 38% with salpingectomy.

Keywords: hysterectomy surgical indication, histopathological report, hysterectomy, laparoscopic hysterectomy, abdominal hysterectomy, vaginal hysterectomy.

ANTECEDENTES

La histerectomía, que significa la extirpación quirúrgica del útero, es el segundo procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en mujeres en todo el mundo, junto a la cesárea. (1)

Según Magon y col, la histerectomía es una cirugía que ha sido utilizada adecuadamente, mal utilizada, infrautilizada y maltratada en diferentes momentos de la ginecología. Sigue siendo un tema de debate debido a la importancia física, emocional, económica, sexual y médica para las mujeres que viven las complicaciones y beneficios de esta cirugía. (2)

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 tales como Italia, Alemania y España. La histerectomía vaginal se realizó esporádicamente entre los siglos XVII y XVIII. (3)

En la época moderna, la primera histerectomía de la que se tiene información se realizó en el año 1813, por Conrad Langenbeck, quien la efectuó por vía vaginal. Cincuenta años más tarde, en 1863, Charles Clay, un cirujano de Manchester, efectuó la primera histerectomía abdominal de la que se tiene noticia, fue una histerectomía subtotal. (4)

El crédito para la primera histerectomía abdominal con una paciente superviviente va a Walter Burnham de Lowell, Massachusetts, que realizó la operación en 1853. Burnham creía que estaba operando en un gran quiste ovárico, pero en su lugar se encontró un gran útero miomatoso. (5)

Han transcurrido algunos siglos desde que se registró la primera histerectomía exitosa y desde ese lapso muchas cosas han cambiado en la práctica de la cirugía ginecológica. Afortunadamente hoy en día, las tasas de mortalidad y morbilidad relacionadas con el procedimiento han disminuido.

En nuestro medio la histerectomía sigue siendo la cirugía ginecológica más frecuente, a pesar de haber descendido casi a un tercio tras el advenimiento de la histeroscopia. (3)

En México no existe evidencia del número real de histerectomías que se realizan y su indicación ha sido para aliviar síntomas y mejorar la calidad de vida. (6)

Los costos anuales relacionados a la histerectomía exceden los 5.000.000.000 de dólares en los Estado Unidos solamente. (3)

En los últimos años, ha disminuido su incidencia por el empleo de otros tratamientos menos invasivos: miomectomía histeroscópica o laparoscópica, empleo de mallas para el tratamiento de los prolapsos uterinos, uso del Dispositivo Intrauterino (DIU) con levonorgestrel y la ablación endometrial, entre otros. (7)

Anualmente, el número aproximado de histerectomías realizadas para tratar las enfermedades benignas incluyen 100,000 en el Reino Unido, 555,000 en Estados Unidos y 70 000 en Francia. (8)

El riesgo de que una mujer se le tenga que realizar una histerectomía a lo largo de su vida va de un 20 a 35% de todas las mujeres, dependiendo de su edad, raza y estado socioeconómico. (9)

En el año 2012 en el hospital de Kasturba, India, un total de 45.423 mujeres asistieron al departamento de pacientes ambulatorios por quejas ginecológicas y 5.837 fueron admitidas en el hospital. De los cuales 859 pacientes fueron tratados con algún procedimiento quirúrgico importante que incluyó 527 histerectomías. Así, el 9% del total de ingresos ginecológicos terminó con histerectomía. (10)

Una o más opciones "médicas" deben ser presentadas a mujeres con SUA antes de considerar el tratamiento quirúrgico. Dependiendo de la gravedad de la enfermedad, la edad del paciente, sus creencias culturales, y su deseo de preservar la fertilidad, una ablación endometrial o una histerectomía también pueden ser considerados.

El cirujano o ginecólogo que esté preparado para realizar una histerectomía para tratar el SUA debe tener pleno conocimiento de todas las alternativas médicas y opciones de manejo quirúrgico e informar al paciente de sus opciones de tratamiento. En pacientes donde el tratamiento médico o la cirugía conservadora no han logrado reducir y mejorar el sangrado, la histerectomía se asocia con un alto nivel de satisfacción. (11)

La histerectomía sigue siendo un tema de debate diverso debido a su importancia física, emocional, económica, sexual y médica para las mujeres.

Existe una preocupación entre la comunidad médica y de políticas de salud que la histerectomía se utiliza con demasiada frecuencia como un tratamiento de primera línea. Es un hecho bien conocido que para lograr el resultado más favorable, la adecuación de la cirugía debe ser cuidadosamente evaluada junto con todas las opciones disponibles en el contexto del proceso de la enfermedad como la gestión médica. (10)

Según cálculos estadísticos, la probabilidad de sufrir una histerectomía a los 40 años es del 14,5% en Francia y 12,6% en los Estados Unidos. A la edad de 50 años, este porcentaje pasa al 12% en Francia y 23,8% en los Estados Unidos. (12)

INDICACIONES

Las principales indicaciones para realizar una histerectomía son: anatómicas, funcionales, infecciosas, neoplasias benignas, neoplasias malignas, y de urgencias obstétricas y traumáticas. (7)

La histerectomía reduce la morbilidad y la mortalidad en la mujer afectada permitiéndoles una mejor calidad de vida. (13)

Indicaciones
Existen cinco categorías diagnósticas amplias de indicaciones para la histerectomía
<ol style="list-style-type: none">1. Miomatosis uterina2. Sangrado uterino anormal3. Prolapso de órganos pélvicos4. Dolor pélvico o infección (ej: endometriosis, enfermedades inflamatorias pélvicas)5. Enfermedad maligna y premaligna
Tomado de cita (14)

La evaluación de una mujer con sangrado uterino anormal (SUA) debería descartar etiologías no ginecológicas, problemas del tracto reproductivo como pólipos cervicales, neoplasia endometrial y causas relacionadas con el embarazo.

La histerectomía se ha asociado con mejoras en la calidad de vida física y mental, imagen corporal y aspectos de la actividad sexual, con pocas diferencias entre las rutas quirúrgicas. (14)

La miomatosis sigue siendo la indicación más común de la histerectomía. En un estudio de más de 2.000.000 de histerectomías realizadas en Estados Unidos en la década de los años 1990, Farquhar y Steiner informaron por miomas (40%),

cáncer (12.6%), sangrado anormal (9.5%), enfermedad pelviana inflamatoria (3.7%), prolapso uterino (3%). En contraste el prolapso fue la indicación del 44% de las histerectomías vaginales, y los miomas solo 17% en este caso. En su estudio la vía abdominal fue elegida en el 63% de todas las histerectomías en los EE.UU en 1997, mientras que la vía vaginal solo fue elegida el 23% de las veces y la laparoscópica represento el 9.9% del total. (3)

Los resultados importantes para los pacientes incluyen alivio de los síntomas, complicaciones mínimas y calidad de vida óptima. La histerectomía es altamente efectiva para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Para lograr el resultado más favorable, la adecuación de la cirugía debe evaluarse cuidadosamente junto con todas las opciones disponibles en el contexto del proceso de la enfermedad. La preferencia del paciente respecto a la estrategia terapéutica es de gran importancia. (11)

Afecciones benignas

- Miomatosis:

Se estima que los miomas o también llamados leiomiomas, se encuentran entre el 20 - 30% de todas las mujeres, predominando de los 30 a 40 años; pudiendo presentarse a cualquier edad. (7)

Al considerar la histerectomía para el SUA relacionada con miomatosis, deben descartarse otras causas de menorragia. Se debe realizar un muestreo endometrial, cuando se indique, para excluir las lesiones endometriales. Se debe considerar la posibilidad de una coagulopatía o disfunción tiroidea. Dado que los miomas raramente causan dolor, deben excluirse otras causas de dolor pélvico. No se debe esperar que la extirpación de un útero miomatoso alivie los síntomas de incontinencia. (11)

Para los miomas sintomáticos, la histerectomía proporciona una solución permanente a la menorragia y a los síntomas de presión relacionados con el agrandamiento del útero. (7)

En el caso de los miomas con manifestaciones invalidantes, la histerectomía representa una solución definitiva una vez que fracasan los tratamientos médicos.

Los miomas uterinos son el tumor ginecológico más común y están presentes en el 30% de las mujeres en edad reproductiva. El tratamiento debe ser individualizado basado en los síntomas, el tamaño y la tasa de crecimiento del útero y el deseo de fertilidad del paciente. Las indicaciones para la histerectomía en un paciente completamente asintomático son escasas e incluyen aquellos de ampliación rápida o agrandamiento después de la menopausia cuando se plantean problemas de leiomioma. (11)

La miomatosis uterina sintomática, es el diagnóstico preoperatorio más común (> 65%), afecta a una de cada cuatro mujeres en edad reproductiva y se manifiesta por polimenorrea, dolor abdominal bajo y anemia. (7)

La ventaja de la miomectomía es la preservación del útero. El deseo de fertilidad es la indicación más común para la miomectomía en lugar de la histerectomía. (11)

- Menometrorragias: después de descartar una afección maligna endometrial o cervical, el tratamiento médico debe ser la opción preferente, mediante la histeroscopia. Si fracasa, puede indicarse la histerectomía, sobre todo en caso de anemia secundaria. (15)

- Prolapsos órganos pélvicos: el hecho de practicar una histerectomía permite una reconstitución más anatómica de los ejes vaginales y de sus inserciones mediante la reconstrucción anatómica. (7)

- Endometriosis y adenomiosis: la histerectomía puede convertirse en el último recurso en caso de síndrome de dolor pélvico intenso y refractario a otro tratamiento, y si no se desean más embarazos. (15)

- Síndrome doloroso pélvico: el beneficio de la histerectomía no se ha demostrado. Por este motivo, sólo se la debe considerar tras el fracaso de las demás alternativas terapéuticas y después de un enfoque pluridisciplinario que incluya psicólogos, kinesiterapeutas y ginecólogos. Cuando el dolor se limita a una dismenorrea o se asocia a molestias pélvicas considerables, la histerectomía puede ser beneficiosa. (15)

Afecciones preinvasivas

- Hiperplasia endometrial con atipias.
- Carcinoma cervical in situ: no es en sí mismo una indicación de histerectomía. Ésta se puede indicar cuando la conización no es útil, o en caso de solicitud explícita de la paciente por haber satisfecho sus proyectos de maternidad.
- Adenocarcinoma cervical in situ: en este caso hay que estar seguro de que la lesión no se asocia a ningún componente invasivo. (15)

Afecciones malignas

- Cáncer endometrial y cervical: papel terapéutico y de estadificación.
- Cáncer de ovario y carcinoma tubárico: el papel de la laparoscopia es aún muy controvertido, salvo en la estadificación. (15)

En el 2014, en un hospital de enseñanza en India, la indicación más común para la histerectomía fue miomatosis (39,9%), seguido por prolapso órganos pélvicos (16,3%). Otras indicaciones son sangrado uterino anormal (8,1%), adenomiosis (3,9%), endometriosis (1,3%), tumores ováricos benignos (7,9%) y malignos (8,9%), hiperplasia endometrial (4,7%) y cáncer endometrial 3,7%), enfermedad premaligna del cuello uterino (3,2%) y cáncer cervical precoz (0,7%), sangrado

posmenopáusico de causa indeterminada (2,8%) y enfermedad inflamatoria pélvica (1,5%). La histerectomía obstétrica se realizó en (1,5%). (10)

Un análisis retrospectivo realizado en Francia incluyó a pacientes que se sometieron a histerectomía para tratar condiciones benignas por cualquier método (abdominal, vaginal o laparoscópico) en el Departamento de Ginecología del Hospital Universitario de Tours, de enero de 2000 a diciembre de 2011. (8)

Se identificaron un total de 2179 histerectomías consecutivas sin tumores malignos conocidos o sospechosos de manera pre quirúrgico, con o sin extracción anexial.

De todas las piezas quirúrgicas, se identificó carcinoma endometrial no anticipado en 9 de 2179 pacientes (0,4%). Y aunque sea un porcentaje pequeño, en todas las pacientes que se vayan a someter a una histerectomía, deberán someterse a estudio preoperatorio minucioso. La biopsia sigue siendo el método diagnóstico necesario para sangrado anormal peri menopáusico. (8)

VÍA ABORDAJE

La histerectomía sigue siendo el tratamiento de elección para muchas afecciones ginecológicas. Sin embargo, sólo debe indicarse después de considerar otras alternativas terapéuticas conservadoras, o tras el fracaso de éstas. Además, la edad de la paciente, sus proyectos de maternidad y sus propias preferencias son factores que deben considerarse en la elección terapéutica. La relación beneficio/riesgo debe evaluarse antes de cualquier intervención, sobre todo ante las afecciones benignas. (15)

Un promedio de 62,200 histerectomías por año se han realizado durante la década mundialmente. De éstas, el 64% fueron histerectomías abdominales. Todas las encuestas a gran escala de la práctica de la histerectomía han demostrado que el 70-80% de las histerectomías se realizan por vía abdominal. (13)

La histerectomía vaginal y la histerectomía laparoscópica son opciones asociadas con complicaciones menores, pero el costo, la experiencia y la falta de disponibilidad de las instalaciones en la mayoría de las instalaciones hacen que la histerectomía abdominal sea el procedimiento de elección. (13)

La histerectomía vaginal tuvo un comienzo en 1507, realizado por Glacomo Berengario da Carpi para el prolapso uterino en Italia. (16)

Los primeros intentos de histerectomía abdominal se efectuaron por miomas 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)

Durante prácticamente todo el siglo XX, las vías abdominal y vaginal fueron las únicas vías de abordaje utilizadas para realizar histerectomías, hasta que, en 1989, Reich et al realizaron la primera histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. (4)

La técnica quirúrgica de la histerectomía abdominal fue publicada por primera vez en 1929 por Edward H. Richardson con la que se entrenaron miles de cirujanos ginecólogos a lo largo de los años. (3)

La vía de abordaje para la histerectomía depende de la experiencia del cirujano, la indicación para la cirugía, la naturaleza de la enfermedad, las características de la paciente y la elección de la paciente. Cada caso debe ser individualizado. Las opciones incluyen histerectomía vaginal, histerectomía vaginal asistida laparoscópica (HVAL), histerectomía laparoscópica supracervical (HSL), histerectomía laparoscópica total (HLT) e histerectomía abdominal (total, total o radical). (11)

La elección de la vía de la histerectomía se individualiza de acuerdo al paciente. Algunos factores importantes son:

- Extensión de la patología ginecológica - ¿Cuál es el mejor acceso para tratar adecuadamente la enfermedad?
- Riesgos y beneficios relativos de la ruta de la histerectomía - ¿Qué técnica está asociada con el riesgo más bajo de complicación para este paciente?
- Necesidad de realizar procedimientos adicionales - ¿Cuál es el mejor acceso para el manejo de la patología concomitante?
- Preferencias del paciente - ¿El paciente informado tiene preferencia por el abordaje de histerectomía?
- La competencia, preferencia y facilidades disponibles para el cirujano. (14)

Esta variación de tasas de un lugar a otro se debe a varios factores incluidos las expectativas de las pacientes y la disponibilidad de atención médica, pero se relaciona principalmente con los patrones de práctica y de entrenamiento de los cirujanos ginecólogos locales. Las alternativas a la histerectomía han disminuido las tasas de esta operación en los últimos años. La hormonoterapia sistemática ha sido efectiva para el tratamiento de la menorragia. (3)

La histerectomía puede realizarse por vía vaginal, abdominal, laparoscópica o con laparoscopia asistida por robot. La histerectomía también puede realizarse combinando dos de estas cuatro vías, como la histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente o la histerectomía laparoscópica combinada con una mini laparotomía para extraer la muestra uterina de la cavidad peritoneal. (14)

Una evaluación preoperatoria cuidadosa (que comience con una anamnesis detallada y un buen examen físico y que cuando sea necesario incluya estudio por imágenes como ecografía y/o tomografía computada de pelvis / abdomen), en general permitirá al ginecólogo decidir cuál es el tipo de histerectomía apropiada. Así mismo deben explicarse minuciosamente y analizarse dichas opciones junto con el paciente. (3)

El antecedente de cesárea no constituye una contraindicación para la vía vaginal. Los estudios demuestran que el antecedente de cesárea aumenta la tasa de lesión vesical para todas las vías de acceso, pero que sigue siendo baja (hasta el

5% para la vía vaginal frente a un 1% si no hay antecedente de cesárea). Sin embargo, la tasa acumulada de complicaciones intraoperatorias (hemorragia, lesión vesical o digestiva) es más elevada en caso de antecedente de cesárea (18% frente al 4%). (17)

La histerectomía se puede realizar a través de las vías abdominal, laparoscópica o vaginal. En una revisión Cochrane del mejor abordaje quirúrgico para la histerectomía con el fin de tratar enfermedad ginecológica benigna, los autores concluyeron que, cuando es posible, la ruta vaginal debe ser preferida sobre la vía abdominal debido a resultados iguales o sustancialmente mejores para todos los parámetros. (8)

A la hora de seleccionar entre vía laparoscópica o vía vaginal se ha indicado que la histerectomía por vía vaginal es la técnica de elección en casos de patología benigna. No obstante, un meta análisis reciente, que compara las dos vías, concluye que la histerectomía total laparoscópica es una técnica comparable a la histerectomía vaginal y concluye que la vía laparoscópica tiene un menor dolor postoperatorio y menor estancia hospitalaria. (18)

Porcentaje de vías de abordaje Histerectomía			
	ABDOMINAL (%)	VAGINAL (%)	LAPAROSCOPIA (%)
EE.UU nacional	63	29	11
EE.UU California	71	25	4
EE.UU Minnesota	44	56	<1
Inglaterra	75	23	1,4
Australia	40	45	15
Dinamarca	80	14	6
Finlandia	58	18	24
España (HVN)	68	25	9

Tomado de cita (3)

A cualquier paciente que requiera una histerectomía se le debe ofrecer el abordaje vaginal si es factible, ya que las tasas postoperatorias de morbilidad y complicaciones son menores con el abordaje vaginal que con cualquier otro método. (11)

Indicaciones y contraindicaciones para la histerectomía vaginal
<p>Indicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado uterino disfuncional - Miomatosis sintomática - Dismenorrea severa - Dolor pélvico - Prolapso órganos pélvicos - Cáncer cervical de estadio 1A1 - Hiperplasia endometrial y cáncer endometrial en estadio precoz
<p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malignidad pélvica avanzada - Endometriosis severa o adherencias pélvicas - Enfermedad anexial relacionada con malignidad
(16)

Por otra parte, los estudios retrospectivos que informan de los costes económicos de ambas intervenciones indican que la vía vaginal es más económica que la laparoscopia. (18)

En un estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes que se sometieron a histerectomía por causas ginecológicas no oncológicas en el Instituto Mayo de Ciencias Médicas, Barabanki, India en un período de 19 meses, de enero de 2015 a julio de 2016 se comparó la vía de abordaje para realizar una histerectomía. (19)

Durante el período de estudio, se realizaron un total de 152 histerectomías para diversas indicaciones. De ellos, 95 (62,5%) se realizaron por vía abdominal y 57 (37,5%) por vía vaginal. (19)

Clasificación de histerectomía radical adoptada por el GCG (Grupo de Cáncer Ginecológico) de la EORTC (Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer) (20)

1. Histerectomía simple (tipo I): sin salpinges ni ovarios.
2. Histerectomía radical modificada (tipo II): El útero, los tejidos paracervicales y la vagina superior (1- 2 cm) se retiran después de la disección de los uréteres hasta el punto de su entrada a la vejiga. Las arterias uterinas se ligan, y la mitad medial de la paramétrios y los ligamentos uterosacra proximales son resecados.
3. Histerectomía radical (tipo III): Remoción en bloque del útero con el tercio superior de la vagina junto con los tejidos paravaginales y paracervicales. Los vasos uterinos se ligan en su origen, y toda la anchura de los parametrios se reseca bilateralmente. Eliminación de la mayor cantidad posible de los ligamentos uterosacros.
4. Histerectomía radical extendida (tipo IV): Se diferencian del procedimiento de tipo III: se extirpan tres cuartos de la vagina y el tejido paravaginal.
5. Exenteración pélvica parcial (tipo V): El uréter terminal o un segmento de la vejiga o recto se elimina junto con el útero y los parametrios. (20)

Clasificación de las Histerectomías por vía Laparoscópica:

- Laparoscopia diagnóstica con histerectomía vaginal: Para determinar si es posible la vía vaginal y verificar hemostasia y aseo de coágulos al terminar el tiempo vaginal.
- Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL): Es una histerectomía vaginal posterior a adhesiolisis escisión de endometriosis, anexectomía uni o bilateral.
- Histerectomía laparoscópica (HL): Denota ligadura de arterias uterinas. Las demás maniobras pueden ser realizadas por vía vaginal o laparoscópicas. La identificación de los ureteros es siempre aconsejable.

- Histerectomía laparoscópica total (TLH): Con esta intervención el útero queda completamente libre en la cavidad abdominal, incluyendo el cierre de la cúpula vaginal y no se realiza ninguna cirugía vaginal (exceptuando en algunos casos, la extracción del útero).
- Histerectomía laparoscópica supracervical (HLSC): El procedimiento se realiza seccionando el cuerpo uterino a nivel del istmo y requiere ablación del canal endocervical, el útero es morcelado para su extracción. Una de las variantes es la versión de Kurt Semm conocida como histerectomía supracervical intrafascial clásica.
- Histerectomía vaginal laparoscópica radical (RLVH): Se refiere a la histerectomía radical por razones oncológicas en estadios avanzados de cáncer y su realización requiere un gran equipo multidisciplinario. (21)

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos hace las siguientes conclusiones y recomendaciones: (22)

- La histerectomía vaginal es el enfoque de elección siempre que sea factible. La evidencia demuestra que está asociada con mejores resultados en comparación con otros enfoques de la histerectomía.
- La histerectomía laparoscópica es una alternativa preferible a la histerectomía abdominal abierta para aquellos pacientes en los que no se indica ni es factible una histerectomía vaginal.
- Para un paciente individual, el cirujano debe tener en cuenta factores clínicos y determinar qué vía de histerectomía facilitará con mayor seguridad la remoción del útero y optimizar los resultados del paciente, dada la situación clínica y la formación y experiencia del cirujano.
- La selección de la vía de la histerectomía para las causas benignas puede estar influenciada por el tamaño y la forma de la vagina y el útero; Accesibilidad al útero (p. Ej., Descenso, adherencias pélvicas); Extensión de la enfermedad extrauterina; La necesidad de procedimientos concurrentes; Formación y experiencia de cirujanos; Volumen medio del caso; Tecnología, dispositivos y soporte hospitalario

disponibles; Si el caso es emergente o programado; Y preferencia del paciente informado.

- El obstetra-ginecólogo debe discutir las opciones con el paciente y hacer recomendaciones claras sobre qué vía de la histerectomía se maximizarán los beneficios y se minimizarán los riesgos dada la situación clínica específica.
- Las ventajas y desventajas relativas de los abordajes de la histerectomía deben ser discutidas en el contexto de los valores y preferencias del paciente y el paciente y el proveedor de salud deben determinar conjuntamente el mejor curso de acción después de esta discusión.

En México, hasta el 90% de las histerectomías son realizadas por miomatosis uterina y sangrado uterino anormal. El 67% de estas tienden a ser abdominales aun cuando la vaginal era la de elección. (6)

COMPLICACIONES

Al considerar una histerectomía, la paciente debe ser informada del riesgo de hemorragia, infección y daño a los órganos circundantes. (11)

Como cualquier otra cirugía, la histerectomía también se asocia con complicaciones intraoperatorias y postoperatorias. Se han reportado tasas de varias complicaciones con histerectomía en el intervalo de 0,5% a 43%. (10)

Como cualquier procedimiento quirúrgico la histerectomía también está asociada con factores de riesgo, por lo tanto, las indicaciones deben ser cuidadosamente evaluadas. Por lo tanto, la implementación de acciones específicas y la terapia conservadora para afecciones ginecológicas benignas deben ser alternativas eficaces a las histerectomías. (2)

Las complicaciones secundarias a histerectomía son variadas e incluyen las infecciones, complicaciones trombo embólico venosas, cardíacas, digestivas, de lesión de vía urinaria o digestiva, hemorragias, neuropatías, dehiscencias, etcétera. (23)

Las tasas de complicaciones asociadas con la histerectomía oscilan entre 0.5% y 43%. La fiebre postoperatoria y la infección son responsables de la mayoría de las complicaciones menores. Un gran análisis de más de 160,000 histerectomías en Ohio, Estado Unidos, informó una tasa de complicaciones de 9.1% para abdominal, 7.8% para vaginal, y 8.8% para el abordaje laparoscópico de la histerectomía. (11)

La incidencia de la trombosis venosa profunda (TVP) entre las pacientes sometidas a cirugía ginecológica mayor oscila entre el 7 y el 47% en función de los factores de riesgo asociados. (23)

Aunque las complicaciones trombo embolicas venosas después de la histerectomía son comunes y pueden poner en peligro la vida, son eventos prevenibles. La incidencia precisa de trombo embolismo venoso después de la histerectomía no está clara. (24)

El infarto de miocardio peri operatorio afecta al 3% de las pacientes sometidas a cirugía no cardiaca, pero esta tasa varía según los diferentes factores de riesgo. El infarto de miocardio constituye un diagnóstico bastante difícil porque sólo el 14% de las pacientes con infarto refiere dolor torácico. (23)

La tasa de complicaciones infecciosas después de la histerectomía es variable. Se han reportado tasas de 10.5% para histerectomía abdominal, 13.0% para histerectomía vaginal y 9.0% para histerectomía laparoscópica.

Una de las complicaciones infecciosas más comunes después de la histerectomía que es única en este procedimiento es la celulitis de la cúpula vaginal. Esto generalmente ocurre tarde en el curso de la hospitalización o poco después del alta. La incidencia oscila entre 0% y 8,3% después de la histerectomía. (24)

Complicaciones en la histerectomía abdominal

- Complicaciones infecciosas
 - Celulitis del manguito: 0% a 8.3%
 - Hematoma / absceso pélvico infectado: 0% a 14.6%
 - Infección de la herida: 0% a 22.6%
 - Infección de las vías urinarias: 0% a 13%
 - Neumonía: 0% a 2.2% (5)
- Eventos tromboembólicos: 1%
- Lesión del tracto genitourinario
 - Lesión de la vejiga: 1% a 2%
 - Lesión ureteral: 0.05% a 0.5%
- Lesión del tracto gastrointestinal: 0.3%
- Sangrado que requiere transfusión: 1% a 2%
- Lesiones nerviosas: menos del 1%
- Dehiscencia de cúpula vaginal: 0.15%

Tomado de cita (5)

La incidencia de infección de herida después de una histerectomía oscila entre 0% y 22,6%. Esta incidencia varía mucho dependiendo del nivel de contaminación presente. La incidencia de infección del tracto urinario después de la histerectomía oscila entre 0% y 13,0%, pero representa hasta el 40% de las infecciones nosocomiales. (24) Se estima que la lesión en el tracto genitourinario (vejiga u uréter) ocurre a una tasa del 1-2% para todas las cirugías ginecológicas importantes. Las histerectomías cuentan con una tasa de lesión de la vejiga del 1% para el abdomen, del 2,1% para la laparoscopia y del 1,2% para la histerectomía vaginal. Otras estimaciones oscilan entre 0,3% y 1,2% para abdomen, 0,2% a 8,3% para laparoscopia y 0,7% a 4% para la histerectomía vaginal. (24)

La lesión en el tracto gastrointestinal después de la histerectomía oscila entre 0,1% y 1%, con estimaciones de 0,3% para el abdomen y 0,2% para la histerectomía laparoscópica. La ocurrencia de lesión intestinal con histerectomía vaginal oscila entre 0,1% y 1,0%. (24)

La mediana de la pérdida de sangre estimada para la histerectomía abdominal es de 238-660,5 ml, para la histerectomía laparoscópica es de 156-568 ml, y para la histerectomía vaginal es de 215-287 ml.

La neuropatía después de la histerectomía es un evento raro pero significativo. Una revisión de la literatura revela una tasa de 0.2-2% después de la cirugía mayor de la pelvis. (24)

JUSTIFICACIÓN

La histerectomía es la operación no obstétrica más frecuentemente sufrida por las mujeres en los Estados Unidos, con más de 600,000 realizadas anualmente. Recientes estudios epidemiológicos de gran tamaño utilizando estimaciones de muestra informan resultados contradictorios con respecto a las indicaciones prequirúrgicas y su correlación histopatológica. (25)

Las indicaciones de histerectomía varían de una condición benigna a malignidades del tracto genital. Desde principios del siglo XX se considera el tratamiento definitivo de diversas patologías pélvicas como miomatosis, sangrado uterino anormal, dolor pélvico crónico, endometriosis, adenomiosis, prolapso órganos pélvicos y neoplasias malignas.

Ha dado lugar a un gran debate debido a la importancia física, emocional, económica, sexual y médica para las mujeres que se someten a tal tratamiento.

En este estudio retrospectivo, en el que se analizan los datos de todos los casos de histerectomía entre enero del 2015 a abril del 2016 enviados para histopatología en el hospital Ángeles Lomas para conocer las causas por las que

se realizaron estas cirugías y también el espectro de los cambios histopatológicos encontrados en estos especímenes.

De manera similar, se realizó un estudio descriptivo por el período de un año en el Departamento de Patología del Colegio Médico de Assam (India, 2016). Todos los casos de histerectomía enviados al departamento de patología del Colegio Médico de Assam fueron incluidos en el estudio. El período de estudio fue de 1 año y el tamaño de la muestra fue de 150. (1)

De los 150 casos estudiados, el grupo de edad más común sometido a histerectomía fue el de 40-49 años (74 casos) seguido de 30-39 años (39 casos). La edad media fue de 40,26 años. La histerectomía en menores de 20 años y mayores de 70 años fue rara (1 caso cada uno). La afección pre quirúrgica más común fue el sangrado uterino, seguido de distensión abdominal y sensación de masa.

Los hallazgos histopatológicos en el útero incluyeron miomatosis 39 casos, adenomiosis 39 casos, atrofia endometrial 34 casos, hiperplasia endometrial 29 casos, pólipo endometrial 6 casos y endometritis 1 caso. (1)

El objetivo de lo que se podría llamar una auditoría es evaluar los criterios basados en la justificación de la histerectomía y analizar la correlación del diagnóstico preoperatorio con el informe histopatológico final de todas las histerectomías realizadas en el hospital. (2)

Entre las lesiones cervicales, 120 casos mostraron características de cervicitis crónica. Se observó adenosis cervical en 9 casos, pólipo en 5 casos, metaplasia escamosa de glándulas endocervicales en 7 casos, displasia cervical en 5 casos, carcinoma de células escamosas y fibroblastoma cervical en 1 caso cada uno.

En el examen de los ovarios, las lesiones quísticas benignas incluyeron quiste folicular 42 casos, quiste luteínico 27 casos, quiste hemorrágico 5 casos, teratoma quístico benigno 5 casos. Hubo 6 pacientes con cistadenoma seroso, 1 tumor seroso borderline y 5 casos de cistadenocarcinoma seroso papilar. Se observó 1

caso de cistadenoma mucinoso, 3 casos de cistadenocarcinoma mucinoso y un solo caso de tumor de Krukenberg. (1)

La patología de la trompa de Falopio incluyó salpingitis crónica en 14 casos, hidrosalpinx 3 casos, displasia 1 caso, granuloma tuberculoso 1 caso y embarazo ectópico 1 caso.

El ovario derecho fue más comúnmente afectado por la enfermedad maligna en comparación con la izquierda. (1)

Se observa que más del 90% de las cirugías ginecológicas se realizan en condiciones benignas con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida del paciente.

Más del 50% de las mujeres que se presentan con menorragia se observa que tienen miomatosis durante su vida reproductiva. Varios estudios han informado a la miomatosis como la lesión patológica más frecuente con las frecuencias que van desde 25 a 48%. (1)

El sangrado menstrual anormal fue la principal indicación para la histerectomía. La adenomiosis fue el hallazgo más común en el reporte histopatológico que no se había notado en el preoperatorio. La cervicitis crónica fue el hallazgo incidental más frecuente.

Otro estudio similar incluyó a todas las pacientes que se sometieron a histerectomía por razones no oncológicas durante un período de un año durante el período comprendido entre abril de 2013 y el 31 de marzo de 2014. Las indicaciones preoperatorias se registraron conforme a como se llenó la forma de requisición histopatológica como diagnóstico principal, al igual que en nuestro estudio. (2)

En este estudio, el número total de casos fue de 373 en un año (de abril de 2013 a 31 de marzo de 2014). La edad del paciente osciló entre 22 y 85 años, con un promedio de 45.2 años.

De los 373 casos recibidos el 43.7% contaba con miomas, siendo la patología más común seguida de adenomiosis 19.3%. Pero un hallazgo significativo fue la ausencia de patología en el 20.1% de todos los casos.

Este estudio destaca el hecho de que la notificación de todas las histerectomías debe hacerse obligatoria y los resultados de la auditoría deben utilizarse para mejorar la calidad de los servicios de salud. (2)

El análisis histopatológico de las muestras de histerectomía es obligatorio para fines diagnósticos y para evaluar el patrón de lesiones comunes en el útero y anexos. (19)

El examen histopatológico de los especímenes quirúrgicos tiene un significado ético, legal, diagnóstico y terapéutico. Una variedad de condiciones en la práctica ginecológica requieren la extirpación de un útero que no puede mostrar patología macroscópica cuando es examinado por el patólogo. (26)

El propósito de este estudio fue evaluar la correlación entre la indicación pre quirúrgica y los resultados histopatológicos en el Hospital Ángeles Lomas en el periodo comprendido entre enero de 2015 y abril de 2016; así como también las vías de abordaje más común, los grupos de edad y si contaban con salpingectomía y/o ooforectomía.

Por lo tanto, el propósito de este estudio fue correlacionar varias indicaciones de histerectomía por cualquier vía de abordaje; con los hallazgos histopatológicos de los especímenes, determinando así el porcentaje de los diagnósticos clínicos preoperatorios y correlacionarlos con el examen histopatológico de las piezas quirúrgicas.

El análisis de las indicaciones para la histerectomía con los hallazgos patológicos y sus indicaciones quirúrgicas puede ayudar a reconocer la falta de estudio pre quirúrgico de cada paciente; así como las lagunas en el conocimiento o capacitación de los médicos ante la paciente candidata para recibir tratamiento definitivo mediante una histerectomía. El sistema de revisión del diagnóstico

preoperatorio y el informe histopatológico proporcionan un medio eficaz para asegurar la calidad y adecuación de la cirugía.

OBJETIVOS

Principal: la correlación entre las principales indicaciones prequirúrgicas en las diferentes vías de abordaje de histerectomía y su correlación con el reporte histopatológico.

Específicos:

Los porcentajes de uso de las diferentes vías de abordaje de la histerectomía.

Definir la edad promedio de las pacientes y que grupo presenta mayor incidencia a realizarse el procedimiento.

El uso concomitante de salpingectomía y/o ooforectomía.

HIPÓTESIS:

Hipótesis de la investigación:

Determinar la correlación entre las indicaciones prequirúrgicas más comunes para la histerectomía en cualquiera de sus vías de abordaje; y su correlación con el examen histopatológico postquirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODO:

Clasificación de la investigación

Se trata de un diseño descriptivo, retrospectivo y comparativo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Reporte completo de patología
- Encontrarse registrado en la bitácora de recuperación en el área tocoquirúrgica
- Contar con indicación prequirúrgica ginecológica

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Diagnóstico previo de patología maligna
- Expediente incompleto

VARIABLES DEL ESTUDIO

Indicación prequirúrgica, resultado histopatológico postquirúrgico, edad, vía de abordaje, uso concomitante de salpingectomía y/o ooforectomía, extirpación completa o subtotal de la pieza quirúrgica (útero).

METODOLOGÍA:

Se hizo revisión de expedientes clínicos en el área de archivo de patología y bitácora del área de recuperación del área tocoquirúrgica del hospital Ángeles Lomas recabando expedientes de pacientes con diagnóstico postquirúrgico de histerectomía de enero de 2015 y abril de 2016.

Se consideraron variables: la vía de abordaje, la edad de la paciente, la concomitancia con salpingectomía y/o ooforectomía, la extirpación completa o subtotal de la pieza quirúrgica (útero).

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos en Excel y se utilizó el programa estadístico para determinar las variables con mayor porcentaje de presentación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

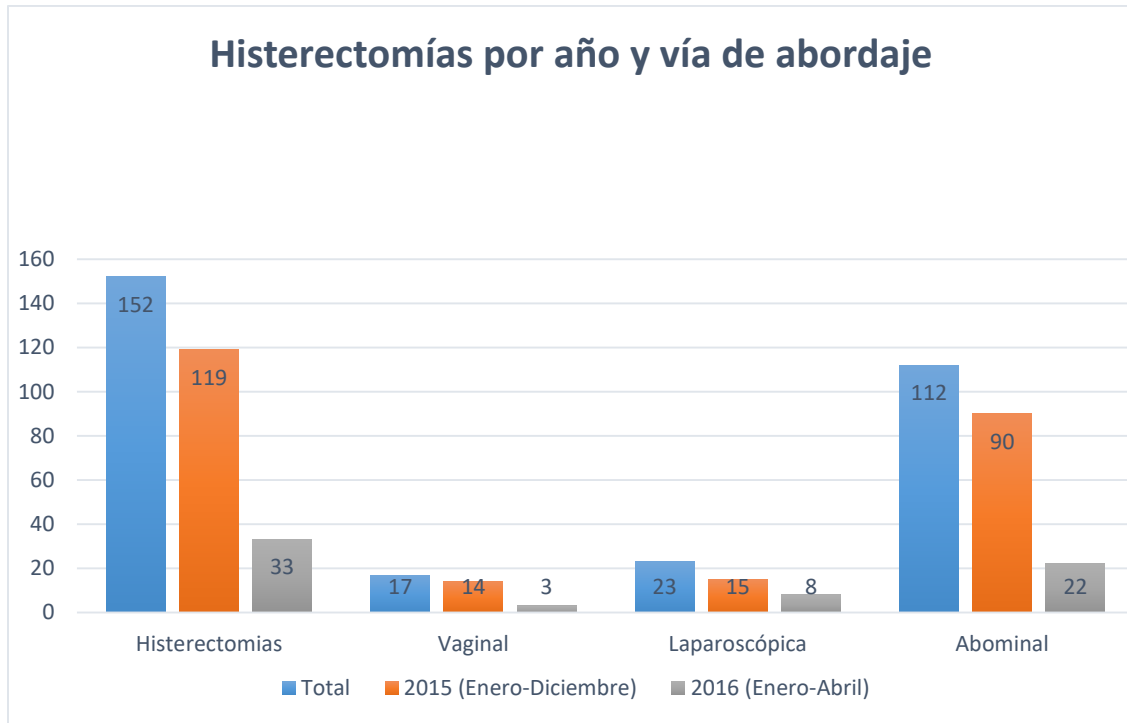
La recolección de los datos se llevará a cabo en el programa Microsoft Excel para encontrar las tendencias con mayor presentación dependiendo de cada una de las variables a estudiar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

No existen consideraciones éticas a analizar debido a que se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo.

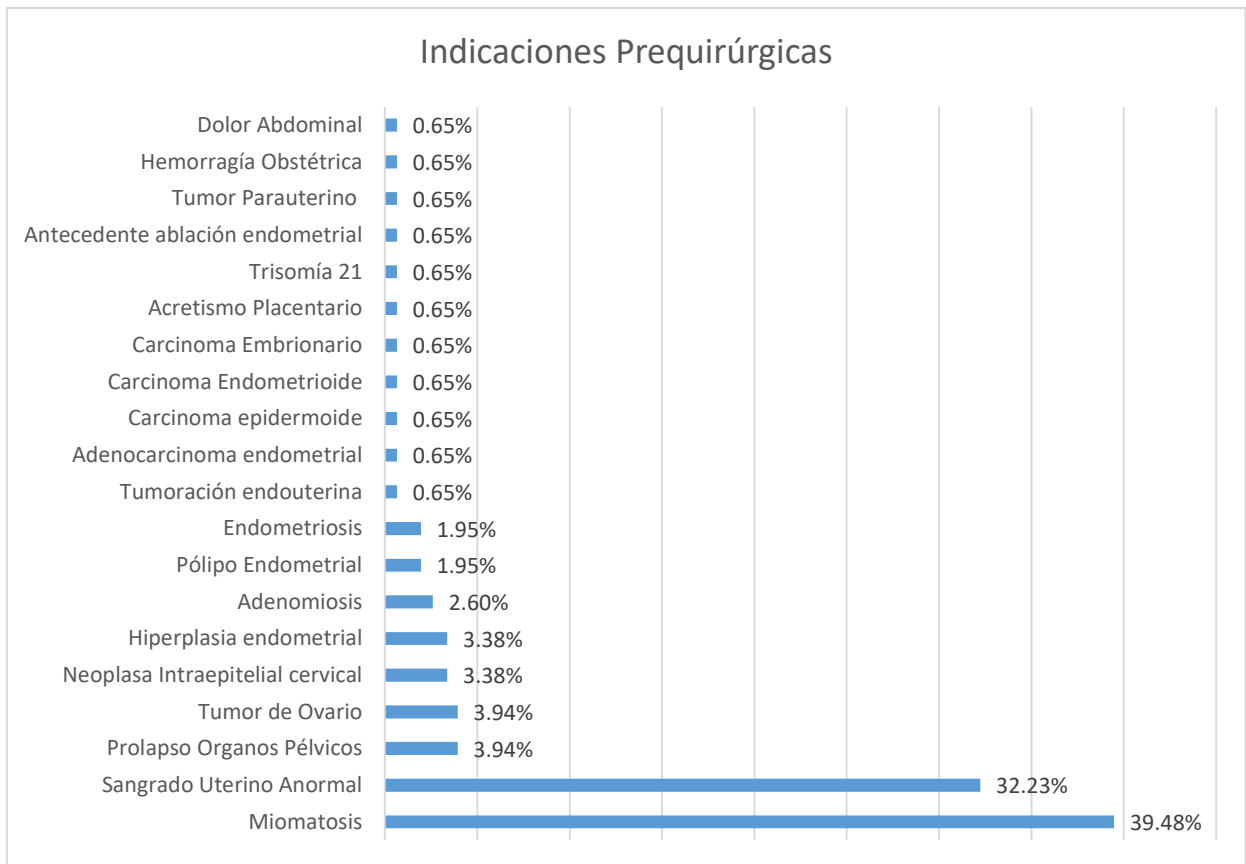
RESULTADOS:

El número total de pacientes incluidos enero de 2015 y abril de 2016 fue de 152. Siendo 119 en los 12 meses del 2015 y 33 en los primeros 4 meses del 2016. Lo cual refleja un número muy por debajo de los reportados para hospitales de tercer nivel, aun siendo estos de índole privada.



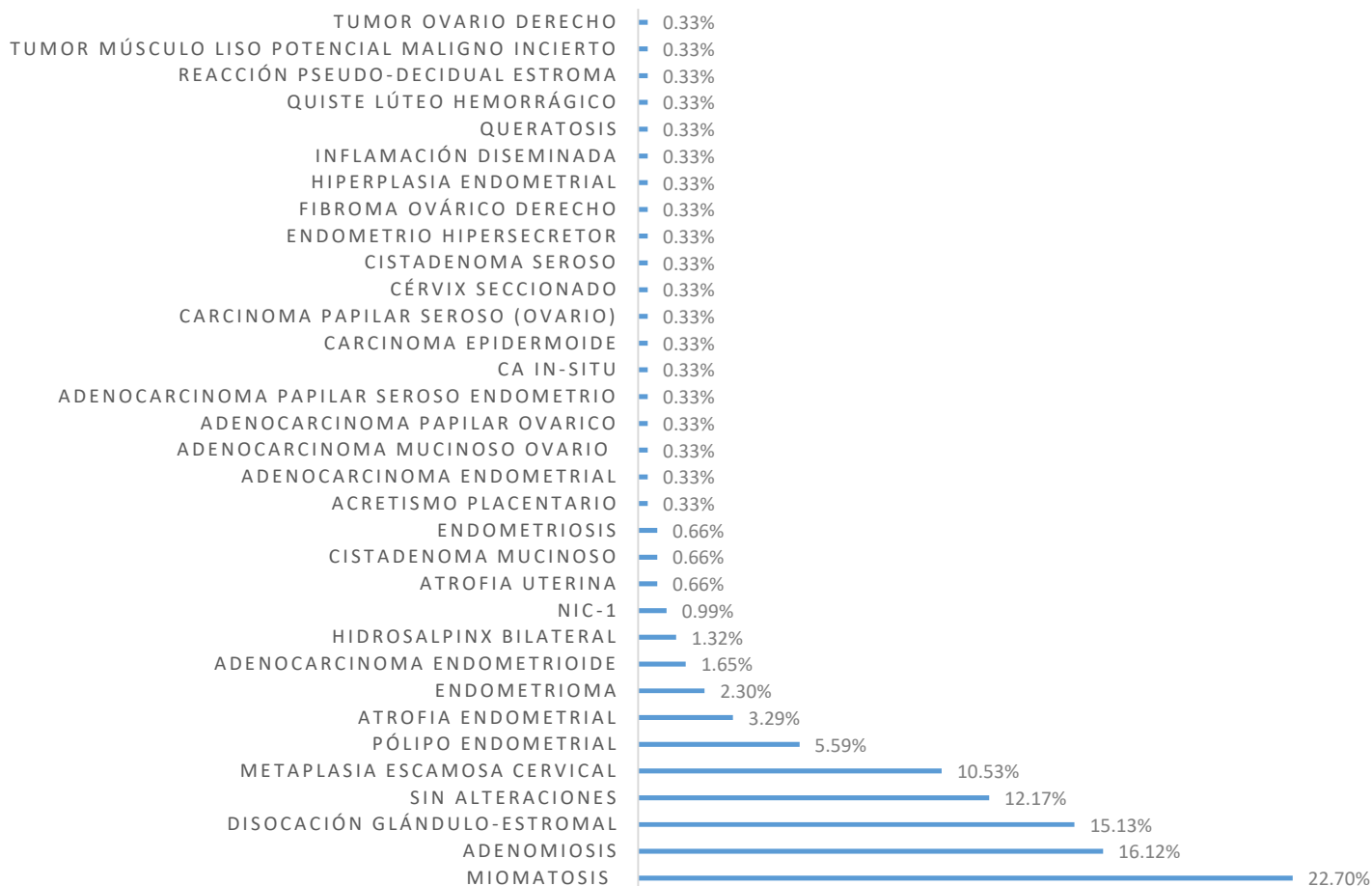
La indicación prequirúrgica más común fue Miomatosis en un 39.48%, seguido de Sangrado Uterino Anormal con un 2.23% y otras menos comunes como Prolapso de órganos pélvicos en un 3.94%, tumores de ovario en un 3.94% y neoplasia intraepitelial cervical en 3.38%, adenomiosis con un 2.60% y endometriosis 1.95%.

Con los resultados previos se denota la similitud de las indicaciones en nuestra institución y los reportes internacionales de las principales patologías quirúrgicas tratadas por medio de la histerectomía.



La patología más frecuente en los reportes hitopatológicos fue miomatosis 22.7%, adenomiosis 16.12%, disociación glándulo-estromal 15.13%, sin alteraciones histopatológica hasta en un 12.17%.

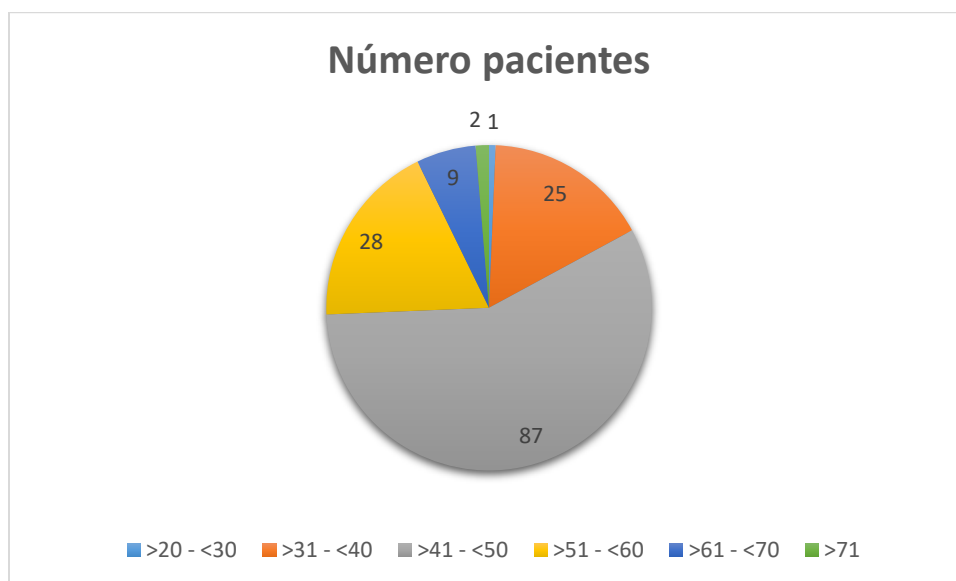
RESULTADOS HITOPATOLÓGICO POSTQUIRÚRGICO



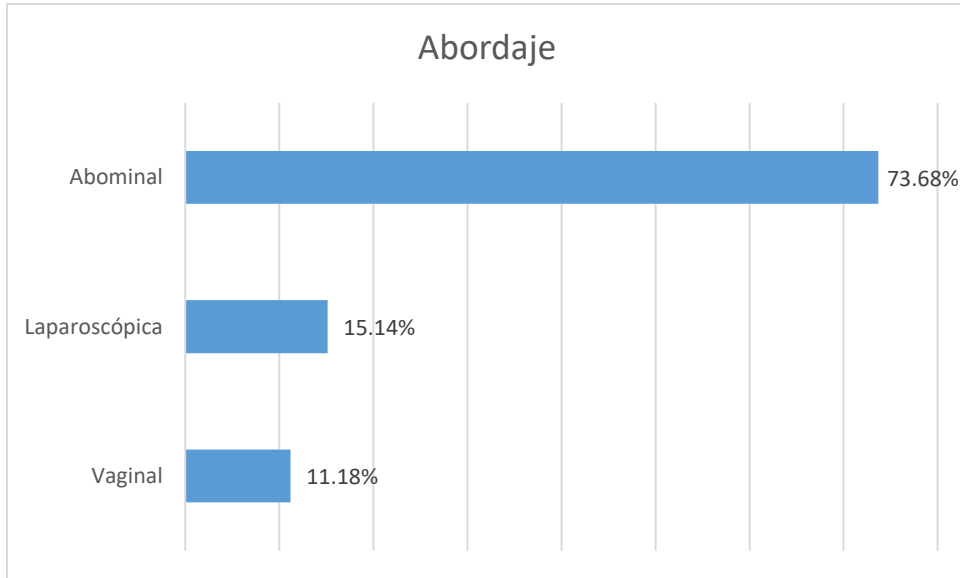
Los resultados correspondientes al reporte de patología se correlacionan con las indicaciones prequirúrgicas más comunes; pero es de gran relevancia el notar la presencia de hasta un 12.17% de las piezas quirúrgicas sin alteración patológica.

La edad promedio de las pacientes fue de 46.3 años, siendo el grupo de 41 a 50 años el más frecuente con 87 de las 152 pacientes.

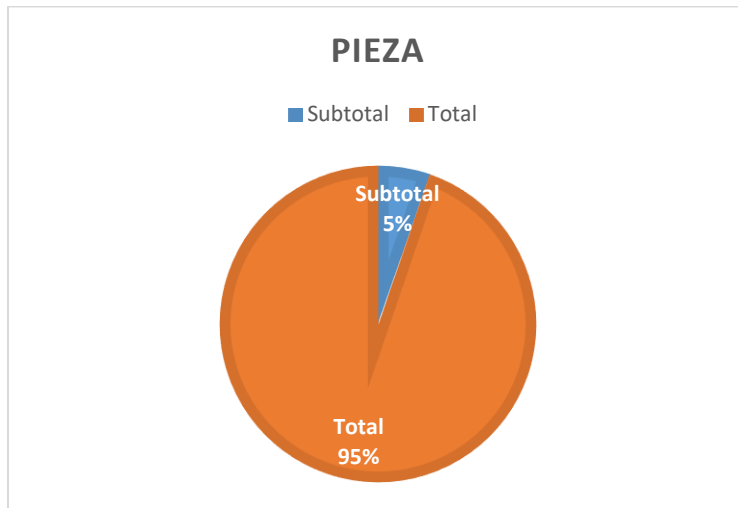
Rangos edad	Número pacientes
>20 - <30	1
>31 - <40	25
>41 - <50	87
>51 - <60	28
>61 - <70	9
>71	2
Total	152

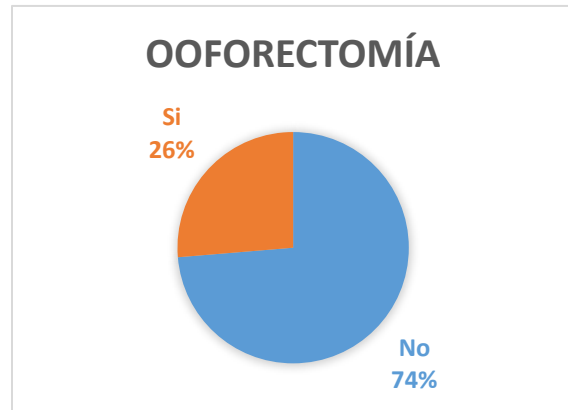
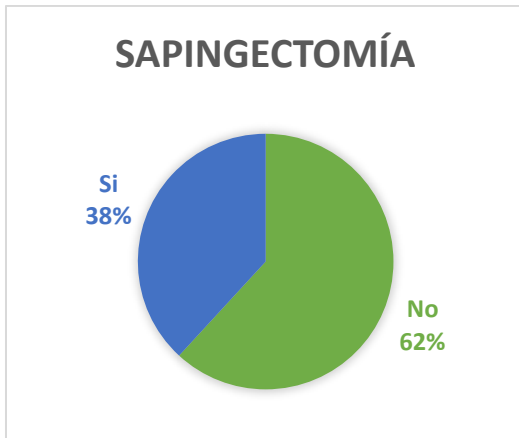


La vía de abordaje quirúrgico más común fue la abdominal con 73.68%, seguido de la vía laparoscópica 15.14% y por último la vaginal con 11.18%.



Hasta el 95% de las histerectomías se reportan totales, solo un 26% acompañada de ooforectomía y un 38% con salpingectomía.





DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tras el análisis de los datos correspondientes a las hysterectomías realizado en el periodo de tiempo establecido en nuestra institución, se cuenta con un número por debajo del promedio general de este procedimiento en comparación a otras instituciones.

Las indicaciones prequirúrgicas para nuestra población son muy similares a la reportada a la bibliografía universal, siendo las alteraciones estructurales, de predominio la miomatosis uterina la patología más común para indicación de realizar una hysterectomía, seguido del sangrado uterino anormal.

La correlación en cuanto a los reportes patológicos concuerda con las indicaciones más comunes. Cabe destacar el reporte de adenomiosis en segundo lugar de presentación como hallazgo histopatológico; y de mayor importancia aún el hallazgo de una pieza quirúrgica (útero) sin alteración en la cuarta posición de frecuencia.

En cuanto a la edad promedio para la realización del procedimiento, nuestra población se encuentra en el rango más común para la presentación de patologías ginecológicas asociadas a sangrado uterino anormal, predominantemente de causas anatómicas y/o estructurales.

La vía de abordaje quirúrgico, muy lejano a lo recomendado en las guías actuales, continúa siendo en primer lugar la vía abdominal al igual que en la mayoría de los reportes internacionales, seguido en un muy lejano lugar el laparoscópico y por último el vaginal.

En general nuestra institución se presenta en todas las variables estudiadas en gran semejanza a los reportes internacionales, tanto en sus indicaciones prequirúrgicas, sus hallazgos histopatológicos, la edad de realización del procedimiento y la vía de abordaje.

CONCLUSIONES

- La institución se asemeja a los reportes internacionales en respecto al uso hysterectomía.
- La patología más común tanto en indicación prequirúrgica y en reporte histopatológico es la miomatosis uterina.
- Contamos con una adecuada correlación en cuanto a indicación prequirúrgica y hallazgo histopatológico.
- La vía vaginal para la hysterectomía se encuentra por debajo de las recomendaciones internacionales.
- La falta de adiestramiento en técnicas diferentes a la abdominal parece ser la limitante para otras vías de abordaje.
- Los nuevos avances tecnológicos deberán ser incluidos en nuestras guías de tratamiento (laparoscopía, histeroscopía).
- Métodos no invasivos y conservadores deben de ser valorados en el protocolo de estudio de toda paciente candidata a hysterectomía.
- El análisis de las indicaciones para la hysterectomía con los hallazgos patológicos y sus indicaciones quirúrgicas puede ayudar a reconocer la falta de estudio pre quirúrgico de cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pranita M, Swagata D, Dhruvajyoti B. A histopathological audit of hysterectomy: experience at a tertiary care teaching hospital. *International Journal of Contemporary Medical Research* 2016; 3(4):1226-1228.
2. Kaur Tiwana K, Nibhoria S, Monga T, et al. Histopathological Audit of 373 Nononcological Hysterectomies in a Teaching Hospital. *Path Research Intern*. 2014 Septiembre.
3. Margot R, Torres O. Histerectomía Abdominal. *Hosp Univ Virg Niev*. Granada. 2011 (12).
4. Lete I, Cuesta M, Martínez-Etayo M, et al. La histerectomía laparoscópica: un abordaje posible. Estudio retrospectivo de las histerectomías laparoscópicas realizadas en un hospital público. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51(11):649-55
5. Mone M. Hysterectomy for Benign Conditions of the Uterus: Total Abdominal Hysterectomy. *Obstet Gynecol Clin N Am* 43 (2016) 431–440.
6. Indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía en mujeres con patología benigna en el segundo nivel de atención. GPC. México: Secretaria de Salud; 2016.
7. Toledo G. Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal. *Rev Horz Med*. 2011; 11 (12): 70.
8. Ouldamer L, Rossard L, Arbion F, et al. Risk of Incidental Finding of Endometrial Cancer at the Time of Hysterectomy for Benign Condition. *JMIG*. 2013; 21 (2).
9. Siwatch S, Kundu R, Mohan H, et al. Histopathologic audit of hysterectomy specimens in a tertiary care hospital. *Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2012; 34: 155-158.
10. Pandey D, Sehgal K, Saxena A, et al. An Audit of Indications, Complications, and Justification of Hysterectomies at a Teaching Hospital in India. *Inter Jour Rep Med*. 2014; 1.
11. Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, et al. Hysterctomy. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; 24(1):37-48.
12. Sabban F., Collinet P., Villet R. Hystérectomie par voie abdominale pour lésions bénignes. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Gynécologie, 41-600, 2008.
13. Ambree R, Khan B, Anwar I. An Audit of Abdominal Hysterectomy. *J Med Sci*. Oct 2014, Vol. 22, No. 4: 152-154.
14. Walters M. Choosing a route of hysterectomy for benign disease. In *UpToDate*. Sharp H (Ed). UpToDate, Waltham (Mass). Jun 2017.
15. Thoma V, Salvatores M, Mereu L, et al. Hystérectomie cœlioscopique: technique, indications. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Urologie, 41-367, 2007.

16. Byrns J, Occhino J. Hysterectomy for Benign Conditions of the Uterus: Total Vaginal Hysterectomy. *Obstet Gynecol Clin N Am* 43 (2016) 441–462.
17. Lucot J, Debodinance P, Coutty N, et al. Hystérectomie vaginale pour pathologies bénignes. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Gynécologie, 41-650, 2011.
18. Ferri B, Juárez I, Pamplona L, et al. Histerectomía total laparoscópica vs. histerectomía vaginal: análisis de costes y resultados operatorios. *Prog Obstet Ginecol*. 2015; 58(2):67—73.
19. Verma D, Singh P, Kulshrestha R. Analysis of histopathological examination of the hysterectomy specimens in a north Indian teaching institute. *Int J Res Med Sci*. 2016 Nov; 4(11):4753-4758.
20. Mota F, Vergote I, Trimbos J, et al. Classification of radical hysterectomy adopted by the Gynecological Cancer Group of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2008, 18, 1136–1138.
21. López M, López L. Histerectomía laparoscópica: Controversia actual. En: *Controversias en ginecología y obstetricia*. Primera edición, 2009. México; 47-54.
22. Choosing the route of hysterectomy for benign disease. Committee Opinion No. 701. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;129:e155–9.
23. Hollman-Montiel J, Rodríguez G. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. *Arch Inv Mat Inf* 2014; VI (1):25-30.
24. Clarke-Pearson D, Geller E. Complications of Hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2013; 121:654–73.
25. Jacobson G, Shaber R, Armstrong M, et al. Hysterectomy Rates for Benign Indications. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1278–83.
26. Jaleel R, Khan A, Soomro N. Clinico-Pathological study of abdominal hysterectomies. *Pak J Med Sci* 2009; 25(4):630-634.