

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA

CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOOBSTETRICIA

HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARIA DE  
SALUBRIDAD Y ASISTENCIA



HISTERECTOMIA ABDOMINAL

MORBIMORTALIDAD

TESIS DE POSTGRADO

Que Para Obtener el Título de  
Especialista en Ginecoobstetricia

P r e s e n t a

DR. ARMANDO ABRAHAM VALLE GAY

1 9 7 8



Universidad Nacional  
Autónoma de México



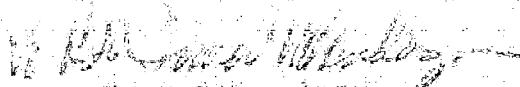
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

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

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

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

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA  
UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA



DRA. IRMA MENDOZA ARÉSTEGUI

JEFE DE LA UNIDAD Y PROFESOR TITULAR  
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION.

10 20 78

A MIS PROFESSOR

---

A MIS PADRES. POR SU EJEMPLO  
FIDELIDAD Y AMOR.

---

A MIS HERMANOS:

VIRGINIA q.c.p.d.

YOLANDA

JOSE LUIS

SILVIA

ALBERTO

## HISTERECTOMIA ABDOMINAL: MORBIMORTALIDAD

La histerectomía abdominal es la extirpación del útero a través de una laparotomía. Esta puede ser total o subtotal.

Total se refiere a la extirpación completa del útero y subtotal a su extirpación parcial, es decir, conservando el cuello. Esta última se realiza en raras ocasiones, ya que como han demostrado múltiples autores, al conservar el cuello se deja la patología más importante del útero.

La histerectomía puede practicarse conservando o extirpando los anexos, según sea el caso, denominándose a ésta última, Parahisterectomía.

La histerectomía es una operación importante y mutilante que pone fin a la función reproductora de la paciente.

La Histerectomía Abdominal es un procedimiento cada vez más común en la cirugía ginecológica y me atrevería a señalar que cada vez se realiza más, ya que en algunos medios, basta el que la mujer tenga tres hijos o más y algunos síntomas o alteraciones funcionales para proponerle la intervención, justificándola como medida profiláctica del carcinoma cervicouterino.

La Histerectomía abdominal es una intervención que requiere una indicación precisa, una técnica y cuidados adecuados y un correcto manejo del postoperatorio, ya que de todo éste depende de que evitemos complicaciones que en ocasiones pueden ser más graves que la operación misma, como podrían ser las fistulas ureterales, esternales, etc.

Una buena técnica de Histerectomía total abdominal debe reunir las siguientes condiciones:

- 1.- Ser técnicamente lo más sencilla posible.
- 2.- Conservar la irrigación sanguínea de la cúpula vaginal sin lesionar las estructuras vecinas a ella.

- 3.- Asegurar buena fijación del muñón vaginal, y dejar una vagina de longitud y elasticidad normales.
- 4.- Que sea una técnica fácilmente realizable y accesible.
- 5.- Extremar la protección contra las heridas de la vejiga, los ureteres y del recto.

Estas condiciones las reúne la técnica subfascial propuesta en 1945 por el Dr. Alfonso Alvarez Bravo y es la que se realiza en el Servicio de Ginecología de la Unidad de Ginecoobstetricia del Hospital General de la S.S.A.

La técnica de Histerectomía Abdominal Subfascial es la siguiente:

- 1.- Se lava la vagina generosamente con agua y jabón y se embroca con una tintura antiséptica.
- 2.- Se cateteriza la vejiga a fin de vaciarla y se deja sonda de Foley abierta a permanencia durante la operación.
- 3.- Salvo en los casos de útero realmente muy voluminoso se realiza una laparotomía curva suprapúbica transvorsa. Cuando hay una cicatriz de laparotomía longitudinal previa o cuando el útero es muy voluminoso se prefiere incisión longitudinal.
- 4.- Se expone el campo quirúrgico pélvico por medio de un separador de O'Sullivan O'Connor y de compresas húmedas para aislar las asas intestinales.
- 5.- Se exploran cuidadosamente el útero y sus anexos.
- 6.- Iniciamos la operación por los pedículos altos. Si se decide extirpar el anexo se aplican, empleando la aguja de Deschamps, dos ligaduras al ligamento infim

dibulopélvico y se secciona entre ellas. A continuación se ligan y seccionan los redondos. Si van a conservarse los anexos se prefiere ligar y seccionar primero el ligamento redondo, separar las hojas del ligamento ancho y proceder después a la ligadura con junta, en un sólo bloque, del ligamento úteroovárico y la trompa correspondiente.

7.- Para manejar el útero durante la operación, en vez de usar pinzas o histérolabo, se emplea un punto de tracción de seda aplicado al fondo uterino.

8.- Una vez seccionados los pedículos de los anexos y ligamentos redondos se secciona transversalmente el peritoneo del fondo de saco vélcouterino y se separa moderadamente la vejiga hacia abajo por disección roma hasta descubrir la fascia úterovaginal que aparece como estructura lisa y brillante en la cara anterior del istmo.

9.- Se pinzan, seccionan y ligan los vasos uterinos, en cada lado, a nivel del istmo del útero, como si se tratara de una histerocromía subtotal. Al pinzar de los vasos se lleva el extremo de la pinza hasta 1 cm por dentro del borde uterino, para que resbale de él con objeto tanto de hacer una buena toma de los vasos, como para abrir un ojal en la porción de fascia tomada, el cual permitirá la realización del tiempo siguiente.

10.- Introduciendo la tijera por uno de los ojales late-

rales de la fascia antes mencionada, se disecciona ésta hasta el miometrio subyacente y una vez liberada se corta su porción media, quedando un amplio espacio subfascial entre ella y el cuello. La vejiga, lógicamente, queda por delante de la fascia y; por tanto, independiente del espacio subfascial creado.

11.- La fascia uterovaginal posterior está íntimamente adherida al peritoneo anterior del Douglas y, por lo tanto, conviene disecarla junto con el peritoneo. Para ello se hace una incisión transversal a nivel del sitio en que se ligaron los vasos uterinos y se disecciona fascia y peritoneo hacia abajo creando así un espacio subfascial posterior entre ambos ligamentos úterosacros. Estos últimos no se cortan sino que se desplazan a los lados y atrás. Esta maniobra es de extraordinaria utilidad en los casos de que un proceso endometriósico e inflamatorio adhiere al recto a la cara posterior del cuello uterino, porque gracias a ella, no hay necesidad de disecar el recto adherido, con los riesgos consiguientes, sino que se le desplaza hacia atrás junto con la fascia posterior.

12.- A continuación se pinzan, cortan y ligan, conjuntamente en cada lado, el ligamento úterosacro y el ligamento de Mackenrodt correspondientes. Para ello se introduce una pinza de Hoany adyacente al borde cervical, de manera que la rama anterior de la pinza quede en el espacio subfascial anterior y la rama posterior en el espacio subfascial posterior. La toma intrafascial de los ligamentos de Mackenrodt y

- úterosacros evita toda lesión a las estructuras adyacentes y particularmente a la vejiga y los uréteros.
- 13.- Una vez seccionados los ligamentos de sostén inferiores del útero, éste queda libre y haciendo tracción-suave de él en dirección cefálica, pueden exponerse en ambos lados los bordes de la vagina, los cuales se refieren con pinzas de Faure, a nivel del fondo de saco vaginal correspondiente. Entonces se secciona la vagina al ras de su inserción en el cuello uterino y se sutura el muñón vaginal con un surjete cruzado de catgut crómico # 1, teniendo cuidado de anudar los bordes vaginales por fuera de las pinzas que los refieren, a fin de ligar los vasos vaginales de los llamados "ángulos sangrantes" de la vagina. No obstante la preparación antiséptica que se ha hecho de la cavidad vaginal antes de la operación, se acostumbra considerar éste tiempo como séptico y, por tanto, se aísla el campo operatorio y una vez realizado el tiempo quirúrgico cambiamos compresas y guantes.
- 14.- Una ventaja de ésta técnica es que permite reconstruir la fascia endopérvica y dar, por lo tanto, soporte natural al muñón vaginal con las estructuras fasciales y ligamentosas de ésta. Para ello, se sutura la fascia úterovaginal sobre el muñón vaginal, con un surjete continuo de catgut atraumático # 0, teniendo cuidado de comprender en la sutura, en cada lado los muñones de los ligamentos de Mackenrodt y úterosacros.

- 15.- Se peritoniza la pelvis saturando el peritoneo pélvico con un surjete continuo de catgut atraumático # 00 dejando los pedículos vasculares subperitoneales. No es necesario dejar drenaje alguno de la pelvis.
- 16.- Se hace la toilette de la cavidad pelviperitoneal, se retiran las compresas de gasa, se verifica que el número de compresas y de gasas de esponjear esté completo y se cierra la pared por planos en la forma habitual.

#### MATERIAL Y METODOS

Se revisaron para éste estudio 360 expedientes de Histerectomías abdominales en mujeres no gestantes, realizadas en el Servicio de Ginecología (1er. Piso) de la Unidad de Ginecoobstetricia del Hospital General de la S.S. A. en el período comprendido entre enero de 1974 y diciembre de 1977.

En todas ellas la técnica que se utilizó fue la subfascial descrita anteriormente y fue realizada en 141 ocasiones por el Jefe de Servicio, 136 por Ginecoobstetra de Base (Médico Adscrito) y en 78 ocasiones por Residentes de 1er. año de la Especialidad, bajo supervisión de los especialistas.

EDAD:- Esta fluctuó de los 25 a los 75 años con un promedio de 50 años. La frecuencia máxima fue a los 43 años (99 casos), casi igual que a los 38 (97). En el cuadro 1 se puede apreciar que 349 casos (97%) correspondieron a pacientes mayores de 30 años.

En 11 pacientes menores de 30 años, la histerectomía se indicó por procesos neoplásicos benignos que comprendían prácticamente la totalidad del órgano, procesos neoplásicos malignos, mal-

EDAD DE LAS PACIENTES A QUIENES  
SE LES PRACTICO HISTERECTOMIA ABDOMINAL

( Cuadro 1 )

16 - 30 años	11
31 - 35 años	31
36 - 40 años	97
41 - 45 años	99
46 - 50 años	61
51 - 55 años	22
56 - 75 años	19

TOTAL: 360

EDAD DE LAS PACIENTES

(Hasta 30 años)

(cuadro 2)

Edad-AÑOS	DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO
25 años	Miomatosis uterina	Sarcoma del estrona endometrial, con invasion de miometrio y metástasis en epiploón.
25 años	Fístula rectouterina	El mismo
28 años	Tumores quísticos ambos ovarios	Cistadenoma seroso ovario izq.
28 años	Miomatosis uterina	El mismo
29 años	Útero bífido. Unicornia	Útero apto completo, unicornia.
29 años	Miomatosis uterina	El mismo
30 años	Miomatosis uterina	El mismo
30 años	Miomatosis uterina	El mismo
30 años	Miomatosis uterina	Adenomiosis
30 años	Miomatosis uterina	El mismo

Formaciones congénitas, infecciones severas con grave pronóstico (cuadro 2). Otros autores han reportado también en sus revisiones que menos del 5% de sus pacientes fueron menores de 30 años.

#### ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

**GESTACIONES:** Un poco más de la mitad de las pacientes, - 184 (51.2%) fueron grandes multíparas y el 11.9% (43 pacientes) -- fueron nuligestas, de las cuales 25 tenían el diagnóstico de esterilidad primaria siendo en casi todas ellas la indicación de la intervención fibromiomas uterina de grandes nódulos, los que impidieron realizar una cirugía conservadora y/o con procesos neoplásicos malignos (cuadro 4)

**PARIDAD:** El mayor porcentaje estuvo representado por -- las grandes multíparas, 128 pacientes (35.2%), le siguieron en orden de frecuencia las multíparas (119 32.6%) y hubo 93 (25.4%) -- de nulíparas y las menos frecuentes las primíparas 25 (6.8%) Cuadro 5.

De las 93 enfermas nulíparas muchas coincidían con el -- diagnóstico de esterilidad primaria ya analizado anteriormente y -- otras por sospecha de neoplasia maligna o procesos inflamatorios -- severos que contraindicaban una cirugía conservadora, o bien con neoplasias benignas que por el tamaño contraindicaban la cirugía conservadora o que rebasaban los 35 años de edad.

**ABORTOS:** Como se podrá apreciar en el cuadro 6, 162 -- pacientes no tuvieron el antecedente de aborto, 130 presentaron de 1 a 2 abortos, muchos de los cuales quizá ocasionados probablemente por la patología que indicó la histerectomía. Así mismo se encontró que 5 pacientes habían presentado más de 5 abortos y otros con un máximo de 19.

GESTACIONES

(Cuadro 3)

0	43	11.9 %
1	35	9.7 %
II a V	98	27.2 %
VI o +	184	51.2 %
TOTAL: 360		100.0 %

## PATOLOGIA ENCONTRADA EN LAS

43 NULIGESTAS (Cuadro 4)

35	MICOMATOSIS UTERINA
6	PROCESOS NEOPLASICOS MALIGNOS
3	Procesos INFLAMATORIOS
1	POLIPOSIS ENDOMETRIAL

PARTOS

(cuadro 5)

0	91	25.4 %
1	25	6.8 %
II-V	119	32.6%
VI+	128	35.2%
		TOTAL: 100.0%

ABORTOS

(cuadro 6)

0	162
1-2	130
3-5	38
+ 5	5

El máximo: 19

CESAREAS (Cuadro 7)

1	22
2	6
3	1
4	1

**CESAREAS:**- La Histerectomía post cesárea se presentó en un total de 30. 22 después de una sola cesárea, 6 con 2 y 1 con 3 y 4 respectivamente. Cuadro 7.

**CIRUGIA PREVIA NO GINECOLOGICA:**

Se refiere a antecedentes de intervenciones abdominales- 34 pacientes usaron apendicectomía 22 con incisión media infraumbilical, 12 con hernioplastia umbilical, 7 de colecistectomía y 6 laparotomías ignorando la indicación de la misma. Cuadro 8.

**CIRUGIA PREVIA GINECOLOGICA:-**

El antecedente de cirugía previa sobre el aparato genital se encontró en un total de 53 pacientes, de las cuales 48 se habían realizado a través de una laparotomía media infraumbilical. Y el resto por la vía vaginal. La operación más frecuente fué la salpingooforectomía en 18 pacientes, en segundo lugar la ligamentopexia en 10 pacientes y en tercer lugar la salpingoclasia en 7 pacientes. Le siguieron con menor frecuencia la plastia vaginal en 5, la extirpación de quistes de ovarios en 4 pacientes, la salpingoplastia y miectomía con 3, el embarazo ectópico, Ca. de ovario y drenaje de absceso vaginal cada una con un caso. Cuadro 9.

**ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES:-**

La valoración cardiovascular preoperatoria se lleva a cabo en toda paciente mayor de 40 años de edad. El padecimiento más frecuente fué la hipertensión arterial en 21 casos, le siguieron en orden de frecuencia la insuficiencia coronaria en 4 casos, lesión subendocárdica demostrada electrocardiográficamente en 3 casos y cardiopatía reumática con lesión valvular y trastornos del ritmo con un caso cada uno.

CIRUGIA PREVIA NO GINECOLOGICA

(cuadro 8)

APENDICECTOMIA _____	34
HERNIOPLASTIA UMBILICAL _____	12
COLECISTECTOMIA _____	7
LAPAROTOMIA EXPLORADORA _____	6

CIRUGIA PREVIA GINECOLOGICA

(cuadro 9)

SALPINGOOCORECTOMIA _____	18
LIGAMENTOPEXIA _____	10
SALPINGOCLASIA _____	7
PLASTIA VAGINAL _____	5
EXTIRPACION QUISTES OVARIO _____	4
SALPINGOPLASTIA _____	3
MICROECTOMIA _____	3
EMBARAZO ECTOPICO _____	2
Ca. OVARIO _____	1
DRENAJE DE ABSCESO VAGINAL _____	1

## DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:-

Se encontró que algunas pacientes tenían dos o más indicaciones para la histerectomía abdominal. Se tomó la más importante, la miomatosis uterina con un total de 245 casos - (68 %), procesos plásticos adhesivos con 14 casos (3.9%), tumor sólido de ovario con 13 (3.6%), fibroesclerosis uterina con 11 casos (3.2%), el prolapso uterino y el pólipo endocervical con 10 (3 %), siguiendo otras indicaciones como la displasia severa, hemorragia uterina disfuncional, etc. Cuadro 10

Además de los diagnósticos principales anteriormente anotados, se realizaron un total de 181 diagnósticos secundarios que de alguna manera influyeron sobre todo en la extensión de las operaciones practicadas. Los más frecuentes fueron los trastornos de la estática abdominopelvígenital como son el colpoístocelio en 39 casos, la insuficiencia perineal en 39 casos, el rectocele en 15 casos y en menor frecuencia el pólipo endocervical y la anéxitis en 12 casos cada uno, el quiste de ovario en 9, etc. Cuadro 11.

## ERRORES DIAGNOSTICOS:-

En total se cometieron 102 errores diagnósticos --- (23.3%), de los cuales el más frecuente fué el de miomatosis uterina con más de la mitad de los casos (64), le siguieron en orden de frecuencia el tumor sólido de ovario, la fibroesclerosis uterina y la anéxitis con un total de 7 casos cada uno. Con menor frecuencia la displasia severa (4), el pólipo endocervical (3), etc.- Cuadro 12.

El diagnóstico final en las 64 pacientes con diagnóstico erróneo de miomatosis uterina fué el de tumoración -

DIAGNOSTICO CLINICO QUE INDICO LA  
 HISTERECTOMIA ABDOMINAL  
 EN 360 PACIENTES:  
 (cuadro 10)

MIOMATOSIS UTERINA _____	245
PROCESOS PLASTICOS ADHESIVOS _____	14
TUMOR SOLIDO DE OVARIO _____	13
FIBROESCLEROSIS UTERINA _____	11
EROLAPSO UTERINO _____	10
POLIPO ENDOCERVICAL _____	10
DISPLASIA SEVERA _____	8
HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL _____	8
CARCINOMA CERVICO UTERINO _____	5
QUISTE DE OVARIO DERECHO _____	5
QUISTE DE OVARIO IZQUIERDO _____	5
METAPLASIA _____	5
DISPLASIA ADENOMATOSA _____	5
ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO _____	4
RETROVERSION UTERINA (MULTIPARIDAD) _____	2
BIOSALPINX BILATERAL _____	1
ADENOMIOSIS _____	1
QUISTE INTRALIGAMENTARIO _____	1
PERFORACION UTERINA _____	1
UTERO BIFIDO UNICOLLIS _____	1
CORIOCARCINOMA _____	1
ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO _____	1
TECOMA: ,OPERADA DE CA. OVARIO:, LEIOMIOSARCOMA	1

OTROS DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS EN  
360 PACIENTES OPERADAS DE  
HISTERECTOMIA ABDOMINAL  
(cuadro 11)

COLPOCISTOCLE	39
INSUFICIENCIA PERINEAL	39
RECTOCLE	15
POLIPO ENDOCERVICAL	12
ANEXITIS	12
HERNIA UMBILICAL	10
QUISTE DE OVARIO	9
CERVICITIS CRONICA	7
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	7
NICHATOSIS UTERINA	5
RETROVERSION UTERINA	5
HIDROSALPIX BILATERAL	5
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	4
POLIPOSIS ENDOMETRIAL	3
QUISTE DE GLANDULA DE BARTHOLIN	3
METAPLASIA EPIDERMIOIDE	2
QUISTE DE GARTHNER	1
HIPERTROFIA CERVICAL	1
TUMOR FEMINIZANTE DE OVARIO	1
ABORTO INCOMPLETO - EMBLECTOPICO .HERNIA CRURAL	1

ERRORES DIAGNOSTICOS COMETIDOS EN 360  
PACIENTES OPERADAS DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL

(cuadro 12)

MICOMATOSIS UTERINA _____	64
TUMOR SOLIDO DE OVARIO _____	7
FIBROESCLEROSIS UTERINA _____	7
ANEXITIS _____	7
DISPLASIA SEVERA _____	4
POLIPO ENDOCERVICAL _____	3
CARCINOMA CERVICOUTERINO IN SITU _____	2
PROLAPSO UTERINO _____	1
QUISTE INTRALIGAMENTARIO DERECHO _____	1
SALPINGOOCORITIS _____	1
HIPERPLASIA ADENOMATOSA _____	1
QUISTE TORCINO DE OVARIO DERECHO _____	1
RETROVERSION UTERINA _____	1
TERATOMA MALIGNO _____	1
HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL _____	1

ovárica en 23 casos, adenomiosis en 15, salpingitis en 7, y se le siguieron en menor frecuencia la displasia severa, la metaplasia epitelial y la endometritis en 4 cada una, el Ca.C.U. in situ en dos casos, el pólipo endometrial en 2, etc.- Cuadro 13.

El diagnóstico final en 7 pacientes con diagnóstico erróneo de fibroesclerosis uterina fué de adenomiosis en 4, hiperplasia endometrial, Ca.C.U. in situ y salpingitis crónica en 1 respectivamente. (Cuadro 14).

El diagnóstico final en 7 pacientes con diagnóstico erróneo de anexitis fué el de adenomiosis en 4 ocasiones, tumor de ovario en 2 y miomatosis uterina en 1. Cuadro 15

El diagnóstico final en 7 pacientes con diagnóstico erróneo de tumor sólido de ovario fué de miomatosis uterina en 4 casos, endometriosis en 2 casos y el de Ca. endometrial de ovario en 1 caso. (Cuadro 16).

El diagnóstico final en 4 pacientes con diagnóstico erróneo de displasia severa fué el de adenomiosis en 3 casos y el de carcinoma cervicouterino in situ en 1 caso. Cuadro 17.

El diagnóstico final en 3 pacientes con diagnóstico erróneo de pólipo endocervical fué de adenomiosis en 3 casos y de miomatosis uterina en 1 caso. Cuadro 18.

El diagnóstico final en 2 pacientes con diagnóstico erróneo de carcinoma cervicouterino in situ fué de displasia severa en un caso y de adenomiosis en otro. Cuadro 19.

Otros errores diagnósticos que se cometieron fueron el de prolapso uterino con el de miomatosis uterina, quiste intraligamentario derecho con el de endometriosis, salpingooforitis con el de endometriosis, hemorragia uterina disfuncional

DIAGNOSTICO FINAL EN 64 PACIENTES CON  
 DIAGNOSTICO ERRONEO DE MIOMATOSIS UTERINA:  
 (cuadro 13)

TUMORACION OVARICA _____	23
ADENOMIOSIS _____	15
SALPINGITIS CRONICA _____	7
DISPLASIA SEVERA _____	4
METAPLASIA EPIDERMIOIDE _____	4
ENDOMETRITIS _____	0
Ca.Cu. IN SITU _____	2
POLIPO ENDOMETRIAL _____	2
SARCOMA _____	1
CARCINOMA DE OVARIO _____	1
ABORTO INCOMPLETO _____	1

DIAGNOSTICO FINAL EN 7 PACIENTES CON  
 DIAGNOSTICO ERRONEO DE FIBROSCLEROSIS UTERINA  
 (Cuadro 14)

ADENOMIOSIS _____	6
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL _____	1
Ca.Cu. IN SITU _____	1
SALPINGITIS CRONICA _____	1

DIAGNOSTICO FINAL EN 7 PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO ERRONEO DE ANEXITIS  
(cuadro 15)

ADENOMIOSIS \_\_\_\_\_ 4

MICOMATOSIS UTERINA \_\_\_\_\_ 1

TUMOR DE OVARIO \_\_\_\_\_ 2

DIAGNOSTICO FINAL EN 7 PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO ERRONEO DE TUMOR SOLIDO DE OVARIO  
(cuadro 16)

MICOMATOSIS UTERINA \_\_\_\_\_ 4

ENDOMETRIOSIS \_\_\_\_\_ 2

Ca. ENDOMETROIDE OVARIO \_\_\_\_\_ 1

DIAGNOSTICO FINAL EN 4 PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO ERRONEO DE DIS--  
FLASIA SEVERA. (cuadro 17)

Ca. Ca. IN SITU \_\_\_\_\_ 1

ADENOMIOSIS \_\_\_\_\_ 3

DIAGNOSTICO FINAL EN 3 PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO ERRONEO DE POLI  
PO ENDOCERVICAL: (cuadro 18)

MICOMATOSIS UTERINA \_\_\_\_\_ 1

ADENOMIOSIS \_\_\_\_\_ 3

DIAGNOSTICO FINAL EN 2 PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO ERRONEO DE Ca. Ca. IN SITU  
(cuadro 19)

DISPLASIA SEVERA \_\_\_\_\_ 1

ADENOMIOSIS \_\_\_\_\_ 1

nal con el de adenomiosis, hiperplasia adenomatosa con el de adenocarcinoma de endometrio, quiste torcido de ovario derecho con el de Tb. tubaria bilateral, retroversión uterina con el de miomatosis uterina, teratoma maligno con el de fibroma ovárico. (Cuadro 20).

Los diagnósticos que se omitieron fueron el de cervicitis aguda y crónica en 358 casos, adenomiosis en 63 casos, salpingitis crónica en 25, tumbraciones de ovario en 21, miomatosis uterina en 6 casos, pólipo endometrial en 4 casos al igual que el de hiperplasia endometrial, y el de endometriosis, leiomiomas y teratoma en un caso, respectivamente. (Cuadro 21):

#### CIRUGIA ASOCIADA A LA HISTERECTOMIA:

Además de la histerectomía abdominal se realizaron otras intervenciones quirúrgicas como tratamiento complementario a otros diagnósticos y así tenemos 148 salpingooforectomías bilaterales, 55 salpingooforectomía izquierda y 51 derecha, 44 uretroplastías con colpoperineoplastias, 14 plastias umbilicales, 8 liberaciones de adherencias. En 7 ocasiones resección gineiforme de ovario, en 7 omentectomía, en 6 plástia de pared abdominal y en órden deascendente apendicectomía, resección de perforación intestinal, etc. (Cuadro 22).

~~COMPLICACIONES.~~ Durante la intervención se presentaron un total de 112 complicaciones postoperatorias, de las cuales 5 fueron transoperatorias y el resto postoperatorias tardías. Se presentó una defunción por peritonitis generalizada y septicemia. Las complicaciones más frecuentes fueron hematuria en 23 casos, anemia en 20 casos, fiebre o infección -

OTROS ERRORES DIAGNOSTICOS

(Cuadro 20)

PROLAPSO UTERINO \_\_\_\_\_ MIOMATOSIS UTERINA  
 QUISTE INTRALIGAMENTARIO DER: \_\_\_\_\_ ENDOMETRIOSIS  
 SALPINGOOFORITIS \_\_\_\_\_ ENDOMETRIOSIS  
 HEMORRAGIA UTERINA DISFUNC: \_\_\_\_\_ ADENOMIOSIS  
 HIPERPLASIA ADENOMATOSA \_\_\_\_\_ ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO  
 QUISTE TORCIDO OVARIO DERECHO \_\_\_\_\_ TB. TUBARIA BILATERAL  
 RETROVERSION UTERINA \_\_\_\_\_ MIOMATOSIS UTERINA  
 TERATOMA MALIGNO \_\_\_\_\_ FIBROMA OVARICO:

DIAGNOSTICOS OMITIDOS EN 360

HISTERECTOMIAS ABDOMINALES

(cuadro 21)

CERVICITIS AGUDA Y CRONICA _____	358
ADENOMIOSIS _____	63
SALPINGITIS CRONICA _____	25
TUMOR DE OVARIO _____	21
MIOMATOSIS UTERINA _____	6
POLIPO ENDOMETRIAL _____	4
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL _____	4
ENDOMETRIOSIS _____	1
LEIOMIOSARCOMA _____	1
TEXTILOMA _____	1

CIRUGIA ASOCIADA A LA HISTERECTOMIA

(cuadro 22)

SALPINGOOCOFORECTOMIA BILATERAL	148
SALPINGOOCOFORECTOMIA IZQUIERDA	55
SALPINGOOCOFORECTOMIA DERECHA	51
COLFOPERINEOPLASTIA. URETROPLASTIA.	44
PLASTIA UMBILICAL	14
LIBERACION DE ADHERENCIAS	8
RESECCION CUNEIFORME DE OVARIO	7
OMENTECTOMIA	7
PLASTIA PARED ABDOMINAL	6
APENDICECTOMIA	3
SUTURA DE PERFORACION INTESTINAL	2
BARTHOLINECTOMIA	2
REIMPLANTE DE URETERO DERECHO	1
CISTOSTOMIA	1
EXTIRPACION DE TUMOR	1
ENTERO-ENTERO-ANASTOMOSIS	1
RESECCION INTESTINAL	1
EXTIRPACION DE LIPOMA	1

(Cuadro 23)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS PRESENTADAS  
EN 360 PACIENTES OPERADAS DE HIS\_  
TERECTOMIA ABDOMINAL

HEMATURIA	23
ANEMIA	20
PIEBRE	15
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	15
INFECCION URINARIA	12
PARESIA VESICAL	6
PROCESOS BRONCOPULMONARES	3
GASTROENTERITIS AGUDA	3
PERFORACION INTESTINAL	2
HEMATOMA DE PARED	2
HERIDA VESICAL	1
LESION URETERAL	1
FISTULA VESICOVAGINAL	1
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	1
ILEO PARALITICO	1
CHOQUE HIPOVOLEMICO	1
EVENTRACION	1
ULCERAS DE STRESS	1
ABSCESO PELVICO	1
DEFUNCION	1

de herida quirúrgica en 15, 12 con infección urinaria, 6 paresia vesical, 3 procesos broncopulmonares y gastroenteritis aguda respectivamente, 2 perforaciones intestinales, 2 hematomas de pared, y en una ocasión herida vesical, lesión uretral, fístula véscicovaginal, incontinencia urinaria de esfuerzo, íleo paralítico, choque hipovolémico, evisceración, úlceras de Stress y absceso pélvico. (Cuadro 23).

La cantidad de sangre administrada en el trans y postoperatorio inmediato fué en 77 pacientes; en 52 de 600 a 1,200 ml., y en 25 más de 1,200 ml. Cuadro 24

**ESTANCIA HOSPITALARIA:** El mínimo de estancia hospitalaria fué de 9 días y el máximo de 101 días en la paciente que presentó fístula ureterovaginal. El mayor porcentaje 242 pacientes (67.2%) permaneció más de 30 días hospitalizada y 113 (31.4%) tuvieron una estancia hospitalaria entre 15 y 30 días. Cuadro 25.

#### DISCUSION.-

Como ha sido señalado por múltiples autores, la edad en que más frecuentemente se realiza la histerectomía abdominal es entre los 35 y 50 años de edad. Un porcentaje de unos del 5% se realizó en pacientes de menos de 30 años de edad, por patologías benignas muy extensas o malignas que obligó a una intervención radical.

A diferencia de otros autores, en el presente estudio fué más frecuente en la gran multipara seguida de la multípara y un porcentaje no despreciable de nulíparas en las cuales la causa lo fueron las neoplasias benignas de grandes nodulos que no permitieron la conservación del órgano y por tanto la función reproductora.

El antecedente de cesárea previa tiene importancia-

CANTIDAD DE SANGRE ADMINISTRADA EN EL  
 TRANS Y POSTOPERATORIO INMEDIATO \*  
 (cuadro 24)

500 a 1200 mls. _____	52
1800 mls. _____	15
+ de 1800 mls. -----	10

(cuadro 25)

SINTOMAS PREDOMINANTES EN EL  
 DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL _____	274
DELIR _____	255
TICOR _____	195
CONGESTION PELVICA CRONICA _____	93

PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA

DE 360 PACIENTES OPERADAS

DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL

(cuadro 26)

HASTA 7 DIAS	0	0 %
DE 8 a 14 DIAS	5	1.4 %
DE 15 a 30 DIAS	113	31.4 %
MAS DE 30 DIAS	242	67.2 %
MINIMO ESTANCIA	9	
MAXIMO ESTANCIA	101	

pues como lo han señalado otros autores condiciona la presencia de procesos cicatriciales que pueden influir tanto en la vía de abordaje como en la técnica operatoria.

Es de interés señalar que el mayor número de gestaciones que se encontró fué de 27 y el mayor número de abortos de 19, muchos favorecidos por la patología uterina que indicó la intervención.

En 59 ocasiones (16.4%) el antecedente de intervenciones quirúrgicas abdominales no ginecológicas que como en el caso de cesárea puede determinar en algún momento variación en la técnica e inclusive influir en la morbilidad de la intervención. Lo mismo podríamos señalar para los 53 casos de cirugía previa ginecológica (14.7%), por ejemplo en un segundo tiempo de un carcinoma de ovario, cuyo diagnóstico se realizó hasta recibir el reporte del estudio histopatológico de la extirpación de un quista de ovario.

Como también ha sido señalado por otros autores, -- la miomatosis uterina fué la patología predominante (68%) que indicó la intervención, aunque también otros procesos inflamatorios, hemorrágicos o tumorales pueden indicarla sobre todo en el climatario.

En 101 ocasiones se tuvo la necesidad de efectuar otras intervenciones complementarias como en trastornos de la esfínter paldogenital, incontinencia urinaria de esfuerzo, tumores ováricos, salpingitis, etc.

Se presentaron casos que no respondieron al tratamiento médico como fué la hemorragia uterina disfuncional que ameritó tratamiento quirúrgico o bien prolapso genital que por el antecedente de cirugía previa abdominopélvica hubo de

resolverlo por vía abdominal.

Las lesiones a ureteros, vejiga e intestino fueron accidentes que en el presente estudio se presentaron con una frecuencia ligeramente menor a la reportada por otros autores. Consideramos que esto se debió fundamentalmente al empleo de la técnica subfascial descrita anteriormente, que como mencionamos permite una mejor disección y extracción del órgano sin invadir terrenos parivisceríticos en donde puede estar incluido uretero, vejiga o intestino.

En el diagnóstico principal hubo 102 errores, o sea un porcentaje de 28.3%, de éstos más de la mitad de los casos fué con el de micomatosis uterina (54). En la mayoría de ellos influyó el trastorno menstrual y el dolor. Sólo en la tercera parte de los mismos la confusión existió al no poder precisar el punto de partida de una tumoración pélvica. Los errores en el diagnóstico como lo han reportado otros autores se presentan sobre todo porque es fácil confundir los trastornos menstruales en una época en que en la mujer habitualmente se presentan (época del climaterio). Por otra parte, la obesidad, procesos inflamatorios, etc. pueden confundirse con tumoración. Es por esto recomendable adoptar en ocasiones los métodos auxiliares de diagnóstico, la endoscopia, urografía excretora, etc.

~~Desde hace 3 años se emplea como método auxiliar en el diagnóstico el ultrasonido, el que ha precisado el diagnóstico.~~

Llama la atención que en 34 ocasiones el diagnóstico final fué el de adenomiosis, entidad patológica que fué sospechada clínicamente en una sola vez. Ha sido señalado por

otros autores la dificultad de su diagnóstico. Sin embargo No vak recomienda que se debe pensar en adenomiosis cuando encontremos un útero moderada y difusamente aumentado de tamaño, fijado a la pelvis, con uno o más nódulos pequeños, palpables en la región de los ligamentos uterosacros, unidos a sangrado uterino anormal y dismenorrea de tipo cólico referida al recto o a la porción inferior de la región sacra o coxígea, en una mujer que ha tenido hijos y con ausencia comprobada de embarazo.

En 63 ocasiones se presentó como diagnóstico omitido el de adenomiosis.

Aunque no fué señalado en la hoja preoperatoria la cervicitis aguda o crónica se registró en 358 casos.

De la cirugía asociada a la histerectomía la salpingooforectomía bilateral se llevó a cabo en 148 veces, en 55 salpingooforectomía izquierda y 51 en el lado derecho.

La conservación de los ovarios continúa siendo motivo de discusión hasta la fecha.

Algunos autores preconizan que la castración precoz eleva significativamente la morbimortalidad de origen cardiovascular. En el Servicio se piensa con el Dr. Alvarez Bravo y otros autores:

- a) Extirpación de anexos si se que presentan alteraciones patológicas.
- b) Preservar la gónada sana en pacientes menores de 45 años.
- c) Efectuar la ovariectomía cuando la mujer histerectomizada rebasa los 45 años de edad.

En 44 ocasiones se realizó un segundo tiempo operatorio que consistió en la reparación de los trastornos de la estática pelvigenital.

Otras intervenciones fueron plastias umbilicales, -- o de pared abdominal, omentectomía también como tratamiento -- complementario en casos de carcinomas de ovario en etapa clínica avanzada.

La apendicectomía sólo se realizó en 3 ocasiones, y no tan frecuente como ha sido señalado por otros autores que la recomiendan hacer profilácticamente.

Se presentaron 112 complicaciones, de las cuales la gran mayoría (107) fueron complicaciones tardías y 5 complicaciones en el transoperatorio: 2 perforaciones intestinales, una herida vesical, una sección de uretero y un choque hipovolémico, que alcanzaron índice menor al señalado por otros autores, y que se resolvieron favorablemente en el 100% de los casos.

Dentro de las complicaciones tardías la más frecuente fué la hematuria macroscópica que se presentó en 23 casos, anemia en 20 ocasiones, fiebre en 15.

La hematuria puede ser debida a trauma durante el cateterismo o durante el acto operatorio, que pasan frecuentemente inadvertidos.

En cirugía obstétrica con frecuencia es motivo de intervención, y en cirugía ginecológica, cuando la histerectomía es electiva, su presencia es un índice fiel de lesión de vía s urinarias. La mayoría de las veces es causada por la compresión de la Valva a nivel vesical que provoca desgarrro de la mucosa o bien ruptura franca de la misma, que en nuestra casuística se presentó sólo en una ocasión.

El problema de las lesiones de órganos abdominales se eleva considerablemente cuando no se descubren durante el acto operatorio.

La paresia vesical que se presentó en 6 ocasiones se atribuyó a denervación de la vejiga o a efectos postanestésicos. Algunos autores mencionan que la alteración de la función urinaria es debida a la disección extensa de la zona paravesical vesical, originando que la vejiga se haga hipotónica. La paresia contribuye a la infección urinaria que en nuestra casuística se presentó en 12 ocasiones, pues además de ser un reservorio de orina y gérmenes se necesita sondear frecuentemente. Si no se realiza ésta maniobra se corre el riesgo de que la distensión exagerada llega a ocasionar adelgazamiento en las zonas mortificadas o lesionadas, produciendo desgarros vesicales que posteriormente evolucionan hacia las fístulas. En otras ocasiones la retención urinaria postoperatoria en la histerectomía abdominal es una alteración funcional, causada por la inmovilidad, dolor y nerviosismo. Otras veces puede incluirse al efecto medicamentoso de la atropina, o al exceso de anestesia.

En el Servicio se prefiere dejar canda o permanencia a pesar de que se sabe que la infección con éste método es del 100%, hecho que sólo encontramos en nuestro medio en 12 pacientes. Otros autores señalan que el cateterismo intermitente produce una menor frecuencia de infección urinaria.

La lesión ureteral se presentó en una sola ocasión.

Estas lesiones han despertado mucho interés en múltiples autores y pueden ser de diversas consecuencias.

a) Si la lesión es por ureteral y produce hematoma

- o necrosis puede anodar el conducto urinario.
- b) Si se localiza en la adventicia, seccionándola en forma circunferencial, produce dilatación, no pasando ésta situación si la lesión se realiza en forma lineal.
  - c) Cuando interese la pared muscular, si es lineal no ocasiona mucho problema, si es circunferencial interrumpe la inervación y circulación del conducto urinario.
  - d) Si llega a la mucosa por compresión intrínseca, se produce lesión isquémica, necrosis e infección.

Las lesiones ureterales intraligamentarias frecuentemente suceden por puntos hemostáticos que se han colonado con poca visibilidad sobre los vasos vaginales o las ramas descendentes de la uterina.

Las lesiones altas, a nivel de la ligadura del infundíbulo ovárico se presentan en los casos en los que no habiendo patología a éste nivel el exceso de confianza del cirujano lo hace menos cuidadoso.

Para evitar las lesiones ureterales puede emplear la cistografía descendente sobre todo en los casos en que la patología ginecopélvica haya modificado la anatomía de ésta región.

Es conveniente que durante la intervención se identifique plenamente el trayecto ureteral. Orkin recomienda:

- a) No cortar, pinzar o ligar nada si el uretero no es identificado.
- b) Palpar siempre en el túnel intraligamentario del conducto urinario.
- c) Evitar la tracción y denudación del uretero.

La reparación transoperatoria debe efectuarse restituyendo la continuidad del conducto urinario valorando siempre la extensión, tipo de lesión, altura de la misma y el estado funcional del riñón opuesto.

Se señalan como sitios de mayor peligro:

- 1.- La fosita ovárica, sobre todo en casos de endometriosis.
- 2.- El ligamento uterosacro, durante la plastia de éstos por la técnica de Kelly.
- 3.- En el cruce con la uterina, al seccionar el ligamento cardinal.
- 4.- En la porción intramural durante el tratamiento de las fístulas o lesiones vesicales.
- 5.- Al efectuar la peritonización en la pelvis.

La anemia secundaria a la hemorragia operatoria, que en la mayoría de los casos se presentó en el plano de disección inadecuado o amplio o bien frecuentemente por la presencia de un varicocele pélvico que aumenta la magnitud de la hemorragia operatoria.

La mortalidad encontrada en este estudio (0.35) está por abajo de lo reportado por otros autores, y aún así se piensa que es factible abatirla más, ya que al igual que la morbilidad está ocasionada por factores previsibles.

~~El promedio de estancia hospitalaria es está muy por arriba de lo reportado por otros autores.~~

Encontramos que 242 (67.2%) tuvieron una estancia mayor de 30 días con un máximo de 101 y que sólo 5 (1.45) entre 8 y 14 días, una sola paciente con 9 días.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

- 1.- Se revisaron 360 histerectomías abdominales por Patología Ginecológica.
- 2.- La edad más frecuente fué la comprendida entre los 36 y 45 años.
- 3.- En más de la mitad de los casos 184 (51.2%) se presentó en pacientes que habían tenido más de 6 gestaciones.
- 4.- Así mismo, en el 35.2% de los casos se presentó en grandes multiparas y 32.6% en multiparas. En 93 (25.4%) en nuliparas.
- 5.- En 53 casos existía el antecedente de cirugía previa ginecológica y en 59 cirugía previa no ginecológica.
- 6.- Los diagnósticos más frecuentes que indicaron la histerectomía fueron: miomatosis uterina en 245 casos, procesos plásticos adhesivos con 14, tumores ováricos malignos 13, benignos 10. Además se realizaron otros diagnósticos secundarios que aunque no indicaron la histerectomía si fueron tributarios de tratamiento complementario como los trastornos de la ecstésica poligénital, anexitis, hernia umbilical, etc.
- 7.- Los errores diagnósticos cometidos se debieron fundamentalmente a una mala interpretación de los trastornos menstruales tan frecuentes en el clima terio y a la presencia de tumores ováricos.
- 8.- Los diagnósticos omitidos fueron por dificultad clínica pero posibles al patólogo.

- 9.- La cirugía más frecuentemente asociada a la histerectomía fué la salpingooforectomía bilateral- 148 casos, con 55 salpingooforectomía izquierda y 51 del lado derecho, así como 44 correcciones de trastornos de la estática pelvigenital.
  - 10.- Las complicaciones más frecuentes fueron la hematuria (23 casos), anemia (20), fiebre (15) y la infección de la herida quirúrgica (15). La mortalidad fué del 0.36%.
  - 11.- El promedio de estancia hospitalario por paciente fué de 55 días.
-

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Acken, H.S., y Zarou, G.S.: Hysterectomy for benign lesions Am. J. Obst. Gynec. 84: 113, 1962.
- 2.- Alvarez Bravo, A.: Infección postoperatoria de la región operada. Actualidades en Ginec. y Obst. Pag. 148. Ed. Asoc. Mex. Ginec. Obst. Mex., 1971.
- 3.- Alvarez Bravo A.: Histerectomía. Conceptos generales. Actualidades en Ginec. y Obst. Ed. Asoc. Mex. Ginec. Obst. Mex. Pag. 44, 1971.
- 4.- Alvarez Bravo A.: Histerectomía total abdominal. Actualidades en Ginec. y Obst. Edit. Asoc. Mex. Ginec. Obst., 1971.
- 5.- Aznar Ramos R.; Reynoso Ron Leobardo; cols.: Histerectomía abdominal. Errores de manejo. Rev. Mex. Ginec. Obst. Vol. 32 59, 1972.
- 6.- Bedoya Mevia, M.: Complicaciones urológicas en cirugía y ginecología. Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginec. y Obstetricia. AMIGOMex. Tomo I, Pag. 365, 1963.
- 7.- Bravo Sandoval, J.: La prevención de las lesiones ureterales en Ginecología. Libro Homenaje ofrecido al Prof. Dr. Alfonso Alvarez Bravo. Ed. Gutiérrez Marillo E. y Vazquez, B.E. Mex. Pag. 126, 1967.
- 8.- Bravo Sandoval y cols.: La morbilidad en Histerectomía abdominal y vaginal. Ginec. Obst. Mex. 33, 199, 1973.
- 9.- Bravo Sandoval J.: Hemorragia trans y postoperatoria. Actualidades en Ginec. y Obst. Ed. Asoc. Mex. Ginec. Obst. 126, 1971.
- 10.- Bravo Sandoval J.: Tratamiento Transoperatorio de las hemorragias del úter y vejiga urinaria. Actualidades en Ginec. y Obst. Ed. Asoc. Mex. Ginec. Obst. 104, 1967.
- 11.- Burnett, J.E.: Hysterectomy; Results of a ten years study. Obst. Gynec. 20: 522, 1962.
- 12.- Cornell J.H.: Study of five hundred eighteen consecutive hysterectomies. Am. J. Obst. Gynec. 66: 130, 1962.
- 13.- Crisp W.E.: The morality of hysterectomy. Surg. Gynec. Obst. 120, 1965.
- 14.- Cron, R.S.: Morbidity studies in one thousand consecutive hysterectomies. Am. J. Obst. Gynec. 43: 244, 1952.
- 15.- Curtis W.: Abdominal complete hysterectomy. Am. J. Obst. Gynec. 59, 989, 1950.
- 16.- Delgado Urdapilleta J.: Indicaciones y complicaciones de la histerectomía abdominal y vaginal. Ginec. Obst. Mex. 26: 183, 69.
- 17.- Everetz H.: Urinary tract injuries resulting from pelvic surgery. Am. J. Obst. Gynec. 71, 502, 1956.
- 18.- Fadhuri S.: The postoperative management of patients with uterine fibroids. Akush Ginek. 3: 59, 1966.
- 19.- Felms Lb. A survey of two hundred five gynecological cases Am. J. Obst. Gynec. 64, 1251, 1952.

- 20.- Freda V.C.: Uterereral injured discovered after pelvic surgery Am.J. obstet. Ginecol. 83: 406, 1962.
- 21.- Gillespi W.A.: Causes and prevention for postoperative urinary infection in female patients. J.Obst.Gynec. 96:773,1966.
- 22.- Gray, L.A.: Techniques of abdominal total hysterectomy, with report of three methods used in 1,000 cases. Am.J.Obst. gynec. 75:334, 1958.
- 23.- Grehill, J.P. Analysis of deaths occuring in 5,315 gynecologic operations. Am.Y. Obst. Gynec. 61: 340, 1951.
- 24.- Grogan R.H.: Ovarian salvage in rutine abdominal hysterectomy. Am.J. Obst. Gynec. 70:1277, 1955.
- 25.- Grogan R.H.: Reappraisal of residual ovaries. Amer. J. Obstetric Gynec. 97: 124, 1967.
- 26.- Gusberg S.B.: Precursors of corpus cancer IV, Adenomatous hyperplasy as stage of carcinoma of the endometrium. Am. J. - Obst. Gynec. 87: 662, 1963.
- 27.- Gutierrez Murillo E.: Carcinoma del endometrio. Conceptos actuales y criterio de tratamiento. Gac.Med.Mex. 94:1137,1964
- 28.- Gutierrez Murillo E.: Complicaciones en cirugía ginecológica. Libro homenaje ofrecido al Prof. Dr. Alfonso Alvarez Bravo.- Ed. Gutiérrez Murillo, Mex. Pag. 157, 1967.
- 29.- Gutierrez Murillo E.: Complicaciones en la cirugía ginecológica. Ginec. Obst. Mex. 19: 129, 1964.
- 30.- Hernández Román P.: Histerectomía abdominal contra historectomía vaginal. Ginec. Obst. Mex., 25: 223, 1969.
- 31.- Hitchins C.S.: A comparis on of the methods based on 2,000 - consecutive cases. Am.J.Obst. Gynec. 70: 1100, 1955.
- 32.- Howkins J.: Total abdominal hysterectomy, 1000 consecutive - useleected operations. J.Obst.Gynec.: 70:20, 196.3
- 33.- Israel S.L.: An evaluation of intrafascial hysterectomy. Am. J. Obst. Gynec. 74: 880, 1957.
- 34.- Jack W.W.: Gynecological surgery: its profile. Am.J.Obst. - Gynec. 89: 106, 1964.
- 35.- Janning R.H.: The role of subtotal hysterectomy in the modern gynecology. J. Ark.Med.Soc. 64: 253, 1967.
- 36.- Johnson C.G. Morbidity and mortality in total hysterectomy. Am.J. Obst. Gynec. 659: 574, 1953.
- 37.- Johnson C.G.: An analysis of 4,891 hysterectomies for benign pelvic disease. Am.J.Obst. Gynec. 71:515, 1956.
- 38.- Laventhal M.L.: Total abdominal and vaginal hysterectomy A - comparison. Am.J. Obst. Gynec. 61, 299, 1951.
- 39.- Marshall W.D.: A clinical pathological survey of hysterectomies performed during the pas ten years in a nonteaching - urban hospital. Am.J. Obst. Gynec. 69, 244, 1955.
- 40.- Mateos Cándano N.: Histerectomía. Analisis de 425 casos. Ginec. Obst. Mex.: 20: 1205, 1965.
- 41.- Mathur B.B.: Adenomiosis uteri. Am.J.Obst. Gynec. 84: 1820-1962.

- 42.- Miller N.F. Hysterectomy: Therapeutic necessity of surgical racket ? Am. J. Obst. Gynec. 51: 804, 1946.
- 43.- Nava Sánchez Roberto Morbimortalidad en la Histerectomía - Abdominal. Rev.Mex.Ginec.Obst. Vol. 34, 337, 1973.
- 44.- Neef J.C. The fate of ovaries presearvate at the time of -- hysterectomy. Am.J. Obst. Gynec. 96:1088, 1966.
- 45.- Novak Edmund R.: Tratado de Ginecología. Septima edición.-- Pag. 337, 1966.
- 46.- Ozkin L.A.:Trauma to the ureter. Ed. Davis F.A. U.S.A. Page 35, 1964.
- 47.- Ortega Velázquez L.:Infección urinaria postoperatoria: Actualidades en Ginecología y Obstetricia. Edit. Asoc. Mex. -- Ginec. Obst. Mex. Pag. 156, 1971.
- 48.- G. y King T.M. Time interval from castration in premenopausal women to development of excessive coronary atherosclerosis. Am.J. Obst. Gynec. 99: 155, 1967.
- 49.- Pérez de Salazar J.L.:1,100 Histerectomías.- Ginec. Obst. - México. 20: 59, 1965.
- 50.- Quiroz Vazquez R.:La infección postoperatoria en cirugía ginecológica. Actualidades en Ginec. y Obst. Ed. Asoc. Mex. - Ginec. Obst. Mex. Pag. 141, 1971.
- 51.- Ramírez Soto E.:Histerectomía abdominal. Ginec. Obst. Mex., 21:573, 1966.
- 52.- Robson T.D.:Hysterectomy. A comparison of indications, complications and mortality in a special and general hospital-service. Am.J. Obst. Gynec. 77: 503, 1959.
- 53.- Rocha Cortés Fidel.:La histerectomía en el Hospital del FCP de Empalme. Son. Rev.Mex.Ginec.Obst. 41: 43, 1977.
- 54.- Savorelli M.: Aspetti patologici dell'ovaio residuo. Dopo isterectomia. Romagna med. 20: 675, 1968.
- 55.- Schneider George T.:Histerectomía por padecimientos benignos. Ac. Ginec. Obst. Ed. Asoc. Mex. Ginec. Obst. Mex. Pag. 47, 1971.
- 56.- Simon G.: Les lésions traumatiques 1° uretere pelvien au cours des hysterectomies. Bull.Soc. Chirurg.Paris. 37:285, 1967.
- 57.- Smith G.J. Hysterectomy for benign pelvic conditions. Am.J. Obst. Gynec. 64: 1211, 1952.
- 58.- Wifelder E.: Complicaciones especiales de la cirugía ginecológica. Clin.Quir. Norte Am. Pag. 789, 1963.
- 59.- Watts W.F.: Hysterectomy: analysis of 1000 consecutive operations. Obst. Gynec. 7: 483, 1956.
- 60.- Wesley R.H.: A study of services removed at total hysterectomy for benign disease. Am.J.Obst.Gynec. 67:293, 1954.
- 61.- Weslowski S.: Bilateral ureteral injuries in gynecology. - Brit. J. Urol. 41: 666, 1969.
- 62.- Wilson J.R. Changing indications for hysterectomy in the climacteric woman. Am.J. Obst. Gynec. 60: 1038, 1950.
- 63.- Williams T.J. Deaths in gynecologic survey. Survey and evaluation. Am.J. Obst. Gynec. 95: 195, 1966.

- 64.- Willocks J.: The Pfannenstiel incision and the healing of wounds in gynaecological surgery. J. Obst. Gynec. Br. Comm. 70: 284, 1963.
- 65.- Wright R.C. Hysterectomy: past, present and future. Obst. Gynec. (N.Y.) 33: 560, 1959.