

**Departamento de Cirugía
Hospital General Universitario “Martín Chang Puga”.
Nuevitas. Camagüey. Cuba**

HISTERECTOMÍA VAGINAL EN ÚTEROS NO PROLAPSADOS. “MITO O REALIDAD”

«« Cuando se hace una histerectomía vaginal se hace una histerectomía; cuando se hace una histerectomía abdominal se hacen dos intervenciones: una laparotomía y una histerectomía...

Richter

Autores:

**Dr. Miguel Emilio García Rodríguez.
Especialista II Grado en Cirugía General.
Aspirante a Doctor en Ciencias Médicas
Profesor Instructor de Cirugía
Hospital General Universitario “Martín Chang Puga”.
Nuevitas, Camagüey, Cuba.**

**Dr. Cm. Ramón Ezequiel Romero Sánchez
Especialista II Grado en Cirugía General.
Doctor en Ciencias Médicas
Profesor Titular de Cirugía
Hospital Provincial Universitario “Manuel Ascunce Doménech”.
Camagüey, Cuba**

Autor encargado de la correspondencia:
Dr. Miguel Emilio García Rodríguez.
Edificio 12 plantas apto L-0. Micro 2. Nuevitas. Camagüey. Cuba.
CP. 72520
Email: grmiquel@finlay.cmw.sld.cu

Resumen :

Se realizó una revisión del tema Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados como primera parte en varios trabajos que culminaron con la realización de una tesis doctoral. En el mismo se enfatiza en el aspecto histórico con la evolución del proceder a través de los años. Descripción de la técnica, indicaciones con su evidencia científica, contraindicaciones, complicaciones más frecuentes y como evitarlas.

Palabras claves:

Histerectomía vaginal/historia/indicaciones/contraindicaciones/complicaciones.

INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista histórico, una de las partes más esenciales de la ginecología es la correspondiente a la cirugía pélvica. Al examinar el tema a través de los tiempos se pueden señalar acontecimientos quirúrgicos aislados, que ponen de relieve el progreso de esta disciplina.

Puede decirse con certeza que la cirugía abdominal comenzó en los alrededores de Kentucky, cuando Ephraim McDowell extirpó con éxito un tumor ovárico de gran tamaño en el año 1809 ⁽¹⁾. Amussat de Francia, llevó a cabo en el año 1840 la primera miomectomía de que se tenga noticia ⁽²⁾. En los Estados Unidos la operación fue realizada un poco más tarde por Washington Atlee. En 1850, el profesor Mussey escribió: “De todas las hazañas de la cirugía moderna que conocemos, ninguna tiene la relevancia ni es tan extraordinaria como la operación practicada por el profesor Atlee para la extirpación de tumores fibrosos ^(3,4).”

El útero órgano ginecológico asiento de un sin número de enfermedades unas benignas y otras malignas ha sido objeto de estudio durante años y además son disímiles las técnicas quirúrgicas que se han ensayado en este. Por lo que pudiera decirse que es el órgano que más intervenciones quirúrgicas recibe a lo largo de los años desde la era de la anestesia la cual fundó el desarrollo de la cirugía, solamente si calculamos la cantidad de operaciones cesáreas que se realizan anualmente en el mundo sobrepasaría la cifra de cualquier otro tipo de intervención. No queda exento de esto la histerectomía del griego *histero* (útero) *ectomía* (sacar), esta fue llevada a cabo satisfactoriamente sólo muchos años después que la ovariectomía y cuando esta constituía una operación bastante frecuente que se acompañada de cierto éxito.

La histerectomía vaginal precedió a la abdominal por siglos. La primera de ellas se le atribuye a Sorano de Efeso, natural de Alejandría, quien en el año 120 A.C. amputó un útero gangrenoso prolapsado por vía vaginal ⁽³⁾. La primera con éxito fue realizada por una “paciente” en 1670, como fue informado por Percival Willouby: *Una vieja campesina de 46-años llamada Fe Haworth estaba llevando una carga pesada de carbón cuando su útero se derrumbó completamente. Frustrada por la ocurrencia frecuente de este mal, ella agarró el útero, tiró tan duro como le fue posible, y cortó la porción entera con un corto cuchillo.* El sangramiento se detuvo manteniéndose viva

durante muchos años, "con agua que pasaba insensiblemente de día y noche" (la comunicación de S. Joël-Cohen).

Como se acaba de señalar, la miomectomía fue realizada, pues, antes de que se intentara la histerectomía. En el año 1843 Charles Clay de Manchester, extirpó un útero fibroso, falleciendo la paciente al decimosegundo día de la operación. La primera extirpación completamente favorable de un útero fibroso tuvo lugar 10 años más tarde en Massachussets, en 1853, después se intentó 15 veces y solo tuvo tres sobrevivientes ^(2, 4). No es sorprendente, por lo tanto que la opinión médica de aquel entonces, expresada por el director del London Medico-Chirurgical Review, fuera la siguiente. "Consideramos la extirpación del útero, sin inversión o protrusión previas, como una de las operaciones mas crueles e impracticables jamás proyectadas por la inteligencia o ejecutada por la mano del hombre. En el 1848, el profesor Charles Meigs expresó que era en vano cualquier intento de intervenir fibromas desarrollados en el interior del abdomen. Sir J. Y. Simpson, pese a ser considerado un cirujano bastante audaz a mediados del siglo XIX, dijo que la idea de extirpar fibromas uterinos debía ser desechada por tratarse de una "operación completamente injustificable en cirugía"⁽⁴⁾.

Han sido varios los aspectos que han tenido que ver con el desarrollo de la cirugía ginecológica y dentro de esta la histerectomía vaginal como son: la anestesia, la asepsia y antisepsia, el tratamiento del prolapso uterino, la histerectomía total abdominal y finalmente la laparoscopia. El avance de la cirugía como ciencia estuvo vinculado al control del dolor de la hemorragia y de las infecciones lo que influyo negativamente en el desarrollo de la histerectomía vaginal, pues hizo que los cirujanos se interesaran por la vía abdominal, creyéndola mas segura.

Aspectos que influyeron en el desarrollo de la técnica en úteros no prolapsados.

Tratamiento del prolapso uterino

La cura quirúrgica del prolapso uterino se intentó por primera vez después del advenimiento de la anestesia y la asepsia. Hasta ese momento se acostumbraba a emplear pesarios de todo tipo. Algunos de los primeros intentos quirúrgicos se realizaron mediante ventro fijación ⁽⁵⁾, pero esto demostró no ser satisfactorio, pues los

resultados eran a menudo temporarios. Diversos tipos de operaciones vaginales practicadas, acompañadas de éxito en muy contadas ocasiones fueron: Amputación del cuello alargado, constricción de la salida vaginal con reconstrucción del perineo, y operaciones para disminuir el calibre de la vagina, por lo general mediante la eliminación de un triángulo de mucosa y sutura de los bordes entre sí. La unión casi completa de los labios mayores fue intentada en Alemania. Después, en 1888, A. Donald, de Manchester, y su colaborador, Fothergill, idearon lo que llegó a conocerse como operación de Manchester. Esta operación, con algunas modificaciones menores, mantiene todavía un lugar merecido en la cura del prolapso uterino. La histerectomía vaginal con una reparación plástica conveniente de la vagina ha logrado amplia aceptación en el mundo. Entre los que han contribuido a nuestros conocimientos actuales pueden citarse a Watkins, de Chicago (interposición operatoria), Spalding, de San Francisco, y Richardson, de Baltimore (operación compuesta), Heaney, de Chicago (Histerectomía Vaginal) Le Ford, de Francia. La mayor contribución fue la de Heaney que consistió en el desarrollo de una técnica meticulosa, para la histerectomía por vía vaginal, aplicable a la extirpación del útero en afecciones benignas, incluso en ausencia de prolapso⁽⁶⁾.

Histerectomía total abdominal.

A partir del año 1950 se produjo un cambio gradual, que va de la histerectomía abdominal subtotal a la total, para el tratamiento de la enfermedad benigna. Uno de los mayores avances técnicos, que ha contribuido en gran manera a la seguridad de la histerectomía total y la subsiguiente prevención de fístulas, fue la extirpación intrafascial del útero descrita por E. H Richardson, de Baltimore, en 1929⁽⁷⁾. La histerectomía total abdominal es en la actualidad la operación ginecológica realizada con mayor frecuencia en ginecología fuera de la Cesárea^(7,8).

Laparoscopia

En 1911, Bertrand M. Bernheim, un cirujano asistente del hospital John Hopkins, describió dos casos en que se pasó un proctoscopio a través de una pequeña incisión abdominal. Observó los órganos abdominales empleó una luz reflejada. Al año siguiente, Jacobaes, en Estocolmo, informó acerca de 115 exámenes similares, 42 abdominales y 27 torácicos. Se suscitó un interés internacional, y Meirelles, de

Sudamérica, Renon y Rosenthal en Francia, Roccoivilla en Italia y Ordoff en Chicago describieron todos “las técnicas y las ideas originales de la laparoscopia”^(9, 10).

En 1929, Kalk, un eminente cirujano alemán, se constituyó en un ardiente expositor y promotor de la peritoneoscopia. Diseñó y construyó numerosos sistemas de lentes y varios endoscopios, y describió 100 exámenes laparoscópicos, con significativos detalles. Se debe probablemente a su influencia que se haya aceptado la Laparoscopia moderna a nivel científico. En 1930 Ruddock, de los Estados Unidos de América, se transformó en un entusiasta partidario de la peritoneoscopia y publicó varios casos en los cuales se utilizaba la anestesia y el aire de la habitación para este procedimiento⁽¹⁰⁾.

El renacimiento y la modernización de la laparoscopia pueden remontarse a los trabajos iniciales de Polmer en París, en 1940. Sus cuidadosos experimentos sobre la creación del neumoperitoneo y el control de la presión intrabdominal constituyeron aportes sobresalientes a la ciencia de la laparoscopia. Utilizaba la expresión “helioscopio ginecológico “en lugar de “laparoscopio”, y prefería este procedimiento a la culdoscopia, a causa de la posibilidad de las infecciones pélvicas^(9, 10, 11). Creía que las técnicas quirúrgicas podían aplicarse mejor mediante el laparoscopio que con el culdoscopio. La Cirugía laparoscópica se inicia en 1987, cuando los médicos franceses Mouret y Dubois reportan los primeros casos de Colectectomía laparoscópica. Su comunicación revoluciona el mundo de la cirugía. Previamente, algunos reportes de apendicectomías (Senm, 1983 en Alemania) habían llamado la atención científica, pero la nueva era quirúrgica no se inaugura sino con la aparición de la Video Cirugía, incorporada a la técnica por Mouret y Dubois. Al año siguiente, Dubois reportará los primeros 36 casos de colectectomías hechas por laparoscopia. Perissat hace lo mismo en Burdeos, Mouiel y Kathouda en Lyle y D’Allemagne, Cadiere, Himpens y Gigot lo harán en Bélgica^(10, 11).

Estados Unidos, por su parte, iniciará la divulgación de resultados con los reportes de Reddick y Olsen. Todos inician cursos de aprendizaje para difundir la técnica de Colectectomía Laparoscópica. En 1989 Reich describió la técnica de Histerectomía Vaginal Video asistida por Laparoscopia⁽¹²⁾, este acontecimiento inicio una revolución en el manejo de la histerectomía, a partir de este momento miles de

artículos han invadido la literatura, tanto apoyando la técnica como criticándola, así como proponiendo diversos tipos de técnicas, beneficios, costos y resultados ⁽¹³⁾.

DESARROLLO

En un discurso presidencial ante la Chicago Medical Society se dijo: “Casi todos los progresos en medicina y cirugía que caracterizan a nuestra época actual son sólo una repetición del trabajo de nuestros precursores profesionales. Muchas de las llamadas operaciones modernas son sólo versiones recientes, y no siempre mejoradas, de las técnicas operatorias ideadas y descritas por algunos de los viejos maestros. Estas observaciones se aplican especialmente a la Histerectomía Vaginal. “Expresadas por Nicholas Seen el 18 de marzo de 1895” ⁽⁴⁾, estas palabras se aplican por igual en la actualidad.

Al principio del siglo XIX la ulceración maligna se convirtió en la segunda indicación de la histerectomía vaginal, aunque la medida inicial para la alteración considerada leve fue la amputación del cuello uterino. En 1812 Paletta efectuó amputación cervical por una úlcera maligna, aunque encontró un tumor en el fondo y por lo tanto extirpó todo el útero ⁽⁶⁾. En 1813 Langenbeck efectuó la primera histerectomía vaginal intencional en un útero no prolapsado y al parecer la primera con buenos resultados, para lo que creyó que era un carcinoma del cuello uterino. Su éxito fue recompensado por la envidia maligna de sus contemporáneos médicos incrédulos, que se convencieron sólo después de la ejecución de la necropsia 26 años después de la operación ^(5, 6). El procedimiento operatorio se efectuó sin los beneficios de las pinzas y se acompañó de hemorragia intensa, el útero se extrajo por debajo de su túnica serosa de modo que nunca se entró en cavidad peritoneal, y se encontraba con este cirujano un ayudante viejo en calidad de simple observador.

Sauter en 1822 fue el que efectuó la segunda histerectomía vaginal intencional por cáncer, usando una técnica semejante a la que se emplea en la actualidad ⁽²³⁾. El primer proceder considerado auténtico en Estados Unidos fue efectuado por Warren, profesor de Anatomía de Harvard, en 1829, después de hacer el diagnóstico de cáncer de cuello uterino; la paciente murió 4 días después de la operación ⁽²⁴⁾. La gran mayoría de dichas pacientes murieron, lo que hizo que en el siglo XIX la publicación *Londón Medical Gazette* resumiera sus opiniones de la siguiente manera:

“Estos resultados estadísticos y funerarios de la extirpación del útero exigen, por encima de cualquier raciocinio, que el médico se decida a abstenerse de efectuar este procedimiento tan temible”⁽¹¹⁾.

En la segunda mitad del siglo XIX surgió una tercera indicación para la histerectomía por vía vaginal: la enfermedad inflamatoria pélvica⁽¹⁷⁾. En este período los obstáculos principales para la realización de la técnica fueron las adherencias y la infección. La utilización por los miembros de la escuela francesa del método de pinzado, en contraste con el uso sistemático de puntos por los alemanes, contribuyó sin duda a los buenos resultados al producir menos choque, un mejor drenaje y menos casos de peritonitis^(16, 17).

La operación se efectuaba con gran rapidez usando el método de pinzas, y la paciente volvía a la sala con la vagina llena de estas, que se retiraban o se dejaban para que cayeran por sí solas varios días después de la operación. Era raro encontrar un caso que no se hubiera acabado antes de los cinco minutos. La escuela francesa usó con liberalidad el método de pinzas, que recomendó Freund por primera vez en 1881^(16, 17, 18).

Aunque la operación ganó adeptos en Estados Unidos en la última parte del siglo XIX, a principios del siglo XX se observó una gran disminución en su ejecución como resultado de las técnicas mejoradas de la cirugía abdominal combinadas con la asepsia quirúrgica. Gray citó la afirmación que hizo Kelly en 1928: “La Histerectomía Vaginal, en gran boga durante cierto tiempo para los tumores tanto cancerosos como fibroides, se efectúa excepcionalmente en estos últimos años”. Sin embargo, Kelly no se percató de la tendencia ulterior recurrente hacia la vía vaginal estimulada por Haberte, Babcock, Danforth, Heaney, Price y otros^(18, 19, 20, 21, 22).

En 1915 Mayo, renovó y aconsejó la Histerectomía Vaginal de preferencia a la operación de Watkins de interposición para el prolapso del útero^(23, 24, 25, 26, 27). Heaney se recuerda por los refinamientos de la técnica quirúrgica de la Histerectomía Vaginal. Inició el pinzado preliminar de los ligamentos y la substitución inmediata de las pinzas mediante sutura así como; el cierre completo de la bóveda vaginal y diseño instrumentos especiales para el acceso vaginal. Tanto sus instrumentos como las

indicaciones, que estableció para la cirugía vaginal han soportado la prueba del tiempo, y se encuentran aún como componentes de la ginecología ética y moderna^(20, 21, 28).

Consideramos al igual que algunos autores que una técnica quirúrgica debe cumplir con los siguientes aspectos:

- Ser segura
- Sencilla
- Reproducible
- Aplicable a la población que se asiste

Y para medir lo anterior se deben medir los siguientes parámetros:

- Tiempo operatorio
- Complicaciones intra-operatorias
- Complicaciones post-operatorias
- Perdidas sanguíneas
- Tamaño del útero
- Confort operatorio

Varias técnicas han sido descritas entre ellas están la Heaney y la de Peham Amnrich, con muy pocas variaciones entre las dos quizás en la forma de colposuspensión:

Descripción de la técnica⁽²¹⁾

1. Colpotomía circular.
2. Disección del espacio vésico-uterino.
3. Apertura del fondo de saco de Douglas.
4. Ligadura y sección de ligamentos úteros sacros y cardinales.
5. Ligadura y sección de pedículos uterinos.
6. Luxación del cuerpo uterino.
7. Ligadura y sección del sistema anexial.
8. Colposuspensión.

Las indicaciones de la histerectomía en la actualidad se han hecho corresponder con la evidencia científica debido a que son varias y al momento de realizarla difieren de institución en institución no existiendo un consenso en el mundo en este aspecto. El número de histerectomías que se realizan actualmente es excesiva, por ejemplo en EE.UU., se realizan 600.000 cada año ⁽²³⁾, en Brasil del año 2000 al 2002 fueron 300.000 ⁽²⁹⁾ y así se encuentra en la literatura países como Finlandia y Australia donde el número de histerectomía es elevado, utilizándose fundamentalmente la vía abdominal. En nuestro país el 70% de las histerectomías se hacen por vía abdominal y la vía vaginal queda casi exclusivamente para el prolapso donde la técnica es mandatoria ^(23, 29).

¿Qué es la Práctica Clínica basada en la evidencia?

“El uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para tomar decisiones respecto al cuidado de la salud “(Centre for Evidence Based Medicine, Universidad de Oxford, Mayo 2000) ^(30, 31).

La práctica clínica basada en la evidencia desenfatisa la intuición, la experiencia clínica no sistemática y la fisiopatología racional como base suficiente para la toma de decisiones clínicas y pone énfasis en el examen de evidencias para la investigación clínica ⁽³¹⁾.

Son múltiples las clasificaciones existentes de la evidencia para las recomendaciones entre ellas existen actualmente más de 100 sistemas de clasificación para valorar la calidad de la evidencia ^(32, 33). A continuación mencionaremos cuales son las más conocidas en nuestro medio:

- Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) ^(30,31,32)
- US Preventive Services Task Force (USPSTF). (actualmente integrada en la Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) ^(33,34)
- US Agency for Health Care Policy and Research (actualmente denominada AHRQ) ^(35,36)
- Centro de Medicina Basado en la Evidencia de Oxford (OCEBM) ⁽³⁷⁾
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) ^(38, 39)
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) ^(37, 38, 39)

De las anteriormente mencionadas describiremos la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), que es la que se ha utilizado en los últimos años para las indicaciones de la Histerectomía Vaginal, aquí excluimos el prolapso por no ser el objetivo de la revisión y donde la indicación es mandatoria.

Criterios de la evidencia en el reporte de la Canadian task force sobre exámenes de salud periódicos ^(30, 31, 32).

Calidad de evaluación de la evidencia

I - evidencia obtenida de al menos un estudio controlado randomizado

II-1- evidencia de estudios bien designados y controlados sin randomización

II-2- evidencia de un bien designado estudio de cohorte (prospectiva o retrospectiva) o caso control estudio, preferiblemente de mas de un centro o grupo de investigación

II-3- evidencia obtenida de comparaciones entre veces o lugares con y sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados (como son los resultados del tratamiento con penicilina en el 1940) pudiera también estar incluido en esta categoría.

III- Opiniones de autoridades respetables, basadas sobre la experiencia clínica, estudios descriptivos, o reportes de comités de expertos.

Clasificación de las recomendaciones

A. Buena evidencia para apoyar la recomendación.

B. Clara evidencia para apoyar la recomendación y siempre que la condición sea específicamente considerada en exámenes de salud periódicos.

C. Mala evidencia con respecto a la inclusión o exclusión de la condición en un examen periódico de salud pero la recomendación quizás sea tomada sobre otro motivo.

D. Es una evidencia clara para tomar la recomendación ya que la recomendación no sea considerada en un examen de salud periódico.

E. Es buena evidencia para apoyar la recomendación ya que la condición es excluida de la consideración en un examen de salud periódico.

INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE UNA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN ÚTEROS NO PROLAPSADOS Y SU EVIDENCIA CIENTÍFICA SEGÚN LA CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE.

El fibroma uterino es un hallazgo común en mujeres en edad fértil de la vida con una incidencia de aproximadamente en el 30%. Usualmente no da síntomas, pero en algunos casos ellos son responsables de dolor, sangramiento uterino anormal e infertilidad. El tratamiento esta dado por la talla del fibroma, frecuencia de crecimiento del útero. En pacientes asintomáticas la indicación esta dada por el crecimiento exagerado del útero y la sospecha en mujeres post-menopausicas de leiomiocarcinoma (23, 24, 30, 31). Actualmente en algunos casos, se usan algunos tratamientos como los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, (gestrinoma), pero estos son solamente efectivos por un corto periodo de tiempo. Sobre la base de la edad de la paciente, paridad y síntomas de la entidad, en ciertos números de casos, el proceder quirúrgico es obligatorio, sin embargo, en pacientes jóvenes que deciden tener familia, la miomectomía puede ser una opción, en todos los demás casos la indicación es la histerectomía. La laparotomía abdominal es la ruta común de acceso quirúrgico sobre todo en úteros voluminosos, si embargo muchas mujeres no la aceptan por razones estéticas y consecuencias quirúrgicas (adherencias, dolor, disfunción intestinal) para reducir estos problemas varios métodos han sido descritos como son: bisección corporal, miomectomía enucleación del miometrio lo cual facilita la vía vaginal, la cual ha tenido pudieramos decir un resurgimiento independientemente que se mantiene baja, solamente se incrementa en los países del centro de Europa no siendo así en EE.UU. y Australia que son los países con mas alto índice de Histerectomías (31, 32, 33). **(I-A)**

Sangramiento Uterino Anormal (SUA) ¿Que es un sangramiento uterino anormal? La menstruación normal es definida como: El sangramiento proveniente de la decamación del endometrio que tiene una duración de 28 ± 7 , un flujo de 4 ± 2 y una cantidad de sangre de 40 ± 20 . (Journal Canadiense de Ginecologia y Obstetricia, 2002). Por otra parte el sangramiento uterino anormal (SUA) es el sangramiento uterino irregular por más de 8 días, en más de un ciclo o un sangramiento profuso que requiere protección adicional (grandes coágulos o salida a chorros con limitación de la actividad) en ausencia de diátesis hemorrágica o medicamentos que puedan

producirlo. Estos finalmente producen un efecto negativo sobre la calidad de vida. La evaluación de una mujer con un sangramiento uterino anormal es a veces difícil independientemente de las causas que le pueden dar origen como son pólipos carcinoma de endometrio, hiperplasias endometriales, quedando un número de casos que no es demostrada la causa, aunque en un gran numero mediante la histeroscopia se puede demostrar o con el curetage endometrial (legrado). Las opciones del tratamiento son medicas y quirúrgicas, en las cuales se basan en la severidad de la enfermedad, la edad de la paciente, sus creencias culturales, su preferencia de fertilidad, en cuanto esta puede decidir sobre si usar la ablación endometrial o histerectomía ^(24, 25, 27). **(III-B)**

Hiperplasia Adenomatosa Endometrial

La hiperplasia adenomatosa endometrial se diagnostica debido a una queja de sangramiento uterino anormal que es el motivo de la consulta de la paciente. En la histología lo más significativo es encontrar la ausencia o presencia de atipias. El tratamiento habitual es el tratamiento con progestágenos y repetir el curetage diagnostico a los 6 meses; si persiste la alteración glandular el tratamiento es Histerectomía ^(34, 36). En los casos con atípica el adenocarcinoma está presente en del 17-25% de los casos ^(26, 27,37) **(I-A)**

Neoplasia intraepitelial-cervical: Por si sola no es una indicación de histerectomía, solo se realiza si otras condiciones la justifican o los métodos conservadores fallan, teniendo en cuenta la paridad de la paciente ^(26, 27, 28). **(I-B)**

Carcinoma endometrial: En los casos que se excluya la diseminación de la enfermedad y existan comorbilidades que impidan realizar una laparotomía ^(26, 34, 36). **(I-A)**

Cáncer de cuello uterino: Carcinomas in situ confirmados, diagnosticados y donde no existan dudas de la invasión a los parametrios ^(26, 27, 28, 34, 36). **(I-B)**

En las enfermedades benignas del útero la histerectomía vaginal es la opción de primera línea, solo se utilizará la abdominal, cuando la vaginal o la asistencia laparoscopica sean imposibles. En las enfermedades malignas descritas en los

criterios de la evidencia siempre debe utilizarse asistencia laparoscópica a nuestro entender diagnóstica, o como parte del proceder aunque los estudios sean negativos para diseminación más bien pudiera decirse que se utilizaría la asistencia laparoscópica complementaria con fines diagnósticos, siempre y cuando no exista contraindicación para la vía vaginal ^(34, 35, 36, 37) .

CRITERIOS CLÍNICOS PARA SELECCIONAR LA VÍA DE ACCESO:

El juicio sobre el valor de un determinado método quirúrgico se hace a menudo sobre bases no objetivas, como sería lógico y deseable, sino desde una toma de posición ya existente en la mentalidad del cirujano, y ello es así, en la generalidad de los casos, por motivos de dependencia a una escuela o formación recibida ^(29, 38, 39, 40, 41, 42, 44) a pesar de los años transcurridos conserva plena vigencia la afirmación hecha por un gran abdominalista de la época, Jean Louis Faure, a propósito de la histerectomía vaginal; la discusión sobre la bondad en una u otra vía se suscita, no "entre vaginalistas o abdominalistas, sino entre los que saben hacer la histerectomía vaginal y los que no saben hacerla" ⁽²⁰⁾. La elección de la vía en cirugía ginecológica constituye un excelente objeto de controversia, debate en cuyo marco se exponen y defienden puntos de vista distintos y opuestos. Existen diferentes factores que se analizan a la hora de escoger la vía como se mencionan a continuación ⁽⁴⁴⁾, sin embargo, estos pueden ser todos relativos y no exclusivos. Mellier ⁽⁴³⁾ considera que si no existen contraindicaciones para la vía, el volumen uterino no es una limitante siempre y cuando no se trate de un útero excesivamente grande; compara la histerectomía vaginal en útero no prolapsado con la prueba de parto en el parto vaginal, es decir, comenzar por la vía vaginal y en caso de no poder, convertir la cirugía en una histerectomía abdominal.

1. Condiciones anatómicas:

- Vagina estrecha (menos de 2 traveses de dedos)
- Falta de descenso uterino
- Diámetro bituberosidad menor de 9 cm
- Arco púbico menor de 90°
- Intervenciones quirúrgicas previas sobre el cuello o la vagina

2. Fijación del útero:
 - Endometriosis
 - Presencia de masas anexiales que no puedan ser removidas por la vagina
 - Adherencias
 - Enfermedad Inflamatoria Pélvica crónica
3. Tamaño y forma del útero:
 - Útero en pera invertida.
 - Miomas enclavados en la pelvis.
 - Desproporción entre el diámetro transversal y el ancho de la pelvis de la paciente.
4. Necesidad de procedimientos asociados:
 - Presencia de otras enfermedades quirúrgicas susceptibles de ser resueltas en la misma operación.
 - Dolor pélvico crónico.
5. Obesidad.
6. Indicaciones oncológicas.
7. Experiencia del equipo quirúrgico.

A menos que se usen técnicas de reducción uterina varios investigadores han usado lo planteado por la asociación de gineco-obstetras de EE.UU. que el peso del útero debe ser de 280 gr. que corresponde a 12 semanas de gestación o un poco mayor, sin embargo, la proporción de úteros removidos (85 a 90%) no exceden estas medidas, esto depende además de la experiencia y el estilo de cada cirujano ^(44, 45, 46, 47, 48, 49). El útero puede ser medido usando técnicas transvaginales y sumas algebraicas para determinar la talla ^(44, 49, 50, 51, 52). Habitualmente las medidas de los úteros que se extraen son menores de 12 semanas de gestación, quizás por el diagnóstico precoz de enfermedades que necesitan histerectomía. Aún así, siempre que las maniobras de reducción uterinas (miomectomias, bisección, enucleación y

morcelación) puedan ser utilizadas se podrá remover un útero mayor de 280 grs. sin morbilidad sobreañadida existiendo trabajos que avalan esto. ^(45, 46, 47).

Pensamos que la medida del útero no debe ser engorrosa pudiéndose realizar clínicamente y comparar su tamaño con un útero grávido aproximadamente: pequeño 6-7 semanas, mediano 8-9 semanas, grande 10-12 semanas. Siendo del criterio que el tamaño del útero no constituye un criterio absoluto para contraindicar la vía vaginal. En la bibliografía los criterios para úteros grandes para la vía vaginal son dispares, aunque la mayoría concuerda con útero de 12 semanas ^(44, 45, 46, 47, 48).

COMPLICACIONES Y PROPUESTA DE MÉTODOS PARA EVITARLAS.

El éxito de cualquier intervención depende de una correcta indicación y de una buena técnica. Todo cirujano con experiencia sabe que la histerectomía puede ser muy difícil y su obligación es llevar a cabo la intervención en las mejores y de la forma más segura posible. Muchas de las complicaciones son el resultado de lo que se hace en el quirófano.

La observación de las tasas publicadas por los distintos hospitales, grupos, escuelas, etc. demuestra unas variaciones suficientemente expresivas de que la cualidad o naturaleza de la asistencia prestada es, a veces, diferente ⁽⁵⁰⁾.

Diversos factores influyen entre sí y pueden dar lugar a sesgos o interpretaciones erróneas. Al abordar las complicaciones de la histerectomía vaginal debemos tener en cuenta algunos principios fundamentales:

Hay factores dependientes de la paciente que explican algunas de las diferencias observadas (por ejemplo en mujeres mayores la comorbilidad aumenta la mortalidad y las complicaciones médicas) ⁽⁵¹⁾.

Muy importantes son los factores dependientes de quienes realizan la operación y de la técnica empleada. El cirujano debe conocer la anatomía topográfica de la región, poseer un grado de entrenamiento suficiente y estar dotado de habilidad y una buena dosis de prudencia. La técnica debe estar bien reglada y la manipulación de los tejidos ha de ser cuidadosa, buscando los espacios a través de los planos de separación. Con estas normas generales contribuiremos a disminuir las

complicaciones, ya que es sabido el postulado de que la mayoría de ellas son evitables ^(50, 51, 52).

Durante la intervención pueden presentarse (complicaciones intraoperatorias) o después de ella (complicaciones postoperatorias), de forma temprana o tardía ^(53, 54, 42).

Se distinguen dos grandes grupos:

1. Médicas: Relacionadas con patologías pre-existentes a tener en cuenta los antecedentes patológicos personales (comorbilidades), que actúan como predictores o factores de riesgo para las complicaciones médicas, más que para las quirúrgicas.

2. Quirúrgicas: Relacionadas con la cirugía. Hemorragias, trans o post-operatorias, lesiones de órganos vecinos: -Tracto urinario (vejiga, uréter) -Aparato digestivo (recto) -Infección de la herida quirúrgica ^(52, 54, 55, 56).

Las hemorragias pueden ser trans o postoperatorias ⁽⁴⁴⁾. La valoración de su cuantía sigue criterios dispares y no está exenta de subjetividad. Unos la estiman cuando la pérdida de sangre excede de 1000 ml, o se realiza transfusión de sangre, cuando la hemoglobina desciende 3-5 g/ml, o cuando el sangramiento obliga a convertir el proceder, lo que insistimos en la relación del cirujano con la vía ^(44, 45).

Las causas principales de esta complicación son:

- Deslizamiento de las suturas de los pedículos
- Congestión pélvica.
- Sangramiento procedente de los bordes vaginales y del fondo de saco posterior por desgarro peritoneal.

Para evitar esta complicación es necesario, primero y ante todo ser gentil en la manipulación de los tejidos dándole la tensión necesaria para su disección, los pedículos se deben pinzar y seccionar con pinzas fuertes y en ocasiones se deben utilizar dos pinzas para asegurarlo, estas se sustituyen en cuanto se pueda por puntos con transfixión en U, utilizándolos como suturas de referencias evitando su tracción lo que en ocasiones hace que se deslicen. En caso de que la hemorragia sea evidente hay que identificar su origen, exponiendo el campo con separadores de

Deaver, utilizando taponamiento lateral por separado con gasas en la mayoría de los casos se identifica y controla de esta forma, si este proceder ofrece dificultad no se insistirá en la vía se realizará la laparotomía de inmediato.

Si es necesario se practicará anexectomía, la cual para algunos críticos la plantean como un proceder con dificultad pero si se realiza independiente es decir el redondo, la trompa y después el ovario no ofrece dificultad.

Después de la cirugía, se considerará complicación cualquier pérdida de sangre que precise algún tipo de tratamiento, aunque tenemos que considerar que en algunos casos el sangramiento es residual. La frecuencia de la hemorragia postoperatoria es de 2-5% para la histerectomía vaginal. Esto se puede controlar mediante la colocación de un tapón vaginal, cuando el sangramiento proviene de los bordes de la cúpula vaginal seccionados si mediante este proceder no se logra la contención se realizara el control quirúrgico, el cual se intentará por vía vaginal, con una tasa de resultados satisfactorios de un 98% de los casos.

Morbilidad febril

-Fiebre: Temperatura axilar $> 37,5^{\circ}$ C a contar del 2º día postoperatorio, obtenido en cualquier horario y que se mantenga al menos por 24 horas, cuyo origen no es atribuible a foco infeccioso ^(45, 46). Las cifras publicadas oscilan ampliamente debido a las diferencias de las poblaciones estimadas, pero, sobre todo a los diferentes criterios para definir qué se considera como fiebre postoperatoria. Se acepta por la mayoría de los autores ^(43, 44, 45, 46). Como la elevación de la temperatura por encima de 38° C, en dos ocasiones con 4 horas de intervalo por lo menos, excluidas las primeras 24 horas después de la operación. Para algunos autores ^(47, 48) es la complicación más frecuente y se han mantenido durante muchos años cifras más elevadas en las histerectomías vaginales que en las abdominales. Durante los últimos años, las infecciones post-operatorias han descendido gracias al empleo profiláctico de los antibióticos, manifestándose este efecto beneficioso de manera más notable en las vaginales.

-Fiebre inexplicable:

Es aquella en la que no fue hallado el foco o el origen no es infeccioso; desaparece sin tratamiento. Se cita en 5-8% de la vía vaginal, pero es más elevada en la abdominal, 10-20% (del 50% de su tasa de fiebre) ⁽⁴⁵⁾.

Según el origen de la fiebre, distinguimos:

1. Infección de la herida quirúrgica: La frecuencia varía entre 3,9 -10%, cifras que van en descenso. Son los hematomas o los cúmulos sero-hemáticos depositados en los espacios muertos los elementos que constituyen un caldo de cultivo para los gérmenes de la región, lo que da lugar a infecciones que se localizan por encima de la sutura de la cúpula vaginal y en la pelvis.

Los abscesos de la cúpula vaginal pueden prevenirse dejando los bordes del vértice de la vagina sin suturar, para que las secreciones puedan drenar libremente. La vía abdominal no está exenta de estas infecciones y, además, entra en consideración la que afecta a la pared abdominal, lo que añade 4-9% a la tasa de infección pelviana.

2. Infecciones de las vías urinarias:

La protección antibiótica y la disminución del cateterismo han reducido la infección urinaria al 1-5% ⁽⁴²⁾.

Lesiones de órganos adyacentes.

Lesiones de la vejiga.

La separación de la vejiga constituye un tiempo obligado para realizar una histerectomía, sea abdominal o vaginal; de ahí que una maniobra errónea pueda afectar a su integridad. El riesgo se incrementa cuando existen fijaciones o desplazamientos por operaciones previas (cesárea), procesos inflamatorios anteriores, endometriosis o tumoraciones grandes o situadas en cara anterior, istmo o cervicales. La lesión vesical se produce con mayor incidencia en la histerectomía vaginal (0,2 a 1,7%) ^(42, 43, 44).

El diagnóstico es inmediato, al ver fluir orina. La reparación se realizará una vez concluida la exéresis uterina, exponiendo los bordes y suturando la herida; comprobado el cierre, una sonda permanente mantendrá el reposo vesical de 7 a 10 días para su cicatrización. La curación es la regla.

Para prevenir este accidente, es aconsejable:

-Seccionar el tabique supravaginal para entrar en el espacio véscico-cervical, donde el tejido laxo permite que la vejiga pueda ser desplazada ampliamente.

-Cuando existe una cicatriz de cesárea anterior (circunstancia cada vez más común), el tejido conjuntivo laxo del espacio ha sido sustituido por otro fibroso, que fija en mayor o menor extensión la vejiga a la cara anterior del istmo uterino.

Una vez seccionado el tabique supravaginal, se continuará a punta de tijera (nunca con disección roma) hasta separar la pared vesical de la cara anterior del útero ⁽⁴⁹⁾. Recomendamos no colocar la sonda vesical al inicio del proceder para lograr establecer bien el plano de disección, una vez separada la colocamos.

Por otra parte es necesario que se maneje con cuidado la valva superior, colocada en muchas ocasiones entre la vejiga y la cara anterior del útero, causante en muchas ocasiones de la ruptura vesical.

Fístulas vesicovaginales (FVV), ureterovaginales, y rectovaginales

Más del 90% de las fístulas son causa de lesión inadvertida de la vejiga durante la cirugía ⁽⁸⁰⁾. En países subdesarrollados las causas predominantes siguen siendo las complicaciones obstétricas. En Países desarrollados la causa más común es la cirugía ginecológica, especialmente la histerectomía por ginecopatías benignas representando el 75% ^(52, 53, 56, 57). La ureterovaginales y rectovaginales son más infrecuentes por esta vía, siendo más frecuentes por la vía abdominal ⁽⁵⁸⁾. Para prevenirlas es útil manejar con cuidado las lesiones de la vejiga exponiendo los bordes correctamente y realizando un cierre en dos planos con buena vascularización, por otra parte es importante cuando se realiza la colposuspensión las suturas que se pasan por la cara anterior de la vagina deben abarcar el borde superficial y no insistir en profundidad lo que puede en ocasiones abarcar la vejiga e inevitablemente producir las fístulas. En las ureterales no seccionar y ligar los pedículos y ligamentos en su base, si no contra la pared uterina. La vía vaginal debe ser abandonada y sustituida por la vía abdominal en situaciones tales como hemorragias las cuales no puedan ser controladas por los métodos anteriormente expuestos, un proceso inflamatorio, o masa anexial no identificada en el pre-operatorio etc. Su frecuencia no supera el 0,5-1% ⁽⁵⁰⁾, Es importante antes de comenzar el proceder quirúrgico bajo anestesia realizar una nueva valoración de la paciente en el salón de operaciones, lo cual evitaría en muchos casos la conversión ^(51, 52, 56, 57).

El desarrollo histórico de la ginecología, como especialidad quirúrgica, no puede concebirse sin la presencia constante y a veces con protagonismo absoluto de la cirugía vaginal. Dentro de la extensa gama de técnicas que abarca esta modalidad quirúrgica, la histerectomía vaginal ocupa un lugar destacado. Los detractores que, en ciertas épocas y países, ha tenido la histerectomía vaginal, que paradójicamente se ha considerado siempre la más ginecológica de las intervenciones, no parece haber supuesto ningún serio obstáculo a su continua difusión y perfeccionamiento.

Todo cirujano tiene hoy la obligación de conocer la técnica tanto de la histerectomía vaginal, abdominal y laparoscópica, y la misión de los centros formadores con responsabilidad docente debe ser que los futuros especialistas dominen indistintamente estas vías. Solo así, ante estas opciones, el cirujano podrá seleccionar la que mejor convenga a las condiciones anatómicas o circunstancias clínicas de cada caso particular. Como expresaba Charles Mayo, "Ajustar la operación a la paciente y no la paciente a la operación" ⁽²⁹⁾.

La vieja polémica entre vaginalistas y abdominalistas no tiene razón de ser. Para satisfacer plenamente las exigencias de la cirugía ginecológica actual, los especialistas deberían dominar tanto las técnicas abdominales, vaginales y laparoscópicas, lo que le situaría en condiciones de adoptar alternativamente y en cada caso, la solución óptima ⁽³⁷⁾.

La consecución de este objetivo requiere una dedicación constante. Si bien el proceso de aprendizaje es una experiencia de toda la vida, en el caso de la cirugía vaginal constituye un imperativo absoluto. Como dice David Nichols, su técnica es fácil de olvidar si cada generación de cirujanos no la comprende la cultiva y la practica ⁽³⁸⁾. La práctica de cualquier intervención, pero acaso todavía más por su peculiaridades anatómicas la histerectomía vaginal, exige que los distintos tiempos del acto operatorio se sucedan escalonadamente y de acuerdo con normas precisas. Si se vulneran estos principios y el acto quirúrgico no se desarrolla de manera correcta, siguiendo un orden en la ejecución de las diversas etapas, la operación está condenada al fracaso ⁽³⁹⁾. Probablemente, muchas de las reservas que ha suscitado y aún suscita la práctica de la histerectomía vaginal se debe a la incomprensión de la misma y al desconocimiento de sus posibilidades. El rechazo procede

invariablemente de quienes, no han tenido ocasión de familiarizarse con su técnica, ven en ella dificultades insalvables ^(39, 40).

CONCLUSIÓN

La selección adecuada de las pacientes para histerectomía vaginal y la aplicación de las técnicas disponibles permitirán ofrecer una experiencia operatoria y postoperatoria sin problemas a la mayoría de las pacientes que se someten al procedimiento quirúrgico.

Nos hacemos las siguientes preguntas: ¿Será la Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados sustituida por la vía laparoscópica? ¿Es el futuro la cirugía laparoscópica para los países subdesarrollados? ¿Serán entrenados todos los cirujanos en la vía vaginal para la histerectomía en úteros no prolapsados?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Graham, Harvey: *Eternal Eve: The History of Gynaecology and Obstetrics*. Garden City, N. Y., Doubleday & Co., 1951.
2. Amussat, J. Z.: quoted by I. C. Rubin: *Progress in Miomectomy*.
3. Soranus de Efeso 98-138 A.C. *De morbis mulierum* (Obra ginecológica de la edad antigua)
4. Seen, N.: The early history of vaginal hysterectomy. *J.A.M.A.*, 25: 476-482, 1895.
5. Mathieu A. History of hysterectomy. *West J Surg. Obstet. Gynecol.* 1934; 42:2.
6. Richardson, E.H.: A simplified Technique for abdominal panhysterectomy. *Surg. Gynec. Obstet.*, 48: 248, 1929.
7. Richardson, E. H.: A simplified Technique for abdominal panhysterectomy. *Debodinance P. Hysterectomies pour lesions benignes sur uterus non prolabé. Epidemiologie et suites operatoires dans le Nord de la France. J Gynecol Obst Biol Reprod* 2001; 30:151-159.
8. Berheim, B. M.: organoscopy. *Ann. Surg.*, 53: 764, 1911
9. Ruddock. J.C.: Peritoneoscopy. *West. J. Surg.*, 42: 392, 1934.
10. Horowitz, S.T.: Laparoscopy in gynaecology. *Obstet. Gynaecology. Surv.* , 21: 1-13, 1972.
11. Reich H, Decaprio J, Mc Glynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynaecology Surg* 1989; 5: 213-218
12. Abbott JA, Garry R: The surgical management of menorrhagia. *Hum Reprod* 2002; 8 (1): 68-78.
13. Mäkinen J, Johansson J, Tomás et al. Morbidity of 10110 hysterectomies by typo of approach. *Human Reprod* 2001; 16:1473-1478.
14. Reich H, De Caprio J, Mc Glynn F. Laparoscopic hysterectomy *J Gynecol. Surg.* 1989; 5:213-216
15. Reich H. Laparoscopic hysterectomy. *Surgical Laparoscopy & Endoscopy*. Raven Press, New York, 1992; 2: 85-88.
16. Gray, L. A.: *Vaginal Hysterectomy: Indications, Technique and Complications*. Springfield Illinois, Charles C Thomas, 1955, 137 pp.
17. Averett, L.: Vaginal hysterectomy: Indications and advantages. *J. Internat. Coll. Surgeons.* , 8: 53-62, 1945.

18. Heaney, N. S.: Report of 565 vaginal hysterectomies performed for benign pelvic disease. *Am J. Obstet. Gynecol.*, 28: 751-755, 1934.
19. Cianfrani, T.: *A Short History of Obstetrics and Gynaecology*. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, 1960, 449 pp.
20. Gray, L. A.: *Vaginal Hysterectomy: Indications, Technique and Complications*. Springfield Illinois, Charles C Thomas, 1955, 137 pp
21. Rodríguez N: La Histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso: indicaciones, técnica y recomendaciones. *Rev. Cubana Obstet Ginecol*. 1995; 21(1).
22. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy Rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol* 2002; 99:229-234.
23. Varma R, Tahseen S, et al. Vaginal Route as the Norm When Planning Hysterectomy for Benign Conditions: Change in Practice. *Obstet Gynecol* 2001; 97:613-616.
24. Vilos GA, Lefebvre, Greave GR, Guidelines for the management of abnormal uterine bleeding. *J Obstet Gynaeco. Can* 2001; 23(8):704-9
25. Mendoza Romero, Jesús, Flores, José Alonzo, Dicrisio, Rossana *et al*. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. *Rev Obstet Ginecol Venez*, jun. 2005, vol.65, no.2, p.69-75. ISSN 0048-7732.
26. Berek, Hacker, *Practice Gyn. Onc.* 2nd. Ed. 1994, 221-312
27. Thomas GM, Improved treatment for cervical cancer-concurrent chemotherapy and radiotherapy *N Engl J. Med* 1999; 340: 1198-2000
28. Costa, A. A. R. Comparação dos resultados intra e pós-operatórios da histerectomia vaginal *versus* histerectomia abdominal em mulheres sem prolapso uterino, em um hospital-escola do Recife: ensaio clínico randomizado – Recife. 2003. (Dissertação – Mestrado – Instituto Materno-Infantil de Pernambuco).
29. Canadian Task Force on Preventive Health Care. History and methods. Disponible en: <http://www.ctfphc.org> [2005]
30. Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford. Levels of Evidence and Grades of Recommendation [Internet]. Oxford: Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford [acceso 24 de marzo del 2005]. Disponible en http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp

31. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003;169:207-8
32. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM for the Methods Word Group, third U.S. et al. Preventive Services Task Force. Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. Am J Prev Med 2001;20(3S):21-35
33. U.S. Preventive Services Task Force Ratings: Strength of Recommendations and Quality of Evidence. Guide to Clinical Preventive Services. [Internet] Third Edition: Periodic Updates, 2000-2003. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. [acceso 24 de marzo de 2005]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/ratings.htm>
34. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). EPC Evidence Reports [Internet]. Rockville: AHRQ. [acceso 24 de marzo del 2005] Disponible en <http://www.ahrq.gov/clinic/epcindex.htm#methodology>
35. Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford. Levels of Evidence and Grades of Recommendation [Internet]. Oxford: Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford [acceso 24 de marzo del 2005]. Disponible en http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp
36. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developers' handbook [Monografía en Internet]. Edinburgh : Scottish Intercollegiate Guidelines Network; February 2001, updated May 2004 [acceso 24 de marzo de 2005] Disponible en: <http://www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/fulltext/50/index.html>
37. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods- Chapter 7: Reviewing and grading the evidence [Internet]. London: NICE; February 2004 (updated March 2005) [acceso 24 de marzo del 2005] Disponible en: http://www.nice.org.uk/pdf/GDM_Chapter7_0305.pdf
38. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods - Chapter 11 Creating guideline recommendations [Internet]. London: NICE; February 2004 (updated March 2005) [acceso 24 de marzo del 2005] Disponible en: http://www.nice.org.uk/pdf/GDM_Chapter11_0305.pdf

39. Lee N, Dicker R, Rubin G, Ory H. Confirmation of the pre-operative diagnosis for hysterectomy. *AmJ Obstet Gynecol* 1984; 150:283-7.
40. Wood C, Maher PJ (editors). *Hysterectomy*. Ballière's Clinical Obstetrics and Gynecology 1997; 11:1-204.
41. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on the periodic Health Exam. Ottawa: Canada Communication Group; 1994. p. xxxvii.
42. Mellier M, Kjerulff KH, Rhodes JC, Langenberg PW, Harvey LA. Patient satisfaction with results of hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(6):1440-7
43. Faife, B. Criterios clínicos de indicación de la histerectomía laparoscópica. Cirugía basada en la evidencia científica. Tesis Doctoral. Ciudad de la Habana 2005.
44. Ottosen, Lingman G, Ottosen L. Three methods for hysterectomy: randomised, prospective study of short term outcome. *BJOG* 2000; 107 (11):1380-5
45. Kovac SR. Decision-directed hysterectomy: a possible approach to improve medical and economic outcomes *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 71 (2): 159-69.
46. Guarnaccia MM, Rein MS: Traditional surgical approaches to uterine fibroids: abdominal myomectomy and hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 2001 Jun; 44(2): 385-400
47. Johns A: Supracervical versus total hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 1997 Dec; 40(4): 903-13.
48. Kovac SR: Which route for hysterectomy? Evidence-based outcomes guide selection. *Postgrad Med* 1997 Sep; 102(3): 153-8.
49. Lipscomb GH: Laparoscopic-assisted hysterectomy: is it ever indicated? *Clin Obstet Gynecol* 1997 Dec; 40(4): 895-902.
50. Makinen J, Johansson J, Tomas C: Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. *Hum Reprod* 2001 Jul; 16(7): 1473-8.
51. Reiter RC, Gambone JC, Lench JB: Appropriateness of hysterectomies performed for multiple preoperative indications. *Obstet Gynecol* 1992 Dec; 80(6): 902-5.
52. Kung FT, Chang SY. The relationship between ultrasonic volume and actual weight of pathologic uterus. *Gynecol Obstet Invest* 1996;42(1):358

53. Díez Gómez E, Roldán A, Hernández A. Problemas técnicos de la histerectomía vaginal. *Toko-Gin Práct* 1992; 51:200-211.
54. Harris WJ. Early Complications of Abdominal and Vaginal Hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50(11):795-805.
55. Gitsch G, Berger E, Tatra G. Trends in thirty years of vaginal hysterectomy. *Surg Gynecol Obstet*
56. Härkki-Sirén P, Sjöberg J, Tiitine Urinary Tract Injuries After Hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1991; 172:207-210. n A. 1998; 92:113-118.
57. Kovac SR. Hysterectomy Outcomes in Patients With Similar Indications. *Obstet Gynecol* 2000; 95(6):787-93.
58. Mathevet P, Valencia P, Cousin C et al. Operative injuries during vaginal hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 97:71-75.
59. Mc Quarrie HG, Harris JW, Ellsworth HS, et al. Sciatic neuropathy complicating vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 113:223-232.
60. Myers ER, Steege JF. Risk adjustment for complications of hysterectomy: Limitations of routinely collected administrative data. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:567-75.
61. Urger JB, Meeks G. Vaginal hysterectomy in women with history of previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:1473-1478.