

Algunos resultados de la histerectomía total abdominal & histerectomía subtotal abdominal en pacientes con diagnóstico de mioma uterino

Some results from the abdominal total and subtotal hysterectomy in patients diagnosed with uteri myoma

Daisy Hernández Durán^I; Ricardo Manuel Ferreiro^{II}; Nelson Rodríguez Hidalgo^{III}; Dayami Díaz Garrido^{IV}; Venancio Vera Fernández^V; Nelcy Pérez García^{VI}

^IMáster en Atención integral a la mujer. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Especialista de I Grado en Medicina General integral. Instructora. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor auxiliar. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{III}Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor titular. Investigador de Mérito. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de I Grado en Bioestadística. Profesora auxiliar. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^VEspecialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor auxiliar. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{VI}Licenciada en Enfermería. Instructora. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La controversia entre todas las formas de histerectomías y sus diferentes abordajes se ha agudizado, ha llegado a las propias pacientes que con frecuencia creciente solicitan información del ginecólogo, llegan a exigir la histerectomía subtotal abdominal (HSTA) por la ventajas que han oído o leído sobre ella.

OBJETIVO: Analizar comparativamente resultados obtenidos entre la histerectomía total abdominal (HTA) y la histerectomía subtotal abdominal (HSTA), según variables seleccionadas.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo longitudinal en el periodo comprendido entre enero 2002 a diciembre 2004 en el Hospital

Ginecoobstétrico Docente "Ramón González Coro". La muestra estuvo constituida por un total 310 pacientes histerectomizadas con el diagnóstico de mioma uterino para lo cual seleccionamos dos grupos. Para investigar la posible asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba χ^2 , se consideraron diferencias significativas en aquellos casos donde $p = 0,05$.

RESULTADOS: La HSTA tuvo menor tiempo quirúrgico para un 83,9 % ($p=0,000$), así como una menor estadía hospitalaria para un 58,1 %, el sangramiento moderado fue de un 5,1 % en la HSTA, no se encontraron lesiones a órganos vecinos en ambos grupos, y la morbilidad febril e infecciosa fue mayor para el grupo de la HTA para un 22,4 % y 5,7 % respectivamente.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio la histerectomía subtotal abdominal comparativamente con la histerectomía total abdominal tuvo menor tiempo quirúrgico, estadía hospitalario y menor número de complicaciones transoperatorias y posoperatorias.

Palabras clave: Histerectomía total abdominal, histerectomía subtotal abdominal, complicaciones transoperatorias y posoperatorias.

ABSTRACT

Controversy among all the ways of hysterectomies and the different approaches has increased is known by patients that frequently request information to gynecologists on their criterion of an abdominal subtotal hysterectomy (ASTH) due its advantages of this technique.

OBJECTIVE: To analyze comparatively the results obtained among the abdominal total hysterectomies (ATH) and the ASTH according the variables selected.

METHODS: A cross-sectional, retrospective and descriptive was conducted from January, 2002 to December, 2004 in the "Ramón Pando Ferrer" Genecology-Obstetrics Hospital. Sample included 310 patients with hysterectomy diagnosed with a uterine myoma divided into two groups. To research the possible association among qualitative variable the χ^2 test was used with significant differences en those groups where ($p =0.05$).

RESULTS: The ASTH had less surgical time for a 83.9 % ($p = 0,000$), as well as a lower hospital stay for 58.1 %; moderate bleeding was of a 5.1 % in the ASTH without lesions of surrounding organs in both groups and febrile and infectious morbidity was greater for the ATH group for a 22.4 % and 5.7/5, respectively.

CONCLUSIONS: In our study the abdominal subtotal hysterectomy (ASBH) compared with the abdominal total hysterectomy (ATH) has less surgical time, hospital stay and a lesser number of transoperative and postoperative complications.

Key words: Abdominal total hysterectomy, abdominal subtotal hysterectomy, transoperative and postoperative complications.

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XIX y primera mitad del XX se desarrolló una importante controversia acerca de las bondades de la histerectomía total abdominal (HTA) y la histerectomía subtotal abdominal (HSTA), esta última quedó prácticamente en desuso, llegó a ser considerada como sinónimo de ineptitud quirúrgica.^{1,2}

En la época de los años 80 aparecen importantes programas de prevención del cáncer cérvico uterino y comienza a desarrollarse la cirugía de mínimo acceso,^{3,4} todo lo cual contribuye a que se comience a utilizar nuevamente la HSTA.

Encontramos dentro de la historia de la histerectomía subtotal dos puntos de inflexión que actuaron en sentido contrario. Uno de ellos es la controversia que tuvo lugar en 1950, sobre cuál era la técnica de elección para la histerectomía, que acabó relegando a la histerectomía subtotal solo a los casos donde existía una dificultad para extirpar el cuello del útero, quedó entonces la histerectomía total como la de elección. Hay que tener en cuenta que no es hasta a partir de esa fecha cuando empieza a disminuir la incidencia y la mortalidad por el cáncer de cérvix y por tanto mantenerlo suponía un riesgo para la mujer. A pesar de ello existen estudios que han observado un nuevo incremento en la incidencia del cáncer de cuello uterino y en especial de algunas formas clínicas como el adenocarcinoma que aparece en mujeres más jóvenes.^{5,6} También se ha observado un incremento en las lesiones premalignas de cuello uterino que según algunos estudios ha duplicado su prevalencia en la última década por el incremento de las infecciones por el virus del papiloma humano.^{7,8}

No contamos con evidencia científica que soporte la aseveración que la histerectomía total abdominal reduce la mortalidad derivada del cáncer de cérvix. En cambio, sí se cuenta con certitud sustancial que apoya la afirmación que "la introducción de la citología de Papanicolaou permitió una disminución continua de la mortalidad provocada por este cáncer".^{9,10}

Se ha demostrado que el riesgo de desarrollar cáncer de la cúpula vaginal después de una histerectomía total es de un 0,13 %, ¹¹ que es prácticamente el mismo riesgo de desarrollar cáncer cérvicouterino del muñón cervical poshisterectomía subtotal abdominal, que es de un 0,11%.¹²⁻¹⁵ Además, es posible prevenir en estas pacientes con histerectomía subtotal la aparición de cáncer del muñón cervical futuro, con el mismo método que el resto de las mujeres, la aplicación masiva de citología de Papanicolaou. Es decir, se deben mantener los controles con Papanicolaou igual que en aquella paciente con útero. Y no debemos olvidar que en general el desarrollo de un cáncer de cérvix suele ser lento demorando años e incluso décadas.¹⁶ Por último, el hallazgo de lesiones precursoras o premalignas como las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC), permiten entregar una oportunidad de tratamiento simple, como es la crioterapia, cono *leep* y terapia láser, disminuyendo la posibilidad de un cáncer de cérvix futuro.^{12,17}

El otro punto de inflexión es la aparición de la cirugía laparoscópica y la aparición de técnicas para realizar una histerectomía subtotal por esta vía, *Seem* en 1991¹⁸ fue uno de los primeros en comunicar sus resultados. La aparición de estas técnicas ha vuelto a abrir el debate sobre si es necesario extirpar el cérvix cuando la indicación de la histerectomía es por patología benigna del cuerpo uterino, y han aparecido trabajos comparando las ventajas, inconvenientes y complicaciones de los diferentes tipos de histerectomías totales y subtotales.

Sin embargo la controversia entre la HTA y la HSTA se ha agudizado, la discusión se establece entre todas las formas de histerectomías y sus diferentes abordajes, y ya no se limita solo al campo de los especialistas, pues ha trascendido a los propios pacientes que con frecuencia creciente solicitan información del ginecólogo sobre

estos aspectos e incluso llegan a exigir la HSTA por la ventajas que han oído o leído sobre ella.^{19,20}

Dentro de las posibles ventajas y desventajas de la HSTA frente a la HTA se han citado las siguientes:²¹⁻²⁴

Ventajas:

1. Técnicamente más fácil, sencilla, rápida y segura.
2. Menor riesgo de complicaciones intraoperatorias como hemorragias y lesiones de estructuras anatómicas vecinas al útero.
3. Menor riesgo de complicaciones sépticas.
4. No se afecta ni se acorta la vagina, no granulomas en el posoperatorio, no se pierde la secreción mucosa cervical.
5. Más estabilidad pélvica y menor incidencia de prolapsos poshisterectomía.
6. Menor repercusión sobre la inervación autonómica de las vísceras pélvicas, lo que a largo plazo significa menor tasa de disfunciones vesicales, rectales y sexuales.
7. Estancia media posoperatoria menor.

Desventajas:

1. Riesgo de displasias y cáncer del muñón cervical.
2. Mayor dificultad de tratamiento quirúrgico y radioterapéutico del cáncer del muñón cervical en comparación con el cáncer de cuello del útero intacto.
3. Pueden presentarse infecciones cervicales y leucorreas crónicas.
4. Persistencia en un cierto porcentaje de casos de sangrados posteriores, sobre todo de tipo cíclico por incompleta extirpación del cuerpo uterino.

En los tiempos actuales, en que los progresos de la anestesia, hemotransfusión, antibioticoterapia y otros, han disminuido mucho los riesgos operatorios, la histerectomía es una operación mayor, con morbilidad y riesgos de lesión de otros órganos íntimamente relacionados con el útero, por lo tanto, como toda cirugía, solo debe realizarse cuando sea estrictamente necesaria.²²

Una revisión publicada en 2003 demostró que la principal causa por la que ginecólogos continúan indicando principalmente la histerectomía total abdominal, es que se sienten más seguros con esta técnica y/o la conocen mejor, y en segundo lugar creen que es necesario remover el cuello por el riesgo futuro de cáncer.²⁵

Por ser este un tema de tantas controversias decidimos realizar un estudio que nos permitiera revisar con especial atención nuestros resultados en ambos tipos de histerectomías (HSTA y HTA).

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo longitudinal con el objetivo de comparar resultados de estudio entre la HTA y HSTA.

El universo está constituido por 1 428 pacientes a las que se les realizó histerectomía en el hospital "Ramón González Coro" en el periodo comprendido entre enero 2002 a diciembre 2004. La muestra estuvo constituida por un total 310 pacientes histerectomizadas con el diagnóstico de mioma uterino para lo cual seleccionamos dos grupos, el primero constituido por el total de pacientes que se les realizó HSTA (136) y un segundo grupo que incluyó una muestra simple aleatoria que se les realizó HTA (174).

Criterios de exclusión

- Pacientes con citología positiva o con infección por HPV/NIC de alto y bajo grado.
- Pacientes con diagnósticos de neoplasia intraepitelial cervical (NIC).
- Pacientes en las que se les realizó histerectomía vaginal o laparoscópica.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico.
- Exudado vaginal con cultivo positivo.

Operacionalización de las variables:

Para dar salida al objetivo se incluyeron las siguientes variables.

1. Tiempo quirúrgico.

- a) Menos de 90 min.
- b) Entre 91 min y 120 min.
- c) 21 min o más.

2. Estadía hospitalaria desde el ingreso hasta el alta.

- a) 4 días o menos.
- b) 5 a 8 días.
- c) 9 días o más.

3. Complicaciones quirúrgicas.

- a) Transoperatoria.
 - Hemorragias (clasificadas por el cirujano como leves, moderadas y severas).
 - Lesiones a órganos vecinos (clasificadas por el cirujano).

b) Posoperatorias

- Fiebre (de 38 °C en adelante).
- Hemorragias (clasificadas por el cirujano).
- Sepsis de la herida quirúrgica (salida de material purulento por la herida).
- Absceso de la cúpula (diagnosticados por US transvaginal).
- Sepsis urinaria (diagnóstico por citoria, parcial de orina o urocultivo).

Procedimientos estadísticos empleados:

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas para lo cual se confeccionó una planilla de recolección de datos con este fin (anexo). Los datos secundarios obtenidos del llenado de la planilla se introdujeron en una base de datos en formato Excel XP y se procesaron mediante el software estadístico SPSS.

El análisis descriptivo de los datos se realizó mediante distribuciones de frecuencias absolutas y relativas.

Para investigar la posible asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba χ^2 o en su defecto, la prueba exacta de Fisher, se consideraron diferencias significativas en aquellos casos donde ($p = 0,05$). En el caso de variables cuantitativas continuas se utilizó la prueba de comparación de medias en muestras independientes con varianzas desconocidas.

Consideraciones éticas:

Se trata de una investigación no invasiva, basada en recolección de información de los expedientes clínicos con el propósito de analizar diferentes variables sin mostrar los nombres de los pacientes.

RESULTADOS

Al comparar el tiempo quirúrgico (tabla 1) entre ambos tipos de histerectomías predominó el menor de 90 min para un 48,7 % del total de las pacientes. Sin embargo comparativamente entre ambos tipos de histerectomías la HSTA fue la de menor tiempo quirúrgico para un 83,9 %, resultados estos con significación estadística ($p=0,000$; $X^2=83,2$).

Tabla 1. Distribución de pacientes según tipo de histerectomía y tiempo quirúrgico

Variable	Tipo de histerectomía		Total n=310
	Subtotal n=136	Total n=174	
Menos de 90 min	113 (83,9 %)	38 (21,8 %)	151 (48,7 %)
Entre 91 y 120 min	22 (16,1 %)	99 (56,8 %)	121 (39,1 %)
121 min y más	1 (0,7 %)	37 (21,2 %)	38 (12,2 %)

p=0,000 X²=83,2

En la estadía hospitalaria (tabla 2) la HSTA se comportó como la de menor estadía en un 58,1%, contra 47,4% en la HTA (p=0,20 X²=3,2).

Tabla 2. Distribución de pacientes según tipo de histerectomía y estadía hospitalaria

Variable	Tipo de histerectomía		Total n=310
	Subtotal n=136	Total n=174	
4 días o menos	79 (58,1 %)	83 (47,7 %)	162 (52,2 %)
5 a 8 días	56 (41,1 %)	83 (47,7 %)	139 (44,8 %)
9 días o más	1 (0,7 %)	8 (4,5 %)	9 (2,9 %)

p=0,20 X²=3,2

En cuanto a las complicaciones transoperatorias (tabla 3) el sangramiento moderado estuvo presente en ambos grupos, fue menor en la HSTA para un 5,1%. En ninguno de los grupos encontramos lesiones a órganos vecinos.

Tabla 3. Distribución de pacientes según tipo de histerectomía y complicaciones transoperatoria

Complicaciones transoperatorias	Tipo de histerectomía		Total n=310
	Subtotal n=136	Total n=174	
Sangramiento moderado	7 (5,1 %)	14 (8,0 %)	21 (6,7 %)
Lesiones a órganos vecinos	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

La incidencia de complicaciones posoperatorias según el tipo de histerectomía se muestra en la tabla 4. La morbilidad febril e infecciosa fue mayor para el grupo de la HTA.

Tabla 4. Distribución de las pacientes según tipo de histerectomía y complicaciones posoperatorias

Complicaciones posoperatorias	Tipo de histerectomía		Total n=310
	Subtotal n=136	Total n=174	
Fiebre	8 (5,8 %)	39 (22,4 %)	47 (15,1 %)
Sepsis de la herida	1 (0,7 %)	3 (1,7 %)	4 (1,2 %)
Absceso pélvico	0 (0 %)	1 (0,5 %)	1 (0,3 %)
Sepsis urinaria	0 (0 %)	3 (1,7 %)	3 (0,9 %)

DISCUSIÓN

La tendencia actual en la medicina es reducir, lo más posible, la estancia hospitalaria tras una intervención quirúrgica. Algunos estudios han defendido que las pacientes sometidas a una histerectomía subtotal se recuperan de forma más rápida.²⁶

Estos resultados concuerdan con los autores que plantean que la HTST es técnicamente más fácil y realizable con menor tiempo quirúrgico.^{1,27-34}

El sangrado intraoperatorio excesivo, definido como la pérdida de sangre mayor de 1000 mL o la necesidad de transfusión sanguínea, es muy poco frecuente en la histerectomía en general. La incidencia de hemorragia intraoperatoria en la histerectomía total abdominal varía muy ampliamente, en diferentes estudios, pero oscila entre 0,2 y el 3,7 %.³⁵ El sangramiento moderado es una variable cualitativa, por lo que la conclusión a la que se arribe en esta aspecto está muy relacionada con la apreciación individual de cada cirujano. Algunos autores han encontrado una significativa reducción en las pérdidas de sangre en la histerectomía subtotal en comparación con la histerectomía total.^{20,34}

Cuando se hace una histerectomía abdominal por miomas, el tamaño de estos tiene relación con las complicaciones. Con los miomas de peso mayor de 500 g hay pérdidas hemáticas mayores de 500 mL, celulitis de la cúpula vaginal, infecciones de piel y transfusiones.³⁶ Pérdidas severas de sangre pueden ocurrir en cualquier tipo de histerectomía. En un estudio finlandés de 10 110 histerectomías, la histerectomía total abdominal estuvo asociada con hemorragia severa en el 2,1 % de los casos.³⁷ Se reporta que la histerectomía abdominal intrafascial tiene un average de pérdida de sangre de 286 ± 112 mL y un significativo rango hemorrágico de un 0,2 a 1 %.³⁸

El cérvix uterino está íntimamente relacionado con la vejiga urinaria y por tanto es lógico que si no lo extirpamos no se producen las lesiones vesicales producidas al diseccionar la vejiga sobre la porción anterior de cérvix. También existe una estrecha relación del uréter con los vasos uterinos, los ligamentos cardinales o parametrios y los ligamentos uterosacros. Todas estas estructuras se encuentran íntimamente relacionadas con el cuello uterino y es posible la lesión del uréter al extirparlo. Por lo tanto, las lesiones vesicales y ureterales deberían ser significativamente inferiores en las técnicas que conservan el cuello uterino. En nuestro estudio no encontramos ningún caso con lesiones órganos vecinos, sin embargo otros autores han encontrado lesiones. En un estudio finlandés donde se realizaron 62 379 hysterectomías en 5 años, presentaron 0,2 % de lesiones al aparato urinario que fueron: 0,10 % uréteres, 0,13 % a la vejiga y 0,08 % de fístulas vesicovaginales.³⁹

En cuanto a la morbilidad infecciosa parece razonable pensar que al no ponerse en contacto la cavidad vaginal con el abdomen, la incidencia de infecciones en la hysterectomía subtotal tiene que ser necesariamente inferior al de la hysterectomía total lo cual está en correspondencia con los hallazgos en nuestro estudio y lo encontrado por otros autores.^{34,40,41} *Perineau* y otros³³ en su estudio de 768 hysterectomías totales abdominales tuvieron una morbilidad de un 38 %, infecciones un 29 %, y fiebre inexplicable en un 11,1%.

Se ha señalado que hay una mayor incidencia de infecciones, o al menos, de fiebre en el posoperatorio si la cirugía se practica en el periodo menstrual, por lo que resulta recomendable realizar las operaciones en la primera fase (proliferativa) del ciclo menstrual para aprovechar el tropismo aportado por los estrógenos y la menor vascularización.²²

El ACOG (American Collage of Obstetricians and Gynecologists) ha sugerido que la HTA debe reducirse a un 30 % o menos de las indicaciones, para disminuir la morbilidad asociada a esta técnica quirúrgica.⁴²

Podemos concluir que en nuestro estudio la hysterectomía subtotal comparativamente con la hysterectomía total tuvo menor tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria y menor número de complicaciones transoperatorias y posoperatorias.

Anexo

Ficha de recolección de datos

1. Nombre y apellidos.

2. Historia clínica.

3. Diagnóstico preoperatorio.

4. Diagnóstico operatorio.

5. Operación realizada:

-Hysterectomía total abdominal.

-Hysterectomía subtotal.

6. Tiempo quirúrgico:

- a. Menos de 90 min.
 - b. Entre 91 y 120 min.
 - c. 121 min o más.
7. Estadia hospitalaria:
- a. Menos de 4 días.
 - b. De 5 a 8 días.
 - c. 9 días y más.
8. Complicaciones transoperatorias:
- a. Sangramiento moderado.
 - b. Lesiones a órganos vecinos.
9. Complicaciones postoperatorias:
- a. Fiebre de 38°C o más.
 - b. Sangramiento.
 - c. Sepsis de la herida quirúrgica.
 - d. Absceso de cúpula.
 - e. Sepsis urinaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ewiwes AA, Olah KS. Subtotal abdominal hysterectomy: a surgical advance or a backward steed? BJOG. 2003;110(1):83.
2. Rock John A, Jones Howard W. Te Linde's Operative Gynecology, 10th Edition. Lippincott: Williams & Wilkins; 2008.
3. Kilcku P. Supravaginal uterine amputation vs. Hysterectomy: effect on costal frequency and dyspareunia. Acta Obstet Gynecol Scand. 1983;62:1415.
4. Kilcku P. Supravaginal uterine amputation vs. Hysterectomy with reference to bladder symptoms and incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand.1985;64:375-9.
5. Peters RK, Chao A, Mack TM, Thomas D, Bernstein L, Henderson BE. Increased frequency of Adenocarcinoma of the uterine cervix in young women in Los Angeles County. J Natl Cancer Inst 1986;76:423-501.

6. Larsen NS. Invasive cervical cancer rising in young white females. *J Natl Cancer Inst.* 1994;86:6-7.
7. Noller K. Incident and demographic trends in cervical neoplasia. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:1088-90.
8. Franco EL, Villa LL, Richarson H, Rohan TE, Ferenczy A. Epidemiology of cervical human papillomavirus infection. En: Franco EL, Monsonego J. *New developments in cervical cancer screening and prevention.* Oxford (UK): Blackwell Science Ltd. 1997. p. 14-22.
9. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cervical cancer in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ.* 1999;318:904-8.
10. MacGregor JE, Campbello MK, Mann EM, Swanson KY. Screening for cervical intraepithelial neoplasia in northeast Scotland shows fall in incidence and mortality from invasive cancer with concomitant rise in preinvasive disease. *BMJ.* 1994;308:1407-11.
11. Zupi E, Zullo F, Marconi D, Sbracia M, Pellicano M, Solima E, et al. Hysteroscopic endometrial resection versus laparoscopic supracervical hysterectomy for menorrhagia: a prospective randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(1):7-12.
12. Lyons TL, Adolph AJ, Winer WK. Laparoscopic supracervical hysterectomy for the large uterus. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004;11(2):170-4.
13. Sarmini OR, Lefholz K, Froeschke HP. A comparison of laparoscopic supracervical hysterectomy and total abdominal hysterectomy outcomes. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005;12(2):121-4.
14. Van der Stege JG, Van Beek JJ. Problems related to the cervical stump at follow-up in laparoscopic supracervical hysterectomy. *Journal of the Society Laparoendoscopic Surgeons* 1999;3(1):5-7.
15. Johns A. Supracervical versus total hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol.* 1997;40(4):903-13.
16. Vilos GA. The history of the Papanicolaou smear and the odyssey of George and Andromache Papanicolaou. *Obstet Gynecol.* 1998;91(3):479-83.
17. Solá V, Remeník R, Prado J, Pardo J. Histerectomía supracervical laparoscópica: una vieja intervención actualizada. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2001;66(6):502-6.
18. Semm K. Hysterectomy via laparotomy or pelviscopy. A new CASH method without colpotomy. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1991;51:996-1003.
19. Schaffer J. Hysterectomy- stills a useful operation. *The New England journal of medicine.* 2002 oct; 347(17):1360-2.
20. Thakar R, Ayers S. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *The New England journal of medicine.* 2002;347:1318-25.

21. Dominguez Novo A. Histerectomía total versus subtotal. Tokio Ginecología práctica. 2002;61:221-31.
22. Rodriguez Hidalgo N. Cirugía Ginecológica y Obstétrica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1993.
23. Rodríguez Hidalgo N, Vera Fernández V. Comentarios y reflexiones sobre la Histerectomía abdominal simple (total vs subtotal). Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009;35(3).
24. Thakar R, Manyonda I, Robinson G, Clakson P, Staton S. Total versus subtotal hysterectomy: A survey of current views and practice among British Gynaecologists. Journal of Obstetrics Gynaecology. 1998;18(3):267.
25. Zekan N, Oyelese Y, Goodwin K, Colin C, Sinai I, Queenan J. Total versus subtotal hysterectomy: a survey of gynecologists. Obstet Gynecol. 2003;102:301-5.
26. González Bosquet E. Indicaciones actuales de la histerectomía subtotal. Ginecología y Obstetricia Clínica. 2004;5(2):82-6.
27. Levy BS. Subtotal vs. Total Hysterectomy: Does the evidence support saving the cervix? OBG Management. 2004;16(9):32-45.
28. Comino Delgado R. Histerectomía y sexualidad. Salud total de la mujer. 2002;4(2):73-9.
29. Hefni M, El-toukhy T. Vaginal subtotal hysterectomy and sacrospinous colpopexy: an option in the management of uterine prolapse. Am J Obstet Gynecol. 2000;183(2):494-5.
30. Kingdom JCP, Kitchener HL, Mac Lean AB. Postoperative urinary tract infection in Gynaecology. Implications for an antibiotic prophylaxis policy. Obstetric Gynaecology. 1990; 76:636-8.
31. Lalos O, Bjerle P. Bladder wall mechanics and micturation before and after subtotal and total hysterectomy. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology. 1986;21(3):143-50.
32. Maresh MJA, Metcalfe MA, Mc Pherson K. The value national hysterectomy study: description of the patients and their surgery. Int J Obstet Gynaecol. 2002;109:302-12.
33. Perineau M, Monrozies X, Remi JM. Complications des hysterectomies. Rev Fr Gynecol Obstet. 1992;87:120-5.
34. Lethaby A, Ivanova V, Johnson NP. Histerectomía total versus subtotal para las enfermedades ginecológicas benignas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004993>
35. Amirikia H, Evans TN. Ten-year review of hysterectomies: Trends, indications and risk. Am J Obstet Gynecol. 1979;134:431-4.

36. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, Filtenburg T, Gluud C, Tabur A. Randomised controlled trial of total compared with subtotal hysterectomy with one-year follow up results. *BJOG*.2004;111(7):760.
37. Makinen J, Johansson J, Tomas C. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. *Human Reprod*. 2001;16(7):1473-8.
38. Conde-Agudelo A. Intrafascial abdominal hysterectomy: outcomes and complications of 867 operations. *Int J Obstet Gynaecol*. 2000;68(3):233-9.
39. Gimbel H, Settnes A, Tabur A. Hysterectomy on benign indication in Denmark 1988-1998. A register based trend analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(3):267-72.
40. Abdel-Fattah M, Barrington J, Yousef M, Mostafa A. Effect of total abdominal hysterectomy on pelvic floor function. *Obstetric Gynaecology Surv*. 2004;59(4):299-304.
41. Roover JP, Van der Bom JG. Does mode of hysterectomy influence micturation and defecation? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(10):945-51.
42. American Collage of Obstetricians and Gynecologists. Surgical alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. *ACOG practice bulletin*; n°16, May 2000.

Recibido: 2 de septiembre de 2010.

Aprobado: 22 de septiembre de 2010.

Dra. *Daisy Hernández Durán*. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Ramón González Coro". Calle 21 entre 4 y 6. Vedado. La Habana, Cuba. CP10400, Cuba. Correo electrónico: daisy.hdez@infomed.sld.cu