

Análisis de 100 casos de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino

Dr. José Luis Carmona García*

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la utilidad de la histerectomía vaginal como técnica quirúrgica en patología uterina benigna, en pacientes sin prolapso uterino. Sus ventajas y desventajas.

Métodos: Entre octubre 2011 y febrero 2013, se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo, serie de casos, 100 pacientes con patología uterina benigna, sin prolapso genital, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Central, "Dr. José María Vargas" de San Cristóbal; a quienes se les realizó histerectomía vaginal con técnicas de Heany y reductoras de volumen.

Resultados: La miomatosis uterina fue la indicación más frecuente. El antecedente quirúrgico más importante fue la cesárea anterior. La media de peso uterino fue de 281,22 g. Las técnicas reductoras de volumen se realizaron en el 41 %. Un caso requirió una cirugía abierta. Las complicaciones intraoperatorias fueron del 2 %, las posoperatorias leves 1 % y moderadas 2 %. El tiempo quirúrgico fue corto y el dolor posoperatorio fue bajo.

Conclusiones: En ausencia de prolapso uterino, la histerectomía vaginal presenta escasas complicaciones intra y posoperatorias, con tiempo quirúrgico corto; cuando la cirugía es bien realizada, el tamaño uterino no debe ser una limitante.

Palabras clave: Histerectomía vaginal. Miomatosis.

SUMMARY

Objectives: To evaluate utility of vaginal hysterectomy as surgical technique for benign uterine diseases, in patients without prolapse.

Methods: Between October 2011 and February 2013, an observational, descriptive, longitudinal, prospective case series study was made. 100 patients with benign uterine diseases, without prolapse, treated with vaginal hysterectomy with Heany and volumen reduction techniques at San Cristobal Central Hospital Dr. Jose Maria Vargas", Gynecology Department were included.

Results: Uterine miomatosis was the most frequent indication. Previous cesarean section was the most important surgical history. Mean uterine weight was 281.22 g. Volumen reduction techniques were performed in 41 % of patients. One case needed conversion to open surgery. Intraoperative complications were 2 %. Surgical time was short and postoperative pain was low.

Conclusions: Without uterine prolapse, vaginal hysterectomy has few intra and postoperative complications, with short surgical time; when the procedure is correctly done, uterine size should not be a limiting feature.

Key words: Vaginal hysterectomy. Miomatosis.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía (del griego *ὕστερα hystera* «útero» y *εκτομία ektomia* "sacar por corte") es un procedimiento que consiste en la extracción del útero (1). Después de la operación cesárea, es uno de los procedimientos ginecológicos más

* Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira.

comúnmente efectuados en la mujer (2,3). Ocupa el tercer lugar en frecuencia entre las operaciones de cirugía mayor electiva (4,5). Las pacientes entre 20-49 años constituyen el segmento más grande de la población femenina que se somete a esta cirugía (aproximadamente 75 %). La edad promedio del procedimiento es de 42 años (2). Puede ser realizada por vía abdominal o vaginal, y en este caso también puede ser hecha con laparoscopia (4). Las indicaciones más frecuentes por las cuales se realiza esta operación son los leiomiomas, el cáncer, la hiperplasia endometrial, el dolor pélvico crónico, el prolapso genital y la endometriosis pélvica (6,7). Excepto el prolapso genital, estas enfermedades, tradicionalmente se tratan con éxito por vía abdominal en gran cantidad de casos, la cual no está exenta de complicaciones. El debate sobre las indicaciones y la mejor vía para realizar la histerectomía, ha existido por siglos, y a su vez, es un motivo actual de controversia (8-16).

Tanto en el contexto nacional como internacional, la elección de la vía en la histerectomía es un tema de controversia (2-6). Entre algunas de las ventajas de la vía vaginal se cuentan: menor morbilidad, menor tiempo operatorio, menor sangrado, menor dolor, inicio temprano de la ingestión por vía oral, egreso en corto tiempo y menores costos (7,17-19). En 1990, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos estableció que la vía vaginal es un procedimiento seguro en úteros con patología benigna con tamaños menores a un embarazo de 12 semanas (20). Las contraindicaciones para esta técnica son: tumores anexiales y procesos adherenciales severos de la pelvis. Al igual que en otras vías de abordaje quirúrgico, pueden observarse complicaciones como lesiones vesicales, ureterales, rectales y desgarros vasculares, pero en un porcentaje muy bajo; porque los instrumentos de separación utilizados como las valvas de Auvay y de Breisky, protegen el recto, facilitan la disección y separación de la vejiga y desplazan los uréteres lejos de la zona operatoria (17,21). El aumento de volumen uterino es una contraindicación relativa para la histerectomía vaginal. Escoger un tamaño con el cual resulte preferible el abordaje abdominal, no es fácil. La decisión depende más de la forma y movilidad del útero, la idoneidad de la pelvis, la presencia o no de obesidad, la distancia entre las espinas isquiáticas; y lo más importante, la habilidad y experiencia del cirujano. Muchos úteros de 250 g o más, se extraen utilizando técnicas reductoras de volumen (bisección, miomectomía, morcelación y

enucleación) (22). La cirugía vaginal también facilita la corrección de cistoceles, incontinencia urinaria de esfuerzo, enteroceles, rectoceles y desgarros perineales; en un mismo tiempo quirúrgico (17).

En el presente estudio se plantea como objetivo evaluar la utilidad de la histerectomía vaginal, como técnica quirúrgica en patología uterina benigna, en pacientes sin prolapso uterino, determinar las ventajas y desventajas de la técnica y decidir si puede permanecer y difundirse en la práctica clínica, como parte del tratamiento quirúrgico en el Hospital Central de San Cristóbal.

MÉTODOS

El presente es un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo, tipo serie de casos. Se investigaron 100 pacientes con patología uterina benigna, sin prolapso uterino, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Central de San Cristóbal (Venezuela), entre octubre 2011- febrero 2013. Los criterios de inclusión fueron: pacientes que tuviesen patología uterina benigna como leiomiomas o sangrado genital anormal, patología endometrial benigna o neoplasia intra-epitelial cervical. Y los criterios de exclusión los siguientes: que tuviesen prolapso uterino o masas anexiales que no pudiesen ser removidas por la vagina, enfermedad inflamatoria pélvica, úteros poco móviles y presencia de embarazo.

Previo consentimiento informado, las pacientes fueron hospitalizadas y bajo anestesia subaracnoidea, peridural o general, se les realizó histerectomía vaginal aplicando la técnica quirúrgica de Heaney y las técnicas reductoras de volumen (17-22). En el posoperatorio, se indicaron antibióticos profilácticos y analgésicos.

La recolección de datos fue registrada en una ficha donde se identificó cada paciente y se investigaron las siguientes variables: edad, paridad, antecedentes de cirugía pélvica, peso uterino, incidencia de morcelamiento uterino, duración de la cirugía, complicaciones intra-operatorias y posoperatorias, presencia de dolor posoperatorio, valores de hemoglobina y hematocrito, sangrado intra-operatorio, conversión, necesidad de transfusión, uso del servicio de recuperación anestésica y tiempo de hospitalización.

RESULTADOS

La edad más frecuente fue entre los 45-49 años en el 58 %. La menor edad fue 33 años y la mayor de 57 años, con una media de 44,21. La mayor cantidad de pacientes tenían antecedente de dos partos (28 %). El 56 % de las pacientes tenían algún tipo de cirugía previa. El antecedente quirúrgico más frecuente fue 1 cesárea anterior, presente en 31 % de casos de histerectomía vaginal. La miomatosis uterina fue el diagnóstico más frecuente, en el 85 % de los casos.

La histerectomía vaginal total sola se realizó en 94 % de los casos y en el 2 % se realizó ooforectomía

bilateral. La mayoría de las pacientes presentaron úteros con un peso entre 100-200 g, representando el 45 % del total. Generalmente se realizaron técnicas reductoras de volumen en úteros mayores de 250 g, en un inicio con enucleación intramiometrial o bisección y de no lograr extraerse se realizaba miomectomía o morcelamiento en cualquiera de sus variedades.

Solamente una paciente ameritó conversión de la vía vaginal a abdominal por sangrado intraoperatorio y síndrome adherencial severo. Peso mínimo de 100 g y máximo de 650 g con una media de 281,22. Se realizaron técnicas reductoras de volumen en el 41 % de los casos, 59 % de las pacientes no ameritaron ningún procedimiento de reducción. (Cuadro 2).

Cuadro 1
Situación ginecológica

Edad años	Nº	Paridad	Nº	Antecedentes Quirúrgicos	Nº	Diagnóstico	Nº
30-34	8	0	0	1 Cesárea	31	Miomatosis uterina	85
35-39	9	I	22	2 Cesáreas	4		
40-44	20	II	28	Embarazo ectópico	2	Hiperplasia endometrial	12
45-49	58	III	22	Embarazo ectópico + Conización cervical	3		
50-54	5	IV o más	20	Esterilización quirúrgica	10		
				Colporrafia anterior + Conización cervical	3	Adenomiosis	3
				Apendicectomía + Esterilización quirúrgica	2		
				Conización cervical	2		
				Colecistectomía	1		
				Sin antecedentes Quirúrgicos	44		

Cuadro 2
Histerectomía Vaginal

Procedimiento	Nº	Técnica reductora de volumen	Nº	Conversión a vía abdominal	Nº	Peso uterino	Nº
Histerectomía vaginal total	94	No	59	No	99	<100	5
						100-200	45
						201-300	16
Histerectomía vaginal total + Salpingooforectomía	2	Si	41	Si	1	301-400	15
						401-500	7
Histerectomía vaginal + cistectomía	4					501-600	8
						601-650	4

ANÁLISIS DE 100 CASOS DE HISTERECTOMÍA VAGINAL

El tiempo quirúrgico estuvo entre los 30- y 60 minutos en el 75 % de los casos. El menor tiempo de 30 minutos y el máximo de 120 minutos con una media de 59,3 min. Se observó aumento del tiempo cuando se ameritaron técnicas de reducción de volumen. El tiempo de hospitalización posoperatorio fue de 24 horas en el 92 % de los casos, 4 pacientes permanecieron hospitalizadas 48 horas por domicilio lejano. El sangrado intraoperatorio osciló entre 80-300 cm³. En el 73,33 % de los casos. El menor sangrado fue de 80 cm³ y el máximo de 700 cm³ con una media de 287 cm³. Solo se utilizó aspiración, por tanto se cuantificó en base al total recolectado en el frasco. El 58 % de las pacientes presentaron una disminución de la Hb entre 0-0,9 g/dL en el posoperatorio. Solo una paciente ameritó transfusión intraoperatoria por útero de 650 g de difícil extracción y en 5 casos no

se observó disminución de la Hb con una media de 0,829 g/dL. (Cuadro 3).

La morbilidad intraoperatoria fue de 2 %. Se observó un caso de lesión vesical el cual se manejó con rafia vía vaginal y se detectó inmediatamente, debido a que se realiza el procedimiento con vejiga llena y permite el diagnóstico inmediato y una paciente con sangrado importante que ameritó conversión por síndrome adherencial severo. Las complicaciones posoperatorias se clasificaron de acuerdo a la clasificación de Accordion y fueron de 3 % (23). Una complicación leve hematoma de cúpula y 2 moderadas absceso de cúpula y trombosis venosa profunda. La intensidad del dolor valorado a las 24 horas por escala verbal de 0 a 10 fue bastante baja manejándose con analgésicos comunes, el 30 % señaló 2, siendo la media de 2,1.

Cuadro 3
Histerectomía vaginal

Tiempo quirúrgico (Minutos)	N	Tiempo hospitalización (Horas)	N	Sangrado Intraoperatorio (cm ³)	N	Descenso de Hb	N
30 – 60	75	24	92	80 - 300	73	0 – 0,9	58
61 – 90	18	48	8	301 - 450	7	1 – 1,9	34
91 o +	7			451 - 600	14	2 o más	3
				601 - 750	6	No descenso	5
Total	100		100		100		100

Cuadro 4
Morbilidad en histerectomía vaginal

Complicaciones intraoperatorias	Nº	Complicaciones posoperatorias	Nº	Nivel de dolor posoperatorio a las 24 horas	Nº
Lesión vesical	1	Leve (hematoma de cúpula vaginal)	1	0	15
Sangrado	1	Moderada (absceso de cúpula vaginal, TVP ^o)	2	1	23
Sin complicación	98	Severa PI sin AG*	0	2	30
		Severa PI con AG**	0	3	12
		Severa PI con AG + FOM***	0	4	10
		Muerte	0	5	7
				6	3
				7-10	0

^o Trombosis venosa profunda. *Procedimiento invasivo sin anestesia general. **Procedimiento invasivo con anestesia general. *** Procedimiento invasivo con falla orgánica múltiple.

DISCUSIÓN

La edad de las pacientes osciló entre 45-49 años de edad, con un promedio similar a lo encontrado por otros autores (17,18,24,25).

Al valorar los antecedentes, se encontró que la mayoría de las pacientes habían tenido dos partos 26 %, igual a lo encontrado en otros trabajos científicos (17,25). El antecedente quirúrgico más frecuente fue una cesárea anterior. En el 2006, Salinas (26) reportó valores más bajos durante el primer año de su estadística y a medida que aumenta la experiencia tienen porcentajes más altos de cesáreas en los siguientes años, motivado a la confianza y seguridad en realizar el procedimiento que le permite realizarlo con 2-3 cesáreas anteriores. Sin embargo, Figueredo (21), en 1998 reportó 48,7 %, pero con 400 casos, lo cual probablemente obedece a lo anteriormente descrito.

El diagnóstico más frecuente fue la miomatosis uterina en el 85 %, valor alto al compararlo con el de Figueredo (21) (61,2 %) y el de Sotero y col. (24) (70 %); pero bajo al compararlo con Millan y col. (17) (100 %). Esto depende básicamente de como se seleccionen las pacientes al momento de ingresar al estudio.

Por su parte, se realizó histerectomía vaginal más salpingooforectomía en un 2 % de pacientes que tenían indicación de anexectomía profiláctica, y se hizo cistectomía en 4 casos, no representando limitante o complicación alguna para el procedimiento. Este hallazgo es similar a otro encontrado en la literatura (26).

En esta investigación, el promedio de peso uterino fue de 281,22 g. (100-650), semejante al de Figueredo (21) (205,6 g) Millan y col. (17) (257 g) Sotero y col. (24) (230 g). Como es obvio suponer, el tamaño uterino tiene implicaciones en la dificultad técnica para realizar el procedimiento. Es así que la mayoría de las escuelas de cirugía vaginal toman como límite para esta vía, un tamaño uterino clínico que no supere la equivalencia a 3-4 meses de gravidez (230 g). Se considera que si no existen contraindicaciones para la vía, el volumen uterino no debe ser una limitante. Se debería comparar 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 a una histerectomía abdominal (24).

En el presente trabajo, el tiempo operatorio fue en promedio de 59,3 minutos, similar al de Quinlan y

col. (27) y menor que el de Millan y col. (17) (72 min) y Sotero y col. (24) (80 min); pero fue mayor que el de García y col. (28) y Figueredo (21). En general, se considera aceptable para la técnica un tiempo por debajo de 60 minutos, el cual es el tiempo de la mayoría de las escuelas anglosajonas y del centro de Europa. El tiempo quirúrgico, aunque es menor si se compara con la histerectomía abdominal y la histerectomía laparoscópica en cualquiera de sus variedades, no debe ser usado como un parámetro para medir la factibilidad del proceder, pues está sujeto a la magnitud de la enfermedad que motivó la intervención y por otra parte a la habilidad del cirujano (29-34); lo que inobjetablemente afecta a las demás técnicas, que quizás por tener un tiempo algo más prolongado no dejan de tener buenos resultados y de cumplir el rol como técnicas quirúrgicas (28).

Las pacientes que se someten a una histerectomía están expuestas a una de las grandes complicaciones de la cirugía como es el sangrado lo que conlleva en muchas ocasiones al uso de transfusiones sanguíneas. Muchas son las formas que se utilizan para calcular las pérdidas sanguíneas (aspiración, gasas, compresas, variación del nivel de hemoglobina posoperatoria, entre otras); las cuales carecen de objetividad en mucha de las ocasiones. En este estudio se valoró tanto la cantidad de pérdida sanguínea (con un promedio de 287 cm³, similar a Levy y col. (18), como la disminución de hemoglobina posoperatoria con media 0,82, similar a Sotero y col. (24) (1 g) y Millan y col. (17) (1,1 g); incluso no se observó disminución en 5 casos. Esto se explica por el acceso inmediato a los vasos uterinos que disminuye el sangrado operatorio. Las causas principales de esta complicación son: los estados congestivos de la pelvis, defectos en la ligadura de los pedículos seccionados (lo que da lugar a su desprendimiento durante la manipulación con las valvas laterales) y la perforación de un vaso al cerrar el fondo peritoneal. Se recomienda realizar las incisiones con los tejidos en tensión, no seccionar los pedículos principales (inferiores y superiores) en el límite de la pinza, sino dejar tejido suficiente para evitar su deslizamiento; sustituir las pinzas por puntos de material fino, con doble transfixión y no mantener tracción de los hilos. En caso de hemorragia manifiesta hay que identificar su origen y exponer el campo con valvas e introducir en la cavidad pelviana una gasa o compresa, se identifica el o los vasos y se ligan.

A pesar de estar descrito la endometriosis como limitante para el procedimiento, en este trabajo no fue criterio de exclusión, sin embargo, no se realizó ningún caso.

En el presente estudio, la anestesia más utilizada fue la subaracnoidea, con buenos resultados y recuperación. Solo en 3 casos ameritó convertir en anestesia general por dolor o molestias de la paciente que se presentaron en úteros con peso mayor de 500 g, por tanto se considera que es un factor a tener en cuenta al programar cirugía de úteros voluminosos.

Las complicaciones que se presentaron fueron: el hematoma de cúpula vaginal el cual se resolvió con conducta expectante hallazgo semejante a lo reportado por García (28), el sangrado se presentó en 1 caso que ameritó transfusión y otro conversión, valores esperados para esta complicación entre 0,7 %-3 % (28). El resto de complicaciones son similares a otros estudios (21,24,27).

El 41 % de las pacientes ameritaron técnicas reductoras de volumen. Este porcentaje varía según los diferentes autores (17-24), considerándose que depende básicamente del tamaño uterino de los casos seleccionados: generalmente úteros por peso por encima de 250 g ameritan estas técnicas.

En los presentes casos, el dolor posoperatorio a las 24 horas fue bajo para una cirugía mayor, hallazgos similares a otros estudios (17,21,24,29-34). Esto llevó a menor tiempo de hospitalización: el tiempo de estadía posterior a la cirugía fue de solo 24 horas y el seguimiento se realizó hasta un mes posterior a la cirugía.

CONCLUSIONES

En este trabajo se demuestra que la histerectomía vaginal en ausencia de prolapso, es una técnica quirúrgica que presenta escasas complicaciones intra y posoperatorias, y que el tiempo quirúrgico, por ser corto, disminuye el tiempo de anestesia y el de recuperación. El 99 % de las cirugías se terminaron vía vaginal, con técnicas reductoras de volumen, incluso con úteros hasta de 650 g. Por tanto se considera que, cuando la técnica es bien realizada, el tamaño no debe ser una limitante.

En la mayoría de casos, el nivel del dolor señalado por las pacientes fue muy bajo, por lo que este parámetro debe ser tomado en cuenta al seleccionar la vía de la histerectomía, en caso de patología uterina benigna.

REFERENCIAS

1. Thompson J, Warshaw. Histerectomía. En: Rock J, Thompson J, editores. Te Linde Ginecología Quirúrgica. 8ª edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A; 2002.p.793-878.
2. Mendoza Romero J, Flores J A, DiCriscio R, Pérez Canto G, Teppa Garrán A. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la Internet]. [citado 2015 Feb 23]; 2015;65(2):69-75.
3. Somajita C. Hysterectomy....Which Route? J Obstet Gynaecol India. 2011;61(5):554-557.
4. Goolab B. Vaginal hysterectomy and relative merits over abdominal and laparoscopically assisted hysterectomy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013;27(3):393-413.
5. Abbott JA, Garry R. The surgical management of menorrhagia. Hum Reprod. 2002;8(1):68-78.
6. Maresh MJA, Metcalfe MA, McPherson K. The VALUE national hysterectomy study: Description of the patients and their surgery. Br J Obstet Gynecol. 2002;109(1):302-312.
7. Traoré M. Hysterectomy: Indications and advantages of the vaginal route. Med Trop (Mars). 2011;71(6):636-637.
8. Reich H, Roberto L. Laparoscopic hysterectomy in current gynaecological practice. Reviews in Gynaecological Practice. 2003;3:3240.
9. Gupta S, Mayonda I. Hysterectomy for benign gynaecological disease. Current Obstet Gynaecol. 2006;328(7432):129-133.
10. Salcedo FL. Vaginal hysterectomy in non prolapsed uteruses: "no scar hysterectomy". Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009;20(9):1009-1012.
11. Tulandi T. Modern surgical approaches to female reproductive tract. Hum Reprod. 2004;2(5):419-427.
12. HarkkiSiren P, Sjoberg J, Toivonen J, Tiitinen A. Clinical outcome and tissue trauma after laparoscopic and abdominal hysterectomy: A randomized controlled study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;79(10):866-871.
13. Wattiez A, Cohen SB, Selvaggi L. Laparoscopic hysterectomy. Curr Obstet Gynecol. 2002;14(4):417-422.
14. Duque G, Bianchi M. Cirugía Endoscópica Ginecológica. Boletín Esc Med P Universidad Católica de Chile. 1994;23:1236.
15. Levy BS, Abu Rustum NR, Reich H. Update on Hysterectomy. New technologies and techniques. OBG management, February 2003, Suppl Annual.
16. Meeting of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. Valle FR. Morbilidad y mortalidad quirúrgica en la Provincia Habana en el año 1985. Rev Cubana Cir. 1988;27(6):1321.

17. Millan Rojas A, Serrano A. Histerectomía vaginal en ausencia de histerocele RFM. 2007;30(1).
18. Levy B, Luciano D, Emergy Laura. Outpatient vaginal hysterectomy is safe for patients and reduces institutional cost. J minimally invasive gynecology. 2005;12:494-501.
19. Engh ME. Vaginal hysterectomy, an outpatient procedure. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012;91(11):1293-1299.
20. Kumar Abhinandan H. Vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy in non descent uterus- a comparative study. [Tesis]. Department of obstetrics and gynecology adichunchanagiri institute of medical sciences b.g.nagara, nagamangala taluq, mandya district april – 2009.
21. Figueredo O. Histerectomía vaginal em pacientes sem prolapso uterino análise de 150 casos. Rev Bras Ginec Obstet. 2003;19:267-273.
22. Neerja G, Shalini R, Rachna A. Histerectomía vaginal reductora de volume. En: Neerja G, Shalini R, editores. Arte Quirúrgico en Cirugía Vaginal. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, C. A (AMOLCA). 2010.
23. Strasberg SM, Linehan DC, Hawkins WG. The accordion severity grading system of surgical complications. Ann Surg. 2009;250(2):177-186. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19638919>
24. Sotero G, Yovarone R, Laborde A, Sosa C, Dominguez A, Martinez J. La histerectomía vaginal en útero no prolapsado: una vieja “nueva” opción. Facultad de medicina Montevideo Uruguay. 2001.
25. Octacilio Figueredo N, Octacilio Figueredo E, Garcia Figueredo P. Histerectomia vaginal: O Laparoscópico é necessário? Rev Bras Ginecol Obstet. 1998;20(9):
26. Salinas H. Análisis clínico y económico de la histerectomía abdominal versus la histerectomía vaginal en el hospital clínico de la Universidad de Chile. Revisión de 2 338 casos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006;71(4):227-233.
27. Quinlan D, Quinlan D. Vaginal hysterectomy for the enlarged fibroid uterus: A report 85 cases. J Obstet Gynaecol Can. 2010;32(10):980-983.
28. Garcia Rodriguez M. Histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. [Tesis doctoral] Camaguey. Cuba Hospital Universitario de Nuevitas “Martin Chang Puga” 2008.
29. Kovac SR. Decision directed hysterectomy: A possible approach to improve medical and economic outcomes. Int J Gynaecol Obstet. 2000;71:15969.
30. Candiani M. Laparoscopic versus vaginal hysterectomy for benign pathology. Curr Opin Obstet Gynecol. 2010;22(4):304-308.
31. Morelli M. [Total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy: A prospective randomized trial]. Minerva Ginecol. 2007;59(2):99-105. Abstract
32. Roy KK. A prospective randomised study of total laparoscopic hysterectomy, laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and non-descent vaginal hysterectomy for the treatment of benign diseases of the uterus. Arch Gynecol Obstet. 2011;284(4):907-912.
33. Drahonovsky J. A prospective randomized comparison of vaginal hysterectomy, laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, and total laparoscopic hysterectomy in women with benign uterine disease. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010;148(2):172-176.
34. Nieboer TE. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(3):CD003677.