
HISTERECTOMIAS

ESTUDIO COMPARATIVO DE 1.000 OPERACIONES CONSECUTIVAS

Dr. Arturo Rodríguez Soto

Del Departamento de Ginecología del Hospital San Juan de Dios de Bogotá

Siendo la histerectomía una intervención de cirugía mayor, en los últimos años se ha incrementado el interés en la literatura médica por estudiar sus diversos aspectos, sus indicaciones, complicaciones operatorias y post-operatorias, morbilidad, mortalidad y un aspecto quizás el más importante, la justificación o no de esta intervención.

Miller (1) en 1943 analizó 246 intervenciones y encontró un 30.8% de ellas injustificadas. En 1953 Doyle (2) estudia 6.248 histerectomías practicadas en un año en 35 hospitales y encuentra un 12.5% de operaciones innecesarias. Schulz (3) en una serie de 514 histerectomías encuentra un 12.4% no justificadas.

Este estudio tiene por objeto presentar el análisis en todos sus aspectos de 1.000 histerectomías practicadas en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá por el personal del Servicio de Ginecología.

MATERIAL

Se analizan 1.000 histerectomías practicadas en el lapso comprendido entre el 1º de Enero de 1955 y el 15 de Febrero de 1961. Se excluyen las histerectomías radicales ya que este tipo de cirugía es privativo del carcinoma de cuello y por su misma índole radical acarrea problemas especiales que no encajarían en este estudio.

El estudio comprende 520 histerectomías abdominales y 480 histerectomías vaginales. Se comparan las dos modalidades técnicas para extirpación del útero y se correlacionan los datos obte-

* Trabajo presentado por el autor para ingresar como Miembro de Número a la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

nidos con los de otros autores en series similares. Se analizan aquellas intervenciones que según nuestro criterio fueron injustificadas.

RESULTADOS

Tipo de Histerectomías

El Cuadro N° 1 muestra la cifra y el porcentaje de histerectomías abdominales totales, abdominales subtotales y vaginales.

El porcentaje de histerectomías abdominales totales fue de 49.6% ; el de abdominales subtotales fue de 2.4% y el de vaginales de 48.0%.

CUADRO N° 1

	Tipo de Histerectomías	
Abdominales totales	496	49.6%
Abdominales subtotales	24	2.4%
Vaginales	480	48.0%

Juzgamos conveniente hacer a continuación algunas consideraciones referentes al tipo de histerectomías subtotales.

Histerectomías Subtotales. — Son múltiples los inconvenientes de la histerectomía subtotal y los problemas que acarrea la presencia de un fragmento de órgano inútil con extensa patología potencial. Es así como observamos infecciones cervicales, quistes, dispareunia, prolapso del cérvix y lo más importante la posible aparición de carcinoma de cuello. Graffanigno, citado por Johnson (4), en un estudio de 500 carcinomas de cuello tratados en el Hospital de Caridad de New Orleans, de 1940 a 1945, encuentra 27 carcinomas de cuello restante, es decir un 5.4%.

Scholer, citado por el mismo autor, en los años de 1941 a 1947 inclusive, sobre un total de 943 casos de carcinoma de cuello tratados en ese hospital, encuentra 68 casos de carcinoma del muñón cervical, lo que da un porcentaje del 7%.

En el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, se practicaron histerectomías subtotales únicamente en los casos de gran dificultad técnica. Se practicaron 24

intervenciones de este tipo lo que da un porcentaje de 2.4% sobre el número total de histerectomías y de 4.6% sobre el número total de histerectomías abdominales. La distribución por años fue la siguiente:

1955	10	1958	1
1956	5	1959	2
1957	5	1960	1

En el Cuadro Nº 2 se muestra la frecuencia de histerectomías subtotales en series similares.

CUADRO Nº 2

FRECUENCIA DE HISTERECTOMIAS SUBTOTALES

Autor	Año	Histerectomías	Histerectomías	Subtotales
Miller (1)	1945	246	168	68. %
Doyle (2)	1948	6.248	3.155	50.5 %
Díaz I. (22)	1955	30	2	6.6 %
Jacobs (10)	1956	68	3	4.4 %
Schulz (3)	1958	514	92	17.8 %
Douglas (21)	1958	3.233	120	3.7 %

HISTERECTOMIAS ABDOMINALES SALPINGOFORECTOMIAS

Es clásico considerar tres etapas en la cirugía de ovarios. La primera se inicia en 1876 con Battley (citado por Mac. Call et al 5) quien proponía la ooforectomía bilateral para la curación de muchas entidades patológicas tales como epilepsia, clorosis, dolor pélvico, etc. El fervor por este tipo de cirugía persistió por varias décadas.

La segunda era se prolonga hasta nuestros días y el hecho sobresaliente ha sido la controversia sobre la función del tejido ovárico después de la histerectomía. La tercera etapa solo se está iniciando y en ella se ha demostrado la importancia de la conservación de los ovarios en la histerectomía, inclusive en pacientes postmenopáusicas.

Numerosos autores se han pronunciado sobre las indicaciones y contraindicaciones de la conservación de los ovarios en las histerectomías. (5, 6, 7, 8, 9). La menopausia quirúrgica trae co-

mo resultado una insuficiencia ovárica total y brusca, a diferencia de la menopausia fisiológica que se caracteriza por una larga etapa de hiperpituitarismo, con aumento de la hormona folículo estimulante, de la acidofilia vaginal y de manifestaciones en órganos a distancia (6).

Livingston (5) en un estudio de 589 pacientes a las cuales se les practicó histerectomía abdominal y se les conservaron los ovarios, concluye después de controlarlas por tiempo suficiente, que los ovarios deben conservarse en cualquier edad ya que su función continúa por un considerable período de tiempo como lo evidencian los frotis vaginales, la dosificación de gonadotropinas, etc.

A continuación presentamos el número de histerectomías abdominales en las cuales se extirparon los anexos y la cifra de ovarios en los cuales no se encontró patología.

A) Histerectomías abdominales sin salpingooforectomía	181	35 %
B) Histerectomías abdominales con S. O. unilateral	163	31.3 %
B) Histerectomías abdominales con S. O. B.	176	33.7 %
	339	65.0 %

A 339 pacientes de las 520 a quienes se les practicó histerectomía abdominal se les extirpó uno o los dos ovarios y en 172 de estas piezas quirúrgicas no se halló ninguna lesión que justificara su sacrificio.

Esta cifra corresponde a un 50,7% de ovarios sanos extirpados. Actualmente esta criticable y nada científica práctica tiende a desaparecer y solo se practica ooforectomía en los ovarios que por sus características de degeneración tumoral o inflamatoria excluyen la posibilidad de función normal o constituyen un peligro para la paciente debido a su naturaleza neoplásica.

EDAD

El Cuadro N° 3 muestra la frecuencia de las histerectomías de acuerdo con la edad. La paciente más joven de esta serie tenía 15 años y la más vieja 89 años. El mayor número de histerectomías abdominales se practicó entre los 40 y 49 años (56.6%) y en las vaginales entre los 50 y los 59 años (34.5%). La edad de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal fue la más alta debido a la gran frecuencia del prolapso en la vejez.

CUADRO Nº 3

FRECUENCIA DE HISTERECTOMIAS POR EDADES

Edad	Histerectomía Abdominal	%	Histerectomía Vaginal	%
10—19 años	1	0.2%	0	0%
20—29 años	12	2.3%	0	0%
30—39 años	124	23.5%	24	5%
40—49 años	294	56.6%	143	29.3%
50—59 años	74	14.5%	165	34.5%
60—69 años	12	2.3%	119	24.9%
70—79 años	3	0.6%	27	5.9%
80—89 años	0	0%	2	0.4%
TOTAL	520	100.0%	480	100.0%

ANALISIS DE LAS PACIENTES MENORES DE 30 AÑOS

Siendo la histerectomía una intervención que va a privar a la mujer de su función reproductora y que va a influir de manera definida en su psiquismo, especialmente en las jóvenes, las indicaciones de esta operación en pacientes por debajo de los 30 años deben estar restringidas a aquellos casos que presentan una sintomatología definida y en los cuales sea imposible practicar cirugía conservadora o tratamiento médico que permita conservar el útero.

Jacobs y Doyle (10) estudian las histerectomías practicadas en mujeres menores de 30 años en el Servicio de Ginecología de la Universidad de Baylor en el Hospital Jefferson Davis de Houston, Texas, en el período de Junio de 1953 a Junio de 1955. El número de histerectomías en este grupo de pacientes fue de 68, que corresponden al 12.1% del total de histerectomías realizadas y discriminadas así:

Histerectomía total abdominal con s. o. b.	20
Histerectomía total abdominal con s. o. u.	16
Histerectomía total abdominal sin s. o.	9
Histerectomía subtotal con s. o. b.	3
Histerectomías vaginales	20

En estos 68 úteros se encuentran 46 piezas sin ninguna patología (67.6%).

En nuestro Servicio se practicaron 13 histerectomías en pacientes menores de 30 años (1.3%). La paciente más joven tenía 15 años y se le practicó histerectomía subtotal por miomatosis uterina múltiple.

De estas 13 pacientes histerectomizadas, 4 no habían tenido hijos.

En 8 no se encontraron lesiones que justificaran la histerectomía. En 5 de ellas se encontró miomatosis uterina y es obvio que se ha debido practicar miomectomía. En las 8 restantes la patología encontrada fue la siguiente: Tres pacientes presentaban un proceso de salpingoovaritis crónica y en ellas se ha debido insistir en tratamiento médico o en cirugía menos radical. En 1 se encontraron restos ovulares y 1 presentaba embarazo extrauterino roto y organizado. Dos presentaron endometriosis ovárica y en 1 se practicó histerectomía por perforación uterina en el curso de un raspado. El detalle de las pacientes menores de 30 años histerectomizadas y su distribución por años se muestran en el Cuadro N° 4.

CUADRO N° 4

HISTERECTOMIAS EN PACIENTES MENORES DE 30 AÑOS

Diagnóstico	N°
Miomatosis uterina	5
Salpingoovaritis crónica	3
Restos ovulares	1
Embarazo ectópico organizado	1
Endometriosis ovárica	2
Perforación uterina	1

DISTRIBUCION POR AÑOS

Año	N°
1955	5
1956	3
1957	2
1958	1
1959	2
1960	0

HISTERECTOMIAS EN EL GRUPO DE 30 A 39 AÑOS

El ideal de la cirugía es curar sin deformar o abolir el órgano o función. Esta consideración siempre debe estar en la mente del cirujano ginecólogo al intervenir sus enfermas. Una de las operaciones que con más frecuencia se practica en ginecología es la histerectomía y en el curso de este estudio hemos visto cómo se sacrifican úteros sanos o con lesiones que no justifican la intervención.

En el grupo de pacientes comprendido entre los 30 y los 39 años nos veremos obligados en muchos casos a practicar cirugía conservadora. La miomectomía extensa guarda un puesto importante en el arsenal del ginecólogo y del cirujano general y sus indicaciones están actualmente bien definidas (11, 12). En el grupo de pacientes de 30 a 39 años se debe practicar miomectomía en pacientes nulíparas y cuya causa de esterilidad sea imputable a la miomatosis; también se debe practicar en pacientes que deseen tener más hijos. En cuanto a la extirpación del útero en este grupo de pacientes por pequeños tumores que no causan sintomatología o por lesiones que pueden curar con tratamiento médico, es francamente censurable, ya que vamos a someterlas a un traumatismo quirúrgico apreciable, cuyas consecuencias no podemos prever.

En nuestro Servicio en este grupo de edades, se practicaron 124 histerectomías abdominales (23.5%) y 24 histerectomías vaginales (5%). Las vaginales en su totalidad se justificaban por ser pacientes multíparas y con grandes prolapsos.

En el grupo de las abdominales consideramos 23 histerectomías injustificadas (18.4%), que se discriminan así: en 16 se encontró el útero completamente normal. En 3 se encontró poliposis cervical mínima. En 2 se encontraron restos ovulares y en 2, miomas subserosos de 1 cm. de diámetro.

En este grupo de 124 pacientes en la cuarta década de su vida debe anotarse que en 15, con diagnóstico de fibromatosis uterina, se hubiera preferido practicar miomectomía ya que eran pacientes nulíparas y menores de 35 años.

SINTOMATOLOGIA

La discriminación de los principales síntomas hallados en el

grupo total de pacientes histerectomizadas se detalla en el Cuadro N° 5.

CUADRO N° 5

SINTOMAS PRINCIPALES

HISTERECTOMIAS ABDOMINALES

Metrorragias	292	56.4%
Tumor abdominal	132	25.4%
Dolor abdominal	85	16.4%
Retención de orina	4	0.6%
Sin síntomas	7	1.2%

HISTERECTOMIAS VAGINALES

Prolapso	312	65.1%
Prolapso e incontinencia	125	26.0%
Prolapso y metrorragias	43	8.9%

La causa de consulta más frecuente en las pacientes en quienes se practicó histerectomía abdominal fue la metrorragia y la percepción de tumor abdominal.

En las pacientes en quienes se practicó histerectomía vaginal la causa de consulta más frecuente fue la sensación de cuerpo extraño en la vagina, acompañado en un porcentaje alto de incontinencia de orina. Esta frecuencia de sintomatología es más o menos similar a la encontrada por otros autores (14, 15).

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS

Los diagnósticos preoperatorios en cualquier procedimiento quirúrgico deben ser comparados con los hallazgos de Anatomía Patológica si se desea desarrollar un criterio acertado de diagnóstico y adquirir una valedera experiencia.

En este estudio el diagnóstico preoperatorio fue clasificado en 3 grupos, así: a) Correcto. b) Incorrecto. c) Correcto con patología asociada no diagnosticada. Esto tiene importancia en las histerectomías abdominales. En las vaginales el diagnóstico correcto lo fue en un 100% ya que estas pacientes siempre fueron intervenidas por prolapso genital, aunque en algunos casos se encontró patología asociada no diagnosticada en el preoperatorio.

En las histerectomías abdominales se hicieron 262 diagnósticos correctos (50.3%). Diagnósticos correctos con patología asociada 136 (26.2%). Diagnósticos incorrectos 122 (23.5%).

En las histerectomías vaginales se encontraron 185 úteros con patología asociada no diagnosticada en el preoperatorio (38.6%).

HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS

En el Cuadro Nº 6 se detallan los hallazgos anatomopatológicos en las 520 histerectomías abdominales y en el Cuadro Nº 7 los hallazgos anatomopatológicos en las histerectomías vaginales.

CUADRO Nº 6

HISTERECTOMIAS ABDOMINALES — DIAGNOSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS

Leiomiomas múltiples	227
Leiomiomas y salpingoovaritis	43
Leiomiomas y teratoma de ovario	7
Leiomiomas y quistes simples de ovario	19
Leiomiomas e hiperplasia endometrial	17
Leiomiomas y cistadenoma de ovario	4
Leiomiomas y cistadenocarcinoma de ovario	3
Leiomiomas y tecoma de ovario	1
Leiomiomas y fibroadenoma de ovario	2
Leiomiomas y T. B. C. anexial	1
Leiomiomas y T. B. C. peritoneal	1
Leiomiomas y embarazo tubárico	1
Leiomiomas y adenomiosis	43
Leiomiomas y endometriosis tubárica	4
Leiomiomas y endometriosis ovárica	8
Leiomiomas y endometriosis tuboovárica	7
Leiomiomas y endometriosis apendicular	1
Adenomiosis	21
Endometriosis cervical, tuboovárica y peritoneal	1
Endometriosis ovárica	3
Adenomiosis e hiperplasia endometrial	4
Restos placentarios y adenomiosis	1
Embarazo tubárico y adenomiosis	1
Miometritis y perimetritis	4
Hipertrofia de útero	1

Esclerosis de miometrio	1
Endometritis crónica	1
Tecoma de ovario	1
Hiperplasia endometrial	5
Hiperplasia endometrial y salpingitis	1
Embarazo tubárico roto y organizado	2
Salpingitis aguda bilateral	2
Hiperplasia endometrial y quiste dermoide	1
T. B. C. anexial	1
Poliposis endometrial	5
Pólipo placentario	1
Restos ovulares	5
Adenocarcinoma endometrial	12
Ca in situ de cérvix	6
Ca invasivo de cérvix	3
Coriocarcinoma	3
Cistadenocarcinoma de ovario	3
Uteros sin patología	42

CUADRO N° 7

HISTERECTOMIAS VAGINALES — DIAGNOSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS

Uteros sanos	295	61.4%
Uteros con patología	185	38.6%
Miomatosis uterina	64	
Poliposis endometrial y endocervical	34	
Adenomiosis	25	
Hiperplasia endometrial	21	
Endometritis crónica	7	
Leiomiomatosis uterina y adenomiosis	7	
Metaplasia del cérvix	7	
Carcinoma invasivo de cérvix	4	
Carcinoma in situ	1	
Anemiosis e hiperplasia endometrial	2	
Endometritis y adenomiosis	1	
Degeneración quística del endometrio	2	
Cotiledon placentario	1	
Endocervicitis y endometritis T. B. C.	1	
Quistes de paraovario	2	
Leiomiomas y quistes de ovario	3	
Quistes simples de ovario	2	
Hidrosalpinx bilateral	1	

Análisis. — En el grupo de histerectomías abdominales la entidad más frecuente fue la leiomiomatosis uterina. Se encontraron 390 úteros con leiomiomatosis (75%). Le sigue en frecuencia la endometriosis con 94 casos (18.08%). Se practicaron 3 histerectomías abdominales en las cuales la anatomía patológica demostró carcinoma invasivo de cérvix; en ninguna de estas pacientes se hizo estudio preoperatorio para descubrir el carcinoma. En uno de estos casos se encontró invasión a parametrios y ganglios; se hizo histerectomía subtotal por dificultades técnicas; posteriormente la enferma se envió a roentgenterapia y dos años después se encontraba en buenas condiciones y sin evidencia de carcinoma.

Se encontraron 6 carcinomas intraepiteliales de cuello; 5 diagnosticados en el preoperatorio y uno descubierto al practicar el estudio anatomopatológico. Es criticable el hecho de que solamente en una de estas pacientes se hizo conización de cuello para descartar la posibilidad de carcinoma invasivo; las 4 restantes fueron intervenidas con el resultado de una sola biopsia. Hoy es un hecho aceptado la práctica de la conización de cuello para descartar la posibilidad de carcinoma invasivo en cualquier sitio del cuello (16, 17).

UTEROS SANOS EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL

Se encontraron 42 úteros en los cuales no se evidenció ninguna lesión que justificara la intervención (8.08%). Además se practicaron 21 intervenciones en las cuales la Anatomía Patológica mostró lesiones que no justificaban la histerectomía. En total se practicaron 63 histerectomías injustificadas según nuestro criterio. Esta cifra se traduce en un porcentaje de 12.1%.

Algunos autores que se han ocupado del tema encuentran las siguientes cifras: Watts y Kimbrough (15) 3.4% de histerectomías injustificadas. Miller (1) 30.8%. Doyle (2) 12.5%. Schulz (3) 12.4%.

HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS EN HISTERECTOMIAS VAGINALES

En el grupo de histerectomías vaginales, como se aprecia en el Cuadro Nº 7, se encontraron sobre un total de 480 piezas quirúrgicas, 295 úteros sanos (61.4%) y 185 úteros con patología. La entidad más frecuente fue la miomatosis uterina con 64 ca-

sos; le siguen en orden de frecuencia la poliposis cervical y endometrial, la adenomiosis y la hiperplasia endometrial.

En este grupo de pacientes se encontraron 4 casos de carcinoma invasivo de cuello y un carcinoma intraepitelial. Solo se diagnosticaron en el preoperatorio 2 de los invasivos; los demás fueron hallazgos de anatomía patológica. En los diagnosticados en el preoperatorio se practicó histerectomía vaginal con escasa resección de tejido parametrial.

En lo relativo a estos 2 casos consideramos criticable la conducta ya que creemos más beneficioso para las pacientes con pro-
vía abdominal y corrección de celes por vía vaginal, o practicar la operación de Schauta.

COMPLICACIONES OPERATORIAS

En el Cuadro N° 8 se detallan las complicaciones operatorias en las dos modalidades de histerectomías.

En la histerectomía abdominal la complicación más frecuente fue la hemorragia severa con 15 casos y le siguen en orden de frecuencia la herida quirúrgica de vejiga y la ligadura de uréteres. En este grupo se presentaron 28 complicaciones operatorias (5.4%).

En el grupo de histerectomías vaginales se encontraron 29 complicaciones operatorias (6%). La más frecuente fue la herida de vejiga con 13 casos y luego la hemorragia severa. El total de complicaciones operatorias en las 1.000 operaciones analizadas fue de 57 (5.7%).

Las complicaciones operatorias en las cuales se lesionaron los uréteres (7 casos en los dos tipos de histerectomías) fueron las más graves; la cifra de 0.7% es inusualmente elevada, ya que la mayoría de los autores no refieren complicaciones de este tipo. Es de anotar que durante los años de 1958, 1959 y 1960 no se presentaron complicaciones de esta clase.

CUADRO N° 8

COMPLICACIONES OPERATORIAS

HISTERECTOMIAS ABDOMINALES

Shock por hemorragia	9
Hemorragia severa sin shock	6

Herida quirúrgica de vejiga	3	
Desgarro de intestino	2	
Sección de ureteres	2	
Ligadura de uretere	1	
Ruptura de colon sigmoide	1	
Ligadura bilateral de ureteres	1	
Hematoma de ligamento ancho	1	
Shock anestésico. Paro cardíaco	1	
	<hr/>	
TOTAL	27	= 5.4%

HISTERECTOMIAS VAGINALES

Herida quirúrgica de vejiga	13	
Shock por hemorragia	8	
Hemorragia severa sin shock	4	
Ligadura de ureteres	1	
Sección de ureteres	1	
Herida quirúrgica de recto	1	
Ruptura quirúrgica de uretra	1	
	<hr/>	
TOTAL	29	= 6%

ESTUDIOS PREOPERATORIOS ESPECIALES

Consideramos como estudios preoperatorios especiales las biopsias cervicales, biopsias endometriales y citología. Estos datos se consideran de importancia porque contribuyen a descartar la posibilidad de malignidad antes de la intervención. La citología debe ser un procedimiento de rutina en todas las pacientes a las cuales se les va a extirpar el útero. La biopsia cervical se debe practicar en presencia de lesiones sospechosas en el cuello uterino y la biopsia endometrial en toda paciente con metrorragias.

En los informes anatomopatológicos de las 1.000 pacientes estudiadas se encontraron 5 carcinomas invasivos de cuello no diagnosticados en el preoperatorio y 2 carcinomas in situ sin diagnosticar. Estas pacientes no hubieran escapado de un diagnóstico positivo si se les practican biopsias de cérvix y estudios citológicos.

Watts y Kymbrough (15) en su estudio de 1.000 histerectomías encontraron 7 carcinomas cervicales invasivos, 3 carcinomas

in situ y 2 carcinomas endometriales sin diagnosticar en el preoperatorio.

Golden y Betson (18) en un estudio de 861 histerectomías vaginales y abdominales encuentran 10 casos de carcinoma en las piezas quirúrgicas, no diagnosticados previamente a la intervención.

Los exámenes preoperatorios especiales practicados en nuestras pacientes fueron los siguientes:

Número de pacientes	217	21.7%
Biopsias cervicales	101	
Biopsias de endometrio	145	
Estudios citológicos	77	

Los raspados uterinos practicados en el momento de la histerectomía no fueron incluidos ya que se consideran como procedimientos asociados a la intervención. Es de anotar el pequeño número de pacientes (21.7%) a las cuales se les practicó cualquier tipo de examen previo especial.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

En el Cuadro N° 9 se describen las complicaciones postoperatorias en los 2 tipos de histerectomías y la distribución por años.

En el grupo de histerectomías abdominales la complicación más frecuente fue el absceso de pared; le siguen en orden descendente el absceso de cúpula, el hematoma de pared y el hematoma de cúpula. En lo referente a complicaciones mayores se encuentran 5 evisceraciones, 4 peritonitis, 4 fístulas vesicovaginales, 2 fístulas uréterovaginales y un "compresoma".

En el grupo de histerectomías vaginales el mayor número de complicaciones corresponde a abscesos de cúpula; le siguen en orden las cistitis severas y los hematomas de cúpula.

En las histerectomías abdominales encontramos un total de 150 complicaciones postoperatorias (28.8%) y en las histerectomías vaginales 217 (45.2%).

Las cifras de complicaciones postoperatorias varían en los distintos autores que han tratado el tema. Johnson (4) en 810 histerectomías abdominales encuentra un 17.4% de complicacio-

nes postoperatorias y en 436 vaginales un 24.8%. Gray (19) en un estudio de 1.000 histerectomías abdominales hecho en 1958 y siguiendo 3 técnicas diferentes (drenaje por vagina, vagina cerrada y vagina abierta) solo reporta 50 complicaciones postoperatorias (5%).

Nogues e Inza (20) del Hospital Central Militar de la Argentina informan en 1958 en 116 histerectomías vaginales 49.5% de complicaciones postoperatorias.

Golden y Betson (18) en 355 histerectomías vaginales encuentran 2.5% de complicaciones postoperatorias y en 506 histerectomías abdominales 6% de complicaciones postoperatorias.

Douglas y Buchman (21) en un estudio de 3.233 histerectomías hallan un 49.6% de complicaciones postoperatorias.

CUADRO Nº 9

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

HISTERECTOMIAS ABDOMINALES

Absceso de pared	47
Absceso de cúpula	21
Hematoma de pared	15
Hematoma de cúpula	15
Hemorragia vaginal	7
Ileo paralítico	8
Cistitis	7
Evisceración	4
Evisceración y peritonitis	1
Fístula véscicovaginal	4
Flebitis	4
Dehiscencia suturas pared	4
Peritonitis	3
Fístula uréterovaginal	2
Hepatitis y bronconeumonía	1
Insuficiencia cardíaca y bronconeumonía	1
Absceso pélvico	1
Fístula rectovaginal	1
Insuficiencia suprarrenal	1
Compresoma	1
Bronquitis aguda	1

Infarto pulmonar	1	
Absceso perineal*	1	
	—	
TOTAL	150	= 28.8%

HISTERECTOMIAS VAGINALES

Hematoma de cúpula	31	
Absceso de cúpula	59	
Cistitis severa	36	
Retención orina	37	
Infección suturas	13	
Ileo paralítico	6	
Bronconeumonía	5	
Hemorragia vaginal	6	
Absceso perineal	5	
Peritonitis	5	
Hepatitis	3	
Fístula uréterovaginal	2	
Fístula véscicovaginal	2	
Insuficiencia suprarrenal	2	
Absceso glúteo	2	
Prolapso de cúpula inmediato	1	
Enterocolitis	1	
Alergia medicamentosa	1	
Hematoma retroperitoneal	1	
Uremia	1	
Fístula rectovaginal	1	
Insuficiencia cardíaca	5	
Hematoma perineal	4	
Infarto pulmonar	1	
Celulitis pelviana	1	
Hematoma ligamento ancho	1	
Tromboflebitis	1	
	—	
TOTAL	217	= 45.2%

Las complicaciones postoperatorias causan un gran número de muertes, aumentan considerablemente los días de hospitalización e inciden desfavorablemente sobre el costo de cada cama

* Histerectomía abdominal y perineorrafia.

hospitalaria. El ideal debe ser la reducción a un mínimo de estas complicaciones buscando y solucionando sus posibles causas.

El tipo de paciente en nuestro medio está desnutrido, parasitado y en gran número de casos lleva focos sépticos que no se evalúan adecuadamente en el preoperatorio. Si a esto agregamos algunos factores potencialmente agravantes como una posible antisepsia deficiente del campo quirúrgico, una mala preparación de la vagina y la presencia en la sala de cirugía de personal séptico, tendremos las condiciones ideales para una posible contaminación y el desarrollo de complicaciones infecciosas en el postoperatorio. Esto en lo referente al tipo más frecuente de complicación postoperatoria: absceso de cúpula y absceso de pared.

En lo concerniente a la segunda complicación más frecuente, los hematomas de cúpula y pared obviamente son producidos por una deficiente hemostasia de la herida quirúrgica y por la ausencia de drenajes adecuados.

Estas consideraciones nos dan margen para concluir que gran número de complicaciones son prevenibles. Las de tipo infeccioso haciendo una adecuada preparación de las pacientes, mejorando el estado nutricional, corrigiendo la anemia, extirpando los focos sépticos presentes y ya en el momento operatorio suprimiendo todas las probables causas de contaminación.

Los hematomas de pared y de cúpula se evitarían ejecutando una cuidadosa hemostasia de todos los planos quirúrgicos y dejando drenajes suficientes en cúpula vaginal y en pared.

Las complicaciones de tipo sistémico se pueden reducir haciendo un balance adecuado de las condiciones cardiovasculares, pulmonares, hepáticas, etc. de las pacientes.

MORBILIDAD FEBRIL

Esta fue determinada por el criterio generalmente aceptado de morbilidad obstétrica o sea el de temperatura de 100.4º F. (38º C.) o que exceda de esta cifra desde el 2º día postoperatorio persistiendo por dos días o más (4).

Siguiendo este rígido criterio se encuentran cifras elevadas en los diversos autores. Johnson (4) en 1956 en 810 histerectomías abdominales encuentra 48% de morbilidad febril y 53.4% en 436 histerectomías vaginales.

En el siguiente cuadro tomado de Nogues e Inza (20) se muestran los porcentajes de morbilidad que dan diversos autores.

CUADRO N° 10

MORBILIDAD FEBRIL EN HISTERECTOMIA VAGINAL Y ABDOMINAL

Autor	Histerectomía Abdominal	Histerectomía Vaginal
Glenn Wallace	27.2%	35 %
Nogus, Guixa, Otturi	30.2%	12.1%
Weed y Mighell	27.1%	51.6%
Leventhal y Lazarus	27.3%	38.8%
Dauforth	33 %	42.5%
Weir	16.2%	26.9%
Dujovich y Sapisochin	13.3%	16.6%
Philip	9.9%	53.1%

Como se aprecia en el cuadro anterior la mayor morbilidad febril corresponde a la histerectomía vaginal, estos datos concuerdan con los obtenidos en este trabajo y las cifras de morbilidad son similares a las presentadas por nuestras pacientes.

En nuestro Servicio del Hospital de San Juan de Dios en histerectomías abdominales encontramos una morbilidad febril de 30.7% (160 casos) y en las histerectomías vaginales una morbilidad febril de 37.3% (179 casos) para una morbilidad total en las 1.000 histerectomías de 33.9%.

En el Cuadro N° 11 se muestran las causas de morbilidad en los dos tipos de histerectomías. La agrupación por días de morbilidad febril se aprecia en el Cuadro N° 12.

CUADRO N° 11

CAUSAS DE MORBILIDAD FEBRIL

HISTERECTOMIAS ABDOMINALES

Absceso de pared	47
Absceso de cúpula	21
Hematoma de pared	14
Hematoma de cúpula	12
Cistitis	6
Peritonitis	4

Flebitis	4
Evisceración	3
Absceso pélvico	1
Absceso perineal	1
Enterocolitis	1
Bronconeumonía	1
Ileo paralítico	1
Infarto pulmonar	1
Bronquitis aguda	1
Sin determinar	42

HISTERECTOMIAS VAGINALES

Absceso de cúpula	57
Cistitis	29
Hematoma de cúpula	23
Infección de suturas	9
Peritonitis	5
Bronconeumonía	5
Absceso perineal	4
Ileo paralítico	2
Hepatitis	2
Absceso glúteo	2
Uremia	1
Infarto pulmonar	1
Hematoma perineal	1
Celulitis pelviana	1
Tromboflebitis	1

CUADRO Nº 12

DÍAS DE MORBILIDAD

Nº de días	Histerectomía Abdominal	Histerectomía Vaginal
2 días	37	37
3 días	42	45
4 días	36	34
5 días	19	18
6 días	9	20
7 días y más	17	25

ANTIBIOTICOS

Hemos creído conveniente hacer algunas consideraciones sobre la aplicación profiláctica de antibióticos que se venía haciendo casi de rutina en nuestro Servicio hasta el año de 1959.

La tendencia actual a prescribir antibióticos de tipo profiláctico en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas nos parece una práctica carente de sentido científico y que entraña peligros no despreciables y que deja dudas sobre su posible eficacia. (23, 24, 25, 26, 27).

Con visible preocupación observamos el incremento de las complicaciones postoperatorias de tipo infeccioso en nuestro Servicio y cuya génesis parece iniciarse en algunos casos en la sala de cirugía, probablemente por un deficiente lavado del cirujano, una mala preparación del campo quirúrgico o una deficiente esterilización del material quirúrgico, y continúa en el postoperatorio con una pobre técnica de enfermería que lleva infecciones de paciente a paciente. Todos estos problemas se han querido resolver con la aplicación indiscriminada de antibióticos. Si el servicio quirúrgico marcha dentro de normas estrictas de asepsia, no deben presentarse infecciones en más de dos casos de cada cien y no es un criterio racional someter a cien pacientes a un tratamiento que entraña riesgos para su salud y que es costoso, por la posibilidad de que dos de ellos van a sufrir una infección (24).

El desarrollo de una infección en una paciente quirúrgica depende de la suma de un conjunto de fuerzas ejercidas por muchos factores. Entre éstos están la capacidad invasora del microorganismo, la resistencia del huésped, la cuantía de la inoculación, la presencia de trastornos fisiológicos, el tipo de tejidos afectados, etc. (23).

A pesar del desarrollo constante de nuevas drogas, todavía existe un cierto número de cepas bacterianas que son resistentes por naturaleza a casi todos los antibióticos disponibles. Entre éstas son importantes las cepas de *Proteus*, *Pseudomonas*, estafilococos, enterococos y ciertos bacilos gram negativos.

Otra forma de resistencia natural es la que poseen ciertas bacterias que tienen la capacidad de producir enzimas que inactivan los antibióticos; un ejemplo lo constituye la producción de

penicilinas por ciertos bacilos gram negativos y por el estafilococo aureus (23).

En el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá la droga que más se administró a título profiláctico fue la penicilina, cuya actividad es limitada y que inicialmente encontrará numerosos microorganismos resistentes a la misma. Esta terapia profiláctica se practicó hasta 1959 en la mayoría de pacientes intervenidas; posteriormente su uso se ha restringido y hoy solo se utiliza cuando existe verdadera indicación y si es posible previo examen bacteriológico, cultivo y antibiograma. De esta manera creemos racionalizar el uso de antibióticos y evitar a las pacientes una terapia inútil y peligrosa.

Dos serias consecuencias de una terapéutica profiláctica amplia e imprudente son la sensibilización de una parte amplia de la población y la aparición progresiva de bacterias resistentes que tienden a concentrarse en hospitales donde se emplean grandes cantidades de antibióticos. (23).

En un estudio comparativo practicado en el Hospital de La Samaritana de la ciudad de Bogotá (24) se analizaron 127 pacientes a las cuales se les practicaron diversas intervenciones y no se les aplicaron antibióticos. Los resultados obtenidos en este grupo de pacientes fueron comparados con los de otros servicios quirúrgicos del hospital que utilizaban antibióticos profilácticos. El promedio de infecciones (5.9%) fué sensiblemente inferior al de la mayor parte de otros servicios que utilizaban antibióticos profilácticos.

La permanencia promedio postoperatoria fué de 8.5 días, inferior a la de los servicios comparados.

En el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios en las 1.000 pacientes presentadas en este estudio, se utilizaron antibióticos en 848 casos (84.8%) de los cuales 529 se utilizaron a título profiláctico, es decir en un 62.3%.

PERMANENCIA HOSPITALARIA POSTOPERATORIA

Se determinó el tiempo de permanencia postoperatoria en cada tipo de histerectomía. En las histerectomías abdominales el promedio fué de 11.07 días y en las vaginales fué de 12.07. Estos resultados son similares a los suministrados por Watts y Kim-

brough (15) quienes encuentran un promedio de 10.5 días para las histerectomías abdominales y de 11.1 para las vaginales. Otaway (25) en una revisión de 508 histerectomías abdominales y 222 vaginales encuentra una permanencia de 8.05 días para las histerectomías abdominales y 8.7 para las histerectomías vaginales.

MORTALIDAD

La mortalidad presentada en las 1.000 intervenciones realizadas alcanzó a 14 casos (1.4%) discriminadas así: Histerectomías abdominales 9 casos. (1.7%). Histerectomías vaginales 5 casos (1.04%). Nogues (20) menciona las siguientes cifras encontradas por algunos autores:

Autor	Histerectomía Abdominal	Histerectomía Vaginal
Nogues	2.6%	0%
Weed	0.7%	0%
Leventhal	0.3%	0%
Danforth	0.7%	3.1%
Weir	0.1%	0%

En los Cuadros Nos. 13 y 14 se detallan todas las defunciones presentadas con los diagnósticos anatomopatológicos, la causa de la muerte y la apreciación nuestra sobre la posibilidad de haber evitado algunas de estas defunciones.

Analizando los cuadros precedentes observamos que la causa de muerte en 8 pacientes fue la peritonitis. Esta cifra nos da un porcentaje de 57.1% y nos pone de presente la magnitud del problema infeccioso en nuestros hospitales.

Consideramos evitables todas las muertes producidas por peritonitis.

Encontramos una paciente en la cual se practicó una operación no apropiada, histerectomía total y salpingooforectomía, para tratar un embarazo extrauterino roto y adherido. Se abrió colon y sigmoide y se resecó.

Dos pacientes en las cuales se cometieron errores quirúrgicos, sección de ureteres, que posiblemente contribuyeron a la muerte.

CUADRO Nº 13

HISTERECTOMIAS ABDOMINALES

DEFUNCIONES

H. C. Nº	Edad	Intervención	Complic. Oper.	Complic. P. O.	Diag. A. P.	Autopsia	Evitable	Comentarios
64482	60	Histerectomía total S. O. B.	NO	Peritonitis	Tecoma ovario izquierdo	Peritonitis fibrinopurulenta	SI	
95945	50	Histerectomía total S. O. B.	Sección uréter Der. shock por hemorragia	Neumonía insuficiencia cardíaca	Leiomiomatosis salpingitis bilateral	Neumonía focal uretere seccionado a 10 cms. de vejiga	SI	Error quirúrgico
100990	42	Histerectomía total S. O. B.	Shock por hemorragia	Peritonitis	Coriocarcinoma de útero	Peritonitis Bronconeumonía. Nefrosis hemoglobinúrica	NO	
101645	25	Histerectomía total S. O. B.	Ruptura sigmoide. Resección-colostomía	Peritonitis evisceración	Embarazo tubárico derecho roto y adherido	Peritonitis hemorragia suprarrenal	SI	Conducta quirúrgica no apropiada
113628	42	Histerectomía total S. O. B.	Shock anestésico. Toracotomía	—	Leiomiomatosis uterina	Paro cardíaco por shock anestésico	SI?	
127508	47	Histerectomía total S. O. I.	Ligadura bilateral uréteres	Peritonitis uremia	Leiomiomatosis uterina	Peritonitis absceso cúpula	SI	Error quirúrgico
177230	45	Histerectomía total	NO	Trastorno neurovegetativo muerte súbita	Leiomiomatosis uterina	Muerte súbita por posible trastorno neurovegetativo	SI?	
204420	49	Histerectomía total	NO	Evisceración Peritonitis	Leiomiomatosis uterina	Peritonitis aguda purulenta	SI	
219460	37	Histerectomía total	NO	Peritonitis	Leiomiomatosis uterina	Peritonitis edema pulmonar	SI	

CUADRO Nº 14

HISTERECTOMIAS VAGINALES

DEFUNCIONES

H. C. Nº	Edad	Intervención	Complic. Oper.	Complic. P. O.	Diag. A. P.	Autopsia	Evitable	Comentarios
111828	50	Histerectomía vaginal	Shock por hemorragia	Hematoma Retroperitoneal	Cervicitis crónica	Anemia aguda Edema pulmonar Nefrosis hemoglobinúrica	SI	Reintervenida por gran hematoma retroperitoneal
145875	56	Histerectomía vaginal	NO	Insuficiencia cardíaca Hematoma prevesical peritonitis	Cervicitis crónica	Pelviperitonitis Pielonefritis Absceso perirrenal	SI	
124716	80	Histerectomía vaginal	NO	Uremia Insuficiencia cardíaca	Cervicitis crónica	No se practicó	SI	
132998	45	Histerectomía vaginal	NO	NO Muerte súbita Peritonitis en 5º día P. O.	Cervicitis crónica	No se practicó Posible infarto pulmonar	NO	
247026	69	Histerectomía vaginal	NO	Peritonitis	Cervicitis	Peritonitis aguda purulenta	SI	

En general el promedio de mortalidad es elevado en nuestro medio en comparación con el de otros autores que han hecho estudios similares.

Estamos convencidos que el porcentaje de mortalidad se reducirá notoriamente en un futuro practicando técnicas quirúrgicas cuidadosas, evaluando las funciones circulatorias, respiratorias y renales de las enfermas de edad avanzada y procurando combatir todas las causas productoras de infección y contaminación.

SUMARIO

1 — Se presenta un estudio de 1.000 histerectomías consecutivas practicadas en el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá.

2 — Se practicaron un 49.6% de histerectomías abdominales totales. Un 2.4% de histerectomías abdominales subtotaes y un 48% de histerectomías vaginales.

3 — En las histerectomías abdominales se hicieron diagnósticos correctos en un 50.3% correctos con patología asociada en 26.2% y diagnósticos errados en un 23.5%.

4 — En el grupo de histerectomías abdominales la entidad más frecuente fue la leiomiomatosis uterina con un 75%. Le sigue en frecuencia la endometriosis con 18.08%.

5 — Se practicaron un 12,1% de histerectomías injustificadas.

6 — En el grupo de histerectomías vaginales, que se practicaron siempre con prolapso uterino, se encontró un 38.6% de útero patológico.

7 — El porcentaje de complicaciones operatorias fue de 5.4% en las histerectomías abdominales y de 6% en las vaginales.

8 — El porcentaje de complicaciones postoperatorias en las histerectomías abdominales fue de 28.8% y de 45.2% en las histerectomías vaginales.

9 — El porcentaje de morbilidad febril en las histerectomías abdominales fue de 30.7% y en las histerectomías vaginales de 37.3%.

10 — Se utilizaron antibióticos profilácticos en un 62.3%.

11 — La mortalidad en las 1.000 hysterectomías alcanzó porcentaje de 1.4%. En las hysterectomías abdominales fue de 1.7% y en las hysterectomías vaginales de 1.04%.

CONCLUSIONES

Después del estudio de estas 1.000 intervenciones consecutivas, surgen algunos comentarios de interés que analizamos a continuación:

1 — El promedio de hysterectomías subtotales es similar al más bajo que presentan diversos autores. Su número ha disminuído progresivamente a través de los años, siendo actualmente muy rara la práctica de este tipo de hysterectomía.

2 — La tendencia a extirpar ovarios sanos debe ser proscrita de todos los servicios quirúrgicos y especialmente en pacientes jóvenes. En nuestro estudio encontramos un 50.7% de ovarios extirpados que no presentaban ninguna patología.

3 — Hasta donde sea posible se debe evitar la práctica de Hysterectomía en pacientes jóvenes. Se deben tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de esta intervención, tan conocidas de todos, pero olvidadas en algunas ocasiones y que llevan a inútiles sacrificios de tejidos sanos. Estas indicaciones y contraindicaciones han sido claramente establecidas en una reunión de la Sociedad de Obstetricia de Nueva York en Marzo de 1955. (28). Es criticable que en el grupo de pacientes menores de 30 años a las cuales se les practicó hysterectomía, se encontraban 8 úteros sin ninguna lesión.

4 — En lo que hace referencia a las intervenciones injustificadas, hallamos un 8.08% de pacientes con úteros sin ninguna lesión y en las cuales la intervención no se justificaba. Se practicaron 21 hysterectomías en las cuales las lesiones encontradas no justificaban la intervención. En total se halla un 12% de operaciones injustificadas, cifra que es similar a la encontrada por diversos autores.

5 — Los exámenes preoperatorios especiales inadecuados constituyen una causa de crítica. Como se mencionó previamente, solo a un 21.7% de las pacientes intervenidas se les practicó biop-

sia de endometrio, de cérvix o citología. Se encontraron en los estudios anatomopatológicos 5 carcinomas de cuello invasivo no diagnosticados en el preoperatorio y 2 carcinomas in situ.

La histerectomía no radical en los casos de carcinoma invasivo se considera inadecuada y por lo tanto criticable.

6 — En el grupo de complicaciones operatorias encontramos 7 lesiones sobre uréteres del tipo de la sección o la ligadura. Esta cifra es muy elevada si consideramos que los autores consultados no describen complicaciones de este tipo. Incriminamos este tipo de complicaciones a técnicas quirúrgicas poco cuidadosas.

7 — Un gran porcentaje de pacientes se trataron con antibióticos profilácticos. Consideramos esta conducta innecesaria y altamente peligrosa para las pacientes.

8 — Las cifras de mortalidad encontradas en este estudio son muy superiores a las descritas por otros autores, especialmente en lo que hace referencia a las histerectomías vaginales.

9 — Se considera que el 85.6% de muertes presentadas en el curso de histerectomías en el postoperatorio fue evitable. El 57.1% de muertes fue causada por peritonitis.

BIBLIOGRAFIA

- 1 MILLER, N. F.: Hysterectomies: Therapeutic necessity or surgical racket. *Am. J. Obst. & Gynec.* 51: 806, 1946.
- 2 DOYLE, J. C.: Unnecessary hysterectomies: A study of 6,248 operations in 35 hospitals during 1948. *J. A. M. A.* 151: 360, 1953.
- 3 SCHULZ, C. M.: Histerectomías innecesarias. *Gynec. Obst. Mex.* 13: 512, 1958.
- 4 JOHNSON, C. G.: An analysis of 6,891 hysterectomies for benign pelvic disease. *Am. J. Obst. & Gynec.* 71: 515, 1956.
- 5 LIVINGSTON, B.: Ovarium survival following hysterectomy. *J. Obst. Gynaec. Brit. Emp.* 61: 628, 1954.
- 6 FUNCK-BRENTANO, P.: L'ovaire restant après histerectomie. *Rev. Fr. Gyn. Obst.* 53: 217, 1958.
- 7 FARLANE, K. T. et al: Rational ovarian surgery. *Am. J. Obst. & Gynec.* 80: 683, 1960.
- 8 OLIVER, M. F., and BOY, G. S.: Effect of bilateral ovariectomy on coronary artery disease and serum lipid levels. *Lancet.* 2: 690, 1959.
- 9 GREENHILL, J. P.: The year Bok of Obstetrics and Gynecology. Pág. 393-396. The year Book Publishers, Chicago, 1959.
- 10 JACOBS, W. M. and DAILY, H. I.: Hysterectomy in young Women. *Surg. Gynec. & Obst.* 102: 539, 1956.

- 11 GORI, R. M.: **Importancia de la miomectomía en el tratamiento del fibroma uterino.** *Obst. y Ginec. Latino-am.* 15: 407, 1957.
- 12 LARDARO, H. H.: **Mymectomy. Review of 157 cases.** *Am. J. Obst. & Gynec.* 79: 43, 1960.
- 13 CORNELL, J. H.: **A study of live Hundred eighteen consecutive hysterectomies.** *Am. J. Obst. & Gynec.* 66: 138, 1953.
- 14 SMITH, L. R. and PRATT, J. H.: **Vaginal Hysterectomies in the geriatric Patient.** *Obst. & Gynec.* 13: 84, 1959.
- 15 WATTS, W. and KIMBROUGH, R. A.: **Hysterectomy. Analysis of 1.000 consecutiv operations.** *Obst. & Gynec.* 7: 483, 1956.
- 16 FERGUSON, J. H. and CAVANAGH D.: **A positive Cytology registry its usefulness in the Diagnosis and management of cancer.** *Am. J. Obst. & Gynec.* 77: 838, 1959.
- 17 MUSSEY, E. and SOULE E. H.: **Carcinoma in situ of cervix. Al clinical Review of 842 cases.** *Am. J. Obst. & Gynec.* 77: 957, 1959.
- 18 GOLDEN, M. L. and BETSON, J. R.: **Hysterectomy in 861 selected cases.** *Surg Gynec. & Obst.* 110: 182, 1959.
- 19 GRAY, L. A.: **Tecniques of abdominal total hysterectomy with report of three methods used in 1.000 cases.** *Am. J. Obst. & Gynec.* 75: 334, 1958.
- 20 NOGUES, A. E. e INZA, R.: **La histerectomía vaginal. (A propósito de 116 observaciones).** *Obst. y Ginec. Latino-am.* 16: 17, 1958.
- 21 DOUGLAS R. G., BUCHMAN, M. L., and MAC DONALD, F. A.: **Recent trends in hysterectomy in gynecological and obstetrical practice.** *Can. Med. Ass. J.* 78: 1.065 1953.
- 22 DIAZ, I. A., VELAZQUEZ, T., y CONTRERAS, J.: **Consideraciones en relación con la cirugía mutiladora innecesaria del útero.** *Memorias del II Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. I:* 443, 1955.
- 23 MEIGS, J. V., y STURGIS, S. H.: **Progresos de la Ginecología.** Vol. II. Pág. 837, 838, 841. Editorial Científico-Médica. Barcelona 1958.
- 24 MUÑOZ, J. J., PATIÑO J. F., y colaboradores. **Uso discriminado de antibióticos en cirugía.** *Unidia.* 6: 89, 1959.
- 25 LEPPEZ, M. H.: **Microbial resistance to antilbitics.** *Ann. Int. Med.* 43: 299, 1955.
- 26 CRON, R. S.: STEUFFER, J.; and PAEGEL, H.: **Morbidity studies in one thousand consecutive Hysterectomies.** *Am. J. Obst. & Gynec.* 63: 344, 1952.
- 27 TERZIAN, P., and TIMPANE, J. P.: **Reducing the risk of total abdominal hysterectomy.** *Am. J. Obst. & Gynec.* 69: 826, 1955.
- 28 MILLER, N. F., ARBOR, A., TELINDE, R., et al: **Indications for Hysterectomy. A Panel Discussion.** *Am. J. Obst. & Gynec.* 72: 534, 1956.