

LA HISTERECTOMIA VAGINAL COMO TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL

INPROMI

Dr. José Casquero Bao

INTRODUCCION

La Histerectomía Vaginal es un método quirúrgico de tratamiento del prolapso genital y que tiene como fin primordial reconstruir los planos de sostén de los órganos pélvicos, extirpando el útero con el fin de permitir una mejor cura de las estructuras de sosten pélvico-vaginal y eliminar la posibilidad del desarrollo de patología cervical maligna. (3) (4) (10) (11) (15).

En la actualidad la cura quirúrgica del prolapso genital puede sin embargo llevarse a cabo mediante otras técnicas quirúrgicas, en todo caso lo fundamental es el criterio juicioso con que debe valorarse cada caso en particular, teniendo en cuenta una serie de factores como la edad, condiciones generales de la paciente, variedad de la distopia, lesiones asociadas, etc. (17) (18). Basadas en estas consideraciones la Histerectomía Vaginal creemos debe practicarse en aquellas pacientes pre-menopáusicas o menopáusicas con prolapso genital, que han perdido toda posibilidad de una reposición normal de las estructuras pélvicas. (4) (10) (18).

El objeto de nuestro trabajo es exponer la experiencia obtenida en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Neonatología y Protección Materno Infantil, en cuanto a las características generales de las pacientes, así como las mencionadas, pre y post operatorias fundamentalmente en relación al tema en estudio.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron desde el punto de vista clínico-patológico porcentual, todos los casos de Histerectomía Vaginal practicadas en el Servicio entre abril de 1971 y noviembre de 1978, en pacientes pre y post-menopáusicas, mayores de 40 años de acuerdo al planteamiento inicial. La casuística se analizó desde el punto de vista de los siguientes parámetros: edad, paridad, sintomatología, diagnóstico, tipo de anestesia, transfusión sanguínea, tiempo operatorio, complicaciones post-operatorias, reoperaciones. Sólo 60 casos presentaban historias clínicas con datos suficientes para el estudio.

Nuestras pacientes en su mayoría viven en zonas fuera de nuestra área programática provenientes de Comas, Collique, Villa El Salvador, etc. y en poca proporción de Breña y Jesús María. Dado que la condición socio-económica y estado nutricional de nuestras pacientes fue el que corresponde al tipo de pacientes hospitalarias es decir de baja condición socio-económica y pobre nutrición es que no comentamos al respecto.

Los hallazgos se presentan en forma de cuadros porcentuales, seguidos de un comentario y conclusiones.

Nuestro Servicio está formado por un grupo de Gineco-Obstetras en su mayoría dedicados a la docencia y a la labor asistencial y cuya actividad ha sido uniformizada de acuerdo a un Manual de Normas y Procedimientos del Servicio, que en lo referente a la Histerectomía por vía vaginal especifica lo siguiente:

- * La selección de los casos se realiza en los Consultorios Externos.
- * Análisis pre-operatorios de rutina.
- * Citología cervico-vaginal, biopsia de cuello y endometrio en caso necesario.
- * Riesgo quirúrgico.
- * Depósito de sangre
- * Hospitalización: en el pre-operatorio se practica examen pélvico, para confirmar o rectificar el diagnóstico
- * Los cuidados post-operatorios: la paciente pasa a una sala de recuperación entre las 12 a 14 horas, donde se controla entre otras cosas los signos vitales y en forma especial la diuresis.
- * El uso de antibióticos se realiza en forma rutinaria, la sonda vesical permanece por lo menos 72 horas en drenaje continuo.
- * El alta es dada al 7mo. día como mínimo.

Las técnicas quirúrgica empleada en la casuística que se presenta fue la Campbell.

RESULTADOS

Cuadro No. 1

EDAD

AÑOS	No. CASOS	%
41 - 50	36	60
51 - 60	22	37
61 - 70	2	3
TOTAL	60	100

Edad mínima: 41 años
Edad máxima: 70 años
Promedio de edad: 47.8

Analizada la casuística de acuerdo a la edad con el Cuadro No. 1, encontramos que ésta varía entre 41 y 70 años, con ma mayor frecuencia entre los 41 - 51 y 60 años con 60%o y 37%o respectivamente.

Cuadro No. 2

PARIDAD

No. PARTOS C	No. CASOS	%o
0	0	0
1	4	7
2	0	0
3	6	10
4	6	10
5	8	13
6	10	17
7	2	3
8	4	7
9	6	10
10	6	10
11	0	0
12	8	13
TOTAL	60	100

Promedio de partos: 6.7

En cuanto a la paridad, la distribución porcentual fue más o menos similar en todos los grupos, con excepción de las primíparas y de las para 7 y 8, como puede apreciarse en el Cuadro No. 2, notándose que el 70%o de los casos corresponde a grandes múltiparas.

Cuadro No. 3

SINTOMATOLOGIA

SINTOMAS	No. CASOS	%o
Dolores Hipogástrico y Tumoración vaginal	8	13
Tumoración vaginal	30	50
Tumoración vaginal e Incontinencia urinaria	16	27
Tumoración vaginal y Menorragia	6	10
TOTAL:	60	100

En cuanto a la sintomatología, la tumoración vaginal se registró en todos los casos, siendo la única manifestación en el 50%o de los casos y estando en el resto asociado ya sea a incontinencia urinaria, dolor hipogástrico o menorragia, tal como se especifica en el Cuadro No. 3.

Cuadro No. 4

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

DIAGNOSTICO	No. CASOS	%o
Cistocele II - Rectocele III	10	17
Cistocele II - Desga.Perin.Antig.	22	36
Cistocele III - Rectocele II Incontinencia urinaria	16	27
Cistocele III - Histerocele II	10	17
Cistocele II - Retrofl.uterina	2	3
TOTAL:	60	100

En cuadro No. 4, se aprecian los diagnósticos pre-operatorios, notándose en todos los casos la distopia del perfil vaginal anterior en su variedad Cistocele y la del perfil vaginal anterior en su variedad Cistocele y la del perfil vaginal posterior en su variedad Rectocele, desgarro perineal antiguo. Sólo en 10 casos se diagnosticó alteraciones del perfil vaginal superior (Histerocele) y en 16 incontinencia de orina de esfuerzo en diversos grados.

Dentro de los procedimientos rutinario pre-operatorios, el examen citológico del cervix, la biopsia del endometrio en caso necesario son condiciones fundamentales para el tratamiento; en nuestro caso encontramos nada especial por lo que no hacemos comentarios.

Cuadro No. 5

TRATAMIENTO QUIRURGICO

	No. CASOS	%o
Histerectomía vaginal más Colporrafía anterior y poster.	44	73
Histerectomía vaginal, uretroplastía y colporrafía anterior y posterior	16	27
TOTAL:	60	100

En relación al tratamiento quirúrgico, la Histerectomía Vaginal, fue complementada con la Colporrafía anterior y posterior en todos los casos, practicándose además la uretroplastía por la técnica de Kennedy en los 16 casos que cursaron con incontinencia urinaria de esfuerzo, como se objetiva en el Cuadro No. 6. La técnica empleada para la Histerectomía Vaginal fue la de Campbell.

Cuadro No. 6

TIPO DE ANESTESIA

TIPO ANESTESIA	No. CASOS	%o
General	30	50
Raquídea	8	13
Epidural	22	37
TOTAL:	60	100

En el 50% de los casos, la anestesia fue general, raquídea en el 13% y epidural en el 37%, no habiéndose presentado ninguna complicación durante el acto operatorio en el post-operatorio inmediato.

Cuadro No. 7

TRANSFUSION SANGUINEA		
TRANSFUSION SANGUINEA	No. CASOS	%
500 cc.	45	75
1000 cc. - 1500 cc.	15	25
TOTAL:	60	100

La transfusión sanguínea como se puede apreciar en el Cuadro No. 7, se indicó en todos los casos y fluctuó entre los 500 cc y 1500 cc en nuestra serie el 75% recibió 500 cc y el 25% entre 1000 cc y 1500 cc, de acuerdo a la intensidad de la pérdida sanguínea.

Cuadro No. 8

COMPLICACION POST-OPERATORIA		
COMPLICACIONES	No. CASOS	%
Infección urinaria	12	20
Absceso de fondo de saco derecho y dehiscencia de muñón vaginal	2	3
Sangrado de muñón vaginal	2	3
Hematoma de cúpula vaginal	2	10
Sin complicación	38	64
TOTAL	60	100

La principal causa de infección post-operatoria fue la infección urinaria encontrada en 12 casos (20%) debido a la retención urinaria post-operatoria, posiblemente por el uso de la sonda vesical que por rutina dejamos a nuestras pacientes por espacio de 3 días como promedio.

En 6 casos (10%) se presentó hematoma de cúpula vaginal en dos abscesos de fondo de saco derecho y dos con sangrado de cúpula vaginal, éstas últimas complicaciones se resolvieron con reoperaciones. Cerca del 70% de los casos evolucionaron sin complicaciones.

Cuadro No. 9

REOPERACIONES		
REOPERACIONES	No. CASOS	%
Sutura de dehiscencia de muñón vaginal	2	3
Debridación de hematoma de cúpula vaginal	6	10
Sin reoperación	52	87
TOTAL:	60	100

En el 13% de los casos hubo de practicarse una intervención ya sea de sutura del muñón vaginal por dehiscencia debido a absceso, o debridación de hematoma de cúpula.

HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS

Sólo el 50% de los casos fue posible obtener el estudio anatomopatológico, demostrándose cervicitis crónica en el 43% de los casos estudiados y adenomiosis en el 10%, en el resto no se presentó alteración histológica importante.

DIAS DE ESTANCIA

El promedio de hospitalización para nuestra serie fue de 10.8 con un rango entre 6 y 26 días, los casos de hospitalización prolongada de más de 12 días, se debieron en la mayoría de los casos a la infección urinaria post-operatoria, que es el problema más frecuentemente encontrado en los casos tratados mediante la Histerectomía Vaginal.

COMENTARIO

Aunque la casuística que presentamos es reducida, consideramos importante para nosotros evaluar lo hecho hasta el presente en nuestro Servicio de Ginecología y Obstetricia, con el fin de mejorar el resultado final en la paciente. Tal vez nuestros errores o logros puedan servir a otros que trabajan en el mismo campo. Debemos mencionar que en general al margen de algunas peculiaridades de cada uno de los cirujanos de nuestro grupo, la técnica seguida en el Servicio ha sido la de Campbell, como lo dijéramos anteriormente.

En cuanto a la edad y paridad, debemos mencionar que nuestros hallazgos son parecidos a los reportados por Bedoya (4), González del Riego (18), Campos (10), Garayar (15), del Perú y Aguirre (3) y Bravo (8) de México, y que en general se refiere a que esta operación se practica preferentemente en mujeres de edad relativamente avanzada y de alta paridad, dado que son ellas las que con mayor frecuencia presentan la alteración y en las que además no hay limitación en cuanto a la fertilidad. En nuestra serie las pacientes estaban dentro del alto índice de paridad y observamos que hay un discreto aumento de las complicaciones en relación a la paridad, especialmente en las grandes multíparas (más de 6 gestaciones), esto explicaría que la multiparidad y el corto intervalo de los partos es uno de los factores más importantes en el condicionamiento del prolapso genital.

Respecto a la sintomatología, en el 50% de nuestras pacientes se registra la tumoración vaginal, que la manifestaron como sensación de tumor que sale a través de los genitales externos, tal como lo reportan diversos autores (3), (9), (10), (15), (18), sintomatología que se describe especialmente en pacientes pre y post-menopáusicas.

En las que aparte de los antecedentes obstétricos (par-

ros frecuentes, con intervalos genésicos muy cortos), se agrega otro factor como es la atrofia del aparato genital, especialmente de los ligamentos (10) (22) y tejidos muscular del suelo pelviano, acompañando en un porcentaje apreciable, de deficiente estado nutricional y adelgazamiento que se presenta en esta época de la vida de la mujer, produciéndose la salida de la matriz por los genitales y que fue el síntoma más llamativo en nuestra serie.

El dolor en hipogastrio estuvo presente en 8 pacientes y lo consideramos como síntoma poco constante y como refiere Garayar (15) posiblemente debido a la tracción de los ligamentos del útero producido por la distopia genital.

La menorragia se encontró en 6 casos, signo que fue evaluado como de origen funcional y que se presenta como esta época de la vida de la mujer.

Más del 27^o/o de nuestra casuística presentó síntomas urinarios, especialmente incontinencia urinaria en sus diversos grados, tal como lo describen algunos autores (6) (12) (13) (17) (18) (21), síntomas éste por lo que consultaron y fue motivo del tratamiento. Más de 12 pacientes (20^o/o) presentaron como complicación postoperatoria la infección urinaria, que fue una de las complicaciones más frecuentes y que es descrita también por Bedoya (4), Bravo (8), Compenhaver (11), Delgado (13), Gonzales del Riego (18), Gray (17), y que puede relacionarse con el grado del prolapso, multiparidad, la técnica operatoria y el uso de la sonda vesical y la atonía uterina que conduce a disminuir el reflejo normal de la micción, persistiendo orina residual que favorece la infección.

Para poder realizar los diagnósticos pre-operatorios y clasificar los prolapsos de acuerdo a su extensión y ante la dificultad de tener una clasificación uniformizada y aceptada por todos los Gineco-obstetras y no teniendo al perfil vaginal como sistema de clasificación en nuestras normas y procedimientos y no estar habituados a ella es que seguimos la clasificación de Te Linde (22) el que toma como punto de referencia el introito genital tanto para los prolapsos intravaginales como los vaginales y dice que son de I y II de acuerdo a que el cervix se apoye o no en el suelo pélvico y es de III cuando sale a través del introito y de igual manera para los cistocele y rectoceles. En nuestra serie hemos encontrado el Cistocele de II en 34 pacientes, asociado a otro tipo de distopia y en roden de frecuencia el Cistocele de III, el Histerocele en 10 casos.

En cuanto a la indicación operatoria el Cistocele parece ser la principal indicación primaria (2) (3) (9) (12) (14) (24), asociado en la mayoría de los casos a rectocele e incontinencia de orina (17) (18) (19). Nuestros hallazgos son similares a lo reportado por los autores consultados (9) (12) (15) (18) (23), destacando que el histerocele sólo se consignó en el 17^o/o de nuestros casos.

La técnica seguida para el tratamiento, fue la Histerectomía Vaginal por la técnica de Campbell modificada en el sentido que mientras Campbell traza una incisión en raqueta, la modificación consiste en realizar una incisión en T invertida, la preparación de un capuchón que cubre el cuello uterino, con lo que se evita la contaminación del campo operatorio y decoiamiento de la vejiga hasta el fondo de saco vesivo-uterino, tiempo

operatorio que Campbell lo deja para una etapa posterior (4), en todos los casos fue seguida de Colporrafía anterior y posterior; en las pacientes con incontinencia urinaria se practicó la uretroplastía siguiendo la técnica de Kennedy (6), como lo manifestáramos anteriormente. Ambas técnicas fueron empleadas por ser las que más dominaba el autor y con considerarlas de relativa sencillez para ser denominada por el personal en entrenamiento.

Un 50^o/o de nuestras pacientes tuvieron anestesia general siguiendo un orden de frecuencia la raquídez con 37^o/o y en menor proporción la epidural, no habiéndose presentado en nuestra serie ninguna complicación anestésica, debemos mencionar que este tipo de operación se puede realizar aún con anestesia local, tal como lo refiere Campos Salazar (10).

A pesar que el tipo de anestesia más empleado en nuestra serie fue la general, debemos aceptar que si bien ésta permite una buena relajación, en especial en pacientes con umbral del dolor elevado, ansiosa y poco colaboradoras, haciendo que el acto quirúrgico se realice dentro de los límites de la normalidad. En la selección de la anestesia no creemos que exista una indicación específica de determinada técnica o agente anestésico especialmente en pacientes que están en la pre y post-menopausia la anestesia regional (raquídea o epidural) que en manos expertas dan una buena relajación, buen bloqueo vegetativo y la recuperación inmediata de la paciente son también de elección.

La duración de un acto operatorio está supeditada a una serie de factores entre estos mencionamos: La viabilidad de los tejidos de sostén de la paciente, el conocimiento del cirujano de la anatomía, a su pericia técnica y a esto agregamos en nuestro caso, el entrenamiento de residentes circunstancia por lo que nuestro promedio operatorio está en las 2 horas y 30 minutos, promedio que es casi semejante a lo reportado entre nosotros Arana (2), Gonzales del Riego (18) y por Garayar (15).

De acuerdo a las Normas de nuestro Servicio, toda paciente que va a ser sometida a tratamiento operatorio debe tener depósito de sangre mínimo de 500cc. y esta indicación está basada en que la mayoría de nuestras pacientes son de baja condición socio-económica con deficiente estado nutricional, algunas con problemas de anemia, agregado a la complejidad del acto operatorio en la que existe pérdida sanguínea cantidad no siempre valorada durante el acto quirúrgico, de allí que el reemplazo de la sangre sea muy importante; en nuestra serie el 75^o/o recibió 500 cc y el 25^o/o entre 1000 cc y 1500. La indicación de transfusiones para este tipo de operaciones está reportada por todos los autores consultados (8) (11) (13) (15) (18).

En nuestra serie las complicaciones fueron poco frecuentes, siendo la infección urinaria la que tuvo mayor incidencia y que ya comentamos anteriormente. El hematoma de la cúpula vaginal le sigue en frecuencia con 6 casos (10^o/o) y que en algunos casos constituyeron problemas diagnósticos por el volumen y que indudablemente se debieron a defectos de técnica y cuyo tratamiento fue el drenaje por vía vaginal en sala de opera-

ciones, ésta complicación es reportada también por los autores consultados (12) (18) y (25).

La formación de absceso del fondo del saco y dehiscencia del muñón vaginal se presentaron en dos casos, complicaciones afortunadamente poco frecuentes y condicionadas por la colección de sangre de los tejidos intersticiales, y cuyo diagnóstico fue realizado por examen pélvico y al 4to. día post-operatorio y drenados también por vía vaginal. Reportamos también dos casos de hemorragia del muñón vaginal producidas en el post-operatorio inmediato, es decir dentro de las primeras 48 horas y provenientes del muñón vaginal y debida al acto operatorio laborioso, y que felizmente fueron sutura por vía vaginal. Debemos así mismo resaltar que el 64% de nuestra casuística evolucionó sin complicaciones.

El promedio de hospitalización para nuestra serie fue de 10.8 días y que lo consideramos como índice de la evolución post-operatoria y por ende de la eficiencia de un servicio, tal como lo menciona Gonzales del Riego (18), Rocca (21), el rango de hospitalización fue entre 6 y 26 días, los casos de hospitalización prolongada fueron en su mayoría debidos a la infección urinaria y hematomas de cúpula vaginal.

Las pacientes de nuestro grupo, fueron controladas una vez por lo menos a los 15 días y otros a los 30 en consultorios externos, encontrándose que aproximadamente un 15% de ellas presentaban granulos de la cúpula vaginal, tal vez debido a defectos de técnica y/o al material de sutura empleado, mencionamos también que gran número de las pacientes no la hemos podido controlar posteriormente, tal vez por no contar con un programa de seguimiento de casos y por carecer de recursos apropiados.

RESUMEN

Se ha estudiado 60 casos de pacientes portadores de distopias del perfil vaginal en diversos grados, cuyas edades fluctuaban entre 40 y 70 años, es decir en la premenopausia o post-menopausia y con ciertas características socio-económicas y nutricionales, factores que se tuvo en cuenta para la elección del tratamiento operatorio. Se realizó en todas ellas la Histerectomía Vaginal por la técnica de Campbell modificada, todas se acompañaron de Colporrafía anterior y posterior, la transfusión sanguínea fue indicada en el 100% de los casos variando entre 500 cc y 1500 cc, la anestesia más empleada fue la general, no habiéndose presentado ninguna complicación anestésica.

Las complicaciones post-operatorias más frecuentes fueron la infección urinaria (20%), seguida del hematoma de la cúpula vaginal (10%), resaltando que el 64% de nuestra casuística evolucionó sin complicaciones, habiendo necesitado el 13% de los casos, tratamiento quirúrgico post-operatorio.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 10.8 días.

El seguimiento de las pacientes fue mínimo.

CONCLUSIONES

El análisis de la casuística presentada, manejada con la metodología expuesta permite extraer las sgtes. conclusiones:

1. La Histerectomía Vaginal, como tratamiento del prolapso genital en sus diversos grados y en pacientes de más de 40 años puede tener ventaja sobre otro tipo de operaciones vaginales, pues permite reconstruir el plano de sostén de los órganos pelvianos haciendo posible al mismo tiempo la reconstrucción plástica de las paredes de la vagina y de la cuña perineal.
2. La Histerectomía Vaginal, permite tratar la patología asociada del útero y anexos, eliminando potencialmente órganos carcinomatosos.
3. La multiparidad es uno de los factores etiopatogénicos más importantes y frecuentes en la presentación de la distopia del perfil vaginal como se ha demostrado en la casuística presentada.
4. Aunque el número de casos no es muy grande se considera que el porcentaje reducido de complicaciones es el reflejo de un trabajo de equipo siguiendo una norma y procedimiento establecido previamente.
5. Debido al escaso tiempo transcurrido, no es posible presentar resultados a largo plazo en lo que al soporte pélvico e incontinencia urinaria se refiere.

RECOMENDACIONES

1. El tratamiento de la distopia genital, no debe estar limitado a una sola técnica y a la elección estará supeeditada a las consideraciones clínicas de cada caso en particular, pero es aconsejable dominar bien la técnica.
2. Establecer normas y procedimientos para el manejo institucional, de este tipo de patología.
3. Analizar periódicamente las casuísticas
4. Comparar los resultados con las de otros autores.

BIBLIOGRAFIA

1. Aznar, R. y Col.: Errores de manejo. Histerectomía Abdominal. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 32. 189. 1972.
2. ARANA, J. FINETTI M. LUNA L.: Histerectomía vaginal vs Histerectomía abdominal. Tercer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología 720-723. 1968.
3. AGUIRRE, F.: Indicaciones y criterios de la Histerectomía Vaginal. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 25 No. 25 148-133-42. 1969.
4. BEDOYA HEVIA M.: Histerectomía Vaginal en el tratamiento del prolapso genital. Tesis Doctoral. 1963 Lima - Perú.
5. BEDOYA HEVIA M.: Histerctomía Vaginal. Indicaciones Técnicas. Revista del Viernes Médico 20.26.78. 1969.

6. BEDOYA HEVIA M.: Incontinencia urinaria. Tratamiento Quirúrgico de la incontinencia de orina de esfuerzo en la mujer. Método de Kennedy. *Ginecología y Obstetricia* 7:66-70. 1961.
7. BEDOYA HEVIA M.: Histerectomía Vaginal en el tratamiento del prolapso genital técnica de Campbell modificada. *Anales de la Facultad de Medicina* 47: 141-66. 1964.
8. BRAVO SANDOVAL S. y Col.: La morbilidad en Histerectomía Abdominal y en Histerectomía Vaginal. *Ginecología y Obstetricia. México* Vol. 33 505-517. 199, Mayo 1973.
10. CAMPOS SALAZAR P.: Tratamientos de los prolapso genitales totales en pacientes post-menopáusicas, mediante la Histerectomía Vaginal con anestesia local Lima. UNMSM. Tesis Bachiller 1965.
11. COPENHAVER E.H.: Hysterectomy vaginal vs Abdominal. *Clin. North America* 45: 751. 1965.
12. DANFOTH W.C. y REYNOLDS R.A.: Vaginal Hysterectomy A. report of 80 casos. *Quart Bull. North Western*. 22:332. 1948.
13. DELGADO S. Col.: Indicaciones y complicaciones de la Histerectomía Vaginal y abdominal. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 26 No. 154. 1969.
14. FALK N.C. POLOS, HUK W. y SALOMON, C.: Vaginal Hysterectomy for uterine prolapse A.M.J. *Obst. Gynec.* 69-333-37. 1955.
15. GARAYAR CAMPOS CARMEN: Experiencias en Histerectomía vaginal. Hospital M.I. San Bartolomé. 1974. Tesis Bachiller.
16. GAVIDIA TORRES J.: Contribución al estudio de la Histerectomía vaginal en el tratamiento del prolapso genital. Pab. 9 Hosp. Loayza. 1967-1971. Ica. Universidad San Luis Gonzaga 1972. Tesis Bachiller.
17. GRAY, A.L.: Indication techics and complications in vaginal. Hysterectomy. *Obst. Gynec.* 28:714. 1966.
18. GONZALES DEL RIEGO B.M.: La Histerectomía Vaginal, Tesis Doctoral. 1973. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
19. HASSID, Roger: Indicaciones y contraindicaciones de la Histerectomía Vaginal 697-702. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Sept. 1972.
20. NAVA R. y SANCHEZ BRAVO S.: Morbimortalidad en la Histerectomía abdominal. *Gynec. Obst. México*. Vol. 34 año XXVII! 204. Oct. 1973.
21. ROCCA GAGGERO E.: Histerectomía Vaginal y plastía en el tratamiento del prolapso genital. *Rev. Soc. Peruana de Obstetricia y Ginecología*. 172-178. Vol. XXI. 1975.
22. TE LINDE R.V. MATTINGHY R.P.: *Ginecologia Operatoria* Ed. Bernades S.A. Edición 1971.
23. TRÉGEAR CASTRO J. HORACIO: La Histerectomía Vaginal en la cura del prolapso genital. *Rev. Soc. Peruana. Obst. y Gynec.* 189-196. Vol. XXI. 1975.
24. VALDIVIA PONCE E.: Histerectomía Abdominal vs Vaginal. *Primeras Jornadas Piurana de Fertilidad Matrimonial* 26-29 VIII.76.
25. WATSON, P.S.: Late resuts in vaginal Hysterectomy, *Obst. and Gynec. Brit. Comm.* 70.29-31. 1963.