

EL LEGRADO UTERINO PREVIO A LA HISTERECTOMIA POR LEIOMIOMATOSIS UTERINA

Angélica Vargas Campos*

Carlos M. Prada Díaz**

Tradicionalmente el legrado uterino instrumental ha sido indicado, dentro del campo de la ginecología, para cumplir uno o más de estos tres objetivos: terapéutico, como fuente de información del patrón hormonal y para descartar patología primordialmente maligna de la cavidad uterina o del endometrio. . . .
... 2_3_7_8_9_10_11_13_14.

En el análisis de este trabajo nos hemos propuesto conocer si en la actualidad y básicamente al tenor de nuevas conductas terapéuticas y de diagnóstico, es o no de utilidad prescribir en forma rutinaria o como requisito previo a la histerectomía por leiomiomatosis uterina, el legrado uterino.

Se escogieron al azar 100 casos de pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital México, histerectomizadas con diagnóstico de leiomiomatosis uterina, confirmado por estudio histopatológico, a las cuales como requisito previo a la extirpación del útero se les hubiere practicado legrado uterino.

Aspectos Generales y Sintomatología:

El mayor número de pacientes se encontró entre los 40-44 años, seguido por las ubicadas entre 45-49 y 35-39. La edad promedio fue de 42.7.

| Edad | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| No. Casos | 1 | 3 | 18 | 43 | 27 | 8 |

Esta distribución es acorde a la historia natural de la leiomiomatosis^{7,10,12}.

La edad de la menarca es similar a la anotada en la mayoría de las publicaciones nacionales, con promedio de 13.3⁶.

| Edad | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| No. Casos | 2 | 9 | 16 | 34 | 18 | 11 | 5 | 5 |

Las primeras relaciones sexuales fueron consignadas de la siguiente manera:

| Edad | Hasta los 19 | 20-29 | 30-39 | 40 ó más | Se desconoce |
|--------------|--------------|-------|-------|----------|--------------|
| No. de Casos | 39 | 47 | 6 | 3 | 5 |
| Promedio: | 20.7. | | | | |

Gestaciones

| No. de Casos | Nuligestas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 14 | Se desconoce |
|--------------|------------|----|----|----|---|----|----|---|---|---|----|----|----|--------------|
| Promedio: | 12 | 11 | 13 | 22 | 8 | 16 | 10 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Promedio: | 3.5 | | | | | | | | | | | | | |

Partos

| No. de Casos | 16 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Se desconoce |
|---------------------|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|--------------|
| Promedio de partos: | 3.2 | 17 | 15 | 19 | 7 | 8 | 5 | 2 | 2 | 2 | 7 |

Abortos

| No. de Casos | 15 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | Se desconoce |
|--------------|------|---|---|---|---|---|--------------|
| Promedio: | 2.2. | 7 | 7 | 4 | 2 | 2 | 7 |

Es evidente que este grupo de mujeres reporta una partida menor a las consignadas en otras publicaciones nacionales¹⁻¹².

ANTECEDENTES DE COMPORTAMIENTO DEL RITMO MENSTRUAL

| | |
|----------------------------------|----------|
| Eumenorréicas: | 84 casos |
| Con Irregularidades Menstruales: | 14 casos |
| Se desconoce: | 2 casos |

Se desprende de este cuadro anterior que un importante porcentaje (84%) de las pacientes tuvieron un patrón menstrual normal hasta el inicio de la patología que condujo a la histerectomía.

CONTRACEPCION Cuadro No. 1

| | |
|------------------------|----------|
| Gestágenos Orales | 20 casos |
| Esterilización | 11 casos |
| Preservativo | 9 casos |
| DIU | 7 casos |
| Ritmo | 2 casos |
| Gestágenos de Depósito | 1 caso |
| Combinados | 5 casos |
| No Uso - Sin Consignar | 55 casos |

Como dato colateral y estando hoy en boga la contracepción quisimos conocer que tan difundido estuvo entre estas mujeres la utilización de los diversos métodos anticonceptivos

Los trastornos de sangrado (78%) dominaron el cuadro clínico de estas pacientes portadoras de leiomiomatosis uterina. El dolor pélvico (19%), la tumo-

* Residente Servicio Gineco-Obstetricio Hospital México.
** Jefe del Servicio de Ginecología Hospital México.

ración abdominal (7%), el aumento tamaño uterino (4%), la anemia (5%) y en menor escala la dismenorrea (2%), pesantez abdominal (2%), formaron parte del cortejo sintomático de la leiomiomatosis, haciendo advertencia que algunos de estos datos clínicos estuvieron asociados entre sí^{3,8,9,10,13}.

CUADRO No. 2

| | |
|-------------------------|--|
| Trastornos de Sangrado: | 78 casos |
| Hipermenorreas: | 34 casos (13 con sintomatología asociada) 2 con dolor pélvico 1 con tumoración abdominal 2 con pesantez abdominal 3 con anemia 4 con polimenorreas 1 con dismenorrea |
| Trastornos Menstruales: | 18 casos |
| Metrorragias: | 12 casos |
| Polimenorreas: | 6 casos (5 con sintomatología asociada) 4 con hipermenorreas 1 con dolor pélvico |
| Hiperproimenorreas: | 5 casos (1 con sintomatología asociada) 1 caso con anemia |
| Proiomenorreas: | 1 caso (con sintomatología asociada) 1 caso con anemia |
| Menorragias: | 1 caso (con sintomatología asociada) 1 caso con dismenorrea |
| Sangrado Post Coito: | 1 caso (con sintomatología asociada) 1 caso con aumento de tamaño uterino |
| OTROS SINTOMAS: | |
| Dolor Pélvico: | 19 casos (7 con sintomatología asociada) 2 casos con hipermenorreas 3 casos con aumento de volumen uterino 1 con tumoración abdominal 1 con polimenorreas |
| Dismenorrea: | 2 casos (con sintomatología asociada) 1 caso con menorragias 1 caso con hipermenorreas |

| | |
|----------------------------|--|
| Pesantez Abdominal: | 2 casos (con sintomatología asociada) 2 casos con hipermenorreas |
| Tumoración Abdominal: | 7 casos (2 con sintomatología asociada) 1 caso con dolor pélvico 1 caso con hipermenorreas |
| Aumento de Tamaño Uterino: | 4 casos (con sintomatología asociada) 3 casos con dolor pélvico 1 caso con sangrado post coito |
| Anemia: | 5 casos (con sintomatología asociada) 3 casos con hipermenorreas 1 caso con proiomenorreas 1 caso con proiohipermenorreas |
| Sin Consignar Datos: | 6 casos |

INDICACIONES PARA EL LEGRADO UTERINO Cuadro No. 3

| | |
|--|-----|
| Leiomiomatosis Uterina: | 66% |
| Leiomiomatosis Uterina más Metrorragias: | 12% |
| Leiomiomatosis Uterina más Hipermenorreas: | 1% |
| Leiomiomatosis Uterina más Trastornos Menstruales: | 4% |
| Leiomiomatosis Uterina más Hiperproiomenorreas: | 1% |
| Leiomiomatosis Uterina más Proiomenorreas: | 1% |
| Leiomiomatosis Uterina más aumento de volumen: | 1% |

Constituyó la leiomiomatosis uterina como tal (66%), la causa predominante por la cual se indicó el legrado uterino. Esto debe interpretarse como el cumplimiento de una norma de manejo previa a la histerectomía, cuyo fundamento no ha sido otro que descartar el espectro de la malignidad^{2,3,7,8,10,13,14}.

Los trastornos de sangrado (31%) como expresión de la leiomiomatosis sustentan una mayor base para la indicación del legrado uterino. Al revisar el cuadro de sintomatología es llamativo que dichos trastornos aparecen consignados en un porcentaje mayor (78%), al de (31%) que vemos formando parte de las indicaciones para el procedimiento quirúrgico. Las siguientes consideraciones pueden hacerse al respecto: cuando se practicó el legrado se omitió la verdadera sintomatología, centrándose la atención sólo en los aspectos de modificación macroscópica del volumen y forma uterinas, tal y como la encontramos en la leiomiomatosis o bien en ese momento los trastornos de sangrado eran de poca monta.

DIAGNOSTICO

| | |
|---|----------|
| Clinico: | 95 casos |
| Ultrasonografía: | 5 casos |
| Ratificación de Diagnóstico Clínico por U.S.: | 12 casos |

Llama la atención la poca frecuencia en que se utilizó la ultrasonografía como método complementario en la determinación de las características de estos casos de leiomiomatosis, lo cual puede interpretarse como supérfluo ante un diagnóstico clínico evidente, o bien por carencia del método. En cuanto a las características histológicas del endometrio, el ultrasonido no reemplaza al legrado, pero permite reconocer los patrones normales y anormales del endometrio, y en casos no sospechados de patología endometrial pueden ser pesquisados (hiperplasia, piometra). Con más experiencia podría llegarse a obtener información más precisa en la estimación de la profundidad de invasión en el carcinoma endometrial.⁵

RESULTADOS HISTOLOGICOS DEL LEGRADO UTERINO

CUADRO No. 4

| | |
|---|----------|
| Endometrio Secretor: | 36 |
| Endometrio Hipersecretor: | 8 |
| Endometrio Secretor Tardío: | 6 |
| Endometrio Secretor Temprano: | 3 |
| Endometrio Secretor Pseudodecidual: | 2 |
| Endometrio Secretor Hipoactivo: | 2 |
| Endometrio Proliferativo: | 14 |
| Endometrio Proliferativo Tardío: | 1 |
| Endometrio Mixto: | 4 |
| Decidua: | 1 |
| Endometrio Hipoactivo: | 1 |
| Endometrio Atrófico: | 1 |
| Hiperplasia Quística: | 1 |
| Hiperplasia Benigna: | 1 |
| Hiperplasia Adenomatosa: | 1 |
| Pólipo Endometrial: | 1 |
| | 83 casos |
| Material Insuficiente: | 17 casos |

El análisis puro del cuadro anterior nos permite resaltar los siguientes hechos: no se encontró una sola entidad maligna, a lo más que se llegó en cuanto a riesgo fue el hallazgo de un caso de hiperplasia adenomatosa y como patología asociada un caso de pólipo endometrial. Cabe preguntarse si la misma consideración puede cobijar a los dos casos de hiperplasia (quística y benigna). Por otro lado, y tomando en cuenta lo que puede ser información respecto al patrón hormonal, en más de la mitad de los casos (55%) el endome-

trio tenía una imagen compatible con una segunda fase del ciclo normal. Los quince casos reportados como endometrio de la primera fase del ciclo, podrían ser normales o no, dependiendo de la fecha del ciclo en que fue practicado el legrado uterino (véase Cuadro No. 5).

El producto histológico del legrado como fuente de información alcanzó el 83% en tanto que en el 17% en cuanto a este aspecto se refiere, puede considerarse no útil en virtud de que fuera reportado como material insuficiente. A dónde ubicar el fallo? Un hecho fortuito, como producto de un sangrado activo en ese momento, o porque se obvió indicarlo en un momento preciso (véase Cuadro No. 6).

Se creyó de mayor provecho buscar la relación entre la causa de indicación del legrado uterino y el resultado histológico del mismo.

RELACION ENTRE LA CAUSA DE INDICACION DEL LEGRADO UTERINO Y EL RESULTADO HISTOLOGICO

Cuadro No. 5

Leiomiomatosis Uterina

| | |
|---|----------|
| Endometrio Secretor: | 29 casos |
| Endometrio Secretor tardío: | 4 casos |
| Endometrio Hipersecretor: | 6 casos |
| Endometrio Proliferativo: | 6 casos |
| Hiperplasia Quística: | 1 caso |
| Endometrio Mixto: | 1 caso |
| Endometrio Hipoactivo: | 2 casos |
| Endometrio Secretor Pseudodecidual: | 2 casos |
| Endometrio Proliferativo Tardío: | 1 caso |
| Material Insuficiente: | 14 casos |

Leiomiomatosis Uterina

más Metrorragias

| | |
|---|---------|
| Endometrio Secretor: | 4 casos |
| Endometrio Secretor Hipoactivo: | 1 caso |
| Endometrio Hipersecretor: | 1 caso |
| Endometrio Mixto: | 1 caso |
| Hiperplasia Benigna: | 1 caso |
| Hiperplasia Adenomatosa: | 1 caso |
| Endometrio Proliferativo: | 1 caso |
| Decidua: | 1 caso |
| Material Insuficiente: | 1 caso |

Leiomiomatosis Uterina

más Hipermenorreas

| | |
|-------------------------------------|---------|
| Endometrio Secretor: | 2 casos |
| Endometrio Hipersecretor: | 1 caso |
| Endometrio Proliferativo: | 5 casos |
| Endometrio Mixto: | 1 caso |
| Pólipo Endometrial: | 1 caso |

Endometrio Secretor Tardío: 1 caso
 Endometrio Atrófico: 1 caso
 Material Insuficiente: 1 caso

Leiomiomatosis Uterina
 más Hiperproiomenorreas
 Endometrio Secretor Temprano: 1 caso

Leiomiomatosis Uterina
 más trastornos
 menstruales
 Endometrio Secretor Temprano: 1 caso
 Endometrio Mixto: 1 caso
 Endometrio Proliferativo: 1 caso
 Endometrio Secretor Temprano: 1 caso
 Endometrio Mixto: 1 caso
 Endometrio Proliferativo: 1 caso
 Material Insuficiente: 1 caso

Leiomiomatosis Uterina
 más Proiomenorreas
 Endometrio Secretor Temprano: 1 caso

Leiomiomatosis Uterina
 más Dolor Pélvico
 Endometrio Secretor Tardío: 1 caso
 Endometrio Proliferativo: 1 caso

Leiomiomatosis Uterina
 más Aumento de Volumen
 Endometrio Secretor: 1 caso

En el primer sub-grupo, el de leiomiomatosis uterina pura (66%), el hallazgo de una hiperplasia quística puede considerarse como el único dato de interés. Sobresale además que en 14 casos no fue posible encontrar material apto para el estudio histológico.

En los seis siguientes sub-grupos, variados trastornos de sangrado contribuyeron a que estas pacientes fueran a la sala de operaciones para efectuarles un legrado uterino. Si descartamos los casos de hiperplasia benigna y adenomatosa, y el del pólipo endometrial, la mayor información debe analizarse en cuanto al patrón hormonal y la causa del sangrado. En doce de los 31 casos que conforman estos sub-grupos la presencia de un patrón hormonal de 2a. fase del ciclo permitiría concluir que los trastornos de sangrado fueron producto de la leiomiomatosis uterina. En los restantes, bien sea porque se trate de material insuficiente o por desconocimiento de la época del ciclo en que fueron realizados los legrados, no se puede afirmar o negar la participación de un trastorno hormonal como causa del trastorno de sangrado, en asocio de una leiomiomatosis uterina (ver Cuadro No. 6). En los dos restantes sub-grupos más que darle atención a los resultados histológicos lo que cabe es cuestionar la indicación del legrado.

LEGRADO SEGUN DIA DEL CICLO Cuadro No. 6

Primera Fase del Ciclo:

Día 3: 2 casos Día 9: 1 caso
 Día 5: 1 caso Día 10: 1 caso
 Día 6: 2 casos Día 13: 1 caso
 Día 7: 2 casos Día 14: 2 casos
 Día 8: 1 caso Día 15: 1 caso

Segunda Fase del Ciclo:

Día 17: 2 casos Día 25: 3 casos
 Día 18: 3 casos Día 26: 2 casos
 Día 19: 4 casos Día 27: 2 casos
 Día 20: 4 casos Día 28: 6 casos
 Día 22: 4 casos Día 30: 1 caso
 Día 23: 4 casos Día 32: 2 casos
 Día 24: 7 casos

Día 34: 1 caso Día 35: 1 caso
 Día 42: 1 caso Día 60: 2 casos
 Día 38: 2 casos Día 90: 1 caso

RELACION DEL DIA DE LEGRADO Y CONDICION HISTOLOGICA Cuadro No. 7

Día 3 (2 casos): Secretor tardío-insuficiente.
 Día 5 (1 caso): Insuficiente
 Día 6 (2 casos): Insuficiente-hiperplasia quística
 Día 7 (2 casos): Secretor-Insuficiente
 Día 8 (1 caso): Proliferativo
 Día 9 (1 caso): Proliferativo
 Día 10 (1 caso): Proliferativo
 Día 13 (1 caso): Secretor temprano
 Día 14 (2 casos): Secretor-proliferativo
 Día 15 (1 caso): Secretor temprano
 Día 17 (2 casos): Mixto-secretor
 Día 18 (3 casos): Hipersecretor-hipersecretor-atrótico
 Día 19 (4 casos): Hipersecretor-hipersecretor-secretor-proliferativo
 Día 20 (4 casos): Proliferativo-hiperplasia benigna-secretor-secretor
 Día 22 (4 casos): Proliferativo-hipersecretor-decidual-insuficiente
 Día 23 (4 casos): Secretor-secretor-secretor-insuficiente
 Día 24 (7 casos): Insuficiente-proliferativo-secretor-secretor-secretor tardío-secretor-insuficiente
 Día 25 (3 casos): Secretor-secretor tardío-mixto
 Día 26 (2 casos): Secretor-insuficiente
 Día 27 (2 casos): Secretor-hipersecretor
 Día 28 (6 casos): Secretor tardío-secretor-insuficiente-secretor-temprano secretor-insuficiente
 Día 30 (1 caso). Insuficiente

| | |
|-------------------|----------------------------------|
| Día 32 (2 casos): | Secretor-secretor |
| Día 34 (1 caso): | Mixto |
| Día 35 (1 caso): | Insuficiente |
| Día 38 (2 casos): | Insuficiente-secretor |
| Día 42 (1 caso): | Secretor temprano |
| Día 60 (2 casos): | Hipersecretor-pólipo endometrial |
| Día 90 (1 caso): | Secretor |

Si el fin primordial del trabajo ha sido conocer la utilidad del legrado uterino como requisito previo a toda histerectomía por leiomiomatosis uterina, es necesario revisar los alcances de morbilidad, y los aspectos económicos que entraña una norma de aplicación general (4-7-14).

El que la histerometría fuese sólo reportada en el 69% de los casos denota el desaprovechamiento que se hizo de un dato que aunque simple puede y debe consignarse en el documento clínico.

Una sospecha de perforación uterina y un caso de anemia fueron atribuibles a complicación del legrado uterino. Si enfrentamos estos datos con los reportados en la literatura, pueden catalogarse sin mayor importancia.

En cuanto a la estancia hospitalaria:

| | |
|---------------------------|-----------------|
| 2 días: 92 casos. | 3 días: 4 casos |
| 4 días: 3 casos | 5 días: 1 caso |

Por norma del Servicio, las operaciones electivas por lo general han sido previamente programadas, lo cual permite en la mayoría de los casos (92%) que el mismo día de su ingreso se les practicará el legrado. No hay duda que una estancia corta es de provecho para una mujer que se separa de su hogar, así como es evidente la repercusión económica en los servicios asistenciales.

En quince casos existía historia previa de legrado uterino, por aborto en 6 casos, por sangrado en un caso y por leiomiomatosis en los restantes (y 2 pacientes con más de uno).

Volviendo nuevamente al deseo de conocer la utilidad o no del legrado, centraremos la atención en la repercusión del mismo, analizando el comportamiento clínico en el período post-legrado. En el 96% se mantuvieron las mismas condiciones, en el 2% hubo mejoría temporal y agravamiento por anemia en el restante 2%. Para comprender todos los alcances del legrado como procedimiento terapéutico debemos relacionar el tiempo transcurrido entre este procedimiento y la histerectomía (Cuadro No. 8). No hay duda que en este aspecto fue poco a ningún el provecho obtenido, basta encontrar que en el 57%, la histerectomía se llevó a cabo en un tiempo tan corto como 3 o menos meses, que se eleva a la cifra nada despreciable de un 83%, para el lapso de 6 meses.

**TIEMPO TRANSCURRIDO (en meses)
ENTRE EL LEGRADO Y LA
HISTERECTOMIA
Cuadro No. 8**

| | | |
|-----------------|------------------------|-------------------|
| Menos de 1 mes: | 1 caso | 7 meses: 2 casos |
| 1 mes: | 18 casos. | 8 meses: 3 casos |
| 2 meses: | 14 casos. | 9 meses: 1 caso |
| 3 meses: | 24 casos (57%. | 11 meses: 3 casos |
| | |)12% |
| 4 meses: | 9 casos | 12 meses: 1 caso |
| 5 meses: | 6 casos | 14 meses: 1 caso |
| 6 meses: | 11 casos. | 16 meses: 1 caso |
| | | 83% |

Hasta 24 meses: 3%. Más de 24 meses: 2%

En el diagnóstico pre-operatorio de la histerectomía predomina (42%) la leiomiomatosis como indicación de la misma.¹ Los trastornos menstruales como sintomatología asociada (15%) son la segunda causa para el procedimiento quirúrgico. En el Cuadro No. 9 puede corroborarse el desglose total.

**DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO
DE LA HISTERECTOMIA
Cuadro No. 9**

| | |
|-----------------------------|---------------------|
| LEIOMIOMATOSIS UTERINA: 42% | |
| Metorragias: 32% | Hipermenorreas: 10% |
| Metorragias: 32! | Hipermenorreas: 10! |
| Trastornos menstruales: 15 | |

DI

| | |
|-----------------------------|-------------------------|
| LEIOMIOMATOSIS UTERINA: 42% | |
| Metorragias: 32% | Hipermenorreas: 10% |
| Trastornos menstruales: 15% | T.M.: 2% |
| | Hiperproiomenorreas: 1% |
| | Menorragias: 1% |
| | Amenorrea: 1% |

| |
|-------------------------|
| Tumor Pélvico: 2% |
| Dolor Pélvico: 5% |
| Hipertrofia Uterina: 1% |
| Anemia: 1 caso |
| Dismenorrea: 1 caso |

El estudio histopatológico de la pieza operatoria nos revela la patología concomitante, así como los datos de degeneración hialina (8%). Entre las primeras, es el tipo benigno el común denominador.

**PATOLOGIAS ASOCIADAS A LA
LEIOMIOMATOSIS
(Estudio Histológico Post-Histerectomía)
Cuadro No. 10**

Adeniosis: 13%. Endometriosis Externa: 2%
Hiperplasia Quística de Endometrio: 4%
Pólipo Endometrial: 2%
T.B. Genital: 1%
Hiperplasia Adenomatosa: 1%
Degeneración Hialina de los leiomiomas: 8%

Se escogió como indicador del grado de desarrollo de la leiomiomatosis el peso en gramos de los uteros extirpados, detalle consignado en el Cuadro No. 11.

**PESO (en grs.) de los Uteros
Cuadro No. 11**

| | | |
|-----------------|------------------|-------------|
| Menos de 100: 2 | 100-150: 20 | 151-200: 13 |
| 201-250: 21 | 251-300: 4 | 301-350: 4 |
| 351-400: 8 | 401-450: 5 | 451-500: 2 |
| 501-550: 3 | 551-600: 2 | 601-650: 2 |
| 701-750: 4 | 751-800: 1 | 851-900: 1 |
| 1400: 1 | Sin consignar: 1 | |

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Si ha sido interés primordial descartar mediante el legrado uterino, la degeneración maligna en la leiomiomatosis u otra patología maligna concomitante, podemos concluir, de acuerdo a los resultados histológicos obtenidos por ese procedimiento, que no se justifica como norma de rutina efectuar el legrado uterino previo a la histerectomía.
2. La biopsia de endometrio, para efectos de información respecto al patrón hormonal, debe de cumplir un requisito elemental que no es otro que efectuarse en la segunda fase del ciclo. Si bien es cierto que en la mayoría de los casos si se tomó en cuenta esta recomendación, lamentablemente en un porcentaje nada despreciable se omitió esta norma, pero debe aclararse que en algunos casos la sintomatología obligó a efectuar el procedimiento sin tomar en cuenta el día del ciclo.
3. En el 17% de los casos no se obtuvo información, por tratarse de material insuficiente.
4. En cuanto a la poca o nula utilidad terapéutica, es francamente llamativo que en el 96% de los casos se mantuvieran las mismas condiciones y sólo en el 2% hubo mejoría temporal. Debemos tener en cuenta que en el 57% la histerectomía se realizó

en un tiempo corto, explicable por persistencia de la sintomatología y por que se había descartado la malignidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar M., Prada C.: *Histerectomías. Revistas de la FECASOG. Vol. 3:19-26, 1963.*
2. Benson R.: *Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. Pág. 257. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., México, 1986.*
3. Butram V., Reiter R.: *Uterine Leiomyomata: Etiology, Symptomatology, Management. Fertil & Steril, 36: 443-445, 1981.*
4. Campos R., Guash A.: *Leiomiomas Uterinos. Inédito.*
5. Fleischer C. Col: *Sonographic Depiction of Normal and Abnormal Endometrium with Histopathologic Correlation. J. Ultrasound Med 5:445-452, August 1986.*
6. García H., Prada C. Mangel T.: *Histerectomía Ampliada en el Tratamiento del Carcinoma in situ del Cervix. Acta Med. Cost. Vol. 25 - No. 4, pág. 307-313, 1982.*
7. Lerner H.: *Lack of Efficacy of Prehysterectomy Curettage as a Diagnostic Procedure. Am. J. Obstet. Gynecol: 1055-1056, April 15, 1984.*
8. Meigs J.: *Progresos de la Ginecología. Pag. 213. Editorial Científico Médica, Barcelona, 1958.*
9. Novak E. Colb: *Tratado de Ginecología. Pag. 362-372. Editorial Interamericana, México, 1970.*
10. Parson, L., Sommers S.: *Gynecology. Pag. 853-858. W.B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1962.*
11. Piza J. Colb: *El Valor de la Bipsia de Endometrio para el Estudio de la Esterilidad, el Sangrado Uterino Disfuncional y el Sangrado Post-Menopáusico. Acta Med. Cost. 13 (2): 19-26, 1963.*
12. Prada C.: *Histerectomías Abdominales. Rev. Médica de Costa Rica. 362-270-283, 1961.*
13. Santos O.: *Miomatosis Uterinas en Relación con Alteraciones de Endometrio y Ovario. Temas de Ginecología y Obstetricia. Pag. 199-208. Editorial Stella, Bogotá, 1974.*
14. Stock R.: *Prehysterectomy Curettage. Obstetrics and Gynecology Vol. 45, No. 5: 537-541. May 1975.*