
Reporte Original

Histerectomía vaginal. Apuntes históricos

Vaginal hysterectomy. Historical notes

Miguel Emilio García Rodríguez¹, Miguel Javier García Basulto²

1. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.
2. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Fundamento: La histerectomía, después de la operación cesárea es la cirugía ginecológica que más se realiza; esta se puede hacer por diferentes vías: la abdominal, vaginal y laparoscópica; de todas ellas la vaginal tiene una significación histórica.

Objetivo: Analizar las diferentes etapas históricas de la histerectomía vaginal como técnica quirúrgica.

Metodología: Se revisaron documentos publicados en diferentes bases de datos (*PubMed, Medline, Redalyc, Hinari, Ebsco*) en idioma inglés y español. Se escogieron los que aportaron datos históricos. Se utilizó el método histórico-lógico para el análisis de las diferentes etapas del desarrollo de la histerectomía vaginal y el de análisis y síntesis para determinar las relaciones entre las diferentes etapas que caracterizaron a la técnica y su contribución a la técnica actual.

Resultados: Se revisaron un total de 223 artículos, de los cuales se seleccionaron 42 que contenían datos históricos y las características de los procedimientos, así como las fechas.

Conclusiones: El desarrollo de la histerectomía vaginal ha sufrido cambios a través de los tiempos en las indicaciones y la forma de realizarse lo cual ha influido en que en la actualidad en muchos países se ha convertido en la técnica de elección de la histerectomía.

DeCS: HISTERECTOMÍA VAGINAL/historia.

Palabras clave: Histerectomía vaginal; historia; afecciones uterinas; úteros no prolapsados; historia de la ginecología.

ABSTRACT

Background: Hysterectomy, after cesarean section surgery, is the most performed gynecological surgery; this can be done in different ways: abdominal, vaginal and laparoscopic; of all of them the vaginal one has a historical significance.

Objective: To analyze the different historical stages of vaginal hysterectomy as a surgical technique.

Methodology: Documents published in English and Spanish in different databases (PubMed, Medline, Redalyc, Hinari, Ebsco) were reviewed. Those which contributed historical data were chosen. The historical-logical method for the analysis of the different stages of the development of vaginal hysterectomy and the analysis and synthesis to determine the relationships between the different stages that characterized the technique and its contribution to the current technique were used.

Results: A total of 223 articles were reviewed, of which 42, containing historical data and the characteristics of the procedures, as well as the dates were selected.

Conclusions: The development of vaginal hysterectomy has undergone changes over time in the indications and the way to perform it which has influenced that, currently in many countries, has become the technique of choice for hysterectomy.

MeSH: Vaginal hysterectomy/historia.

Keywords: Vaginal hysterectomy/historia; uterine diseases; uteruses not prolapsed; history of gynecology.

INTRODUCCIÓN

La vía vaginal siempre ha sido un campo quirúrgico de reflexión y acción para los cirujanos generales y ginecológicos. ⁽¹⁾ Sin embargo, los primeros escritos sobre estos temas, de los cuales se tiene noticia, raramente postulaban soluciones quirúrgicas por elementales que fueran, limitándose a transcribir algunos sofisticados tratamientos locales de tipo conservador ⁽²⁾. Muchos cirujanos de la antigüedad en el primer intento de realizar la escisión del útero por vía vaginal se limitaban a la resección del cuello y la parte inferior del cuerpo uterino, incluso ante la presencia de un cáncer. ⁽³⁾

En los siglos VII, VIII, XVI y XIX, aparecen referencias de médicos o parteras sobre la histerectomía vaginal (HV) principalmente en Europa. ^(4,5,6) Con respecto a estos precedentes, Mathieu citado por Wright ⁽³⁾ en su obra "Historia de la histerectomía", refiere "estas personas veían un útero invertido o prolapsado que protruía de la vagina y sin reconocer su naturaleza, terminantemente lo seccionaban". "Es milagroso que algunas de estas heroicas pacientes sobrevivieran a esta formidable prueba". Lo anterior expuesto explica que las primeras HV se hicieron sin fundamento y todas en úteros prolapsados.

Con el decursar de los años sobre todo en la primera mitad del siglo XX la técnica se perfeccionó, mejoró, así como se establecieron sus indicaciones y contraindicaciones, aunque con una pérdida del protagonismo como resultado de las técnicas mejoradas de la cirugía abdominal combinadas con la asepsia quirúrgica. ⁽⁴⁾ En la segunda mitad del siglo mencionado se comienza a despertar un interés en la realización de la técnica, pero solo en algunas regiones y países. ^(3,4)

En la década del 80 se introducen las técnicas laparoscópicas lo que sin duda humanizó aún más el proceder tanto para los cirujanos como para las pacientes, ampliando sus indicaciones y relegando la histerectomía abdominal solo para aquellos casos donde la HV no fuera posible ⁽⁵⁾. Muchas de las reservas que ha suscitado la práctica de la HV se debe a la incomprensión de la misma, así como el

desconocimiento de su historia y posibilidades; por ello el objetivo de la revisión es un análisis histórico de las diferentes etapas del desarrollo de la histerectomía vaginal como técnica quirúrgica.

DESARROLLO

Se realizó una investigación de corte histórico sobre la técnica de histerectomía vaginal desde sus orígenes hasta la actualidad. Se utilizaron métodos teóricos de investigación. El histórico lógico para el análisis de las diferentes etapas del desarrollo de la histerectomía vaginal y el de análisis y síntesis para determinar las relaciones entre las etapas anteriores que caracterizaron a la técnica y que devinieron en las técnicas laparoscópicas actuales y su máxima expresión la robótica. Se revisaron artículos completos publicados en diferentes bases de datos (*Pubmed, Medline, Redalyc, Hinari, Ebsco*) en idioma inglés y español. Se escogieron todos aquellos que incluyeron datos históricos y se ordenaron cronológicamente en el tiempo.

El Papiro de Ebers (1200-1000 a. de J.C.) compilado durante el reinado de Amer-Hotep I citado por Veronikis DK ⁽⁶⁾ contiene algunos pasajes relativos al prolapso uterino y forma de remediarlos, pastas y fumigaciones tenían por objeto provocar olores desagradables y repulsivos para la *ciscer procidente*, la cual, huyendo de ellos recobraría su situación normal.

Temisión de Laodicea 123-43 a. de J.C, citado por Sparic R, et al., ⁽⁷⁾ perteneciente a la escuela de Alejandría, aseguraba que el útero podría ser extirpado sin causar la muerte.

Areteo de Capadocia que vivió durante el siglo I d. de J.C, citado por Sedano, et al., ⁽⁸⁾ comparó el útero con un animal y dio las explicaciones de las pastas y fumigaciones. Legó una descripción fantástica que explica el porqué de las antiguas prácticas de fumigación, semejó el útero a un "animal" que se movía libremente dentro del abdomen. Después de describir los diferentes movimientos, los declaró completamente erráticos y postuló que se complacía con los olores fragantes y avanzaba hacia ellos, en cambio tenía aversión por los hedores y los rehuía, concluyó que la matriz era como un animal dentro de otro.

Hipócrates de Cos (460-370 a. de J.C.) citado por Walters MD, ⁽⁹⁾ describió las "excursiones del útero" dentro de la cavidad abdominal, como lo atestigua en su libro "Tratado de las enfermedades de las mujeres".

En la antigua Grecia (430 a. de J.C.) durante el período hipocrático se recomendó de nuevo las fumigaciones fétidas, los pesarios de lana o seda y, en los casos de prolapso total, lo referían de la siguiente forma: cuando el útero pende por fuera de las partes naturales, como los testículos del hombre, la sucusión, es el tratamiento, a base de movimientos rítmicos imprimidos al cuerpo de la enferma sujeta a una tabla de madera (paternidad atribuida al maestro de Cos). ^(6,9)

Soranus de Éfeso (98-138 d. de J.C ⁽⁸⁾ nació en Asia menor, en la ciudad de Éfeso a finales del siglo I d. C, y aunque se conocen pocos datos de su vida se piensa que estudió en Alejandría, autor de la obra más importante de la antigüedad, *De Morbis Mulierum*, ejerció en Roma como cirujano y tiene la virtud de haber realizado en varias ocasiones resecciones de úteros gangrenosos, aunque admite en sus escritos que varios cirujanos lo precedieron. Tiene el mérito además de haber escrito *Gynaikeia*, el trabajo más importante de la época sobre las enfermedades de la mujer, un libro revolucionario por el que se le consideraría el padre de la obstetricia y la ginecología. Pero también escribió sobre cirugía, medicina interna, embriología, además de una biografía sobre Hipócrates.

Clásicamente se considera a Jacopo Berengario da Carpi (1470-1550) citado por Sutton ⁽¹⁰⁾ como autor de la primera HV que registra la historia. Posteriormente Andereas da Crusce en 1560 y Valkaner de Núremberg, in 1675, realizaron el proceder con resultados cuestionables. ⁽¹¹⁾

Ambroise Paré, cirujano francés del siglo XVI (1510-1590 Laval Francia), padre de la cirugía moderna, citado por Pai-Dhungat JV, et al. ⁽¹²⁾ hace la alusión en varios pasajes de su obra a la conveniencia de amputar el cuello recomendando el uso del *speculum matrici*. En la obra de Baltazar de Viguera, Fisiología y patología de la mujer que data de 1827, citada por Iglesias Benavides ⁽¹³⁾ se expone un resumen de la patología del prolapso uterino, donde refiere varios remedios para corregirlos. Su lectura ilustra claramente acerca de los escasísimos progresos que se habían realizado sobre este particular en los tres siglos anteriores. En sus múltiples escritos al respecto menciona el rescate de las mujeres del sepulcro y hace énfasis en aquella época de que la doctrina de la extirpación de la matriz no es nueva en los fastos de la ciencia médica.

Entre los antiguos, pues el ya citado Aetio (como también llamaban a Areteo de Capadocia) ⁽⁸⁾ igualmente Avicena y Avenzoar citados por Baskett TF, ⁽¹⁴⁾ refieren muchas observaciones de mujeres operadas que vivieron sanas y robustas muchos años sin esta víscera. Pablo Aegoneta citado por Clayton, ⁽¹⁵⁾ abunda sin embargo en los mismos ejemplos, cuando aseguraba que la matriz puede ser extirpada sin desagradables consecuencias.

Sin embargo, no han faltado a lo largo de la historia declamadores o más bien detractores que en el empeño de desacreditar esta tantas veces saludable operación, han pretendido neciamente hacer frente a los hechos y a la ciencia, unos suponiendo dificultades que solo soñadas pudieran imaginarse o más bien preconizando un tropel de ridículas consecuencias que no son objetivo de este trabajo referir; ⁽¹⁶⁾ y otros haciendo alarde de su vana sagacidad para diseminar desconfianzas e intentar persuadir que todas las secciones aclamadas de la matriz no han sido más que imaginarias, o sea, un torpe error de sus autores. ⁽¹⁶⁾ Como para aquel tiempo existía la incredulidad para la experticia de aquellos que practicaban la operación, existen escritos de hechos como el de Ambroise Paré que después de 6 meses de muerta una paciente y de haberle realizado la HV, le abrió el abdomen con el pretexto de reponer lo que había perdido encontrando una "callosidad" en el lugar", ^(3,4) por su parte Laumonier ⁽¹¹⁾ que practicó una operación semejante en la ciudad de Metz y para dejar constancia del acto envió la pieza a la Real Academia de Cirugía de París, no obstante algunos negaron que fuera la matriz por tener a la vista una víscera "monstruosa".

Paradójicamente la primera HV con éxito fue realizada por una paciente en 1670, como fue informado por Percival Willouby y recogido en las publicaciones de Sparic R, et al, ⁽⁷⁾ y Sutton C ⁽¹⁰⁾ una vieja campesina de 46 años llamada Fe Haworth estaba llevando una carga pesada de carbón cuando su útero se derrumbó completamente. Frustrada por la ocurrencia frecuente de este mal ella agarró el útero, tiró tan duro como le fue posible y cortó la porción entera con un corto cuchillo. El sangramiento se detuvo manteniéndose viva durante muchos años, con "agua que le corría entre sus muslos".

Schenk, de Grabenger, ⁽¹⁰⁾ comunicó a principios del siglo XVII una serie de 26 casos operados por él. La primera intervención correctamente planeada fue llevada a cabo en Alemania por Conrado Langenbeck en 1813, citado por Shett SS. ⁽¹⁶⁾ En los Estados Unidos Juan Collins Warren, de Harvard, la practicó por primera vez, falleciendo la paciente cuatro días después. Debido a la alta mortalidad que ocasionaba, la HV fue abandonada hasta que Czerny, de Heidelberg, ⁽¹⁹⁾ por la retomó en 1878. En la época preaséptica, Koeberlé y Péan ⁽¹⁴⁾ en Francia seguían la técnica llamada "de pedículo externo". Más tarde el alemán Schroeder ⁽¹¹⁾ fue quien se atrevió a dejar los pedículos intraabdominales.

En Latinoamérica la primera HV practicada se llevó a cabo en Chile por el profesor alemán Roberto Moericke el 7 de noviembre de 1887, citado por Iglesias Benavides. ⁽¹³⁾

El 18 de marzo de 1895 en un discurso presidencial ante la *Chicago Medical Society* Nicholas Seen ⁽¹⁷⁾ dijo: casi todos los progresos en medicina y cirugía que caracterizan a nuestra época actual son una repetición del trabajo de nuestros precursores profesionales, muchas de las llamadas operaciones modernas son solo versiones recientes y no siempre mejoradas de las técnicas operatorias ideadas y descritas por algunos de los viejos maestros. Estas observaciones fueron realizadas especialmente para la HV y mantienen su vigencia en la actualidad.

Al principio del siglo XIX la ulceración maligna se convirtió en la segunda indicación de la HV, aunque la medida inicial para la alteración considerada leve, fue la amputación del cuello uterino. En 1812 Paletta citado por Jeppson PC et al, ⁽¹⁸⁾ efectuó una amputación cervical por una úlcera maligna, aunque encontró un tumor en el fondo y por lo tanto extirpó todo el útero. En 1813 Langenbeck citado por Gupta S, et al. ⁽¹⁹⁾ efectuó la primera HV intencional y al parecer la primera con buenos resultados, para lo que creyó que era un carcinoma del cuello uterino. Su éxito fue recompensado por la envidia maligna de sus contemporáneos médicos incrédulos, que se convencieron sólo después de la ejecución de la necropsia, 26 años después de la operación. El procedimiento operatorio se efectuó sin los beneficios de las pinzas y se acompañó de hemorragia intensa, el útero se extrajo por debajo de su túnica serosa de modo que nunca se entró en la cavidad peritoneal, se encontraba con este cirujano un ayudante viejo en calidad de simple observador. Sauter, citado por Averett L ⁽²⁰⁾ en 1822 efectuó la segunda histerectomía vaginal intencional por cáncer, usó una técnica semejante a la que se emplea en la actualidad.

En Estados Unidos el primer proceder considerado auténtico fue efectuado en el año 1829 por Warren, ⁽¹⁴⁾ profesor de Anatomía de Harvard, por un cáncer de cuello uterino, la paciente murió 4 días después de la operación. Como se puede observar en lo anterior dicho la gran mayoría de las pacientes que fueron sometidas al proceder murieron, lo que hizo que en el siglo XIX la publicación del *London Medical Gazette* ⁽¹⁹⁾ resumiera sus opiniones de la siguiente manera: “estos resultados estadísticos y funerarios de la extirpación del útero exigen, por encima de cualquier raciocinio, que el médico se decida a abstenerse de efectuar este procedimiento tan temible.”

En la segunda mitad del siglo XIX surgió una tercera indicación para la HV: la enfermedad inflamatoria pélvica. En este período los obstáculos principales para la realización de la técnica fueron las adherencias y la infección. La utilización por los miembros de la escuela francesa del método de pinzado, en contraste con el uso sistemático de puntos por los alemanes, contribuyó sin duda a los buenos resultados al producir menos choque, un mejor drenaje y menos casos de peritonitis. ⁽²⁰⁾ La operación se efectuaba con gran rapidez, se usaba el método de pinzas y la paciente volvía a la sala con la vagina llena de estas, que se retiraban o se dejaban para que cayeran por sí solas varios días después de la operación. Era raro encontrar un caso que no se hubiera acabado antes de los cinco minutos. La escuela francesa usó con liberalidad el método de pinzas, que recomendó Freund por primera vez en 1881. ^(17,19)

Aunque la operación ganó adeptos en Estados Unidos en la última parte del siglo XIX, a principios del siglo XX se observó una gran disminución en su ejecución como resultado de las técnicas mejoradas de la cirugía abdominal combinadas con la asepsia quirúrgica. ⁽¹⁸⁾

Heaney ⁽²¹⁾ se recuerda por los refinamientos de la técnica quirúrgica de la histerectomía vaginal. Él inició el pinzado preliminar de los ligamentos, la substitución inmediata de las pinzas mediante sutura, así como, el cierre completo de la bóveda vaginal y diseño de instrumentos especiales para el acceso vaginal. Tanto sus instrumentos como las indicaciones que estableció para la cirugía vaginal, soportaron la prueba del tiempo y se encuentran aún como componentes de la ginecología ética y moderna.

En Cuba los reportes son exiguos, existe el reporte de la primera histerectomía total abdominal la cual fue realizada, el 4 de abril de 1884 (histerectomía con ovariectomía doble) citada por González Labrador I ⁽²²⁾ La misma fue realizada en la casa de salud *Garcini* por el doctor Francisco Cabrera Saavedra, un eminente cirujano de la época, nacido en Islas Canarias, que se estableció en La Habana en 1875. Hasta 1884 solo se habían practicado en la capital seis ovariectomías a partir de 1878, cuatro de ellas por el propio doctor Cabrera. La enferma falleció al tercer día de la intervención, a pesar de que en ella se aplicaron todos los medios entonces disponibles de la ciencia; de la rapidez y la limpieza con que se efectuó; de la perfecta cicatrización de la herida y luego de haber mantenido la paciente un favorable estado en los dos primeros días que hizo presagiar el éxito del tratamiento.

Por otra parte, la primera descripción y resultados publicados de la aplicación de la técnica HV en pacientes sin prolapso uterino fue en el año 1980, por los profesores Silvanio Reyes Fuentes ⁽²³⁾ y Dirk Elling ⁽²⁴⁾ en el hospital docente ginecobstétrico "Ramón González Coro", técnica igual a la que se realizaba en la clínica de mujeres del hospital "La Charité" de Berlín, RDA por Stoeckels-Kraatz y sus continuadores.

En el año 1995, en la revista Cubana de Obstetricia y Ginecología aparece un artículo publicado por el profesor Nelson Rodríguez Hidalgo ⁽²⁵⁾ donde se describe la técnica, así como las indicaciones y contraindicaciones de la HV.

En la mayoría de los países del mundo la mayoría de las histerectomías son realizadas por laparotomía. En los Estados Unidos, el 70-80 %, en el Reino Unido más del 80 % y en Suecia más del 95 % de las histerectomías en pacientes sin prolapso uterino son realizadas por la vía abdominal clásica. ⁽²⁶⁾

En la actualidad a pesar de que se han logrado progresos en aspectos de la histerectomía vaginal como: su técnica, morbilidad, duración de la hospitalización y reincorporación, se mantiene una interrogante: ¿Está indicada la HV en las enfermedades sin prolapso uterino?

El desarrollo histórico de la ginecología, como especialidad quirúrgica, no puede concebirse sin la presencia constante y a veces con protagonismo absoluto de la cirugía vaginal. Dentro de la extensa gama de técnicas que abarca esta modalidad quirúrgica, la HV ocupa un lugar destacado. ⁽²⁷⁾ Los detractores que, en ciertas épocas y países, ha tenido la técnica, que paradójicamente se consideró siempre la más ginecológica de las intervenciones, no parece haber supuesto algún serio obstáculo a su continua difusión y perfeccionamiento. La consecución de este objetivo requiere una dedicación constante, si bien el proceso de aprendizaje es una experiencia de toda la vida, en el caso de la cirugía vaginal constituye un imperativo absoluto, su técnica es fácil de olvidar si cada generación de cirujanos no la comprende, la cultiva y la practica.

Aunque la histerectomía sigue siendo la cirugía ginecológica más frecuente, las tasas anuales han disminuido, de un máximo de 68 1234 en 2002 a 433 61 procedimientos anuales en el año 2010. ⁽²⁸⁾ Aunque la razón de esta tendencia es probablemente multifactorial, el aumento en la utilización de tratamientos conservadores uterinos mínimamente invasivos para el leiomioma y el sangrado uterino anormal son los principales impulsores de la disminución en la histerectomía. ^(29,30,31) La HV ha sido considerada durante mucho tiempo como la operación estándar de oro para la extracción uterina, debido a su enfoque mínimamente invasivo con baja morbilidad y costo. La laparoscopia como asistencia en la HV, se introdujo por primera vez en ginecología en la década del 90, la misma ha progresado hasta convertirse de forma total en un método de realizar la extracción uterina. ^(32,33,34,35)

Aunque el enfoque mínimamente invasivo ha permitido un considerable beneficio en comparación con la histerectomía abdominal, no se ha generalizado su utilización dada la curva de aprendizaje empinada. Respecto a la histerectomía laparoscópica asistida por robot, primero fue realizada experimentalmente en animales. ^(36,37,38,39) La primera publicación en humanos fue en 2002 y la evidencia actual demuestra la seguridad y efectividad de la robótica en cirugía ginecológica. ⁽³⁵⁾

Desde su introducción en 2005, la cirugía asistida por robot ha sido ampliamente adoptada y posee una ergonomía mejorada e imágenes, instrumentos de muñeca, sutura más fácil en comparación con la laparoscopia tradicional, y una agresiva campaña de marketing para médicos y hospitales. ⁽⁶⁾ En de hecho, la proporción de la histerectomía realizada de forma robótica ha crecido desde menos del 1 % en 2007 al 36 % de todos los procedimientos realizados en 2010. ^(40,41,42) Lamentablemente, el aumento de la utilización de la histerectomía robótica ha reducido significativamente tanto el abordaje abdominal como el vaginal. El objetivo de la siguiente sección del artículo es nominar los diferentes modos de histerectomía con el método de análisis y síntesis a través del método lógico histórico. Los métodos utilizados a lo largo de la historia y utilizados en la actualidad son:

1. Histerectomía abdominal total (HAT).
2. Histerectomía vaginal (HV) o histerectomía vaginal total (HVT)
3. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (LAVH).

Asistencia laparoscópica hasta, pero sin incluir, división de las arterias uterinas

4. Histerectomía laparoscópica (HL)

División laparoscópica de las arterias uterinas con la finalización del procedimiento por vía vaginal.

5. Histerectomía laparoscópica total (HTL)

Porción completa, incluido el cierre vaginal del manguito, realizado laparoscópicamente.

6. Histerectomía subtotal laparoscópica (HSL)

Extracción del fondo uterino con preservación del cuello uterino mediante morcelación y minilaparotomía.

7. Histerectomía laparoscópica asistida por robot (HR)

CONCLUSIONES

La revisión pone de manifiesto las diferentes etapas del desarrollo de la HV desde sus orígenes hasta la actualidad, de sus indicaciones las cuales al inicio se limitaban al prolapso ginecológico hasta su ampliación a enfermedades sin prolapso como los leiomiomas uterinos entre otros. Desde el punto de vista técnico, al comienzo con el uso de métodos rudimentarios, como los de colocación de pinzas que quedaban abandonadas en la vagina y que no pocas veces provocaban la muerte de la paciente por hemorragias incontrolables, hasta la sustitución por diferentes métodos de ligaduras y electrocauterios, lo cual ha permitido la ampliación de sus indicaciones. Por otra parte, la introducción de las técnicas mínimamente invasivas y su máxima expresión: la cirugía robótica, han permitido que la HV se haya convertido en una técnica de elección en la patología benigna del útero con un mínimo de complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anand M, Duffy CP, Vragovic O, Abbasi W, Bell SL. Surgical Anatomy of Vaginal Hysterectomy-Impact of a Resident-Constructed Simulation Model. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 22];24(2):176-82. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29474294>
2. Reboul Q, Mehdi A, Chauleur C. Vaginal hysterectomy in outpatient procedure: Feasibility and satisfaction study]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 22];46(2):65-70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718917303811?via%3Dihub>
3. Wright JR, Young RH. History of Gynecologic Pathology XXVIII: Dr C. Frederic Fluhmann. *Int J Gynecol Pathol* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 22];35(3):279-88. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=27054917>
4. García Rodríguez ME, Romero Sánchez RE, Perpiñán LLuesma L. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados en mujeres nulíparas. *AMC* [Internet]. 2013 Jun [citado 2019 Mar 07];17(3):347-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000300010&lng=es.
5. Eggemann H, Ignatov A, Frauchiger-Heuer H, Amse T, Costa SD. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy versus vaginal hysterectomy for benign uterine diseases: a prospective, randomized, multicenter, double-blind trial (LAVA). *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 22];297(2):479-85. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404-017-4647-7>
6. Veronikis DK. Vaginal Hysterectomy: The Present Past. *Mo Med* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 22];112(6):439-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6168092/>
7. Sparic R, Hudelist G, Berisava M, Gudovic A, Buzadzic S. Hysterectomy throughout history. *Acta Chir Iugosl* [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 22];58(4):9-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=.+Hysterectomy+throughout+history.+Acta+Chir+Iugosl>
8. Sedano M, Sedano S, Sedano C. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2014 [citado 2018 Ene 22];25(6):866-73. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706327>
9. Walters MD. Vaginal Surgery: The Art is Not Lost, Just Misplaced. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 22];23(2):8-149. Available from: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1553465015017288.pdf?locale=es_ES
10. Sutton C. Hysterectomy: a historical perspective. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 1997 [cited 2018 Jan 22];11(1):1-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sutton+C.+Hysterectomy%3A+a+historical+perspective.+Baillieres+Clin+Obstet+Gynaecol>
11. Sutton C. Past, present and Future of Hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 22];17(4):421-35. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1553465010001172?returnurl=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1553465010001172%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2>
12. Pai-Dhungat JV, Parikh F. Ambroise Pare (1510-1590). *J Assoc Physicians India* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 22];63(3):30-1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26540809>
13. Iglesias Benavides JL. La Menstruación: un asunto sobre la Luna, venenos y flores. *Medicina Universitaria* [Internet]. 2009 [citado 2018 Mar 22];11(45):279-87. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-pdf-X1665579609481166>
14. Baskett TF. Hysterectomy: evolution and trends. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2005 [2018 Jun 20];19(3):295-305. Available from:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hysterectomy%3A+evolution+and+trends.+Best+Pract+Res+Clin+Obstet+Gynaecol>
15. Clayton RD. Hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet 2006 [cited 2018;20:73-87. Available from: <https://www.deepdyve.com/lp/elsevier/hysterectomy-evolution-and-trends-51W2vvn0YQ?key=elsevier>
 16. Sheth SS. Vaginal hysterectomy in women with a history of 2 or more cesarean deliveries. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2013[cited 2018 Jun 22];122(1):70-4. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2012.12.022>
 17. Seen N. The early history of vaginal hysterectomy. *JAMA* 1895 [citado 2018 Jun 22];25(12):476-82. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/457601>
 18. Jeppson PC, Rahimi S, Gattoc L, Westermann LB, Cichowski S, Raker C, et al. Impact of robotic technology on hysterectomy route and associated implications for resident education. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 20];212(2):196 e1-6. Available from: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0002937814007868.pdf?locale=es_ES
 19. Gupta S, Mayonda I. Hysterectomy for benign gynaecological disease. *Current Obstet Gynaecol* [Internet]. 2006 [cited 2019 Jun 22]; 16(3):147-53. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/d59e/dde713c3267a1af728dd001b700868fd6e2.pdf>
 20. Averett L. Vaginal hysterectomy: Indications and advantages. *J Internat Coll Surgeons*. 1945;8:53-62.
 21. Heaney NS. Report of 565 vaginal hysterectomies performed for benign pelvic disease. *Am J Obstet Gynecol*. 1934; 28(5):751-5.
 22. González Labrador I. Sexualidad femenina e histerectomía. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2008 Dic [citado 2018 mayo 12]; 24(4):1-6. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n4/mgi11408.pdf>
 23. Reyes Fuentes S, García Andrade J, Elling Dirk FF. Histerectomía vaginal en úteros sin prolapso (Una técnica). Análisis retrospectivo de 50 pacientes. *Rev Cubana Obstet Ginec*. 1980; 6(4):319-23.
 24. Reyes Fuentes S, Valdés Vivo P. Sobre la indicación y diagnóstico pre-operatorio de la Histerectomía total por vía vaginal. *Rev Cubana Obstet Ginec*. 1980;6(1):19-23.
 25. Rodríguez N. La Histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso: indicaciones, técnica y recomendaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 1995; 21(1):23-5.
 26. Moen M, Walter A, Harmanli O, Cornella J, Nihira M, Gala R, et al. Considerations to improve the evidence-based use of vaginal hysterectomy in benign gynecology. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 22];124(3):585-8. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=25162260>
 27. Brill AI. Hysterectomy in the 21st century: different approaches, different challenges. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 2006 [cited 2019 Jun 22];49(4):722-35. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=17082670>
 28. Manríquez GV, Naser NM, Gómez LM. Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas: Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chil Obstet. Ginecol*. [Internet]. 2013 [citado 2018 Jun 22];78(6):432-5. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v78n6/art05.pdf>
 29. Wasson MN, Butler KA, Temkit M. Necessity of Morcellation at Time of Vaginal Hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 22]; 22(6S):S12. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1553465015006469?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1553465015006469%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
 30. Geller EJ. Vaginal hysterectomy: the original minimally invasive surgery. *Minerva Ginecol* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 22];66(1):23-33. Available from: <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-ginecologica/article.php?cod=R09Y2014N01A0023>
 31. Bretschneider CE, Jallad K, Paraiso MFR. Minimally invasive hysterectomy for benign indications: an update. *Minerva Ginecol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 22];69(3):295-303.

- Available from: <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-ginecologica/article.php?cod=R09Y2017N03A0295>
32. Melendez J. Vaginal hysterectomy and training. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 22];26(4):621. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00192-014-2611-7.pdf>
 33. Moen MD, Richter HE. Vaginal hysterectomy and training: response to Melendez. *Int Urogynecol J*. 2015 [cited 2019 Jun 22];26(4):623. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-014-2612-6>
 34. Danford JM, White NC, New M, Fletcher S, Blume JD, Ward RM. The fellowship effect: how the establishment of a fellowship in female pelvic medicine and reconstructive surgery affected resident vaginal hysterectomy training. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 22];211(5):559 e1-6. Available from: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0002937814006991.pdf?locale=es_ES
 35. Greer JA, Segal S, Salva CR, Arya LA. Development and validation of simulation training for vaginal hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol*[Internet]. 2014[cited 2019 Jun 22];21(1):74-82. Available from: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1553465013003294.pdf?locale=es_ES
 36. Akpınar F, Yerebasmaz N, Unlubilgin E, Karahanoglu E, Kayikcioglu F, Dede S. Total Laparoscopic versus Vaginal Hysterectomy: The experience of a Training Hospital. *Ginekol Pol* [Internet]. 2016[cited 2019 Jun 22];87(2):111-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27306287>
 37. Ocheke AN, Ekwempu CC, Musa J. Underutilization^oof vaginal hysterectomy and its impact on residency training. *West Afr J Med* [Internet]. 2009 [cited 2019 Jun 22];28(5):323-6. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/wajm/article/view/55012>
 38. Ray A, Pant L, Magon N. Deciding the route for hysterectomy: Indian triage system. *J Obstet Gynaecol India* [Internet]. 2015[cited 2019 Jun 22];65(1):39-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4342384/>
 39. Gauthier T, Huet S, Marcelli M, Lamblin G, Chene G, French College of O, et al. Hysterectomy for benign gynaecological disease: Surgical approach, vaginal suture method and morcellation: Guidelines. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* [Internet]. 2015[cited 2019 Jun 22];44(10):1168-82. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/1015635/alertePM>
 40. Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 22];(8):CD003677. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003677.pub5/full/es#CD003677-abs-0002>
 41. Sheth SS. Vaginal or abdominal hysterectomy? In: *Vaginal hysterectomy*. India: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd- New Delhi; 2014. p. 273-93.
 42. Sardiñas Ponce R, Fernández Santiesteban L. Histerectomía laparoscópica, experiencia de 12 años. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 22];53(3):281-88. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v53n3/cir07314.pdf>

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés en esta investigación.

Recibido: 12/05/2018

Aprobado: 02/01/2019



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)