



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2003; 49 (4) : 243 - 247

SIGNIFICADO DE LA COLECCIÓN EN LA CÚPULA VAGINAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE LAS HISTERECTOMIAS VAGINALES

[Alejandro Siu¹](#), [Rosa Huarsaya²](#), [Alfredo Cáceres³](#), [Roberto Ávilal³](#), [Pilar Díaz²](#)

RESUMEN

OBJETIVOS: Establece la relación entre el diagnóstico ecográfico de una colección en la cúpula vaginal luego de histerectomía vaginal y de las complicaciones que puedan devenir. **LUGAR:** Servicio de Ginecología del Pabellón 5 II del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza, entre agosto de 2001 hasta marzo de 2002. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio con una muestra de 153 pacientes, con indicaciones para la cirugía electiva de histerectomía vaginal y que al tercer día del postoperatorio, se le realizó una ecografía pélvica, para determinar la existencia de alguna colección de la cúpula. De acuerdo a los diversos análisis estadísticos se consideró significancia estadística a un $p < 0,05$. **RESULTADOS:** En las pacientes estudiadas, la edad y el número de gestaciones promedio fueron 56 años y 7, respectivamente. Se presentaron 40,5% de complicaciones, siendo las dos terceras partes de índole infecciosa, a predominio de las infecciones urinarias atribuidas a la permanencia de la sonda vesical por más de 72 horas, y el resto relacionadas a infección y hematoma de cúpula; en menor medida se presentaron fallas en la técnica operatoria. **CONCLUSIÓN.** La presencia de la colección de cúpula por ecografía en el postoperatorio inmediato de histerectomía vaginal indicó un aumento de 77 veces el riesgo de tener una complicación a ese nivel.

Palabras clave: Histerectomía vaginal; Ecografía; Hematoma de cúpula vaginal; Infección de cúpula vaginal.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To establish the relation between the ultrasound determined vaginal dome collection following vaginal hysterectomy and the forthcoming complications. **SETTING:** Gynecology Service, 5-II Pavillion, Gynecology and Obstetrics Department, Arzobispo Loayza Hospital, a teaching hospital, between August 2001 and March 2002. **MATERIAL AND METHODS:** Each of 153 patients with elective vaginal hysterectomy had pelvic ultrasound done at the third post-operative day. The processed information was analyzed and considered as statistically significant with $p < 0,05$. **RESULTS:** Average age was 56 year-old and parity 7, respectively. There were 40,5% complications, two thirds of infectious origin mainly due to urinary tract infections secondary to bladder catheter permanence for longer than 72 hours. The other third was related to vaginal



dome infection and hematoma. In a few cases there were failures in the surgical procedures. **CONCLUSION:** The presence of vaginal dome collection by ultrasound in the immediate post-operative period following vaginal hysterectomy signified an increase of 77 times the risk of having a complication at such level.

Keywords: Vaginal hysterectomy, Ultrasound; Vaginal dome hematoma; Vaginal dome infection.

INTRODUCCIÓN

La primera histerectomía vaginal, fue realizada por Langebecke, en 1813, en Alemania. Posteriormente se realizaron otras, con Santer de Constance y Collins, en 1822. En julio de 1829, Récamier, en París, realizó con éxito la primera histerectomía vaginal basada en fundamentos anatómicos y Fenger, en 1881, describió la histerectomía vaginal moderna(1)

Actualmente, con la depuración de las técnicas quirúrgicas, los antibióticos y la actualización en los métodos de anestesia y analgesia, la tasa de morbimortalidad en dicho procedimiento ha disminuido y, a diferencia de las realizadas por vía abdominal, es menos traumática y permite una rápida recuperación, previniendo tromboflebitis y otras entidades por la rapidez en que las pacientes deambulan(1-4).

Sin embargo, la morbilidad infecciosa es mayor que en la histerectomía abdominal, en especial la infección de cúpula. Además, por la dificultad en observar el campo operatorio puede ser mayor la posibilidad de lesiones en las estructuras pélvicas, como laceraciones de vejiga, uréteres y otros(1-3,5).

El objetivo del presente trabajo es evaluar el significado de la presencia de la colección en la cúpula vaginal en una histerectomía vaginal y tratar de establecer un pronóstico de la morbilidad en la misma paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio de corte longitudinal, prospectivo, observacional y descriptivo, se realizó desde el mes de agosto de 2001 hasta el mes de marzo de 2002, incluyéndose a 153 pacientes intervenidas quirúrgicamente de manera electiva de histerectomía vaginal en el Pabellón 5-II del Servicio de Ginecología del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza.

La histerectomía vaginal se realizó según la técnica de Heaney modificada, la cual consiste en: Examen bajo anestesia, histerometría, circuncisión del cuello uterino, rechazo de la vejiga y el recto hasta abatir el peritoneo vesical y fondo de saco de Douglas. Una vez realizada la apertura, se procedió a los pinzamientos, cortes y sutura de los ligamentos cardinales, uterosacros, infundibulopélvicos, hasta la extirpación de la pieza; luego se peritonizó y procedió a realizar la colpoperineorrafia anterior, colocándose los puntos de Kelly-Kennedy modificados, si es que la paciente presentaba incontinencia urinaria al esfuerzo. Se terminó realizando la colpoperineorrafia posterior.



Todas las pacientes fueron registradas en una ficha, en la cual se anotó la edad, número de gestaciones, paridad, antecedentes médicos, quirúrgicos, indicaciones de la cirugía, estancia postoperatoria; además, se les realizó los análisis y estudios pertinentes previos al acto quirúrgico, de acuerdo a los protocolos del Servicio y fueron operadas de acuerdo a las técnicas habituales establecidas en el Servicio. Ello incluyó la antibioprofilaxis de rutina, con cefalosporina de primera generación o una asociación de penicilinas semisintéticas con sulbactam.

Al tercer día de la cirugía, se les realizó una ecografía pélvica para investigar la presencia de alguna colección en la zona de la cúpula vagina. Se consideraba la existencia de colección cuando había líquido o tabiques con diámetros mayores a los 2,5 mm.

Todas las variables descritas en las fichas y mencionadas anteriormente, fueron ingresadas en la base de datos, tabuladas y procesadas en el software para análisis estadístico SSPS para Windows v. 11.0 y transcrito al procesador de texto.

Se analizó las frecuencias y las variables categóricas, como análisis bivariado, buscando asociación de las variables categóricas con la prueba del chi cuadrado.

Se consideró significancia estadística a un $p < 0,05$.

RESULTADOS

La muestra total fue de 153 pacientes. La edad promedio fue de 56 años, con una desviación estándar de 11,4. Las gestaciones con una desviación estándar de 3,46 fue de 7. Tabla 1.

	Mínimo	Máximo	Promedio	DE
• Edad (años)	32	80	56,5	11,4
• Gravidéz	0	16	6,9	3,5
• A término	0	15	5,9	3,2
• Pretérmino	0	4	0,2	0,7
• Abortos	0	5	0,9	1,2
• Hijos vivos	0	15	5,3	2,5
• Estancia postoperatoria	1,00	12	4,2	1,9

El 70% de pacientes no tuvo antecedentes médicos. El 13,7% presentó hipertensión arterial; 6%, infecciones a repetición de la vía urinaria; 3,9%, neumopatías y 3,3%, diabetes. El 86,3% no tenía antecedente quirúrgico pelviano; 7,8% había tenido cesárea y 5,2%, bloqueo tubárico bilateral. Tabla 2.

	N	%	% acumulado
Antecedentes médicos			
• Ninguna	107	69,9	69,9
• Diabetes mellitus	5	3,3	73,2
• Hipertensión arterial	21	13,7	86,9
• Infección vía urinaria	9	5,9	92,8
• Neumopatía	6	3,9	96,7
• Cardiopatía isquémica	1	0,7	97,4
• Infecciones	1	0,7	98,0
• Otros	3	2,0	100,0
Total	153		100,0
Antecedentes quirúrgicos			
• Ninguno	132	86,3	86,3
• Cesárea	12	7,8	94,1
• Bloqueo tubárico bilateral	8	5,2	99,3
• Laparotomía pélvica	1	0,7	100
Total	153	100,0	



Las indicaciones quirúrgicas fueron distopia genital con incontinencia urinaria al esfuerzo en el 55,6% de casos y distopia genital sin incontinencia urinaria al esfuerzo, 44,4%. Los diagnósticos asociados fueron leiomiomas de útero, quiste de ovario, hiperplasia endometrial y adenomiosis. Tabla 3.

Indicación quirúrgica	N	%
• Distopia genital + incontinencia urinaria de esfuerzo	85	55,6
• Distopia genital	68	44,4
• Miomatosis uterina	20	13,1
• Dolor pélvico	2	1,3
• Quiste de ovario	1	0,7
• Hiperplasia	5	3,3
• Adenomiosis	1	0,7

La estancia hospitalaria posquirúrgica fue 4,22 días en promedio, con una desviación estándar de 1,85. El 85% de las pacientes fue dado de alta antes del cuarto día del postoperatorio.

El control ecográfico de colección en cúpula reveló su presencia en 22,9% de las pacientes.

El 40,5% de las pacientes tuvo complicaciones. Las dos terceras partes fue de tipo infeccioso; el 18,3% presentó infección de vía urinaria baja, 8,5% hematoma de cúpula, 7,2% absceso de cúpula, 2,6% retención urinaria luego de retiro de sonda, 1,3% laceración vesical y 2,6%, otras patologías.

Tabla 4.

	N	%	% acumulado
• Ninguna	91	59,5	59,5
• Infección vía urinaria	28	18,3	77,8
• Retención urinaria	4	2,6	80,4
• Absceso de cúpula	11	7,2	87,6
• Laceración de vejiga	2	1,3	88,9
• Hematoma de cúpula	13	8,5	97,4
• Otros	4	2,6	100,0
Total	153	100,0	

Con relación a las asociaciones, encontramos que 95,8% de pacientes con colección en la cúpula vaginal desarrolló complicaciones de la cúpula en comparación al 9,3% de pacientes sin colección ecográfica que también las desarrolló; diferencia con significancia estadística ($p < 0,05$) que indica el riesgo de tener 77 veces la posibilidad de complicaciones en la cúpula vaginal ante la presencia de una colección evidenciada ecográficamente, con $RR= 77,5$ IC: 95% (10,9 < RR > 554).

Sólo el 8,5% de las adultas mayores, cuya edad promedio era mayor de 60 años, versus 20,2% de pacientes menores de 60 años, presentó complicaciones de cúpula vaginal, con una diferencia estadísticamente significativa de $p = 0,04$. Tabla 5.



Tabla 5. Asociación entre edad y complicaciones de cúpula

Complicación de cúpula	Adulto mayor de 60 años		Adulto menor de 60 años		Total	
	N	%	N	%	N	%
• Sí	5	8,5	19	20,2	24	15,7
• No	54	91,5	75	79,8	129	84,3
Total	59	100,0	94	100,0	153	100,0

$p=0,04$

DISCUSIÓN

A diferencia de Arana y Dicker(6,7), nuestro período etario era en promedio mayor de 60 años, quizá por la idiosincrasia de nuestra población en acudir al médico con retraso, ya sea por pudor o ignorancia.

Con referencia a la mayor cantidad de infecciones en la pacientes menores de 60 años, se podría sugerir que las pacientes premenopáusicas son más proclives a las infecciones o complicaciones de cúpula que las posmenopáusicas, porque las primeras como aún menstrúan tienen mayor posibilidad de presentar congestión vascular; pero, no olvidemos que en nuestro protocolo administramos estrógenos locales por tres semanas previo al acto quirúrgico a las posmenopáusicas, para la regeneración y mejora del trofismo de los tejidos a operar, y también antibióticos varios días previos al internamiento. En cambio, las pacientes que aún menstrúan muchas veces pueden presentar una vida sexual más activa, con relaciones sexuales inclusive días u horas previos al internamiento, con las consiguientes mayores posibilidades de traumatismos en el cérvix o la vagina antes de ser operada.

La gran mayoría de nuestras pacientes la constituyen la grandes multíparas, quienes presentan prolapso, al igual que lo referido por Arana(6); Kase(2) señala que ello se debe a los esfuerzos de mantener la gestación, el parto y la fuerza de gravedad; sin embargo, no se llegó a correlacionar la multiparidad con las complicaciones de cúpula ($p = 0,184$).

Concordando con las referencias mundiales mostradas por Kovac y Carlson(8,9) las indicaciones más frecuentes fueron las distopias.

Los antecedentes patológicos más frecuentes fueron la hipertensión arterial e infección de la vía urinaria, posiblemente por el grupo etario con el que trabajamos, y la presencia de cistocele, que favorece la estasis urinaria, predisponiendo a las infecciones de orina, tal como lo menciona Shapiro(10).

El objeto de nuestro estudio, la evaluación ecográfica de la colección a nivel de cúpula vaginal, reveló que 95,8% de pacientes que la presentaban desarrollaron complicaciones de cúpula y, de acuerdo a nuestra evaluación estadística, encontramos acrecentado 77 veces el riesgo de desarrollar dichas complicaciones. En su publicación, Eason(11) concluyó que no había correlación de colección de cúpula con infecciones o complicaciones de la misma.

Hubo un total de 40,5% de complicaciones, lo cual difiere a lo encontrado por Doucette(11). Apreciamos que las dos terceras partes eran infecciosas y de ellas las más frecuentes fueron las



infecciones de la vía urinaria, representando 18,3%; creemos que casi la mitad se debió a la permanencia de la sonda vesical Foley por más de 72 horas.

El absceso de cúpula ocurrió en 7,2% de casos y el hematoma de cúpula en 8,5%, cifras que concuerdan y que en cierta medida son menores que las encontradas en la literatura mundial, como lo mencionan Shapiro(10) y Doucette(12).

Consideramos que, a la luz de estos resultados, la presencia ecográfica de colección en la cúpula vaginal de las pacientes en el postoperatorio inmediato, se asocia al desarrollo de complicaciones, como hematoma, infección o absceso de cúpula.

AGRADECIMIENTOS

A Ygor Pérez, Adolfo Reckemer, Juan Allemant y Harold Huamán, médicos asistentes del Departamento de Ginecología y Obstetricia (DGO) del HAL; a Eduardo Salvatierra, Arnaldo Silva y Gabriela Silva, Médicos Residentes del DGO del HAL; y a Luz Jefferson, Jefe del DGO del HAL. Quienes participaron y contribuyeron al desarrollo del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duff P, Huff R, Giblrs RS. Management of premature rupture of membranes and unfavorable cervix in term pregnancy. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 697-702.
2. Naeye RL Factors that predispose to premature rupture of the fetal membranes. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 93-8.
3. Rojas J, Mere J, Contreras H, Gutiérrez I. Ruptura prematura de membranas. Experiencia Hospital Arzobispo Loayza. III Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia. Lima. Marzo 2000.
4. Polzin W, Brady K. Causas de la ruptura prematura de membranas. *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41 (4).
5. Ghidini A, Romero R. PROM at term: Induction versus expectant management. *Contemporary Ob/Gin* 1993; August: 79-85.
6. Willians Obstetricia. 1996, Cap. 38, 4ta. edición.
7. Gunn GC, Mishell DR, Morton DG. Premature rupture of the fetal membranes: a review. *Am J Obstet Gynecol* 1970: 106: 469.
8. Bou?Resly MN, Al?Zaid NS, Ibrahim MEA. Full-term and prematurely ruptured fetal membranes: An ultrastructural study. *Cell Tissue Res* 1981; 220: 263.
9. Skinner SJM, Campos GA, Liggins GC. Collagen content of human amniotic membranes: effect of gestation length and premature rupture. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 487.
10. Rydhstroem H, Ingemarsson I. No benefit from conservative management nulliparous women with premature rupture of the membranes (PROM) at term. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 543.
11. Kanayama N, Terao T, Kawashima Y. Collagen types in normal and prematurely ruptured amniotic membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1985;153:899.
12. Hauth JC, Cunningham FG, Whalley PJ. Early labor initiation with oral PGE2 after premature rupture of the membranes at term. *Obstet Gynecol* 1977; 49: 523.



13. Romero R, Quintero R, Oyarzun E, et al. Intraamniotic infection and the onset of labor in preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 661.
14. Ray DA, Garite TJ. Prostaglandin E2 for induction of labor in patients with premature rupture of membranes at term. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:836.
15. Kanayama N, Kamijo H, Terao T, Fujimoto D. The relationship between trypsin activity in amniotic fluid and premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155: 1043.
16. Regan JA, Chao James LS. Premature rupture of membranes, preterm delivery, and group B Streptococcal colonization of mothers. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 141: 184.
17. Minkoff H, Grunebaun AN, Schwarz RH, et al, Risk factors for prematurity and premature rupture of membranes: a prospective study of the vaginal flora in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150: 965.
18. Sbarra AJ, Selvaraj RJ, Cetrulo CL, et al, infection and phagocytosis as possible mechanism of rupture in premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1985, 153: 38.
19. Cox S, Willow MI, Leveno KJ. The natural history of preterm ruptured membranes: what to expect of expectant management. *Obstet Gynecol* 1988; 73: 558.
20. Mead PB. Management of the patient with premature rupture of membranes. *Clin Perinatol* 1980; 7: 243.
21. Johnson JW, Daikoku NH, Niebly JR, et al. Premature rupture of the membranes and prolonged latency. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 574.
22. Kappy KA, Cetrulo CI, Knuppel RA, et al Premature rupture of the membranes: a conservative approach. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 134:655.
23. Kappy KA, Cetrulo CL, Knuppel RA, et al. Premature rupture of the membranes at term: A comparison of induced and spontaneous labors. *J Reprod Med* 1982; 27: 29.
24. Conway DI, Prendivilli WJ, Morris A, Speller DCE, Stirrat GM. Management of spontaneous rupture of the membranes in the absence of labor in primigravid women at term. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150: 947.
25. Wagner MV, Chin VP, Peters CJ, Dexler B, Newman LA. A comparison of early and delayed induction of labor with spontaneous rupture of membranes at term. *Obstet Gynecol* 1989; 74: 93.
26. Guise JM, Duff P, Christian JS. Management of term patients with premature rupture of membranes and an unfavorable cervix. *Am J Perinatol* 1992; 9: 56-60.
27. Tamsen L, Lyrenas S, Cnattingius S. Premature rupture of the membranes: Intervention or not. *Gynecol Obstet Invest* 1990; 29: 128.
28. Grant JM, Serie E, Mahmood T, et al. Management of prelabor rupture of the membranes in term primigravidae: Report of a randomized prospective trial. *Br J Obstet Gynecol* 1992; 99: 557.
29. Shalev E, Peleg D, Eliyahu S, Nahum Z. Comparison of 12 and 72 hour expectant management of premature rupture of membranes in term pregnancies. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 766-8.
30. Granstrom L, Ekman G, Ulmsten U. Cervical priming and labor induction with vaginal application of 3 mg PGE2 in suppositories in term pregnant women with premature rupture of amniotic membranes and unfavorable cervix. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 66: 429-31.



31. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. *N Engl J Med* 1996; 334: 1005-10.
32. Malik N, Gittens L, Gonzales D, Bardeguet A, Ganesh V. Clinical amnionitis and endometritis in patients with premature rupture of membranes: Endocervical prostaglandin E2 gel versus oxytocin for Induction of labor. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 540-3.
33. Romero R, Mazor M, Morrotti R, et al. Infection and labor. Microbial invasion of the amniotic cavity In spontaneous rupture of membranes at term. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 129.
34. Sweet RI, Ledger WJ. Puerperal infectious morbidity. A two-year review. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 117: 1093.
35. Cunningham FG, Hauth JC, Strong JD, Kappus SS, Infectious morbidity following cesarean: Comparison of two treatment regimens. *Obstet Gynecol* 1978; 52: 656.
36. De Palma RT, Cunningham FG, Leveno KJ, Roark ML. Continuing investigation of women at high risk for infection following cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 53.
37. Carbone B. Indications and circumstances of labor induction in the case of premature rupture of the membranes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1999; 28(7): 683-6.
38. Butt KD, Bennett KA, Crane JM, Hutchens D, Young DC. Randomized comparison of oral misoprostol and oxytocin for labor induction in term prelabor membrane rupture. *Obstet Gynecol* 1999-94: 994-9.
39. Kouam L, Kamdom?Moyo J, Ngassa P, Shasha W, Tchana Kontchou M. A comparative study of 2 ways of clinical management in prenatrue rupture of the membranes at term: temporization versus labor induction. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995; 90(7-9): 345-57.
40. Ngai SW, To WK, Lao T, Ho PC. Cervical priming with oral misoprostol in pre-labor rupture of membranes at term. *Obstet Gynecol* 1996; 87(6): 923?6.
41. Carbone B, Goffinet F, Cabroj D. Vaginal administration prostaglandin E2 in premature ruptured rmembranes at term with an unfavorable cervix. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996; 25(8): 783-91.
42. Sánchez?Ramos L, Chen AH, Kaunitz AM, Gaudier FL, Delke I. labor induction with intravaginal misoprostol in term premature rupture of membranes: a randomized study. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 909-12.
43. Alberico S, Fadalti M, Grimaldi E, De Seta F, Mazza S, Guaschino S. Eligibility criteria for labor induction with prostaglandins. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1997; 24(2): 61-6.
44. Ledger WJ. Labor induction with intravaginal misoprostol in term premature rupture of membranes: a randomized study. *Obstet Gynecoi* 19971? 90(4): 644.
45. Milasinovic L, Radeka G, Petrović D, Orej M, Savin A. Premature rupture of the fetal membranes: an active of expectant approach in management of this obstetrical problem. *Med Pregl* 1998; 51 (7-8): 346-9.
46. Friedinan EA. Progression of labor during induction. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(4): 779-80.
47. Hoffinann RA, Anthony J, Fawcus S. Oral misoprostol vs. placebo in the management of prelabor rupture of membranes at term. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; (3): 215-21.



48. Bar J, Maayan-Metsger A, Hod M, Ben Rafael Z, Orvieto R, Shale Y. Effect of antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes on neonatal mortality and morbidity. *Am J Perinatol* 2000; 17(5): 237-41.
49. Hidar S, Bibi M, Jerbi M, Bouguizene S, Nouria M, Mellouli R. Contribution of intracervical PGE2 administration in premature rupture of the membranes at term. Prospective randomized clinical trial. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29(6): 607-13.
50. Távara 1, Encinas E, Molina N. Repercusiones maternas y perinatales de la ruptura prematura de membranas. *Ginecol Obstet (Perú)* 1995; 41(2): 65-8.
51. Mere), Bao V, Escudero F, Rojas), Contreras H, Gutiérrez 1. Repercusiones perinatales de la ruptura prematura de membranas. *Ginecol Obstet (Perú)* 2000; 46(4): 333-40.

Hospital General Nacional Arzobispo Loayza (HAL)

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Pabellón de Ginecología. Servicio 5-II

1 Jefe del Servicio de Ginecología HAL Pab 5-II

2 Médico Residente del Departamento de Ginecología y Obstetricia del HAL

3 Médico Asistente del Departamento de Ginecología y Obstetricia del HAL

4 Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del HAL