

# Pescando en Internet

RICARDO TOPOLANSKI

## Contenido

Balance de los beneficios para la salud del control de natalidad

2

Incidencia de neoplasia intravaginal postoperatoria (VAIN)

4



Erich Heckel: Casa blanca en Dangast, 1909.

Heckel nació en Döbeln (Sajonia). Como otros miembros del grupo Die Brücke (El Puente) admiró muchísimo la obra de Edvard Munch, y pretendía tender un «puente» entre la pintura alemana neorromántica y la moderna pintura expresionista. Los cuatro miembros fundadores usaron mucho la técnica de impresión al ser un medio barato y rápido de producir arte al alcance de todos. En 1937 el partido nazi declaró que su obra era degenerada; le prohibió mostrar su obra en público y más de 700 cuadros suyos fueron confiscados de los museos de la nación. Para el año 1944 todos sus bloques de grabado en madera y las planchas de sus láminas habían sido destruidas. Después de la Segunda Guerra Mundial Heckel vivió en Hemmenhofen cerca del Lago Constanza, enseñando en la Academia Karlsruhe hasta 1955. Siguió pintando hasta su muerte, en Radolfzell (1970). Como la mayoría de los miembros de Die Brücke, fue un prolífico artista gráfico, con 465 grabados en madera, 375 aguafuertes y 400 litografías descritas en el catálogo raisonné Dube, de las que más

**Viernes 29**  
AGOSTO | 2008

DIRECCIONES  
Secretaría SGU.

Hospital «Pereira Rossell».  
Br. Artigas 1550. Piso 2. CP 11.600.  
Montevideo, Uruguay. [sgubib@chasque.net](mailto:sgubib@chasque.net)

Las opiniones vertidas en *Pescando en internet* son exclusiva responsabilidad del autor y creador de este Boletín Electrónico, Dr. Ricardo Topolanski, salvo expresión de lo contrario. La selección de temas publicados no tiene ningún vínculo de interés con empresas o auspiciantes. Es una publicación apoyada y distribuida a través del padrón de socios de la SGU y de la SOGIU, pero no es ni representa la opinión oficial de ninguna de las dos sociedades.

ENVÍAN Y DIFUNDEN:  
Sociedad Ginecológica del Uruguay  
Sociedad de Ginecología del Interior del Uruguay



Secretaría SOGIU  
18 de Julio 714. CP 60.000.  
Paysandú, Uruguay  
Fax: (598 72) 25335  
info@sogiu.com

VISITE EL SITIO SGU  
• <http://www.sguruquay.org>

VISITE EL SITIO SOGIU  
• <http://www.sogiu.com>

de 200, sobre todo aguafuertes, datan de los últimos siete años de su vida. Una gran exposición retrospectiva, Erich Heckel —*Su obra en los años 1920*—, se celebró entre octubre de 2004 y febrero de 2005 en el Museo Brücke en Berlín.

## Balance de los beneficios para la salud del control de natalidad

*Elegí este artículo del diario NEW YORK TIMES, escrito por la periodista Leslie Berger bajo el acápite “Times Essentials” porque me pareció de interés compartir con ustedes una visión profana descrita por una mujer periodista sobre este importante tópico, cuando hace ya casi 50 años que comenzó a difundirse la píldora anticonceptiva en todo el mundo.*

Desarrollada en 1960, la píldora para el control de la natalidad revolucionó la contracepción. Sin embargo, a pesar de la existencia hoy en día de una abundancia de opciones para el mismo, casi la mitad de los embarazos en los EEUU son indeseados, de acuerdo a los Centros para el Control de Enfermedades y su Prevención (*Centres for Disease Control and Prevention*), lo cual es más que en cualquier otra nación desarrollada. ¿Cuál es la razón?

El tema no es tecnológico. Pero la economía y la conducta humanas son otra historia. Casi un tercio de las mujeres que comienzan un nuevo tipo de control de los nacimientos, lo suspenden al cabo de un año, de acuerdo a un estudio reciente, principalmente debido a los cambios en su cobertura de seguro. Todos los métodos tienen algunos efectos colaterales y el tipo corriente de dispositivos intrauterinos o DIU, a pesar de tener una tasa de eficacia casi perfecta, ha sido poco adoptado, según los expertos, debido parcialmente a que se necesitan más médicos entrenados en colocarlo. *(Aquí hay algo que no me cierra: no puedo creer que no existan ginecólogos o parteras o enfermeras en número suficiente, capacitadas para colocarlos ¿o será que existen normativas de tipo burocrático que entorpezcan su colocación, aparte de otro tipo de consideraciones religiosas?).*

“La adherencia es tema de la mayor importancia” dijo la doctora Nancy Padian, epidemióloga de la Universidad de California, en San Francisco, especializada en salud reproductiva y prevención del VIH. “Para tener un efecto significativo, debe usarse un producto de manera constante.

Como resultado, en lugar de promover su marca preferida o de estimular un mejor cumplimiento, muchos fabricantes de controles de natalidad y de médicos están promoviendo los beneficios no contraceptivos de la contracepción. Si disminuyen el riesgo de cáncer, si mejoran la salud de las futuras madres, si hacen más llevaderos los cólicos menstruales o si mejoran el cutis, es cómodo tener una excusa médica para usar el control de natalidad.

Los métodos hormonales contraceptivos emplean estrógenos y gestágenos en combinaciones diferentes y los expenden en una variedad de vías —a través de píldoras, inyecciones, parches de piel o implantes, DIU y anillos vaginales—. Distintos estudios han mostrado que todos estos métodos reducen el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio. Algunos pueden incluso proteger contra la osteoporosis.

Usar contracepción puede dar también a la mujer la posibilidad de estar sana antes de concebir —dejar de fumar, perder



Genoderm

ACETATO DE CIPROTERONA 2 mg + ETINILESTRADIOL 0,035 mg

Belleza y protección al alcance de toda mujer

peso o disminuir el azúcar en la sangre—. “Si una mujer diabética se embaraza inesperadamente, existen riesgo de anomalías importantes —problemas cardíacos, problemas neurológicos— en el bebé” dijo la doctora Anita L. Nelson, directora de la salud reproductiva de la mujer en Harbor-U.C.L.A. Medical Center en Los Ángeles (*Centro Médico Harbor-UCLA*). Mujeres muy jóvenes tienen también un mayor riesgo de preeclampsia y de nacimientos prematuros.

“Los cuidados prenatales precoces, no son suficientemente buenos de ningún modo”, dijo del doctor Nelson, “podríamos hacerlo mucho mejor si tuviéramos madres que estén realmente sanas antes de embarazarse”.

Si estas razones no fueran suficientes, los avisos de píldoras como “Yaz” citan una piel hermosa y el alivio de la distensión premenstrual y las alteraciones del humor. El “Loestrin 24 Fe” incluye un suplemento de hierro. Los contraceptivos orales “Seasonale” y “Seasonique” reducen el número de ciclos menstruales a tres o cuatro veces al año. Y “Lybrel” se supone que elimina la menstruación junto con un beneficio extra para las mujeres que sufren de calambres severos y hemorragias, anemia, alteraciones del humor y jaquecas que pueden empeorar con las menstruaciones.

Las píldoras “sin sangre” no son nuevas exactamente, por supuesto, sino un refinamiento de la píldora introducida hace 47 años. Al suprimir la ovulación, la píldora —o cualquier método hormonal— suprime automáticamente la menstruación, debido a que si no hay óvulo liberado, el útero no tiene una razón para expulsar su capa de revestimiento. (*Esto no es exactamente así, es más complejo, pero la periodista encuentra de este modo una manera de explicarlo*).

Pero la píldora significó un apartarse tan radical (*como llegar a suprimir la menstruación*)<sup>1</sup>, que sus inventores decidieron incluir una semana con píldoras placebo en el paquete de 28 días para crear una falsa menstruación, o sangrado por privación. El ciclo de 21 días sí y 7 días no sólo fue mercadeo, diseñado para hacer a la píldora más aceptable para el público. Muchas mujeres han suprimido sus periodos durante años extrayendo los placebos y tomando las píldoras verdaderas en forma continua. (*Sin embargo, una de las quejas más frecuentes cuando se introdujo la píldora entre nosotros era la disminución del flujo menstrual e incluso su casi desaparición, lo cual se interpretaba por las usuarias como una pérdida de la condición de mujer [“...si no menstrúo no me siento mujer”] y también del temor de haber quedado embarazada [estoy refiriéndome a los años 60]; incluso ocurría con alguna frecuencia la aparición de amenorreas más o menos prolongadas a pesar de la suspensión del ACO*).

El mercadeo de las píldoras “sin sangrado” o de “régimen prolongado” constituye una variante de la píldora original, que controla el sangrado por privación ocasional que pueda ocurrir, de acuerdo a algunos escépticos. Y mientras algunos abogan argumentando que estas nuevas técnicas anticonceptivas tampoco producirán problemas a largo plazo, puesto que, históricamente, las mujeres pasaban largos periodos embarazadas o lactando, de modo que tenían menos periodos menstruales que las mujeres actuales, los efectos sobre la salud por no tener las menstruaciones por largos periodos o mismo años, no se conocen bien. (*Risueñamente, un conocido colega y su señora, de cuyo matrimonio nacieron 11 hijos*

1 Efectivamente, con frecuencia el “Anovlar”, la primera píldora introducida en Uruguay, producía con frecuencia amenorrea a los 3 o 4 meses de uso, lo cual demandaba protestas de las pacientes que sentían que si no menstruaban perdían su feminidad... De ahí que se interrumpiese durante 1 mes cada 3... ¡y las mujeres se embarazaban en ese periodo de descanso!

**DIVINA 21**  
Drospirenona 3,00 mg + Etilnóestradiol 0,03 mg

Protección y bienestar al alcance de toda mujer



*si mal no recuerdo, festejó por aquellos años el retorno de las menstruaciones).*

En los ensayos clínicos que condujeron a la aprobación de “Lybrel” por la *Food and Drug Administration (FDA)*, muchas mujeres abandonaron el ensayo debido a sangrados intermitentes y casi 40% de las usuarias, aún los tenían después de un año de uso. El fabricante del mismo, Wyeth, recomienda también a las usuarias que se hagan un análisis mensual de embarazo debido a que la ausencia de periodos menstruales regulares hace más difícil saber cuándo pudo haberse iniciado un embarazo.

“¿Vale la pena si hay que ocuparse de todo eso?” preguntaba Bárbara Reaman, una feminista escritora de temas de la salud, varios meses antes de su muerte este año.

La doctora Susan Wood, profesora de salud pública en la Universidad George Washington, ha insistido en que se hagan estudios sobre seguridad a largo plazo de estas nuevas técnicas anticonceptivas. La doctora Wood renunció a su puesto como comisionada asistente para la salud de la mujer en la FDA, debido al retraso en la aprobación de “Plan B”, la contracepción de emergencia, que puede adquirirse ahora libremente para personas mayores de 18 años (*en los EEUU*), en tanto que los menores de esa edad necesitan una receta médica para adquirirlo.

Con dosis más potentes de hormonas que las píldoras de administración diaria, el Plan B está diseñado para prevenir la concepción si es tomado dentro de los 3 días de la relación no protegida. Incluso, sin tener un beneficio no contraceptivo, las ventas de Plan B son explosivas, de acuerdo con la compañía de investigación de salud “IMS Health”.

Aunque todos estos nuevos productos son simples variaciones de un viejo tema, las nuevas formas, como la largamente esperada píldora masculina o un método para mujeres que prevendría tanto el embarazo como las infecciones de transmisión sexual como el SIDA, siguen siendo elusivas. Varios expertos dicen que el costo del desarrollo de un método contraceptivo enteramente nuevo sobrepasaría los beneficios prospectivos y que el financiamiento de la investigación farmacéutica se ha enfriado.

“El Santo Grial sería una droga que se enfocara directamente a los ovarios y a los testículos y que no tuviera efectos sobre ningún otro sistema orgánico, de modo que estuviera libre de efectos secundarios” dijo el doctor James Strauss, que fue co-director de un comité nacional sobre investigación en contracepción y que es actualmente decano de la facultad de medicina en la Virginia Commonwealth University. “Estaría basado en el descubrimiento de genes sólo presentes en estos tejidos reproductivos. Hoy en día conocemos un número significativo de esos genes y ello es el fruto de 20 años de investigación. Desafortunadamente, el conocimiento aún no ha podido trasladarse a un producto”.

### ■ **Incidencia de neoplasia intravaginal postoperatoria (VAIN)**

*Esta investigación retrospectiva trata de un problema que, a menudo, no es tomado debidamente en cuenta: la aparición de una neoplasia intraepitelial originada en la infección por el VPH, después de haber extirpado el útero debido a un CIN2+.*

*Aunque la incidencia no es muy alta, las cifras pueden llegar a cerca del 7%, por lo que pienso que es un aspecto que no debe descuidarse. Se trata de una investigación retrospectiva efectuada por un equipo liderado por **Silke Schokaert** la Universidad Católica de Lieja, Bélgica, el Instituto Científico de Salud Pública de Bruselas, Bélgica, la Red Europea de Cáncer de Lyon, Francia y el Departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Gantes, Bélgica. El trabajo se publicó en el AM J OBST GYNECOL, 2008; 199: 113.e1–113.e5.*

Gracias a los programas de rastreo y al tratamiento adecuado de la neoplasia cervical intraepitelial (**CIN**), la mortalidad por cáncer cervical en los países desarrollados disminuyó en forma dramática. Como se sabe, entre 14% y 22% de los CIN de alto grado evolucionan hacia el cáncer cervical si no se tratan. A pesar de todos los esfuerzos, no se ha identificado ningún marcador biológico que prediga esta evolución, haciendo que sea necesario tratar a todas las lesiones CIN de alto grado.

El tratamiento del CIN deberá ser conservador, de acuerdo las guías más recientes de la ASCCP (*Sociedad [Norte] Americana de Patología Cervical y Colposcopia*). Existen distintas técnicas, como la ablación, la conización con bisturí, la excisión amplia con asa de la zona de transformación (LLETZ), etc., no siendo ninguna superior a las otras en términos de eficacia, con un resultado de erradicación exitosa de una tasa de 90%. La tasa de recidiva oscila entre 1% y 21%, ocurriendo el 95% de las recidivas dentro de los 5 años posteriores al tratamiento. Incluso con los márgenes de la sección libres de CIN en la evaluación anátomo–patológica del espécimen, se recomienda una cuidadosa vigilancia.

Esta conducta conservadora también puede indicarse en los casos de microinvasión estadio Ia1 de la FIGO, debido a que el riesgo de propagación a los ganglios linfáticos es bajo: 0.2% a 0.6%. Por comparación, el 50% de los estadios Ia2 de microinvasión cervical presentan colonización ganglionar, por lo que se requiere en estos casos una cirugía radical.

El rol de la histerectomía para el tratamiento del CIN 2+ se ha restringido, tanto por la ASCCP como por las guías europeas y se considera aceptable sólo cuando no pueda repetirse una excisión diagnóstica para el tratamiento de una lesión persistente o una recidiva confirmada de CIN 2–3. A menudo se propone la histerectomía para pacientes que presentan otra patología ginecológica o como una solución definitiva para el problema del CIN. Sin embargo, los estudios han mostrado que la eficacia terapéutica de las terapias conservadoras es casi idéntica a la histerectomía, pero con menos morbilidad. La histerectomía por CIN es considerada también como un factor de riesgo para el desarrollo subsecuente de una neoplasia intraepitelial vaginal (**VAIN**), la cual presenta unas tasas de recidiva históricas que varían entre el 0.9% y el 6.8%.

El objetivo de esta investigación fue el de recoger los datos más recientes acerca de la tasa de recidivas del VAIN posteriores a la histerectomía por CIN 2+, en el Hospital Universitario Gasthuisberg y comparar los hallazgos con la literatura reciente.

**Diseño de la investigación.** Se efectuó el análisis retrospectivo de 3.030 mujeres con CIN 2+, sin historia de VAIN, en el Hospital Universitario Gasthuisberg de Lieja, Bélgica, entre enero de 1989 y diciembre de 2003. Se identificaron 125 mujeres que habían sido histerectomizadas dentro de los 6 meses de haber sido diagnosticadas como portadoras de un CIN 2+ y se revisaron los controles postoperatorios de sus Papanicolaou.



Genoderm

ACETATO DE CIPROTERONA 2 mg + ETINILESTRADIOL 0,035 mg

Belleza y protección al alcance de toda mujer

**Resultados.** Se perdió el seguimiento de 31 pacientes (24.8%). 7 de 94 mujeres del grupo de seguimiento (7.4%) desarrollaron un VAIN 2+, de los cuales, 2 fueron cánceres vaginales invasores. El promedio del intervalo entre la histerectomía y el diagnóstico del VAIN 2+ fue de 35 meses (5–103 meses). Las mujeres que presentaron las recidivas resultaron ser significativamente más ancianas ( $P = 0.003$ ).

**Comentario por los autores.** Se compararon los resultados de esta investigación con otros 4 estudios similares.

Gemmel *et al* examinaron en forma retrospectiva 341 casos de mujeres que fueron histerectomizadas por el diagnóstico de CIN 3 anterior a la intervención. 290 completaron un seguimiento de 10 años a través un Papanicolaou de la bóveda vaginal y si estaba indicado, de colposcopia. 8 pacientes (4%) presentaron frotis anormales, pero en 6 de estas pacientes, los frotis aparecieron como normales al ser repetidos. Sólo en 2 pacientes se encontraron lesiones persistentes de VAIN (no se informó sobre el grado) durante el primer año de seguimiento, aunque se sabe que ninguna desarrolló un cáncer invasor.

No se dio información sobre exámenes colposcópicos de la bóveda vaginal debido probablemente a que su aplicación no era frecuente entonces. Los autores sugirieron un rastreo semestral de la bóveda vaginal durante el primer año después de la histerectomía y posteriormente, cada 2 años, seguido del rastreo normal de los programas.

Wiener *et al* estudiaron a 193 pacientes histerectomizadas por CIN 2 y a 2 por carcinoma *in situ*. 143 completaron un seguimiento a 10 años y 43 lo completaron a 20 años. 5 pacientes tuvieron frotis vaginales anormales que variaron entre el VAIN 2 hasta el cáncer invasor de vagina, 3 durante los primeros 20 meses posteriores a la histerectomía. 1 paciente presentó un VAIN 2 después de 11 años, que fue tratado con vaporización con láser. Un caso de cáncer de vagina se diagnosticó 16 años después de la histerectomía en una paciente que había tenido sólo 3 años de seguimiento de acuerdo al protocolo de estudio y luego abandonó el seguimiento durante 13 años. Estas 5 mujeres tuvieron originalmente un CIN 3.

Basados en sus hallazgos, Wiener *et al* estimaron que la incidencia acumulativa de VAIN después de una histerectomía oscilaba entre 0% a los 10 años, 0.8% a los 15 años y 2.0% a los 20 años. A sólo 35 de sus pacientes se les efectuó una colposcopia antes de la histerectomía, pero los autores recomendaron utilizar esta técnica con mayor frecuencia. Aconsejan sólo 2 años de seguimiento intensivo con frotis de la bóveda vaginal. A pesar de la incidencia estimada de 0.7 por 1.000 mujeres/año, que es más alta que la de la población general, los investigadores no recomendaron exámenes más frecuentes.

Kalogiru *et al* estudiaron a 993 pacientes histerectomizadas por CIN 3 y por carcinoma *in situ* del cuello uterino. A los 10 años el seguimiento por medio de frotis vaginales se completó en 793 pacientes, identificándose 41 casos de VAIN (5.1%), de las cuales 4 tenían un VAIN 1 y 37 tenían VAIN 2 y 3. La incidencia más elevada de VAIN se encontró en los 2 primeros años, pero las pacientes con una historia de CIN antes de la histerectomía continuaron en alto riesgo a través de toda su vida. En 51% de los casos, el grado de VAIN fue el mismo que el del CIN inicial. No hay detalles sobre alguna colposcopia preoperatoria o del estado de los márgenes de sección en el espécimen de la histerectomía. La técnica quirúrgica de la histerectomía parece ser un factor importante para la recidiva en su estudio: sólo 1 paciente con recidiva fue histerectomizada por vía vaginal, mientras que las otras 40 lo fueron por la vía abdominal.

Estos autores recomendaron que se hiciera un seguimiento intensivo cada 6 meses durante los primeros 2 años, para

seguir después en forma anual durante los 5 años siguientes, con citología y con colposcopia. También enfatizaron sobre la importancia de extraer un buen manguito vaginal durante la histerectomía además de suturar la bóveda vaginal de un modo que los bordes quedaran abiertos y las células atípicas no quedasen eventualmente incluidas en la sutura.

Barbarinsa *et al* estudiaron los archivos de mujeres con una patología VAIN entre 1998 y 2003 y las vincularon con los de las mujeres que fueron histerectomizadas durante ese periodo. Seleccionaron 15 pacientes, de las cuales sólo 9 concordaron con los criterios de inclusión: no tener ninguna historia de patología vaginal, cirugía en su centro durante el periodo de estudio con márgenes negativos, sin patología cervical invasiva, patología benigna o historia de irradiación pélvica. El objetivo fue determinar los resultados de la citología vaginal y 4 pacientes resultaron con citología de la bóveda vaginal que revirtieron espontáneamente a la normalidad, pero nunca antes de los 12 meses de seguimiento y con un promedio de seguimiento de 44 meses. Ninguna de sus pacientes desarrolló un cáncer vaginal invasor, no se dieron detalles sobre el grado del VAIN. Barbarinsa *et al* recomendaron efectuar obligatoriamente una colposcopia antes de la histerectomía por CIN y citología vaginal regular por lo menos durante 12 meses después de la misma.

Tal como se determinó en una revisión sistemática reciente de Stokes–Lampard *et al* es difícil comparar los diferentes estudios debido a las variaciones en la calidad metodológica, las diferencias en los diseños de los estudios y puntos finales, la diversidad geográfica, los intervalos, etc. También, las técnicas de diagnóstico y de terapéutica cambiaron sustancialmente entre 1967 y 2003.

En la presente serie, intencionalmente no se incluyeron los CIN 1 o VAIN 1 debido a que estas patologías rara vez son precancerosas. Por otra parte, se incluyeron los cánceres cervicales microinvasivos estadio IA 1 de la FIGO debido a que en las guías recientes se propone una conducta conservadora para estas lesiones, similar a la del CIN de alto grado, aunque en este estudio se descubrió 1 paciente de las 18 que tenían un cáncer cervical microinvasivo, que desarrolló posteriormente un VAIN 3. Entre las otras 76 pacientes con CIN 2, CIN 3 y carcinoma *in situ* se encontraron 6 VAIN 2+ y sólo 1 se produjo después de la histerectomía por CIN 2.

En comparación con los otros estudios mencionados más arriba, en la presente investigación con la población más pequeña con histerectomía por CIN 2+, se definió con claridad el criterio de inclusión y el de exclusión. La tasa de recurrencia para el VAIN o el cáncer de vagina invasor (7.6%), a pesar del tiempo de seguimiento más corto, es más alta que la citada históricamente de 0.9% 6.8%.

Se descubrieron 2 pacientes con cáncer vaginal invasor en la serie de 94 pacientes con Papanicolaou postoperatorio, seguidas por un periodo promedial de 4 años. En contraste con la revisión sistemática de Sokes–Lambard *et al* que identificaron sólo 1 paciente en una serie de 5.037 pacientes con CIN 3 seguidas durante un promedio de 3 a 20 años. Debido a la baja incidencia de cáncer vaginal, los investigadores no recomendaron un seguimiento postoperatorio intensivo.

Ya se demostró que una edad mayor es factor de riesgo para la recurrencia del CIN 2 después de una conización. Los resultados en relación con el desarrollo de un VAIN 2+ están en concordancia con esos hallazgos. Las nuevas guías de la Unión Europea se publicarán próximamente en relación con el seguimiento después del tratamiento por CIN 2+. En relación con las mujeres con CIN 2+ tratadas con histerectomía, el consejo será de hacer un Papanicolaou a los 6 y a los 18



meses de la operación. Si el seguimiento citológico a los 18 meses resulta negativo, no es necesario hacer frotis. Para las mujeres con una extirpación incompleta o incierta de CIN, deberá hacerse el seguimiento como si el cuello uterino estuviera todavía *in situ*.

Como consecuencia de estos hallazgos, se propone hacer un seguimiento más intensivo de la bóveda vaginal con citología y colposcopia durante los primeros años posteriores a la histerectomía, incluso con márgenes de sección negativos. La histerectomía efectuada por o con un CIN 2+ no deberá considerarse como un tratamiento definitivo. En esta serie, se desarrolló posteriormente un VAIN en el 7.4% de las mujeres histerectomizadas por lo que se sugiere un seguimiento con frotis de la bóveda vaginal y si es necesario con colposcopia, particularmente durante los primeros 4 años a posteriori de la histerectomía.

R.T.