



CARACTERIZACIÓN DE MUJERES CON CÁNCER GINECOLÓGICO TRATADAS CON
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÍNIMAMENTE INVASIVOS. 2019 – 2023

CHARACTERIZATION OF WOMEN WITH GYNECOLOGICAL CANCER TREATED
WITH MINIMALLY INVASIVE SURGICAL PROCEDURES. 2019 – 2023

Fecha de presentación: septiembre, 2025

Fecha de aceptación: noviembre, 2025

Fecha de publicación: diciembre, 2025

Eliécer Guadarrama Rodríguez⁽¹⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1120-3052>

Contacto: eliecergr2020@gmail.com

Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia
Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa

Léster Lara Acosta⁽²⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1814-1242>

Contacto: lesterlaraacosta3@gmail.com

Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia
Instituto de Oncología y Radiobiología

Ramón Luis Gálvez Góngora⁽³⁾

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0234-8487>

Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia
Hospital Docente Ginecobstétrico 10 de Octubre

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Guadarrama Rodríguez, E., Lara Acosta, L. & Gálvez Góngora, R. (2005). Caracterización de mujeres con cáncer ginecológico tratadas con procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos. 2019 – 2023. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 4(8), 34-44.

RESUMEN

Introducción: La cirugía de mínimo acceso, es utilizada con frecuencia en cánceres del tracto genital femenino con resultados muy favorables. **Objetivos:** Caracterizar la cirugía mínimamente invasiva realizada en los cánceres ginecológicos en pacientes del Instituto de Oncología y Radiobiología de Cuba. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, cuyo universo de estudio fueron todas las pacientes con cáncer ginecológico que fueron intervenidas mediante cirugía de mínimo acceso, en el período comprendido desde enero de 2019 hasta diciembre de 2023, en el servicio de referencia La muestra fue de 489 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Predominaron las mujeres con 60 años y más (53,9 %). Con color de piel blanca (37,2 %) y normo peso (64,6 %). La indicación más frecuente fue el adenocarcinoma de endometrio (48,9 %), y



el resultado histológico el adenocarcinoma endometroide (64,0 %). El 72,4 % de estos fueron bien diferenciados. El resultado más frecuente en los carcinomas de ovario fue el papilar seroso de alto grado (68,3 %). Solo se presentaron ocho complicaciones (1,6 %), de fácil solución. Se realizaron solamente cuatro conversiones. El tiempo quirúrgico medio fue de 110 minutos, con sangrado muy escaso. No lesiones metastásicas en puente, y en los casos que no fue necesaria la conversión, la estadía postoperatoria fue menor de 24 horas. **Conclusiones:** La cirugía de mínimo acceso es un proceder con el que se obtienen resultados muy favorables en el diagnóstico y tratamiento de los cánceres pélvicos, con muy pocas complicaciones y morbilidad asociadas.

Palabras clave: histerectomía; neoplasias ginecológicas; procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos.

SUMMARY

Introduction: Minimally invasive surgery is frequently used in cancers of genital tract with very favorable results. **Objectives:** To characterize minimally invasive surgery performed in gynecological cancers in patients of the National Institute of Oncology and Radiobiology of Cuba. **Materials and Methods:** Descriptive, observational and retrospective study, whose study universe were all patients with gynecological cancer who underwent minimally invasive surgery, in the period from January 2019 to December 2023, in the Oncological Gynecology service of the Institute of Oncology and Radiobiology. The sample consisted of 489 patients who met the inclusion criteria. **Results:** Women aged 60 and over predominated (53,9%). With white skin color (37,2%) and normal weight (64,6%). The most frequent indication for the procedure was endometrial adenocarcinoma (48,9%), of which the most frequent histological result was endometrioid adenocarcinoma (64,0%). 72,4% of these were well differentiated. The most frequent result in ovarian carcinomas was high-grade serous papillary (68,3%). Only eight complications (1,6%) occurred, which were easily solved. Only four conversions were made. The average surgical time was 110 minutes, with very little bleeding. No metastatic lesions on the bridge, and in cases where conversión was not necessary, the post operative stay was less than 24 hours. **Conclusions:** Minimally invasive surgery is a procedure that yields very favorable results in the diagnosis and treatment of pelvic cancers, with very few complications and associated morbidity.

Keywords: female genital neoplasms; hysterectomy; minimally invasive surgical procedures.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de mínimo acceso (CMA) no es una disciplina en sí misma, sino un área de la cirugía que abarca todas las disciplinas quirúrgicas. Es un método invasivo que consiste en realizar operaciones mayores a través de incisiones pequeñas, con el uso habitual de sistemas de imagen de alta tecnología, para minimizar los daños a la exposición quirúrgica.(1,2)

En ginecología, una de las áreas con mayores cambios y logros en los últimos años es la cirugía del cáncer. La llegada de la cirugía laparoscópica ha permitido su uso en el tratamiento de pacientes con



cáncer de endometrio y de cuello uterino en estadio temprano, así como en el estadio quirúrgico del cáncer de ovario.(3–5)

Los avances en cámaras, equipos, iluminación y fibra óptica han permitido el uso de la laparoscopia en procedimientos más complejos, incluidos los cánceres del tracto reproductivo femenino. Los datos disponibles, aunque limitados, indican que los resultados oncológicos a largo plazo son similares a los logrados después de la cirugía laparoscópica.(6)

Aunque efectivamente existen pautas que limitan el uso de la CMA, el abordaje laparoscópico tiene ventajas sobre la histerectomía abdominal total tradicional. Estos incluyen un acceso a la incisión más pequeño, una menor pérdida de sangre durante la cirugía, menos infecciones, hernias y hematomas en el sitio quirúrgico, menos impacto en el sistema inmunológico, mayor satisfacción del paciente, estadías hospitalarias más cortas y un regreso más rápido al trabajo.(7)

Los avances en el desarrollo y mejora de los instrumentos laparoscópicos han revolucionado la laparoscopia para pacientes con cáncer ginecológico. En los últimos años, la CMA es una práctica que ha revolucionado el tratamiento del cáncer y contribuido al desarrollo de una nueva rama de la tecnología quirúrgica.

Dada la experiencia con estos procedimientos quirúrgicos en esta institución, el propósito de este estudio fue caracterizar la cirugía mínimamente invasiva para los cánceres ginecológicos en pacientes del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba (INOR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, cuyo universo de estudio fueron 489 pacientes con cáncer ginecológico que fueron intervenidas mediante CMA, en el período comprendido desde el 1° de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2023, en el servicio de Ginecología Oncológica del Instituto de Oncología y Radiobiología. La muestra estuvo constituida por las 489 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico histológico de adenocarcinoma de endometrio en sus variedades papilar seroso, endometriode, células claras y el carcinosarcoma diagnosticado mediante dilatación y curetaje, o histeroscopia.
- Pacientes con diagnóstico de carcinoma de cérvix en etapa IA1 (carcinoma microinvasor).
- Pacientes con tumor de ovario con indicación de biopsia y estadiamiento de la enfermedad.

La información de cada paciente se obtuvo de la historia clínica y de la hoja de recogida de datos. Las variables incluidas en el estudio fueron la edad, color de piel, índice de masa corporal (IMC), diagnóstico, tipo histológico, tipo de proceder quirúrgico, duración de la cirugía, conversión quirúrgica y complicaciones.

Se confeccionó una base de datos en una hoja de cálculo electrónica en Microsoft Excel para sintetizar toda la información. Los datos fueron analizados, procesados y presentados en cifras absolutas y porcentuales, mediante tablas y gráficos.



Este estudio se realizó con el cumplimiento de las regulaciones del Comité de Ética de la Investigación del INOR. En el desarrollo de esta investigación se mantuvo como premisa la confidencialidad de los datos de la historia clínica y de la hoja de recogida de datos de todas las pacientes, por lo que no se recogieron datos que permitieran la identificación de los pacientes sujetas a la investigación.

RESULTADOS

En la *tabla 1* se muestran los datos generales de las pacientes estudiadas. Predominaron las mujeres con 60 años y más, con más de la mitad de los casos (53,9 %). Los colores de piel predominantes fueron blanco y negro, con el 37,2 y 36,6 % respectivamente, mientras que las normo peso fueron el 64,6 %. No se constaron mujeres bajo peso.

Tabla 1:

Datos generales

Variables	No.	%
Edad		
• Menos de 50 años	82	16,8
• 50 a 59 años	143	29,3
• 60 años y más	264	53,9
Color de piel		
• Blanca	172	37,2
• Mestiza	128	26,2
• Negra	189	36,6
Evaluación nutricional		
• Bajo peso	0	-
• Normo peso	316	64,6
• Sobrepeso / Obesa	173	35,4

Fuente: elaboración propia.

En la *tabla 2*, aparecen las principales indicaciones del proceder. La que tuvo mayor proporción como indicación fue el adenocarcinoma de endometrio, con casi la mitad de los casos (48,9 %). Siguió en orden de frecuencia el carcinoma de cérvix, con el 34,4 %.



Tabla 2:

Indicaciones de la CMA

Indicación	No.	%
Carcinoma de cérvix	168	34,4
Adenocarcinoma de endometrio	239	48,9
Carcinoma de ovario	82	16,7
Total	489	100,0

Fuente: elaboración propia.

En las biopsias de adenocarcinomas de endometrio (tabla 3), el resultado más frecuente fue el endometroide (64,0 %), mientras que según el grado de diferenciación, lo fue el bien diferenciado (72,4 %). Los indiferenciados tuvieron muy baja prevalencia, con solo el 3,3 %.

Tabla 3:

Resultados de las biopsias de los adenocarcinomas de endometrio

Resultado	No.	Porcentaje
Endometroide	153	64,0
Papilar seroso	57	23,9
Células claras	29	12,1
Total	239	100,0
Grado de diferenciación:		
Indiferenciado	8	3,3
Poco diferenciado	58	24,3
Bien diferenciado	173	72,4
Total	239	100,0

Fuente: elaboración propia.

Por su parte, en los carcinomas de ovario (tabla 4), el resultado más frecuente fue el papilar seroso de alto grado, con el 68,3 % de los casos.



Tabla 4:

Resultados de la biopsia de los carcinomas de ovario

Resultado	No.	Porcentaje
Papilar seroso de alto grado	56	68,3
Mucinoso	17	20,7
Células germinales de alto grado	9	11,0
Total	82	100,0

Fuente: elaboración propia.

En relación con las complicaciones presentadas, fueron pocas y de fácil solución. Se presentaron un total de ocho complicaciones (1,6 % de los casos). Estas fueron cuatro lesiones de vejiga, tres de uréteres y una anestésica. Se realizaron cuatro conversiones (las tres lesiones de uréter y la complicación anestésica).

El tiempo medio quirúrgico fue de 110 minutos, y no se encontraron lesiones metastásicas en puente. Además, el gasto en sutura fue mínimo, y el sangrado reportado fue muy escaso. El tiempo de estadía fue menor a 24 horas, con excepción de las que requirieron conversión.

DISCUSIÓN

A pesar de la limitación de la tecnología y de la evidencia científica, la cirugía laparoscópica ha tenido buen impacto en el campo de la oncología ginecológica. Es evidente que este tipo de cirugía tiene el potencial de revolucionar el tratamiento quirúrgico en el cáncer genital. (8)

En las pacientes evaluadas se encontró que el grupo de más de 60 años fue el más representado, teniendo en cuenta que el adenocarcinoma de endometrio es una enfermedad de mujeres posmenopáusicas y menos común en mujeres jóvenes, y esta enfermedad tuvo una ocurrencia mayor del 50 % en nuestra serie.

Del 2 al 14 % de los adenocarcinomas se presentan en mujeres de 40 años de edad o más. Los resultados de este trabajo fueron similares a los encontrados por varios autores, ya que uno de los grupos etarios de mayor frecuencia (61 a 70 años) incluyó principalmente el cáncer de endometrio. Se plantea que esta neoplasia de la mujer posmenopáusica es diagnosticada en estadios iniciales en el 80 % de los casos, los cuáles serán curados con el tratamiento quirúrgico inicial con o sin manejo adyuvante.(5,7,9)

El cáncer de ovario mantiene un comportamiento igual a la incidencia mundial, el 75 % de los casos son diagnosticados en mujeres >55 años.(4) Algunos expertos plantean que el rol de la CMA en el cáncer de ovario ha evolucionado y se utiliza en la evaluación de la masa anexial compleja, el estadiamiento quirúrgico de la enfermedad inicial (estadiamiento complementario) y, además, para determinar la resecabilidad de la enfermedad avanzada. Las complicaciones por este método laparoscópico en el cáncer ginecológico son mínimas, escaso sangramiento y una rápida recuperación posoperatoria.(8,10,11)



El IMC fue elevado en este estudio, donde las pacientes obesas con diagnóstico de carcinoma endometrial fueron predominantes. Resultados similares obtuvieron Lara y colaboradores,(12) los cuales estudiaron un grupo de pacientes con IMC elevado, donde la cirugía laparoscópica culminó sin complicaciones. Resaltaron, además, que la cirugía laparoscópica en pacientes obesas está dada por el mejor acceso a la pelvis, la mejor visualización al magnificarse la imagen, con lo cual se evitan grandes incisiones que aumentan la morbilidad posoperatoria y la estadía hospitalaria. En ese estudio realizado la obesidad no fue un factor de riesgo para la realización de la cirugía por mínimo acceso.

La obesidad asociada a la edad, es un factor epidemiológico de alta incidencia en el adenocarcinoma (ADC) de endometrio.(9,12) La obesidad es uno de los problemas de salud más frecuentes en el mundo. Diferentes autores coinciden en que la obesidad troncular, el acceso a la cavidad abdominal y la posición de Trendelenburg, asociado al neumoperitoneo, complejizan el acto quirúrgico y anestésico, constituyendo un factor de morbilidad y mortalidad importante. (8,10,12)

En estudios realizados por Molina y otros, se concluyó que la histerectomía laparoscópica es una alternativa terapéutica curativa del cáncer de cérvix en estadio Ia1, con porcentajes de curaciones cercanos al 98 %. No requiere de linfadenectomía pélvica, ya que en este estadio la posibilidad de compromiso ganglionar es menor del 1 %. Por estos motivos se recomienda el tratamiento quirúrgico laparoscópico en estos casos, en lugar de la vía abierta, por lo beneficios ya conocidos. (13)

Simultáneamente, la eficacia es significativa en el cáncer endometrial en su etapa temprana, cuando es operado por mínimo acceso. Así lo plantea en su estudio Zevallos, quien constató la seguridad de la laparoscopia en el tratamiento quirúrgico del cáncer de endometrio, considerada actualmente como la técnica quirúrgica estándar por su factibilidad, seguridad y no inferioridad desde el punto de vista oncológico.(14)

No existen diferencias en la mayor prevalencia del adenocarcinoma de endometrio y los resultados expuestos, con los datos de países desarrollados como Estados Unidos y España, en los que es el tumor maligno ginecológico más frecuente. (5,15)

En Cuba, la investigación de Díaz, del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, mostró un predominio también del cáncer de endometrio.(16) Estos resultados se obtuvieron debido a que la mayoría de las pacientes con adenocarcinoma de endometrio, se diagnosticaron en etapa temprana de la enfermedad, lo que permitió que fueran intervenidas por cirugía mínimamente invasiva, seguidas de las pacientes con diagnóstico de carcinoma de cuello uterino microinvasor.

La estadificación laparoscópica en el ovario se realizó a 12 pacientes, lo que representó el 2,4 % de las pacientes estudiadas. Se plantea que la laparoscopia permite visualizar toda la cavidad abdominal y la extensión de la enfermedad, facilitándole al cirujano la posibilidad de realizar una biopsia del tumor en los casos que no haya un diagnóstico histológico confirmado, además, determinar si por laparotomía se puede lograr una cirugía óptima. (2,4,17)

En las pacientes estudiadas operadas por cirugía laparoscópica obtuvimos un tiempo quirúrgico de 110,0 minutos, siendo el rango normal de la media de duración del acto quirúrgico hasta 143 minutos. Estos



resultados son casi similares a los obtenidos por la mayoría de los autores consultados del país, como Alonso Sicilia, que tuvo una media de duración de 93 minutos en sus primeras 10 operaciones (18).

La histerectomía laparoscópica es un proceder donde difícilmente puede predecirse la duración de la operación(6,18). Estos mismos autores plantean que se puede estimar el tiempo de duración del proceder a partir del conocimiento previo del peso y tamaño del útero. Otro factor que parece incidir es la exposición del campo quirúrgico es la experiencia con el procedimiento y la depuración de la técnica quirúrgica. (10)

En cuanto a lo referido en este estudio a la conversión quirúrgica de laparoscopia a la laparotomía se presentó en 4 pacientes para un 0,8 %. Alonso Sicilia muestra en su estudio resultados parecidos, ya que la conversión guarda relación con la experiencia del equipo quirúrgico.(18)

Una buena selección de la vía de acceso permite sospechar esta eventualidad y posibilita una mejor preparación tanto de la paciente como del equipo de cirujanos. (6,8,10)

En otros estudios el índice de conversión se relacionó con el sangrado intraoperatorio, con el tamaño o forma del útero, el neumoperitoneo y problema eléctrico relacionado con el instrumental. Rocha-Guevara, Beny otros,(19–21) en sus estudios expresaron que los primeros casos convertidos se debieron a la amputación del cuello uterino durante la disección del útero, lesión vesical o ureteral con criterio de exploración y sangramiento en el sitio de inserción de un puerto.

No se observaron diferencias entre lo sucedido con los estudios de Sicilia, donde la totalidad de las pacientes con más de un día de estadía fueron las convertidas a cirugía abdominal abierta y la mayoría de nuestras pacientes fueron dadas de alta en las primeras 24 horas. (18) Otras investigaciones mostraron resultados similares (6,10,11)

Estos resultados muestran que una de las ventajas importantes de la cirugía mínimamente invasiva es su pronta recuperación, comparada con la cirugía abierta. Además, tiene como ventaja la posibilidad de manejar a las pacientes de una forma ambulatoria. La histerectomía no es la excepción, y los resultados de este trabajo así lo muestran.

La estadía hospitalaria con menos de 24 horas en este estudio representó el 99,2 %. Resultados similares se encontraron en el artículo publicado por Calle(22) y Aguilar(23), los que plantearon que el abordaje laparoscópico resultó en una estancia intrahospitalaria significativamente más corta.

El tiempo posquirúrgico con menos de 24 horas y la evolución satisfactoria del paciente permite evaluar la efectividad de la cirugía mínimamente invasiva en el cáncer ginecológico. La habilidad del cirujano sin complicaciones en el proceder quirúrgico y el alta hospitalaria del paciente dentro de las primeras veinticuatro horas son signos que muestran la aplicabilidad de la cirugía mínimamente invasiva en el diagnóstico y tratamiento del cáncer pélvico.

CONCLUSIONES

La CMA es un proceder con el que se obtienen resultados muy favorables en el diagnóstico y tratamiento de los cánceres pélvicos, con muy pocas complicaciones y morbilidad asociadas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Litynski G.S. Laparoscopy - The Early Attempts: Spotlighting Georg Kelling and Hans Christian Jacobaeus. JSLs [Internet]. 1997 [citado 20 de abril de 2024];1(1):83-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3015224/>
2. del Campo J.M. Cáncer de ovario - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. 2022 [citado 21 de abril de 2024]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/ovario?showall=1&start=0>
3. Cervical cancer guidelines. NCCN 2024. [Internet]. [citado 20 de abril de 2024]. Guidelines Detail. Disponible en: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail>
4. Ovarian Cancer Guidelines. NCCN 2024 [Internet]. [citado 20 de abril de 2024]. Guidelines Detail. Disponible en: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail>
5. Uterine neoplasm guidelines. NCCN 2024 [Internet]. [citado 20 de abril de 2024]. Guidelines Detail. Disponible en: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail>
6. Ramos Socarrás AE, Ramos Sosa RH, Vargas La O FA, Neyra Rodríguez CM, Rosabal Estacio JE, Gallardo Arzuaga RL. La Cirugía de Mínimo Acceso en las reintervenciones quirúrgicas: Estudio comparativo. Multimed [Internet]. 2019 [citado 15 de abril de 2024];23(3):460-73. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul193f.pdf>
7. Acosta LL, Diego O de JB, Bornot RD, Pablos JMS, Noa RPE, Escandell SLC. Comportamiento de la cirugía mínimamente invasiva en cáncer ginecológico en el Instituto Nacional de Oncología. Rev Cuba Cir [Internet]. 29 de noviembre de 2022 [citado 15 de abril de 2024];61(3). Disponible en: <https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1431>
8. Vargas Hernández VM. Cirugía laparoscópica en cáncer ginecológico. Revisión. Rev Hosp Jua Mex. 2000;67(1):46-50.
9. Delgado Soler D. Cervical cancer: a systematic review [Internet]. Facultad de Ciencias, Universidad de Girona; 2023 [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/21735/DelgadoSoler.Duna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Valdivia H, Zevallos A, Álvarez M, Santos C, Sánchez M. La cirugía mínimamente invasiva evolución y su aplicación en ginecología oncológica. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 20 de enero de 2014 [citado 15 de abril de 2024];59(4):281-7. Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/66>
11. Montero-Venegas FM, López-González E, Fernández-Villarrenaga Vázquez L. Laparoscopic treatment of patients with endometrial cancer. Ginecol Obstet México [Internet]. 2021 [citado 15 de abril de 2024];89(7):524-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412021000700004&lng=es&nrm=iso&tlng=es



12. Lara-Acosta L, Bosque-Diego O de J, Duran-Bornot R, Linchenat-Lambert A, Crespo-Álvarez A, Lara-Acosta L, et al. Cirugía laparoscópica en pacientes con obesidad mórbida y cáncer de endometrio. Rev Inf Científica [Internet]. diciembre de 2022 [citado 15 de abril de 2024];101(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332022000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=en
13. Molina-Loza E, Altez-Navarro C, Ortiz-Lorencio G. Laparoscopia quirúrgica en cáncer de cuello uterino, en el Hospital IV Huancayo EsSalud. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2011 [citado 21 de abril de 2024];57(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322011000400008&script=sci_arttext
14. Zevallos A. Laparoscopia en cáncer de endometrio. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. julio de 2018 [citado 21 de abril de 2024];64(3):445-54. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322018000300019&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
15. Odetto D, Puga MC, Rey Valzacchi GM, Saadi JM, Zamora LB, Riggi MC, et al. Carcinoma de endometrio de alto riesgo en estadios iniciales: resultados oncológicos, Hospital Italiano de Buenos Aires. Rev Fac Cienc Médicas Córdoba [Internet]. 26 de diciembre de 2023 [citado 15 de abril de 2024];80(4):352-66. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/40821>
16. Ortega ID, Martínez-Pinillo ÁFM, Pérez MM, González JEB, León JFM, Quesada MA de. Estadiamiento videolaparoscópico en el adenocarcinoma de endometrio. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 2014 [citado 21 de abril de 2024];40(1):58-67. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48881>
17. Gadducci A, Aletti GD, Landoni F, Lazzari R, Mangili G, Olivas P, et al. Management of ovarian cancer: guidelines of the Italian Medical Oncology Association (AIOM). Tumori J [Internet]. 26 de octubre de 2020 [citado 15 de abril de 2024]; Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0300891620966382>
18. Alonso Sicilia M, Rodríguez Sigler Y, García Baños L. Histerectomía totalmente laparoscópica en el Hospital General Docente «Iván Portuondo». Rev Cuba Obstet Ginecol. 2017;43(3).
19. Rocha-Guevara ER, Quijano-Castro OF, Cortés-Martínez G, López-Hernández D, Abrego-Vásquez JA, Gómez-Archila JD. Tratamiento laparoscópico del cáncer de endometrio. Experiencia institucional. Gac Mex Oncol [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 21 de abril de 2024];14(1):28-35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920115000061>
20. Ben S, Greif D, Nozar MF, Calderón J, Fernández MX, Ben S, et al. Tratamiento radical mínimamente invasivo en cáncer de cuello uterino invasor: experiencia de la Clínica Ginecotocológica “A”. Rev Médica Urug [Internet]. junio de 2018 [citado 21 de abril de 2024];34(2):29-47. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-



[03902018000200029&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192018000200029&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

21. Montero Lora Y, Ramón Jimenez R, Valverde Ramón C, Escobedo Batista FE, Hodelín Pozo E. Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. MEDISAN [Internet]. mayo de 2018 [citado 21 de abril de 2024];22(5):531-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192018000500010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Calle G G, De Los Ríos P JF, Castañeda R JD, Serna A E, Vásquez R RA, Arango M AM, et al. Histerectomía laparoscópica total: manejo ambulatorio. Experiencia Clínica del Prado, Medellín, Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 21 de abril de 2024];76(6):395-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262011000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Aguilar Villanueva AF, Zavala García A, Arredondo Merino R. Comparación de tasas de complicaciones quirúrgicas entre histerectomía total por vía laparotomía y laparoscópica en un hospital privado de tercer nivel. Acta Médica Grupo Angeles [Internet]. 2019 [citado 21 de abril de 2024];17(4):336-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90096>