

HISTERECTOMÍA VAGINAL EN AUSENCIA DE HISTEROCELE

Angel Luis Millan Rojas¹, Ana Teresa Serrao²

RESUMEN: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, para evaluar la histerectomía vaginal según la técnica de Heaney en 30 pacientes con fibromatosis uterina, sin histerocele atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas, entre julio y diciembre de 2004. El volumen uterino promedio fue de 257 cm³, la técnica de morcelamiento se realizó en 80 % de los casos por úteros voluminosos. La hemoglobina descendió en promedio 1,11 g/dL. Se realizaron 2 laparotomías, una por hemorragia y otra por gran volumen uterino. Las complicaciones fueron lesión vesical (3,5 %), hematoma (1 %) y granuloma de cúpula vaginal (56,7 %). El dolor posoperatorio fue leve y el tiempo promedio de egreso fue de 29 horas.

Palabras clave: Histerectomía vaginal, Histerocele, Fibromatosis, Morcelamiento, Útero.

SUMMARY: It was realized a prospective, descriptive and transversal study to evaluate vaginal hysterectomy according to Heaney's technique in 30 patients with fibroids without hysterocele, attended in Service of Gynecology at Hospital Universitario de Caracas, between July and December 2004. The mean uterine volume was 257 cm³. The morcellation technique was realized in 80 % of cases, for big size of uterus. The mean of hemoglobin decrease was 1.11 g/dL. It were realized 2 laparotomy, one of them was hemorrhage and the other for big size of uterus. The complications were vesical lesion (3,5 %), hematoma (1 %) and granuloma of vaginal cupola. Post surgery pain was light and discharge time was 29 hours.

Key words: Vaginal hysterectomy, Hysterocele, Fibromatosis, Morcellation, Uterus.

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2002 en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas se realizaron 70 histerectomías por patologías benignas uterinas, 62 (88 %), por laparotomía cuya principal causa fue la leiomiomatosis uterina y 8 (12 %) histerectomías vaginales por presentar prolapso uterino⁽¹⁾.

A nivel mundial se acepta que la histerectomía vaginal está indicada cuando existe histerocele, debido a deficiencia de los medios de sostén y fijación. Nuestro trabajo se basa en realizar la histerectomía vaginal en

pacientes sin histerocele utilizando la técnica quirúrgica descrita por Heaney en 1934, modificada con las técnicas de morcelamiento uterino, permitiendo la extracción de úteros voluminosos⁽²⁾.

Varios autores⁽³⁻⁵⁾ avalan este procedimiento por sus múltiples ventajas: menor morbilidad, menor tiempo operatorio, menor sangrado, menor dolor, inicio temprano de la ingestión por vía oral y egreso en corto tiempo.

Figueroide y col.⁽⁵⁾, en un estudio de 300 pacientes sin histerocele, realizaron histerectomía vaginal en el 94 % de los casos y en el otro 6 % de las pacientes restantes se realizó por laparoscopia o laparotomía.

Las contraindicaciones para esta técnica son: tumores anexiales, úteros de más de 1 300 g (tamaño similar a 16 semanas de gestación) y procesos adherenciales severos de la pelvis^(6,8).

1 Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología Venezuela. Adjunto del Servicio de Ginecología. Hospital Universitario de Caracas.

2 Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología Venezuela. Hospital de Clínicas Caracas.

Recibido: 30-10-06.
Aceptado: 24-01-07

Pueden observarse complicaciones al igual que otras vías de abordaje quirúrgico como lesiones vesicales, ureterales, rectales y desgarros vasculares, pero en un porcentaje muy bajo, ya que los instrumentos de separación utilizados como la valva de Auvar y la valva de Briesky, protegen el recto, facilitan la disección y separación de la vejiga y desplazan los uréteres lejos de la zona operatoria (8-10).

El aumento de volumen uterino es una contraindicación relativa para la histerectomía vaginal, escoger un tamaño con el cual resulte preferible el abordaje abdominal no es fácil, la decisión depende más de la forma y movilidad del útero, la idoneidad de la pelvis, la presencia de obesidad, la distancia entre las espinas isquiáticas, y lo más importante la habilidad y experiencia del cirujano.

Muchos úteros de 250 g o más, deben ser morcelados para su extirpación vía vaginal (7,11,12).

Kovac y col. (13) utilizaron la laparoscopia diagnóstica inmediatamente antes de la histerectomía en pacientes con endometriosis, dolor pélvico crónico y una masa en los anexos, pudieron convertir 42 de 46 histerectomías que iban a ser abdominales en histerectomías vaginales, muchas adherencias y focos endometriósicos se eliminaron en la laparoscopia, y muchas masas anexiales eran miomas uterinos pediculados.

La pérdida sanguínea con la técnica de Heaney es en promedio de 180 mL (rango de 50 – 1 050 mL), al compararla con la histerectomía abdominal es menor, pero comparada con la laparoscopia es significativamente mayor (4,8,10,11).

Con respeto a la realización de la anexectomía profiláctica, Benassi (14), comparó ambas vías de abordaje en pacientes con úteros de 200 a 1 300 g con patologías benignas, reportó que la histerectomía puede ser realizada por ambas vías independientemente del tamaño del útero y practicó anexectomías indicadas en 38 pacientes (63 %) de las del grupo de la histerectomía vaginal y en 41 pacientes (69,4 %) del grupo de la histerectomía abdominal sin evidenciar diferencias significativas. Sheth (15), pudo realizar la extirpación de los ovarios por vía vaginal en el 94 % de 740 pacientes sometidas a histerectomía vaginal.

La técnica facilita la corrección de cistocelos, incontinencias urinarias de esfuerzo, enterocelos, rectocelos y desgarros perineales en un mismo tiempo quirúrgico (6,7).

El tiempo quirúrgico es menor cuando se compara con la histerectomía abdominal y la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (4-6,10). El tiempo de hospitalización también es menor cuando se compara con

las otras técnicas de histerectomía (6,7).

El uso de analgésicos y los costos son menores en la histerectomías vaginales en ausencia de histerocele (10,11). Kovac (13), encontró que los costos promedio de la histerectomía abdominal y vaginal asistida por laparotomía son 34,5 % y 72 % respectivamente mayores que la histerectomía vaginal.

En vista de estos beneficios reportados, se realizó el presente estudio para evaluar las ventajas y desventajas de la técnica y determinar la factibilidad de incorporarla en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas como parte del tratamiento quirúrgico en pacientes con patologías benignas de úteros sin histerocele.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, en 30 pacientes con fibromatosis uterina, sin histerocele atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas, entre julio y diciembre de 2004.

Fueron excluidas las pacientes con embarazo, amenorrea sin diagnóstico, sangrado genital activo, infecciones ginecológicas, neoplasias vaginales, histerocele, tamaño uterino superior al equivalente a una gestación de 16 semanas; también fueron excluidas las pacientes núbiles, con lesiones de cadera y tumores anexiales.

Previo consentimiento informado, las pacientes fueron hospitalizadas y bajo anestesia peridural se les realizó histerectomía vaginal aplicando la técnica quirúrgica de Heaney y las técnicas de morcelamiento uterino. Se indicaron antibióticos profilácticos y analgésicos en el posoperatorio.

Se midieron las siguientes variables: edad, paridad, antecedentes de cirugía pélvica, presencia de obesidad, volumen uterino, incidencia de morcelamiento uterino, colpoperineoplastia, ooforectomía, duración de la cirugía, complicaciones intraoperatorias y posoperatorias, presencia de dolor posoperatorio, valores de hemoglobina y hematocrito, uso del servicio de recuperación anestésica y tiempo de hospitalización posoperatorio.

Con el fin de evaluar las características de la muestra estudiada se procedió a calcular los estadísticos descriptivos: media, desviación estándar, puntaje mínimo y máximo de las variables continuas (edad, número de gestas, paridad, índice de masa corporal y volumen uterino) y el cálculo de frecuencia y porcentaje para las variables categóricas (historia de cesárea y cirugía ginecológica

previa).

Para determinar la variación de los parámetros hemáticos en el pre y posoperatorio se realizó un análisis de varianza de medidas repetidas (pre – pos).

Con el fin de evaluar la relación entre los parámetros hemáticos y el tiempo operatorio con el volumen uterino en la histerectomía vaginal sin prolapso, se calculó el coeficiente de correlación R de Pearson (R).

Para determinar la relación entre los antecedentes de cesáreas y la cirugía ginecológica con las complicaciones se construyó una tabla de contingencia con las frecuencias y porcentaje de pacientes y se calculó el coeficiente de asociación C de Cramer.

Se consideró estadísticamente significativo un valor de $P \leq 0,05$.

Analizamos las complicaciones inmediatas de la técnica quirúrgica con el cálculo de la frecuencia y porcentaje.

La obesidad fue definida como índice de masa corporal (IMC = peso/altura²) mayor de 30.

El volumen uterino fue calculado por ultrasonido multiplicando las medidas uterinas según la fórmula: longitud x antero-posterior x transversal x 0,5.

La intensidad del dolor se midió utilizando una escala visual análoga con valor mínimo de 0 y máximo de 10 puntos.

Técnica quirúrgica

Paciente en posición ginecológica. Se realiza vaciamiento parcial de la vejiga, sin dejar sonda de drenaje urinario permanente. La valva de Auvar de rama corta se coloca en el introito vaginal; el cuello uterino se tracciona con una pinza de Pozzi. Se realiza colpotomía posterior y anterior sin llegar a incidir las caras laterales del cuello uterino, se identifica e incide el peritoneo del fondo de saco de Douglas, se separa el recto del campo operatorio con la colocación de una valva vaginal de Auvar de rama larga a través de ésta incisión. Se disecciona el espacio vesicovaginal separando la vejiga del campo operatorio con la colocación de la valva de Breisky o Deaver.

Con la pinza de Heaney Ballentine semicurva se pinza el ligamento útero sacro, la porción inferior del ligamento cardinal, la porción superior de la vagina y parte de la porción inferior del ligamento ancho, se seccionan y con suturan Vicryl® 1, y se refieren en ambos lados. Luego se pinza, secciona y liga la porción superior del ligamento cardinal y parte del ligamento ancho que contiene los vasos uterinos, esta sutura no se refiere (Es importante

mantener tracción constante de la vejiga para mantener alejado el uréter), este procedimiento se repite hasta alcanzar el pedículo anexial, que contiene el ligamento redondo, útero-ovárico y la trompa de Falopio, en úteros poco voluminosos, menores al tamaño de un útero de 8 semanas, se pinza la pared uterina posterior con pinza de Lahey lo que permite bascular el útero a través del fondo de saco posterior, exponiendo los pedículos superiores facilitando el pinzamiento, sección y ligadura, refiriendo las suturas.

En úteros voluminosos es necesario reducir el volumen de los mismos a través de las técnicas de morcelamiento para facilitar la sección y ligadura de los pedículos anexiales y la extracción del útero.

Debe constatarse la hemostasia que es facilitado a través de la tracción de los pedículos referidos, se identifica la mucosa vaginal y el borde del peritoneo y se refieren con pinzas de Allys y se suturan en conjunto con crómico 0 con puntos continuos cruzados, ambas paredes por separado. Y por último se realiza la síntesis de la cúpula vaginal con sutura continua con crómico 0.

Técnicas de morcelamiento uterino

El morcelamiento uterino tiene como objetivo la disminución del volumen uterino, deberá estar siempre precedida de la colpotomía anterior y posterior, sección y ligadura de los ligamentos úteros sacros, cardinales, anclaje de la cúpula vaginal a los parametrios y principalmente la ligadura de los vasos uterinos. Muchas veces se hace necesario combinar varias de las técnicas de morcelamiento para hacer posible la remoción de úteros grandes por vía vaginal. Independientemente de la estrategia empleada, se debe estar orientado en relación con la vejiga, intestino y pedículos anexiales, evitando ejercer una tracción exagerada sobre el útero para prevenir lesión del ligamento útero-ovárico, o laceración del pedículo infundibulopélvico.

1. Hemisección uterina

Descrita por Muller en 1882, consiste en la división anteroposterior del útero en dos mitades, este método es utilizado para la remoción de úteros con miomas fúndicos o localizados en la línea media. Luego de la hemisección se coloca una de las mitades del útero dentro de la cavidad abdominal ampliando así el campo operatorio necesario para el pinzamiento y sección del pedículo anexial contra lateral.

2. Técnica de Lash

Esta técnica fue introducida por Abraham Lash en 1941, y popularizada por Kovac⁽¹³⁾, en 1986. Consiste

en reducir el tamaño uterino sin penetrar a la cavidad endometrial. Es adecuada para extraer úteros globosos o difusamente aumentados de volumen. Reduce el diámetro anteroposterior y transversal del útero seccionando con el bisturí a nivel del istmo de forma circular, intramiometrial, y traccionando el cuello uterino hasta su remoción.

3. Resección en cuña y amputación del cuello uterino.
Es el procedimiento de elección para úteros miomatosos de gran volumen en los cuales las técnicas anteriores no dieron resultado, siendo ésta la más versátil de las técnicas de morcelamiento. En el caso de miomas muy voluminosos que no puedan ser enucleados serán seccionados en cuña. El cuello uterino será seccionado transversalmente a nivel del istmo con el objeto de facilitar la basculación posterior del fondo uterino. La amputación del cuello uterino debe ser evaluada con criterio ya que muchas veces es un importante como medio de tracción y orientación durante la histerectomía vaginal.
4. Morcelamiento fúndico posterior.
Esta técnica es útil cuando existe amplia exposición del fondo uterino pero no se logra bascular el cuerpo con la simple tracción debido al gran volumen del órgano. Será aplicada esta técnica cuando no se logre abrir el peritoneo anterior. La pared uterina posterior será traccionada y serán removidas cuñas de tejido hasta el punto en que la reducción del tamaño del útero sea suficiente para permitir bascular el útero a través del fondo de saco posterior⁽⁶⁾.

RESULTADOS

La edad de las pacientes osciló entre 33 y 53 años con un promedio de 42 años.

En cuanto al número de gestas y paridad presentaron en promedio 3 gestaciones y alrededor de 2 partos, 86 % multíparas.

El índice de masa corporal (IMC) fue en promedio 29, con un valor mínimo de 20,20 y máximo de 34,30.

El volumen uterino promedio fue de 257 cm³, con un valor mínimo de 102 cm³ y máximo de 833 cm³.

Con relación a la historia de cesáreas anteriores observamos que no presentaban antecedentes en el 77 %, y el 33 % si la tenían, (cuatro pacientes con 1, dos con 2 y una con historia de 3 cesáreas anteriores respectivamente). El 96,6 % de las histerectomías se culminó por vía vaginal.

El tiempo operatorio fue en promedio menor de 72 minutos con un mínimo de 30 minutos y un máximo de 150 minutos. El tiempo de hospitalización posoperatorio fue de 29,8 horas con un mínimo de 18 horas y un máximo de 72 horas.

Asimismo, se observó que en la intensidad del dolor tuvo un promedio de 3,5 puntos, sin embargo, el uso de analgésicos no se pudo evaluar por la disposición y administración irregular de los mismos.

Los valores promedio de hemoglobina descendieron de 11,7 a 10,59 con una variación de 1,11 g/dL.

Se observó que el volumen uterino no se relacionó significativamente con los parámetros hemáticos en la medida pre o posoperatoria. Se observó una correlación moderada y positiva con el tiempo operatorio ($r = 0,505$, $P = 0,004$), lo que indica que a mayor volumen uterino en mililitros mayor tiempo operatorio.

Las complicaciones inmediatas ocurrieron en dos pacientes una presentó hemorragia y otra lesión vesical (3 %).

Diecisiete pacientes (56,7 %) presentaron granuloma de cúpula vaginal, una paciente presentó hematoma de cúpula vaginal y 10 pacientes (33,3 %) no presentaron complicaciones.

En cuanto a las técnicas de morcelamiento uterino, observamos que se aplicaron en 24 (80 %) de las pacientes, se ordenan desde una sola técnica, a múltiples a una misma paciente: a 20 pacientes (36,66 %) se le realizó amputación del cuello uterino, a 18 pacientes (60 %) se le realizó hemisección uterina y a 11 (36,66 %) se le realizó miomectomía.

En cuanto a la realización de otros procedimientos quirúrgicos adicionales en el mismo tiempo operatorio a la histerectomía vaginal sin prolapso se realizaron cuatro anexectomías, tres perineoplastias, dos laparotomías (una por hemorragia de punto de partida vaginal en el posoperatorio inmediato y la otra por imposibilidad de completar la remoción del útero por vía vaginal). Adicionalmente se reparó una lesión de vejiga ocurrida en el mismo acto operatorio; una cura de incontinencia urinaria por técnica de mini sling.

El 94,4 % de las pacientes egresó directamente de quirófano a su habitación, sólo dos (6,6 %) necesitaron asistencia en la unidad de recuperación anestésica. Dos pacientes (6,6 %) presentaron infecciones urinarias por *Escherichia coli* y recibieron antibióticos con buena evolución.

Figura 1
Distribución de las pacientes según las complicaciones posoperatorias

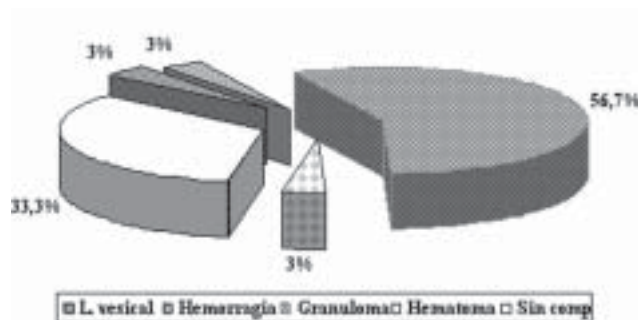
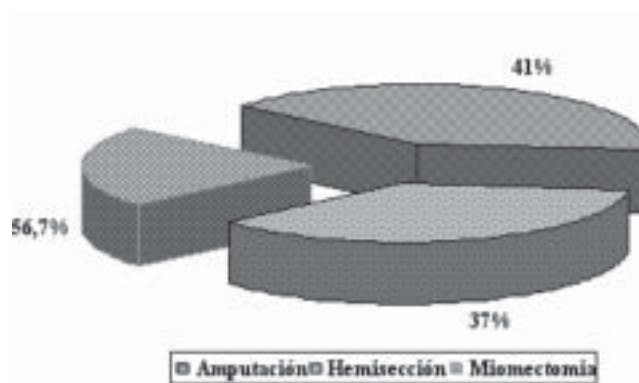


Figura 2
Aplicación de técnicas de morcelamiento*



*(En algunos casos se realizaron varias técnicas).

DISCUSIÓN

La edad y la paridad de las pacientes estudiadas son comparables con los datos reportados en otros estudios^(4,6).

El volumen uterino menor de 833 cm³ calculado por ultrasonidos, permitió que la histerectomía vaginal fuera concluida satisfactoriamente por vía vaginal en el 96,6 % de los casos. Se observó que el volumen uterino no influyó en los valores hematológicos, pero si en el tiempo de duración de la cirugía, y fue estadísticamente significativo a mayor volumen uterino y tiempo operatorio, estos resultados son similares a los reportados por otros

autores^(6,9-11,17). En las pacientes con antecedente de cesárea el tiempo promedio operatorio de 90 minutos, fue veinte minutos más que el tiempo operatorio promedio del estudio que fue de 72 minutos. En la paciente con tres cesáreas anteriores ocurrió la única lesión vesical durante la disección, y se diagnosticó inmediatamente por la salida de orinas por la herida, ya que existía orina almacenada por no tener sonda urinaria permanente; ésta fue corregida en el mismo tiempo quirúrgico, no se produjo fístula vesico-vaginal. No se encontró relación de entre el antecedente de cesáreas y las complicaciones tardías.

La leiomiomatosis uterina fue la indicación de las histerectomías; esto explica el alto porcentaje de utilización de las técnicas de morcelamiento uterino que fue del 80 %, frecuencia mayor a la reportada en otros trabajos de investigación internacionales de 56,7 %^(6,9). No se reportó aumento de morbilidad por el uso de estos procedimientos, se coincide con otros reportes^(7,14,16).

El tiempo operatorio promedio fue de 72 minutos, aceptable cuando se compara con tiempos operatorios promedio de 55 minutos reportados por otros autores⁽⁸⁾.

Las variaciones en los niveles de hemoglobina y hematocrito fueron poco significativas, lo que se explica por el acceso inmediato a los vasos uterinos que disminuye el sangrado operatorio, la variación de la hemoglobina en este estudio fue de 1,11g/dL. Existen trabajos de investigación que calcularon un promedio de pérdida sanguínea de 180 cm³, parámetro que no fue calculado por nosotros, pero llamamos la atención en lo relacionado al descenso de la hemoglobina en lo cual coincidimos^(4,8,10,11).

En el 86 % de las pacientes no hubo complicaciones inmediatas. La histerectomía vaginal resultó posible, con alto grado de seguridad en el 96,6 %, esto sugiere que ésta cirugía puede realizarse con altos beneficios.

Las complicaciones observadas en nuestro estudio coinciden con las reportadas en trabajos similares; sin embargo, difieren en la frecuencia de aparición^(6,8,9).

Hubo cuatro pacientes (13 %) que tenían indicación de anexectomía profiláctica por la edad, y se realizó en todas, aunque no es factible en todos los casos. En muchos reportes de trabajos científicos existe discrepancia en este tópico, unos con baja y otros con alta frecuencia de realización, y aparentemente la diferencia se debe a la experiencia del cirujano^(9,14,15).

Sólo se realizó perineoplastia en tres pacientes (10 %), pero por la facilidad de acceso a la zona se hace factible su realización en todos los casos, al igual que las curas de incontinencia con técnicas de Sling^(6,8).

Un alto porcentaje de pacientes egresó directamente

de quirófano a su habitación, no utilizaron servicio de recuperación anestésica, esto podría obedecer al hecho de que la cirugía vaginal es prácticamente extra peritoneal, con poca o ninguna manipulación de asas intestinales, y sin heridas abdominales.

El dolor posoperatorio fue bajo para una cirugía mayor siendo esta evolución comparable a los reportes de trabajos a nivel internacional^(6,9-11). Esto permitió que las pacientes egresaran a sus casas en promedio, a las 29 horas, situación muy beneficiosa tanto para ellas como para el hospital.

CONCLUSIONES

La histerectomía vaginal en ausencia de histerocele es una técnica con múltiples ventajas y escasas complicaciones que la hacen una técnica de primera elección para el tratamiento de la patología uterina benigna, reservando la histerectomía abdominal para casos complicados o que ameriten exploración abdominal.

REFERENCIAS

1. Estadísticas del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas. 2002
2. Summitt R Jr., Stovall TG, Lipscomb GH, Ling FW. Randomized comparison of laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy with standart vaginal hysterectomy in an outpatient setting. *Obstet Gynecol.* 1992; 80:895-901.
3. Varma R, Tahseen S, Lokugamage AU, Kunde D. Vaginal route as the norm when planning hysterectomy for benign conditions: Change in practice. *Obstet Gynecol.* 2001;97:613-616.
4. Hoffman MS, DeCesare S, Kalter C. Abdominal hysterectomy versus transvaginal morcellation for the removal of enlarged uteri. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171:309-315.
5. Figuereido O. Vaginal removal of the benign nonprolapsed uterus: Experience with 300 consecutive operations. *Obstet Gynecol.* 1999;94:348-351.
6. Figuereido O. Histerectomía vaginal em pacientes sem prolapso uterino análise de 150 casos. *Rev Bras Ginec Obstet.* 2003;19:267-273.
7. Kammerer D. Vaginal hysterectomy with and without morcellation: The University of New Mexico Hospital's Experience. *Obstet Gynecol.* 1996;88:560-563.
8. Dicker R. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 1962;144:841.
9. Figuereido O. Histerectomía vaginal en úteros grandes: Ventajas, Selección de Pacientes e Técnicas de Morcelamiento. *Femina.* 1999;27:763-770.
10. Summitt R Jr. A multicenter randomized comparison of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy in abdominal hysterectomy candidates. *Obstet Gynecol.* 1998;92:321-326.
11. Benassi. Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: A randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:1561-1565.
12. Kovac R. Hysterectomy outcomes in patients with similar indications. *Obstet Gynecol.* 2000;95:787-793.
13. Kovac R. Intramyometrial coring as an adjunct to vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1986;67:131-135.
14. Unger J. Vaginal hysterectomy for the woman with a moderately enlarged uterus weighing 200 to 700 grams. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:1337-1344.
15. Mazdisnian F, Kurzel R. Vaginal hysterectomy by uterine morcellation: An efficient, nonmorbidity procedure. *Obstet Gynecol.* 1995;86:60.
16. Lee NC, Dickers RC, Rubin G, et al. Confirmation of the preoperative diagnosis for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;150:283.
17. Bartscht KD, Delancey JOL. A technique to study the passive supports of the uterus. *Obstet Gynecol.* 1988;72:940.
18. Sheth S. The place of oophorectomy at vaginal hysterectomy. *Br J Obstet Gynecol.* 1991;98:662.

DIRECCIÓN: Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Ginecología, Universidad Central de Venezuela. Los Chaguaramos. 1070 Caracas. Venezuela. Teléfax: 58 212 6336652. .
e-mail: angelmil@cantv.net