

11217
148
2ej

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado



IMSS
DIRECCION

Hospital "Luis Castelazo Ayala" IMSS
Correlación Clínico Histopatológica de los Tumores Benignos
de Ovario en el Hospital de Gineco-Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala"
1989 - 1991

T E S I S

Que, para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

Dr. Héctor Javier Rangel Latorre

Asesor: Dr. J. Federico Menendez Velazquez

Rangel Latorre

México, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES

Jorge Ernesto y Beatriz, porque gracias a ustedes, por su comprensión, su amor y cariño he podido realizar un sueño más en mi vida; el ser especialista. Para ustedes el cariño de siempre y mi eterno agradecimiento.

A MI ESPOSA

Gracias a ti Yolanda porque durante estos tres años de duras tareas y sacrificios tuviste un gran amor, una inmensa comprensión y paciencia para poder llevar a término lo que los dos desde un comienzo empezamos. Gracias por el estímulo para mi superación.

A MIS HERMANAS

Gracias Claudia y Adriana, por la confianza, el estímulo, la alegría y el cariño que me brindaron y que aún nos mantiene unidos aunque lejos, pero cerca de corazón. Siempre viviremos juntos.

A mis familiares y amigos de quienes he recibido grandes muestras de cariño y confianza durante toda mi vida.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACIONES	10
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	12
GRAFICAS	
CONCLUSIONES	16
BIBLIOGRAFIA	18

I N T R O D U C C I O N

Las neoplasias de ovario son el origen más frecuente de los tumores pelvicos, y siempre han constituido un problema de diagnóstico ginecológico. El riesgo de una mujer de padecer una neoplasia de ovario es del 1 al 2%. Las inflamaciones e infecciones son muy raras y por lo general son secundarias a alguna patología de las trompas.

En nuestro medio, la presencia de neoplasias de ovario sigue siendo un motivo principal de consulta ginecológica; ello se debe a la falta de métodos de búsqueda adecuados al logro de identificar poblaciones de alto riesgo en los estudios epidemiológicos y la única prevención que se conoce es la ooforectomía la cual es aconsejable en pacientes perimenopausicas y postmenopausicas.

Indudablemente los tumores ovaricos han existido desde los tiempos más antiguos aunque su estudio y tratamiento quirúrgico no se llevaron a cabo hasta principios del siglo XIX.

Es por esto que se hizo una recopilación de datos sobre casos que se presentaron de tumores benignos de ovario durante 2 años en el Hospital " Luis Castelazo Ayala ", así como su relación histológica, edad, paridad, características clínicas, metodología diagnóstica y el tratamiento quirúrgico empleado.

El propósito de este estudio fue determinar la verdadera incidencia de tumores benignos de ovario, haciendo principal incapié en los tres diferentes grupos histológicos a saber conocidos: epiteliales, germinales y gonadales.

A N T E C E D E N T E S

Los ovarios o glándulas genitales de la mujer son dos formaciones ovoides, situadas a cada lado de la pelvis en las llamadas fositas ováricas; inmediatamente por debajo de las trompas cuya extremidad externa se encurva sobre a manera de arcos, miden alrededor de 3.5 X 1.5 X 1.5 cm.

La superficie externa del ovario tiene una coloración blanquecina opaca. En la niña es lisa, en la mujer adulta presenta cicatrices que corresponden a las distintas ovulaciones y en la anciana toma aspecto rugoso.

Si cortamos el ovario, es posible dividirlo en una sustancia cortical superficial y el una porción central o medular. La sustancia cortical se encuentra recubierta por el llamado epitelio germinativo, constituido por una sola capa de células epiteliales cúbicas.

Por debajo se halla el estroma cortical, que presenta una ligera condensación en contacto con el pitelio germinativo, la túnica albugínea. El estroma está formado por células fusiformes muy apretadas de tejido conectivo observándose entre ellas elementos foliculares y sus derivados.

Las gónadas se originan en un engrosamiento a manera de pliegue (cresta genital) que se encuentra sobre el borde ventral del mesonefro. Se compone esencialmente de epitelio celómico (germinal) que cubre el mesenquima subyacente. A medida que la gónada incipiente se desarrolla, aparece debajo del epitelio celómico cordones de células de aspecto epitelial (cordones sexuales) que se extienden a través del mesenquima y rodean las células germinales.

Después de que el embrión alcanza de 14 a 16 mm. (6 a 7 semanas), la conversión de la gónada en el ovario joven no es tan notable.

El ovario joven parece permanecer en etapa indiferenciada por mayor tiempo. Después de éste tiempo se agrupan en racimos celulares; estos, finalmente, se diferencian transformándose en células de la granulosa de los folículos primordiales.

El mesénquima se desarrolla para formar el estroma ovárico y las células de la teca. En la médula ovárica se desarrollan los cordones sexuales y el mesénquima en una estructura rudimentaria de tipo testicular.

El epitelio germinativo se engruesa y se hace más prominente. Parece que la oogonia se hace oocito cuando entra en la primera de sus divisiones mitóticas. El primer oocito puede identificarse a las 6 semanas y el número máximo es también a los 5 meses cuando se aproxima a los 4.2 millones.

Al nacer no queda ninguna oogonia y los oocitos han disminuido a 2 millones. En el séptimo año de nacimiento solo quedan sino 3 mil.

El ciclo sexual depende completamente de las hormonas gonadotróficas secretadas por la adenohipófisis. Los ovarios que no son estimulados por las hormonas gonadotróficas se conservan completamente inactivos, lo cual ocurre durante toda la infancia, cuando la adenohipófisis casi no secreta hormonas. A la edad de 8 años, la hipófisis anterior empieza a secretar progresivamente cantidades crecientes de hormonas culminando en la iniciación de la vida sexual adulta entre los 11 y los 15 años.

Cada mes del ciclo sexual femenino hay un aumento y disminución periodica de FSH y LH. Estas variaciones cíclicas a su vez provocan cambios cíclicos de las hormonas ovaricas.

Los estrogenos provocan principalmente proliferación de celulas especificas en el cuerpo y son causa de crecimiento de la mayor parte de los caracteres sexuales secundarios en la mujer. La progesterona se relaciona casi totalmente con la preparación del utero para el embarazo, o de la mama para la lactancia. (4, 16).

Podría decirse que la cirugía pelvica nació en los bosques de Kentucky, cuando Ephrain Mc Dowell (1771-1830) extirpó con buen exito un tumor de ovario (5, 16). La publicaciones de Mc Dowell se sus 3 primeras ooforectomías eficaces, señalan ello el comienzo de la cirugía abdominal (5, 16).

En el ovario hay un grupo de formaciones tumorales que no son malignas, de las cuales nos ocuparemos ahora, que van desde los simples quistes foliculares hasta los endometriomas, epiteliales, del estroma, germinales, comprendiendo una gama de sintomatología y cuyo entendimiento se facilita con la fisiología del tracto reproductor (14, 15).

Como muchos de ellos ocurren como consecuencia de alteraciones funcionales, son los mismos productores de sintomatología más ruidosa que los canceres, que se caracterizan en esta area topográfica por el silencio con que progresan en su crecimiento hasta alcanzar un tamaño que llega a ser percibido por la paciente antes de que halla manifestaciones de compresión y dolor. (14, 15).

El ovario tiene un gran potencial para la producción de neoplasias tanto de origen epitelial como conectivo así como para las inflamatorias y quistes no neoplásicos.

Las lesiones benignas son las más frecuentes (86%) y las malignas (14%), representando ésta, la causa de mortalidad entre las neoplasias ginecológicas.

La edad de la paciente es un factor importante en la evaluación, en las pacientes jóvenes se tiende más a una enfermedad benigna. En las adultas jóvenes los quistes fisiológicos de ovario son más comunes, mientras que los tumores malignos son infrecuentes. En las pacientes menopausicas y postmenopausicas todo agrandamiento ovarico debe investigarse con cirugía sin pérdida de tiempo. (1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 12)

Los tumores paraováricos se encuentran muy cerca de la trompa y del ovario, y su origen es paramesonéfrico; se dividen en 3 categorías: mesotelial, tubario y mesonéfrico.

Por otro lado en los tumores en cuales se encuentra ascitis, es necesaria la citología, si la apaciencia macroscópica es de benignidad, se debe realizar biopsia de ovario contralateral por la posibilidad de carcinoma oculto (10,13).

La principal sintomatología que pueden presentar las pacientes con tumores benignos de ovario son: dolor, tumor, aumento del perímetro abdominal, y en la gran mayoría ser asintomáticas (4).

Los tumores de ovario durante el embarazo la mayoría son benignos, siendo en un 35% límites, epiteliales malignos en un 30% y los disgerminomas en el 17%. (17).

El diagnóstico diferencial de agrandamiento ovarico es uno de los más difíciles de los problemas ginecológicos.

Hay algunas normas para sospechar este tipo de problemas: apreciación del problema, gravedad de una masa pélvica, sentido de urgencia diagnóstica, rasgos físicos determinados con el exámen pélvico, edad de la paciente. Cuando se duda del índice de una masa anexial, la laparoscopia es útil para determinar la necesidad de operar. (5).

CLASIFICACION:

El ovario es único en cuanto a la variedad de tumores que se pueden originar de él, algunos tumores primarios de otros órganos pueden dar metástasis, por lo que el número de estos es muy grande.

Todas las clasificaciones en un intento de ser sencillas y completas han originado confusión lo cual ha llevado a un sistema difícil de manejar en el que se han designado con diferentes nomenclaturas un mismo tipo de tumor.

La organización mundial de la salud basa su clasificación en sus características microscópicas celulares y su origen embriológico, similar al aparecido en 1986 por el boletín mexicano de asociaciones de ginecología y obstetricia. (18).

1. TUMORES EPITELIALES:

A. Tumores serosos:

- Benignos
- Malignidad limitrofe.
- Malignos.

B. Tumores Mucinosos:

- Benignos.
- Malignidad limitrofe.
- Malignos.

C. Tumores Endometrioides:

- Benignos.
 - Malignidad limitrofe.
 - Malignos.
- D. Tumores de células claras (mesonefroides):
- Benignos.
 - Malignidad limitrofe.
 - Malignos.
- E. Tumores de Brenner:
- Benignos.
 - Malignidad limitrofe.
 - Malignos.
- F. Tumores epiteliales mixtos:
- Benignos.
 - Malignidad limitrofe.
 - Malignos.
- G. Carcinoma indiferenciado.
- H. Tumores epiteliales no clasificados.

2. TUMORES DEL ESTROMA Y CORDONES SEXUALES:

- A. Tumores de las células de la granulosa y del estroma:
- De las células de la granulosa.
 - Tumores del grupo tecoma-fibroma.
- B. Tumores de las células de Sertoli y Leydig. Androblastomas:
- Bien diferenciados.
 - Diferenciación intermedia.
 - Pobremente diferenciados.
- C. Ginandroblastoma.
- D. No clasificables.

3. TUMORES DE CELULAS LIPOIDES:

4. TUMORES DE CELULAS GERMINALES:

- A. Disgerminoma.
- B. Tumor del seno endodérmico.
- C. Carcinoma embrionario.
- D. Poliembrioma.
- E. Coriocarcinoma.
- F. Teratoma:
 - Inmaduro.
 - Maduro (sólido o quístico).
- G. Formas mixtas.

5. TUMORES DEL MESENQUIMA Y METASTASICOS.

6. QUISTES NO NEOPLASICOS O FUNCIONALES DEL OVARIO:

- A. Quistes de inclusión serosa.
- B. Quiste folicular.
- C. Quiste luteínico.
- D. Quiste del cuerpo lúteo.
- E. Quiste tecaluteínico.
- F. Ovario poliquístico.

El abordaje del diagnóstico y tratamiento, de las neoplasias de ovario debe incluir cierta información sobre los crecimiento no tumorales o quistes funcionales del ovario. La mayoría de las neoplasias de ovario son quísticas y hay que diferenciarlas de los quistes funcionales ya que estos rara vez necesitan tratamiento, y las neoplasias deben tratarse. (4, 6, 9, 11, 18).

J U S T I F I C A C I O N E S

El propósito del presente estudio es conocer la incidencia y frecuencia relativa de los diferentes tipos histológicos de los tumores benignos de ovario como son los epiteliales, germinales y gonadales, así como el grupo de edad, paridad y sintomatología clínica que estos presentan y poder determinar el tratamiento definitivo de los mismos.

Es por ésto que se trata de realizar con el fin de determinar y correlacionar con la literatura mundial, la alta incidencia de tumores benignos de ovario en nuestro Hospital.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Para este estudio de los tumores benignos de ovario en el Hospital de Ginecología y Obstetricia " Luis Castelzo Ayala" se incluyeron todas aquellas pacientes con tumores benignos de ovario en un lapso comprendido entre el 1º de Junio de 1989 al 1º de Junio de 1991. Se revisaron todos los reportes de patología etiquetados como tumores de ovario; de los malignos se obtuvo la cifra total con la finalidad de situar el porcentaje global de los tumores de ovario. De los benignos (grupo de estudio) se recaba la información como el nombre, cédula de afiliación y tipo histológico del tumor, clasificandolas como las verdaderas neoplasias benignas de ovario del tipo epitelial, germinal y estromal y los quistes no neoplásicos o funcionales y del paraovario aportandose solo las cifras globales.

Una vez obtenido el nombre y la afiliación se acude a la obtención de los expedientes clínicos al archivo del Hospital para extraer de ellos las siguientes variables: cuadro clínico como dolor, tumor, aumento del perímetro abdominal, uni o bilateralidad, edad, paridad, diagnóstico y tratamiento.

Una vez obtenida la información se realiza el procesamiento estadístico de dichas variables y diseño de gráficas para así proporcionar los resultados y conclusiones de las mismas.

El presente estudio es retrospectivo descriptivo y observacional.

El tiempo requerido para desarrollar el proyecto es de 6 meses.

R E S U L T A D O S

El total de reportes recopilados a partir del 1º de Junio de 1989 al 1º de Junio de 1991 fueron de 555 casos entre tumores malignos y benignos de ovario, de los cuales se excluyeron todos aquellos con reporte de tumoración maligna.

Se dividieron en dos grupos, para un total de 336 casos. El primero quistes no neoplásicos y del paraovario (162) y el segundo, neoplásias benignas de ovario 174 casos (100%), considerando estos últimos como el universo de trabajo ya que se consideran verdaderas neoplásias benignas de ovario (epiteliales, germinales y del estroma y cordones sexuales). Grafica 1.

Sin embargo se encontró que los quistes funcionales no neoplásicos 106 (31.5%), el más frecuente fueron los de inclusión serosa 50 (47.2%), seguido de los quistes foliculares 32 (30.3%) y quistes del cuerpo luteo 18 (17%). Grafica 2.

Se les hizo el diagnóstico por cirugía en 51 (48.1%), seguidos del ultrasonograma en 21 (19.8%), la sintomatología como dolor, tumor o sintomatología inespecífica fue en 27 casos (25%) y el abdomen agudo en 7 (6.6%). Grafica 3.

Para los tumores del paraovario se presentaron 56 casos (16.6%). El diagnóstico para este tipo de tumores se hizo en base a la sintomatología referida por la paciente, fuese dolor, tumor o sintomatología inespecífica en 21 casos (37.5%) seguido como hallazgo durante cirugía en 15 (26.8%) y el USG en 12 (21.4%). Grafica 4.

El segundo grupo, universo de trabajo, fueron las verdaderas neoplasias benignas de ovario con un total de 174 casos (100%), las cuales a su vez se dividieron en epiteliales, germinales y del estroma y cordones sexuales. Grafica 1.

Las neoplásias epiteliales benignas 110 (100%) se encontró que los del tipo serosos benignos fue el más frecuente 65 (59.1%), seguido de los mucinosos 23 (21%), endometrioides 21 (19%) y solo un tumor de brenner (0.9%). Grafica 5.

La edad en la que con mayor frecuencia se presentan los tumores benignos de ovario tipo epitelial estan entre los 24-34 años con 46 casos (41.8%), seguidos por 35-45 años con 22 (20.4%) y entre los 13 y 23 años con 18 casos (16.3%) y en menor proporción las pacientes entre 68 y 78 años con 3 casos (2.7%). Grafica 6.

La unilateralidad de este tipo de tumores se encontró en 65 casos (60%), similar a la reportada en la literatura mundial, y bilaterales en 45 casos (40%). Grafica 7.

Dentro de los hallazgos diagnósticos el que con mayor frecuencia se presentó para los tumores epiteliales benignos fue a la exploración física en 42 pacientes (38.2%), seguidos por el diagnóstico ultrasonográfico en 40 (36.4%) y diagnóstico transoperatorio en 24 (21.8%). Grafica 8.

En los tumores germinales benignos 49 (100%), se encontró mayor incidencia del teratoma maduro 48 casos (97.9%) y solo un teratoma mesodermico (2.1%). Grafica 9.

Los tumores germinales benignos se encontraron unilaterales 35 (71.2%) mas que los bilaterales 14 casos (28.8%). Grafica 10.

La frecuencia por edades para las neoplasias germinales benignas, el grupo más frecuente se encontró entre los 24 y 34 años con 26 pacientes (53.1%), seguido, por las de 13 a 23 años 8 pacientes (16.3%) y de 35 a 45 10 pacientes (20.4%). Grafica 11.

Se les hizo el diagnóstico a estos mismos tumores por USG en 20 pacientes (40.8%) seguidos por el examen físico 17 (34.4%) y en el momento de la cirugía 12 (24.5%). Grafica 12.

Las neoplasias del estroma y cordones sexuales benignos con un total de 15 casos (100%), el tipo histológico que con mayor frecuencia se presentó fue el fibroma 11 (73.4%), seguido por el tumor de células de la granulosa 2 (13.4%) y en tercer lugar el grupo tecoma-fibroma y tecoma en 1 (6.6%) respectivamente. Grafica 13.

Encontrando para estos a diferencia de los otros dos grupos la bilateralidad en 9 casos (60%) en contraste con la unilateralidad 6 (40%). Grafica 14.

La edad en la cual estos tumores estromales se presentaron fue entre 35 y 45 años 5 pacientes (33.4%), en segundo lugar entre 24 y 34 años 5 pacientes (26.7%), entre 46 a 56 años 3 pacientes (20%). Grafica 15.

El diagnóstico se realizó por USG en 8 pacientes (53.4%) como primera opción diagnóstica, al examen físico y en el transoperatorio 3 para un 20% respectivamente. Grafica 16.

En las neoplasias benignas (germinal, estromal y epitelial) se encontró con respecto al tamaño para el diámetro mayor una media $X=10.7$ y para el diámetro menor $X=9$.

Para los diferentes grupos histológicos en general, la edad que con mayor frecuencia se presentaron está entre los 24 a 34 años 113 (65%), entre 35 y 45 años 43 (24.8%) y 46 a 56 años 14 (8%). Grafica 17.

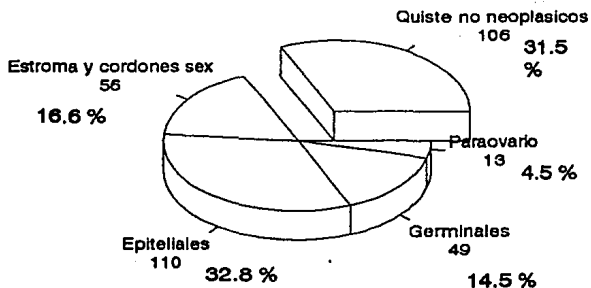
En general la paridad de los tumores benignos del ovario que con mayor frecuencia se presentó fue en las nuliparas 53 (30.4%), en las gestas I 30 (17.2%), en las gestas II 29 (16.7%), gestas III 11 (6.3%), gestas IV 13 (7.5%) y gestas X 8 pacientes (4.6%). Grafica 18.

Para los diferentes grupos histológicos estudiados (germinales, estromales y epiteliales) en relación al cuadro clínico se obtuvo la información en cuanto a la sintomatología referida por la paciente o la ausencia de síntomas; información complementaria como tipo de dolor, movilidad y consistencia no fue referida en los expedientes. Las asintomáticas 79 (44.6%), fue la característica clínica más encontrada, seguida por el dolor 50 (28.2%), tumor 33 (18.6%) y aumento del perímetro abdominal 14 (8%), haciendo notar que en 3 pacientes se presentaron uno o dos síntomas clínicos. Grafica 19.

El tratamiento de las neoplasias benignas de ovario consistió en mayor porcentaje en la ooforectomía 134 (77%) y la histerectomía total abdominal más salpingooforectomía unilateral en 40 casos (23%), por patología uterina asociada. Grafica 20.

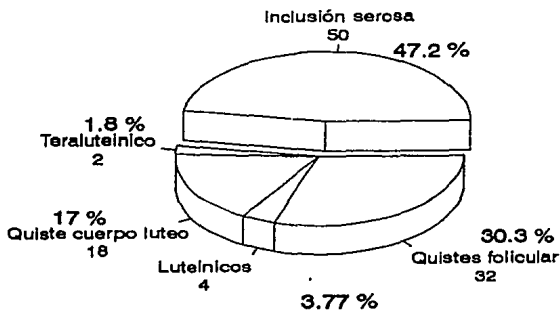
GRAFICA 1

TUMORES BENIGNOS DE OVARIO



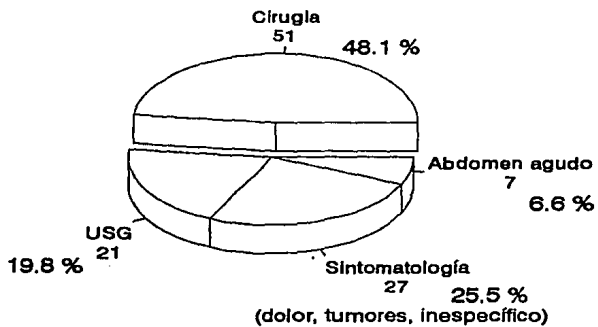
GRAFICA 2

QUISTES NO NEOPLASICOS



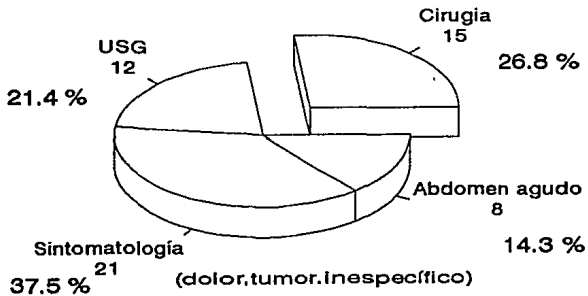
GRAFICA 3

QUISTES NO NEOPLASICOS
DIAGNOSTICO



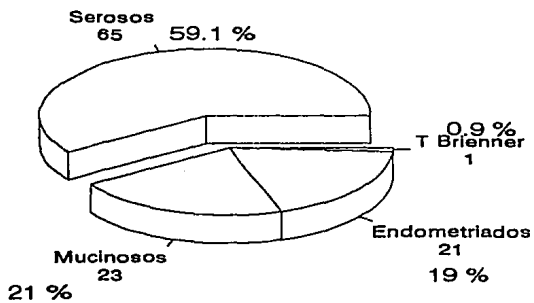
GRAFICA 4

TUMORES DEL PARAOVARIO
DIAGNOSTICO



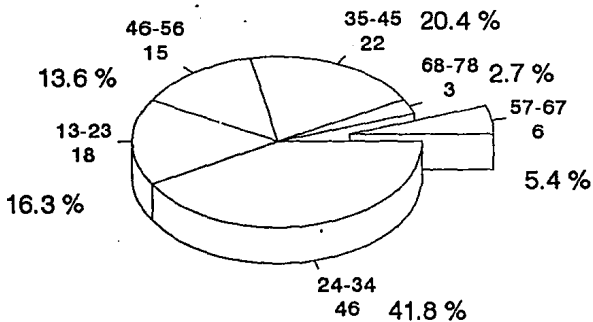
GRAFICA 5

TUMORES EPITELIALES BENIGNOS



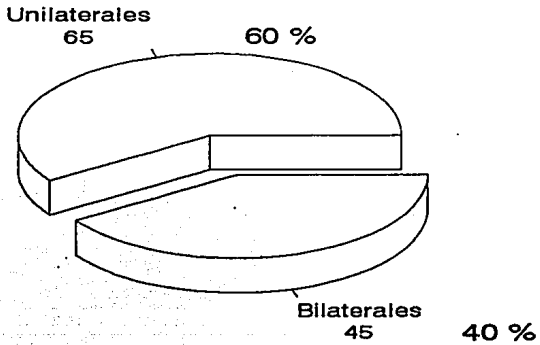
GRAFICA 6

TUMORES EPITELIALES BENIGNOS
EDAD



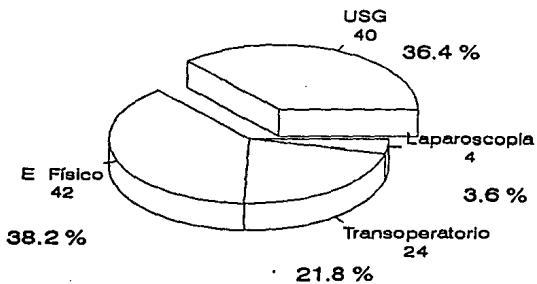
GRAFICA 7

TUMORES EPITELIALES BENIGNOS



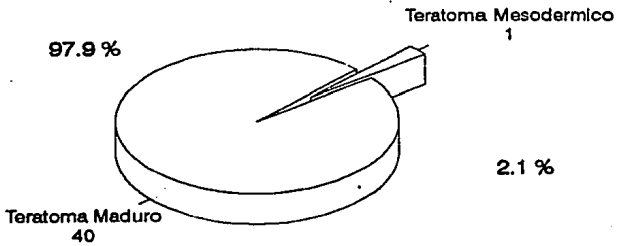
GRAFICA 8

**TUMORES EPITELIALES BENIGNOS
DIAGNOSTICO**



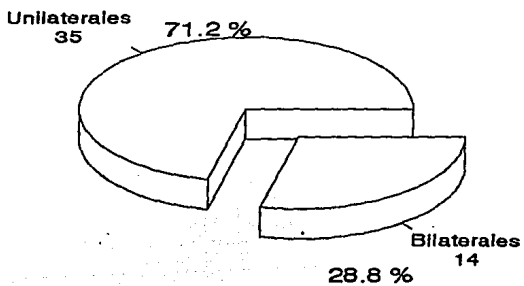
GRAFICA 9

TUMORES GERMINALES BENIGNOS



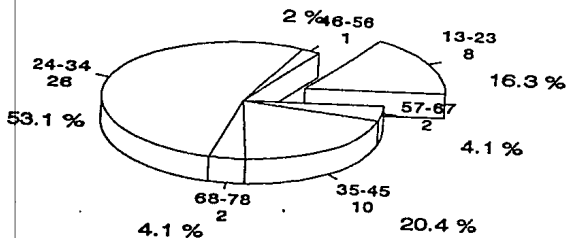
GRAFICA 10

TUMORES GERMINALES BENIGNOS



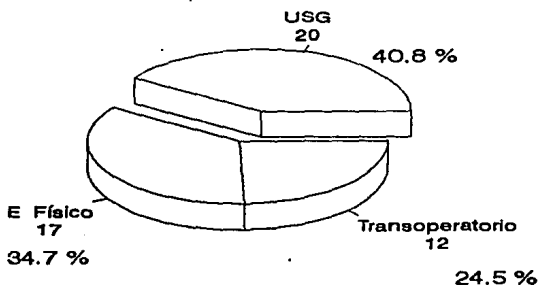
GRAFICA 11

TUMORES GERMINALES BENIGNOS
EDAD



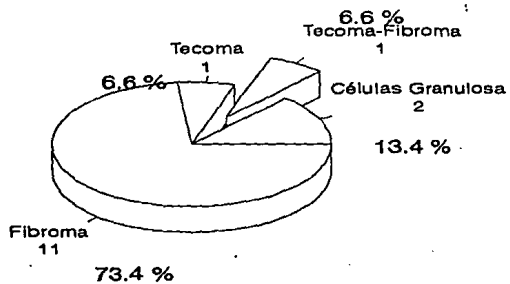
GRAFICA 12

**TUMORES GERMINALES BENIGNOS
DIAGNOSTICO**



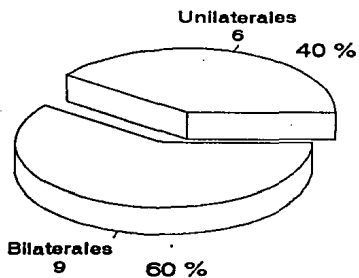
GRAFICA 13

**TUMORES DE ESTROMA Y CORDONES
SEXUALES BENIGNOS**



GRAFICA 14

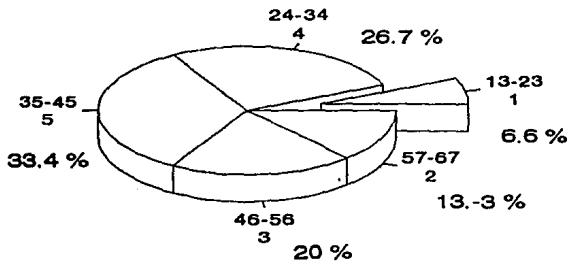
**TUMORES DE ESTROMA Y CORDONES
SEXUALES**



GRAFICA 15

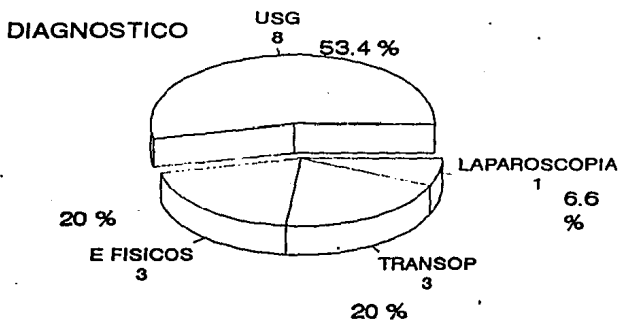
**TUMORES DEL ESTROMA Y CORDONES
SEXUALES BENIGNOS**

EDAD



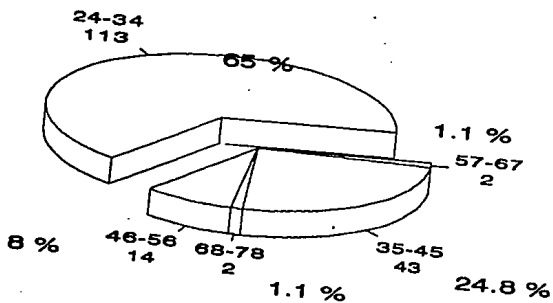
GRAFICA 16

**TUMORES DEL ESTROMA Y CORDONES
SEXUALES BENIGNOS**



GRAFICA 17

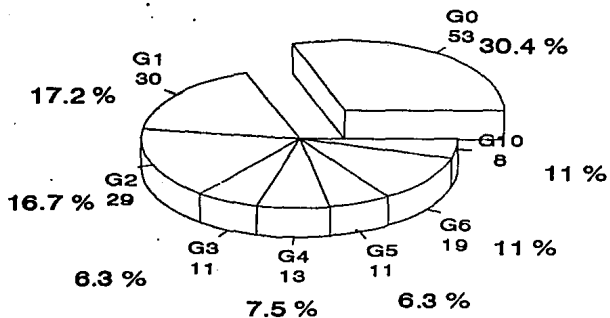
TUMORES BENIGNOS DE OVARIO
EDAD



* EPITELIALES, GERMINALES Y DEL ESTROMA

GRAFICA 18

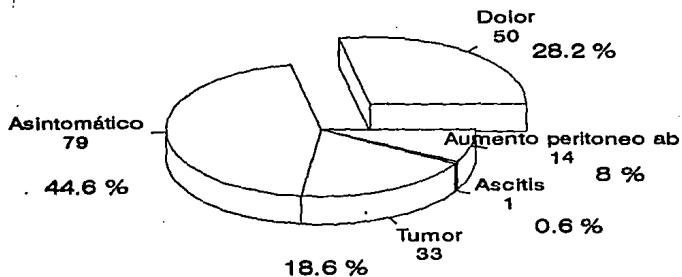
**TUMORES BENIGNOS DE OVARIO
PARIDAD**



* EPITELIALES, GERMINALES Y DEL ESTROMA

GRAFICA 19

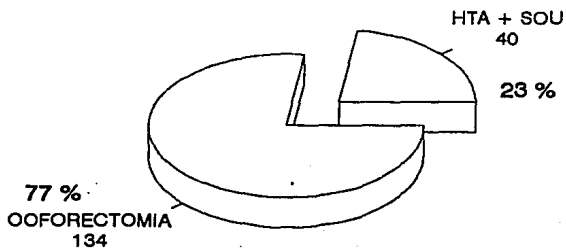
**TUMORES BENIGNOS DE OVARIO
MANIFESTACIONES CLINICAS**



* EPITELIALES, GERMINALES Y DEL ESTROMA

GRAFICA 20

TUMORES BENIGNOS DE OVARIO
TRATAMIENTO



* EPITELIALES, GERMINALES Y DEL ESTROMA

CONCLUSIONES

Para aquellas pacientes en quienes se sospecha tumoración de ovario hay que hacer el diagnóstico diferencial con masas del paraovario y quistes no neoplásicos funcionales.

Las neoplasias de ovario benignas que con mayor frecuencia se presentan son la de origen epitelial. Dentro de este tipo los serosos son los más frecuentes. Similar al reportado en la literatura.

La presentación de las edades tanto para los epiteliales como los germinales son a edades tempranas. La edad de presentación de los estromales es más tardía.

La tendencia de los diferentes grupos a ser unilaterales es similar.

El tamaño de los tumores benignos es mayor al reportado en la literatura mundial en caso de compararlos con los malignos.

Las neoplasias benignas de ovario disminuye el porcentaje de aparición a medida que aumenta la paridad; por lo que se observa una relación inversa entre paridad y presencia de tumor.

La mayoría de estos tumores cursan asintomáticos, pero un buen diagnóstico clínico asociado a pruebas de gabinete y valoración macroscópica del mismo son importantes.

Continua siendo el tratamiento de elección para los tumores de ovario benignos la ooforectomía unilateral.

Dentro de protocolo de estudio deben incluirse pacientes con sospecha de tumores de ovario benignos aquellas que refieran, dolor, tumor, sensación y/o aumento del perímetro abdominal, por lo tanto se debe insistir en un cuidadoso exámen clínico y apoyo paraclínico en caso necesario.

B I B L I O G R A F I A

1. Barbor H.R.K.: GYNECOLOGICAL TUMORS IN CHILDREN AND ADOLE--CENT. *Obstet. Gynecol. Surgery.* 28. 357. 1973.
2. Beck R.P., Latour J.P.A.: REVIEW OF 1019 BENING OVARIAN NEOPLASIA. *Obstet. Gynecol.* 16. 478. 1960.
3. Berend J. Soltman, Jos J.P. Nauta and B. Ramananth Rao: SURVIVAL OF PATIENTS WITH OVARIAN CANCER. *Cancer* 66:740-744, 1990.
4. D.M. Danforth. TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. TUMO--RES DE OVARIO. 1987; 4a. ed. Editorial Interamericana. Capitulo 57 1086-1132.
5. Fox H. Agrowclck.: A CLINICOPATHOLOGYC STUDY OF 92 CASES OF GRANULOSA CELLS TUMORS OF DE OVARY WITH SPECIAL REFERENCE TO THE FACTOR INFLUENCY AND PROGNOSIS. *Cancer* 35:231. 1975.
6. George D. Malkasian Jr. et al.: PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF HISTOLOGIC CLASSIFICATION AND GRADING OF EPITHELIAL MALIGNAN--CIES OF THE OVARY. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 149:274, 1984.
7. Grace F.K. et al.: UNUSUAL CYSTADENOFIBROMAS: ENDOMETRIOID MUCINOUS AND CLEAR CELLA TYPES. *Obstet. and Gynecol.* 54; 6, 729-736. 1979.
8. Goopesing T.D., Rahaman J., Charra D.: A CLINICO PATHOLOGYC STUDY OF OVARIAN NEOPLASM. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 26. 3: 413-6. 1988.
9. John J. Mallory: PAPILLARY OVARIAN TUMORS: EDOMETRIOID CANCERS AND MESONEPHROMA OVARRI. *Am. J. Obstet and Gynecol.* 15. 880-5 1965.

10. James L. Benington et al.: INCIDENCE AND RELATIVE FRECUEN-
CY OF BENING AND MALIGNANT OVARIAN NEOPLASMA. Obstet. and
Gynecol. 32; 5. 627-32. 1968.
11. Lee C.L. et al.: SIMPLIFIED INSTRUMENTATION FOR LAPAROSCO-
PIC OVARIAN CYSTECTOMY. Publication year. 1992. March:15.
12. Holt V.L., et al.: FUNCTIONAL OVARIAN CYSTS IN RELATION TO
THE USE OF MONOPHASIC AND TRIPHASIC ORAL CONTRACEPTIVES.
Obstet. Gynecol: 1992. Apr. 79 (4): 529-33.
13. Lanes S.F., et al: ORAL CONTRACEPTIVE TYPE AND FUNCTIONAL
OVARIAN CYSTS. Am J. Obstet and Gynecol.: 1992. Mar. 166 (3)
956-861.
14. Nour S., et al.: OVARIAN CYSTS AND TUMORS IN CHILDHOOD. J-
R Coll Surg-Edinb: 1992 Feb: 37 (1): 39-41.
- 15 Kazadi B. et al.: HEMORRAGIC CORPUS LUTEUM IN TWO PHASES.
Rev-Fr Gynecol. Obstet 1992. Feb: 87 (2). 85-6.
16. Te Linde. GINECOLOGIA OPERATORIA. TUMORES OVARICOS NEOPLA-
SICOS. 6a ed. Editorial Ateneo. 1990. Capitulo 34. 776-802.
17. R.D. Gani, Z. Shoham, E. Atar.: OVARIAN CARCINOMA DURING
PREGNANCY: A STUDY OF 23 CASES. Gynecology Oncology. 1989; 33:
326-31.
18. Servicio Schering Mexicana S.A.: BOLETIN DE LA ASOCIACION
MEXICANA DE ASOCIACIONES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. PATOLO-
GIA DE' OVARIO. 1986. No 3. 1-19.
19. Novak H.W. TRATADO DE GINECOLOGIA. TUMORES DE OVARIO. 10a.
edición. Editorial Interamericana. Capítulos 22-23. 1985. 497-
580.