

PRESENTACION DE CASO

Teratoma de ovario. Presentación de un caso

Ovarian Teratoma. A Case Presentation

Dra. Yarisdey Corrales Hernández, ⁽¹⁾ Dra. Zuria Elisa Ayala Reina. ⁽²⁾

¹ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Imagenología. MSc. en Urgencias Médicas. Profesora Asistente. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.*

² *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer año en Histología. Profesora Asistente Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos.*

¹ *Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in Imaging. MSc. in Medical Emergencies. Assistant Professor. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos.*

² *Second Professional Degree in General Medicine. Third-year Resident in Histology. Assistant Professor. University of Medical Sciences. Cienfuegos.*

RESUMEN

El aumento de volumen de los ovarios es frecuente en las afecciones ginecológicas. Se presenta el caso de una paciente de 29 años de edad, que acudió al Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, refiriendo dolor abdominal. Se realizó examen físico y ultrasonográfico mediante los que se le diagnosticó una masa en ovario. Se practicó laparotomía y se resecó un teratoma del ovario izquierdo. En el estudio anatomopatológico se comprobó el diagnóstico de teratoma de ovario.

Palabras clave: teratoma; neoplasias ováricas; laparotomía

Límites: humanos; femenino

ABSTRACT

Increased ovarian volume is a frequent feature in gynecological conditions. We present the case of a 29 years old patient who attended the Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital of Cienfuegos referring abdominal pain. Physical and ultrasonographic examinations were performed. The patient was diagnosed with an ovarian-dependent mass. Laparotomy was performed as well as resection of the left ovarian teratoma. The histopathological study confirmed the left ovarian teratoma diagnose.

Key words: teratoma; ovarian neoplasms; laparotomy

Limits: humans; female

Recibido: 5 de febrero de 2012

Aprobado: 5 de abril de 2012

Correspondencia:

Dra. Yarisdey Corrales Hernández.

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Calle 51 A y Avenida 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP: 55 100.

Dirección electrónica: yarisdey.corrales@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Las masas tumorales en hemiabdomen inferior son causa frecuente de consultas ginecológicas; dentro de estas, los tumores de ovario son los más frecuentemente diagnosticados. Hay muchas clases de tumores del ovario, tanto benignos como malignos. Alrededor del 80 % son benignos y la mayoría de ellos aparece en mujeres jóvenes, con edades comprendidas entre los 20 y los 48 años. ^(1,2)

Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y los de la mama, pero constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. ⁽³⁾

La experiencia de la clínica revela la alta incidencia de tumores de ovario en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. ⁽⁴⁾

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos, los cuales se encuentran muy interrelacionados. Diversos factores genéticos embriológicos, entogenéticos, estructurales y funcionales experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme capacidad tumoral: benigna o maligna; tanto es así, que es universalmente aceptado este órgano como el asiento de las afecciones más diversas. ^(1,5)

Los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido, pues si bien muchos de ellos son claramente benignos, otros en su evolución pueden malignizarse. Alrededor del 75-85 % de los tumores de ovario son en principio benignos. ⁽⁶⁾

El diagnóstico precoz es casi imposible, incluso los tumores grandes son asintomáticos y se descubren como hallazgos casuales en una exploración o ecografía. En ocasiones exhiben datos clínicos que hacen que se sospeche, como el crecimiento lento del abdomen, síntomas compresivos, dolor abdominal subagudo. Rara vez exhiben datos indirectos de actividad endocrina o metabólica. ^(1,6)

Presentan ausencia de elementos clínicos demostrables, debido a que se trata de un tumor producido en una cavidad cerrada inaccesible a los métodos de exploración y diagnóstico. Muchas mujeres jóvenes han pagado con sus vidas la evolución silenciosa de esta enfermedad.

La experiencia de la clínica revela la alta incidencia de tumores de ovario en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. ⁽⁷⁾

Por lo general, cuando es detectado, su tamaño es grande y la imagenología puede ayudar a plantear el diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 29 años de edad, color de piel blanca y ocupación cajera, que acudió al Cuerpo de Guardia de Ginecoobstetricia del Hospital General Uni-

versitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, en marzo de 2011, por presentar dolor abdominal.

No refirió antecedentes patológicos personales. En historia obstétrica anterior refirió tres gestaciones, dos partos y un aborto.

Edad de la menarquía: 13 años, con características normales.

Fórmula menstrual actual: 4 / 28, fecha de la última menstruación: 15 de febrero de 2011. No refirió alteraciones menstruales.

Edad de las primeras relaciones sexuales: 16 años.

Método anticonceptivo empleado: condón.

Se decidió su ingreso para estudio y tratamiento.

Examen físico:

Paciente normolínea, con abdomen globuloso.

Peso corporal de 67 Kg y talla: 1,60 cm.

Abdomen: globuloso, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio. Se palpó una tumoración redondeada hacia fosa iliaca izquierda de aproximadamente 4 cm, móvil, de bordes bien definidos, lisos y escasamente movibles.

Examen genital: vulva y periné con características normales. Examen con espéculo: vagina y cérvix de aspecto normal, no leucorrea.

Tacto vaginal: vagina húmeda, cuello no doloroso. Fondo de sacos vaginales normales. Útero en anteverso-flexión (AVF). Se palpó una tumoración, de aproximadamente 4 cm. en la proyección del anejo izquierdo.

Exámenes complementarios:

Hb: 13,4 g/L.

Htto: 0,42.

Eritrosedimentación: 6 mm/h.

Coagulograma: tiempo de coagulación: 1 minuto; tiempo de sangrado: 7 minutos; plaquetas: 193mm/L, coágulo: retráctil.

Serología: no reactiva.

TGO: 1,0 UI

TGP: 1,0 UI

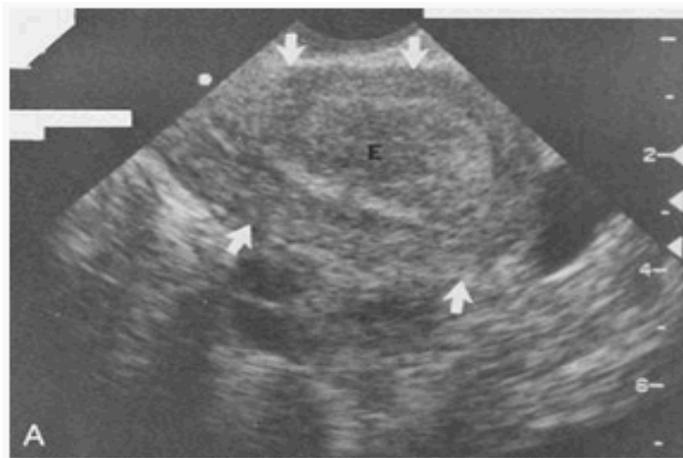
Glucemia: 4,9 mmol/L.

Exámenes imagenológicos:

Rayos X de tórax: normal.

Ultrasonografía: hígado de tamaño normal y ecopatrón homogéneo. Vesícula, bazo, páncreas y ambos riñones normales. Útero en AVF de tamaño normal sin DIU, en la proyección anexial izquierda se observa imagen hipocogénica, sólida, de 50 x 62 mm, no alteración anexial derecha. No adenopatías, falso riñón, ni líquido libre en cavidad abdominal, ni en el fondo del saco de Douglas. (Figura 1 A y B).

Ultrasonido transvaginal: útero de tamaño normal sin DIU. Anejo derecho normal, anejo izquierdo aumentado



Figuras 1A y B. Ultrasonido ginecológico: útero en anteversoflexión de tamaño normal sin DIU, en la proyección anexial izquierda se observa imagen hipocogénica, sólida de 50 x 62 mm. Las flechas señalan con claridad la imagen.

de tamaño de 50 x 62 mm, sólido, de aspecto tumoral. No líquido libre. (Figura 2).



Figura 2. Ultrasonido transvaginal: anejo izquierdo aumentado de tamaño de 50 x 62 mm, sólido, de aspecto tumoral.

contenido graso con calcificaciones en su interior de 100 x 89 mm que no varía su densidad con la administración del contraste, en relación con teratoma. (Figuras 3 y 4).



Figura 3. Tomografía de hipogastrio simple: en el anejo izquierdo se observa imagen de densidades variables y contenido graso en su interior de 100 x 89 mm.

TAC abdominal y de hipogastrio simple y contrastada: hígado de forma, tamaño, localización y densidades normales y homogéneas, no se observa dilatación de vías biliares ni del sistema vascular intrahepático. Vesícula de forma, tamaño, paredes y densidades normales. Litiasis en su interior, no dilatación de vías biliares extrahepáticas. Bazo de forma, tamaño, posición y densidad normales. El páncreas de tamaño, posición, morfología y densidades normales. No procesos quísticos ni sólidos, no dilatación del conducto pancreático, ni colecciones periviscerales. Ambos riñones de tamaño, morfología, localización y densidad normales. No se observa litiasis ni hidronefrosis. Existe buena relación entre parénquima renal y porción excretora. No se observan adenopatías intraabdominales en los cortes realizados. El diámetro, morfología y situación de los vasos intraabdominales son normales, no se observan placas ateromatosas calcificadas. Útero de tamaño y densidades normales. Ovario derecho de características normales. En el anejo izquierdo se observa imagen de densidades variables y



Figura 4. Tomografía de hipogastrio contrastada: en el anejo izquierdo se observa imagen de densidades variables y contenido graso en su interior de 100 x 89 mm que no varía su densidad con la administración del contraste, en relación con teratoma.

La paciente fue sometida a intervención quirúrgica. Se realizó laparotomía exploradora. Se realizó una incisión media infraumbilical, que se prolongó bordeando el ombligo para ampliar el campo quirúrgico.

Hallazgos: útero de aproximadamente 10 cm, anteverso móvil de características macroscópicas normales.

Anejo derecho normal. Anejo izquierdo tumoral de 10 cm, con zonas de tejido graso y calcificaciones en su interior.

Se procedió a realizar anixectomía izquierda, incisión en cuña del anejo derecho y salpingectomía derecha.

Al segundo día de operada se encontraba con evolución satisfactoria. Fue dada de alta.

En la primera consulta de posoperatorio la paciente continuaba asintomática y con evolución normal.

El informe de anatomía patológica arrojó los siguientes resultados:

(I) Se recibe cuña de anejo y trompa marcada como derecha, 1 cuña de ovario que mide 3 x 5 mm, de color blanco nacarado, al corte se observan múltiples formaciones quísticas, cuerpo amarillo, trompa que mide 2,5 x 0,5 mm; superficie lisa, al corte sin alteraciones.

(II) Se recibe lesión tumoral redondeada de aspecto quístico que mide 11 x 7 x 3 cm, de color blanco nacarado que deja los vasos sanguíneos, a su apertura deja escapar líquido amarillento, difuso, dejando ver en su interior tejido graso cartilaginoso, vellos, piel y dientes.

(I) Trompa derecha sin alteraciones histológicas, folículos ováricos en maduración.

(II) Teratoma quístico maduro que presenta piel, dientes, cartilago y tejido adiposo en su interior. (Figuras 6 y 7).



Figura 6. Piezas anatómicas enviadas a Anatomía Patológica en su aspecto macroscópico. Cuña de anejo y trompa marcada como derecha, lesión tumoral redondeada de aspecto quístico que mide 11 x 7 x 3 cm, de color blanco nacarado que deja los vasos sanguíneos.



Figura 7. Lesión tumoral redondeada de aspecto quístico que mide 11 x 7 x 3 cm, de color blanco nacarado que deja los vasos sanguíneos, a su apertura deja escapar líquido amarillento, difuso, dejando ver en su interior tejido graso cartilaginoso, vellos, piel y dientes, en relación con teratoma quístico maduro.

DISCUSIÓN

Los ovarios son glándulas reproductoras encontradas sólo en las mujeres, que producen los óvulos para la reproducción. Los óvulos viajan a través de las trompas de Falopio hacia el útero donde, una vez fertilizado, se implanta y se desarrolla en un feto. Además, los ovarios son la fuente principal de las hormonas femeninas, el estrógeno y la progesterona. Están localizados a cada lado del útero, en la pelvis. ^(1-3,5)

Los ovarios contienen tres tipos de tejidos:

- Células epiteliales, las cuales cubren el ovario.
- Células germinales que se encuentran en el interior del ovario. Estas células forman los óvulos que son liberados hacia las trompas de Falopio cada mes.
- Las células estromales, las cuales forman el tejido de soporte o estructural que sostienen el ovario y que producen principalmente las hormonas femeninas: estrógeno y progesterona.

Tipos de tumores del ovario

Los tumores ováricos reciben su nombre de acuerdo con el tipo de células del que se originó el tumor y si el tumor es benigno o canceroso. Existen tres tipos principales de tumores ováricos: ^(6,7)

- Los tumores epiteliales se originan de las células que cubren la superficie externa del ovario. La mayoría de los tumores ováricos son tumores de células epiteliales.
- Los tumores de células germinales se originan de las células que producen los óvulos.
- Los tumores estromales se originan de las células del tejido estructural que sostienen el ovario y pro-

ducen las hormonas femeninas.

1. Tumores ováricos epiteliales: pueden ser benignos, de bajo potencial maligno y malignos.

Benignos: la mayoría de los tumores ováricos epiteliales son benignos, no se propagan y generalmente no conducen a enfermedades graves. Se incluyen en este grupo los adenomas serosos, los adenomas mucinosos y los tumores de Brenner.

Tumores de bajo potencial maligno: también se les conoce como cáncer ovárico epitelial fronterizo. Estos tumores se diferencian de los cánceres ováricos típicos porque no crecen hacia el tejido de sostén del ovario (llamado estroma ovárico). Asimismo, si se propagan fuera del ovario, como por ejemplo, a la cavidad abdominal, es posible que crezcan en el revestimiento del abdomen, pero no hacia el interior de este.

Estos cánceres tienden a afectar a las mujeres a una edad más temprana que los cánceres ováricos típicos. Crecen lentamente y tienen menos probabilidades de causar la muerte que la mayoría de los cánceres de ovario. Aunque pueden causar la muerte, esto no es común que ocurra.

Tumores ováricos epiteliales malignos: reciben el nombre de carcinomas. Aproximadamente de 85 a 90 % de los cánceres de ovario son carcinomas ováricos epiteliales. Cuando alguien dice que tuvo cáncer de ovario, por lo general significa que se trataba de este tipo de cáncer. Cuando estos tumores se observan con un microscopio, las células tienen varias características que se pueden utilizar para clasificar a los carcinomas ováricos epiteliales en diferentes tipos. El tipo seroso es por mucho el más común, pero existen otros tipos como mucinosos, endometrioides y de células claras.

Si las células no lucen como cualquiera de estos cuatro subtipos, al tumor se le llama indiferenciado. Los carcinomas ováricos epiteliales indiferenciados tienden a crecer y propagarse más rápidamente que los otros tipos. Los carcinomas ováricos epiteliales son clasificados por estos subtipos, aunque también se les asigna un grado y una etapa.

El grado clasifica el tumor de acuerdo con su similitud con el tejido normal en una escala de 1, 2 o 3. Los carcinomas ováricos epiteliales de grado 1 se parecen más al tejido normal y tienden a tener un mejor pronóstico. Por otro lado, los carcinomas ováricos epiteliales de grado 3 se parecen menos al tejido normal y generalmente tienen un peor pronóstico. Los tumores de grado 2 lucen y actúan entre los de grado 1 y 3. ⁽⁸⁾

2. Tumores de las células germinales

Las células germinales son las que usualmente forman los óvulos. La mayoría de los tumores de células germinales son benignos, aunque algunos son cancerosos y pueden poner en riesgo la vida. Menos del 2 % de los cánceres de ovario son de origen de células germinales. En general tienen un buen pronóstico, con más de nueve de cada 10 pacientes sobreviviendo al menos cinco

años después del diagnóstico. Existen varios subtipos de tumores de células germinales. Los más comunes son teratoma, disgerminoma, tumor del seno endodérmico y coriocarcinoma o pueden ser una mezcla de más de un solo subtipo.

Teratoma: el término procede del griego tumor monstruoso. Son tumores de las células germinales con áreas que, al observarse en un microscopio, se asemejan a cada una de las tres capas de un embrión en desarrollo: el endodermo (la capa más profunda), el mesodermo (la capa intermedia) y el ectodermo (la capa exterior). Este tumor de células germinales tiene una forma benigna llamada teratoma maduro y una forma cancerosa llamada teratoma inmaduro. ⁽⁹⁻¹²⁾

El teratoma maduro es, por mucho, el tumor ovárico de células germinales más frecuente. Se trata de un tumor benigno que por lo general afecta a mujeres en edad de procreación (desde jóvenes adolescentes hasta los 49 años). A menudo se denomina quiste dermoide debido a que su revestimiento se asemeja a la piel. Estos tumores o quistes contienen diversas clases de tejidos benignos incluyendo los huesos, el pelo y los dientes. Se cura al paciente mediante la extirpación quirúrgica del quiste. Los teratomas inmaduros son un tipo de cáncer. Se presentan en niñas y mujeres jóvenes, por lo general menores de 18 años. Estos tumores cancerosos son poco frecuentes y contienen células que se asemejan a tejidos embrionarios o fetales, tales como el tejido conectivo, las vías respiratorias y el cerebro. Cuando no se han extendido más allá del ovario y son relativamente más maduros (teratoma inmaduro de grado 1), se curan mediante la extirpación quirúrgica del ovario. Por otro lado, cuando se han extendido más allá del ovario y/o una gran parte del tumor tiene un aspecto muy inmaduro (teratomas inmaduros de grado 2 o 3), se recomienda quimioterapia, además de la extirpación quirúrgica del ovario. ⁽¹³⁻¹⁵⁾

Su diagnóstico se realiza mediante una ecotomografía pelviana o abdominal de rutina, en donde se visualiza un tejido más blanco, ecoesfringente dentro del ovario o un tumor de tipo mixto, en ocasiones también el diagnóstico se realiza durante una cesárea al revisar los ovarios. Es raro encontrar un tumor de este tipo que sea palpable por vía abdominal pero se han reportado casos de tumores gigantes, debido a crecimiento rápido y consulta tardía de las pacientes. ⁽¹⁶⁾

La resonancia nuclear magnética de pelvis tiene un alto rendimiento para el diagnóstico.

Su tratamiento depende del tipo:

1. Teratomas maduros o benignos: la extirpación del tumor se realiza por laparoscopia, pues la técnica de abordaje es segura y menos invasiva, evitando dejar secuelas posquirúrgicas como lo son las adherencias pélvicas que pueden generar infertilidad y dolor pelviano. Si el teratoma es inmaduro el abordaje o cirugía puede realizarse por laparotomía o laparoscopia, en manos de expertos el resultado es el mismo.

(17)

2. Teratomas inmaduros o malignos: el tratamiento quirúrgico es esencial y en caso de una exéresis completa en el estadio I y II, es curativa. Si el estadio es III y IV, el pronóstico cambia y a veces se requiere una segunda revisión para determinar el fin del tratamiento quimioterapéutico.⁽¹⁸⁾

El diagnóstico definitivo de un teratoma se basa en su histología, un teratoma es un tumor con tejido biológico o componentes de órgano que provienen de derivados normales de las tres capas germinativas (endodermo, mesodermo, ectodermo). Raramente no son de alguna de esas tres capas la identificación. Los tejidos de un teratoma, aunque en apariencia normales en sí, pueden ser algo diferentes de los tejidos circundantes, y ser altamente incongruentes, hasta grotescos o monstruosos: los teratomas pueden contener pelos, dientes, huesos y muy raramente órganos más complejos como glóbulo ocular, torso y mano. Usualmente, un teratoma no contiene ningún órgano, sino uno o más tejidos normalmente encontrados en órganos como cerebro, tiroides, hígado y pulmón.^(10,19,20)

Disgerminoma: este tipo de cáncer es poco común, pero es el cáncer ovárico de células germinales más común. Por lo general afecta a mujeres adolescentes y entre 20 y 29 años. Los disgerminomas se consideran malignos (cancerosos), pero la mayoría no crece ni se extienden con mucha rapidez. Cuando están circunscritos al ovario, más del 75 % de las pacientes se curan mediante la extirpación quirúrgica del ovario, sin ningún otro tratamiento. Incluso si el tumor se ha extendido más allá del ovario (o si regresa luego), la cirugía y/o la quimioterapia resultan eficaces en controlar o curar la enfermedad en aproximadamente el 90 % de las pacientes.

Tumor del seno endodérmico (tumor del saco vitelino) y coriocarcinoma: son raros y afectan a ni-

ñas y mujeres jóvenes. Suelen crecer y extenderse con rapidez, pero, por lo general, son muy sensibles a la quimioterapia. Los coriocarcinomas que se originan en la placenta (durante el embarazo), son más comunes que la clase que comienza en el ovario. Los coriocarcinomas placentarios suelen tener una mejor respuesta a la quimioterapia que los coriocarcinomas ováricos.

3. Tumores estromales

Aproximadamente del 1 % de los cánceres de ovario son tumores de células estromales. Más de la mitad de los tumores estromales se presentan en mujeres mayores de 50 años, pero alrededor del 5 % de los tumores estromales ocurren en las niñas. El síntoma más común de estos tumores es el sangrado vaginal anormal. Esto ocurre porque muchos de estos tumores producen hormonas femeninas (estrógeno). Estas hormonas pueden causar sangrado vaginal (como un periodo) que comienza de nuevo después de la menopausia. También pueden causar periodos menstruales y desarrollo de los senos en las niñas antes de la pubertad. Con menos frecuencia, los tumores estromales producen hormonas masculinas (como la testosterona). Si se producen hormonas masculinas, los tumores pueden causar que se detengan los periodos menstruales. También pueden causar crecimiento del vello facial y del cuerpo. Otro síntoma de los tumores estromales puede ser dolor abdominal intenso y repentino, lo que ocurre si el tumor comienza a sangrar. Entre los tumores estromales malignos (cancerosos) se encuentran los tumores de células granulosa (el tipo más común), los tumores de teca-granulosa y los tumores de células de Sertoli-Leydig, los cuales, por lo general, se consideran cánceres de bajo grado. Los tecomas y los fibromas son tumores estromales benignos. A menudo, los tumores estromales cancerosos se encuentran en etapa temprana y tienen un buen pronóstico (más del 75 % de los pacientes sobreviven por mucho tiempo).⁽²¹⁻²³⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ugarte JC, Banasco Dominguez J, Ugarte Moreno D. Manual de Imagenología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
2. Cisterna P, Orellana R. Carcinoma de ovario. Bol Hosp San Juan de Dios. 2007;54(3):137-44.
3. Rodríguez Reigosa JE, Guerrero García LP, Esperón Noa RP, Linchenat Lambert A, Silveira Pablos JM, Díaz Ortega I, et al. Cáncer de ovario en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba: 2001 a 2005. Rev Cubana Cir[revista en Internet]. 2009[citado 9 Abr 2011];48(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
4. Chuaqui B, González B, editores. Manual de patología general. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile; 2002.
5. Bou-Khair RM, Frontera DA, Escobar ME, Gryngarten M, Zuccardi LA. Estruma ovárico benigno: diagnóstico y tratamiento en la adolescencia. Arch Argent Pediatr[revista en Internet]. 2005[citado 20 May 2011];103(6):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752005000600009&script=sci_arttext.
6. Farinetti A, Buttazzi A, Tazzioli G, Saviano L, Saviano M. Giant ovarian cyst. A case weighing 23 kg(50, 6 L). Literature review. Minerva Chir. 2003;58(2):261-5.
7. Yoshikata R, Yamamoto T, Kobayashi M, Ota H. Immunohistochemical characteristics of mature ovarian cystic teratomas in patients with postoperative recurrence. Int J Gynecol Pathol. 2006;25(1):95-100.

8. Álvarez de la Rosa M, Padrón Pérez E, Trujillo Cárdenas JL. Teratoma quístico de ovario con concreciones sólidas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71(4):263-6.
9. Benítez Cáceres H, Parra Lara R, Elorza Dabed J. Teratoma Quístico Hipermaduro del Ovario: Observación de una Mano Rudimentaria. *Int J Morphol.* 2006;24(1):67-70.
10. Marucci G, Collina G. Teratoma cístico maturo ovarico con un piccolo ganglioneuroma. *PATHOLOGICA.* 2006;98(1):41-3.
11. Zagamé L, Pautier P, Duvillard P, Castaigne D, Patte C, Lhommé C. Growing teratoma syndrome after ovarian germ cell tumors. *Obstet Gynecol.* 2006;108(3 Pt 1):509-14.
12. Park HC, Park SH, Kim W, Park JG. Ovarian teratoma presenting as a pedunculated colonic polyp at colonoscopy. *Endoscopy.* 2006;38Suppl2:E36.
13. Bal A, Mohan H, Singh SB, Sehgal A. Malignant transformation in mature cystic teratoma of the ovary: report of five cases and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2007;275(3):179-82
14. Oliva Rodríguez JA. Diagnóstico ultrasonográfico de afecciones ováricas. En: *Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica.* Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 335-58.
15. Yamauchi H, Takahashi A, Hirakata T, Onigata K, Kanazawa T, Ogawa C, et al. Bilateral ovarian teratomas successfully treated by ovary-conserving technique. *Pediatrics International.* 2006;48(2):181-4.
16. Álvarez Sánchez AC. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. *Rev Cubana Obstet Ginecol*[revista en Internet]. 2010[citado 29 Feb 2012];36(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100011&lng=es.
17. Arias Garzón W, Ramírez Durini L, Lugo Soria P, Salgado Macías N. Teratoma sólido maduro de ovario con protusión intrarrectal. Informe de un caso. *Cir Ciruj.* 2009;77(5):403-6.
18. Kumar B, Kumar M, Sen R, Anchal N. Mature solid teratoma of the rectum: report of a case. *Surg Today.* 2008;38(12):1133-6.
19. Socas Macías M, Ibáñez Delgado F, Hernández Enríquez J, Alcántara Gijón F, Durán Farreras I, Hernández de la Torre JM. Quiste mulleriano parametrial derecho. *Rev Esp Enferm Dig*[revista en Internet]. 2005[citado 9 Abr 2011];97(7):[aprox. 10 p.]. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082005000700013&script=sci_arttext&tlng=en.
20. Marion Luna Gozá M, Soberon Varela I, de la Concepción de la Peña AH. Fibrosarcoma gigante de ovario: a propósito de un caso. *Rev Cubana Cir*[revista en Internet]. 2008[citado 9 Abr 2011];47(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
21. Echemendía Pérez M. *Ginecología Oncológica Pelviana.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
22. Sánchez Aguilar JR, Bastián Manso L, Castro Guevara JE. Quistes no neoplásicos y neoplásicos de ovario en edad pediátrica. *Archivo Médico de Camagüey*[revista en Internet]. 2006[citado 9 Abr 2011];10(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n4-2006/1010.htm>.
23. Aggarwal A, Lucco KL, Lacy J, Kires S, Gerstle JT, Allen L. Ovarian epithelial tumors of low malignant potential: a case series of 5 adolescent patients. *J Pediatr Surg.* 2009;44(10):2023-7.