

Teratoma ovariano como causa de dor abdominal em criança na idade pré-escolar

Ovarian teratoma as a cause of abdominal pain in preschool children

Camile Rabello Netto Gribel¹, Navarro Santos Gribel²

RESUMO

Introdução: Os tumores ovarianos, raros na infância, apresentam maior incidência entre 8 e 9 anos, tendo pico aos 19 anos. A sintomatologia principal manifesta-se por dor abdominal, massa palpável, febre, constipação e mais raramente polaciúria e disúria. Os teratomas ovarianos maduros embora sejam neoplasias majoritariamente benignas, se malconduzidas, podem evoluir para emergências cirúrgicas. **Objetivo:** Analisar o teratoma ovariano maduro como possível etiologia de dor abdominal crônica em pacientes pediátricos. **Relato de Caso:** Criança, 2 anos e 9 meses, levada ao atendimento médico com relato de dor abdominal crônica, 3 meses de evolução, com períodos de agudização, de forte intensidade, associada à disúria e polaciúria conduzida como principal suspeita infecção do trato urinário (ITU). A partir da clínica compatível, associado a leucocitúrias, mesmo não havendo crescimento bacteriano nas culturas, devido à recorrência do quadro, seguiu-se a propedêutica adequada de investigação de ITU de repetição, através do rastreio de má formações das vias urinárias. O ultrassom abdominal total com dinâmica do trato urinário constatou presença de volumosa formação expansiva originada provavelmente em ovário esquerdo. Estendida a pesquisa diagnóstica foi realizada tomografia computadorizada do abdome e pelve com achados sugestivos de teratoma ovariano esquerdo, exercendo comportamento expansivo local com desvio e compressão de estruturas anatômicas circunvizinhas. Com a hipótese diagnóstica evidenciada foi encaminhada à cirurgia pediátrica e oncologia para tratamento adequado, com realização de ooforectomia e seguimento clínico. **Conclusão:** Importância da propedêutica adequada para casos de dor abdominal crônica em pacientes pediátricos devido à extensão de possíveis diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave: Teratoma; Dor Abdominal; Pediatria.

¹ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Editor Associado Responsável:

Henrique Vitor Leite

Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte/MG, Brasil

Autor Correspondente:

Camile Rabello Netto Gribel

E-mail: camilegribel@hotmail.com

Conflito de Interesse:

Não há.

Recebido em: 25 Abril 2022

Aprovado em: 04 Maio 2022

Data de Publicação: 18 Agosto 2022.

DOI: 10.5935/2238-3182.2022e32407

ABSTRACT

Introduction: Ovarian tumors, rare in childhood, have a higher incidence between 8 and 9 years, peaking at 19 years. The main symptomatology is manifested by abdominal pain, palpable mass, fever, constipation, and more rarely polaciuria and dysuria. Mature ovarian teratomas although they are mostly benign neoplasms, if poorly conducted, they can progress to surgical emergencies. **Objective:** To analyze mature ovarian teratoma as a possible etiology of chronic abdominal pain in pediatric patients. **Case Report:** Child, 2 years and 9 months, taken to medical care with report of chronic abdominal pain, three months of evolution, with periods of sharpness, of strong intensity, associated with dysuria and polaciuria and primary suspected urinary tract infection (UTI). From the compatible clinic, associated with leukocytes, though there is no bacterial growth in the cultures, due to the recurrence of the condition, appropriate propaedeutic investigation of repeat UTI was followed by screening for urinary pathway malformations. Total abdominal ultrasound with urinary tract dynamics was requested, which that found the presence of a large expansive formation probably originating in the left ovary. Extended diagnostic research, the computed tomography of the abdomen and pelvis was performed with findings suggestive of left ovarian teratoma exerting local expansive behavior with deviation and compression of surrounding anatomical structures. With the diagnostic hypothesis evidenced, she was referred to pediatric surgery and oncology for appropriate treatment with oophorectomy and clinical follow-up. **Conclusion:** Importance of adequate propaedeutics for cases of chronic abdominal pain in pediatric patients due to the extent of possible differential diagnoses.

Keywords: Teratoma; Abdominal Pain; Pediatrics.

INTRODUÇÃO

A dor abdominal crônica é uma queixa recorrente em pacientes pediátricos apresentando inúmeras hipóteses diagnósticas a serem investigadas. A investigação diagnóstica deve ser iniciada visando diferenciar quadros de dor abdominal de etiologia orgânica para aqueles funcionais. A realização de uma anamnese bem detalhada, com uma história clínica completa, exame físico minucioso e realização de exames complementares direciona para uma melhor elucidação diagnóstica¹.

Uma hipótese diagnóstica a ser considerada em casos de dor abdominal crônica em paciente pediátricos, apesar de sua baixa incidência, são as neoplasias, dentre elas, os tumores ovarianos, que possuem maior incidência entre 8 e 9 anos, com pico aos 19 anos. A sintomatologia principal manifesta-se por dor abdominal, podendo estar acompanhada de massa palpável, febre, constipação, sangramento vaginal e mais

raramente polaciúria e disúria. Sendo geralmente originários de células germinativas, localizados preferencialmente nas gônadas, os disgerminomas, os tumores do seio endodérmico, os teratomas imaturos, os tumores mistos de células germinativas e os carcinomas embrionários são os tipos mais comuns em pediatria².

O teratoma ovariano maduro ou cisto dermoide é um tumor benigno, mais comum em mulheres na idade fértil, composto por tecidos das três camadas germinativas (ectoderme, mesoderme e endoderme) que pode conter ainda tecido adiposo, pelos, dentes, entre outras células derivadas de outros tecidos. Geralmente não excede 10cm de diâmetro com apresentação clínica assintomática, sendo detectado de forma incidental em exames de imagem³. Apresentam-se na maioria dos casos de forma unilateral⁴. Sintomas como dor, são mais comumente encontrados, quando apresenta torções, ruptura ou infecção. A compressão de estruturas adjacentes é mais frequente quando a massa se encontra com grandes dimensões³.

RELATO DE CASO

Criança, 2 anos 9 meses, acompanhada da mãe, procura atendimento médico com queixa de dor abdominal aguda, em cólica, de forte intensidade associada à disúria e polaciúria. Na história clínica, relata dor abdominal crônica, de 3 meses de evolução, com períodos de agudização, conduzida como principal suspeita infecção urinária (ITU) de repetição, sem confirmação laboratorial, conforme demonstrado nos exames anexados na Tabela 1. Ao exame físico, paciente com bom estado geral, afebril, fácies álgicas, abdome normotenso, ausência de massa palpável com palpação profunda dolorosa difusamente.

Conforme visualizado na Tabela 1, apesar de apresentar sintomas compatíveis com ITU e sedimentoscopia com leucócitos positivos e presença de piócitos não houve crescimento bacteriano em cultura, não firmando, portanto, o diagnóstico de infecção. Contudo, pelas manifestações clínicas sugestivas e recorrência do quadro, a paciente foi, em alguns episódios, tratada, inadequadamente, com antibioticoterapia empírica para ITU e sintomáticos, em suas várias interconsultas em pronto atendimento. Como a paciente havia sido atendida apenas em serviços de urgência/emergência, por diferentes profissionais, não foi realizado propedêutica adequada e medidas de quimioprofilaxia.

Tabela 1. Exames laboratoriais realizados na propedêutica de investigação de ITU.

Data	Urina rotina	Gram de gota	Urocultura	Ureia	Creatinina	Hemograma	PCR
07/07/17	Nitrito negativo Leucócitos ++ Piócitos incontáveis Flora bact muito aumentada	Ausência de microrganismos corados pelo método	Não houve cresc bact	29,0mg/dL	0,8mg/dL	Hb 10,6 Ht 31,3% GL 11.900 Bastões 238 Segmentados 5.235 Plaquetas 220.000	96,0mg/L
22/07/17	Nitrito negativo Leucócitos + Piócitos 10/ campo Flora bact lig aumentada	Raros bastonetes Gram negativos e alguns cocos Gram positivos	Não houve cresc bact	-	-	Hb 12,1 Ht 37,6% GL 10.140 Bastões 0,0 Segmentados 6.084 Plaquetas 327.000	48,0mg/L
30/07/17	Nitrito negativo Piócitos 6/ campo Flora bact normal	Ausência de microrganismos corados pelo método	Não houve cresc bact	-	-	Hb 12,6 Ht 37,8% GL 13.100 Bastões 0,0 Segmentados 4.061 Plaquetas 312.000	<6,0mg/L
03/09/17	Nitrito negativo Leucócitos ++ Piócitos numerosos/ campo Flora bact lig aumentada	Ausência de microrganismos corados pelo método	Não houve cresc bact	30mg/dL	0,47mg/dL	Hb 10,5 Ht 31,1% GL 10.320 Bastões 0,0 Segmentados 5.160 Plaquetas 323.000	24,0mg/L
14/10/17	Nitrito negativo Leucócitos negativos Piócitos 4/ campo Flora bact lig aumentada	Ausência de microrganismos corados pelo método	Não houve cresc bact	-	-	Hb 10,8 Ht 31,6% GL 4.810 Bastões 0,0 Segmentados 3.078 Plaquetas 166.000	<6,0mg/L

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir do quadro de dor abdominal aguda, clínica compatível com ITU, associado ao achado de piúria em 4 das 5 amostras urinárias coletadas no período de 3 meses e, considerando que o valor preditivo desse varia entre 40 e 80%, podendo estar ausente em 23 a 50% dos pacientes com bacteriúria e ITU⁵, optou-se por seguir com a propedêutica de investigação de infecção urinária de repetição, definida como a presença de três episódios em 12 meses ou dois ou mais em 6 meses. Seguiu-se então com o rastreio de má formação das vias urinárias sendo solicitado ultrassonografia (USG) abdominal total com dinâmica do trato urinário.

À USG constatou-se rins com parênquima normal, bexiga com aspecto anatômico normal, sistemas pielocaliniciais e ureteres com aspecto funcional normal, bexiga com capacidade de repleção dentro da esperada para a idade da criança, volume de urina residual desprezível. Não foram observados sinais de aumento da pressão intravesical, afastando hipótese diagnóstica de má formação de vias urinárias.

À USG foi observado presença de volumosa formação expansiva originada provavelmente em ovário esquerdo, heterogênea, de etiologia a esclarecer, tendo como suspeita diagnóstica teratoma ovariano, como pode ser observado nas Figuras 1 e 2.



Figura 1. US abdominal com dinâmica do trato urinário: formação expansiva em pelve esquerda.



Figura 2. US abdominal com dinâmica do trato urinário: formação expansiva em pelve esquerda.

Estendida a pesquisa diagnóstica foi realizada tomografia computadorizada (TC) do abdome e pelve sem administração oral ou venosa de meio de contraste iodado hidrossolúvel.

À TC, o ovário esquerdo não foi visualizado com topografia usual, sendo observada massa complexa e grosseiramente ovalada, com limites precisos medindo 4,7x3,2x5,1cm em seus maiores eixos anteroposterior (AP), látero-lateral (LL) e longitudinal, respectivamente. Massa de densidade heterogênea, salientando-se formações ovoides e mais hipoatenuantes, sugerindo natureza císticas e separadas por septações não uniformes com densidades de partes moles. Região mais centro-caudal da massa evidenciou imagem ovalada e de limites precisos, contornos lobulados e densidade de gordura medindo 1,6x1,7x1,3cm nos eixos AP, LL e longitudinal com imagem de dente radiodenso e malformado em sua intimidade.

Todos os achados descritos pela TC caracterizam, portanto, teratoma ovariano esquerdo, maduro, exercendo comportamento expansivo local, provocando desvio e compressão de estruturas anatômicas circunvizinhas, justificando, portanto, os sintomas apresentados pela paciente de dor abdominal em cólica, disúria e polaciúria.

À TC, o ovário direito apresentava topografia usual, contornos regulares e dimensões anatômicas de 1,5x1,3cm em seus eixos maiores axiais. Apresentava algumas pequenas formações ovaladas e hipodensas de perimeio, sugerindo folículos, sendo o maior de 9,5mm (Figura 3). Bexiga com boa repleção hídrica, apresentando paredes regulares e normoespessas. Conteúdo homogeneamente hipodenso. A porção mais pótero-súpero-lateral esquerda da bexiga está um pouco comprimida por massa pélvica heterogênea. Ausência de linfadenomegalias nos principais sítios abdominais e pélvicos. Ausência de líquido de ascite.

Rins eutópicos, de forma e dimensões habituais, apresentando contornos regulares e parênquima normodenso. Não há indícios de hidronefrose ou mesmo imagens de cálculos. Espaços perirenais livres (Figura 6). Ureteres visibilizados em todo o seu trajeto, de calibre usual, sem focos cálcicos em seu interior. Demais estruturas abdominais e pélvicas não demonstraram alterações ao exame. Os achados tomográficos descritos acima podem ser visualizados nas Figuras 3 e 4.

Com hipótese diagnóstica de teratoma ovariano evidenciada em TC paciente foi encaminhada à cirurgia pediátrica eletiva, mediante ausência de sinais sugestivos de abdome agudo, e oncologia para tratamento adequado. Não foi realizado a dosagem pré-operatória de marcadores tumorais, frente à indisponibilidade da realização deste exame no cenário de saúde pública na qual a paciente estava inserida. Prosseguiu-se, então, com a abordagem cirúrgica de ooforectomia por laparotomia, incisão de Pfannenstiel (Figura 7), sem necessidade de realização de salpingectomia esquerda, preservando a tuba uterina ipsilateral. Não foram encontrados sinais de implante tumoral no restante da pelve da paciente, seguindo assim para acompanhamento clínico.

Paciente evoluiu sem complicações pós-operatórias e recebeu alta após 5 dias de internação, em bom estado

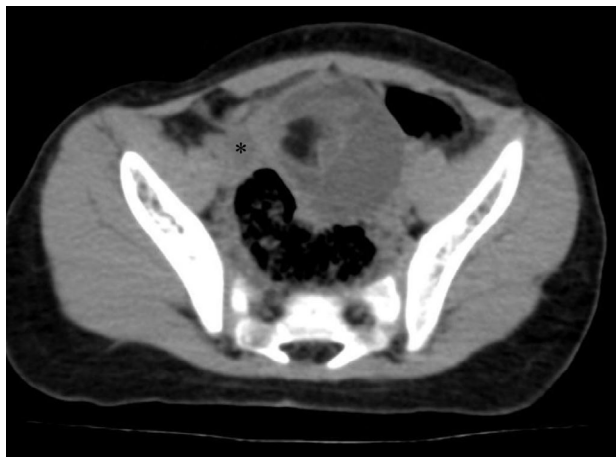


Figura 3. Ovário esquerdo com topografia incomum com massa complexa e grosseiramente ovalada, de densidade heterogênea, destacando formações ovoides e mais hipoatenuantes, sugestivas de natureza cística e separadas por septações não uniformes com densidade de partes moles. Ovário direito com topografia usual, contornos regulares e dimensões anatômicas.



Figura 4. A região mais caudal da massa evidenciou imagem oval de contornos precisos, contornos lobulados e densidade de gordura com imagem do dente radiodenso e malformado em sua intimidade. heterogênea, destacando formações ovoides e mais hipoatenuantes, sugestivas de natureza cística e separadas por septações não uniformes com densidade de partes moles. Ovário direito com topografia usual, contornos regulares e dimensões anatômicas.

geral, sendo agendado retorno 10 dias após a data da alta hospitalar. Vê-se na Figura 8 os aspectos macroscópicos da peça após retirada cirúrgica.

Após confirmação diagnóstica de teratoma ovariano maduro pelo anatomopatológico, sem quaisquer indícios de malignidade e sinais de imaturidade, paciente segue em acompanhamento ambulatorial de rotina e assintomática.

DISCUSSÃO

A paciente foi diagnosticada com teratoma ovariano maduro, unilateral em ovário esquerdo, exercendo comportamento expansivo local, provocando desvio e

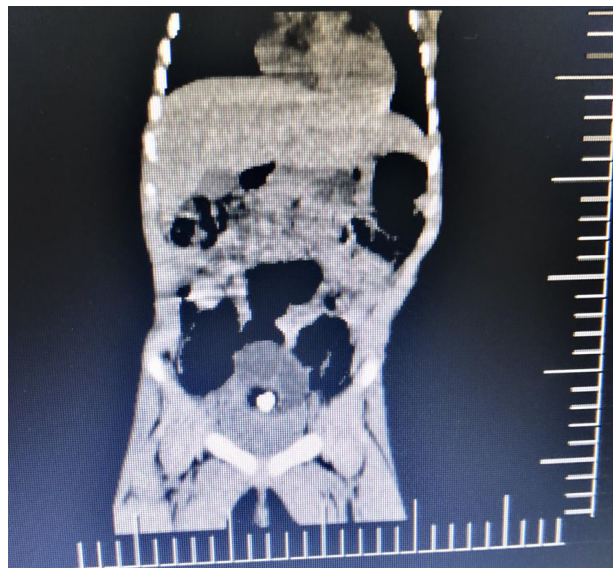


Figura 5. Bexiga com boa repleção hídrica e paredes regulares e normotensas, mais pósterio-súpero-lateral esquerda um pouco comprimida pela massa pélvica heterogênea. O ovário esquerdo não foi visualizado com topografia usual, sendo observada uma massa complexa e grosseiramente oval.

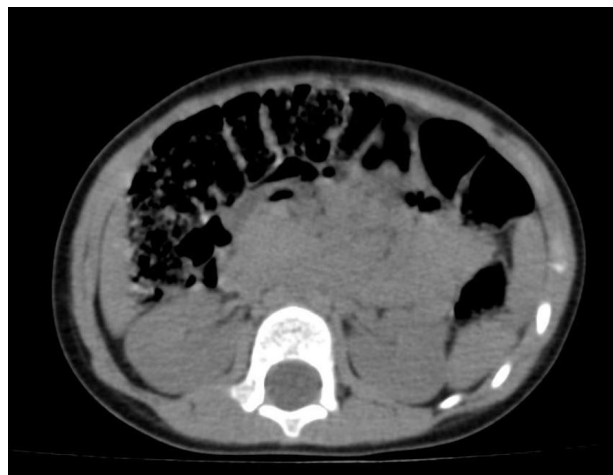


Figura 6. Rins eutópicos, de forma e dimensões usuais, apresentando contornos regulares e parênquima normodenso, sem evidência de hidronefrose e imagens de cálculos.

compressão de estruturas anatômicas circunvizinhas, que provocavam sintomas de dor abdominal em cólica de forte intensidade, disúria e polaciúria, sendo inicialmente confundida com o diagnóstico de infecções urinárias de repetição pela apresentação clínica semelhante. Vale ressaltar que paciente possuía 2 anos, 9 meses e 22 dias na época de apresentação do quadro, idade essa pouco esperada para o quadro apresentado, uma vez que essa é uma patologia mais comum em mulheres na idade fértil³.

A leucocitúria ou piúria se caracteriza por número aumentado de leucócitos e piócitos na amostra urinária indicando, na maioria das vezes, inflamação do trato urogenital. Apesar de apresentar variações nos valores de referência geralmente a presença de 5 leucócitos/campo

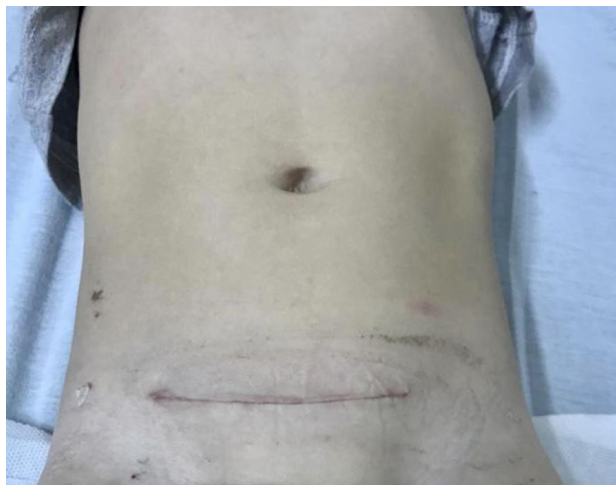


Figura 7. Incisão de Pfannenstiel.



Figura 8. Aspectos macroscópicos da peça após ooforectomia.

(400x), na amostra de jato médio de urina, representa o limite superior da normalidade. A infecção aguda do trato urinário baixa ou alta é a causa mais frequente de leucocitúria, entretanto, outras condições também podem causar essa alteração laboratorial como qualquer doença que esteja induzindo processo inflamatório no trato urinário, como: tumores, cálculos urinários e corpo estranho^{5,6}.

Nos exames laboratoriais da paciente do caso relatado (Tabela 1), percebe-se que a maioria das amostras possuía o achado de leucocitúria/piúria sem a presença de crescimento bacteriano no método Gram e nas culturas, caracterizando então o achado de piúria estéril. Somando esse achado ao exame de PCR elevado, na ausência de quadro infeccioso associado, e a imagem encontrada na TC de uma massa no ovário esquerdo exercendo processo compressivo na bexiga, conclui-se que a piúria provavelmente ocorreu devido ao processo inflamatório que o teratoma causava nas estruturas do trato urinário, sendo assim responsável também pelos sintomas descritos pela paciente, que se confundiram com os de ITU pela apresentação clínica semelhante.

Tratando-se do teratoma ovariano maduro, a ecografia permite realização de diagnóstico na maioria dos casos;

entretanto, a TC é essencial para caracterização de lesões grandes e para excluir componentes de partes moles sugestivos de malignidade. A visualização de tecido com densidade de gordura em lesão anexial cística é diagnosticada como teratoma ovariano³.

Os teratomas ovarianos maduros, apesar de terem apresentação benigna, 1% desses apresenta transformação maligna, justificando assim a intervenção cirúrgica quando detectado. Além disso, a avaliação da presença de sintomas, fatores de risco e desejo de fertilidade são determinantes também na escolha da abordagem médica frente ao cenário. Apresenta raramente complicações, entretanto, a ocorrência dessas é considerada como emergência cirúrgica⁷. A torção ou ruptura do cisto pode evoluir com um quadro de peritonite química, além disso, mais tardiamente, pode ocorrer a drenagem do conteúdo da massa para estruturas adjacentes como bexiga, intestino e vagina, cursando assim com a formação de fistulas^{8,9}.

Em tumores unilaterais, preconiza-se a realização de anexectomia do lado acometido, entretanto, em pacientes pediátricos ou mulheres em idade reprodutiva deve-se buscar a preservação do tecido ovariano remanescente normal⁷. Em casos de ovário contralateral normal em exames de imagem não se recomenda a biopsia desse, sendo esse procedimento contraindicado para evitar aderências ou formação de cistos de inclusão que possam interferir na fertilidade da paciente^{9,10}.

A realização de tumorectomia é a abordagem cirúrgica preconizada para mulheres jovens objetivando a preservação do parênquima ovariano e, consequentemente, as ações hormonais e fertilidade, uma vez que, a conservação do tecido cortical remanescente, por mais que seja escasso, possui folículos capazes de manter essas funções preservadas. Entretanto, a anexectomia unilateral pode ser preferida em relação a tumorectomia ou cistectomia unilateral em casos que não é possível individualizar o parênquima ovariano normal do acometido, principalmente, se tratando de tumores volumosos¹¹.

Diante do quadro de ITU de recorrência em paciente pediátrico, o Departamento Científico de Nefrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), recomenda a realização de ultrassonografia do aparelho urinário e bexiga em todos os pacientes que apresentaram ITU com o objetivo de confirmar/detectar malformações das vias urinárias¹². A USG é recomendada como método de rastreio por ser um procedimento não invasivo, por não expor os pacientes a radiação e por ser abrangente, possibilitando detecção de outras patologias¹⁰.

Mediante os dados apresentados, ressalta-se a importância da realização precoce de USG de abdome no rastreio de diferentes patologias visto que, uma criança com queixa de dor abdominal necessita ser avaliada pelo especialista em pediatria, que após a anamnese e o exame físico completos, indicará a propedêutica mais apropriada. No caso aqui descrito, foi realizada ultrassonografia inicialmente seguida da tomografia.

Como as neoplasias na população pediátrica tem distribuição diferente dos adultos é necessário que os radiologistas estejam familiarizados com os achados ultrassonográficos, tomográficos e de ressonância magnética variáveis das neoplasias ovarianas uma vez que, os achados de imagem desempenham importante papel na investigação dessas condições¹³.

As neoplasias ovarianas são uma condição rara na infância e na maioria das vezes não desencadeiam manifestações clínicas, entretanto, em alguns casos podem apresentar dor abdominal, distensão abdominal ou massa palpável. Pequenos cistos fisiológicos ovarianos são achados comuns em recém-nascidos, pré-púberes e adolescentes que, clinicamente, podem ser de difícil distinção dos tumores ovarianos. Apesar de o teratoma ovariano maduro não ser uma patologia comum em pacientes pediátricos, a realização de investigação adequada em quadros de dor abdominal de forte intensidade é de extrema importância para a realização do diagnóstico precoce uma vez que, embora tenham apresentação majoritariamente benigna seu tratamento cirúrgico inclui a excisão completa do tumor, visando preservar a fertilidade das pacientes sempre que possível, é essencial para evitar complicações tardias que possam trazer riscos e, assim, proporcionar um melhor prognóstico nesses casos^{13,14}.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Usar CRediT – Contributor Roles Taxonomy como referência. (<https://casrai.org/credit/>). As contribuições dos autores estão estruturadas de acordo com a taxonomia (CRediT) descrita abaixo: Conceptualização, Investigação, Metodologia, Visualização & Escrita - análise e edição: GRIBEL, Camile R.N.; GRIBEL, Navarro S. Administração do Projeto, Supervisão & Escrita - rascunho original: GRIBEL, Camile R.N.; GRIBEL, Navarro S; Validação, Software: GRIBEL, Camile R.N. Recursos & Aquisição de Financiamento: GRIBEL, Navarro S. Curadoria de Dados & Análise Formal: GRIBEL, Camile R.N.

COPYRIGHT

Copyright© 2021 Gribel et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Licença Internacional que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Guia Prático de Atualização. Dor abdominal crônica na infância e adolescência [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2019; [citado 2020 Nov 17]; 6:1-10. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20783d-GPA_-_Dor_Abdominal_cronica_Infancia_Adolesc-2.pdf
2. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Documento Científico. Atuação do pediatra: epidemiologia e diagnóstico precoce do câncer pediátrico [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2017; [citado 2020 Nov 17]; 1:1-7. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/C-Doc-Cientifico-Oncologia-Epidemiol-30-mar-17.pdf
3. Vilaverde F, Scigliano H, Souza MR, Reis A. Teratoma maduro do ovário bilateral: uma causa rara de dor abdominal. Rev Med Interna [Internet]. 2016 Out/Dez; [citado 2020 Nov 17]; 23(4):53-4. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v23n4/v23n4a12.pdf>
4. Rosai J, ed. Ackerman's surgery pathology. 8ª ed. Saint Luis: Mosby Year Book; 1996. p. 1461-539.
5. Silva JMP, Vasconcelos MMA, Dias CS, Vasconcelos MA, Mendonça ACQ, Froes B, et al. Aspectos atuais no diagnóstico e abordagem da infecção do trato urinário. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2014; [citado 2020 Nov 17]; 24(Supl 2):S20-S30. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/620>
6. Camargos FC, Lima LC, Mendes EN, Bahia M. Leucocitúria. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2004; [citado 2020 Nov 17]; 14(3):185-9. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1491>
7. Vieira LC, Sfeir SN, Vieira CEF, Bertelli LJ, Vieira PAF. Cistectomia via laparoscópica com preservação do tecido ovariano em teratoma maduro de ovário: relato de caso. Arq Catarin Med [Internet]. 2014 Jul/Set; [citado 2020 Nov 17]; 43(3):73-5. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1305.pdf>
8. Barbosa CA, Soares AA, Lacerda AA, Reis AAC. Teratoma cístico ovariano maduro bilateral. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2003; [citado 2020 Nov 17]; 13(3):218-21. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1553>
9. Almeida AB, Almeida SB. Doenças benignas dos ovários. In: Halbe HW, ed. Tratado de ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 1316-8.
10. Comerci Junior JT, Licciardi F, Breghe PA, Gregorgi C, Breen JL. Mature cystic teratoma: a clinic-pathologic evaluation of 517 cases and review of literature. Obstet Gynecol. 1994 Jul;84(1):22-8.
11. Souza E, Yoshida A, Peres H, Andrade LA, Sarian LO, Derchain S. Preservação da fertilidade e dos ovários em mulheres com tumores anexiais benignos. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2015 Jan; [citado 2020 Nov 17]; 37(1):36-41. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032015000100036&script=sci_abstract&tlng=pt
12. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Documento Científico. Infecção do trato urinário [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2016; [citado 2020 Nov 17]; 1:1-8. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/12/Nefrologia-Infeccao-Trato-Urinario.pdf
13. Lala SV, Strubel N. Ovarian neoplasms of childhood. Pediatr Radiol. 2019 Out;49(11):1463-75.
14. Oelschlaeger AME, Sawin R. Teratomas and ovarian lesions in children. Surg Clin North Am. 2012 Jun;92(3):599-613.

