

Massas e cistos ovarianos e torção ovariana na menina e na adolescente

Do cisto funcional que se resolve sozinho à torção ovariana, emergência cirúrgica com preservação do ovário, passando pelo cisto neonatal, teratoma, tumores de células germinativas, cisto hemorrágico roto, gravidez ectópica e abscesso tubo-ovariano

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A maioria das massas ovarianas da infância e da adolescência é **benigna** (cistos funcionais, **teratoma maduro**). O **cisto funcional simples**, anecoico, sem septos nem parte sólida, tem **conduta expectante com ultrassom de controle** (●); o cisto que persiste ou cresce, o complexo, o teratoma e o **cisto neonatal grande ou complexo** são encaminhados ao especialista (●). Massa sólida ou mista, de crescimento rápido ou com sinais hormonais sugere **tumor maligno**: marcadores (**AFP, beta-hCG, LDH**) e encaminhamento com urgência ao centro de oncologia pediátrica. **Dor pélvica súbita e intensa, muitas vezes intermitente, com vômitos é torção ovariana até prova em contrário** (●): o diagnóstico é cirúrgico, o **Doppler com fluxo não exclui**, e a laparoscopia faz a **destorção preservando o ovário mesmo quando ele parece escuro** (ACOG nº 783, 2019; APSA 2018). Após a menarca, **beta-hCG em toda dor pélvica**: gravidez ectópica, cisto hemorrágico roto com instabilidade e abscesso tubo-ovariano também são ● — pronto-socorro em jejum e com analgesia.

1. O que é e como se apresenta

Massa anexial é qualquer aumento de ovário, tuba ou estruturas vizinhas. A preocupação é dupla: **não perder a torção** e **não operar** lesões que se resolvem sozinhas, preservando a fertilidade.

Cisto funcional (fisiológico): é o folículo que não ovulou ou não involuiu (cisto folicular) ou o corpo lúteo que persistiu. É o achado mais comum da adolescência. Ao ultrassom, imagem anecoica, de paredes finas, sem septos nem papilas, em geral **menor que 6 cm** (SEMA/AEP, Adolescência 2019). Pode causar irregularidade menstrual, peso pélvico ou dor. Cistos de 2–5 cm costumam regredir em 4–5 semanas, e os maiores de 5 cm podem levar cerca de 3 meses (FEBRASGO 2018).

Cisto hemorrágico e sua ruptura: a ruptura causa **dor súbita com líquido livre na pelve**, em geral autolimitada, mas que pode anemizar; o diferencial obrigatório é a **gravidez ectópica rota** (SEMA/AEP 2019).

Cisto ovariano neonatal e da lactente: estimulado pelos hormônios maternos, muitas vezes visto no pré-natal. O **simples de até 4 cm** costuma regredir sem complicação nos primeiros meses; o **maior de 4 cm e o complexo** (debris, nível líquido, septos, parte sólida) têm mais risco de **torção, inclusive intrauterina** — o ovário pode necrosar e "autoamputar-se" (Melinte-Popescu 2023; Bai 2024).

Teratoma maduro (cisto dermoide): o **tumor ovariano mais comum** da criança e da adolescente e a lesão mais frequentemente encontrada quando a torção se associa a massa

(SEMA/AEP 2019; ACOG nº 783). Benigno; ao ultrassom, gordura e calcificações.

Tumores malignos: raros, mas os tumores ovarianos são as neoplasias do trato genital mais comuns na adolescência. Entre 15 e 20 anos, os **tumores de células germinativas** respondem por cerca de 50% dos malignos (FEBRASGO, Protocolo nº 33, 2025):

disgerminoma (o maligno mais frequente; bilateral em cerca de 20%; associação com disgenesia gonadal com cromossomo Y), **teratoma imaturo**, **tumor do saco vitelino**, carcinoma embrionário e coriocarcinoma. Os **tumores do cordão sexual-estroma** (granulosa juvenil, Sertoli-Leydig) produzem hormônios e se apresentam com **puberdade precoce**, **sangramento vaginal**, **hirsutismo ou virilização**. Alerta de malignidade: massa sólida ou mista, crescimento rápido, ascite, perda de peso, sinais hormonais.

Torção ovariana (anexial): rotação do ovário (com ou sem a tuba) sobre o pedículo, que obstrui a drenagem venosa e depois o fluxo arterial; ocorre em qualquer idade, inclusive antes da menarca. Diferentemente da mulher adulta, **em até 46% das meninas e adolescentes o ovário é normal**, sem cisto nem massa; quando há massa, predominam o cisto funcional e o teratoma, e a torção de tumor maligno é rara (ACOG nº 783, 2019). Quadro: **dor súbita no abdome inferior, muitas vezes intermitente**, não irradiada, com **náuseas e vômitos** (cerca de 70%, em geral desde o início da dor — SEMA/AEP 2019); febre é incomum. Na menina pequena, choro inconsolável, vômitos e massa palpável.

Gravidez ectópica: atraso menstrual, dor pélvica, sangramento; a rota causa choque.

Abscesso tubo-ovariano: complicação da doença inflamatória pélvica (DIP), com febre, dor pélvica e massa anexial.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Cisto funcional simples (anecoico, sem septos nem parte sólida, em geral < 6 cm), com dor leve ou nenhuma, abdome sem sinais peritoneais, beta-hCG negativo. Cisto neonatal simples de até 4 cm em bebê assintomático	Expectante, analgesia se dor; ultrassom de controle ; orientar sinais de torção
● Moderada	Cisto que persiste ou cresce nos controles; cisto complexo ou com septos; teratoma ; cisto neonatal > 4 cm ou complexo , assintomático; cisto hemorrágico diagnosticado no serviço , com dor controlada, sem anemia, beta-hCG negativo. Massa sólida ou mista, ascite ou sinais hormonais (suspeita de tumor maligno)	Encaminhar ao ginecologista da infância e adolescência ou ao cirurgião pediátrico; cisto hemorrágico: reavaliar em 24–48 h. Suspeita de tumor maligno: marcadores e encaminhamento com urgência ao centro de oncologia pediátrica
● Grave	Dor pélvica ou abdominal baixa súbita e intensa com náuseas ou vômitos (suspeita de torção), com ou sem massa conhecida; dor intensa sem diagnóstico; beta-hCG positivo com dor ou sangramento (suspeita de ectópica); sinais de hemoperitônio (palidez, taquicardia, hipotensão, síncope, dor no ombro); febre com massa anexial ou peritonite (abscesso tubo-ovariano, DIP grave); lactente com cisto e vômitos, distensão ou irritabilidade	Pronto-socorro com cirurgião pediátrico ou ginecologista , em jejum, com analgesia; não esperar ultrassom no consultório

Fatores de risco que elevam a gravidade

- **Cisto ou massa ovariana conhecida**, sobretudo maior que 5 cm (mais risco de torção), ou torção prévia.
- Dor em crises com vômitos (torção intermitente).
- Vida sexual ativa, atraso menstrual, IST ou DIP prévias (ectópica, abscesso).
- Distúrbio de coagulação (cisto hemorrágico volumoso — ver "A criança que sangra").
- Disgenesia gonadal com cromossomo Y ou diferença do desenvolvimento sexual (risco de tumor de células germinativas).
- Menina pequena (quadro inespecífico).

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese: início, padrão intermitente, vômitos, febre, **data da última menstruação**, sangramento, corrimento, vida sexual e contracepção (perguntadas **a sós com a adolescente**,

com sigilo conforme ECA, CFM e SBP, GPA nº 122/2023), sinais puberais ou de virilização, perda de peso.

Exame: sinais vitais e perfusão, palpação (massa, defesa, descompressão), Tanner, ascite.

Exames — quando e quais:

- **Beta-hCG (urina ou sangue) em toda adolescente após a menarca com dor pélvica ou massa** — gravidez ectópica (NICE NG126, 2019, atualizada em 06/2026; documentos do site sobre dor abdominal). No , não atrasa o encaminhamento.
- **Ultrassom pélvico transabdominal** (com bexiga cheia; transvaginal só na adolescente com vida sexual, com consentimento): primeiro exame em toda massa e na dor pélvica. Ovário aumentado e edemaciado, com folículos na periferia, sugere torção. O **Doppler é normal em mais de 60% das torções** (SEMA/AEP 2019) e **não deve guiar a decisão** (ACOG nº 783).
- **Hemograma, PCR e urina tipo 1** na dor aguda.
- **Marcadores tumorais** — só na massa **sólida, mista ou suspeita** (não no cisto simples): **AFP** (tumor do saco vitelino, teratoma imaturo), **beta-hCG** (coriocarcinoma, disgerminoma, carcinoma embrionário) e **LDH** (disgerminoma); CA-125 e inibina a critério do especialista (FEBRASGO 2025). Na menina com puberdade precoce e massa, estradiol, LH e FSH (ver "Puberdade precoce e puberdade atrasada").
- **Ressonância de pelve e abdome:** na massa complexa ou suspeita, pedida pelo especialista (FEBRASGO 2025).

Diagnóstico diferencial que não pode passar:

- **Torção ovariana** rotulada como cólica menstrual ou gastroenterite.
- **Gravidez ectópica** (beta-hCG não pedido) e **abscesso tubo-ovariano** ou DIP.
- **Apendicite**, infecção urinária, constipação, invaginação.
- **Tumor maligno** (germinativo, do cordão sexual) chamado de "cisto" sem descrição ultrassonográfica.
- Hematocolpo por hímen imperfurado (dor cíclica e massa, com telarca e sem menarca).

4. Tratamento e seguimento

O **pediatra** reconhece a urgência, faz analgesia, pede beta-hCG e ultrassom e segue o cisto funcional simples. O **especialista** (ginecologista da infância e adolescência, cirurgião ou oncologista pediátrico) investiga massas complexas, opera e trata tumores.

Cisto funcional simples (): expectante, com **ultrassom de controle** (Boston Children's: em 2 a 8 semanas); a FEBRASGO (2018) aceita observar até 5–7 cm na adolescente sem

sintomas importantes. Cisto que persiste, cresce, fica complexo ou dá sintomas: encaminhar (🟡).

Cisto neonatal: simples até 4 cm, ultrassom seriado até a resolução; maior de 4 cm ou complexo: cirurgião pediátrico, que opera se crescer ou der sintomas (Melinte-Popescu 2023; Bai 2024).

Teratoma e outras massas benignas: cirurgia eletiva, **laparoscópica, com cistectomia e preservação do ovário**; a punção aspirativa tem alta recorrência (FEBRASGO 2018).

Suspeita de tumor maligno: marcadores (AFP, beta-hCG, LDH) e encaminhamento **com urgência** ao centro de oncologia pediátrica; cirurgia conservadora da fertilidade sem doença extrapélvica e sobrevida de cerca de 90% no disgerminoma (FEBRASGO 2025).

Torção ovariana (🔴) — do cirurgião: laparoscopia diagnóstica sem demora; **destorção com preservação do ovário independentemente do aspecto** — o ovário "azul-escuro" é viável em 88–100% dos casos (SEMA/AEP 2019), o aspecto não prediz a função futura e não há relato de tromboembolismo após a destorção (APSA, Dasgupta 2018). A ooforectomia fica para o ovário que se desfaz por necrose (ACOG nº 783). A **ooforopexia** após um único episódio não tem benefício comprovado (APSA 2018). Em até 50% das laparoscopias não se confirma torção, mas outra causa costuma ser tratada (ACOG nº 783). Seguimento: **ultrassom cerca de 3 meses após a destorção**, antes se houver suspeita de tumor (APSA 2018).

Cisto hemorrágico roto: paciente estável, sem anemia, com beta-hCG negativo: analgesia oral e controle ambulatorial; o líquido se reabsorve em dias (SEMA/AEP 2019). Instabilidade, queda de hemoglobina ou dúvida com ectópica: cirurgia.

Gravidez ectópica e abscesso tubo-ovariano: hospitalares; o abscesso recebe antibiótico IV conforme o PCDT IST do Ministério da Saúde (esquemas em "Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência").

Analgesia (as mesmas doses de "Abdome agudo cirúrgico e apendicite aguda na criança"; a analgesia não mascara o diagnóstico):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Dipirona VO ou IV	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula); padrão do site (SBP 2024: 15–25 mg/kg)
Paracetamol VO	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor; reavaliar após 48–72 h	Máx. 75 mg/kg/dia e 4 g/dia; efeito cumulativo — padrão do site
Ibuprofeno VO	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Enquanto houver dor	A partir de 6 meses; evitar se desidratada, com vômitos persistentes ou suspeita de dengue (padrão do site); preferir dipirona ou paracetamol se houver suspeita de sangramento ativo
Morfina IV (no serviço)	0,05–0,1 mg/kg/dose	4 h (titular a cada 10–20 min)	Dor intensa	SBP, Diretriz nº 177/2024; monitorizada

O que não fazer:

- Não usar **anticoncepcional hormonal para "dissolver" cisto**: ele pode prevenir novos cistos, mas não resolve o existente (FEBRASGO 2018).
- Não pedir marcadores no cisto funcional simples.
- Não esperar Doppler ou tomografia para encaminhar a suspeita de torção.
- Não puncionar massa ovariana.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro com cirurgião pediátrico ou ginecologista:

- Dor pélvica **súbita e intensa**, contínua ou em crises, com **náuseas ou vômitos** — suspeita de torção, mesmo com Doppler normal.
- Dor intensa sem diagnóstico, sinais peritoneais.
- **Beta-hCG positivo com dor pélvica ou sangramento**, ou atraso menstrual com dor.
- Palidez, taquicardia, hipotensão, síncope, dor no ombro (hemoperitônio: ectópica rota ou cisto roto).
- **Febre com massa anexial**, DIP com toxemia ou vômitos (abscesso tubo-ovariano).
- Recém-nascida ou lactente com cisto ovariano e vômitos, distensão, irritabilidade ou recusa alimentar.

Como encaminhar:

- **Jejum** (nada por boca: provável cirurgia).
- **Analgesia antes da saída** (dipirona ou paracetamol; opioide no serviço).
- Anotar a **hora do início da dor**; a torção é emergência de tempo.
- **Choque ou hemoperitônio**: decúbito, acesso venoso, **soro fisiológico 20 mL/kg**, reavaliando após cada alíquota; **oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%**; transporte com equipe.
- Beta-hCG, se disponível, sem atrasar a remoção; enviar ultrassons anteriores.
- Destino com **cirurgia pediátrica ou ginecologia 24 h**.
- Suspeita de violência sexual: notificação obrigatória (compulsória), Conselho Tutelar e comunicação obrigatória à polícia pelo serviço (Lei nº 12.845/2013, art. 3º, IX, incluído pela Lei nº 15.516/2026).

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A maior parte dos cistos de ovário nesta idade some sozinha; vamos repetir o ultrassom, e não operar."
- "Se o ovário torcer, o tempo conta: não espere a dor passar sozinha."
- **Procurar o pronto-socorro já, sem comer nem beber, se houver**: dor forte e de repente na parte baixa da barriga, que vai e volta ou não passa, ou com vômitos; desmaio ou palidez; febre com dor na barriga; sangramento vaginal com dor ou atraso menstrual; no bebê, choro inconsolável, vômitos ou barriga inchada.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Documento (versão/data)	Sem documen- to específico localizado; analgesia: Di- retriz nº 177/2024	PCDT IST 2022 (DIP, abscesso); sem posição sobre massas	Sem posição específica localizada	NG126 (04/2019, atua- lizada 06/2026), só ectópica	SEMA/AEP, Adolescere 2019 (dor pélvica)	Sem posição específica localizada	Boston Chil- dren's, Ovarian cysts (página clínica)	Seguem o NICE
Cisto funcional	Sem posição	Sem posição	Sem posição específica localizada	Sem diretriz	Simples < 6 cm; expectante	Sem posição específica localizada	Observar; ul- trassom em 2– 8 semanas	Seguem o NICE
Torção	Sem posição	Sem posição	Sem posição específica localizada	Sem diretriz	Doppler nor- mal em > 60%; destorção pre- servando o anexo	Sem posição específica localizada	Dor intensa e vômitos: emergência	Seguem o NICE
Massa suspei- ta e marcadores	Sem posição	Sem posição	Sem posição específica localizada	Sem diretriz	Teratoma: le- são mais co- mum na torção	Sem posição específica localizada	Cisto > 5 cm: drenagem por agulha	Seguem o NICE
Gravidez ectópica	Sem posição	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Teste de gravi- dez na dor em idade reprodutiva	Teste de gravi- dez no sangue no cisto roto	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Seguem o NICE

Leitura: SBP e Ministério da Saúde não têm documento sobre massas ou torção ovariana; o MS só trata da DIP e do abscesso (PCDT IST 2022), seguido aqui. AAP, Johns Hopkins e NICE também não; o NICE (NG126) sustenta o teste de gravidez. As fontes que se pronunciam convergem: o cisto funcional simples é observado com ultrassom; a torção é diagnóstico cirúrgico, o Doppler não a exclui e o ovário deve ser preservado mesmo escuro (SEMA/AEP 2019; ACOG nº 783, 2019; APSA 2018). A divergência está no cisto grande: o Boston Children's menciona drenagem por agulha acima de 2 polegadas (cerca de 5 cm), enquanto a FEBRASGO (2018) desaconselha a aspiração pela alta recorrência e prefere a cistectomia.

Posição adotada pelo site: sem posição da SBP e do Ministério da Saúde, o site segue a **FEBRASGO** (cistos funcionais 2018 e tumores ovarianos na adolescência, Protocolo nº 33, 2025), referência brasileira mais específica, e, na torção, o **ACOG nº 783 (2019)** e a **revisão sistemática da APSA (2018)**, dirigidas à faixa pediátrica.

PONTOS PRÁTICOS

1. Dor pélvica súbita com vômitos na menina ou na adolescente é torção ovariana até prova em contrário: pronto-socorro em jejum e com analgesia, sem esperar exame.
2. Doppler com fluxo, ovário sem cisto e idade pré-menarca não excluem torção.
3. O ovário torcido é destorcido e preservado, mesmo quando parece necrosado.
4. Cisto simples é observado com ultrassom de controle; anticoncepcional não dissolve cisto.
5. Massa sólida, mista, de crescimento rápido ou com sinais hormonais: AFP, beta-hCG e LDH e encaminhamento com urgência à oncologia pediátrica.
6. Beta-hCG em toda dor pélvica após a menarca: gravidez ectópica e cisto roto com instabilidade são emergências.

Veja também, nesta Biblioteca: **Dor abdominal aguda e Puberdade precoce e puberdade atrasada** (Patologias do consultório); **Abdome agudo cirúrgico e apendicite aguda na criança e Escroto agudo — torção testicular, torção de apêndice e orquiepididimite** (Cirurgia pediátrica); **Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência** (Infectologia); **Síndrome dos ovários policísticos na adolescente** (Endocrinologia pediátrica); **Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil — Revisão** (Oncologia); **Emergências Cirúrgicas Neonatais — Revisão** (Neonatologia).

8. Fontes

- ACOG. Adnexal torsion in adolescents. Committee Opinion nº 783. Obstet Gynecol, 2019;134(2):e56–e63. [PubMed](#)
- American Pediatric Surgical Association, Outcomes and Evidence Based Practice Committee. Dasgupta R et al. Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients — a systematic review. J Pediatr Surg, 2018;53(7):1387–1391. [PubMed](#)
- FEBRASGO, Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica. Tumores ovarianos na adolescência. Protocolo FEBRASGO nº 33, 3ª ed. Femina, 2025;53(4):258–68. [PDF](#)
- FEBRASGO. Salomão CB, Marinho MVW. Cistos ovarianos funcionais na infância e adolescência, 2018. febrasgo.org.br
- Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA/AEP). Rodríguez Jiménez MJ. Dolor pélvico en la adolescencia — patología uterina y anexial. Adolescere, 2019;VII(1):16–25. [PDF](#)

- NICE. Ectopic pregnancy and miscarriage — diagnosis and initial management (NG126), 2019, atualizada em 17/06/2026. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Boston Children's Hospital, Division of Gynecology. Ovarian cysts. childrenshospital.org
- Melinte-Popescu AS et al. Managing fetal ovarian cysts — clinical experience with a rare disorder. Medicina (Kaunas), 2023;59(4):715. [PubMed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41111111/)
- Bai R et al. Opting for conservative management over surgery for neonatal ovarian cysts. J Clin Ultrasound, 2024;52(6):705–716. [PubMed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42111111/)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.