

## Quistos do Ovário na Criança

AGOSTINHO FERNANDES, MANUEL SALGADO, OCHOA DE CASTRO, LUÍS MOURA, PEREIRA DA SILVA, NICOLAU DA FONSECA

Hospital Pediátrico de Coimbra

### Resumo

Avaliaram-se retrospectivamente 25 casos de quistos do ovário observados no Hospital Pediátrico de Coimbra, no período compreendido entre Janeiro de 1985 e Junho de 1994.

Os quistos foram definidos ecograficamente ou pela anatomia patológica.

Observou-se um predomínio de casos no 1.º ano de vida. As principais formas de apresentação foram: precocidade sexual<sup>(9)</sup>, dor abdominal aguda<sup>(4)</sup> e recorrente e achado ecográfico pré-natal<sup>(7)</sup>. Todas as crianças com dor abdominal aguda tinham torsão do anexo secundária a quistos volumosos<sup>(3)</sup> ou a múltiplos quistos<sup>(1)</sup>.

Dezassete crianças apresentavam macroquistos dos quais 15 foram operados. A intervenção mais vezes efectuada foi a ooforectomia unilateral. A anatomia patológica revelou 41% de quistos foliculares, 20% de teratomas benignos, 33% de quistos necrosados inclassificáveis e apenas 1 de origem epitelial. Seis dos macroquistos eram calcificados, correspondendo a 3 teratomas benignos. Na maioria das crianças não intervencionadas, observou-se resolução clínica e ecográfica dos quistos. Nenhuma intervenção foi necessária nos casos de microquistos isoladamente.

Alerta-se para o polimorfismo de apresentação, assim como para o problema da abordagem, tratamento e evolução desta patologia.

**Palavras-chave:** Quistos do ovário; Tumores do ovário; Quistos foliculares.

### Summary

A retrospective analysis of 26 clinical cases of ovarian cysts diagnosed at the Paediatric Hospital of Coimbra, between January 1985 and June 1994, was carried out.

These cysts were diagnosed by echographic or histological means. The predominant age involved was the first year of life. The main forms of presentation were: precocious puberty<sup>(9)</sup>, acute abdominal pain<sup>(4)</sup>, recurrent abdominal pain<sup>(5)</sup>, and pre-natal echographic diagnosis<sup>(7)</sup>. All those cysts with acute abdominal pain had torsion of the adnexa, secondary to large cysts<sup>(3)</sup> or multiple cysts<sup>(1)</sup>.

Seventeen children had macrocysts, 15 of which required surgical management. The surgical procedure most commonly carried out was unilateral salpingoophrectomy. Histology of the cysts showed that 41% were follicular cysts, 20% benign teratomas, 33% unclassified necrotic cysts and only 1 of epithelial origin. Six of the macrocysts were calcified, 3 of which were benign teratomas.

In the majority of children that did not require surgical intervention, clinical and echographic resolution of the cysts was observed. Those with isolated microcysts required no medical or surgical intervention.

We emphasize the multiple forms of presentation as well as the difficulties relating to the diagnosis, treatment and evolution of this pathology.

**Key-words:** Ovarian cysts; Tumors of the ovary; Follicular cysts.

### Introdução

Os tumores do ovário são raros na criança, com uma incidência não ultrapassando 1-2% do total dos tumores em idades inferiores aos 15 anos. A grande maioria, cerca de 80%, são formas benignas cuja apresentação é habitualmente quística, com predomínio dos quistos funcionais, nomeadamente foliculares<sup>(1-5)</sup>.

Antes da generalização da ecografia, pensava-se que o ovário pré-púbere era um órgão latente e, como tal, com pouca ou nula actividade folicular. Contudo, já em 1861 Rokitsky referia, pela primeira vez pequenos quistos em RN e fetos. Mais tarde, Merrill descrevia a existência desses quistos em crianças de todas as idades<sup>(2,6)</sup>. Hoje, sabe-se que a foliculogénese se inicia nas últimas semanas de gestação e que se

prolonga até à menopausa, sendo o ovário pré-púbere um órgão dinâmico e em constante remodelação<sup>(7,8)</sup>. Assim, a existência destes quistos tem sido confirmado ecograficamente, permanecendo ainda controversa a sua real incidência, que para alguns autores andarà pelos 5%<sup>(4,6)</sup>.

Próximo da puberdade o ovário da criança vai-se tornando ecograficamente «multiquistico», o que representa uma fase normal de maturação ovárica<sup>(4,5,9)</sup>.

Quando têm tamanho inferior a 1 cm, correspondem a actividade folicular e, em regra são clinicamente insignificantes, podendo contudo associar-se a distúrbio hormonal, frequentemente transitório. Quistos com diâmetro superior a 2 cm, podem traduzir uma falha no processo normal de atresia folicular, por hiperestimulação ovárica secundária à instabilidade do eixo hipotálamo-hipofisário<sup>(1,4,5,9,11)</sup>. Só excepcionalmente têm origem neoplásica.

Se no passado, estes quistos eram descobertos pela palpação duma massa abdominal, ou por uma complicação-torsão, hemorragia, rotura, etc, actualmente é muitas vezes um achado

ocasional na sequência duma exploração ecográfica do abdómen, colocando problemas de actuação, face por um lado, à possibilidade de resolução espontânea e por outro, ao risco de complicação.

Este trabalho, visa revelar a experiência do H.P.C. em quistos do ovário e chamar a atenção para este tipo de patologia pouco frequente, mas que devemos ter presente perante a dor abdominal aguda ou recorrente, associada ou não a massa palpável e sinais de puberdade precoce ou outro distúrbio hormonal.

### Metodologia

Foram avaliados retrospectivamente 25 casos de doentes com o diagnóstico de quisto do ovário, observados no Hospital Pediátrico de Coimbra, no período de Janeiro de 1985 a Junho de 1994.

Vinte e dois quistos foram definidos e caracterizados ecograficamente quanto ao tamanho, número e aspecto, sendo os restantes 3 definidos pelo estudo anatomopatológico, após laparotomia e excisão cirúrgica.

Optámos pela classificação de Cohen e Haller (2), designando macroquisto, todo o quisto com diâmetro superior ou igual a 10 mm. Além do tamanho, foi avaliado o número e a presença ou não de calcificações intraquísticas.

Avaliaram-se os seguintes parâmetros: idade de diagnóstico, clínica de apresentação, dimensões dos quistos, tratamento, diagnóstico histológico e evolução.

### Resultados

Em 9,5 anos diagnosticaram-se 25 casos de quistos do ovário, em crianças com idades compreendidas entre os 3 dias e 10 anos. Doze crianças encontravam-se nos primeiros 2 anos de vida, e apenas 1 tinha mais que 9 anos – (Fig. 1).

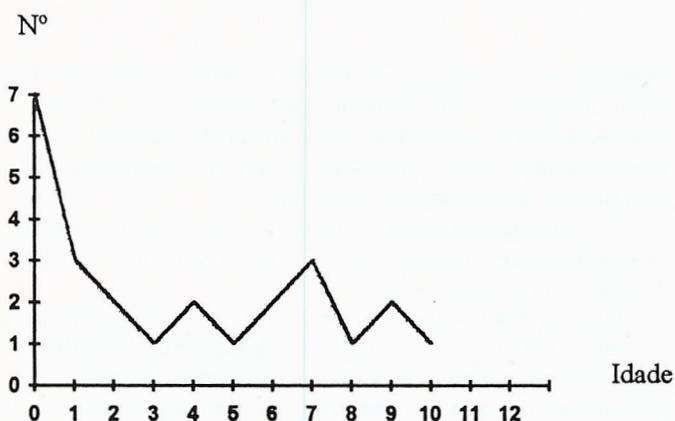


FIG 1 – Distribuição por idade de diagnóstico.

A clínica de apresentação foi em 9 casos, sinais de precocidade sexual, em 9 dores abdominais, e em 7 casos o diagnóstico fez-se no período pré-natal.

Dezassete destas crianças tinham ovários com macroquistos dos quais 10 se associavam a microquistos bilaterais e 7 apresentavam quistos únicos com diâmetro superior a 5 cm. As restantes 8, tinham bilateralmente, ovários com múltiplos pequenos quistos, alguns designados ecograficamente como ovário micropoliquistico. Oito das crianças com macroquistos encontravam-se no 1.º ano de vida – (Fig. 2).

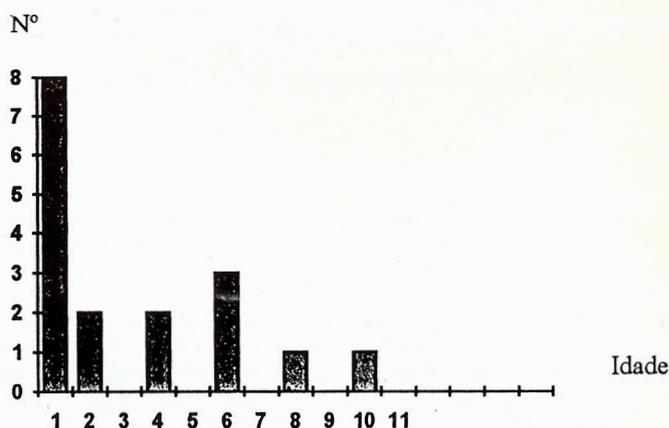


FIG 2 – Distribuição etária dos macroquistos.

Para melhor interpretação dos resultados, dividimos os doentes em três grupos consoante a clínica de apresentação. Assim, obtivemos um 1.º grupo constituído por 9 crianças (Quadro 1), com sinais de precocidade sexual periférica. As doentes tinham idades compreendidas entre os 7 meses e 8 anos. Três apresentavam telarca precoce e 5 hemorragia vaginal isolada. Apenas um caso apresentava hemorragia vaginal, desenvolvimento mamário e pilosidade púbica.

Oito crianças realizaram estudo hormonal, obtendo-se valores normais em 6, tendo 2 níveis de estradiol sérico elevado, com gonadotropinas séricas baixas e sem resposta à estimulação com LHRH. O estudo ecográfico da pélvis revelou a existência de ovários aumentados de tamanho com múltiplos quistos, situados bilateralmente, tendo em metade dos doentes, diâmetro superior a 10 mm. O útero encontrava-se hipertrofiado em três dessas crianças sendo nas restantes, de tamanho normal.

O tratamento consistiu na quistectomia bilateral em 2 casos e unilateral noutro caso, tomando-se uma atitude expectante para as 6 restantes. O «follow-up», ao longo do período mínimo de 6 meses, revelou uma resolução clínica em 7 crianças, mantendo-se telarca não evolutiva em 2 casos. A criança acima referida, com várias manifestações de precocidade sexual, manteve crescimento mamário e da pilosidade púbica, tendo feito nova quistectomia do ovário direito 8 meses mais tarde, por quisto recidivante. Todos estes quistos eram foliculares e nenhum apresentava calcificações.

O controlo ecográfico posterior, mostrou o desaparecimento dos quistos em quatro doentes, em 1 houve redução do seu tamanho (macroquisto → microquisto) e nos restantes mantiveram-se os microquistos. Dos quistos operados apenas um recidivou.

**QUADRO 1**  
Crianças com precocidade sexual

Idade	Clínica	D.H	Ecografia./Ø	Tratamento	An. Pat.	Evol. clínica / ecog. (meses)
7 M	Telarca Precoce	N	Microq.	-		Tel. precoce /Microq. (12)
8 M	"	N	Microq.	-		Tel. precoce /N (6)
12 M	Hem. vaginal	N	Macroq./3 cm	Quist. D + E	Folicular	Assintomático/N (6)
2 M	"	N	Microq.	-		" /N (18)
3 A	"	Est ↑	Microq.	-		" /Microq. (36)
4 A	Hem. vaginal Telarca precoce Pilosidade púbica	Est ↑	Macroq./2,1 cm	Quist. D + E	Folicular	Puberdade precoce /Quisto à dita (8)
5 A	Telarca precoce	N	Macroq./2,1 cm	-		Assintomático/Microq. (36)
6 A	Hem. vaginal	N	Microq.	-		" /N (6)
8 A	"	-	Macroq./2,5cm	Quist. E	Folicular	" /N (6)

D.H. - doseamento hormonal; Est-estradiol; Quist. - Quistectomia (direita/esquerda)

O segundo grupo num total de nove crianças, recorreram ao serviço de urgência ou foram-nos enviadas à consulta, por dor abdominal aguda (n.º 4) ou recorrente (n.º 5) - (Quadro 2).

As primeiras referiam dor difusa ou localizada ao flanco ou fossa ilíaca direita, associada a vômitos e a massa abdominal palpável, tendo 2 delas sido enviadas com o diagnóstico de apendicite aguda. O exame radiológico revelou calcificações abdominais em 2 casos.

As crianças foram sujeitas a laparotomia, apresentando todas elas torção do anexo, secundária a um ou múltiplos quistos, seguindo-se extracção do respectivo anexo.

A anatomia patológica mostrou tratar-se de dois teratomas benignos, um ovário multiquístico e, noutro caso, de um quisto com paredes necrosadas e inclassificável. Do ponto de vista evolutivo, apenas uma criança manteve dores abdominais recorrentes, por possíveis sinéquias pós operatórias.

As crianças com dor abdominal recorrente, referiam dor incaracterística por vezes com localização aos quadrantes inferiores, uma associada a leucorreia e outra a massa abdominal palpável.

O estudo radiológico mostrou um grande quisto calcificado num caso e nas restantes, ovários com múltiplos quistos, um deles com diâmetro superior a 1 cm. O estudo hormonal realizado em 4, foi normal. A atitude foi espectante em 4 crianças, excepto numa, que fez extração do anexo esquerdo por suspeita de teratoma benigno que se confirmou. Esta criança veio mais tarde a apresentar um quisto no ovário contralateral. As restantes, evoluíram para a normalização clínica e ecográfica à excepção de uma que mantém dores abdominais e outra, em que persistem microquistos.

**QUADRO 2**  
Crianças com precocidade sexual

DOR ABDOMINAL AGUDA							
Idade	Local	Clínica ass.	Ex Rad./Ø	D.H	Tratam.	A. Patológica	Evol. clínica/ecográfica
20 M	Difusa	Vômitos Massa abd.	7 cm-calcif.	-	Anexect. E	Terat. benigno Torsão Anexo	Assint./ N
7 A	FID/FI. Dto	Vóm./massa Blumberg +	6 cm-calcif.	-	Anexect. Dta	Terat. benigno Torsão Anexo	" /N
7 A	FID	"	2 cm	-	Anexect. Dta	Multiquistico Torsão Anexo	Dor abd/N
10 A	FID/FI. Dto	Vóm./massa	8 cm	-	Anexect. Dta	Inclassificável Torsão Anexo	Assint./ N
DOR ABDOMINAL RECORRENTE							
4 A	FI. Esq.	Vóm/massa	6 cm-calcif.	-	Anexect. E	Terat. benigno	Assint./Quisto à dta (2A)
6 A	Difusa	-	Microq.	N	-	-	" /N (6M)
7 A	Difusa	-	2 cm	N	-	-	" /Microq. (12M)
9 A	FID/FIB	Leucorreia	Microq.	N	-	-	Dor abd/N (18M)
9 A	Difusa	-	Microq.	N	-	-	Assint./N (6M)

FI - Fossa ilíaca; calcif-calcificações; Anexect.-Anexectomia; Terat-teratoma; N-normal; DH-doseamento hormonal

O terceiro grupo de doentes (Quadro 3), num total de 7 casos, o diagnóstico foi feito por ecografia pré-natal realizada nas últimas semanas de gestação. Ao nascer 2 crianças apresentavam um síndrome de dificuldade respiratória e outra edemas dos membros inferiores. Seis das 7, tinham quistos com diâmetro superior a 5 cm, sendo múltiplos e bilaterais em quatro. Três dos quistos eram calcificados. As crianças foram operadas entre o 6.º dia e os 3 meses de idade, realizando-se

a ooforectomia unilateral em 5 casos, a quistectomia e punção em 1 e, anexectomia unilateral noutra. A anatomia patológica revelou um quisto seroso, dois quistos foliculares e quatro inclassificáveis. Uma dessas crianças é seguida na consulta de Endocrinologia por telarca precoce e outra surgiu com um quisto contralateral dois anos depois.

O quadro n.º 4 faz uma síntese dos resultados.

**QUADRO 3**  
Crianças com diagnóstico pré-natal de quisto do ovário

Idade	Clínica	Ecografia/Ø	Tratamento	An. patol.	Evolução clínica/ecogr.
3 dias	Edemas /SDR	7 cm. calcif	Oof. esq. Quist. dta.	Inclassific.	Assintomático
6 dias	Massa abd.	5 cm.	Oof. dta.	Inclassific.	"
7 dias	Massa /SDR	5 cm.	Oof. esq. punção dta.	Folicular	Telarca precoce
1 M	-	6 cm-calcif.	Oof. esq. punção dta.	Inclassific	Quisto à dta.(2A)
1 M	-	3 cm.	Quist. + punção esq.	Seroso	Assintomático
1 M	-	6 cm.	Anexect. dta.	Folicular	"
3 M	-	7 cm-calcif.	Oof. esq.	Inclassific.	"

Ø - Diâmetro; Oof-Ooforectomia; Quist.-Quistectomia; Inclassif-Inclassificável

**QUADRO 4**  
Resumo dos resultados

Tamanho	n.º	operados	oofert. / anex. / quist	folicul	terat.	inclas	calcif.	resolução clín/ecogr
Microquistos	8	0	- - -	-	-	-	-	5 / 6
Micro + macroquistos	10	8	3 1 4	5	-	2	2	7 / 6
Macroquistos isolados	7	7	2 5 0	1	3	3	4	6 / 6
Total	25	15	5 6 4	6	3	5	6	18 / 18

### Discussão e Conclusões

A forma de apresentação dos quistos do ovário é polimórfica e depende da idade da criança. Tal como refere a literatura <sup>(1, 6, 7)</sup>, também neste trabalho foi claro o predomínio desta patologia no 1.º ano de vida, sendo a maioria diagnosticados no período pré-natal e, derivam da atrofia quística dos folículos ováricos secundária à estimulação pelas gonadotrofinas placentares e, mais tarde pela activação do próprio eixo hipotálamo-hipofisário, pela queda dos estrogéneos maternos <sup>(1, 6, 7, 9, 11)</sup>. Este mecanismo justificaria também a maior incidência de macroquistos nesta idade: 47% dos quistos na nossa estatística.

Em qualquer idade, estes quistos podem-se manifestar por dor abdominal, sinais de precocidade sexual ou distúrbio hormonal-72% das nossas crianças. A dor abdominal aguda é frequentemente secundária a fenómenos de compressão, no-

meadamente intestinais, assim como à torsão do quisto ou anexo, seguida posteriormente de necrose, hemorragia ou perfuração <sup>(6, 9, 11, 12, 13)</sup>. Todas as crianças estudadas com dor abdominal aguda, apresentavam torsão do anexo. O risco de torsão é mínimo para quistos com diâmetro inferior a 5 cm, mas aumenta significativamente acima deste valor, com um risco estimado na ordem dos 30% <sup>(1, 3, 6)</sup>. Há um predomínio inexplicado pelo anexo direito também patente neste trabalho (3/1), o que leva a confusão diagnóstica frequente com apendicite aguda, como aconteceu com 3 das nossas crianças <sup>(12)</sup>. Já a dor abdominal recorrente coloca problemas de diagnóstico para os pequenos quistos, pois estes são habitualmente assintomáticos, excepto se, pelo seu elevado número, conduzirem a um aumento significativo do volume ovárico <sup>(6, 9)</sup>. Provavelmente tratar-se-á apenas de um achado ecográfico.

Quanto às manifestações de precocidade sexual, predominantemente periférica, seriam explicadas pela secreção estrogé-

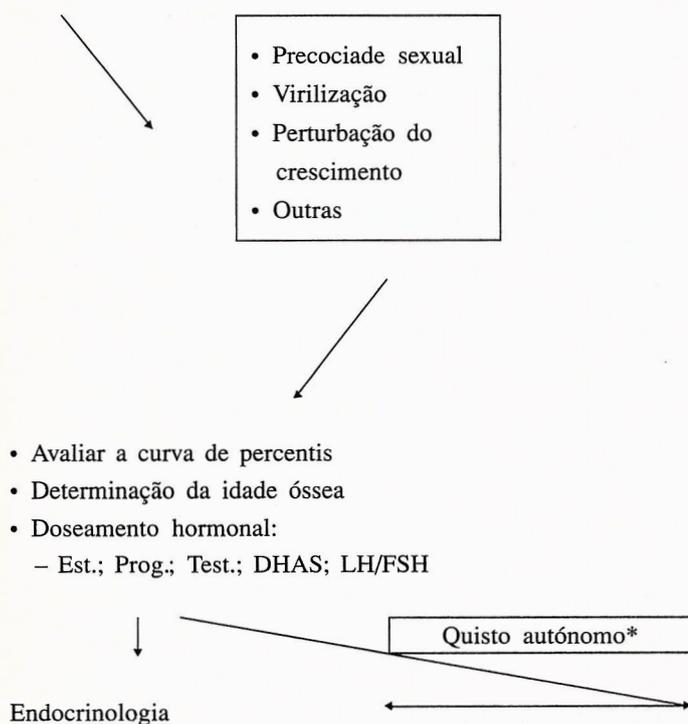
## ABORDAGEM DOS QUISTOS OVÁRICOS NA CRIANÇA

A atitude a tomar perante uma criança com o diagnóstico de quisto do ovário, depende essencialmente dos seguintes factores:

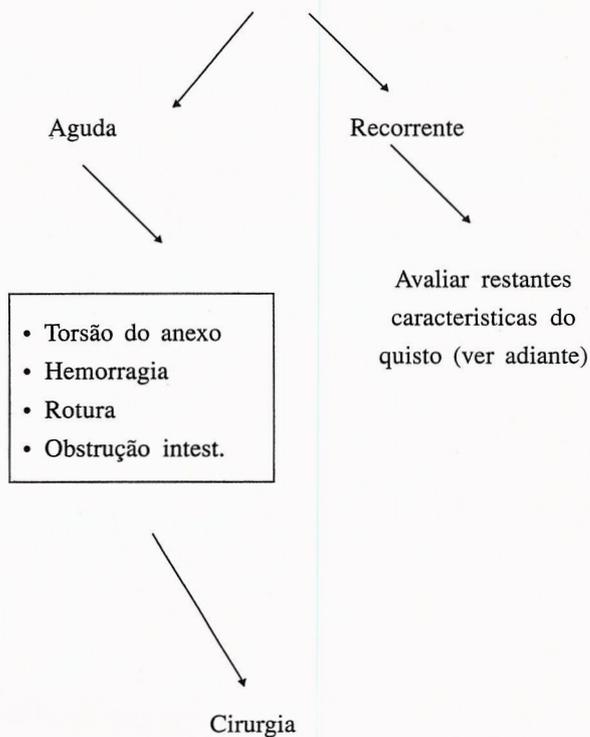
- Sintomatologia
- Diâmetro do quisto
- Aspecto ecográfico
- Evolução ecográfica

### A) – Sintomáticos

#### 1. Síndrome endócrino



#### 2. Dor abdominal



#### NOTA

Est. -estradiol; Prog-progesterona; DHAS-dehidroepiandrosterona; LH/FSH-gonadotropinas hipofisárias

\* *Quisto funcionante independentemente do eixo hipotálamo-hipofisário.*

**B) – Achado ecográfico/massa palpável****1 – Quistos simples:**

→ Área anecogénica bem delimitada e de conteúdo homogéneo.

**• Diâmetro > 5 cm:**

Punção ou quistectomia imediata pelo risco de complicação.

**• Diâmetro < 5 cm:**

Atitude espectante com controlo ecográfico periódico.

Punção/aspiração ecoguiada do quisto, caso não haja resolução espontânea ou quistectomia no caso de recidiva.

**• Microquistos**

Apenas vigilância clínica, caso não se encontrem outros sinais de distúrbio hormonal.

**2 – Quistos complexos:**

→ Presença de calcificações, septos, espessamentos da parede, bordos irregulares, etc..

→ Mudança do aspecto ecográfico em observações seriadas.

→ Aumento rápido ou progressivo do diâmetro do quisto



***Provável organicidade***



**Cirurgia**

nica das células que formam as paredes dos quistos e à grande sensibilidade dos órgãos alvo aos estrogéneos, secreção essa que seria breve e como tal, dificilmente detectável – apenas duas crianças apresentavam níveis elevados de estradiol sérico. Estas manifestações são habitualmente transitórias, podendo tornar-se recorrentes (6, 14, 15, 16).

Após detecção ecográfica dos quistos do ovário, o principal diagnóstico diferencial deve ser feito com a patologia neoplásica, já que  $\pm$  60% serão quistos funcionais. Contudo, a existência radiológica de calcificações, septos, contornos irregulares do quisto, mudança do seu aspecto ecográfico, etc., coloca-nos na pista de possível origem tumoral (4, 5, 12). Sabe-se que 40-50% dos teratomas são calcificados (4, 5). Neste trabalho 6 quistos tinham calcificações e 3 deles eram teratomas benignos. A maioria (41%) eram quistos foliculares, seguidos por quistos necrosados inclassificáveis (33%) e apenas um de origem epitelial (6%).

Todos os quistos funcionantes eram quistos foliculares, tal como seria de prever, tendo em conta a raridade dos tumores ováricos secretores de hormonas, nomeadamente o tumor das células da granulosa, cuja incidência ronda os 3% do total de tumores ováricos (3, 4, 5).

Quanto à abordagem terapêutica dos quistos ováricos, deve-se ter em conta a grande probabilidade de serem funcionais e, logo da sua possível resolução espontânea, facto que ocorreu em 7 das 10 crianças cuja atitude foi meramente expectante, inclusivé em 2 crianças com macroquistos, onde apenas uma manteve dores abdominais. A atitude foi conservadora em todas as crianças com microquistos, tendo sido operados 15 das 17 crianças com macroquistos. As razões da intervenção foi em 3 casos por quisto funcionante, em 6 por suspeita de teratoma, em 2 por abdómen agudo e os restantes pelo seu grande volume, alguns com características ecográficas duvidosas. A técnica mais vezes utilizada foi a anexectomia unilateral em 6 casos, seguida pela ooforectomia unilateral em 5, tomando-se uma atitude mais conservadora – quistectomia/punção, apenas em 4 casos (Quadro 4).

É ainda bastante controversa a atitude perante os quistos que não apresentam critérios de organicidade. Contudo, a maioria dos autores são de acordo que se deve tomar uma atitude expectante sob controlo ecográfico periódico, passando à punção ecoguiada/laparoscópica ou quistectomia caso não haja resolução ou surjam novas características ecográficas. Este tempo de espera seria tanto menor quanto maior o tamanho do quisto, e pode ir dos 2 aos 6 meses (1, 6, 7, 8, 16). Para quistos com diâmetro superior a 5 cm, há quem defenda a punção imediata

pelo risco de torção, que para alguns será inferior ao risco previamente estimado. A cirurgia seria reservada para as complicações, ou casos de benignidade duvidosa (1, 6, 7, 8, 13, 17). Seja qual for a atitude perante estes quistos, é certo que o seu diagnóstico precoce é importante, no sentido de evitar posteriormente atitudes mais radicais, que conduzem irremediavelmente à perda de um ou de ambos os ovários.

As páginas 299-300 sintetizam a nossa proposta de abordagem dos quistos ováricos na criança.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Th. SHEYE, Ph. SOUTEYRAND: Kystes bénins de l'ovaire. *Pédiatr* 1986; 27: 185-9.
2. H. COHEN, J. HALLER: Ovarian Cysts Are Common in Premenarchal Girls. *Am J Roentg*, 1992; 81: 89-91.
3. C. LIAPI, D. EVAIN-BRION: Diagnosis of Ovarian Follicular Cysts in Young Girls. *Acta Paediatr Scand* 1987; 76: 91-6.
4. MARY GEAGAN, HARRIS CHOEN. Pediatric Gynecologic Ultrasound. *Obstétrics Gynecology Diagnostic Medical Sonography*. Philadelphia 1991, 85-97.
5. MARILYN SIEGEL, J. T. SURRAT: Pediatric Gynecologic Imaging. *Obstetr Gynecol Clin N Amer* 1991; 19: 103-27.
6. D. MILLAR, J. M. BLAKE, C. BABIAK: Prepubertal Ovarian Cyst formation. *Obstetr & Gynecol* 1993; 81: 434-8.
7. L. LEGAULT, P. DAIGLE: Kystes Néonataux de l'Ovaire. *Pédiatrie (Paris)* 1991; 46: 445-7.
8. J. E. H. SPENCE M. D. DOMINGO: The Resolution of Fetal and Neonatal Ovarian Cysts. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1992, 27-31.
9. HUFFMAN J. W., DEWHURST C. J.: Ovarian Tumors in Children and Adolescents. In: *Gynecology of Childhood and Adolescence*, Philadelphia, W. B. Saunders 1981; pp. 277-349.
10. L. RIBAUT, B. L. BARHE: Les Tumeurs Bénignes de l'Ovaire chez la Fillette. *Rev Fr Gynecol Obstét* 1989; 84: 443-5.
11. J. BATTIN, M. COLLE: Tumeurs Bénignes de l'Ovaire et Kystes folliculaires dans l'Enfance et Adolescence. *Ann Pédiatr (Paris)* 1987; 34: 55-62.
12. J. MORDEHAL, A. J. MARES: Torsion of Uterine Adnexa in Neonates and Children. *J Pediatr Surg* 1991; 26: 1195.
13. S. FREEDMAN, PAULA M. KREYTZER: Ovarian Microcysts in Girls with Isolated Premature Thelarche. *J Pediatr* 1993; 122: 246-9.
14. Ch. TAULIER-RAYBAUD, Y. MOREL: Kystes Folliculaires Ovariens et Puberté Précoce. *Pédiatrie (Paris)* 1986; 8: 607-16.
15. BIANCO-GARCIA, E. BRION: Isolated Menses in Prepubertal Girls. *Pediatrics* 1985; 76: 43-7.
16. B. TOWNE, G. H. MAHOUR. Ovarian Cysts and Tumors in Infancy and Childhood: *J Pediatr Surg* 1975; 10: 311-9.
17. F. GAUTHIER, J. VALAYER: Tumeurs et Kystes de l'Ovaire du Nouveau-né, du Nourrisson et de l'Enfant. *Chir Pédiatr* 1979; 20: 75-83.

Correspondência: Agostinho Silva Fernandes  
Hospital Pediátrico de Coimbra  
3000 Coimbra