

UDK: 618.11-006.2-053.5

DOI: 10.5937/abc2503020J

COBISS.SR-ID: 183989513

DŽINOVSKI OVARIJALNI TERATOM KOD PREMENARHALNE DEVOJČICE**GIANT OVARIAN TERATOMA IN PREMENARCHAL GIRL***Nataša Janković¹, Miloš Janković², Milica Popović³, Marija Aleksić³*¹ Dom zdravlja Pirot, Služba za zdravstvenu zaštitu žena² Odeljenje interne medicine, Opšta bolnica Pirot³ Služba za radiološku dijagnostiku, Opšta bolnica Pirot**Sažetak:**

Uvod: Ovarijalna torzija u dečjem i adolescentnom uzrastu predstavlja akutno ginekološko oboljenje koje nastaje najčešće na terenu morfološki urednih jajnika, usled anatomskih karakteristika infundibulopelvičnih veza u dečjem uzrastu, a retko je posledica prisustva adneksalne mase. Tumori jajnika kod dece najčešće su porekla germinativnih ćelija i ćelija polne vrpce, mnogo ređe epitelnog ili drugog porekla, a moguća je pojava i funkcionalnih ovarijalnih cisti. U grupi tumora germinativnih ćelija najčešće se javljaju teratomi. Oni mogu biti zreli i nezreli, unilateralni ili bilateralni. Veličina teratoma može biti različita. Mogu biti asimptomatski, ali i simptomatski ako dodje do torzije ili rupture tumora. Kako bi se sprečile komplikacije preporučeno je hirurško lečenje. Prednost se daje laparoskopskoj hirurgiji. Cilj ovog rada je prikaz slučaja džinovskog teratoma jajnika u torziji kod devojčice starosti osam godina. Prikaz slučaja: Bolest se kod devojčice starosti osam godina prezentovala sa bolovima u stomaku i uvećanjem trbuha, bez mučnine, povraćanja i povišene telesne temperature. Nakon kompletne kliničke, laboratorijske i radiološke obrade, postavljena je sumnja da se radi o džinovskom teratomu levog jajnika u torziji, te je dete u pratnji roditelja poslato u tercijarnu ustanovu. Diskusija i zaključak: najčešći ovarijalni tumori kod dece su teratomi. Ovi tumori mogu biti simptomatski, a mogu biti otkriveni i slučajno kada se dete pregleda iz drugih razloga. Dijagnostička procedura dalje ide u pravcu razlučivanja da li se radi o benignoj promeni i da li je ta promena u torkvaciji ili ne. Za to nam služe klinički pregled, laboratorijske analize, tumorski markeri i radiološka dijagnostika, prvenstveno ehosonografija i magnetna rezonanca. Pravovremeno postavljanje dijagnoze je važno kako bi se sačuvala funkcija jajnika i kako bi se izabrao adekvatan način operativnog lečenja radi prezervacije fertiliteta.

Ključne reči: teratom, tumor jajnika, torzija jajnika, bol u trbuhu**KORESPONDENCIJA/CORRESPONDENCE***Nataša Janković**Pirot, Ustanička 7/25**E-pošta: natasa.jankovic1984@gmail.com*

UVOD

Ovarijalna torzija u dečjem i adolescentnom uzrastu predstavlja akutno ginekološko oboljenje sa incidencom od 2,7 na 100 000 dece u toku godine (1). Najčešće nastaje na terenu morfološki urednih jajnika usled anatomskih karakteristika infundibulopelvičnih veza u dečjem uzrastu, a kao posledica prisustva adneksalne mase u 25% slučajeva. (2,3). Oko 75% promene na jajnicima čine promene benigne prirode (2). Ginekološki maligniteti čine oko 2% karcinoma u detinjstvu, od toga 60-70% pripada ovarijalnim masama (4) Tumori jajnika kod dece najčešće su porekla ćelija germinativnog epitela (70%) i ćelija polne vrpce (7%) (1), a mnogo ređe epitelnog ili drugog porekla (3,4). Najčešće se javljaju teratomi i oni mogu biti zreli i nezreli. Mnogo ređe su prisuti disgerminomi, gonadoblastomi, tumori žumančane kese i embrionalni karcinomi (5). Zreli cistični teratomi ili dermoidne ciste su tumori porekla germinativnih ćelija koji nastaju usled poremećenog mejotičkog procesa (6) i sastavljeni su od histološki potpuno diferentovanih tkiva najmanje dva od tri klicina lista -ektoderma, endoderma ili mezoderma, ali mogu biti i monodermalni. S obzirom na etiopatogenezu, teratomi mogu sadržati kost, nervno tkivo, sebacealni materijal, kožu, tkivo štitaste žlezde, potpuno razvijeni zub, dlake. Monodermalni teratomi sadrže derivate jednog klicinog lista- struma jajnika, neuroektodermalni tumori i sl. Maligni potencijal ovih tumora je mali i iznosi 1-2%. Veličina teratoma može biti različita i u literaturi su opisivani od 1cm do 45 cm u dijametri. Mogu se javiti unilateralno ili bilateralno (5). Zreli cistični teratomi imaju nisku incidencu hromozomskih aberacija (7%). Za razliku od zrelih, nezreli teratomi čine 1-3% teratoma i pokazuju visok stepen hromozomskih aberacija (63%). Takođe, oni poseduju maligni potencijal (6). Ovi tumori mogu biti simptomatski, a mogu biti otkriveni i slučajno kada se dete pregleda iz drugih razloga (7). Najčešće, kliničke i laboratorijske karakteristike - nalaz serumskih tumor markera (CA 19-9, CA 125, AFP, HCG, LDH) i nalaz ehosonografskog pregleda potvrđuju dijagnozu (8). Pacijenti se mogu prezentovati abdominalnim bolom, palpabilnom tumorskom masom, znakovima akutnog abdomena i peritonitisa usled komplikacija u tumoru poput hemoragije ili torzije i nekroze (7,8). Kako bi se sprečile komplikacije preporučeno je hirurško lečenje, a prednost se daje laparoskopskoj hirurgiji sa prezervacijom jajnika u cilju smanjenja hirurških

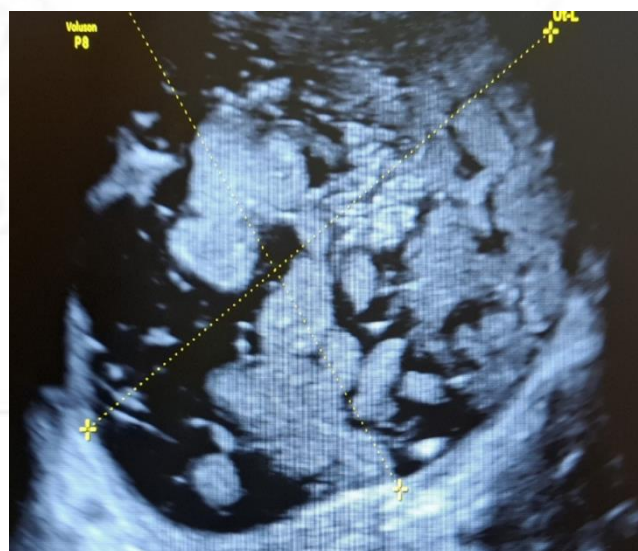
komplikacija (9). U tom kontekstu posebnu pažnju treba obratiti na ovarijalnu torziju usled prisustva teratoma koja zahteva rano postavljanje dijagnoze i hitnu hiruršku intervenciju u cilju očuvanja funkcije jajnika i prezervacije fertiliteta (10,11).

Cilj rada je prikaz slučaja torzije zrelog cističnog teratoma kod premenarhalne devojčice starosti osam godina.

Informisani pristanak roditelja je obezbeđen.

PRIKAZ SLUČAJA

Devojčica uzrasta osam godina je pregledana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Pirotu zbog bolova i porasta trbuha koji su roditelji primetili nekoliko dana pre pregleda. Pacijentkinja nije povraćala, mada je bila slabog apetita, stolica je bila normalnog izgleda, mokrenje bez tegoba, sve vreme afebrilna, stabilnih vitalnih parametara. Klinički nalaz je ukazao na prisustvo tumefakta koji je ispunjavao malu karlicu i veći deo abdomena. Tumefakt je bio nepokretan, lako bolan, ali bez peritonealnog nadražaja. Urađen je ultrazvučni pregled u Službi za radiološku dijagnostiku i Službi za zdravstvenu zaštitu žena Doma zdravlja u Pirotu kojim je opisana tumorska promena u predelu levog jajnika koji je dislociran u desno, dimenzija 108x92x81mm, bez uočenog krvnog protoka unutar kapsule kao i unutar tumora, te je diferencijalno dijagnostički postavljena sumnja na teratom levog jajnika (Slika 1. i 2.).

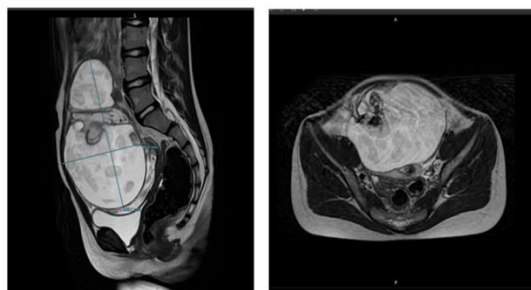


Slika 1. Ultrazvučni nalaz cističnog teratoma kod deteta



Slika 2. Ultrazvučni nalaz cističnog teratoma kod istog deteta na drugom aparatu

Kao komplementarna dijagnostička procedura urađena je i magnetna rezonanca abdomena i male karlice koja je ukazala na prisustvo tumora supravezikalno i inframezokolično, dimenzija 13x11x8cm, volumena 611cm³. Promena je bila inkapsulirana, najvećim delom cistična, sadržaja ređeg fluida T1w hipo-T2w hipersignalna, multilokularna, heterogena sa masnim tkivom između cističnih folikula. Intracistično je uočeno postojanje brojnih nodularnih i nepravilnih promena umerenih signalnih vrednosti na svim sekvencama restriktivnih karakteristika (Slika 3.). Uterus je bio komprimovan, potisnut posteriorno. Desni jajnik je bio uredne morfologije. Manja količina slobodne tečnosti je bila prisutna u trbuhu.



Slika 3. MR abdomena i male karlice (sagitalni i i transverzalni prikaz zrelog teratoma kod iste pacijentkinje

U sklopu obrade urađen je i pregled hirurga i vrednosti tumor markera. Vrednosti tumorskih markera ukazivale su na višestruku elevaciju CA 19-9- 1657 (granice referentnih vrednosti su od 10 do 35.0 U/ml) i blagi porast CA 125 66.6 (1.0-35.0 U/ml). Vrednosti ostalih tumorskih markera CEA, inhibin B, anti Milerovog hormona, CA 72-4 su bile u granicama referentnih vrednosti, kao i vrednosti laktat dehidrogenaze (LDH), alfa-feto proteina i humanog horionskog gonadotropina (AFP i HCG). Krvna slika, parametri inflamacije i kompletna biohemija su bili u granicama referentnih vrednosti. Pacijentkinja je prebačena u u ustanovu tercijarnog nivoa gde je nakon ponovnog pregleda organizovan "Tumor board" na kome je odlučeno da se uradi ovarijektomija ili adneksektomija sa stadiranjem kroz medijalnu laparotomiju. Nakon adekvatne preoperativne pripreme, u opštoj endotrahealnoj anesteziji, urađena je ovariektomija sa apendektomijom. Preparat odstranjenog tumora i crvuljak slepog creva su poslani na patohistološku analizu koja je pokazala da se radi o zrelog cističnom teratomu. Postoperativni tok je uredno protekao, a pacijentkinja je redovno kontrolisana prema protokolu za postoperativno praćenje.

DISKUSIJA

Ovarijalni teratomi čine oko 15% svih ovarijalnih tumora (13). Mogu se javiti u svim životnim dobima, ali su najčešća vrsta tumora koji se sreću kod dece u premenarhalnom i adolescentnom dobu. Patogeneza, klasifikacija i tretman teratoma još uvek podležu debati iako su teratomi relativno česti (14). Pacijenti su uglavnom bez kliničkih simptoma i znakova, i dijagnoza ovih promena se postavlja slučajno pregledom deteta iz drugih razloga poput poremećaja menstrualnog ciklusa ili hidronefroze (8). Simptomi se javljaju u slučajevima ovarijalne torzije ili rupture. Kada se radi o teratomu koji je otkriven akcidentalno i nema sumnje na torziju, dalja obrada pacijenta ide u pravcu uzimanja laboratorijskih analiza i odgovarajućih tumor markera poput CA 125, CA 19-9, CA 72-4, AFP, HCG, inhibina b, SCC i AMH, imidžing dijagnostici i planiranja hirurške intervencije pri čemu se prednost daje laparoskopskoj operaciji sa konzervacijom jajnika (*ovary sparing*) u cilju očuvanja funkcije jajnika i prezervacije fertiliteta (15). Najveću pozitivnu prediktivnu vrednost ima CA 19-9 i povišen je u 45.83% (16). U 13.5% zrelih cističnih teratoma nalazi se elevacija CA 125,

PRIKAZ SLUČAJA/CASE REPORT

ABC časopis urgentne medicine, vol. XXV, godina 2025, broj 3

dok je kod teratoma sa malignom alteracijom i disgerminoma ovaj procenat znatno veći i iznosi 55%. Vrednosti AFP i HCG su u granicama referentnih vrednosti, i njihova elevacija govori u prilog postojanja fokusa malignog tumora žumančane kesice (*Yolk sac* tumora) ili nezrelog teratoma (16,17). Kako bi se poboljšala preciznost ultrasonografske evaluacije adneksalnih lezija, razvijeno je više internacionalnih stratifikacionih modela bazirani na ultrazvučnoj evaluaciji adneksalnih lezija: O- RADS- *Ovarian and Adnexal Reporting and Data System*, IOTA-*International Ovarian tumor analysis*, PRMI-*Pediatric Risk of Malignancy Index Model* (18). Ranije su se koristili *DePrist* score i modifikacija *Ueland* indeksa jer su jedini scoring sistemi koji su pored ovarijalnog strukturalnog izgleda koristili i volumen jajnika (19). Uprkos postojanju mnogobrojnih scoring sistema, nijedan od njih nije dospao u svakodnevnu kliničku upotrebu. Senzitivnost i specifičnost ultrazvuka za dijagnozu zrelog cističnog teratoma je 58-92.7% odnosno 87.5-99% (20). Zreli cistični teratomi se najčešće prezentuju kao cistične, jasno ograničene lezije sa ehogenim Rokitanski nodusom koji daje posteriornu akustičnu senku, mada se može prezentovati u vidu cistične promene sa mnogobrojnim ehogenim nitima-*dot dash spots* koja bi odgovarala različitoj orijentaciji dlaka u tumoru. Ehogene globularne mase takođe mogu biti prisutne i odgovaraju sebaseananim strukturama, kosi i keratinu. Vizuelizaciju kompletne promene može onemogućiti ehogena struktura- znak vrha ledenog brega i prikriti obim i izgled lezije. Može se videti i nivo u cističnoj promeni koji bi odgovarao istaloženom sebumu (17). Kod benignih promena, kao obavezan ultrazvučni nalaz na periferiji jajnika je srpasti ostatak ovarijalog tkiva- *ovarian crescent sign (OCS)*, i sigurni je znak postojanja zdravog ovarijalnog tkiva (21). Negova specifičnost je 80,4%. Odsustvo OCT nalazi se u svim malignim lezijama, te ovaj znak ima senzitivnost i negativnu prediktivnu vrednost 100%. Kod torkviranog teratoma, anamnestički podaci mogu ukazivati na skorašnju dijagnozu adneksalne mase: rekurentni abdominalni bol i supfebrilnost. Premenarhalne pacijentkinje mogu prijavljivati difuzni bol u stomaku jer je njima teško da lokalizuju bol, i kod njih će najčešći simptom biti povraćanje a radi se o vaginalnoj refleksnoj reakciji (20,21). Ove promene su posledica uvrtnja vaskularne peteljke jajnika i kompromitovanja venske i limfne, a potom i arterijske cirkulacije u jajniku

što dovodi do nekroze u jajniku i gubitku funkcije (22). Takođe dolazi i do otoka i uvećanja jajnika sa mogućnošću rupture i razvoja hemijskog peritonitisa. Dijagnoza se u ovakvim slučajevima postavlja kliničkim i ehosonografskim pregledom, drugim imidžing metodama kao i laboratorijskim analizama. Kliničkim pregledom nalazimo uvećan trbuh koji je palpatorno osetljiv sa znacima peritonealnog nadražaja. Palpabilna adneksalna masa takođe može biti prisutna. Kod dece starosti 2-14 godina sa visokom senzitivnošću i pozitivnom prediktivnom vrednošću može se primeniti *Boili* score koji identifikuje tri korisne kliničke varijable na osnovu kojih je uspostavljen *ovarian torsion score*: godine starosti deteta, vreme trajanja bola i povraćanje (21). Dalje, ispitivanje laboratorije trebalo bi da uključi hematokrit, broj leukocita, elektrolite, i parametre inflamacije - C reaktivni protein (CRP). Laboratorijske analize mogu biti potpuno uredne, može se javiti leukocitoza i elevacija CRP-a usled nekroze tkiva i posledične inflamacije. Nivo interleukina 6 je takođe povišen i ukazuje na povišeni oksidativni stres u torziji, ali je i nespecifični znak inflamacije i ne radi se rutinski u našoj kliničkoj praksi (20). Najznačajnije u postavljanju dijagnoze su imidžing studije. U pedijatrijskoj populaciji transabdominalni ultrazvučni pregled sa punom mokraćnom bešikom je inicijalna metoda sa senzitivnošću 92-93% i specifičnošću od 96-100% (20). Kod torkviranog jajnika ispituje se ovarijalni volumen, postojanje edema, postojanje adneksalne mase, prisustvo slobodne tečnosti i *color doppler* krvnih sudova jajnika odnosno tumorske mase (21,22). Postojanje razlike u volumenu jajnika ili prisustvo adneksalne mase uz dislokaciju je patognomoničan znak za ovarijalnu torziju adneksalne promene (21). Drugi znak je postojanje edema normalnog ovarijalnog tkiva - periferni folikuli sa hiperehogenim haloima u jajniku bez cističnih promena ili tumora- *strings of pearls* (20). Protok kroz krvne sudove torkviranog jajnika i tumora je redukovan ili potpuno odsutan (21). *Whirlpool* znak ukazuje na uvrnutu vaskularnu peteljku i ima visoku senzitivnost i specifičnost, a dopler sonogram otkriva cirkularne krvne sudove unutar mase (20). Na kraju, slobodna tečnost u manjoj količini može biti prisutna u Douglasovom špagu (20). Nije poznato koliko jajnik može biti u ishemiji pre nego što izgubi svoju funkciju. Pojedine studije pokazuju da je najbolje uraditi operaciju osam sati od početka simptoma, kako bi se zasigurno očuvala funkcija jajnika. Prednost se daje laparoskopiji u odnosu

na standardnu laparotomiju (10-12). Laparoskopjska hirurgija je procedura sa prednostima brzog oporavka, minimalnim gubitkom krvi, smanjenim formiranjem adhezija, kraćim boravkom u bolnici i manjom psihološkom traumom. Sve ove prednosti čine laparoskopiju boljim pristupom u hirurškom lečenju adneksalne patologije kod dece (11). Laparotomija je tretman izbora kod velikih masa, sumnjivih na malignitet, i ako je potrebno hirurško stadiranje (22,23). Naša pacijentkinja prezentovala se je sa bolovima u trbuhu, ali bez povraćanja i drugih znakova za nadažaj peritoneuma, nakon što su roditelji primetili uvećanje trbuha, što se može pripisati naglo nastalim promenama u tumoru usled torzije. Vrednosti tumor markera CA 19-9 su bile značajno uvećane -1657 IU-ml, a CA 125 u blagoj elevaciji, što bi bio tipični nalaz za zreli teratom. Ultrazvučni nalaz kao i nalaz na magnetnoj rezonanci ukazivao je na postojanje najverovatnije cističnog teratoma, ali se zbog veličine samog tumora nije mogao isključiti malignitet, te je odluka doneta u pravcu laparotomije radi detaljne eksploracije i adnektomije ili ovariektomije sa stadiranjem.

ZAKLJUČAK

Ovarijalna torzija kod dece najčešće nastaje kod morfoloski urednih jajnika i posledica je samih anatomskih karakteristika materičnih veza. Ipak moguća je i torzija u prisustvu adneksalne mase. Najčešće adneksalne promene su funkcionalne ovarijalne ciste, teratomi i cistadenomi. Ukoliko se radi o torkviranim promenama vreme od početka simptoma do postavljanja dijagnoze je važno kako bi se sačuvala funkcija jajnika i kako bi se izabrao adekvatan način operativnog lečenja radi prezervacije fertiliteta.

LITERATURA

1. Ashwal E, Krissi H, Hirsch L, Less S, Eitan R, Peled Y. Presentation, diagnosis, and treatment of ovarian torsion in premenarchal girls. *J Ped Adolesc Gynec.* 2015;1;28(6):526-9.
2. Gkrozou F, Tsonis O, Vatopoulou A, Galaziou G, Paschopoulos M. Ovarian Teratomas in Children and Adolescent: Our Own experience and Review of Literature. *Children* 2022; 9(10):1571.
3. Tasset J, Rosen M, Bell S, Smith YR, Quint EH. Ovarian Torsion in Premenarchal Girls. *J Ped Adolesc Gyn.* 2019; 32(3): 254-8.

4. Sheikh MA, Akhtar J, Batool T, Naqvi R, Taqvi R, Jalil S, Soomro A, Ahmed S, Mirza F. A study of ovarian lesions in pre menarche girls. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2007;17:162-5.
5. Martelli H, Patte C. Gonadal tumours in children. *Arch. Pediatr.* 2003;10: 246-50.
6. Hegazy AA, Al-Qtaitat AI, Hegazy RA. A new hypothesis may explain human parthenogenesis and ovarian teratoma: A review study. *J Reprod BioMed.* 2023;21(4):277.
7. Al Jama FE, Al Ghamdi AA, Gasim T, Al Dakheel SA, Rahman J, Rahman MS. Ovarian tumors in children and adolescents—a clinical study of 52 patients in a university hospital. *J. Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011; 24:25-28.
8. Spinelli C, Pucci V, Strambi S, Piccolo RL, Martin A, Messineo A. Treatment of Ovarian Lesions in Children and Adolescents: A Retrospective Study of 130 Cases. *Pediatr Hematol Oncol.* 2015; 32: 199-206.
9. Sharp HT. Laparoscopy in children. *Clin Obstet Gynecol.* 1997; 40:210.
10. Takeda A, Manabe S, Hosono S, Nakamura H. Laparoscopic surgery in 12 cases of adnexal disease occurring in girls aged 15 years or younger. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005; 12:234.
11. Donskoy DV, Korovin SA, Vilesov AV, Akhmatov RA, Akhmatov RA, Sangare KD, et al. Adnexal torsion in girls: Predictors and methods for surgical treatment. Case reports and review. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care.* 2024;14(1):131-42.
12. Parazzini F, La Vecchia C, Negri E, Moroni S, Villa A. Risk factors for benign ovarian teratomas. *Br J Cancer.* 1995;71(3):644-6.
13. Salzillo C, Imperato A, Fortarezza F, Maniglio S, Lucà S, La Verde M, Serio G, Marzullo A. Gonadal Teratomas: A State-of-the-Art Review in Pathology. *Cancers* 2024; 16(13):2412.
14. Abbas PI, Dietrich JE, Francis JA, Brandt ML, Cass DL, Lopez ME: Ovarian-sparing surgery in pediatric benign ovarian tumors. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016; 29:506-10.
15. Rao S, Smith DA, Guler E, Kikano EG, Rajdev MA, Yoest JM, Ramaiya NH, Tirumani SH. Past, present, and future of serum tumor markers in management of ovarian cancer: a guide for the radiologist. *Radiographics.* 2021;41(6):1839-56.
16. Saleh M, Bhosale P, Menias CO, Ramalingam P, Jensen C, Iyer R, et al. Ovarian teratomas: clinical features, imaging findings and management. *Abdom Radiol.* 2021;46(6):2293-307.
17. Wu M, Huang L, Chen Y, Wang Y, Zhang M, Cao J, et al. Diagnostic accuracy of Ovarian-Adnexal Reporting and Data System, IOTA Simple Rules and Pediatric Risk of Malignancy Index for pediatric adnexal lesions: comparative study. *Ultrasound Obstet Gynec.* 2025; 66(3):361-7.
18. Stankovic ZB, Bjelica A, Djukic MK, Savic D. Value of ultrasonographic detection of normal ovarian tissue in the differential diagnosis of adnexal masses in pediatric patients. *Ultrasound Obstet Gynec.* 2010; 36(1):88-92.
19. Bridwell RE, Koyfman A, Long B. High risk and low prevalence diseases: Ovarian torsion. *Am J Emerg Med.* 2022;56:145-150.
20. Stankovic Z. Ovarian Cysts and Tumors in Adolescents. *Obstet Gynecol North Am.* 2024;51(4):695-710.
21. Huang C, Hong MK, Ding DC. A review of ovary torsion. *Tzu Chi Med J.* 2017;29(3):143-7.
22. Janković N, Janković M, Ristić Petrović A, Dimitrijević S. A rare disease which lead to avoidable ovary loss. Ovarian torsion-Case reports. *Med. Pregl.* 2025;2: in press

GIANT OVARIAN TERATOMA IN PREMENARCHAL GIRL**Summary:**

Introduction: Ovarian torsion in children and adolescents is an acute gynecological condition that most often occurs in morphologically normal ovaries. It results from anatomical characteristics of the infundibulopelvic ligaments in children and is rarely associated with an adnexal mass. Ovarian tumors in children are most commonly of germ cell and sex cord–stromal cell origin, while epithelial and other tumors are much less frequent. Teratomas are the most common ovarian tumors and may be mature or immature, unilateral or bilateral, with variable size. They may be asymptomatic or become symptomatic in cases of torsion or rupture. Clear guidelines for the management of these conditions in children and adolescents are lacking. To prevent complications, surgical treatment is recommended, with laparoscopy as the preferred approach. This paper presents a case of a giant ovarian teratoma with torsion in an eight-year-old premenarchal girl. **Case report:** The patient was an eight-year-old girl who presented with abdominal pain and progressive abdominal enlargement, without nausea, vomiting, or fever. Following a complete clinical, laboratory, and imaging evaluation, a giant ovarian teratoma with torsion was suspected, and the child was referred, accompanied by her parents, to a tertiary care center for further diagnosis and treatment. **Discussion and conclusion:** Teratomas are the most common ovarian tumors in children and may present with symptoms or be detected incidentally. Diagnostic evaluation should determine whether the lesion is benign and whether torsion is present, using clinical examination, laboratory analyses, tumor markers, and imaging—primarily ultrasound and magnetic resonance imaging. Early diagnosis is essential to preserve ovarian function and to select an appropriate surgical approach that ensures fertility preservation.

Key words: teratoma, ovarian tumor, ovarian torsion, abdominal pain.