

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM

JULIANA DOS SANTOS NACARI

**CISTOS ESPLÊNICOS: RELATO DE DOIS CASOS**

Vitória-ES  
2011

JULIANA DOS SANTOS NACARI

**CISTOS ESPLÊNICOS:  
RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovada em 27 de Junho de 2011

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Edson Ricardo Loureiro  
Escola Superior de Ciências da Saúde da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Coorientador.



Dr. Carlos André Daher Santos  
Escola Superior de Ciências da Saúde da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Dr. Brenno Augusto Seabra de Mello Netto  
Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes  
HUCAM

JULIANA DOS SANTOS NACARI

## **CISTOS ESPLÊNICOS: RELATO DE DOIS CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Flávio Takemi Kataoka

Vitória-ES  
2011

## AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Flávio Takemi Kataoka pela sua dedicação, disponibilidade e por acreditar no meu potencial.

Aos Residentes da Clínica Cirúrgica da Santa de Misericórdia de Vitória pelo carinho e atenção possibilitando a realização deste trabalho.

A professora Nelma Sueli Fezer pela paciência e por ter me acompanhado durante todo o processo da pesquisa.

Aos meus amigos, pessoas que fazem meu coração sorrir. Aos pacientes, sujeitos imprescindíveis à prática da medicina. Aos professores, em especial, Dr. Flávio kataoka e Dr. Claudio Medina da Fonseca, exemplos de competência e dedicação ao exercício da profissão, e que fazem a diferença em minha vida pessoal e profissional.

## RESUMO

**Introdução:** As lesões císticas são doenças raras, sendo classificados como cistos verdadeiros e pseudocistos. Os cistos esplênicos, em geral são diagnosticados durante a segunda e terceira década de vida, sendo o diagnóstico geralmente firmado após a realização de ultra-sonografia ou tomografia computadorizada do abdome por outra causa. Atualmente, com o conhecimento da fisiologia esplênica e sua importância imunológica, atrelado ao avanço nas técnicas cirúrgicas é preconizada esplenectomia parcial. **Metodologia:** Análise de prontuários e revisão de literatura. **Objetivo:** Contribuir para maior conhecimento sobre cisto esplênico, uma vez que são raros e poucos casos são descritos na literatura. **Conclusão:** Em virtude da baixa prevalência das doenças císticas do baço, a literatura cirúrgica baseia-se principalmente em relatos de caso. Entretanto, apesar da raridade da doença cística do baço, com o avanço de tecnologia e o uso mais frequente dos métodos de imagem, o diagnóstico tem se tornado mais rotineiro na prática clínica demonstrando a importância de estudos quanto à abordagem terapêutica da lesão cística.

**Palavras-chave:** Cisto esplênico; relato de caso; revisão de literatura.

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b>                                 | 06 |
| <b>2. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA</b> | 07 |
| <b>3. OBJETIVOS</b>                                  | 08 |
| 3.1 Objetivo Geral                                   | 08 |
| 3.2 Objetivos Específicos                            | 08 |
| <b>4. CASUÍSTICA E MÉTODOS</b>                       | 09 |
| <b>5. REVISÃO DE LITERATURA</b>                      | 10 |
| 5.1 Classificação                                    | 10 |
| 5.2 Quadro clínico                                   | 11 |
| 5.3 Diagnóstico                                      | 11 |
| 5.4 Complicações                                     | 12 |
| 5.5 Tratamento                                       | 12 |
| <b>6. RELATO DE CASO</b>                             | 14 |
| 6.1 Caso 1   | 14 |
| 6.2 Caso 2   | 15 |
| <b>7. DISCUSSÃO</b>                                  | 17 |
| <b>8. CONCLUSÃO</b>                                  | 19 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                   | 20 |
| <b>ANEXO</b>   | 22 |

## 1. INTRODUÇÃO

As lesões císticas do baço são doenças raras<sup>2,5,10,18</sup>, classificadas como cistos verdadeiros ou pseudocistos<sup>21</sup>. Na maioria dos casos, cistos esplênicos verdadeiros são localizados em áreas de doença endêmica endêmica, sendo chamado de cistos parasitários (espécie *Echinococcus*)<sup>21</sup>.

A princípio, tem-se o primeiro relato de cisto esplênico na literatura escrito por Andral, em 1829<sup>4</sup>. Enfatizando sua raridade, Robbins descreveu recentemente, 32 casos de cisto esplênico em 42.327 autópsias realizadas<sup>20</sup>. Atualmente, em decorrência do uso da tomografia computadorizada e da imagem ultrassonográfica como métodos diagnósticos de outras enfermidades, os achados incidentais das lesões císticas tornaram-se mais freqüentes, uma vez que a apresentação clínica é caracterizada, na maioria das vezes, pela ausência de sintomatologia<sup>21</sup>.

O conhecimento da importância imunológica do baço em concomitância com o avanço das técnicas cirúrgicas permitiu o manejo terapêutico conservador frente às doenças lienais.

Neste trabalho serão relatados dois casos de pacientes acompanhados no Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Filantrópico da Grande Vitória, visando elucidar aspectos patogênicos e clínicos desta doença, visto que se trata de uma doença rara, pouco relatada na literatura, visando elucidar e contribuir para melhor conhecimento desta moléstia.



## 2. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Relato de dois casos de cistos esplênicos.

As poucas referências motivam o aprofundamento do tema para contribuir com o conhecimento e a divulgação do cisto esplênico para o profissional médico.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral:**

- Contribuir para maior conhecimento sobre cisto esplênico, uma vez que são raros os casos e poucos são descritos na literatura.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever dois casos de cisto esplênico, acompanhados no serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Filantrópico da Grande Vitória.
- Realizar revisão bibliográfica sobre este tema.

#### 4. MATERIAIS E MÉTODOS

Será realizado um estudo de dois relatos de casos, nos quais são apresentados dois pacientes com diagnóstico de cisto esplênico, em concomitância com uma revisão bibliográfica, no período de 2010 e 2011, na enfermaria São Miguel, do setor de Cirurgia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Destacam-se os exames pertinentes ao relato dos casos:

- Dados clínicos dos pacientes (anamnese e exame físico);
- Anatomo-patologia da peça cirúrgica;
- Tomografia de abdome total.
- Conduta terapêutica.

Para descrição e apresentação dos casos serão utilizados os exames acima citados.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 CLASSIFICAÇÃO

As lesões esplênicas distinguem-se em parasitários e não-parasitários. Os cistos parasitários são representados pelos cistos hidáticos e constituem dois terços da casuística<sup>13</sup>, provenientes de áreas onde a hidatidose é endêmica, em nosso país representado pela Região Sul.

Os cistos esplênicos não parasitários são subdivididos em duas variedades: os verdadeiros, que possuem paredes com revestimento celular, e os pseudocistos ou falsos cistos, desprovidos de revestimento interno. São classificados anatomopatologicamente por meio da classificação de Fowler<sup>16</sup>.

[...] Os cistos verdadeiros são revestidos por células epiteliais ou endoteliais. Cistos epiteliais são raros (representam apenas 5 a 10% dos cistos verdadeiros), estando descritos pouco mais de uma centena. São considerados de natureza disontogenética e os mais freqüentes, dentre estes, são os cistos epidermóides, cujo revestimento é constituído por epitélio planocelular pluriestratificado<sup>8,10,11</sup>. Mesmo quando o revestimento não é contínuo, a presença de áreas de epitélio planocelular estratificado e de cristais de colesterol no conteúdo líquido sugere sua natureza<sup>12</sup>. Os cistos mesoteliais têm revestimento epitelial constituídos por células cúbicas ou endoteliiformes sem pontes intercelulares, podendo ser uni ou multiestratificados. Esse revestimento pode, entretanto, apresentar áreas de metaplasia escamosa. Os cistos dermóides são excepcionais. São revestidos por epitélio plano queratinizado, além de possuírem aparelho pilosebáceo. Foram também descritos cistos, com revestimento de células cilíndricas mucinosas não-estratificadas, denominadas enteórides<sup>13</sup>. Os cistos endoteliais, os mais freqüentes entre os verdadeiros (15%), são, na realidade, neoplasias do tipo endotelial (hemangioma ou linfangioma) que podem assumir aspecto cístico<sup>11</sup>. Dentre estes predominam os hemangiomas, sendo os linfangiomas, pelo contrário, bastante raros (cerca de 2 %). Os linfangiomas foram descritos, principalmente, em crianças ou adolescentes, estando associados, em mais de 20% dos casos, a outros do mesmo tipo histológico, localizados em outras vísceras abdominais<sup>8</sup>. (Speramzini; Deustch, 2003).

Os pseudocistos representam 60 a 80 % das lesões císticas não-parasitárias. São, com freqüência, conseqüentes à organização e à liquefação de um hematoma esplênico traumático subcapsular<sup>14,15</sup>. Mais raramente (5%), originam-se de processos inflamatórios (abscessos ou tuberculose) ou da liquefação de área de infarto esplênico<sup>14,8</sup>.

A parede dos falsos cistos é espessa, não tem revestimento celular e, com freqüência, é calcificada<sup>11,16</sup>. (Speramzini; Deustch, 2003. P. 135-136)

## 5.2 QUADRO CLÍNICO

Os cistos esplênicos, em geral, são diagnosticados durante a segunda e terceira década de vida, embora possam ser diagnosticados em qualquer faixa etária<sup>15</sup>. Acredita-se que a incidência quanto ao sexo acometido seja equivalente.

Entretanto, quando se analisa a etiologia dos cistos esplênicos não são considerados nem o sexo, nem a idade como fatores determinantes<sup>17</sup>.

A sintomatologia, quando presente, deve-se ao aumento das dimensões do cisto, o que acarreta a compressão de estruturas viscerais adjacentes. Desconforto epigástrico, plenitude pós-prandial e náuseas são manifestações decorrentes da compressão gástrica. Dispnéia, dor em hipocôndrio direito e atelectasia do lobo inferior do pulmão esquerdo são manifestadas pela compressão da cúpula diafragmática<sup>16</sup>.

## 5.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico geralmente é firmado após a realização de ultrassonografia ou tomografia computadorizada do abdome por outra causa.

A investigação diagnóstica deve proceder à exclusão de possível causa traumática com a realização de anamnese minuciosa e hidatidose, por meio do questionamento de antecedentes epidemiológicos. Quando houver suspeita diagnóstica de cisto por *Echinococcus* deve-se solicitar testes específicos para imunodiagnóstico de hidatidose, detecção de anticorpos anti-*Echinococcus granulosus* e prova de fixação de complemento<sup>3,14</sup>.

Entretanto, a ultrassonografia abdominal e a tomografia computadorizada de abdome devem ser realizadas em todos os pacientes com suspeita diagnóstica, pois permitem identificar com precisão a localização esplênica dos

cistos e a sua correlação com estruturas vizinhas, possibilitando avaliação quanto ao conteúdo; dimensão; presença de calcificações; loculações e ecogenicidade<sup>3</sup>, bem como auxiliando o diagnóstico diferencial com outras patologias, como doenças císticas renais, hepáticas e adrenais. Deve-se descartar também processos neoplásicos gástricos, colônicos e retroperitoneais<sup>14</sup>.

A punção diagnóstica do cisto guiada pela tomografia computadorizada ou ultrassonografia não é um exame de eleição, pois não fornece dados que contribuam para o diagnóstico, uma vez que o exame do líquido é pouco esclarecedor<sup>15</sup>, e a classificação quanto ao tipo do cisto é dada por meio do estudo anatomopatológico da peça operatória<sup>13</sup>.

#### **5. 4 COMPLICAÇÕES**

A complicação mais freqüente é relacionada à ruptura intraperitoneal espontânea ou ocasionada por traumatismos leves<sup>10,16</sup>, acarretando um quadro de abdome agudo e necessitando de intervenção imediata<sup>3</sup>.

A infecção secundária do cisto, causada tanto por microrganismos gram-positivos quanto por gram-negativos, é outra complicação possível.

#### **5. 5 TRATAMENTO**

Atualmente o tratamento cirúrgico é indicado em pacientes sintomáticos, devido ao diagnóstico definitivo ser firmado após exérese da lesão e posterior estudo histopatológico<sup>13,23</sup>. Tradicionalmente a esplenectomia total era a abordagem cirúrgica de escolha. Entretanto, com o conhecimento da fisiologia esplênica<sup>14</sup> e sua importância imunológica atrelados ao avanço nas técnicas cirúrgicas é preconizada a esplenectomia parcial.

Acredita-se que o tratamento cirúrgico dos cistos assintomáticos, em especial os cistos pequenos, de diâmetro inferior a cinco centímetros e descobertos incidentalmente durante a realização de exames de imagem, não é indicado, preconizando para tais lesões císticas o estrito acompanhamento ultrassonográfico quanto ao seu diâmetro e à ausência de intercorrências clínicas durante a sua observação<sup>14</sup>.

## 6. RELATO DE CASO

### 6.1 CASO 1

A.K.B., 49 anos, sexo feminino, internada no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, em fevereiro de 2011, relatando que há aproximadamente um ano iniciou dor em região de hipocôndrio direito, de média intensidade, em pontada, intermitente e desencadeada pela alimentação. Associada a este quadro relata dor lombar esquerda, de forte intensidade, tipo cólica. A paciente relata que houve perda ponderal de sete quilos em sete meses. Negava febre, vômitos, diarreia ou qualquer outro sintoma acompanhando o quadro. Paciente referia uso regular de propranolol para tratamento de hipertensão arterial sistêmica.

A paciente se encontrava em bom estado geral e o exame do abdome revelou baço palpável a dois centímetros do rebordo costal esquerdo, indolor à palpação superficial e profunda.

Para avaliação laboratorial, foram realizados hemograma, provas de função hepática e exame sumário de urina, todos dentro da normalidade.

A tomografia computadorizada de abdome evidenciou baço de dimensões aumentadas, apresentando volumosa imagem cística, medindo 9,7x8,8cm, de conteúdo hipodenso e homogêneo, com leve realce periférico pelo meio de contraste, ocasionando leve compressão sobre as estruturas adjacentes.

Durante a internação foi realizada esplenectomia parcial, com preservação do polo inferior. No ato cirúrgico não houve ruptura cística onde foi evidenciado volumoso cisto em polo esplênico superior, de conteúdo líquido amarelo-citrino, que foi enviado para pesquisa de células neoplásicas, bacterioscopia, cultura e anatomopatológico do polo superior do baço.

O exame histopatológico evidenciou à macroscopia: baço formando cisto, aberto, medindo 11,5x10x5cm, com superfície externa acinzentada e rugosa.



Superfície interna do cisto pardacento-claro e rugoso. Ao corte, tecido avermelhado e cruento. A microscopia e impressão diagnóstica evidenciaram: líquido negativo para células neoplásicas malignas, pseudocisto esplênico e ausência de sinais de malignidade.

## 6.2 CASO 2

P.L.T.N., sexo feminino, 54 anos, com história prévia de trauma abdominal há dois anos, relatando queda da própria altura, com choque de forte intensidade da região lombar contra um bloco de concreto. Relata que após este episódio, foi acompanhada no ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, porém a ultrassonografia realizada apresentava cisto esplênico de dois centímetros de diâmetro no seu maior eixo. A conduta adotada foi o acompanhamento da lesão.

A paciente foi internada no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, em fevereiro de 2011, devido a dor lombar esquerda de forte intensidade associada a dor em região epigástrica de moderada intensidade. Negava febre, vômitos, diarreia ou qualquer outro sintoma acompanhando o quadro. Paciente em uso de levotiroxina 50mcg para tratamento de hipotireoidismo. Paciente hipertensa em uso de atenolol. Alérgica a dipirona, iodo e mercúrio.

A paciente encontrava-se em bom estado geral. O exame do abdome apresentava massa volumosa em região de hipocôndrio esquerdo, dolorosa à palpação profunda.

A tomografia computadorizada evidenciou volumoso cisto esplênico, com doze centímetros em seu maior comprimento, antes e após a injeção endovenosa do meio de contraste com prévia opacificação do estômago e das alças intestinais.

Na internação foi realizada esplenectomia total, por meio de laparotomia mediana, com colocação de dreno tubular em hipocôndrio esquerdo. No ato

cirúrgico não houve ruptura cística, sendo a peça cirúrgica enviada para o estudo histopatológico.

Paciente evoluiu com complicação da ferida operatória, com saída de secreção purulenta no sétimo dia de pós-operatório, através do dreno, foi reinternada, sendo realizada a reposição do dreno com resolução do quadro.

O exame histopatológico evidenciou à macroscopia: baço formando cisto, recebido aberto, medindo 13x12x7cm, pesando 210g, com superfície externa ora acastanhado ora branco e rígida. Parede interna do cisto brancacenta com áreas calcificadas. O restante do tecido é avermelhado e cruento. A microscopia e impressão diagnóstica evidenciaram; pseudocisto esplênico com fibrose e inflamação crônica inespecífico da parede, calcificação distrófica subcapsular esplênica, congestão e hemorragia de polpa.

## 7. DISCUSSÃO

No presente estudo relatamos dois casos de pacientes internadas no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, em fevereiro de 2011, com esplenomegalia sintomática, porém a abordagem terapêutica adotada foi distinta.

A paciente do caso 1 apresentava dor em região de hipocôndrio direito, associada à dor lombar esquerda e perda ponderal. A tomografia computadorizada de abdome evidenciava a presença de cisto esplênico de grande dimensão. Sendo submetida à esplenectomia parcial, com preservação do polo inferior. Permitindo resolução do quadro álgico apresentado pela paciente. O procedimento cirúrgico possibilitou a esplenectomia parcial, uma vez que se evidencia a importância imunológica do baço.

A paciente do caso 2 foi acompanhada ambulatorialmente, com realização de exames de imagem. Entretanto, a evolução do quadro com dor lombar esquerda e aumento da lesão cística, evidenciada pela tomografia computadorizada de abdome, determinou conduta cirúrgica por laparotomia exploradora mediana, com esplenectomia total. Embora, neste caso, tenha sido realizada esplenectomia total por dificuldades técnicas, devido as grandes dimensões do cisto, a tendência é para manejo conservador.

Deste modo, com base no que foi descrito anteriormente, quanto à baixa prevalência das lesões císticas do baço, a literatura cirúrgica baseia-se em descrições de relatos de casos, possibilitando discussões quanto à indicação cirúrgica.

A revisão bibliográfica realizada evidenciou a existência de conduta cirúrgica controversa, quanto ao tamanho da lesão cística e a sintomatologia. Alguns autores acreditam que o emprego da técnica de esplenectomia parcial, que não irá prejudicar as funções imunológicas do baço, é o tratamento de escolha para

as lesões císticas esplênicas, uma vez que o diagnóstico definitivo é fornecido somente após exame histopatológico da peça cirúrgica.

Entretanto, questiona-se que o emprego desta terapêutica tenha sido em sua maioria aplicada em amostras de pacientes de mesmo perfil, ou seja, presença de cistos grandes, maiores que cinco centímetros, e sintomáticos. Essa variação permite margem para a possibilidade de manejo terapêutico realizado com acompanhamento ultrassonográfico e clínico da lesão, que associado à ausência de intercorrências poderia ser empregado tratamento expectante. Deste modo, acredita-se que os cistos de pequeno diâmetro no qual o paciente encontra-se assintomático, permanecem sem sofrer alteração durante toda a vida.

## 8. CONCLUSÃO

Em virtude da baixa prevalência das doenças císticas do baço, a literatura cirúrgica baseia-se principalmente em relatos de caso. Permitindo assim diversos questionamentos quanto à conduta preconizada nas diversas apresentações clínicas dos cistos esplênicos.

Como relatado anteriormente, pela revisão bibliográfica, verifica-se que apesar da raridade da doença cística do baço, com o avanço de tecnologia e o uso mais frequente de métodos de imagem, como a ultrassonografia e a tomografia, para investigação de afecções abdominais, o diagnóstico tem se tornado mais rotineiro na prática clínica, demonstrando a necessidade de estudos quanto à abordagem terapêutica da lesão cística.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVAREZ, G. COSTA, SILVEIRA M.L., COSTA, E. M., PAGLIARIN, F. V., COSTA, I. **Cisto epidermóide de baço em criança**. Relato de caso. Gastroenterologia Pediátrica 2000 Jan/Mar; 1; 37:69-71
2. ALVAREZ, P.J.A. & BALDONEDO, R.F. – **Quistes de bazo**. Ver Esp Enferm Dig 86: 743-749,194.
3. ALVES, J. G., ESTEVAM, D. L., SANTOS, J. L., Genn, C. M. S. **Cisto Esplênico**. JBM. 1991 Out; 4; 61:48-64.
4. ANDRAL, J.W. – *Prés d'anatomie pathologique*. Paris, 1829. Apud ROBBINS, F.G., YELLIN, A.E., LINGUA, R.W, CRAIG, J.R. TURRILL, F.L. & MILLELSEN, W.P. – **Splenic epidermoid cysts**. Ann Surg 187: 231-235, 1978.
5. CARPENTER, G., COTER, P.W. & DAVIDSON, J.R.M. epidermoid cyst of the spleen. Aust n z j surg 56: 365-368, 1986.
6. CAVALLARO G, ALBANESE V, FABIANO V et al. **Pseudocisti emorragica della milza**. Minerva Chir 1997; 52:965-9.
7. COWLES RA , YAHANDA AM. **Epidermoid cyst os the spleen**. Am J Surg 2000; 180:227.
8. EDMOND RE, ROCHON BR, MCPHAIL JF. **A traumatic splenic pseudocyst**. J trauma 1990; 30:349-52.
9. GOMES M, HENRIQUES AC, PEZZOLO S, SPERANZINI MB. **Pseudocisto esplênico pós-traumático**. Ver. Bras Cir 1995; 22:107-9.
10. FOWLER, RH.- **Nonparasitic benign cystic tumors of the speen**. Int Abstr Surg 96:209-227, 1953.
11. HOFFMANN. E. **Non parasitic splenic cysts**. Am J Surg. 93; 765-70, 1957.
12. ISSA M, BUEMI A, HOLDEBACH LJ et al. **Kyste entéroide de la rate**. J Chir (Paris) 1984; 121:425-9.
13. MAMBRINI P, SABBAH P, LE TORQUAT JP et al. **Kystes épidermoides de la rate**. J Chir (Paris) 1994; 131: 184-90.
14. MELO VA de, ALVES A Jr, ANDRADE LC et al. **Cisto esplênico**. Ver Hosp Clin São Paulo 1995; 50: 289-93.
15. MOIR C. et al. **Splenic cystis: esclerosis, or resection**. J pediatr Surg. 24:646-8, 1989.

16. PETROIANU, A. **O Baço**. São Paulo: CLR Balieiro, 2003.
17. POUCHÉ A, BIASCA F, LAFFRANCHINI G et al. **Cisti benigno no parassitare della milza**. Ann Ital Chir 1999; 70:83-90.
18. QUERSHI, M.A. & HAFNER, C.D. - **Clinical manifestations of splenic cysts study of 75 cases**. Am Surg 31:605-608, 1965
19. QUILICHINI MA, CLOT P, VIANDIER A et al. **Kystes épidermoides de la rate**. Ann Chir 1983; 37:341-4.
20. ROBBINS, F.G., YELLIN, A.E., LINGUA, R.W., CRAIG, J.R. TURRILL, F.L. & MIKKELSEN, W.P. - **Splenic epidermoid cysts**. Ann Surg 187: 231-235, 1978.
21. SABISTON, **Tratado de Cirurgia: a base biológica da moderna prática cirúrgica / Courtney M. Townsend... [ et al. ]; tradução Ione Ferreira Araújo... et al.**. Rio de Janeiro: Elsevier: cap. 54 - pág. 1.689, 2005.
22. SPERAMZINI, M.B; DEUSTCH, C.R. Cistos Esplênicos: in: Petroianu Andy. **O Baço**. São Paulo: CLR Balieiro, 2003. P. 135-136.
23. **Splenic Cysts**. Pediatr Surg 1994, Mar; 03; 02



**EMESCAM**

Instituto de Ensino Superior de Vitória

## DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa "**Cistos Esplênicos: Relato de Dois Casos**", cadastrado com o No **033/2011**, do pesquisador responsável "**Flavio Takemi Kataoka**", foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 29/03/2011.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **29/03/2012**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 30 de março de 2011

**Dr. Elisardo C. Vasquez**  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa  
EMESCAM