

CC274

RODRIGO SOUZA MEYER

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS
CISTOS PANCREÁTICOS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

2000

RODRIGO SOUZA MEYER

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS
CISTOS PANCREÁTICOS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso : Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientador : Prof. Dr. Ernesto Francisco Damerau

Co-orientador : Dr. Wilmar Athayde Gerent

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

2000

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, meus maiores exemplos na vida.

A Ernesto Francisco Damerl e Wilmar Athayde Gerent, pelos ensinamentos constantes, e orientação.

Aos meus amigos, companheiros nas horas mais difíceis, pelo apoio.

A minha namorada Lilian Dalla Barba pela compreensão e afeto.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVO	07
3. MÉTODO	08
4. RESULTADOS	09
5. DISCUSSÃO.....	13
6. CONCLUSÕES	16
7. REFERÊNCIAS.....	17
NORMAS ADOTADAS	19
RESUMO	20
SUMMARY	21

1. INTRODUÇÃO

A crescente importância do pâncreas na patologia clínica atual deve-se não só à sua enorme capacidade de produzir sintomas bem como ao comprovado aumento de incidência dos tumores pancreáticos malignos , ainda hoje motivo de controvérsia terapêutica¹.

A grande evolução de métodos diagnósticos (como a pancreatografia endoscópica , tomografia computadorizada , ultrassonografia) e da exploração funcional do pâncreas permite hoje melhor conhecimento e planejamento terapêutico de inúmeras afecções do pâncreas ².

O pâncreas , do ponto de vista embriológico , consiste em duas porções : o pâncreas dorsal e o pâncreas ventral. O pâncreas dorsal surge como invaginação do intestino primitivo em direção ao baço , o pâncreas ventral se origina do divertículo hepático. O pâncreas ventral dá origem ao ducto pancreático de Wirsung (segmento justa duodenal) enquanto o ducto acessório (de Santorini) é o canal de drenagem do pâncreas dorsal. Entre a 6^a e 7^a semanas de vida embrionária o pâncreas ventral roda no sentido horário , tendo o duodeno como eixo , colocando-se por trás do pâncreas dorsal , funde-se posteriormente com esta porção do pâncreas , dando origem ao processo unciforme que envolve parcialmente a veia porta. Posteriormente , os dois ductos se fundem criando um conjunto excretório único².

O ducto pancreático de Wirsung é , na grande maioria dos casos , o canal principal de drenagem das duas porções pancreáticas. Ocasionalmente, o ducto acessório (Santorini) é o único canal de drenagem das secções pancreáticas, mas em geral ele não desemboca no duodeno (sendo ramo do ducto de Wirsung) ou , ambos os canais se intercomunicam e desembocam no duodeno².

O pâncreas no homem localiza-se no espaço retroperitoneal, na bolsa omental, na qual constitui parte da parede posterior. Estende-se do duodeno ao hilo do baço. Está em contato posteriormente com a veia cava, a veia e artéria renais direitas. Apresenta relação íntima com a veia porta, sendo que uma das porções do órgão (processo uncinado) se insinua por trás da mesma. Está também em contato com a aorta , a veia renal esquerda , o rim e supra-renais esquerdas. A face anterior do pâncreas está em contato com o mesocolo e o estômago. A veia lienal caminha junto com a artéria homônima na face posterior do órgão. O pâncreas pode ser dividido em cinco porções : cabeça, colo, processo uncinado, corpo e cauda^{1,2}.

Processos patológicos assestados , nestas diferentes porções da glândula produzem manifestações diversas. O contato íntimo do pâncreas com inúmeras estruturas explica algumas das manifestações clínicas consequentes a doenças pancreáticas, por exemplo a proximidade com os grandes troncos portais justifica o aparecimento de hipertensão portal segmentar nas pancreatites crônicas ou pseudocistos pancreáticos. A grande vascularização do órgão justifica a incidência frequente de hemorragias graves nos traumatismos da glândula².

Cistos e pseudocistos do pâncreas são formações cavitárias que encerram em seu interior suco pancreático puro , sangue ou pus, localizados dentro, na superfície, ou fora da glândula pancreática, podendo ou não manter comunicação com a mesma, mais raramente podem ser encontrados no pescoço mediastino ou pelve³.

Os cistos pancreáticos foram classificados quanto aos respectivos fatores etiológicos: (a) de retenção (pancreatite crônica, odites e câncer pancreático); (b) necrótico (pancreatites aguda e crônica e câncer pancreático); (c) traumático (traumatismo glandular e biópsia pancreática); (d) parasitários (hidatidose) ; (e)

cistos neoplásicos (cistoadenoma e cistoadenocarcinoma) ; (f) outras lesões císticas⁴ .

Os cistos neoplásicos constituem 10% de todas as lesões císticas , e apenas 1% de todas as neoplasias pancreáticas ⁵. Os pseudocistos representam 80% das lesões císticas ⁶, são coleções localizadas de secreção pancreática em estruturas císticas que carecem de revestimento epitelial , a parede do pseudocisto constitui de fibrose do peritônio , mesentério e membranas serosas e ocorrem em decorrência do bloqueio a disseminação do suco pancreático³.

Dois processos diferentes estão envolvidos na patogenia dos pseudocistos pancreáticos. Muitos deles ocorrem como complicação da pancreatite aguda grave , em que o extravasamento de suco pancreático e a necrose glandular formam uma bolsa estéril de líquido que não é reabsorvida com a resolução da inflamação. A superinfecção dessas coleções leva à formação de abscesso pancreático em lugar de pseudocisto. Em pacientes alcoólatras ou vítimas de traumatismo abdominal , o mecanismo reside em obstrução ductal e formação de um cisto de retenção que perde seu revestimento epitelial , à medida que cresce além dos limites da glândula⁷. No pseudocisto pós-traumático, os sintomas geralmente só aparecem dentro de várias semanas após a lesão. Verificou-se o desenvolvimento de pseudocistos em 10 a 27% dos casos de pancreatite aguda segundo Warshaw e Rattner⁸. Os cistos são solitários em 85% dos casos e múltiplos nos casos restantes³.

Dentre as manifestações clínicas do pseudocisto pancreático , a dor abdominal foi o sintoma mais prevalente presente em 86% dos pacientes, seguido de náuseas e vômitos 51% dos casos , 29% perda de peso , anorexia em menos de 1/4 dos casos . Ao exame físico massa palpável ocorre em 64% dos casos, pode-se verificar presença de febre ou ascite , poucos apresentam icterícia , uma manifestação da obstrução do segmento intrapancreático do ducto biliar. Em cerca de metade dos pacientes ocorrem elevação da amilase sérica e

leucocitose. A presença de níveis elevados de bilirrubinas reflete a obstrução biliar^{3,6,7}. A tomografia constitui o exame diagnóstico de escolha, podendo estabelecer o tamanho e a forma do cisto, bem como a sua relação com outras víceras. Em pacientes com pancreatite crônica, pode-se demonstrar um aumento do ducto pancreático. A ultrassonografia abdominal também demonstra a presença de pseudocistos pancreáticos porém a quantidade de detalhes percebida é menor comparada com a tomografia de abdome, de modo que o papel da ultrassonografia consiste em acompanhar as mudanças de tamanho de um pseudocisto agudo. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) deve ser efetuada se houver suspeita de anormalidades significativas do ducto biliar ou pancreático, sugerida pela tomografia ou pelos resultados de provas de função hepática⁹.

O diagnóstico diferencial entre neoplasias císticas pancreáticas e pseudocisto pancreático é realizado na maioria das vezes através da história clínica, onde o pseudocisto acompanha um episódio de pancreatite aguda, ou um traumatismo pancreático, ou ocorre na vigência de uma pancreatite crônica¹⁰. A amilase sérica está elevada em 50 a 75% dos pacientes com pseudocistos, enquanto é normal naqueles com cistos pancreáticos. Os pseudocistos podem ser múltiplos, porém no TC e na USG eles não exibem componentes sólidos, septos e loculações que são característicos dos cistos. As calcificações podem ser observadas em cerca de 1/3 dos tumores císticos e nunca fazem parte da parede dos pseudocistos. A aspiração do conteúdo revela altos níveis de amilase nos pseudocistos e na maioria dos casos um nível baixo de amilase nos tumores císticos. A angiografia num pseudocisto mostra hipovascularidade enquanto que, os tumores císticos, especialmente quando malignos, são frequentemente hipervasculares. A CPER demonstra comunicação entre o sistema ductal e um pseudocisto na maioria dos casos (65 a 80%). Porém as neoplasias císticas são independentes do ducto pancreático. Nos achados cirúrgicos a parede de um

pseudocisto é espessa e aderente ao epíplon ou as víceras vizinhas ou pâncreas endurecido. A maioria dos cistos é apresentada por lesões circunscritas com um pâncreas normal adjacente. A presença de um pseudocisto pode ser excluída se uma biópsia por corte de congelamento da parede cística revela a presença de epitélio. Entretanto a ausência de epitélio não exclui uma neoplasia cística^{5,10}.

Pacientes portadores de pseudocistos pancreáticos podem evoluir com complicações, a infecção é uma rara complicação, resultando em febre elevada, calafrios e leucocitose, a súbita perfuração do pseudocisto (que ocorre em menos de 5% dos casos) na cavidade peritoneal livre provoca peritonite química grave, com rigidez abdominal e dor abdominal intensa, e a hemorragia que pode ocorrer na cavidade do pseudocisto, ou em alguma víscera adjacente que foi corroída pelo cisto¹¹.

O pseudocisto que tem a sua origem apartir da pancreatite aguda deve ser tratado, de modo expectativo, durante 4 a 6 semanas, isso permite a maturação da parede cística, que se torna firme o suficiente para reter as suturas do tratamento cirúrgico. Além disso, cerca de 40% dos pseudocistos agudos sofrem resolução dentro de 6 semanas após a sua formação, depois deste período a resolução é rara, e qualquer protelação do tratamento impõe um risco crescente de complicações. Pseudocistos agudos precoces e pequenos (< 2cm) incidentais, que são assintomáticos podem ser acompanhados clinicamente. Os pseudocistos detectados em pacientes com sintomas crônicos, na ausência de ataque recente de pancreatite podem ser operados sem demora^{8,9,11}.

Os procedimentos cirúrgicos utilizados são a exisão, a drenagem externa, e a drenagem interna. A escolha do tipo de tratamento cirúrgico depende da apresentação anatômica do pseudocisto, do tempo de evolução da doença, da condição clínica do paciente^{2,3,6,9,11}.

A necessidade do diagnóstico correto dos pseudocistos pancreáticos, e do momento correto, e o tipo de intervenção cirúrgica , motivaram a realização deste trabalho.

2. OBJETIVO

Analizar o tratamento cirúrgico dos pseudocistos pancreáticos ,quanto a tipo de cirurgia e complicações.

3. MÉTODO

Em um estudo retrospectivo, trasversal e descritivo, foram analisados 07 prontuários de pacientes operados com diagnóstico de cistos pancreáticos entre 01 de maio de 1998 e 31 de dezembro de 1999, provenientes do serviço de Médico e Estatístico (SAME) do Hospital Universitário (HU), e Hospital de Caridade de Florianópolis (Fpolis.), Santa Catarina. Foram excluídos do estudo pacientes com diagnóstico de câncer pancreático.

Foram coletadas informações sobre: sexo, idade , quadro clínico, diagnóstico pré-operatório , exames de imagem , achado operatório , tipo de operação realizada , complicações pós-operatórias, tempo de internação.

O quadro clínico foi baseado em dados de anamnese e exame físico no momento da internação e no período pré-operatório.

Os exames de imagem analisados foram : USG abdominal ; tomografia computadorizada (TC) ; endoscopia digestiva alta (EDA); colangio pancreatografia endoscópica retrógrada (CPER).

Analisou-se o tipo de operação realizada, o tamanho dos cistos pancreáticos, a presença de complicações como: hemorragia , infecção ou perfuração.

No pós-operatório foram avaliadas as complicações, intercorrências pós-operatórias e necessidade de reoperação.

Analizou-se os possíveis fatores etiológicos dos cistos pancreáticos.

4. RESULTADOS

Tabela I – Pacientes operados por cistos pancreáticos no HU e HC ,entre maio de 1998 e dezembro de 1999, segundo sexo e diagnóstico Pós-operatório, em número (nº) e percentual (%).

	Masculino	Feminino	TOTAL
	nº (%)	nº (%)	nº (%)
Pseudocisto	04(57,1)	01(14,3)	05(71,4)
cistoadenoma	00(00,0)	02(28,6)	02(28,6)
TOTAL	04(57,1)	03(42,9)	07(100,0)

Tabela II – Pacientes operados por cistos pancreáticos no HU e HC ,entre maio de 1998 e dezembro de 1999, segundo operação realizada em número (nº) e percentual (%).

	nº	%
Drenagem externa	00	00,0
Drenagem interna	05	71,4
Ressecção pancreática	02	28,6
Total	07	100,0

Tabela III - Pacientes operados por cistos pancreáticos no HU e HC ,entre maio de 1998 e dezembro de 1999, segundo tipo de derivação interna em número (nº) e percentual (%).

	nº	%
Cistogástrica	02	40,0
Cistojejunal	03	60,0
Cistoduodenal	00	00,0
TOTAL	05	100,0

Tabela IV -Pacientes operados por cistos pancreáticos no HU e HC ,entre maio de 1998 e dezembro de 1999, segundo quadro clínico em número (nº) e percentual (%).

	nº	%
Dor abdominal	04	57,1
Plenitude pós prandial	03	42,8
Náuseas e vômitos	03	42,8
Emagrecimento	01	14,3
Massa abdominal palpável	02	28,6

Em relação aos exames complementares realizados todos os pacientes foram submetidos a TC e USG de abdome , que evidenciaram as lesões císticas , o número e a topografia das mesmas, bem como a presença de septações, paredes espessadas ou debris em seu interior. A CPER foi realizada em 04 (57,1%) pacientes , mostrando obstrução do ducto pancreático principal em 100% dos casos. A EDA foi realizada em 03 (42,8%) pacientes mostrando úlcera gástrica em 1/3 dos casos , e abaulamento da parede gástrica anterior em 2/3 dos casos.

Nos dois pacientes (28,6%) , submetidos a ressecção pancreática (pancreatectomia corpo caudal), o resultado anatomo patológico da peça cirúrgica, mostrou cistoadenoma pancreático, sendo um deles infectado (50%).

O tempo de internação variou de 12 dias (paciente submetido a derivação interna do tipo cistogastroanastomose trans-gástrica) até 39 dias (paciente submetido a ressecção pancreática) de internação. Sendo o tempo médio de internação de 23 dias.

Tabela V - Pacientes operados por cistos pancreáticos no HU e HC ,entre maio de 1998 e dezembro de 1999, segundo etiologia em número (nº) e percentual (%).

	nº	%
Abuso de alcool	02	28,6
Trauma	02	28,6
Desconhecido	02	28,6
Litíase	01	14,2

Tabela VI -Pacientes operados por cistos pancreáticos no HU e HC ,entre maio de 1998 e dezembro de 1999, segundo as complicações pós-operatórias em número (nº) e percentual (%).

	nº	%
Fístula pancreática	03	42,9
Abscesso de parede	01	14,3
Hemorragia digestiva	01	14,3

5. DISCUSSÃO

Fernández-del Castillo et al. relataram a importância do diagnóstico diferencial entre as neoplasias císticas pancreáticas e os pseudocistos pancreáticos. As neoplasias císticas do pâncreas perfazem 10% de todas as lesões císticas do pâncreas, e menos de 1% das neoplasias pancreáticas, sendo os pseudocistos responsáveis por 75 a 80% das lesões císticas pancreáticas. Neste estudo os pseudocistos corresponderam a 71,4% das lesões e as neoplasias císticas (cistoadenoma pancreático) por 28,6% dos casos (Tabela I).

Aranha et al. chamaram a atenção para escolha do tipo de operação : drenagem interna ; drenagem externa ou ressecção, levando em consideração as manifestações e condições clínicas do doente, achado topográfico do cisto pancreático , presença de complicações como infecção ; hemorragia ou perfuração cística. Em pseudocistos de corpo e cauda de pâncreas , com paredes espessadas e aderente a parede do estômago, a operação mais indicada seria uma derivação interna do tipo cistogastroanastomose , nos pseudocistos que não mantêm contato íntimo com o estômago a operação indicada seria uma derivação interna do tipo cistojejunoanastomose . Nos pseudocistos de cauda de pâncreas a ressecção pancreática é uma opção. Pacientes com diagnóstico de cistoadenomas são candidatos à ressecção , a drenagem externa deve ser utilizada nos casos de infecção , onde as paredes do cisto estão friáveis dificultando a cicatrização da anastomose. Neste estudo a derivação interna foi a operação mais utilizada (71,4%) seguida de ressecção pancreática (28,6%) Tabela II , não foi realizado derivação externa neste estudo.

Das derivações internas a mais utilizada foi a cistojejunoanastomose (60%), devido a condições locais como a topografia da lesão cística, ausência de

aderência a parede gástrica , seguido da cistogastroanastomose (40%), realizada quando as paredes do cisto pancreático eram espessas, e aderente a parede gástrica Tabela III.

Clayton et al. relataram dor abdominal como achado clínico mais frequente , seguida de náuseas e vômitos , plenitude e perda de peso . Massa abdominal palpável estava presente entre 45 a 65% dos casos. Nessa casuística o sintoma mais importante foi a dor abdominal , porém encontramos uma menor frequência de pacientes com massa palpável ao exame físico Tabela IV.

Ahearne et al. propuseram um diagrama para o manejo dos pseudocistos pancreáticos baseado nos achados da CPER e presença de sintomas. Nos casos de pacientes sintomáticos submetidos a CPER com evidência de comunicação com o pseudocisto ou obstrução do ducto pancreático se beneficiam da cirurgia, nos casos onde não existe comunicação ou obstrução ductal o paciente se beneficia da drenagem percutânea. Ahearne et al. encontrou 65 a 80% de comunicação do pseudocisto e 13 a 30% de obstrução ductal. Nesse trabalho 57,1% dos pacientes foram submetidos a CPER , que evidenciou 100% de obstrução ductal.

Aranha et al. relataram o consumo de álcool como fator etiológico mais frequente, seguido de litíase e trauma. Nesse trabalho observamos igual frequência entre abuso de álcool e trauma (28,6%) Tabela V.

Aranha et al. encontraram maior mortalidade e morbidade nos pacientes submetidos a ressecção pancreática (18% e 36% respectivamente) , nos pacientes submetidos a cistogastroanastomose a mortalidade foi de 9,5% e a morbidade de 9,5% , naqueles operados com cistojejunoanastomose a mortalidade foi de 6% e a morbidade de 6%. Encontramos nesse estudo complicações em 05 (71,5%) pacientes, sendo a fístula pancreática mais frequente (42,9%) , seguido de hemorragia digestiva (14,3%) e abscesso de parede (14,3%) , Tabela VI.

Finalmente espera-se que este trabalho tenha alertado para o correto diagnóstico , através das manifestações clínicas , achados radiológicos , e trans-operatório para o adequado manejo das lesões císticas pancreáticas.

6. CONCLUSÕES

1. A operação mais realizada foi a cistojejunoanastomose em 42,8% , seguida da cistogastroanastomose em 28,6% e ressecção pancreática em 28,6%
2. Complicações ocorreram em 71,4% dos casos, sendo a fístula pancreática a mais frequente.

7. REFERÊNCIAS

1. Machado MCC. Cirurgia do pâncreas. In: Goffi FS, editor. Técnica cirúrgica bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. 4ª ed. São Paulo: Atheneu., 1996 p.716-25.
2. Goffi FS, Júnior PSG. Cirurgia do pâncreas. In: Goffi FS, editor. Técnica cirúrgica bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. 4ª ed. São Paulo: Atheneu., 1996 p.726-32.
3. Way LW, Reber HA. Pâncreas. In: Way LW, editor. Cirurgia diagnóstico e tratamento. 9ª ed. 1993 p.414-16.
4. Machado MCC, Mott CB, Cunha JEM, Guarita D. Cistos e pseudocistos do pâncreas. In: Coelho JCU, editor. Aparelho digestivo. 2ª ed. 1996 p.1461-71.
5. Castillo CFD, Warshaw AL. Cystic tumors of the pancreas. Surg Clin North Am 1995;75(5):1001-04.
6. Shatney CH, Lillehei RC. Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. Ann Surg 1979;189:386-94.
7. Aranha GV, Prinz RA, Freeark RJ, Kruss DM, Greenlee HB. Evaluation of therapeutic options for pancreatic pseudocysts. Arch Surg 1982;117:717-21.
8. Warshaw AL, Rattner DW. Timing of surgical drainage for pancreatic pseudocyst. Ann Surg 1985;202:720-724.
9. Ahearne PM, Baillie JM, Cotton PB, Baker ME, Meyers WC, Pappas TN. An endoscopic retrograde cholangiopancreatography – based algorithm for the management of pancreatic pseudocysts. Am J Surg 1992;163:111-16.
10. Hodgkinson DJ, Remine WH, Weiland LH. Pancreatic cystadenoma. Arch Surg 1978;113:512-19.

11. Mullins RJ, Malangoni MA, Bergamini TM, Casey JM, Richardson JD. Controversies in the management of pancreatic pseudocysts. *Am J Surg* 1988;155:165-72.

NORMAS ADOTADAS

As normas adotadas para a confecção deste trabalho foram as determinadas pelo colegiado do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, através da resolução 001/99.

Para as referências bibliográficas foram utilizadas as normas determinadas pela convenção de Vancouver.

RESUMO

Os pseudocistos pancreáticos consistem em coleções encapsuladas de secreção pancreática. Em geral localizam-se no interior do pâncreas ou adjacente a ele, no pequeno epíploo, porém já foram encontrados no pescoço, mediastino e pelve. As paredes do pseudocisto são formadas por fibrose inflamatória das membranas peritoneal, mesentérica e serosa, limitando a disseminação do suco pancreático, à medida que a lesão se desenvolve. O termo pseudocisto denota a ausência de revestimento epitelial, enquanto os cistos verdadeiros são revestidos por epitélio, os pseudocistos constituem 80% das lesões císticas pancreáticas. Dentre os fatores etiológicos temos o abuso de álcool, litíase, e trauma abdominal como mais frequentes. A manifestação clínica mais frequente é a dor abdominal. Entre maio de 1998 e dezembro de 1999, 07 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico no Hospital Universitário e de Caridade em Florianópolis. O objetivo desse trabalho foi analisar o tipo de operação realizada nesses pacientes bem como ocorrência de complicações. As operações mais realizadas foram cistojejunoanastomose (42,8%) e a cistogastroanastomose (28,6%) e ressecção pancreática (28,6%). A complicação pós-operatória mais comum foi a fístula pancreática em 42,9%.

SUMMARY

The pancreatic pseudocysts consist in enclosed collections of pancreatic secretions. In general they're located in the inner part or at the sides of the , in the *Omentum minus* , nevertheless they've been found in the neck ,mediastinum and pelvis. The wall of the pseudocyst are formed by fibrose inflammatory of the peritoneal tissues , mesenteric , and serosa, limiting the spreading of the pancreatic secretion , as the disease develops. The term pseudocyst means lack of epithelial filling , whereas the true cyst are filled by epithelial , the pseudocyst consisting 80% of pancreatic cysts diseases. Among the etiology factors there are, excess of alcohol, biliary tract disease, and abdominal trauma as more frequent. The most frequent clinic manifestation is the abdominal pain. Between may 1998 and december 1999 , 07 patients were surgically treated at Hospital Universitário and Hospital Caridade in Florianópolis. The aim of this work was to analyze the type of operation realized in these patients as well as the presence of complications. The most realized operations were cystojejunostomy (42,8%) and the cystogastrostomy (28,6%) and pancreatic resection (28,6%). The most common post-surgery complication was pancreatic fistula in 42,9%.

TCC
UFSC
CC
0274

N.Cham. TCC UFSC CC 0274
Autor: Meyer, Rodrigo Sou
Título: Tratamento cirúrgico dos cistos



972810139

Ac. 253096

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM