

Anatomia Patològica del Bloc del Tòrax

1. DADES RECOLLIDES EN L'AUTÒPSIA DE LA CAVITAT TORÀCICA

1. Teixit subcutània i muscular
2. Costelles, Estèrnum i Timus
3. Pleura i espais pleurals
 - 3.1. Vessaments
 - 3.2. Adherències

1. DADES RECOLLIDES EN L'AUTÒPSIA DE LA CAVITAT TORÀCICA

4. Pulmons:

- ☐ Pes: Pulmó dret (n=500g) i Pulmó esquerre (n=450g).
- ☐ Color i Forma
- ☐ Consistència (ex: manté el to muscular)
Lobulacions,
- ☐ Vores
- ☐ Aspecte de la superfície
- ☐ Aspecte de la superfície de tall.

1. DADES RECOLLIDES EN L'AUTÒPSIA DE LA CAVITAT TORÀCICA

- Respecte a capes seroses externes : llisa, brillant, transparent.

5. Artèries pulmonars (plaques ateromes o no)

6. Hili pulmonar

7. Vies aèries: Bronquis principals (hipertròfia de la mucosa o no)

1. DADES RECOLLIDES EN L'AUTÒPSIA DE LA CAVITAT TORÀCICA

8. Vies Limfàtics/sanguínies

9. Mediastí

10. Pericardi:

10.1. Vessament

Adherències

Superfície: (ex: llisa, certa resistència, color clar)

1. DADES RECOLLIDES EN L'AUTÒPSIA DE LA CAVITAT TORÀCICA

■ Cavitat pericardíaca:

- ▶ Cal observar adherències o presència de líquid en la cavitat pericardíaca (recollir per anàlisi)
- ▶ Si hi ha sang s'agafa mostra per cultiu: AD o venes caves (xeringa i agulla)

1. DADES RECOLLIDES EN L'AUTÒPSIA DE LA CAVITAT TORÀCICA

11 Cor : Pes.

12. Vàlvules:

12.1. V. Tricúspide (n= 10-12cm)

12.2. V. Pulmonar (n= 7-8cm)

12.3. V. Aòrtica (n=7-8cm)

12.4. V. Mitral (n= 8-10cm)

1. DADES RECOLLIDES EN L'AUTÒPSIA DE LA CAVITAT TORÀCICA

13. Cavitats:

13.1. Parets:

VD (n=0.5cm)

VI (n=1,5cm)

Septe (n=1-1,5)

13.2. Diàmetre

VD(n=4cm)

VI (n=3,5)

13.3 Òstiums: permeables i normoimplantats.

13.4 Vasos coronaris

13.5 Aorta i grans vasos.

2. PATOLOGIES PULMONARS

2.1.TROMBOEMBOLISME PULMONAR

- Sovint per èmbols formats a partir de trombosis de les venes profundes de les cames
- Conseqüències:
 - ↑ P arterial pulmonar
 - Isquèmia pulmonar

2. PATOLOGIES PULMONARS

- Conseqüències clíniques:
 - obstrucció sobtada: **embolisme pulmonar massiu** (5%) → col·lapse cardiovascular
 - mort ràpida
 - obstrucció d'art. pulmonars de calibre mig: **embolisme pulmonar greu**: (10%)
 - obstrucció de vasos perifèrics petits : **embolisme pulmonar lleu** (85%)
 - Obstruccions de moltes art. petites perifèriques al llarg de molts mesos: **embolisme pulmonar lleu recurrent** (↓↓↓ %)

2. PATOLOGIES PULMONARS



2.2. Pneumònies

Inflamació pulmonar aguda, sense participació bronquial, caracteritzada per l'ocupació dels alvèols per un exsudat.

Les àrees consolidades aquí coincideixen molt de prop el model de lòbuls pulmonars (d'aquí el terme pneumònia "lobular")

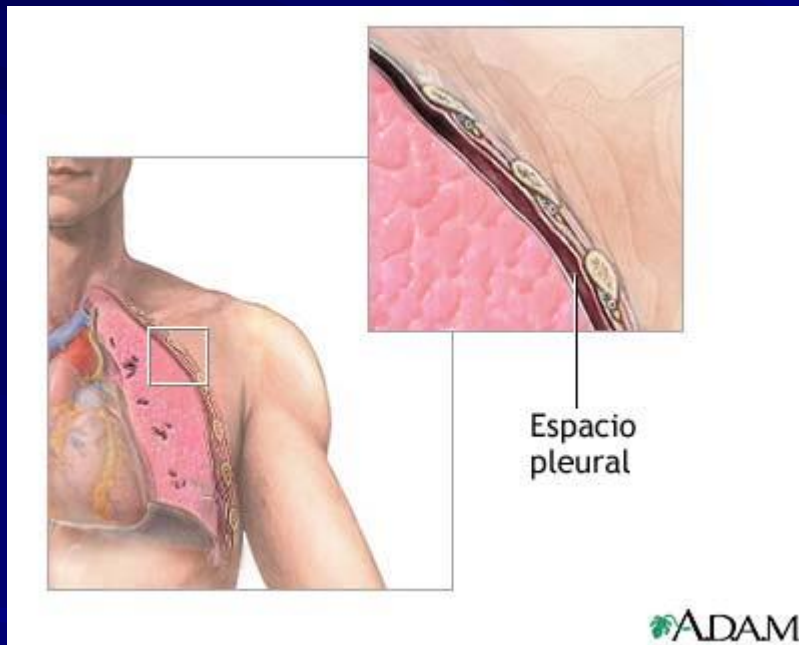
Organismes bacterians típics que poden provocar una pneumònia són:
Staphylococcus aureus, *Klebsiella*, *I. coli*,
Pseudomonas.

Distribució irregular (afecta únicament a un lòbul) d'una **broncopneumònia**

La pneumònia es pot complicar amb una **pleuritis** amb **vessament de líquid a l'espai pleural**.

La pleuritis pot ser també fibrinosa o purulenta.

Una acumulació de pus en l'espai pleural es coneix com **empiema**.



La superfície pleural esquerra gruixuda demostra un exsudat purulent groc-marró. Que també es troba en la cavitat pleural (**empiema**).



Un abscess és una complicació de la pneumònia greu, més típicament de la produïda per microorganismes virulents com ara *Staphylococcus aureus*.

Les causes més freqüents són l'aspiració massiva de contingut orofaringi o gastroesofàgic, microaspiracions fisiològiques nocturnes en malalts amb periodontitis, i microaspiracions fisiològiques en persones amb malaltia pulmonar obstructiva. Altres vegades els abscessos son complicacions de broncoaspiracions.

Aquí es veuen dos **abscessos pulmonars**, un al lòbul superior i un al lòbul inferior del pulmó esquerre.

2.3. Malalties granulomatoses

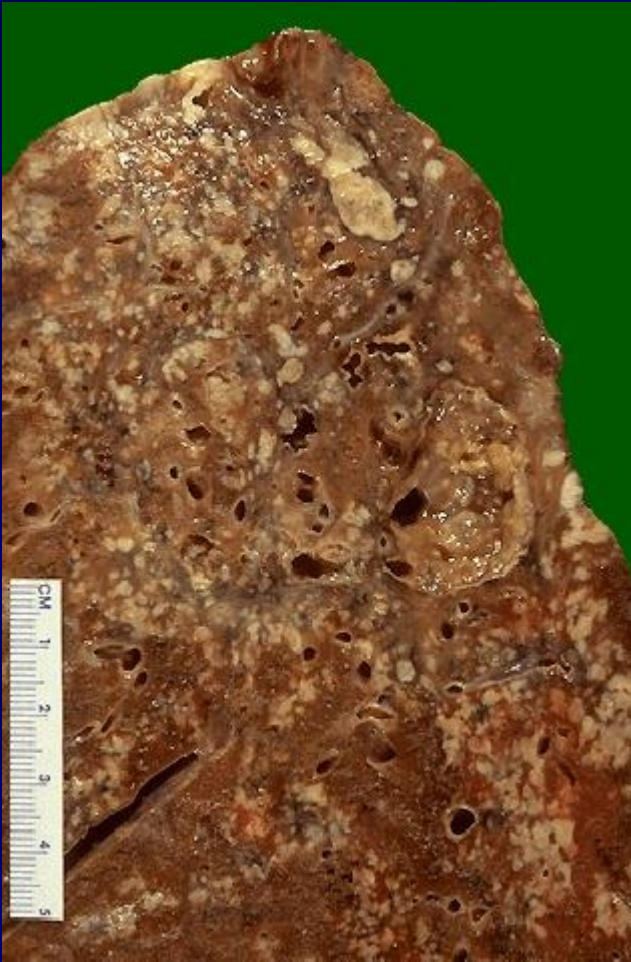


Aquí es veu un complex Ghon, relacionat amb la Tuberculosi primària que és el patró que s'observa amb la infecció inicial amb la tuberculosi en els nens.



Terme genèric aplicat a lesions nodulars inflamatòries, en general petites i consistents, formades per teixit conjuntiu molt vascularitzat i infiltrat de cèl·lules diverses: histiòcits, polinuclears gegants, plasmòcits, monòcits, etc.

Aquí es mostren granulomes d'una Reactivació o tuberculosi secundària més típicament en adults



En una inspecció més propera, els granulomes tenen àrees de necrosi caseosa.

Aquí es veu que la formació de granulomes és molt extensa generant una **malaltia granulomatosa**.

Aquest patró de múltiples granulomes amb contingut caseós principalment en els lòbuls superiors és més característic de (reactivació) tuberculosi secundària.

No obstant això, també podem trobar aquest contingut de múltiples granulomes fúngiques (histoplasmosi, criptococcosi, coccidioidomicosis) que poden imitar aquest patró de la reactivació de la tuberculosi.

2.4. Malalties obstructives



Aquesta imatge presenta els bronquis dilatats (zona en forma d'esfera) amb **bronquièctasis**.

La bronquièctasi és una dilatació bronquial que pot ésser congènita o conseqüència de bronquitis. És anomenada **bronquièctasi cilíndrica** la que és de calibre uniforme en tota l'extensió del bronqui afectat.

La bronquièctasi tendeix a ser localitzada amb processos de malalties com neoplasmes o cossos estranys aspirats que bloquegen una part de les vies respiratòries.

Bronquièctasis generalitzades són típiques dels pacients amb fibrosi quística que tenen infeccions recurrents i l'obstrucció de les vies respiratòries per la mucositat als pulmons. 16

2.5. CÀNCER DE PULMÓ

Càncer de pulmó central.

- - Apareix a nivell de bronquis principals, lobars i segmentaries es a dir preferentment al voltant de l' hili pulmonar.
- - Representen el 75% dels casos.
- - Exemples: carcinoma epidermoide (cèl·lules escamoses) i el carcinoma indiferenciada de cèl·lules petites.

Càncer de pulmó perifèric.

- Apareix a partir dels bronquis de quinta generació.
- Es localitza en àrees molt allunyades del centre, a prop de les pleures.
- Exemple l' adenocarcinoma

2.5. CÀNCER DE PULMÓ

Formes de presentar-se:

1. Ulceració tumoral de la mucosa: generalment de menys de 1 cm de diàmetre, amb aspecte d'una excrescència verrucosa . Té vores de contorn irregular.
2. Tumor intrabronquial: forma una prominència que ocupa la major part de la llum del bronqui.
3. Infiltració circular estenosat de creixement predominantment submucós, encara que molts cops acaba ulcerant-se.
4. Infiltració peribronquial: el tumor penetra ràpidament en la paret bronquial i infiltra el teixit peribronquial, cap a la carina o mediastí.

2.5. CÀNCER DE PULMÓ

Quan envaeix el parènquima:

- Mides considerables segons l'evolució i el temps.
- Consistència sòlida, de ferma a dura
- Color gris o blanquinós en el tall de superfície amb zones grogues i focus hemorràgics.
- Forma de coliflor que desplaça el teixit pulmonar adjacent.

Altres lesions associades al càncer de pulmó són: l'atelectasi distal, la infecció pneumònica també distal, l'obstrucció bronquial causada pel tumor i bronquièctasis regionals.

3. PATOLOGIES DEL COR

▪ http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2008/01/anatomia_corazon/cardiopatia_isquemica/1_etiologia/08.html

3.1 Cardiopatia isquèmica

<https://www.youtube.com/watch?v=1D1TWXGrYUE>

Els tipus més freqüent de cardiopaties són les provocades per l'ateroma de les art. coronàries.

L'aterosclerosi coronària provoca:

a) Angina de pit estable (crònica):

Angina d'esforç que es manté en un estat pràcticament inalterable. D'ordinari el pacient coneix la quantitat d'esforç físic necessari per a provocar el dolor anginos (lindar anginos) constant durant molt de temps, de manera que el malalt acostuma a conèixer les activitats quotidianes que la poden desencadenar.

Estenosi d'alt grau (mínim 50% de la llum d'una art. coronaria principal).

3. PATOLOGIES DEL COR

▪ http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2008/01/anatomia_corazon/cardiopatia_isquemica/1_etiologia/08.html

3.1 Cardiopatia isquèmica

b) angina de pit inestable (aguda):

Modalitat d'angina de pit d'evolució imprevisible i pronòstic intermedi entre l'angina d'esforç estable i l'infart de miocardi.

Comprèn diverses situacions clíniques:

- a) angina inicial o recent (durada dels símptomes anginosos inferiors als dos mesos amb angina, si més no, de grau II, és a dir amb limitació pronunciada de la capacitat funcional del malalt)
- b) angina d'esforç amb episodis anginosos que han esdevingut més sovintejats durant els darrers mesos, augmentant en un grau de gravetat respecte de l'angina prèviament estable, o bé assolint el grau III (angina progressiva)

3. PATOLOGIES DEL COR

- http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2008/01/anatomia_corazon/cardiopatia_isquemica/1_etiologia/08.html

3.1 Cardiopatia isquèmica

b) angina de pit inestable (aguda):

c) angina de repòs de durada superior als 20 minuts (angina prolongada)

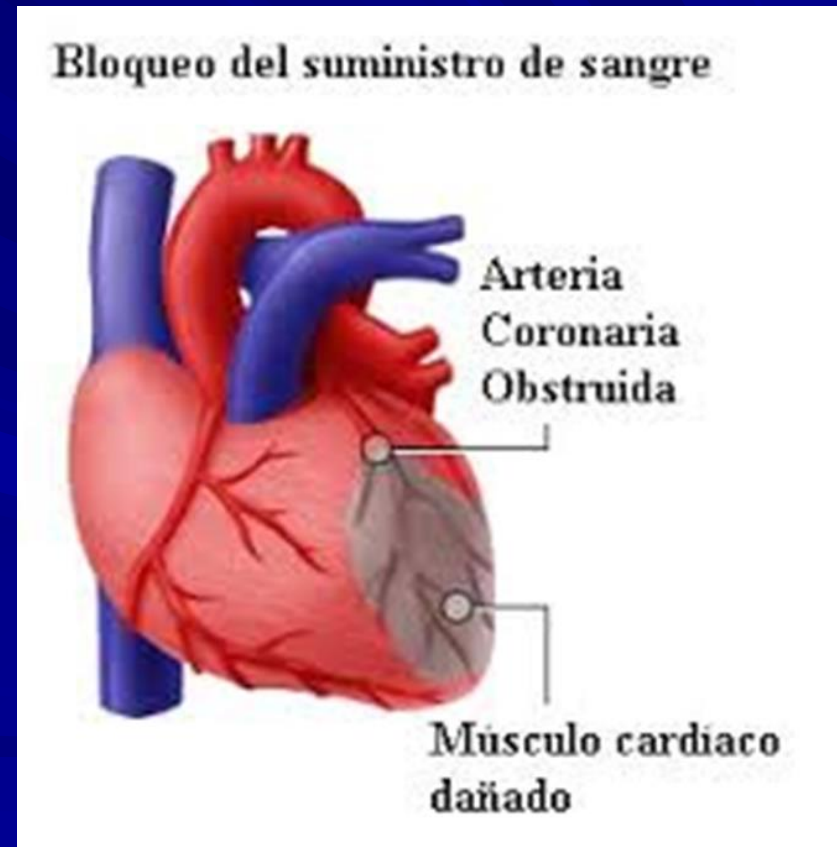
d) angina que ocorre després de l'infart de miocardi, entre les primeres 24 hores i el primer mes de la seva evolució.

3. PATOLOGIES DEL COR

3.2 Infart

Necrosi tissular per interferència amb el flux sanguini local majoritàriament **per obstrucció del rec arterial** per un vas obstruït .

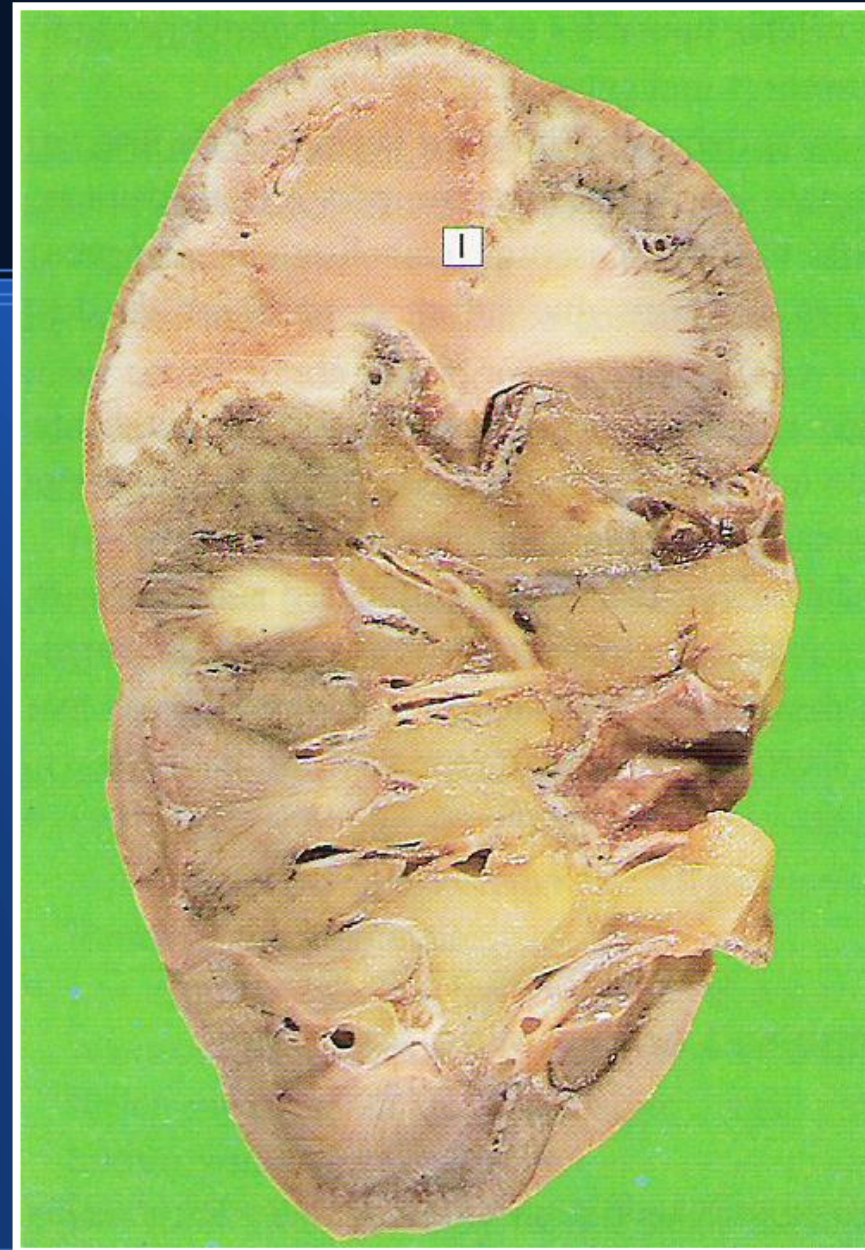
Immediatament després d'obstrucció: la zona lesionada mal delimitada, apareix pàl·lida i inflada



48 h. després:

El teixit necrosat es veu millor delimitat, pàl·lid i groguenc amb un marge hiperèmic entre el teixit normal i la zona infartada.

10 dies després la zona infartada es reemplaçada per una cicatriu de col·lagen



L'infart agut de miocardi potser:

A) Infart de miocardi regional (90%)

Afecta a un segment de la paret ventricular. Està causat per la formació d'un trombe sobre una placa ateromatosa complicada. Entre d'altres:

- **Infart miocardiàc no transmural [NTMI]:** Necrosi del múscul cardíac que no afecta tota la paret, de l'endocardi al pericardi; erròniament és considerat benigne per alguns autors.
- **infart miocardiàc lateral:** El localitzat únicament a la paret lateral del cor, per obliteració de l'artèria circumflexa esquerra.

L'infart agut de miocardi potser:

B) Infart de miocardi circumferèncial (10%)

Afecta a la zona subendocardica del ventricle.

Està causat per hipoperfussió generalitzada de les artèries coronàries principals.

