

Anatomia patologica macroscòpica ABDOMINAL

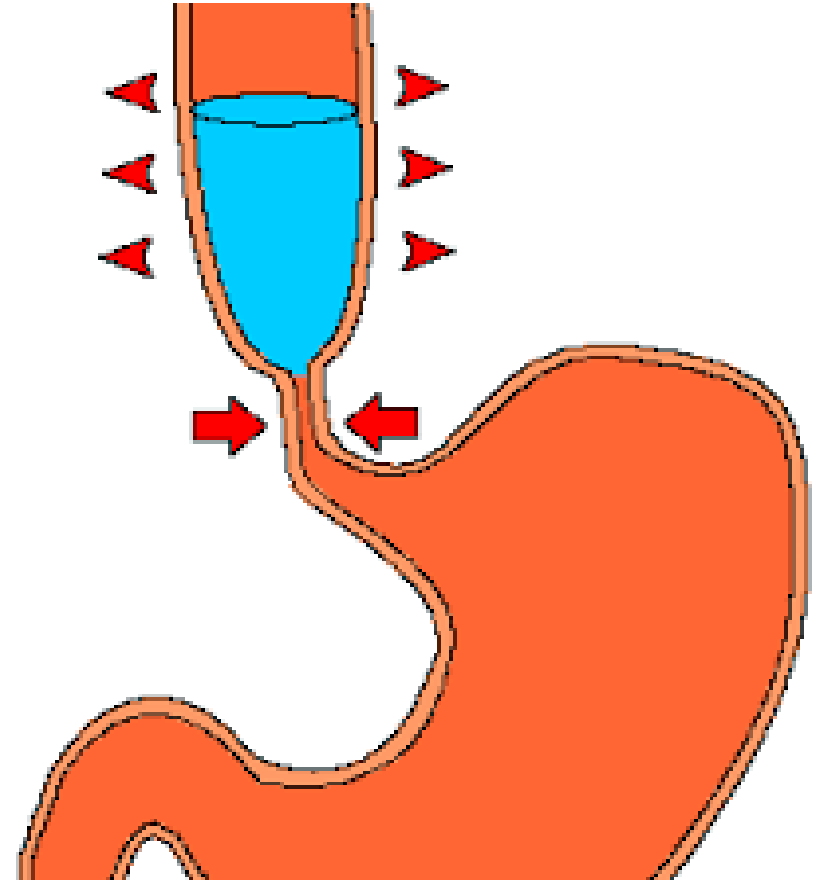
ATRÈSIA ESOFÀGICA

- En l'atrèsia un segment de l'esòfag està representat per un cordó no canalitzat o permeable connectat a la faringe i localitzat freqüentment en la bifurcació tràquea.
- Normalment està associat a una fístula traqueoesofàgica.



ACALÀSIA ESOFÀGICA

- El terme Acalàsia significa “falta de relaxació”
- L'Acalàsia esofàgica es caracteritza per:
 - Una disminució del peristaltisme.
 - Relaxació parcial o incompleta del EEI amb deglució.
 - To augmentat en repòs del EEI.
- Relacionada amb una disfunció de les neurones inhibidores de la zona.
- L'acalàsia secundària es pot trobar en la malaltia de Chagas.



ACALÀSIA

- Es manifesta clínicament per disfàgia de líquids i de sòlids i regurgitació d'aliments retinguts en l'esòfag, amb alteracions respiratòries (tos nocturna, pneumònies iteratives) produïdes per l'aspiració del material regurgitat.
- **Macroscopicament** : El trànsit esofagogàstic demostra una dilatació de l'esòfag, el qual acaba en forma cònica, semblantment a la punxa d'un llapis.
- L'endoscòpia esofagogàstica són exploracions complementàries de gran utilitat en el diagnòstic de la malaltia.

Carcinoma d'Esòfag

- Tumor epitelial maligne desenvolupat en qualsevol porció de l'esòfag, habitualment del tipus de carcinoma escatós.
- D'ordinari és circumferencial, sovint ulcerat i invasor d'una part o de tota la paret muscular, des d'on s'estén a les parts toves del voltant i estructures adjacents (arbre traqueobronquial, aorta, pericardi, nervis recorrents, etc).
- Es localitza preferentment en el terç mitjà i terç distal, essent menys freqüent la situació proximal.
- Les metàstasis són fonamentalment limfàtiques i molt primerenques (ganglis mediastínics, abdominals i cervicals).

HÈRNIA HIATAL

- **Macroscopia:**
- Protrusió d'una part de l'estómac a través del hiat esofàgic del diafragma, per separació dels pilars del diafragma;
- Es coneixen 2 models:
 - - Hèrnia hiatal per lliscament.
 - - Hèrnia hiatal para-esofàgica.



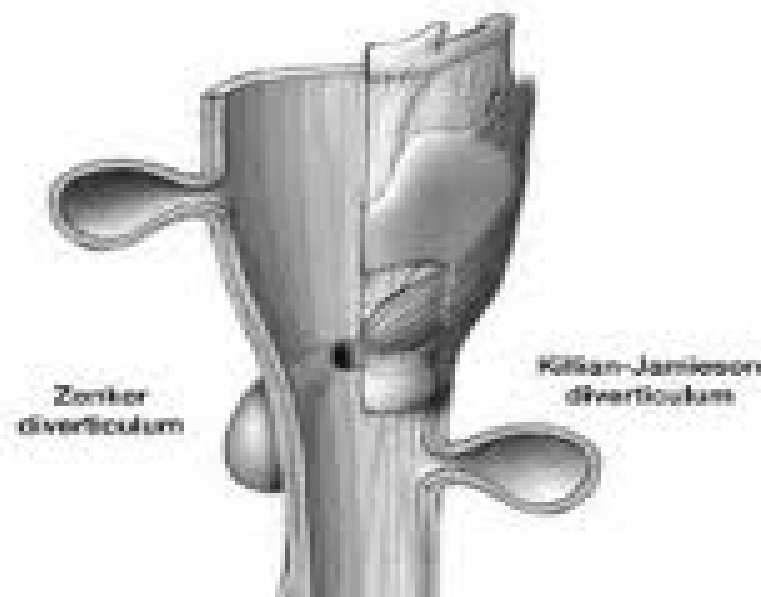
HÈRNIA HIATAL

- **Hèrnia hiatal per lliscament** : afecció en la qual la unió esofagogastrica s'introdueix en el mediastí posterior, a través del hiat esofàgic del diafragma, de tal manera que l'esmentada unió sempre queda situada en la part superior de l'estómac herniat; també és anomenada simplement hèrnia hiatal.
- **Hèrnia hiatal paraesofàgica**: afecció en la qual el fundus gàstric s'introdueix en el hiat esofàgic del diafragma, de manera que queda al costat de l'esòfag inferior; també és anomenada simplement hèrnia para-esofàgica
<http://blausen.com/?Topic=2394>

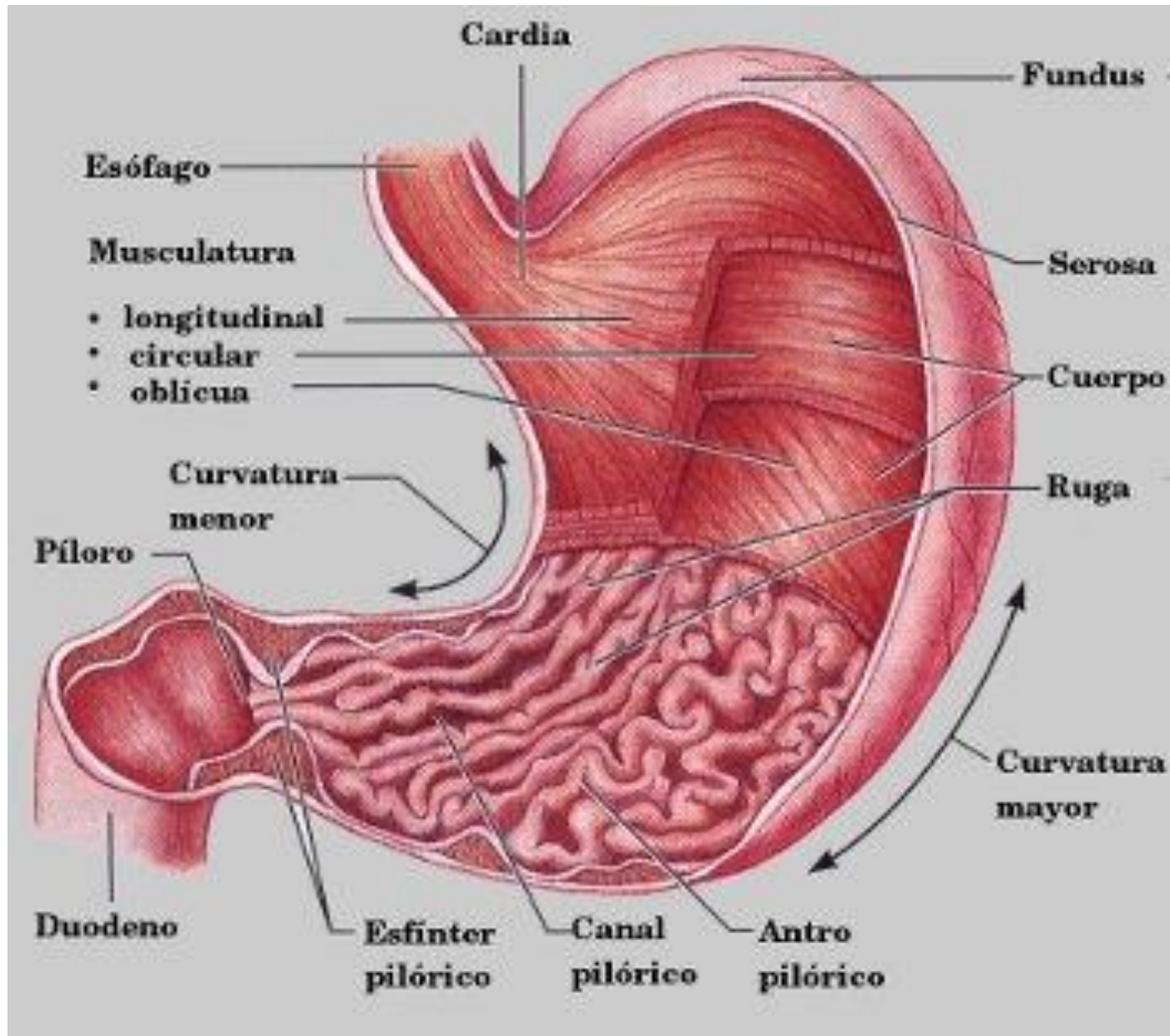
DIVERTICLES

Dilatació de l'esòfag limitada a un punt de la paret, acabada en fons de sac, que comunica amb la llum del tub esofàgic per un orifici estret.

- Diverticle de Zenker o faringoesofàgic (per sobre de Esfínter Esofàgic Superior(EES)).
- Diverticle medi per tracció (a prop del punt mig de l'esòfag).
- Diverticle epifrènic o supradiafragmàtic (immediatament per EEI).



ESTÓMAG

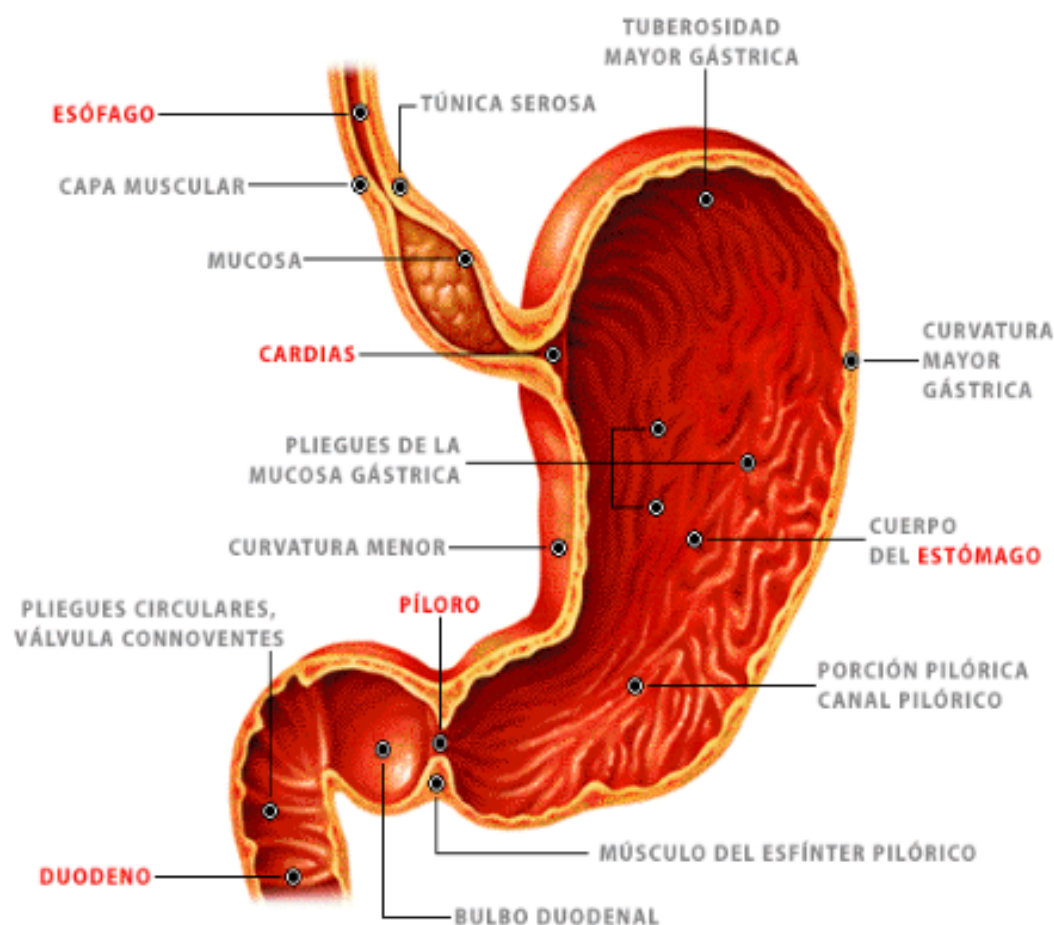


2. Examen intern

2.3. Estudi dels òrgans: ESTÓMAC

S' estudiarà el seu aspecte extern, per obrir-lo ho farem per la curvatura major.

En la menor sovint es troben les úlceres gàstriques o pèptiques. Estudiarem el contingut, consistència, plecs, erosions, úlceres, cicatrius i els tumors. A nivell de càrdies haurem de valorar la presència o no de varius i la presència d'hèrnies cap a l'estómac.



ÚLCERES PÈPTIQUES

Lesions solitàries amb un diàmetre generalment inferior a 3 cm.

Freqüentment a prop de la *incisura angularis* en la unió del cos gàstric amb l'antre pilòric

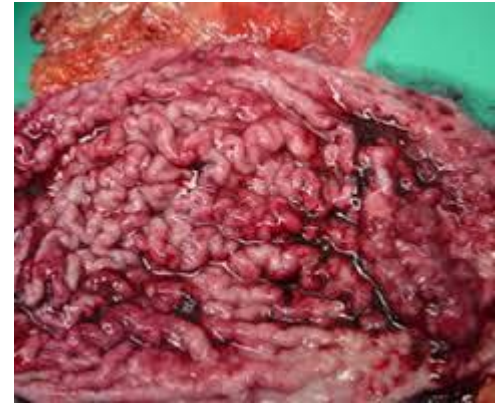
Es distingeix tres tipus:

- Tipus I o úlcera del cos gàstric.
- Tipus II o úlcera del cos gàstric associada amb úlcera duodenal o pilòrica.
- Tipus III o úlcera prepilòrica.



GASTROPATIA HIPERTRÒFICA

Aquesta patologia inclou un grup de processos poc comuns caracteritzats per l'engrandiment cerebriforme gegant dels plics de la mucosa gàstrica.



Existeixen variants com:

- ✓ Malaltia de Ménétrier. (hiperplàsia de les cèl. mucoses amb atrofia glandular).
- ✓ Gastropatia hipertròfica-hipersecretora: hiperplasia de cèl. parietals i principals.
- ✓ Hiperplasia de les glàndules gàstriques, secundària a secreció excessiva de gastrina, en el context d'un gastrinoma (Síndrome de Zollinger-Ellison)

CARCINOMA GÀSTRIC

El més important i freqüent (90 al 95%) dels tumors malignes de l'estómac.

Classificació histològica segons OMS:

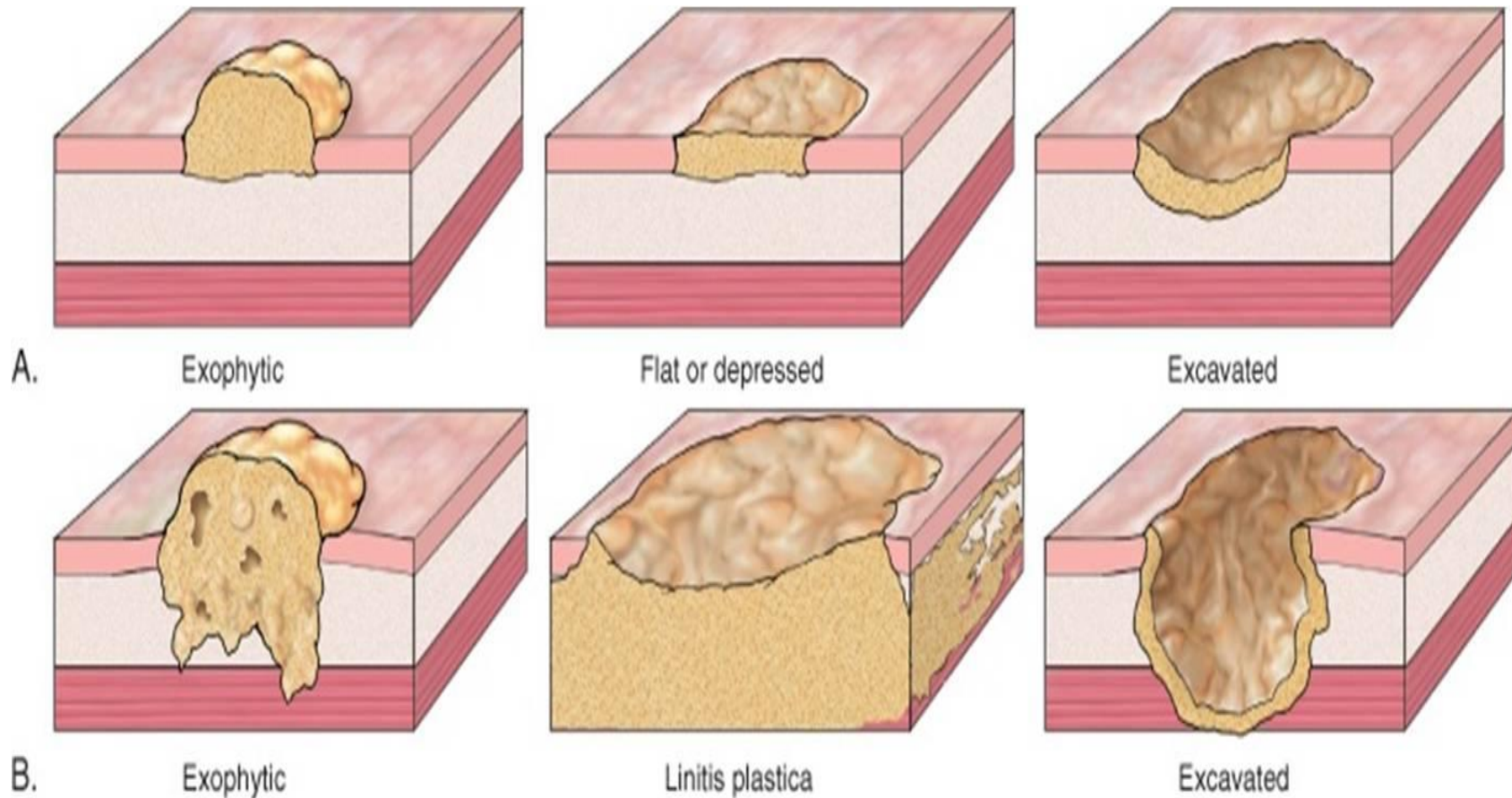
Tumors epitelials: Adenocarcinomes papil·lar, tubular o mucinós i Carcinomes adenoescamós de cel. en anell.
Carcinoma de cèl·lula petita o tumor carcinoide.

Tumors no epitelials: Leiomiosarcoma, Sarcoma de Kaposi u d'altres.



CARCINOMA GÀSTRIC

Hi ha dos patrons de creixement macroscòpic és el següent:



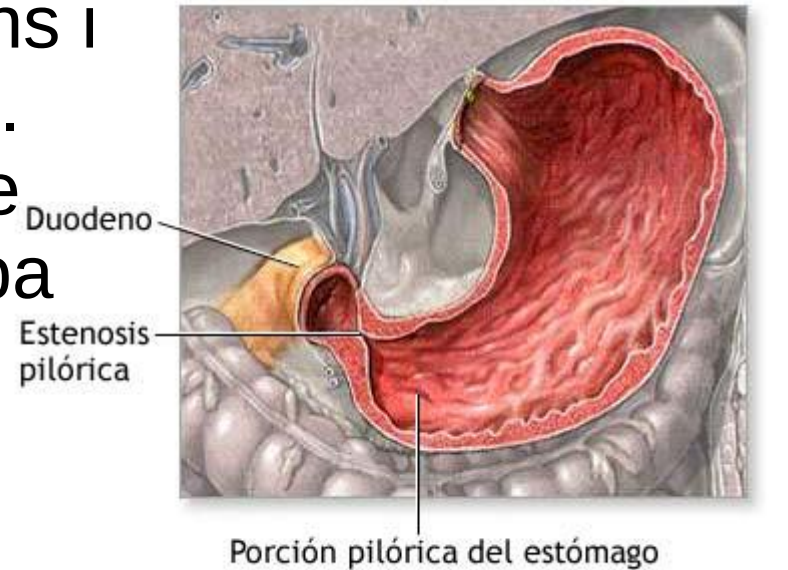
A. Exofític, pla deprimit i Excavat

B. Exofític, Linitis plàstica i Excavat.

ESTENOSI PILÒRICA

Estenosi congènita s'observa en nens i té en molts casos un origen genètic. Està ocasionada per la hipertròfia de les fibres circulars internes de la capa muscular.

Estenosi pilòrica adquirida de l'adult que està associada a gastritis antral o úlceres pèptiques. També apareix en cas de carcinomes de la regió del pílor on apareix obstrucció de la zona provocada per la fibrosi inflammatòria o la infiltració maligna.



ADAM.

ATRÈSIA I ESTENOSI

L'obstrucció intestinal congènita és una lesió inusual que pot afectar a qualsevol part de l'intestí, pot ser completa (atrèsia) o incompleta (estenosi).

L'atrèsia duodenal és la més comú.

L'estenosi és menys comú i moltes vegades està relacionat amb un segment intestinal estret.

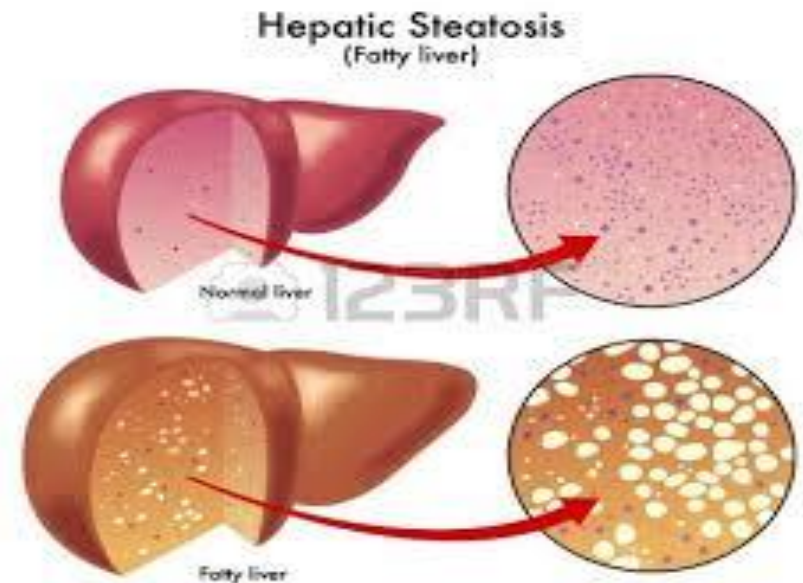


ESTEATOSI HEPÀTICA

És la degeneració grassa del fetge que pot ser d'origen alcohòlic o no.

Macroscòpica: El fetge gras associat a l'alcoholisme crònic apareix

- Augmentat de mida (per sobre de 4 a 6 kg).
- Superfície de l'òrgan de color groc .
- Superfície de tall groga i oliosa.
- Al començament no hi ha fibrosi o és escassa però poc a poc es desenvolupa teixit fibrós al voltant de la vena hepàtica terminal que s'estén cap als sinusoides.



CIRROSI

Es troba entre les deu causes de mort en el món occidental.

Les principals causes:
l'alcoholisme i l'Hepatitis vírica.

La cirrosi com un estat terminal de la malaltia hepàtica crònica que es defineix per 3 característiques:

Ponts fibrosos septals (uneixen un espai portal amb un altre o amb venes hepàtiques).

Nòduls parenquimatosos: amb proliferació hepàtica envoltada de fibrosi amb micro-nòduls (<3mm) o macro-nòduls (varis cm.).

Alteració de l'arquitectura completa del fetge.



CARCINOMA HEPATOCEL·LULAR

Mes del 85% dels casos de CHC apareix en països amb una alta incidència de l'Hepatitis vírica (VHB,VHC).

MACROSCOPIA:

Pot aparèixer com:

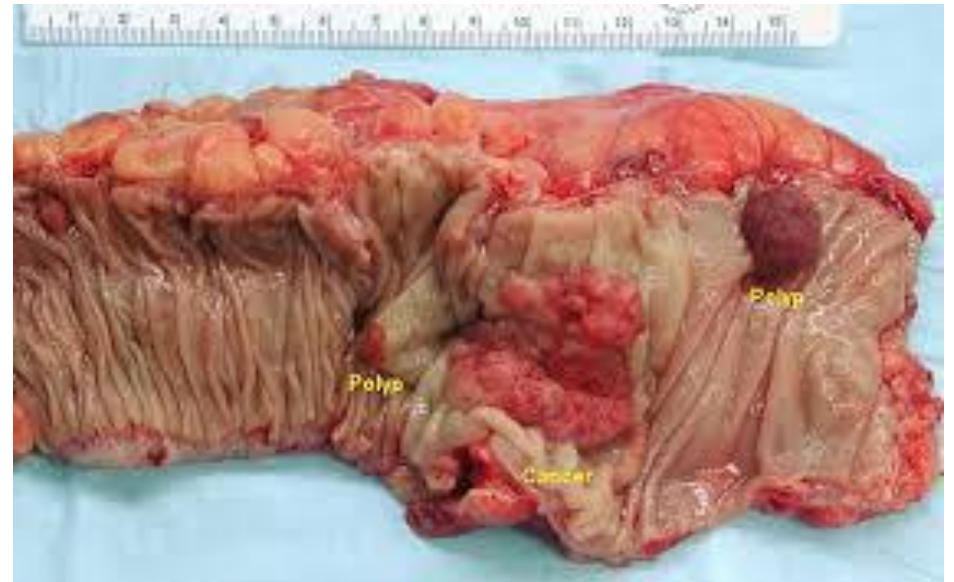
- Com una massa única, multifocals, o com càncer infiltrant i difús
- Pot causar augment de la mida del fetge, encara que és més freqüent en la forma única o multinodular .
- Els CHC són més pàl·lids que el parènquima hepàtic que els envolta. De vegades poden ser de color verd si contenen hepatòcits capaços de secretar bilis.
- Tenen tendència a envair els canals vasculars.

Poden ser ben diferenciats o aparèixer lesions anaplàstiques altament indiferenciades (amb moltes cèl. Gegants).



CARCINOMA COLORECTAL

- Incidència màxima entre 60-79 anys.
- Distribució dels càncers en el colon i recte és:
 - Cec/colon ascendent:22%.
 - Colon transvers: 11%.
 - Colon descendent 6%.
 - Rectosigma 55 %.
 - Altres zones:6 %.
- El 99% dels carcinomes apareixen aïllats.
- El 1 a 3% es presenten en pacients amb síndromes familiars.



CARCINOMA COLORECTAL

Una de les neoplàsies malignes més comuns en països occidentals.

Gama de lesions tumorals no neoplàsiques i neoplàsiques benignes (pòlips). **Pòlip**: massa tumoral que sobresurt en la llum intestinal. La majoria comencen com petites lesions sèssils (base ampla sense tija) després es poden tornar pediculats.

Els pòlips originats com a conseqüència de proliferació i displàsia formen adenomes i són precursor del carcinoma.

- **Adenomes tubulars** (petits i pediculats).
- **Adenomes vellosos** (grans i sèssils amb projeccions velloses).
- **Adenomes tubulovelloso** (barreja dels anteriors).

El risc de transformació maligna d'un pòlip adenomatós guarda relació amb : la mida, l'arquitectura histològica i la displàsia epitelial (més habitual en les zones velloses).

CARCINOMA COLORECTAL

MACROSCOPIA:

- Els tumors del colon proximal tendeix a créixer com masses poliploides exofítiques que s'estén al llarg de la paret de cec i del colon ascendent. L'obstrucció no és habitual.
- En el colon distal les lesions acostumen a ser lesions anulars, circumdants, que produeixen constriccions en “servilletero” de l'intestí. Els marges de l'estenosi estan elevats i fermes. La regió central està ulcerada. La llum està molt estreta i això pot provocar la distensió de la part proximal.
- Rara vegada els càncers colorectal són insidiosament infiltrants.

PÀNCREES

Pancreatitis aguda :

2. MACROSCOPIA:

L'òrgan mostra hemorragies intersticials i superficials que s'alternen amb focus intersticials i superficials d'esteatonecrosis de 2 a 4 mm de vegades majors de color blanc-groguenc com el guis.

També podem trobar aquests focus en el teixit adipós veí.

En formes molt intenses el pàncrees està augmentat de mida, de color vermell fosc o com un hematoma amb focus de necrosis.negre.

El teixit peritoneal del voltant es troba infiltrat de material sero-hemorràgic, que pot arribar fins al mesocolon transvers.

Pancreatitis aguda :

3. Morfologia:

La majoria des de inflamació i edema fins a necrosi i hemorràgia intensa i greu.

Les alteracions bàsiques són:

- Extravasació microvascular que produeix l'edema.
- Necrosis del greix per enzims lipolítics.
- Reacció inflamatòria aguda.
- Destrucció proteolítica del parènquima pancreàtic.
- Destrucció dels vasos sanguinis amb hemorràgia intersticial.



Pancreatitis crònica:

1. Morfologia:

El Pàncrees està augmentat de consistència, és nodular i té atrofia de lòbuls amb la desaparició dels Illots de Langerhans.

Els conductes estan dilatats, amb material en el seu interior que té tendència a calcificar.

En moltes ocasions hi ha presència de pseudoquistes amb infiltració limfocitària i plasmocitària intersticial.

CARCINOMA PÀNCREES

- Els carcinomes del pàncrees apareixen com masses dures, de color gris blanquinós i mal definides.
- La majoria són adenocarcinomes ductals.
- És molt invasiu (envaeix molt els teixits peripancrètics) i provoca una important reacció no neoplàsica del host composta per fibroblastos, limfòcits i matriu extracel·lular.

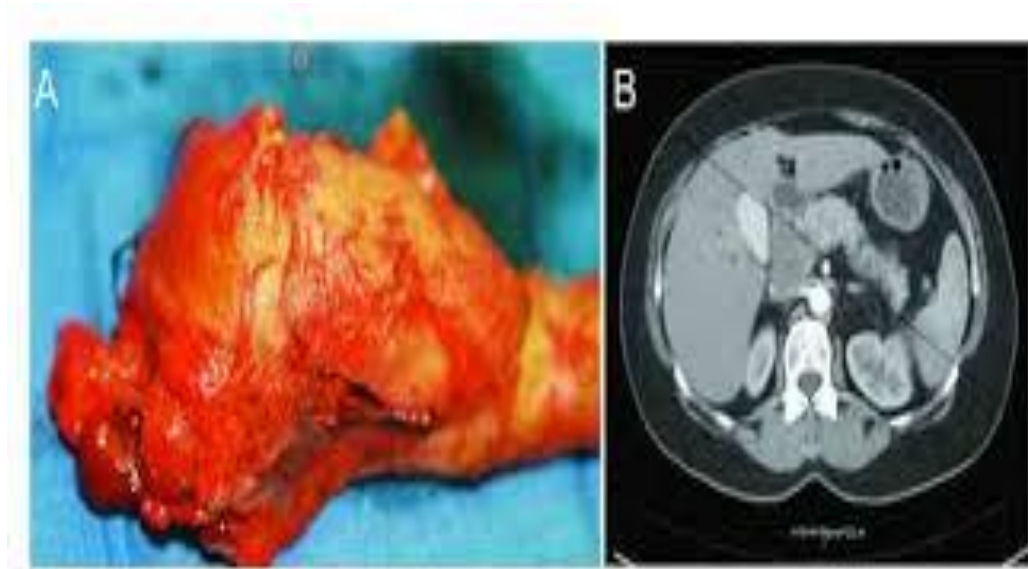


Figure 1. (A) Small cell carcinoma of the pancreas, Gross. (B) Computed tomography scan, arterial phase.

PATOLOGIES RENALS

A l'estudi macroscòpic es tindrà en compte:

- ❑ Pes
- ❑ Diàmetres
- ❑ Integritat macroscòpica de la càpsula renal.
- ❑ Superfície. Superfície de tall.
- ❑ Identificar la vena renal, arteria renal i urèter.
- ❑ Identificar els ganglis limfàtics

El ronyó s'obre amb un tall longitudinal en el pla coronal que mostri la relació per exemple d'un tumor amb el ronyó, la càpsula i la pelvis renal.

<https://youtu.be/1jOImctpk-0>

<https://youtu.be/AQsPMcuB7L0>

PATOLOGIES RENALS

En el cas de presència d'un tumor s'estudiarà

- ❑ Aspecte de la massa (s) tumoral (es) al tall
- ❑ Localització (pols, terci medi), cortical, medul·lar, mixta.
- ❑ Forma i els diàmetres màxims.
- ❑ Coloració i l'aspecte
- ❑ Delimitació de l'entorno (parènquima i teixit adipós)
- ❑ Estat de la pelvis renal i la relació amb la via intrarrenal (calces, pelvis i urèter)

PATOLOGIES RENALS

- ❑ Características del parénquima no tumoral
- ❑ Características de las vías.
- ❑ Estado de las estructuras del hilio renal (vena y arteria).
- ❑ Aspecto externo y al corte de la suprarrenal, si está incluida.
- ❑ Ganglios, si son reconocibles, número y tamaño.
- ❑ En nefrectomías parciales aspecto de la superficie quirúrgica

Carcinoma de la bufeta urinària

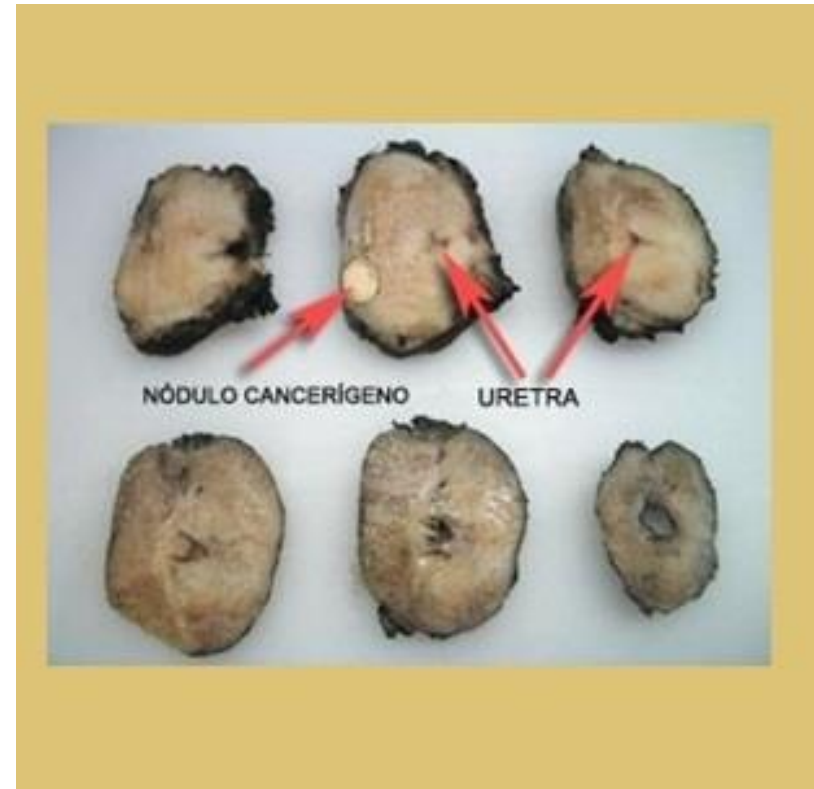
El carcinoma de cèl·lules transicionals comprèn al voltant del 90% de tots els tumors primaris malignes de la bufeta urinària.

El seu patró de creixement pot ésser exofític (papil·lar nodular o nodular) o endofític (nius de la làmina pròpia) i es classifica citològicament en quatre graus de gravetat progressiva.

Efectua metàstasis ganglionars (cadenes pelvianes) i hematogèniques al pulmó, el fetge, els ossos i el sistema nerviós central.

CÀNCER DE PRÒSTATA

- ❑ Creixement lent
- ❑ Consistència dura
- ❑ Vores irregulars
- ❑ Multifocal
- ❑ Perifèric
- ❑ Afecta a la càpsula glandular



Tallat de les peces de prostatectomia total:

<https://youtu.be/npr0LUfeQhs>