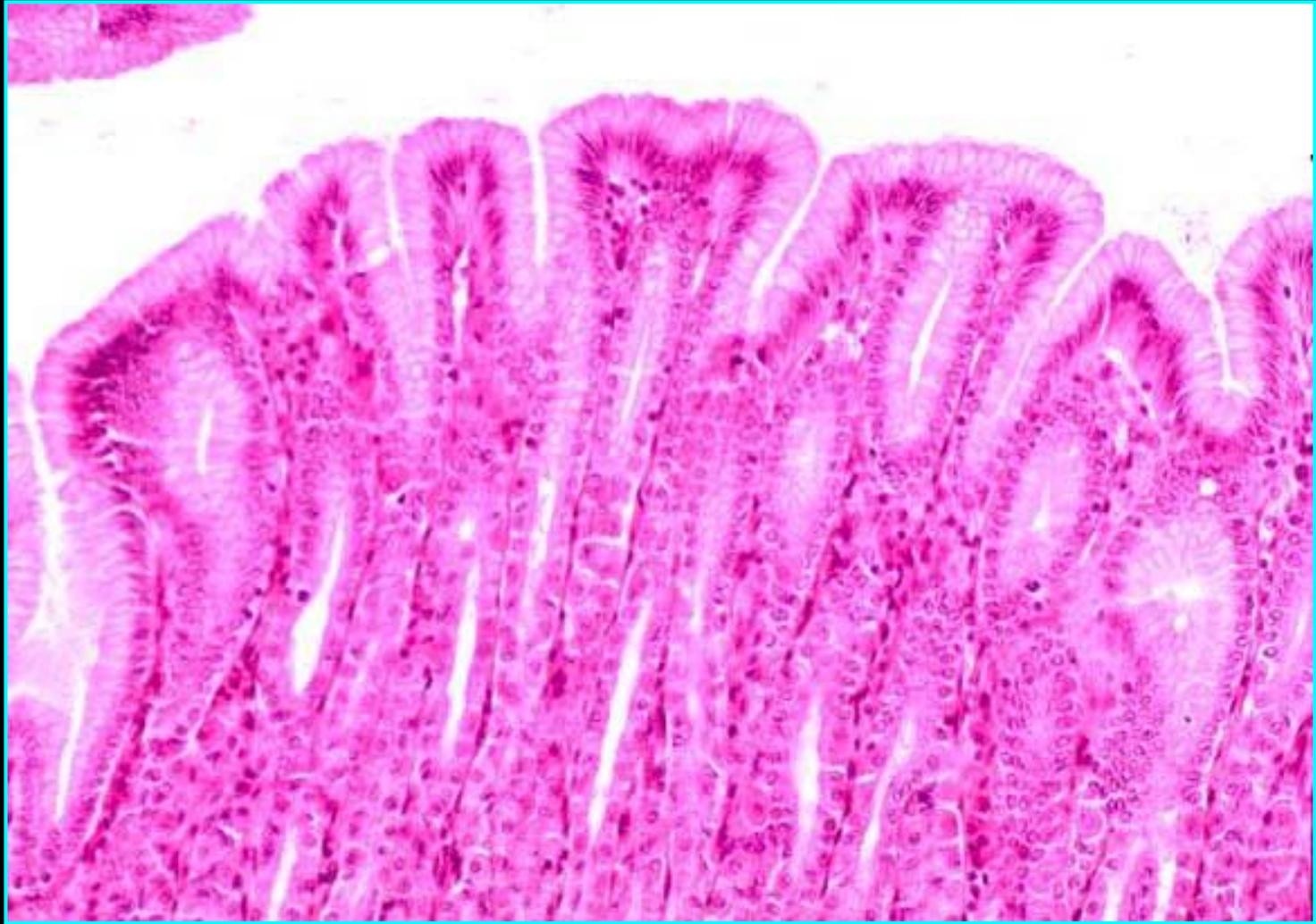
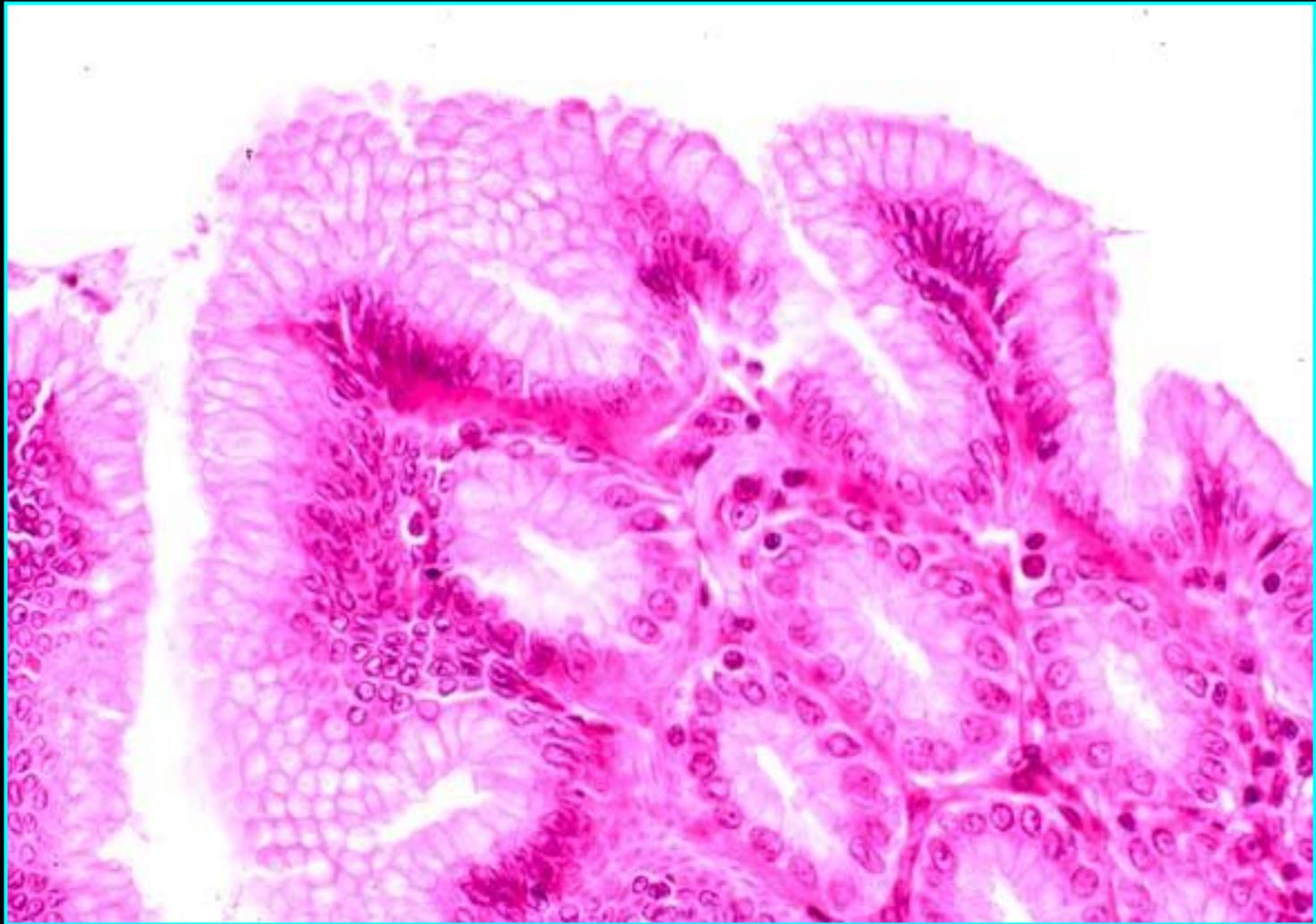
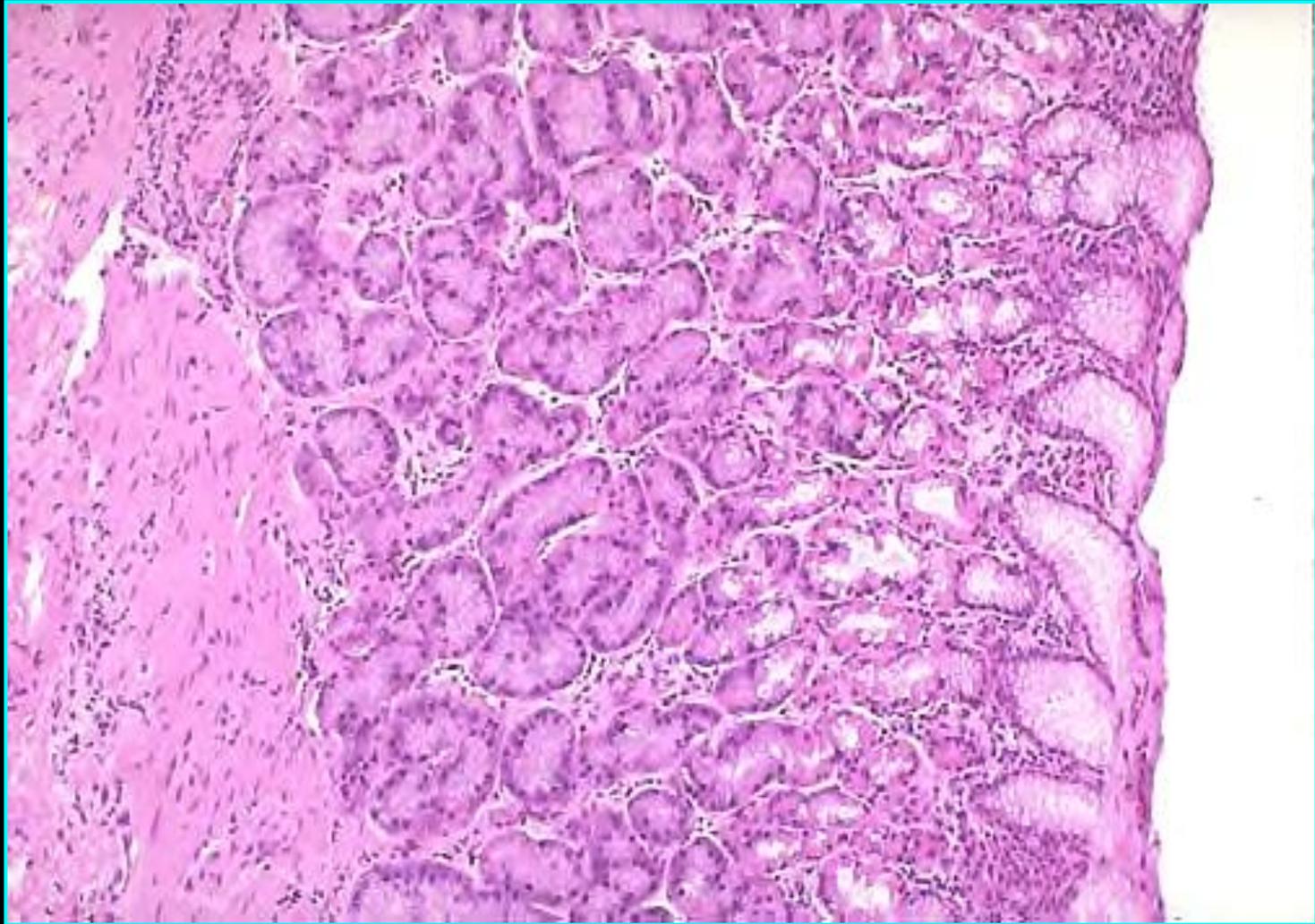


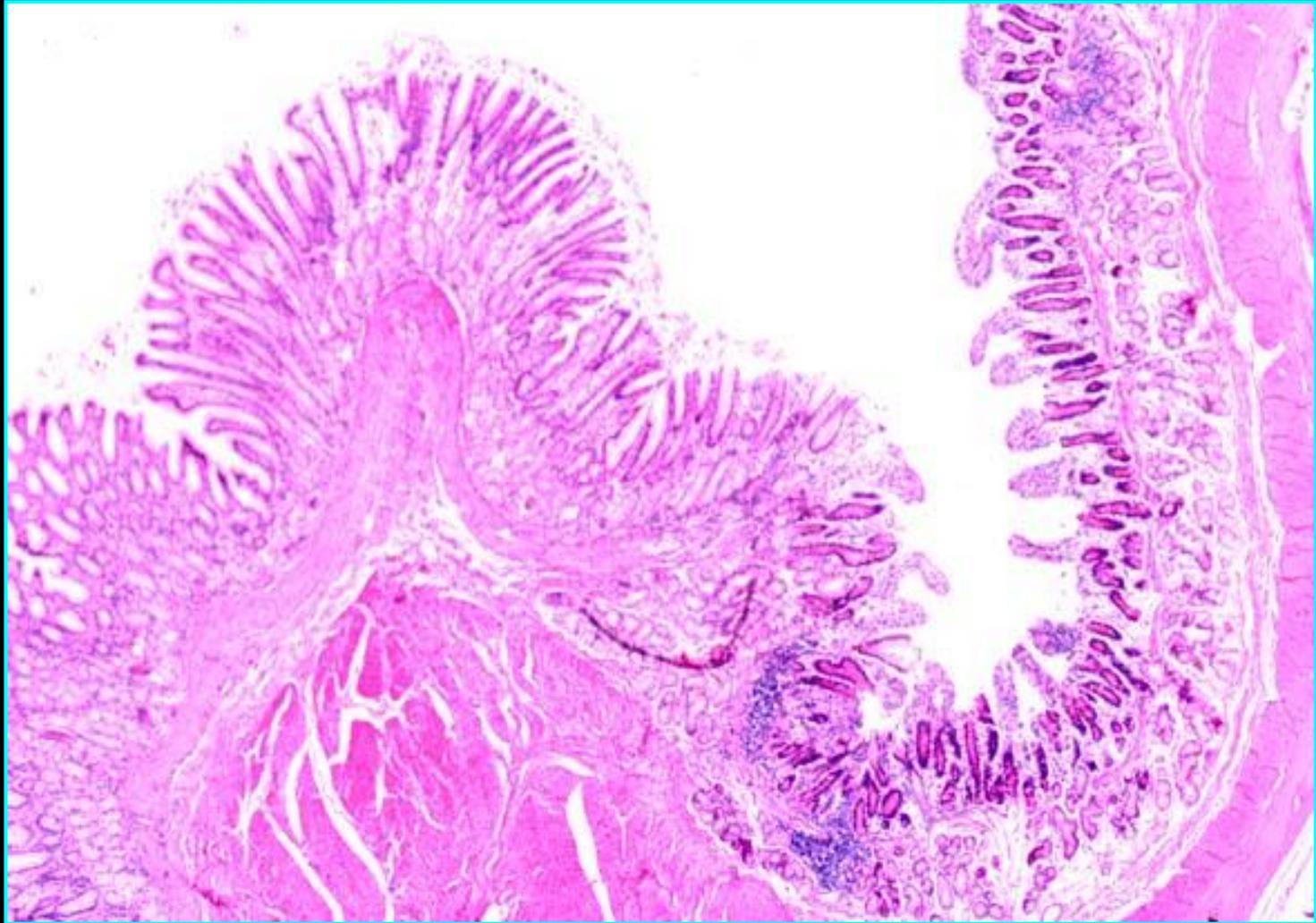
PATOLOGIA DO ESTÔMAGO

- ✓ **Cárdia:** localizado adjacente à junção gastro-esofágica. Contém glândulas secretoras de mucina;
- ✓ **Fundo:** localizado à esquerda do esôfago. Seu epitélio é semelhante ao do corpo;
- ✓ **Corpo:** é o maior compartimento anatômico. Contém glândulas secretoras de ácido, compostas pelas células parietais (HCl e fator intrínseco) e principais (pepsinogênio);
- ✓ **Antro:** 1/3 distal do estômago até a junção piloro-duodenal. São observadas glândulas secretoras de mucina e células G (gastrina).









Barreira da mucosa gástrica

Impedir a auto-digestão pelo ácido gástrico intraluminal:

- ✓ junções coesas entre as células epiteliais;
- ✓ camada de muco aderido à superfície epitelial;
- ✓ tampões secretados pelas células superficiais.

Anomalias congênitas

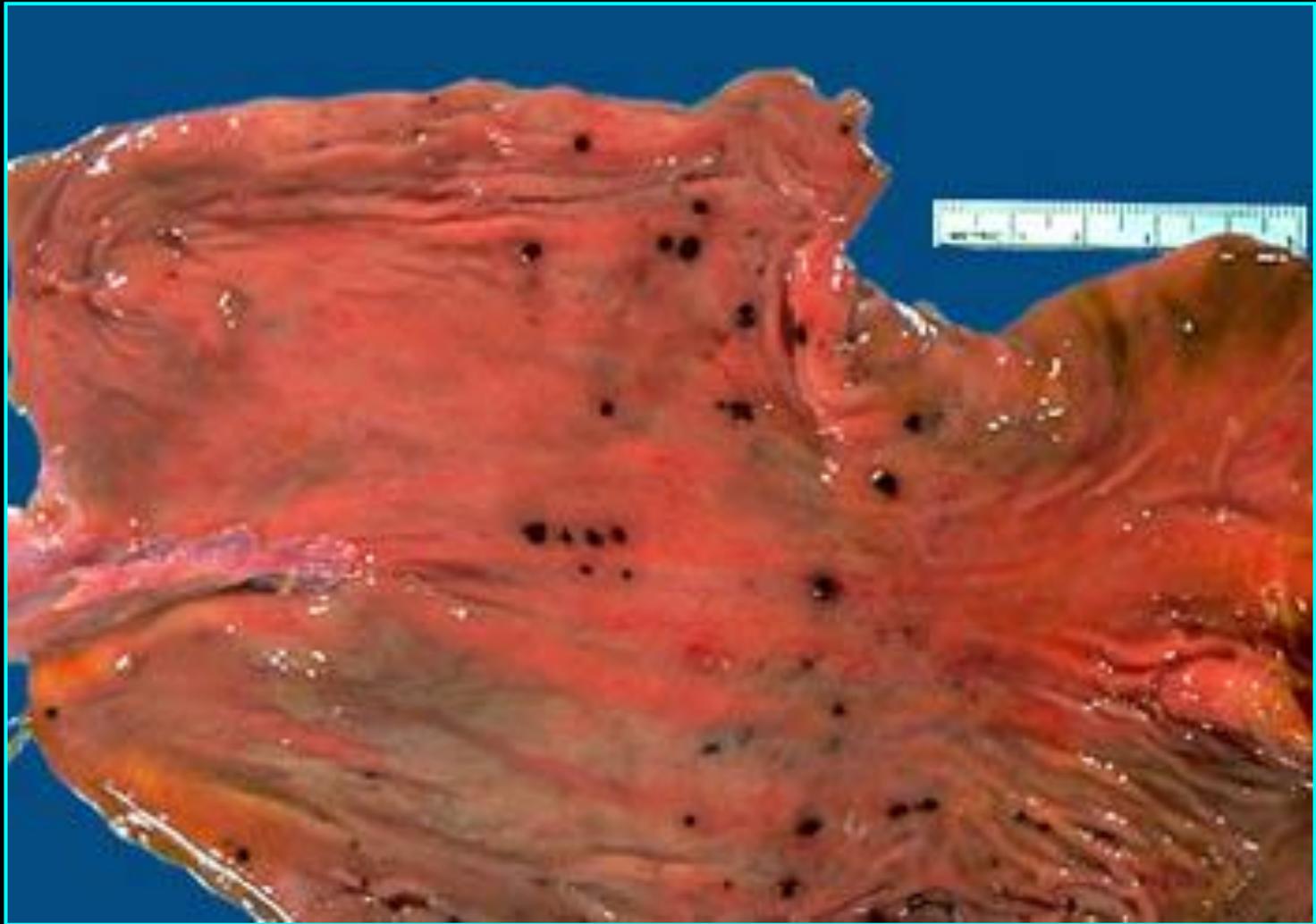
- ✓ Estenose de piloro: 0,4%, familiar, 3♂:1♀, vômitos entre 3^a a 4^a semanas, intenso espessamento da musculatura pilórica, tratamento → miotomia.
- ✓ Tecido pancreático ectópico: estômago distal (submucosa), foco \leq a 1cm, ácinos/ductos normais, clínica → obstrução pilórica ou dor epigástrica.

Gastrite aguda (erosiva ou hemorrágica)

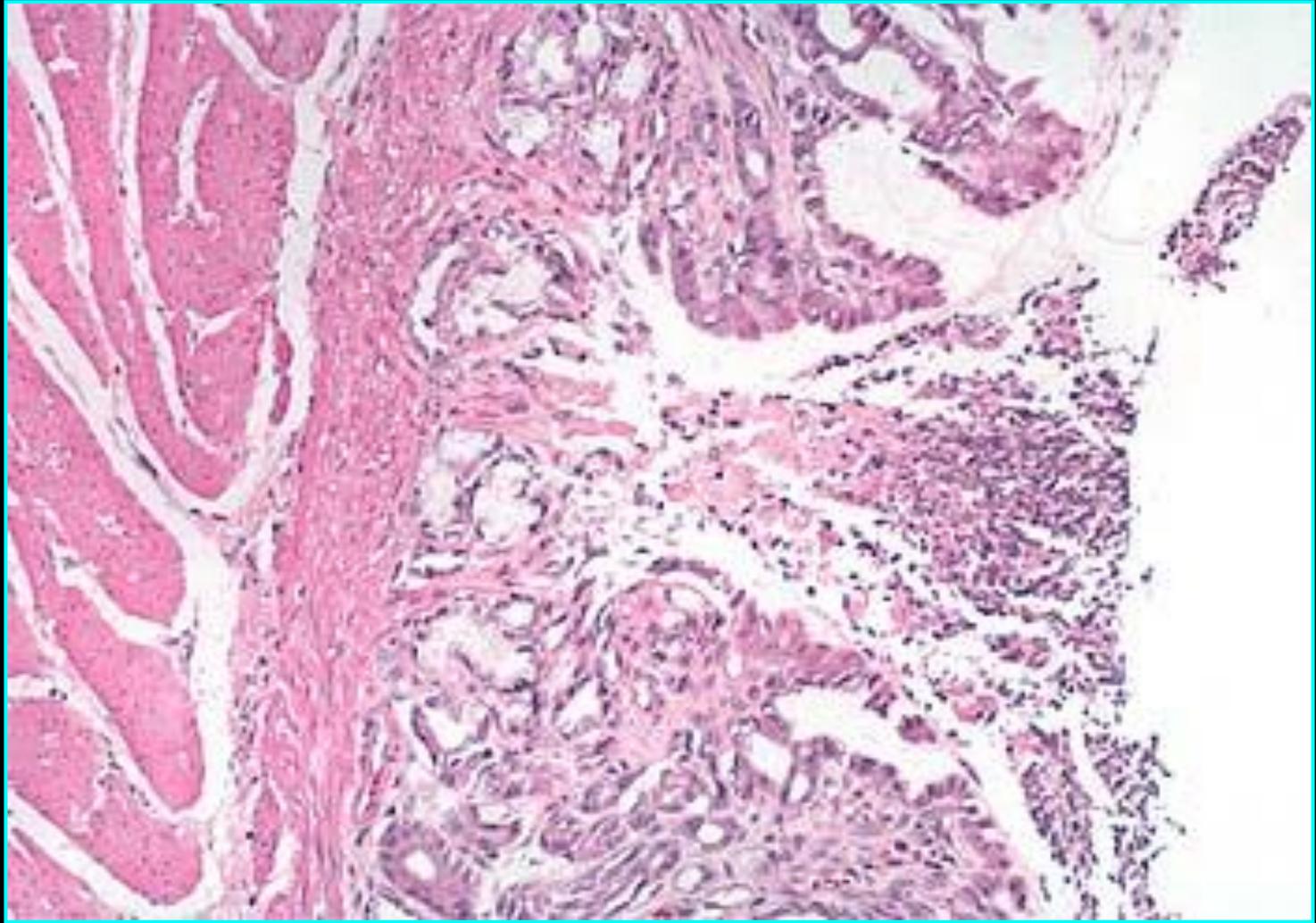
- ✓ **Apresenta início abrupto, por vezes é transitória, mas pode causar sangramento gástrico fatal;**
- ✓ **Observa-se desde formas leves (gastrite aguda superficial) até formas graves (gastrite aguda hemorrágica, erosões de estresse, úlcera);**
- ✓ **O termo “aguda” está mais relacionado à evolução que ao tipo de infiltrado inflamatório.**

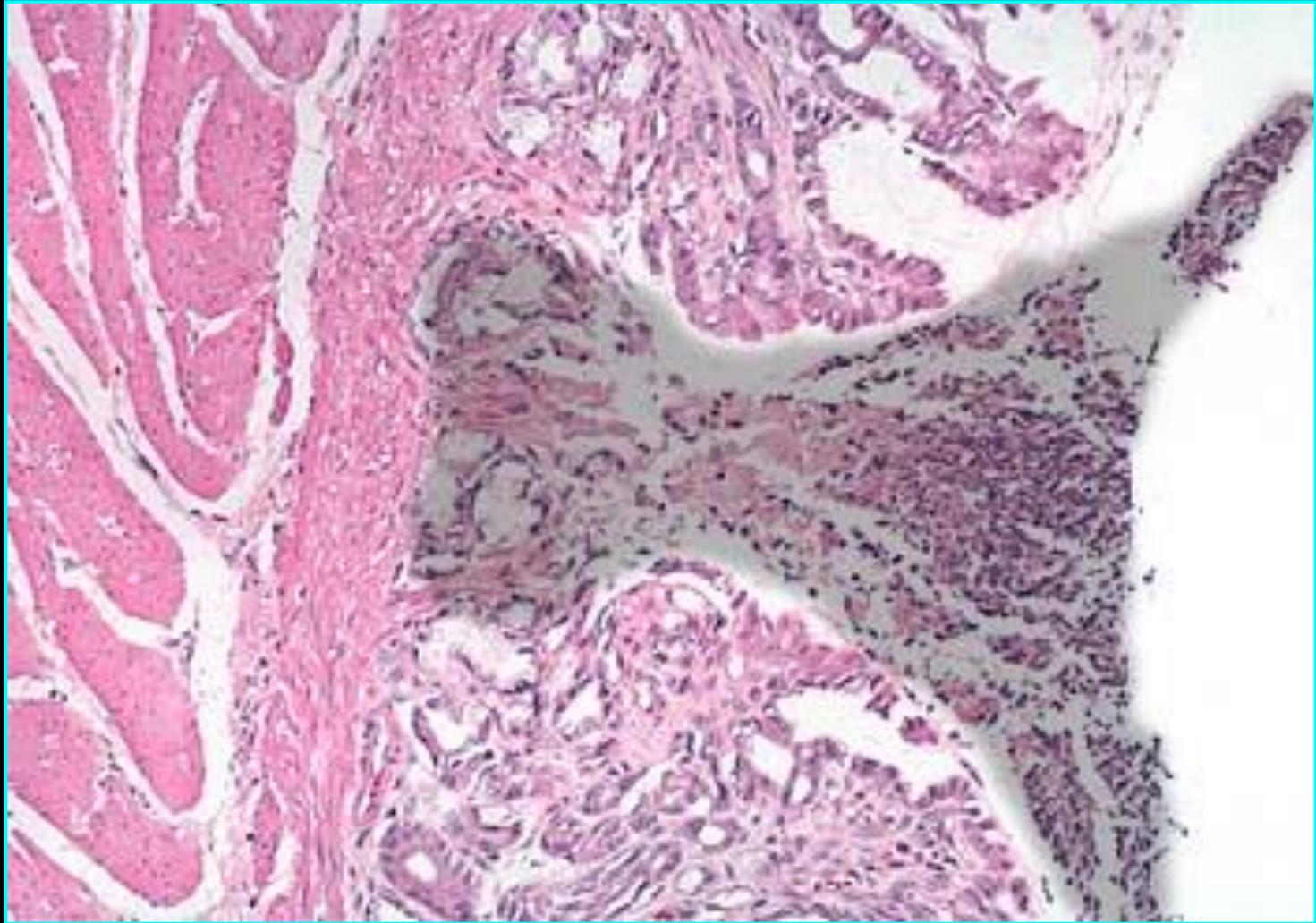
Gastrite aguda (erosiva ou hemorrágica)

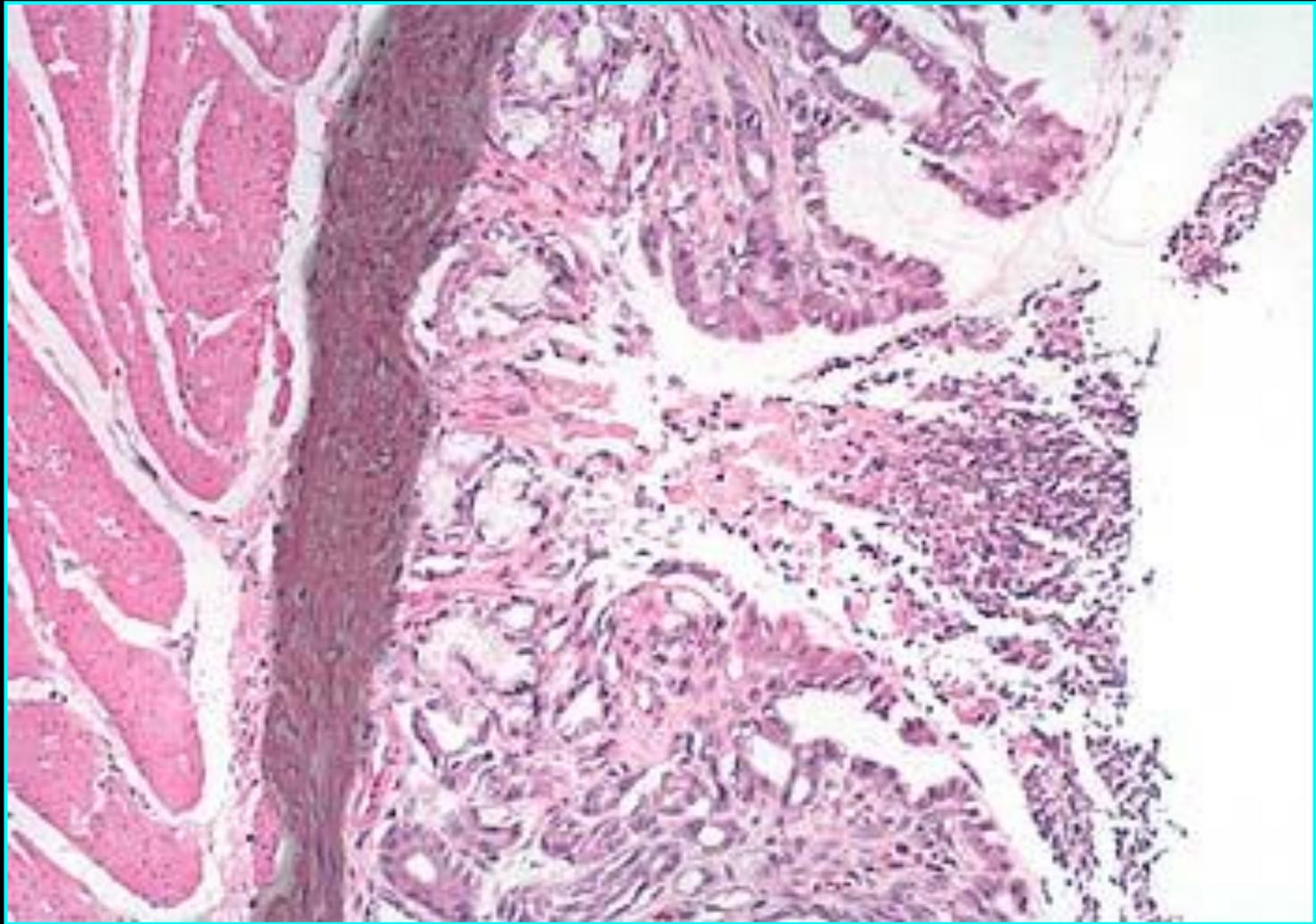
- ✓ **Etiologia:** AINE, álcool, cigarro, anti-neoplásicos, estresse, Curling, Cushing, hipoperfusão, (HP-raro);
- ✓ **Clínica:** desde assintomático até dor abdominal, vômitos, hematêmese ou melena;
- ✓ **Macro:** desde edema e eritema a erosões mucosas com coágulos aderidos;
- ✓ **Micro:** desde edema, hemorragia e inflamação focais a necrose, infiltrado neutrofílico e hemorragia proeminentes.





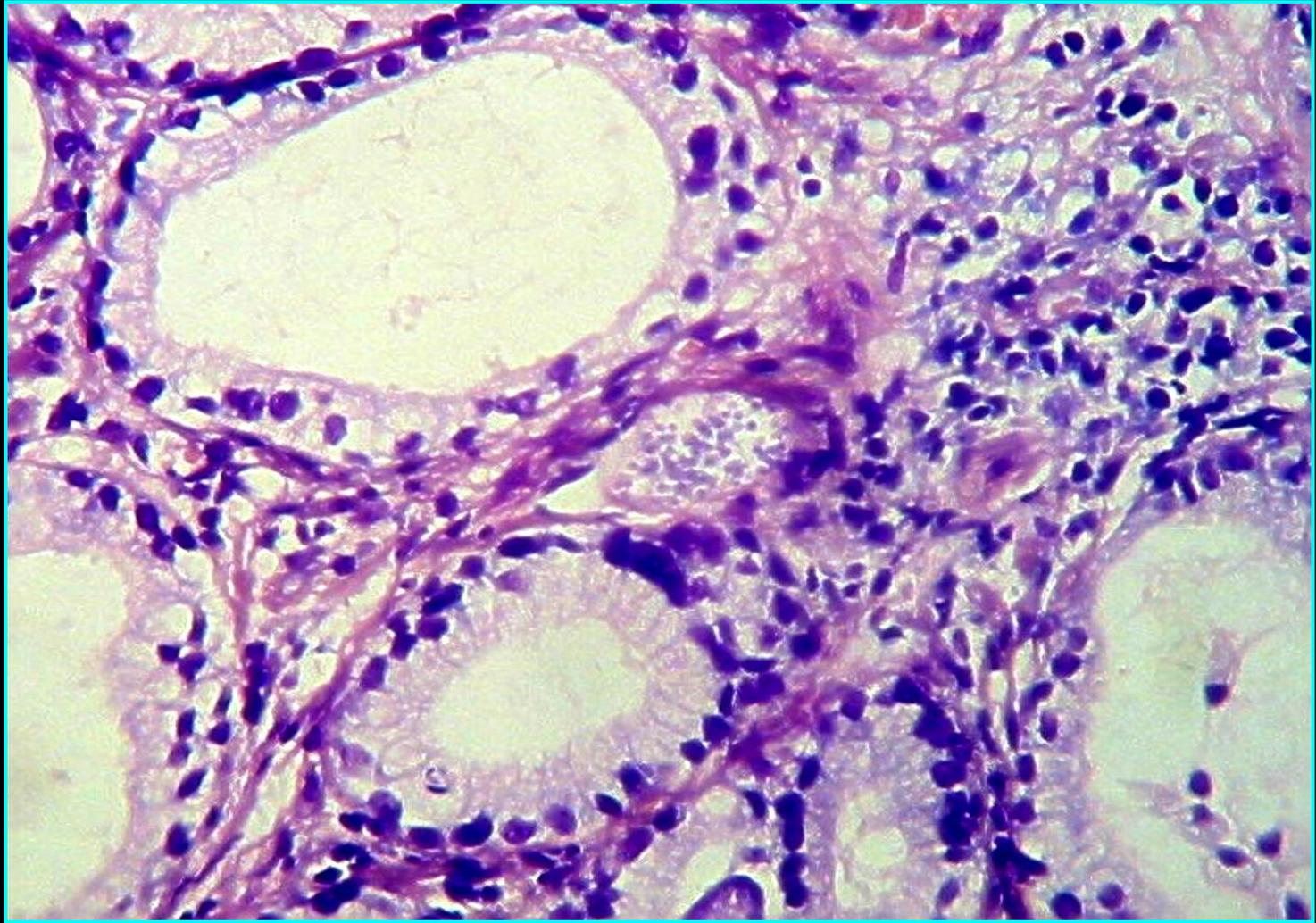






Formas específicas de gastrite

- ✓ **Granulomatosa:** idiopática, doença de Cröhn, tuberculose, sarcoidose (raro);
- ✓ **Eosinofílica:** eosinofilia em sangue periférico e sinais de alergia, outros locais do TGI podem estar envolvidos;
- ✓ **Linfocítica:** fenômeno isolado ou associado à doença celíaca, HP, enteropatia com perda de proteínas, entre outras.

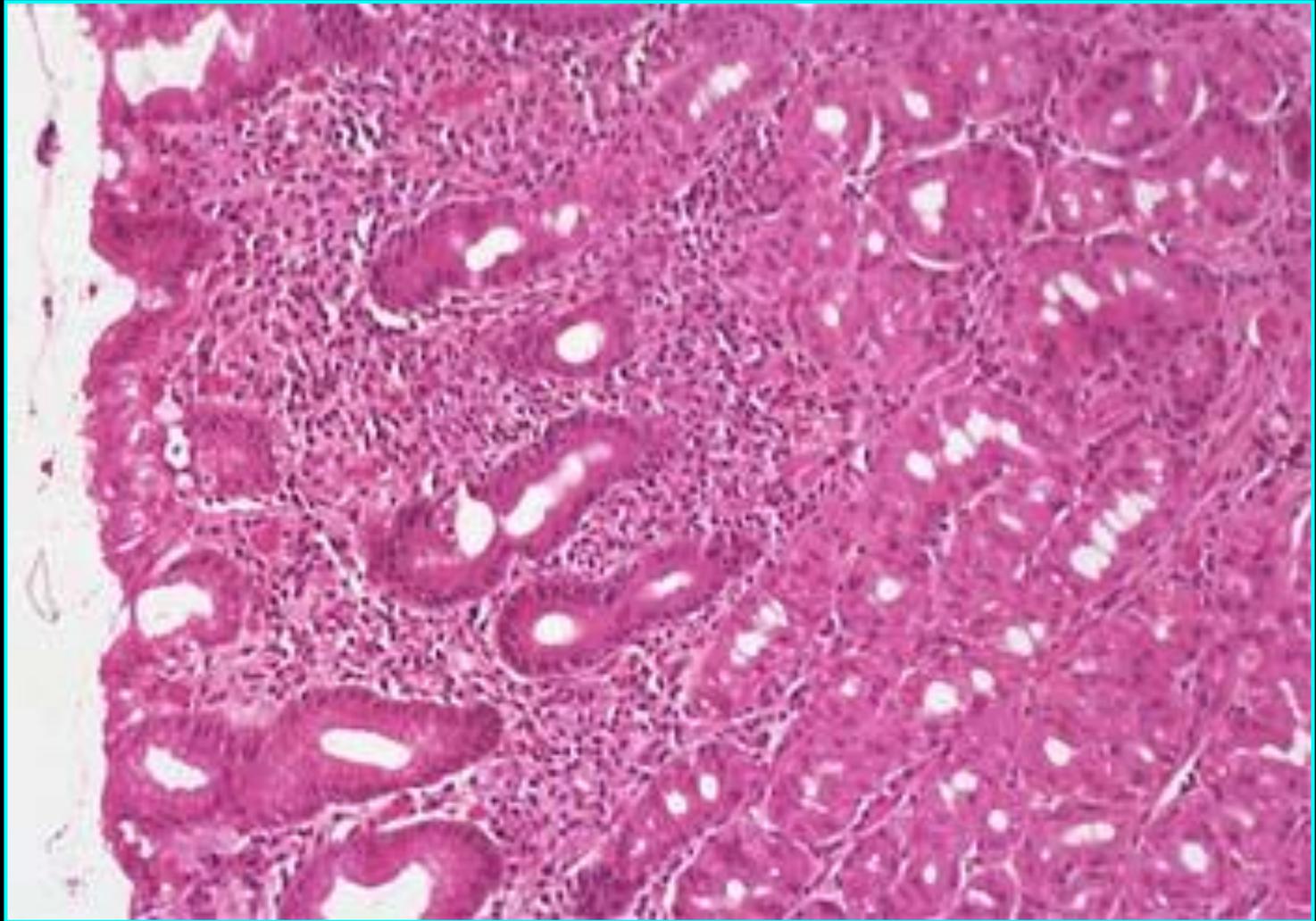


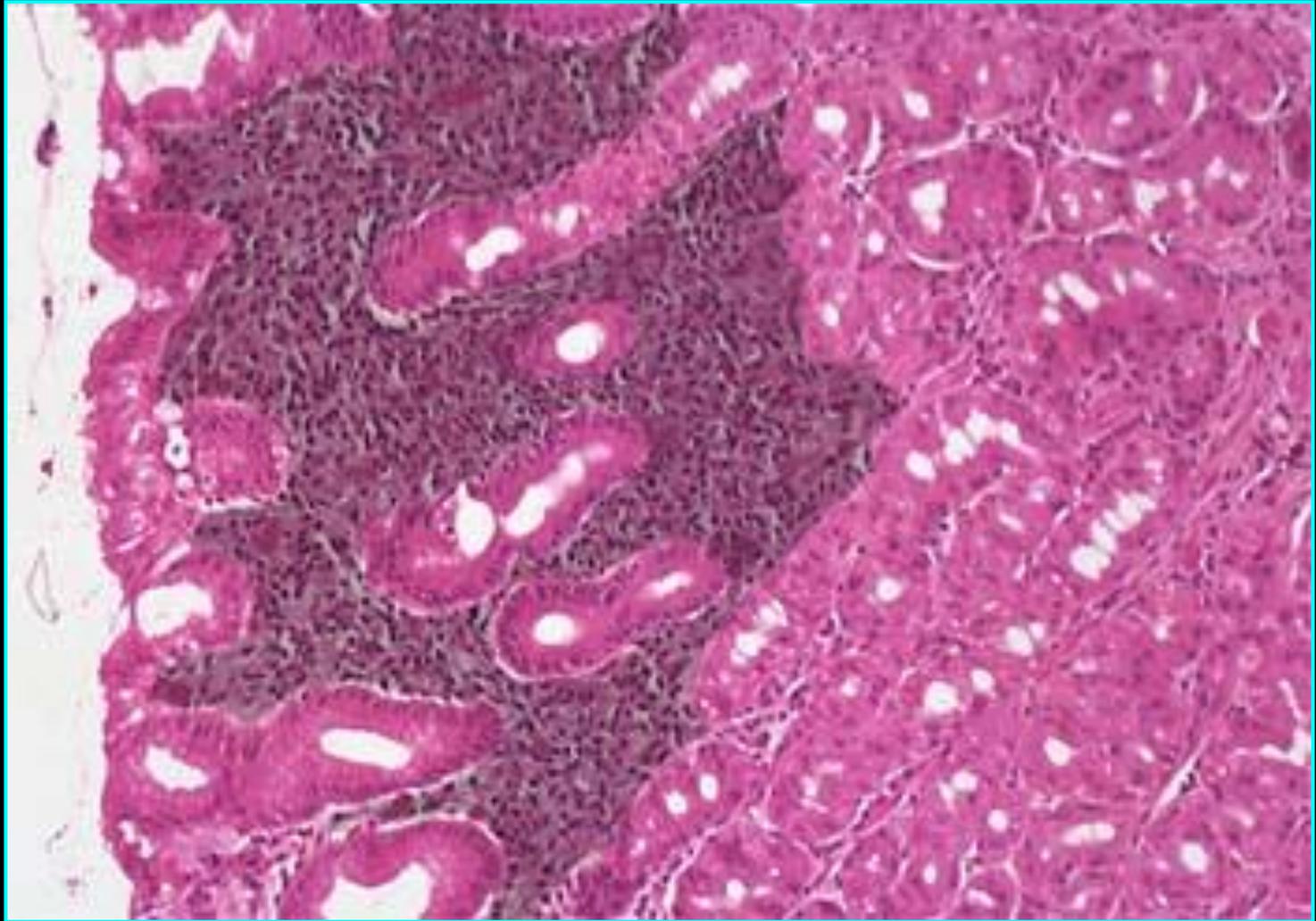
Gastrite crônica inespecífica

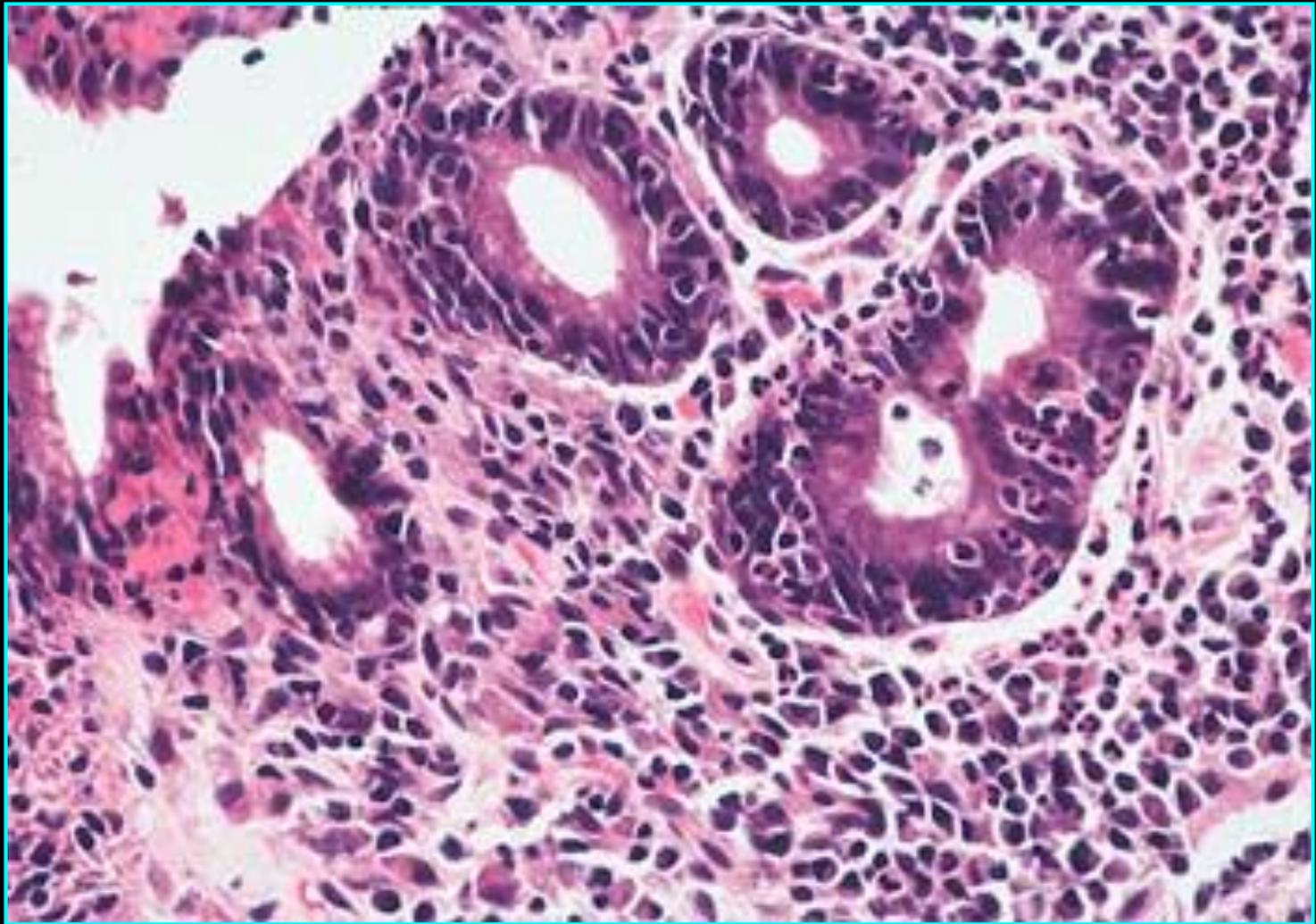
- ✓ Alterações inflamatórias progressivas que resultam em atrofia glandular e metaplasia intestinal, predominando em corpo e antro;
- ✓ Fúndica (tipo A): associada à anemia perniciosa (anticorpos contra células parietais e fator intrínseco);
- ✓ Antral (tipo B): etilismo crônico, uso de AINE, pós-gastrectomia, úlcera péptica, refluxo biliar e HP (urease que provoca Ph mais alcalino).

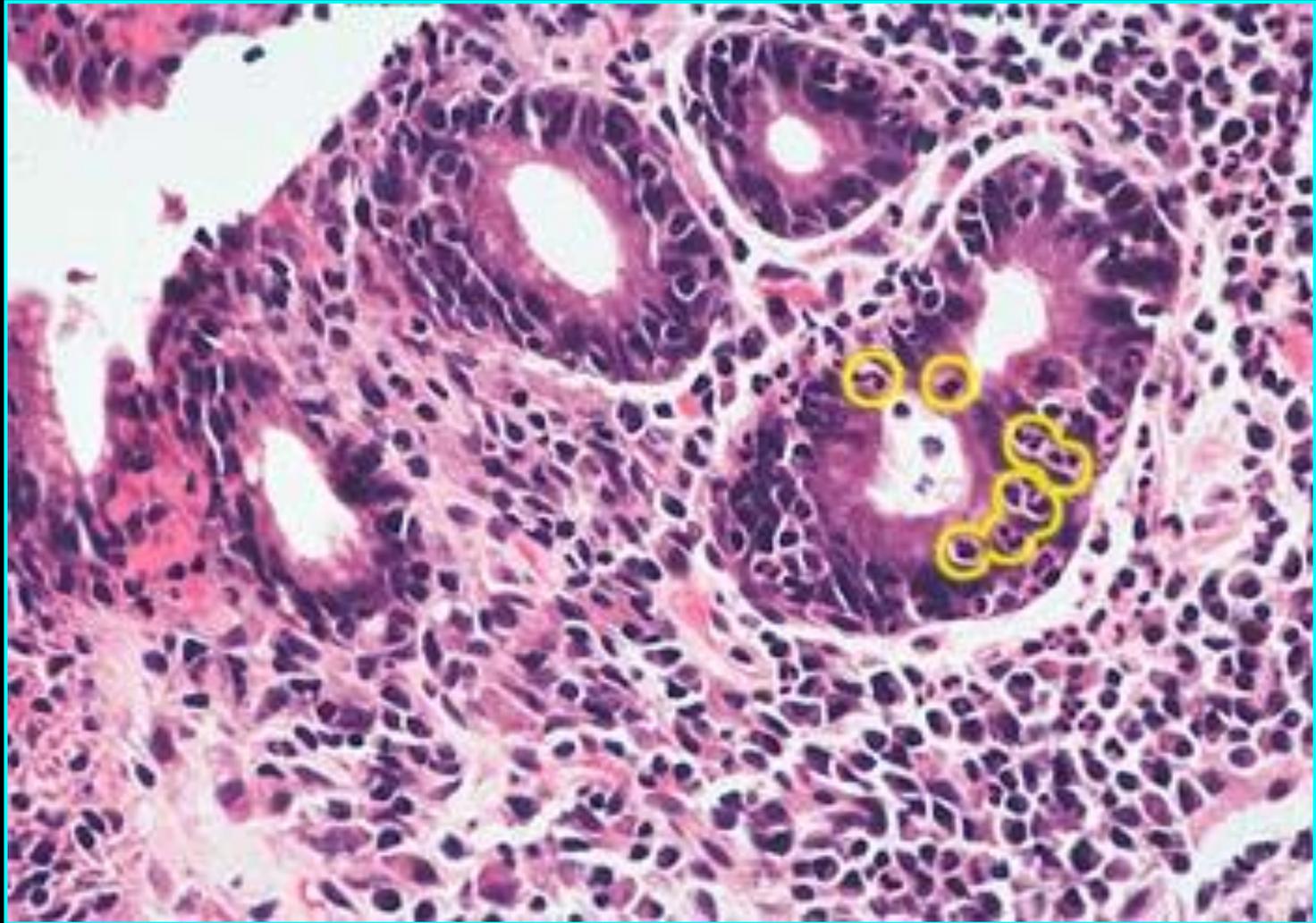
Gastrite crônica inespecífica

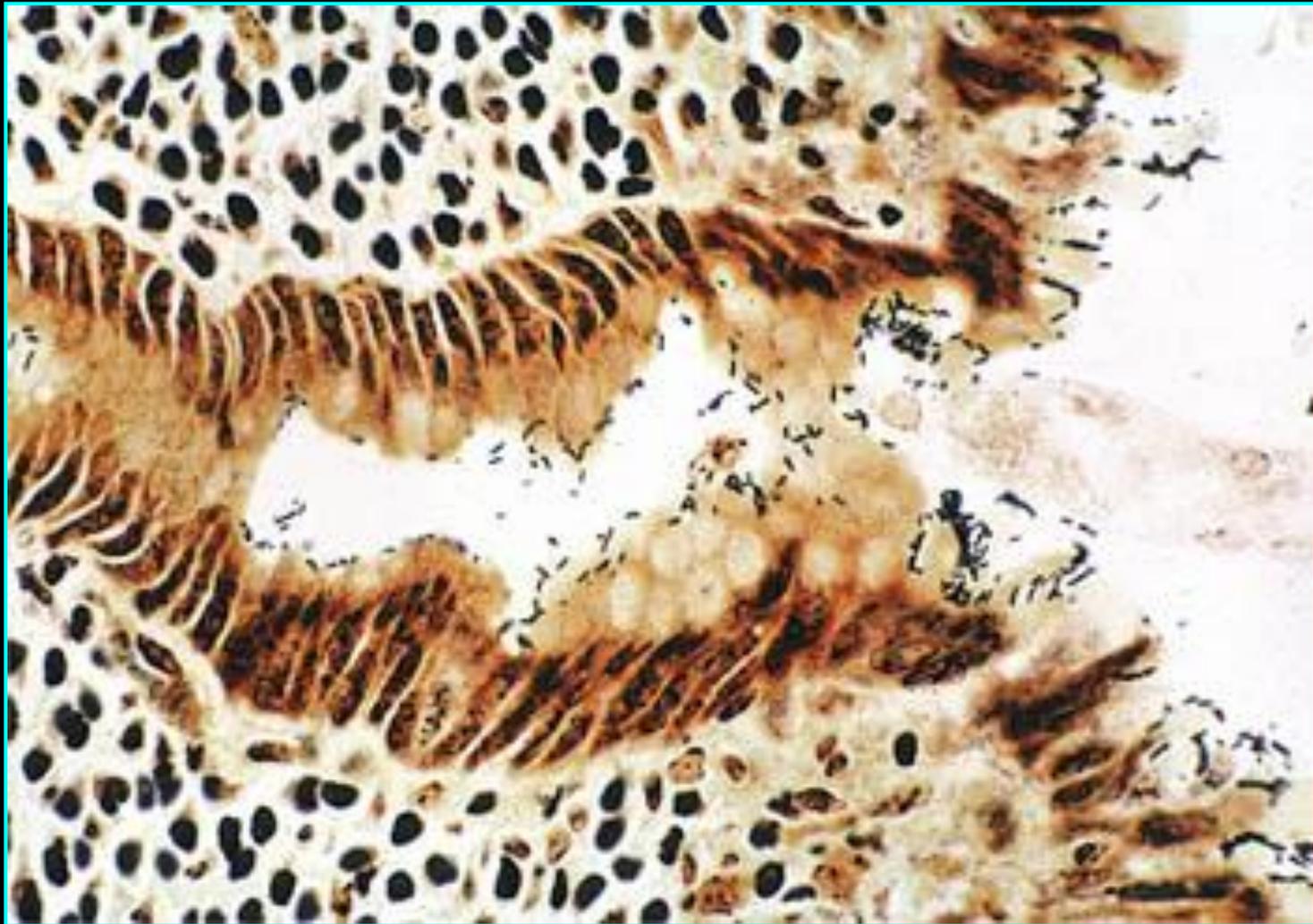
- ✓ **Clínica:** desde assintomáticos até sintomas abdominais inespecíficos;
- ✓ **Macro:** desde mucosa normal, a finamente granular e até adelgada e brilhante, com vasculatura submucosa visível;
- ✓ **Micro:** pode ser dividida em superficial e atrófica dependendo do grau de infiltração por linfócitos e plasmócitos. Pode ser considerada ativa e sofrer metaplasia intestinal, e até mesmo cursar com atrofia gástrica (risco de adenocarcinoma).

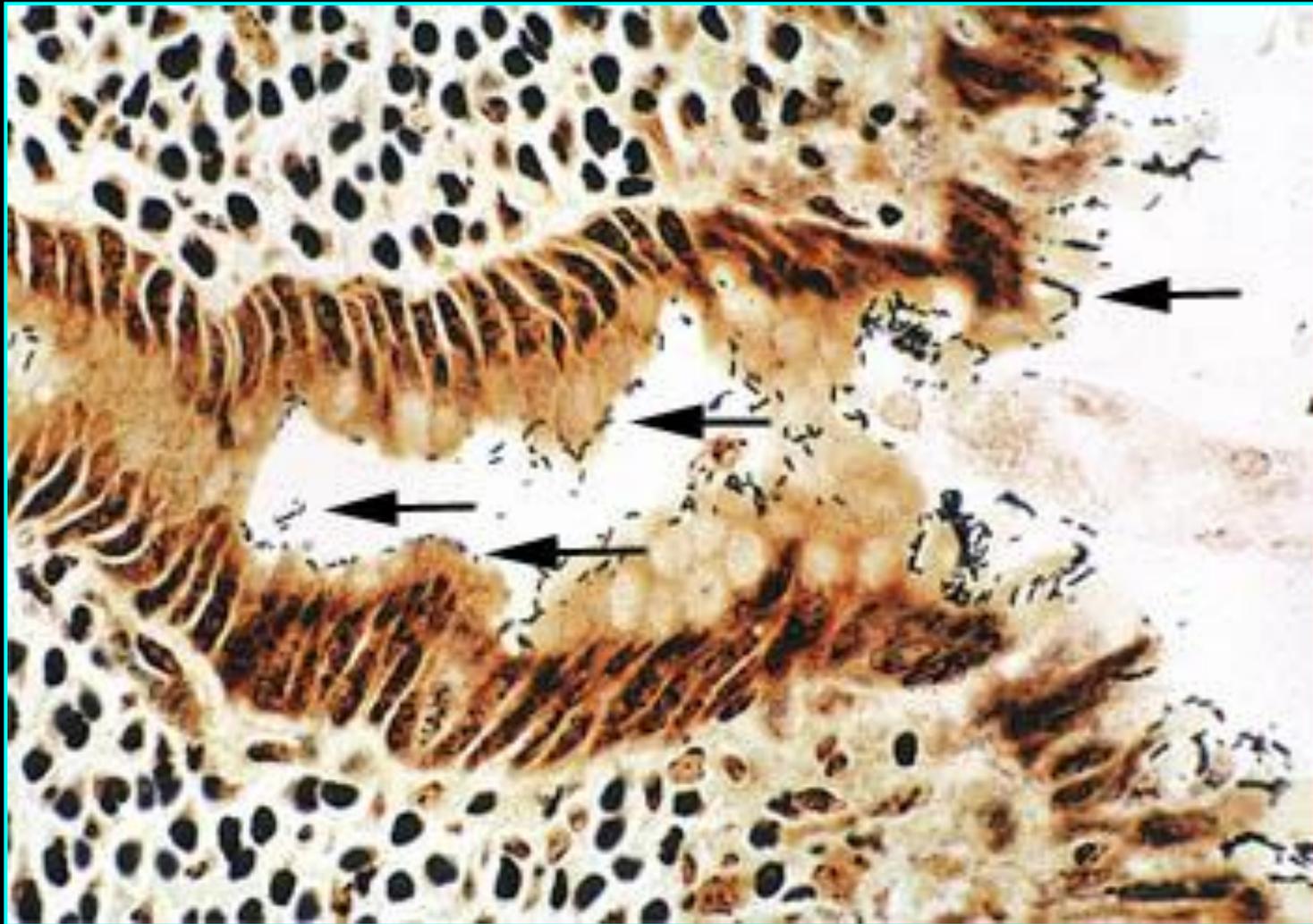


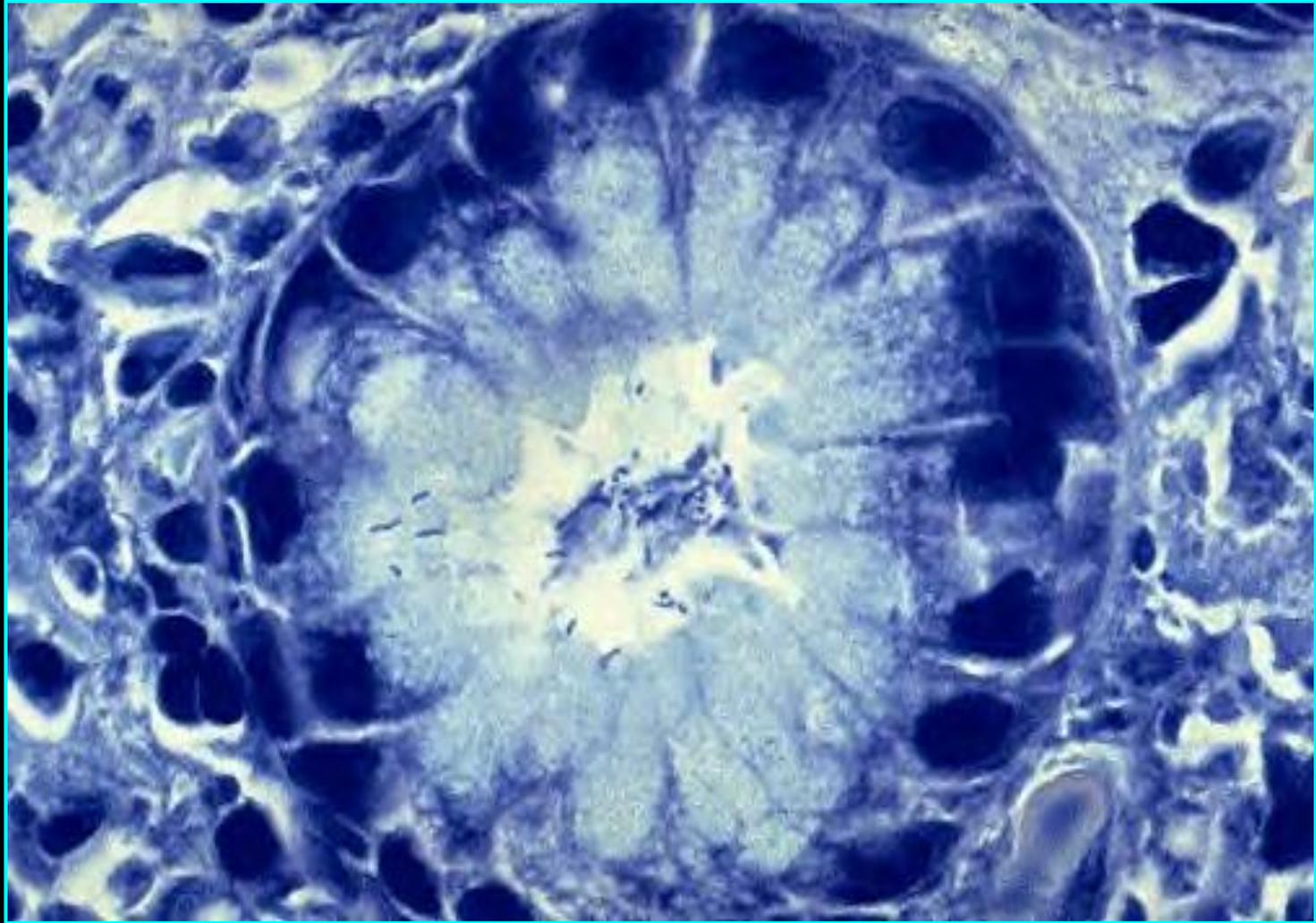


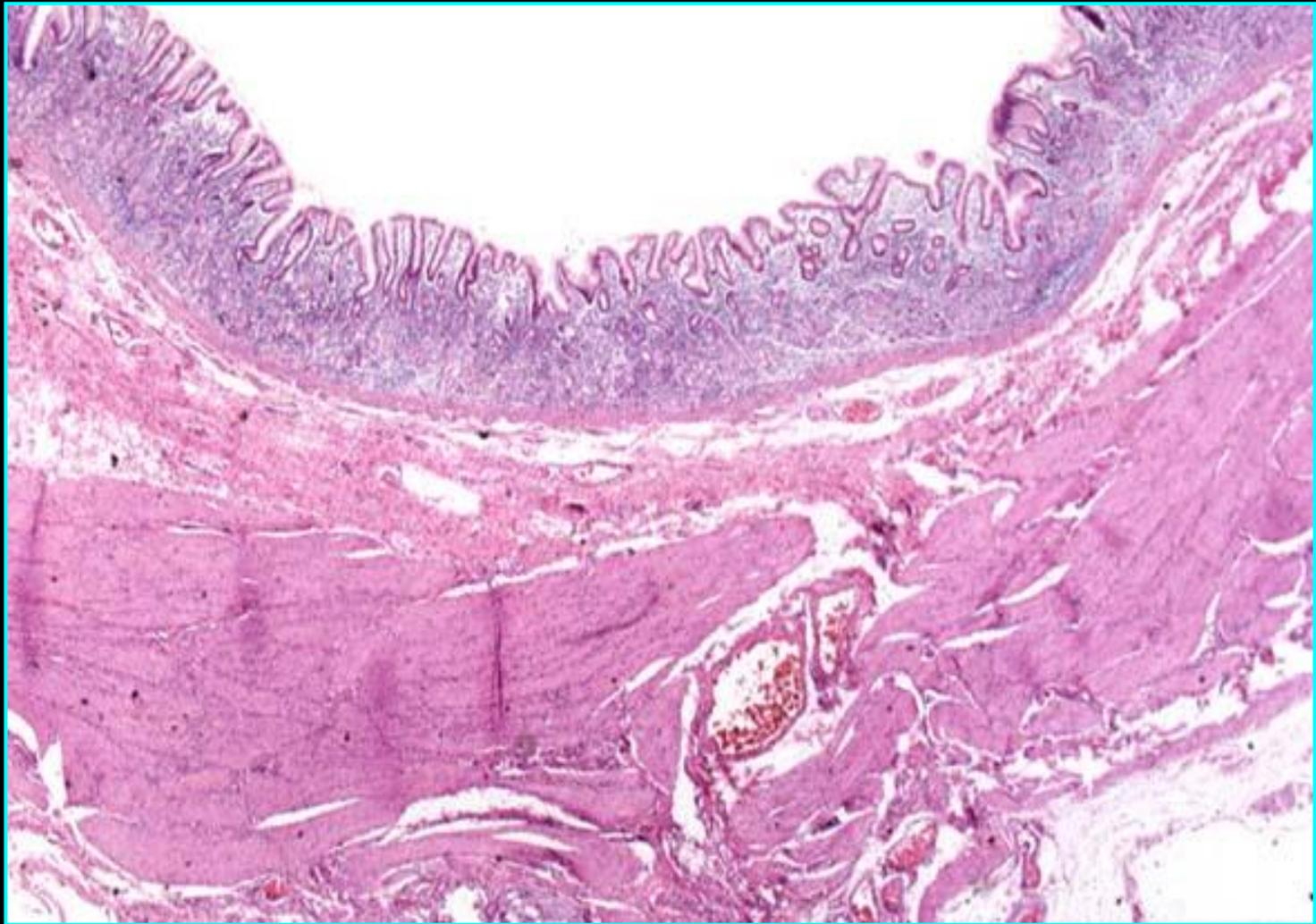


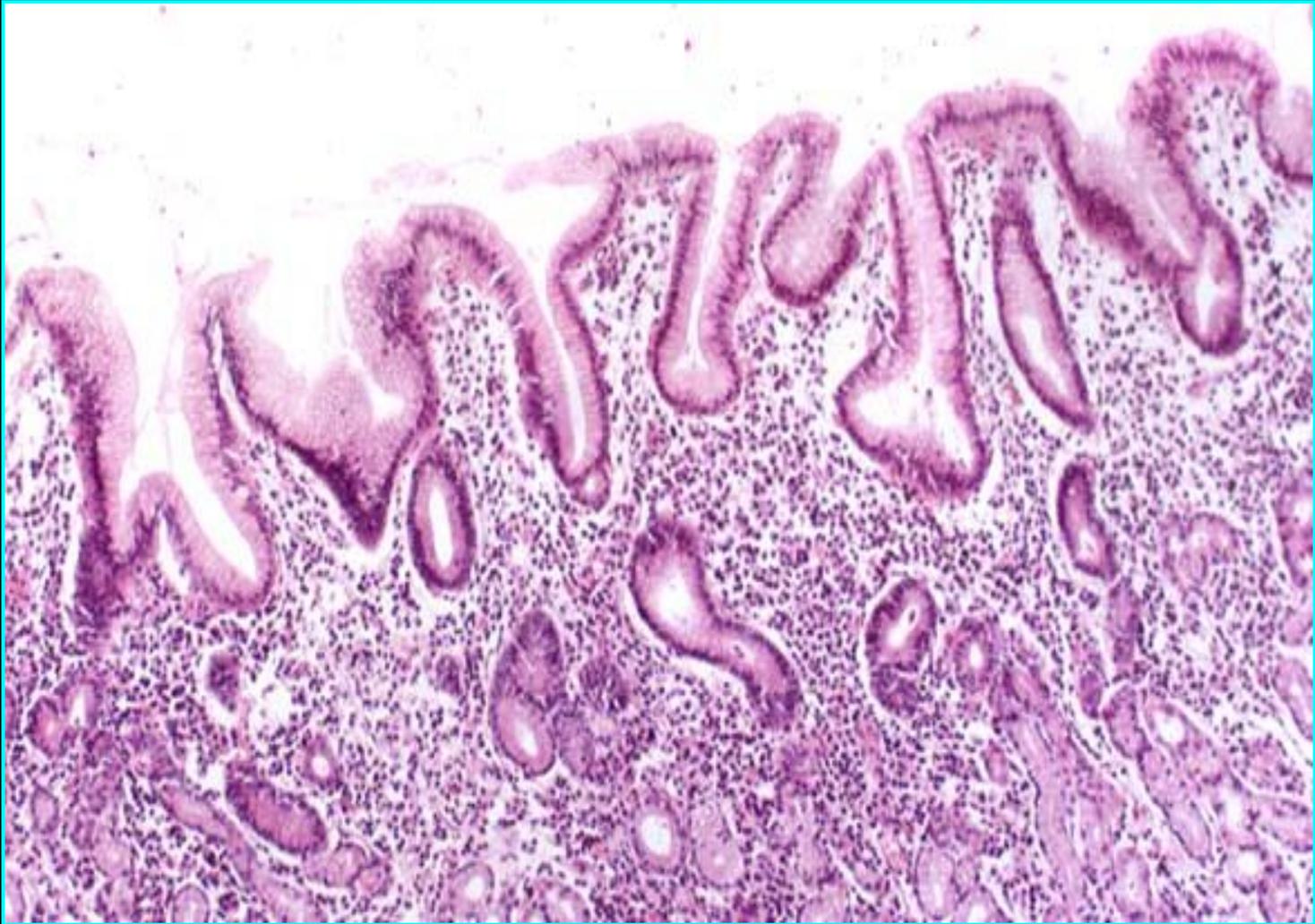


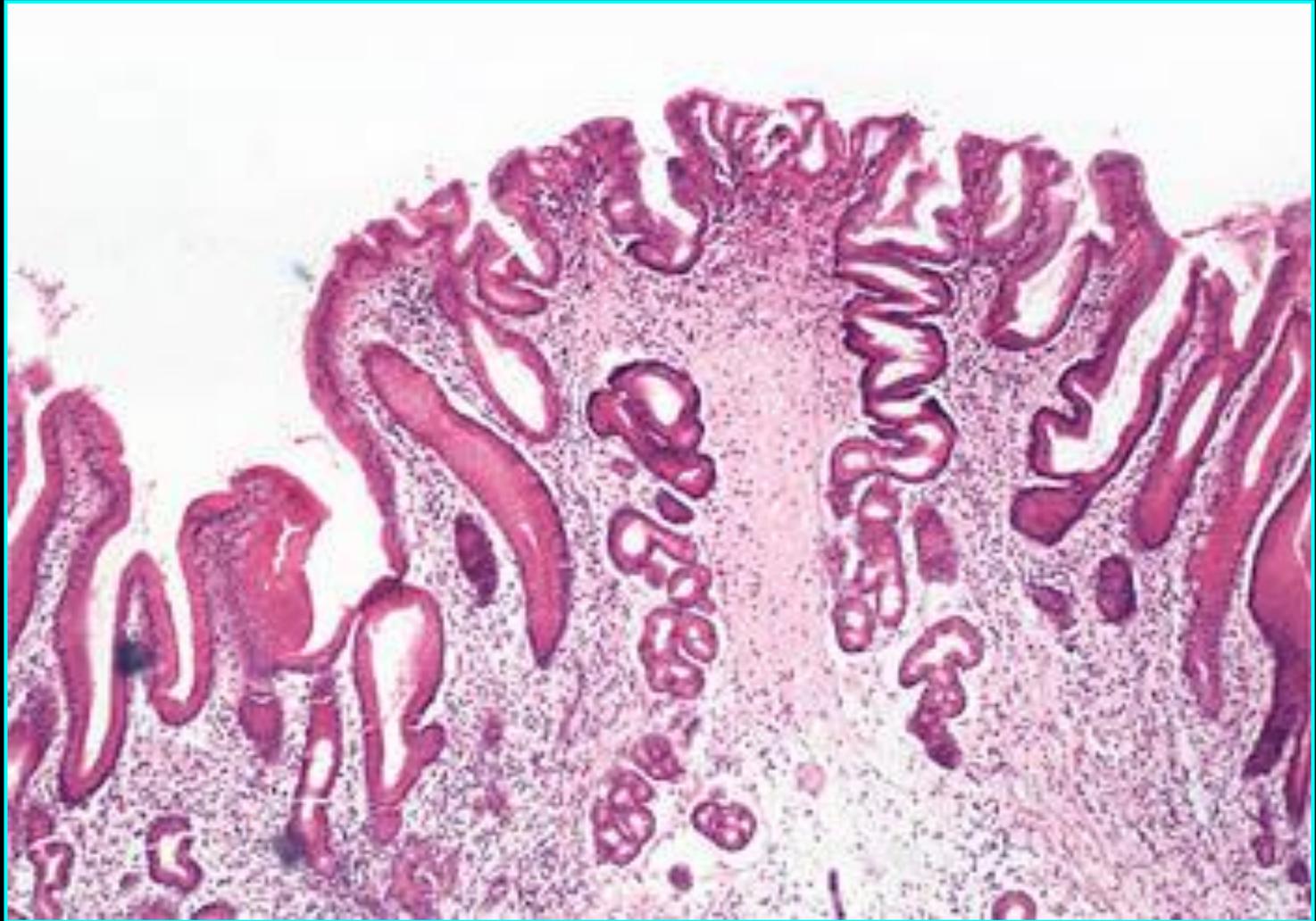


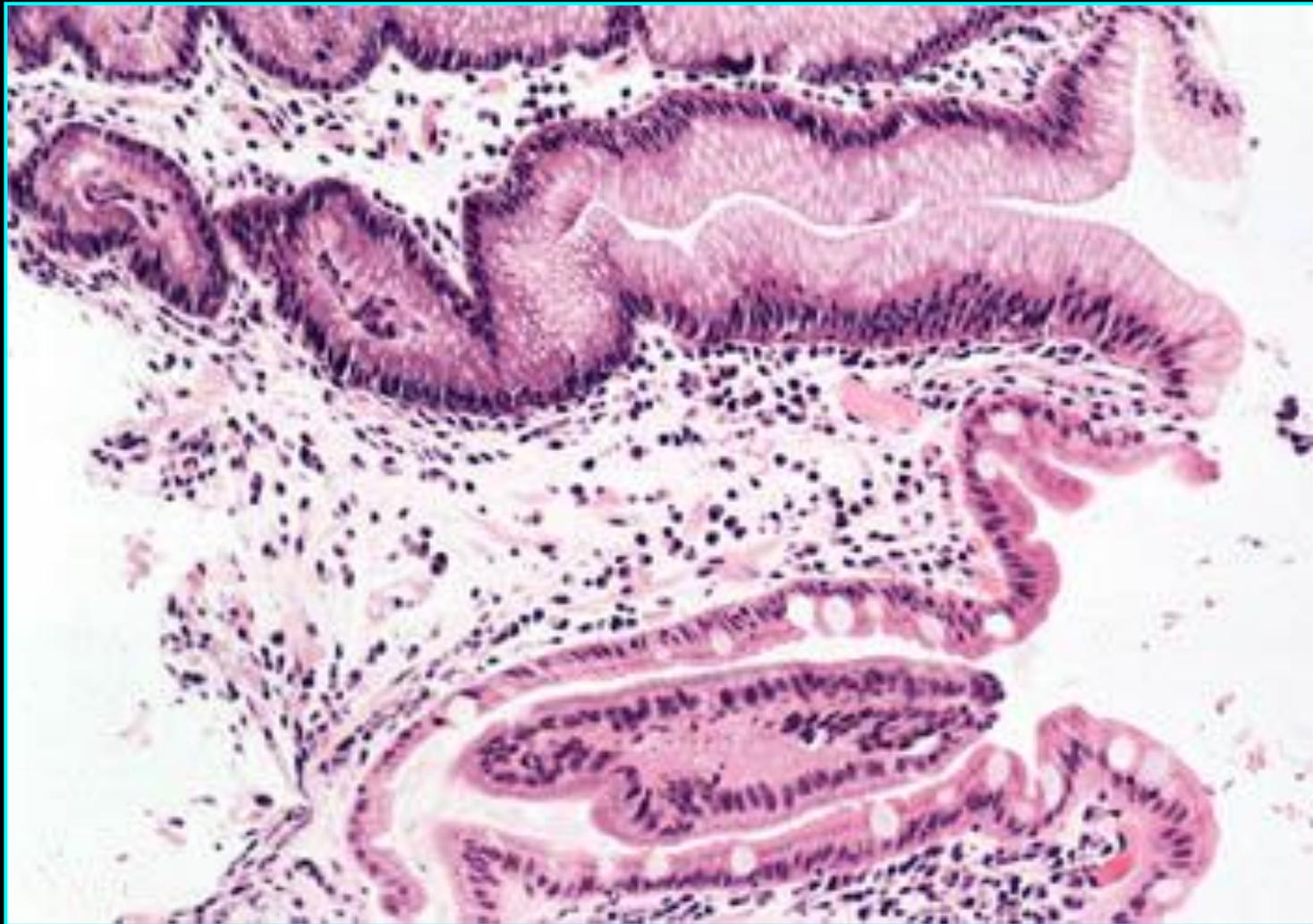


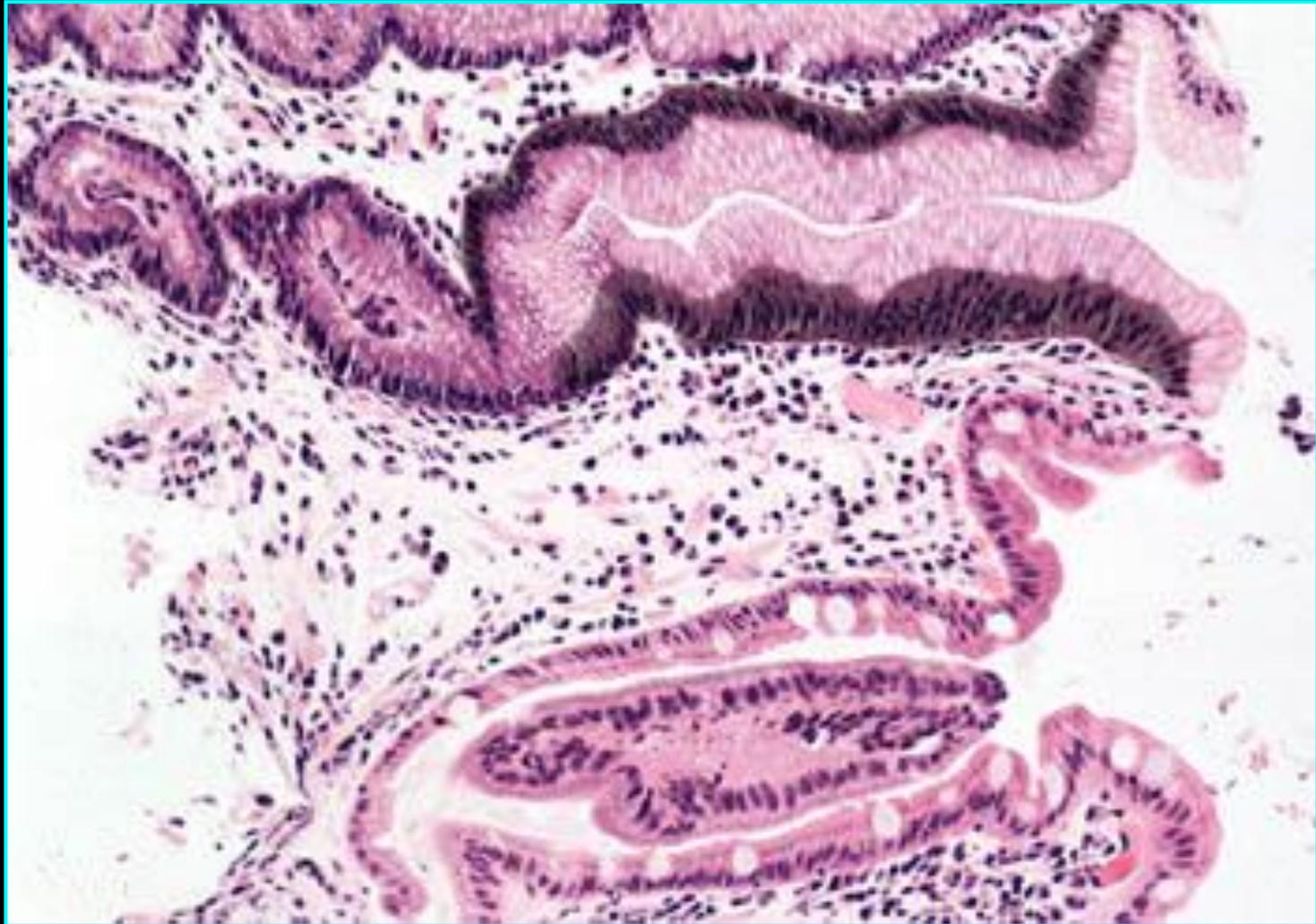


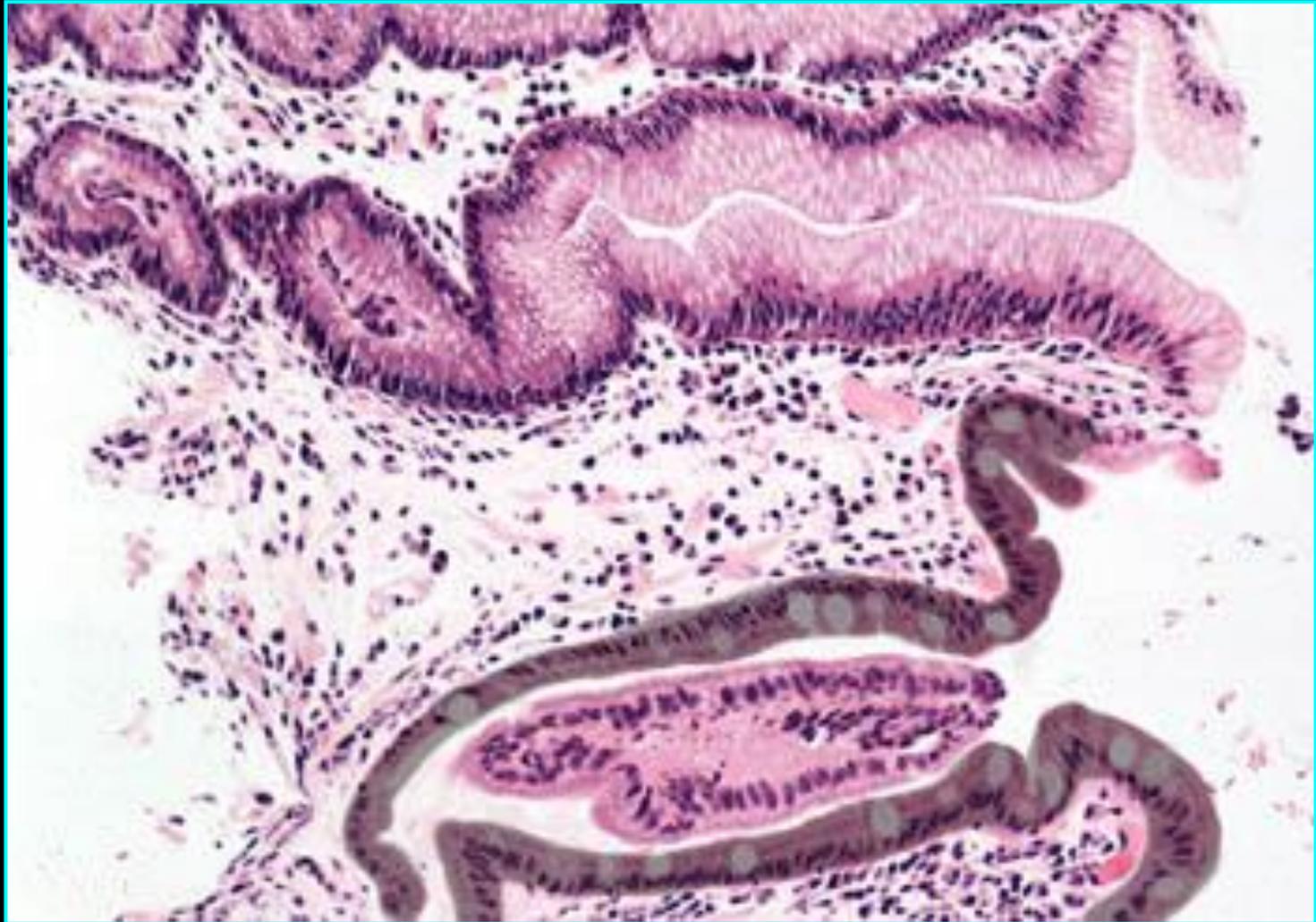


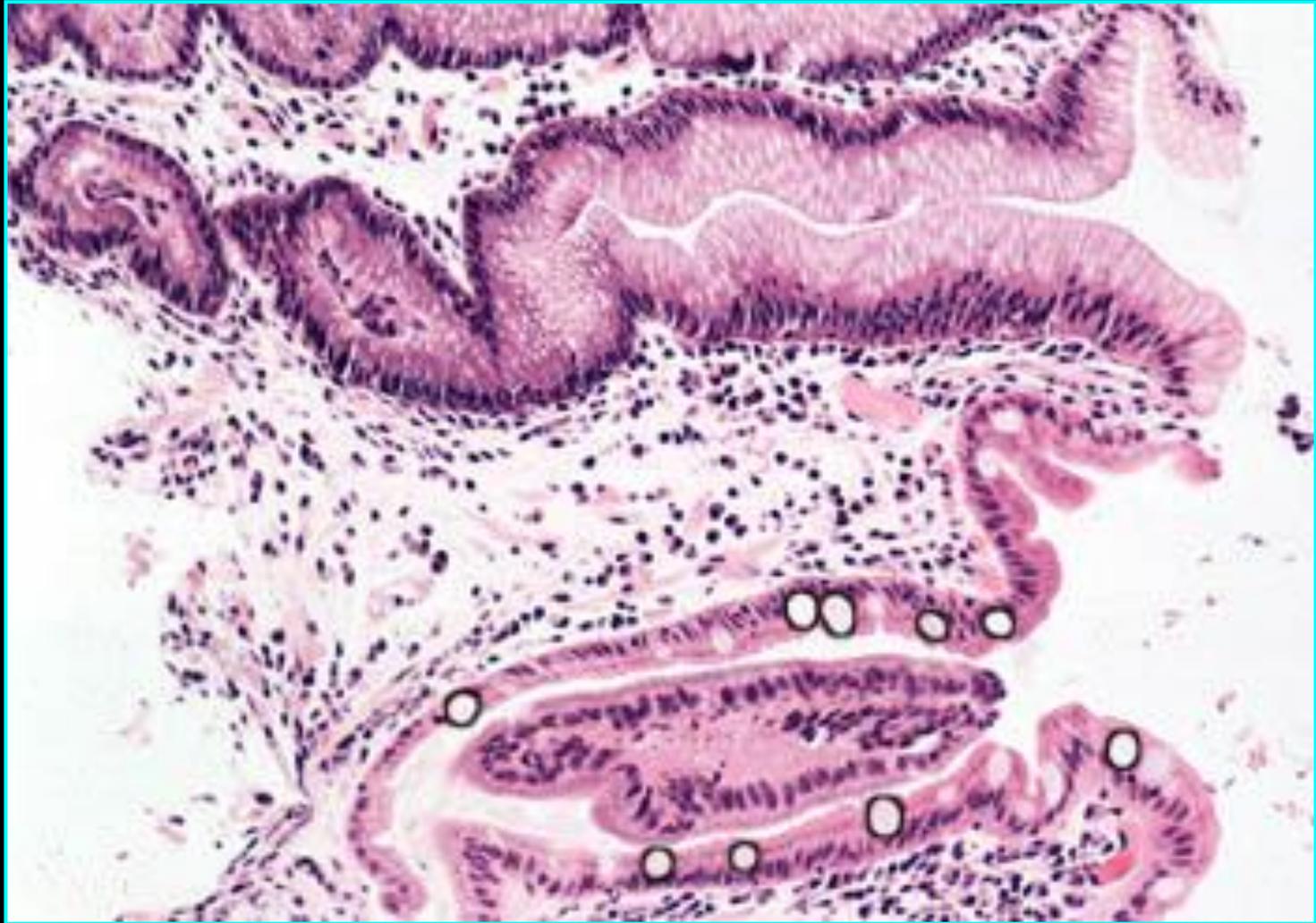


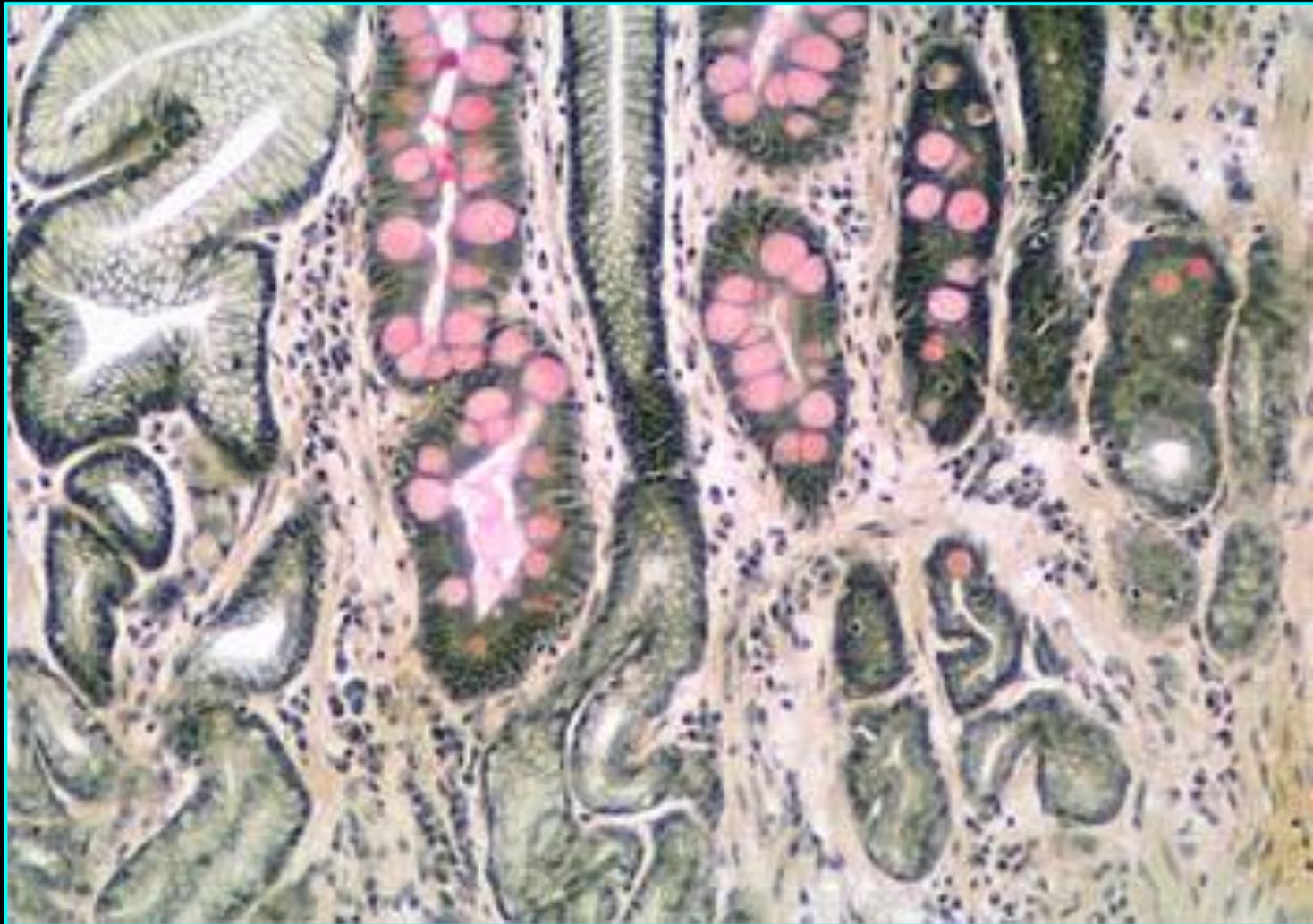


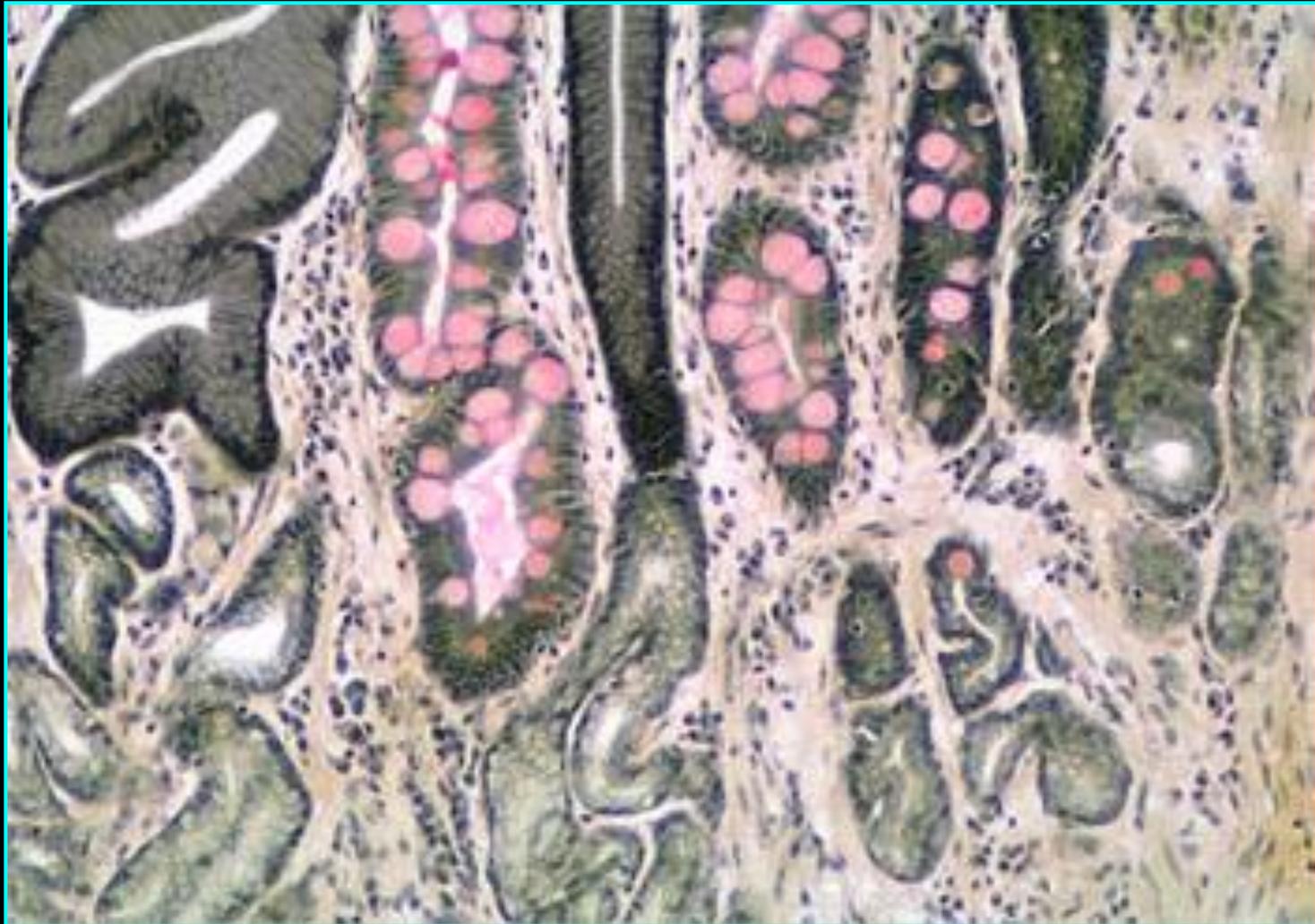


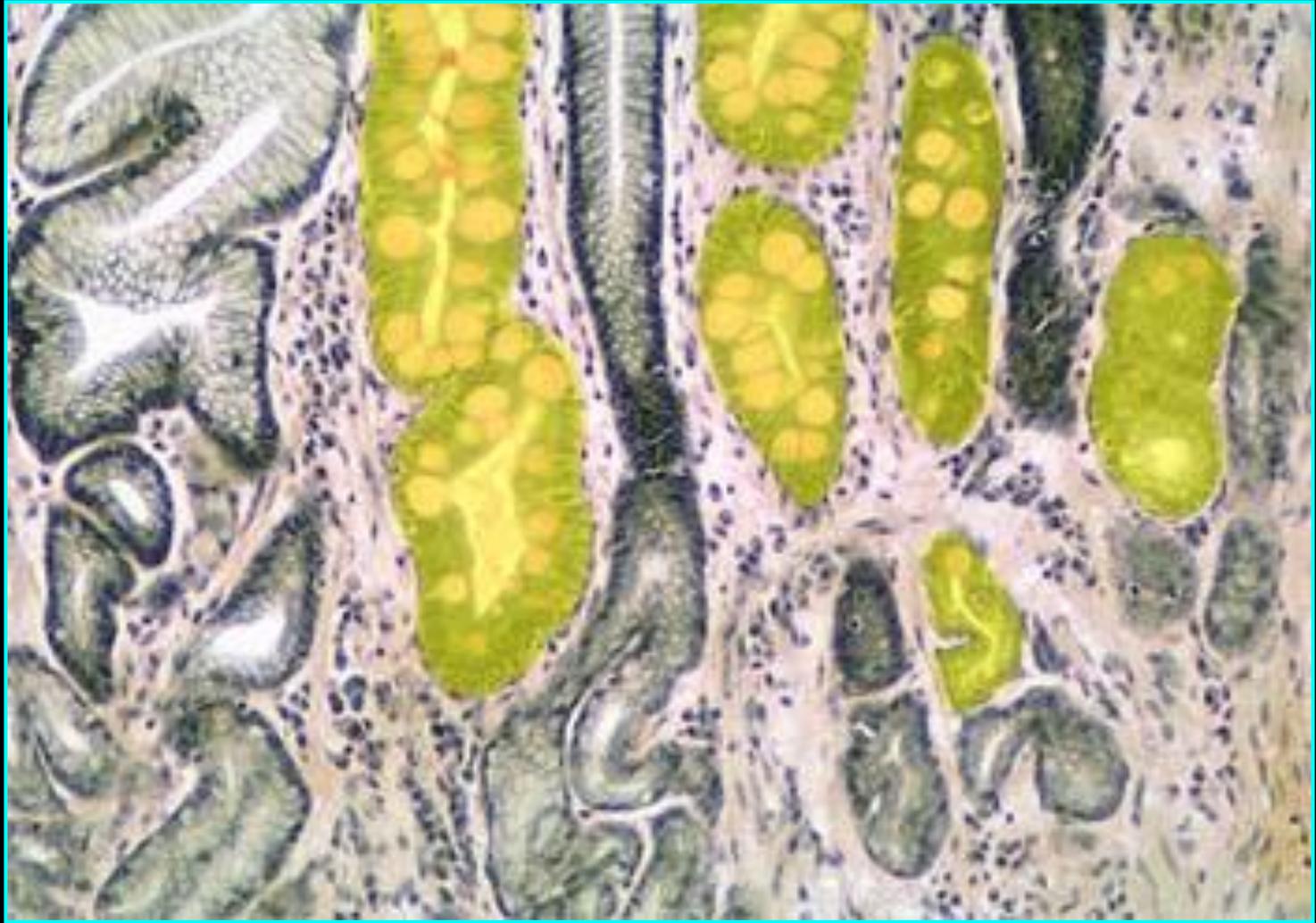


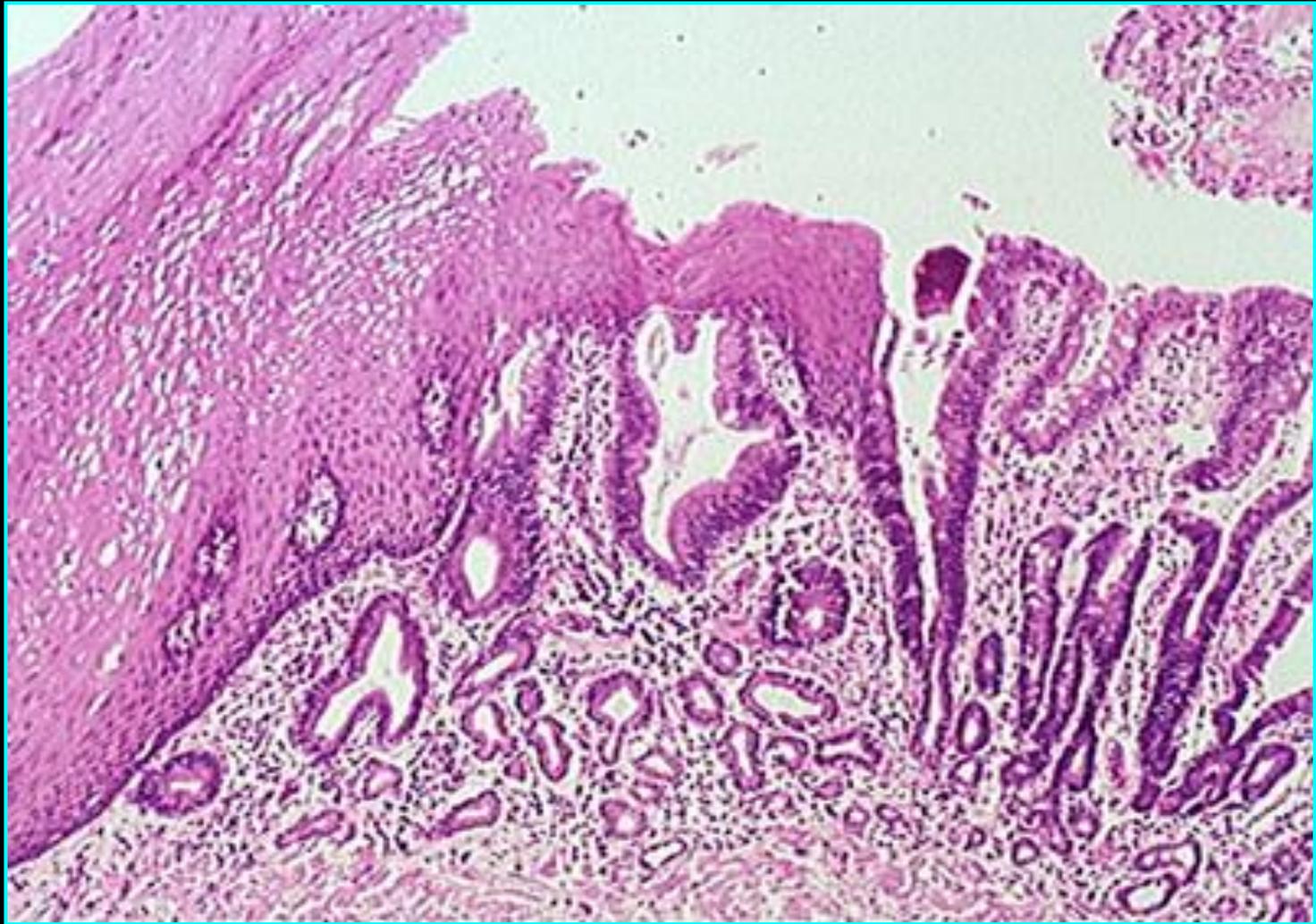


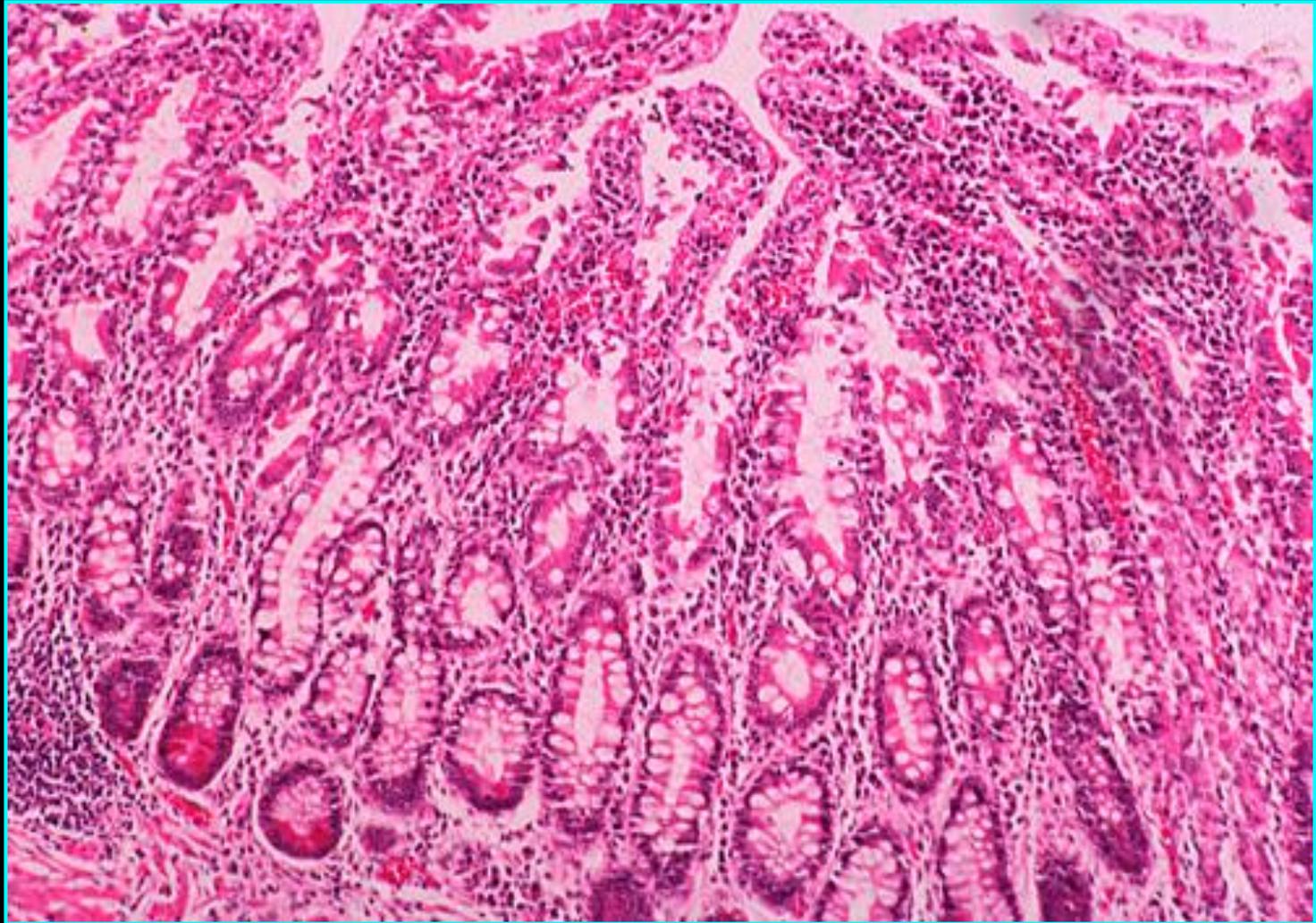












Úlcera péptica crônica

- ✓ Escavações solitárias acometendo submucosa e planos mais profundos;
- ✓ Papel do suco gástrico e pepsina;
- ✓ Mais comum em homens na meia idade;
- ✓ Se localizam próximo ao duodeno ou no antro (pequena curvatura);
- ✓ Podem estar associadas à síndrome de Zollinger-Ellison, esôfago de Barrett, mucosa ectópica ou borda cirúrgica.

Úlcera péptica crônica

✓ Patogênese:

Desbalanço entre fatores protetores e lesivos;

Infecção pelo *H. pylori*, uso de AINEs e aumento na secreção de ácido e pepsina.

Fatores Protetores

Bicarbonato

Muco

Renovação celular

Prostaglandinas

Bom fluxo sanguíneo

Fatores Lesivos

Ácido

Pepsina

H.pylori

AINH

Isquemia

Etanol

Sais biliares

Tabagismo

Úlcera péptica crônica

- ✓ **Macro:** orifício com bordas abruptas e planas, com 2-4 cm, penetrando a partir da muscular da mucosa, base limpa, pregas convergentes-radiadas nas bordas;
- ✓ **Micro:** vários graus de atividade e cicatrização: fibrina, neutrófilos, tecido de granulação, fibrose e neoformação vascular.

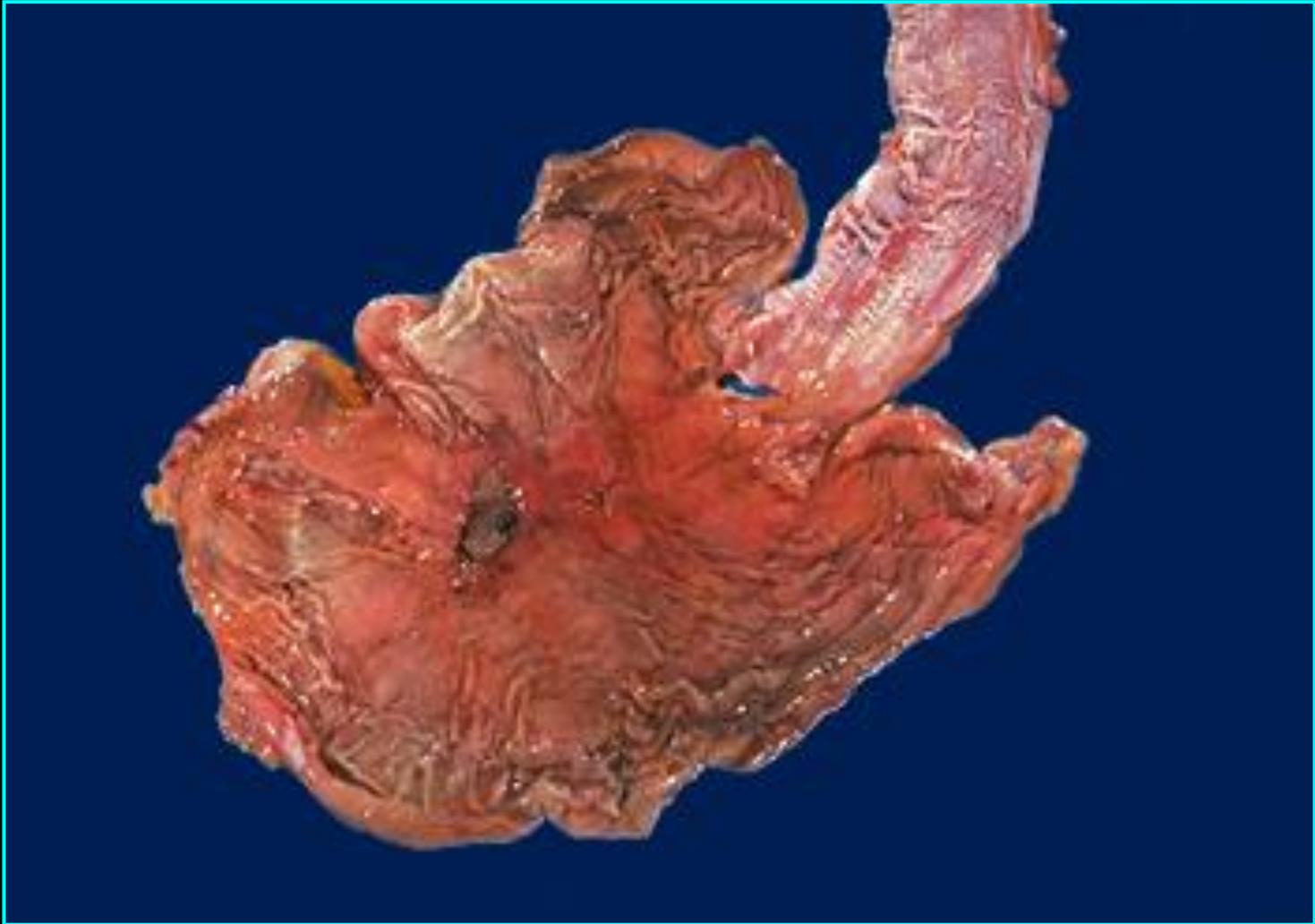
Úlcera péptica crônica

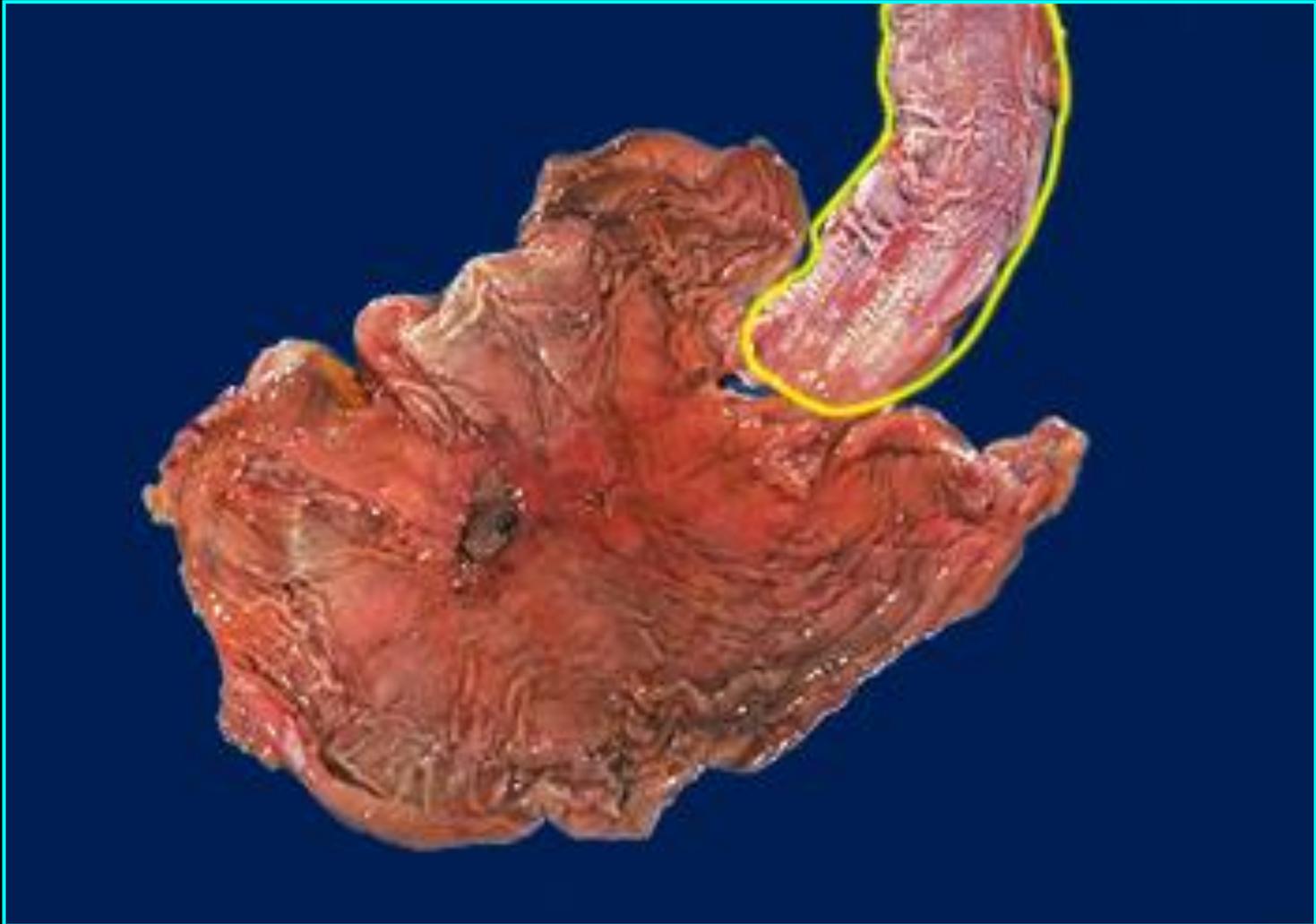
- ✓ **Complicações:**

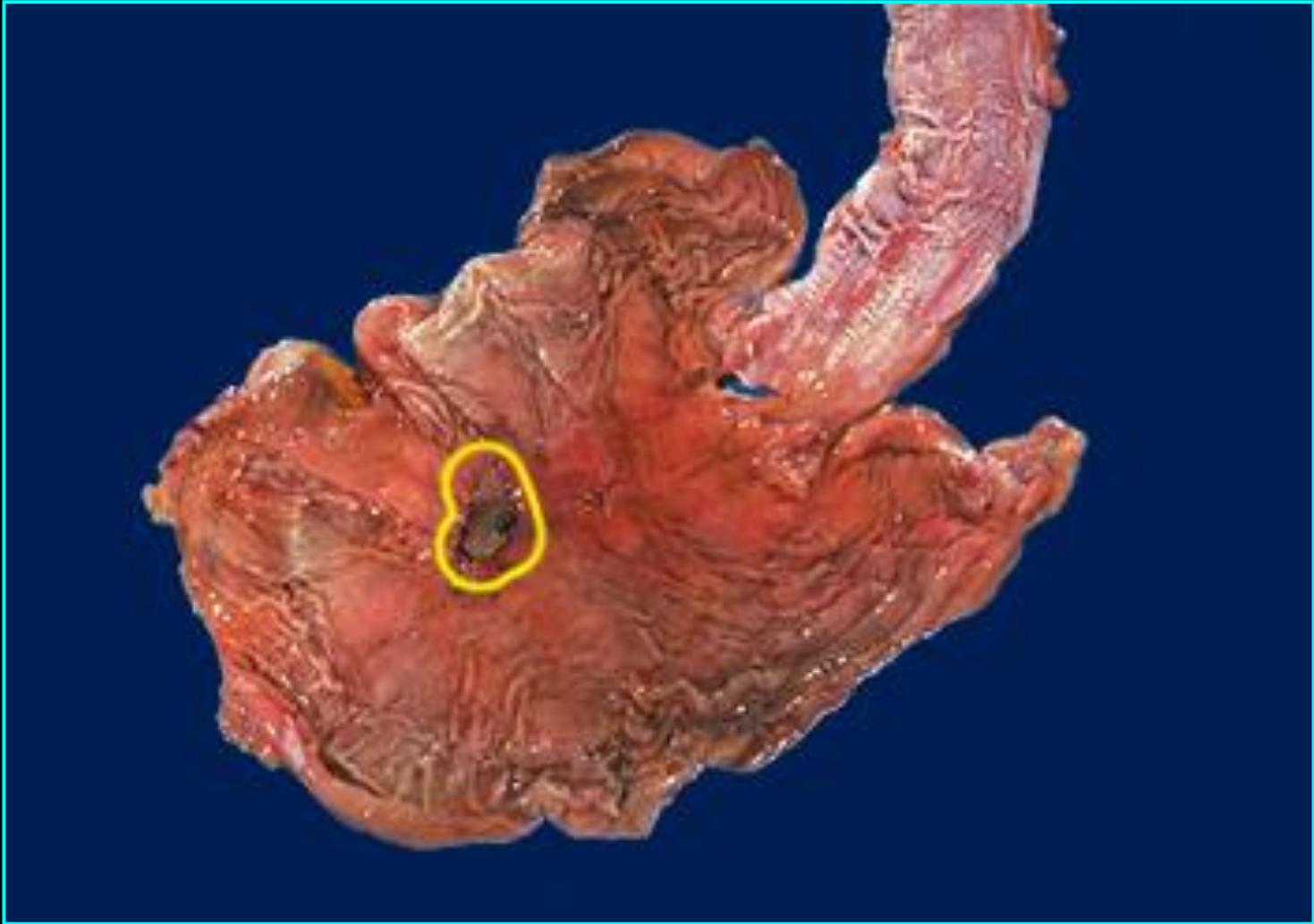
hemorragia, perfuração, obstrução e transformação maligna.

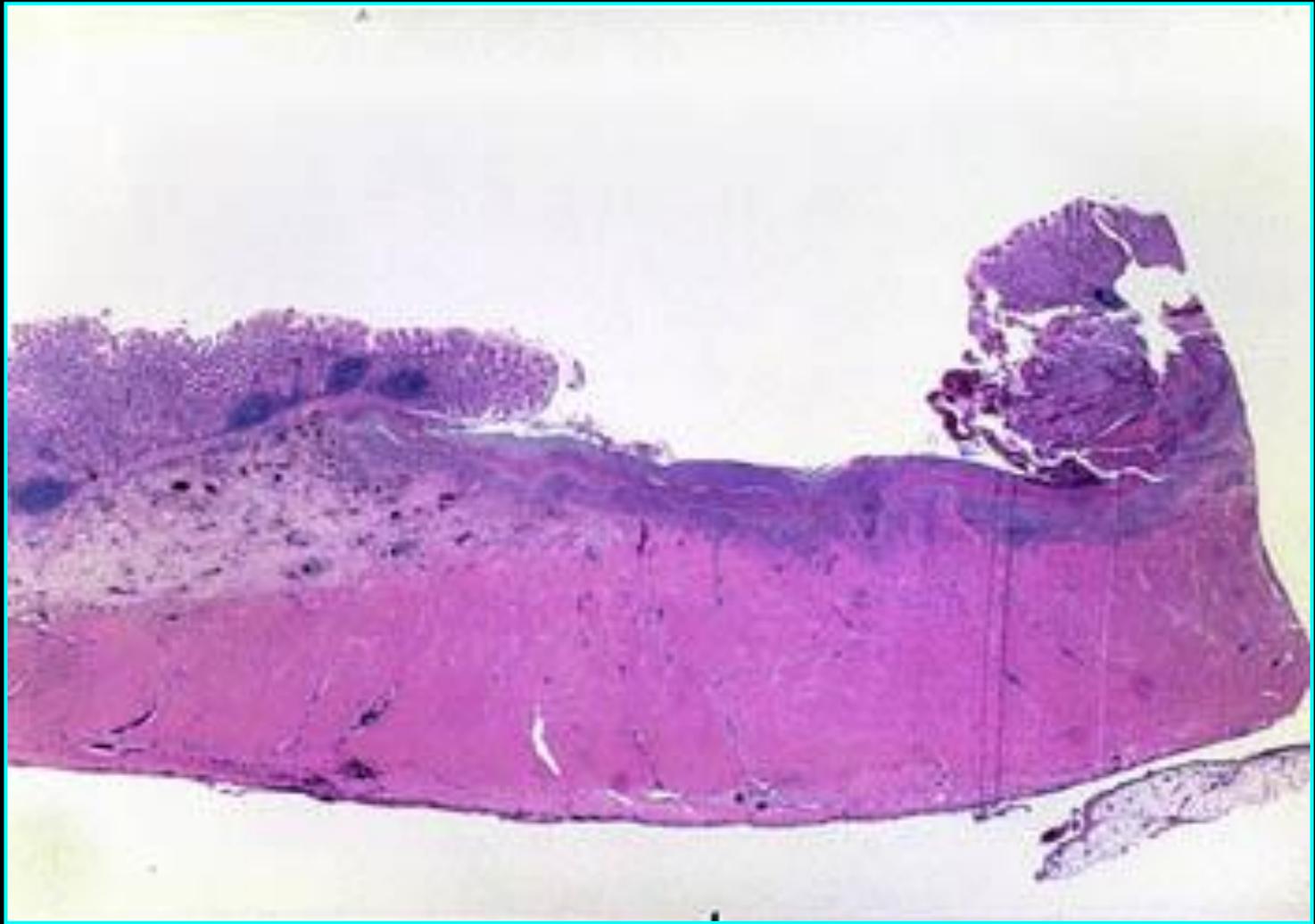
- ✓ **Prognóstico e tratamento:**

redução da acidez gástrica, antibióticos, bismuto (erradicação do *H. pylori*), eventualmente cirurgia.

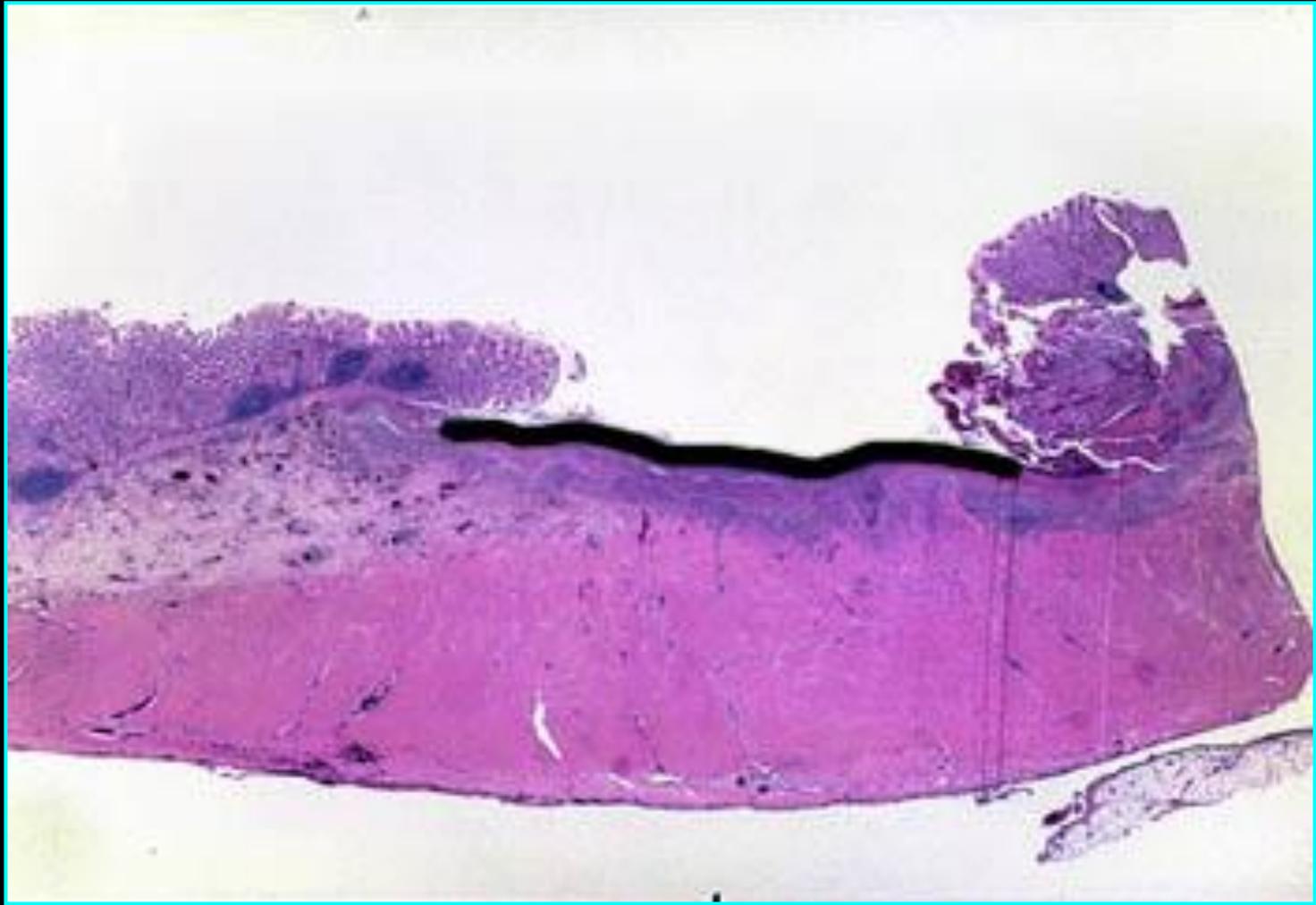


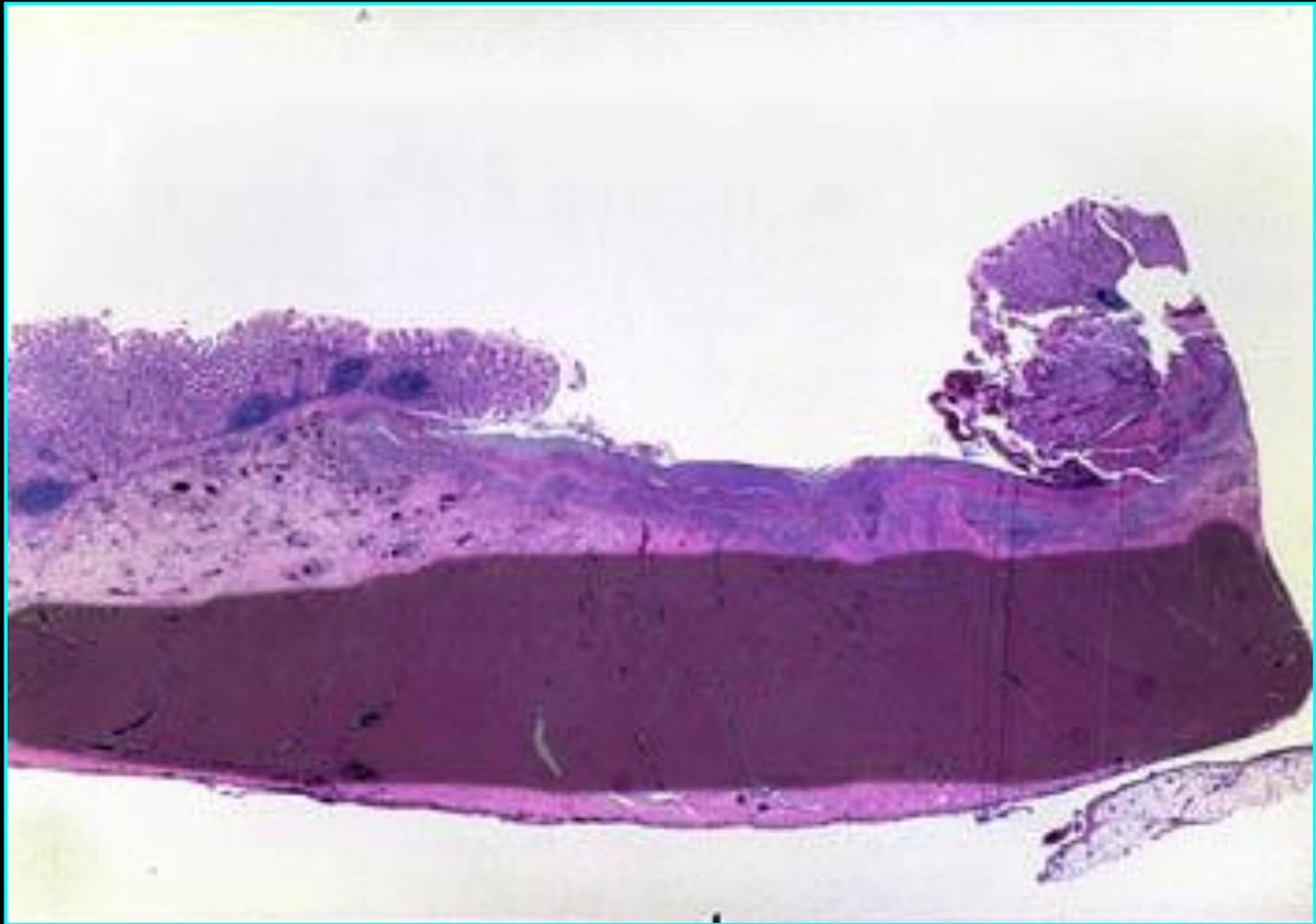


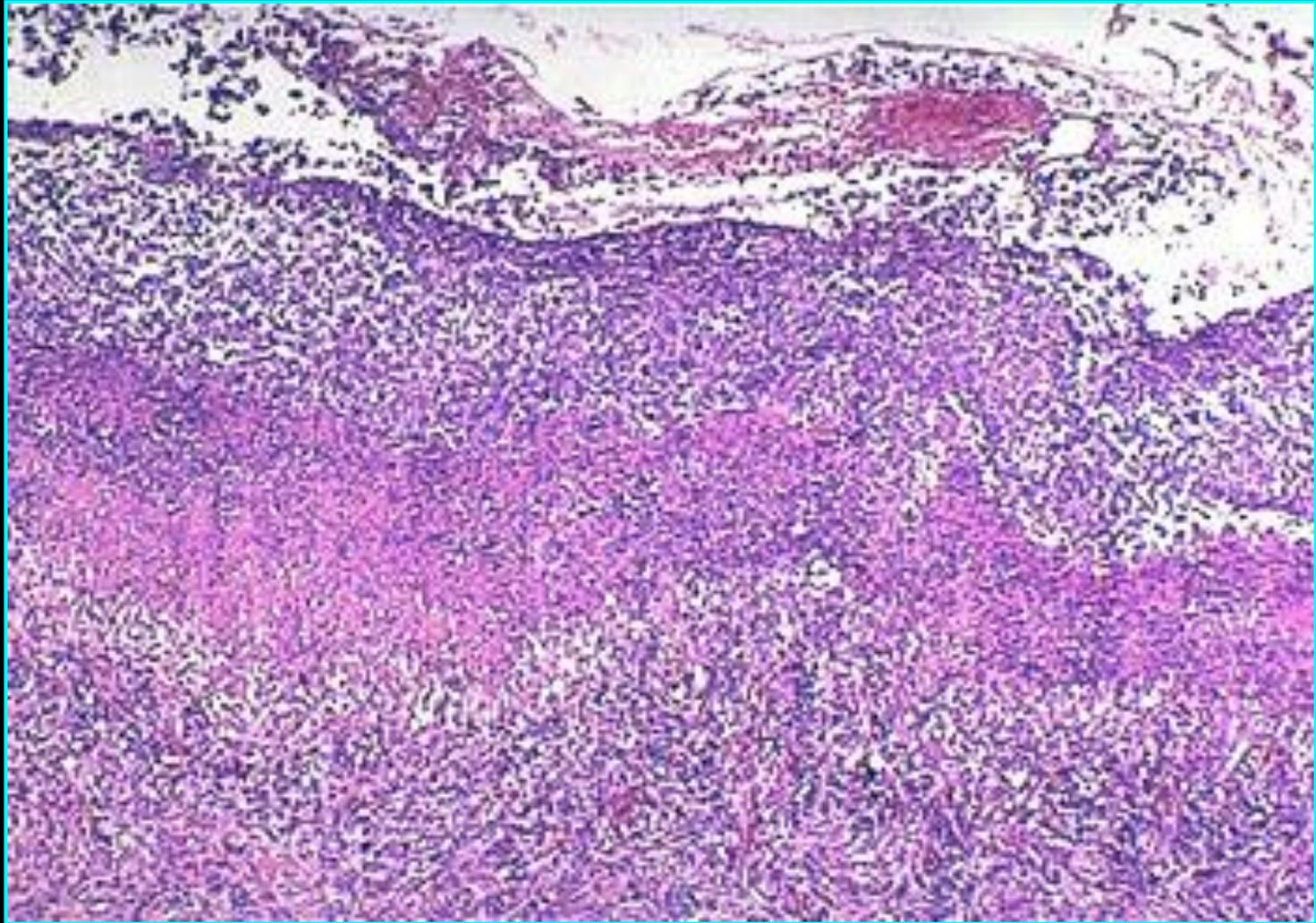


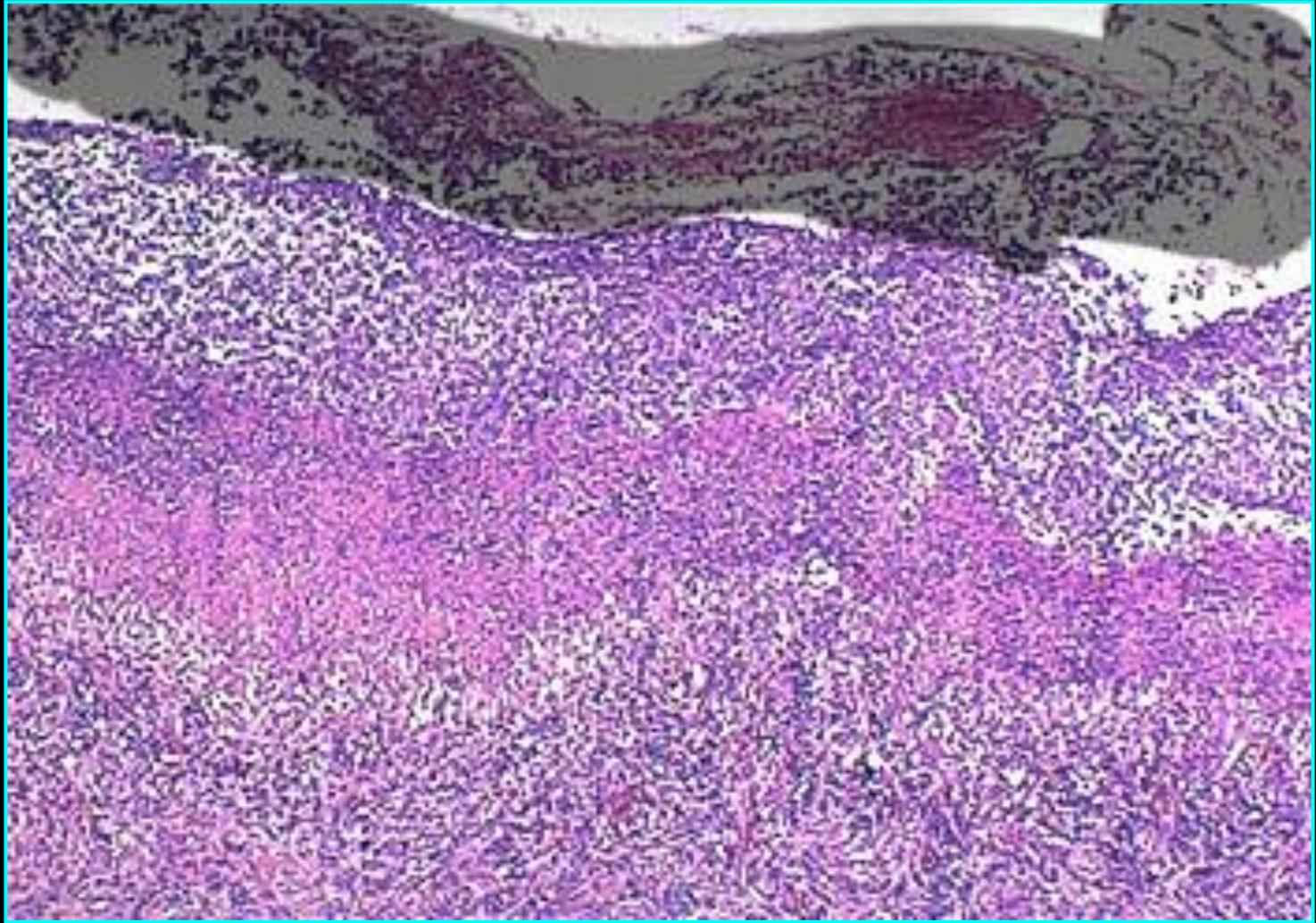


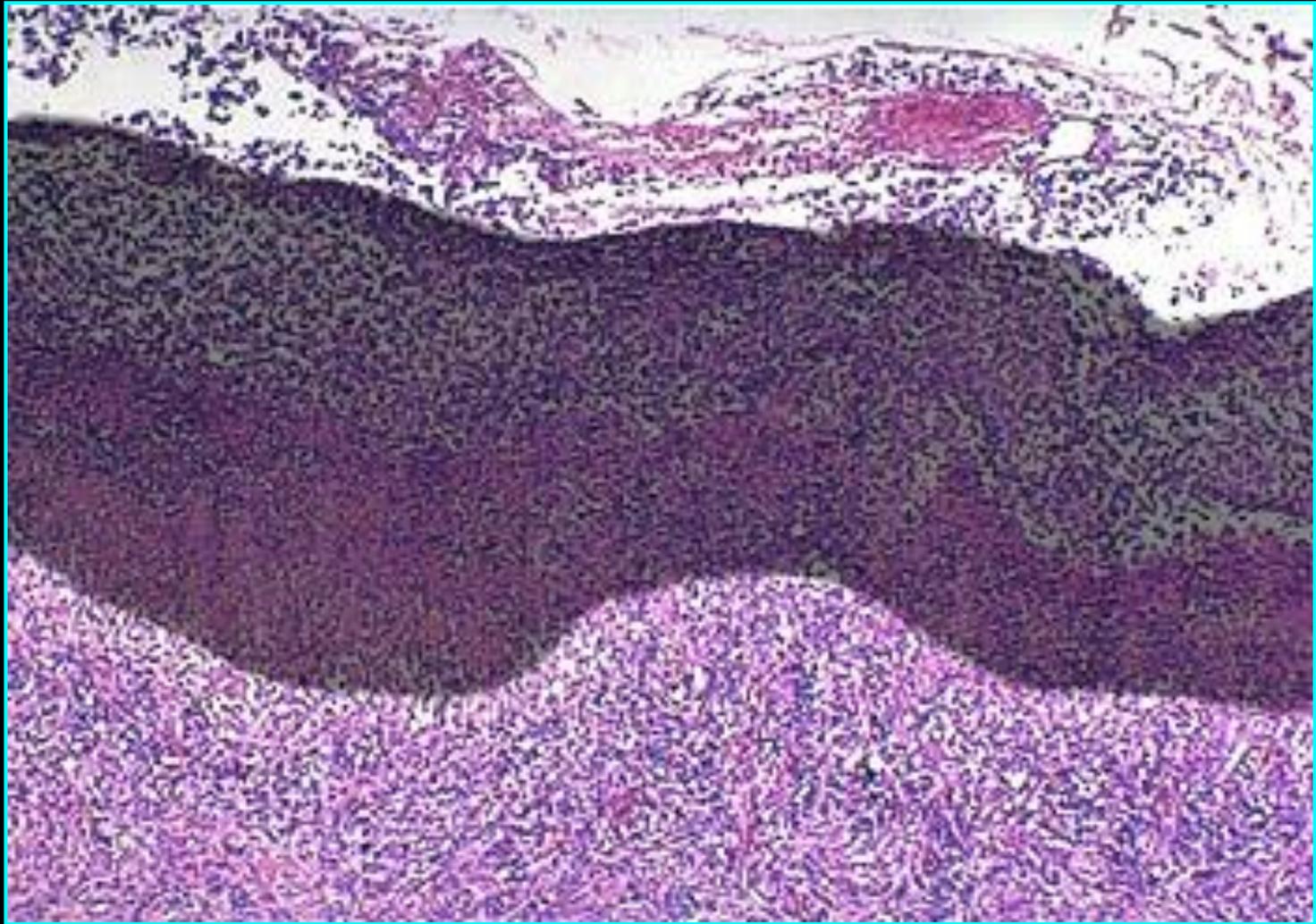


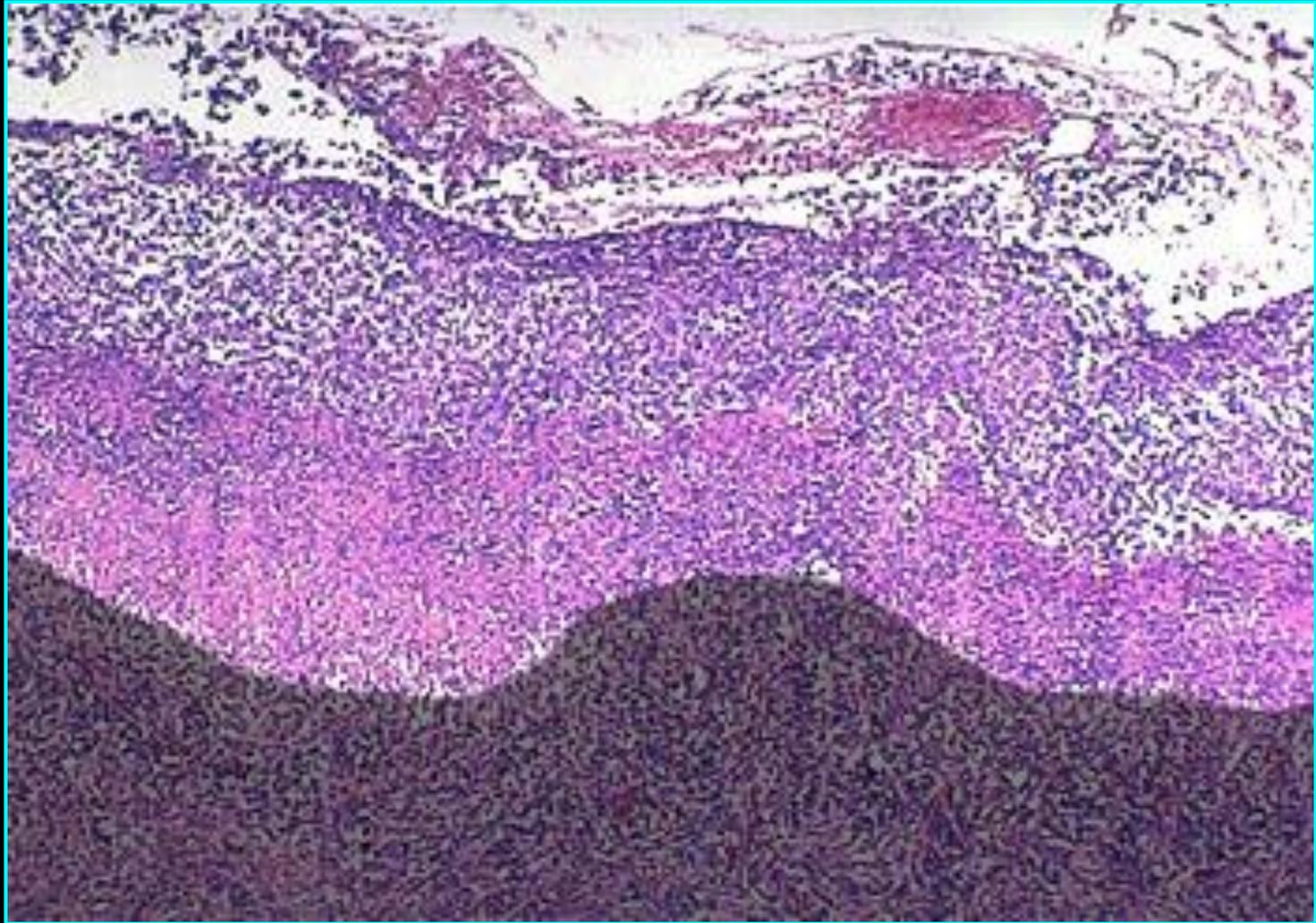


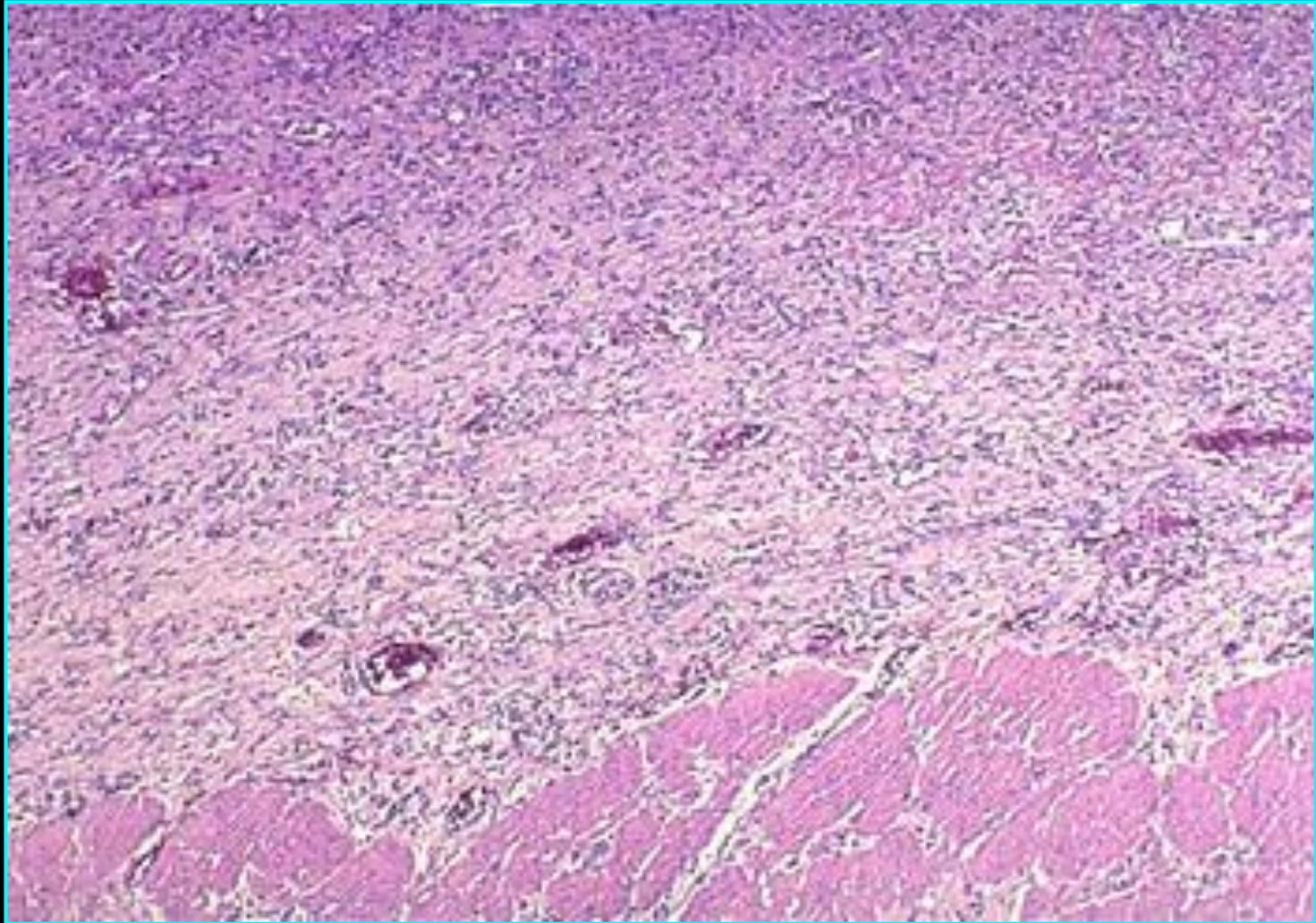


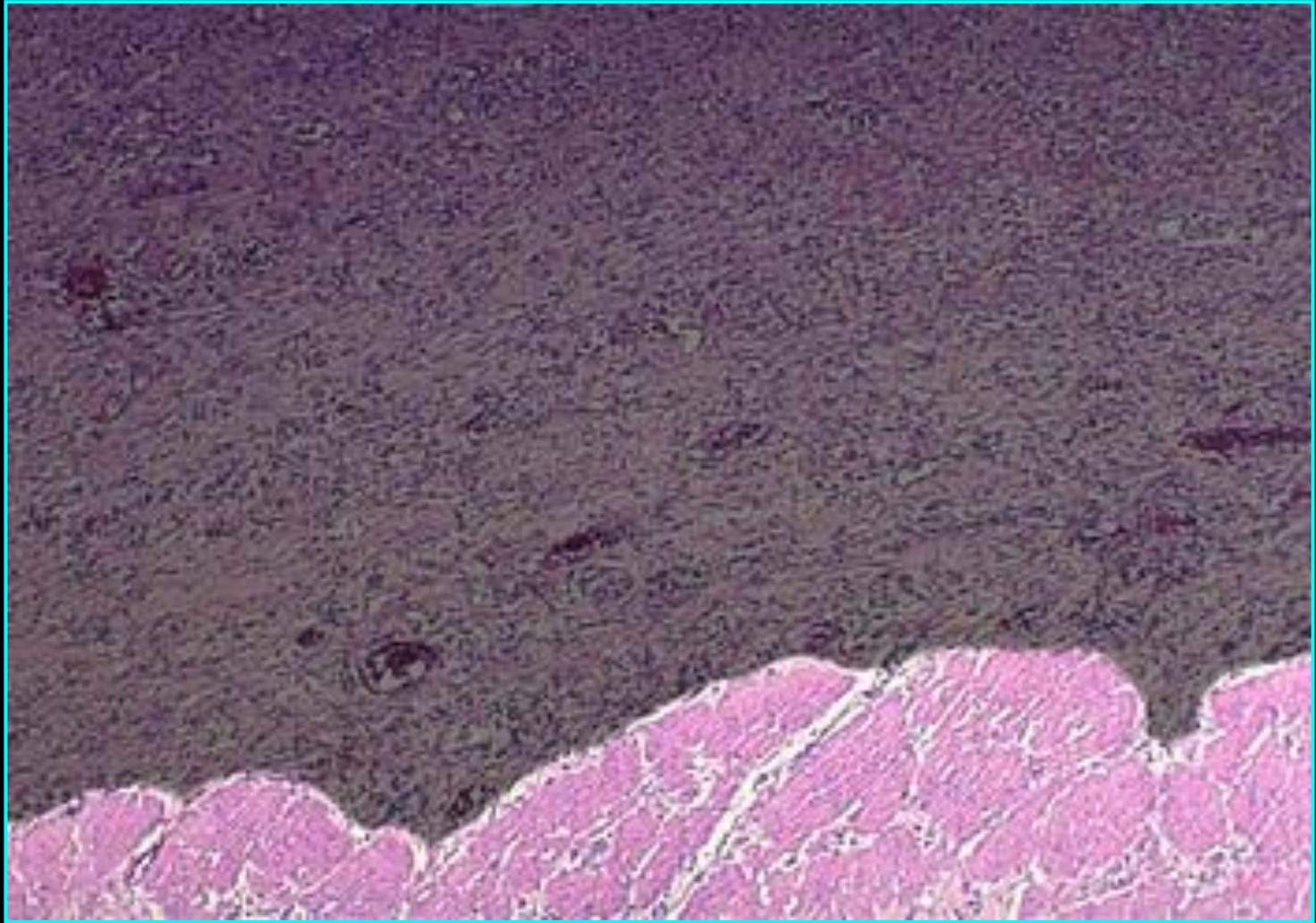


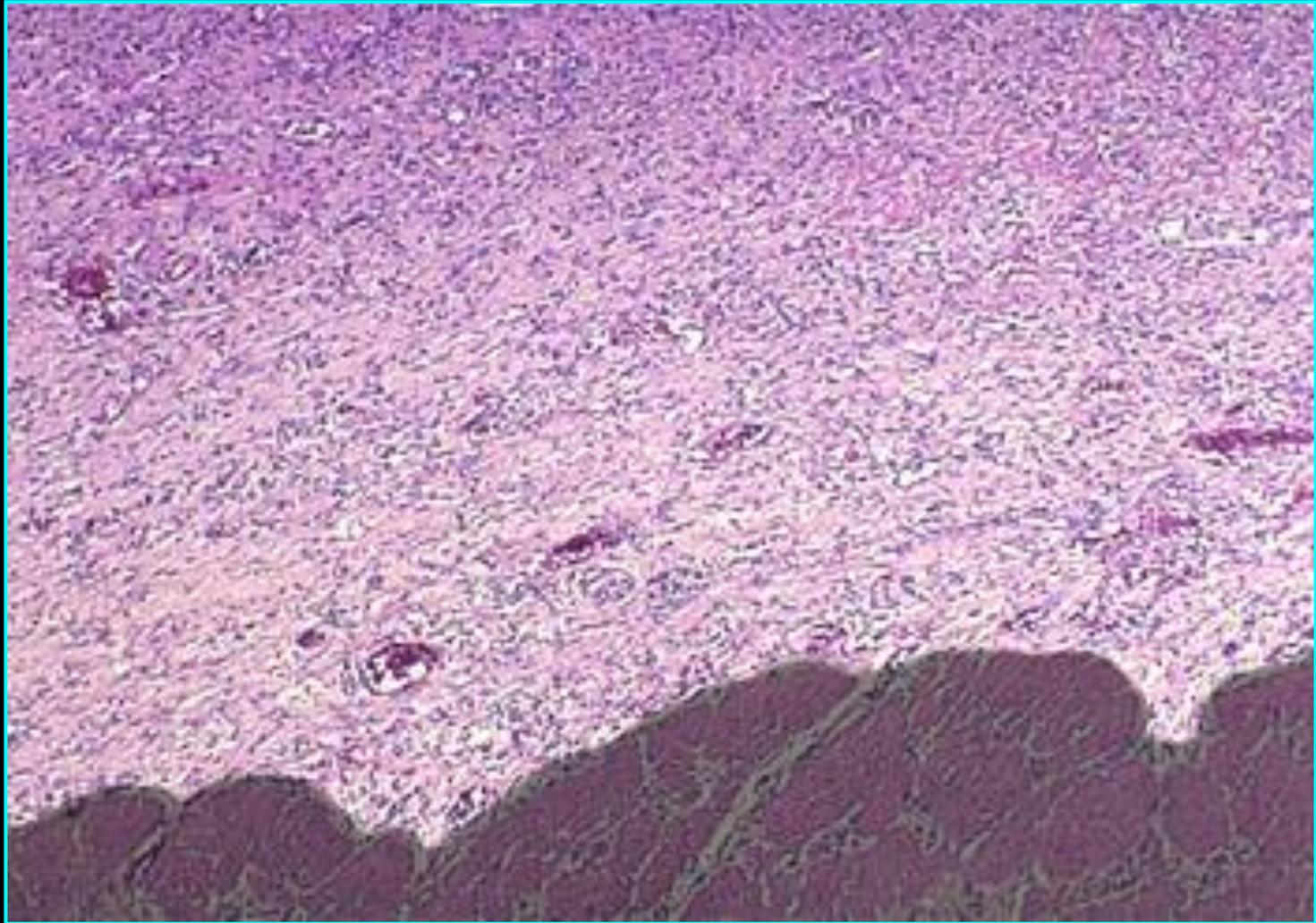


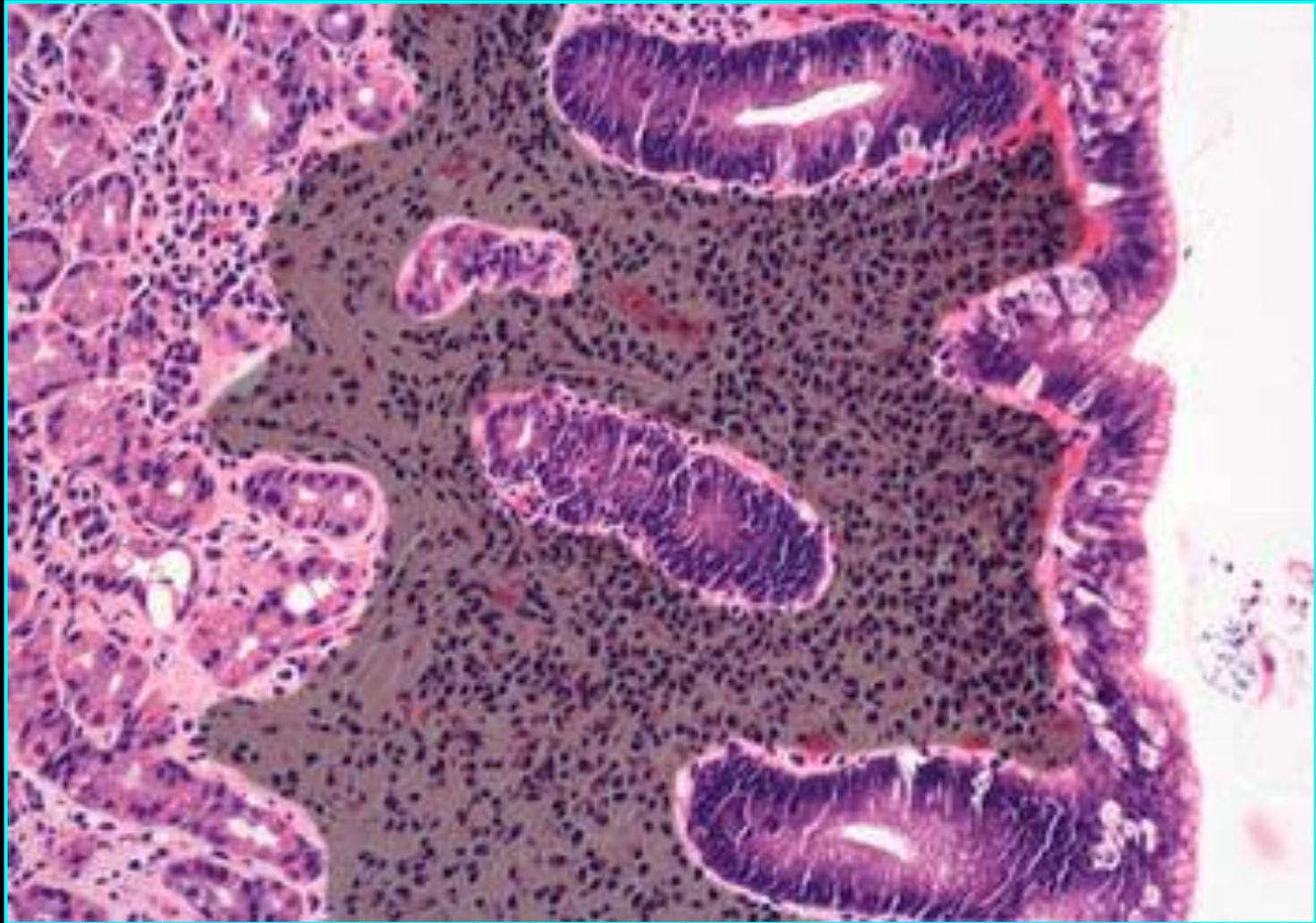


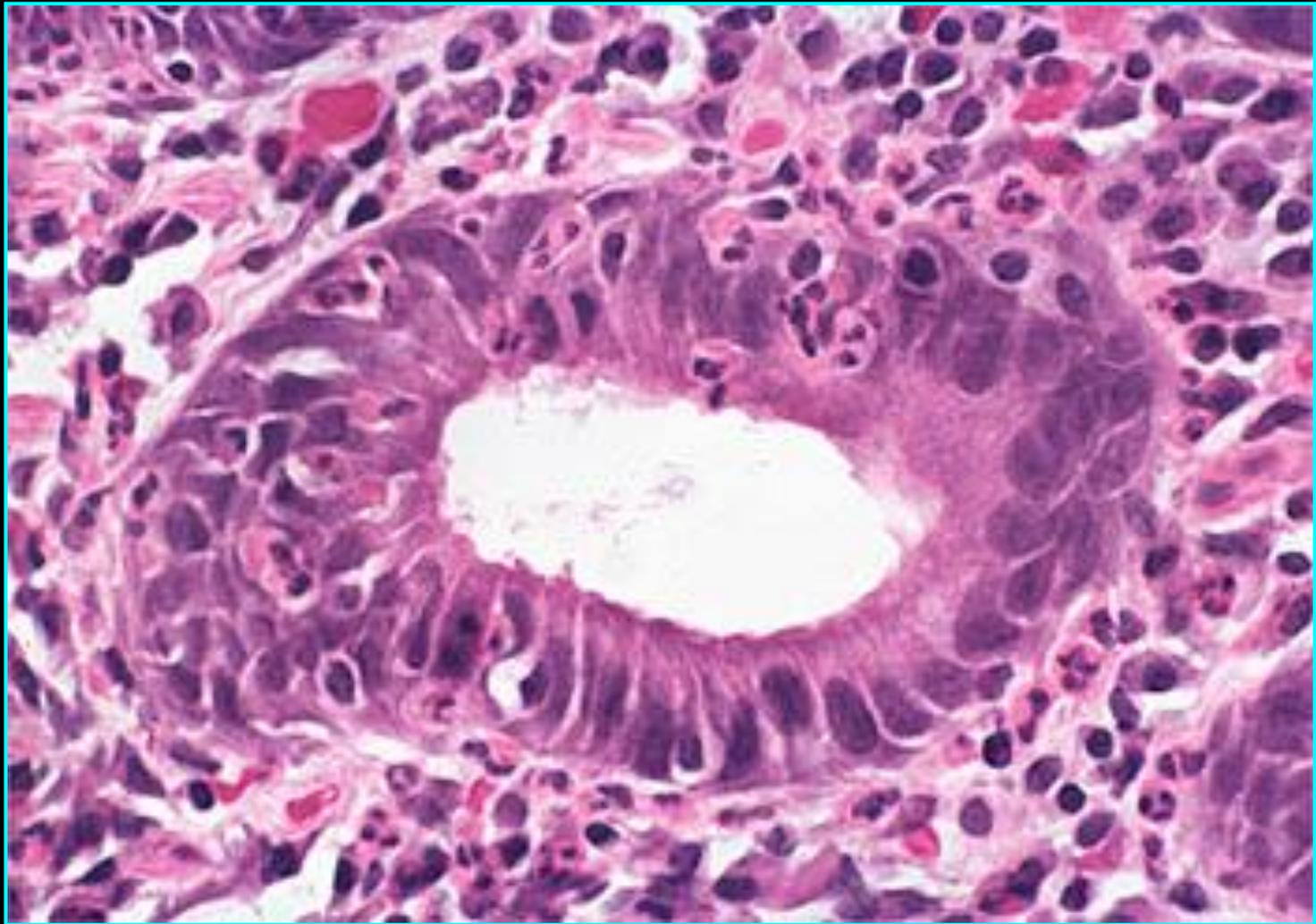


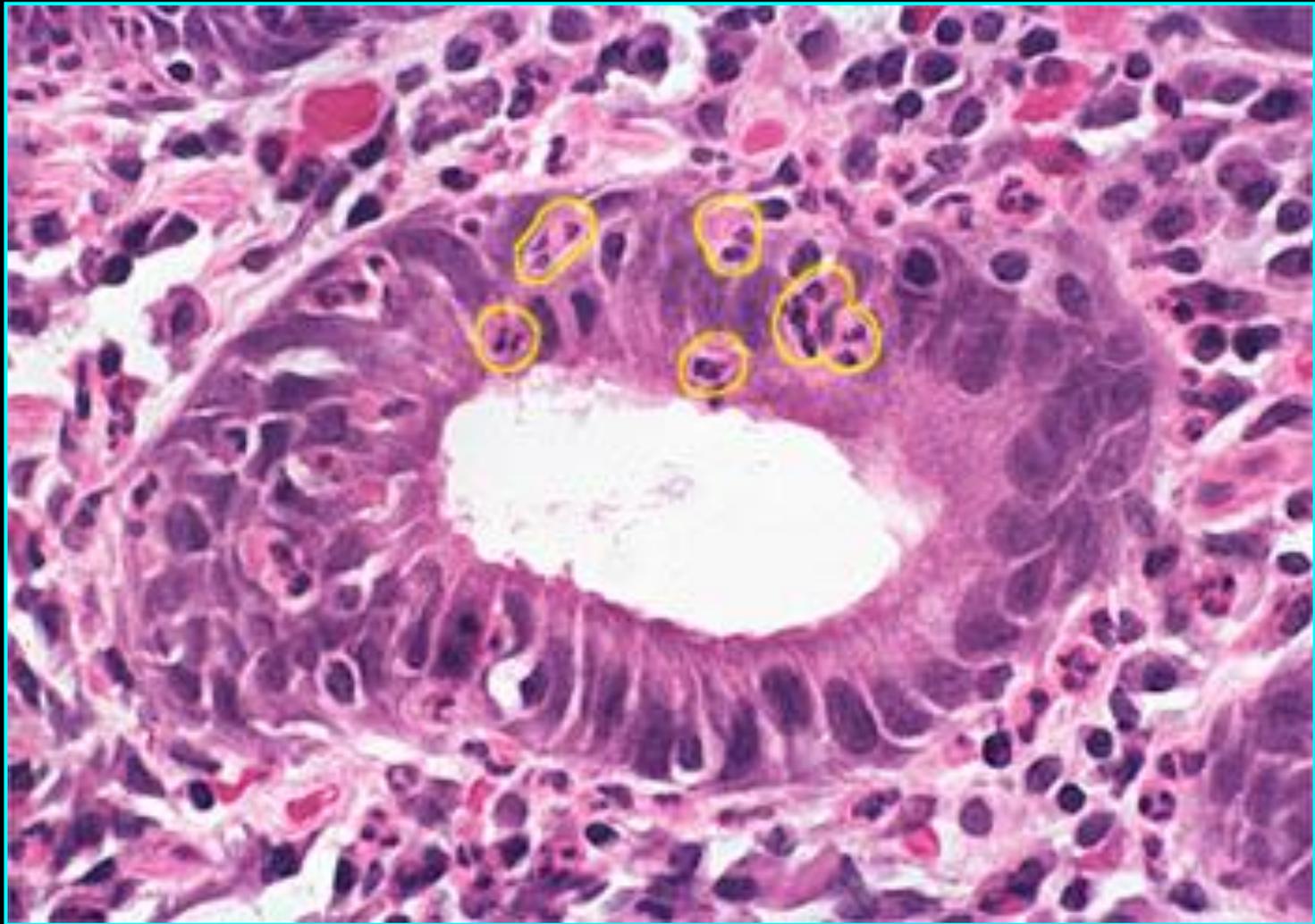


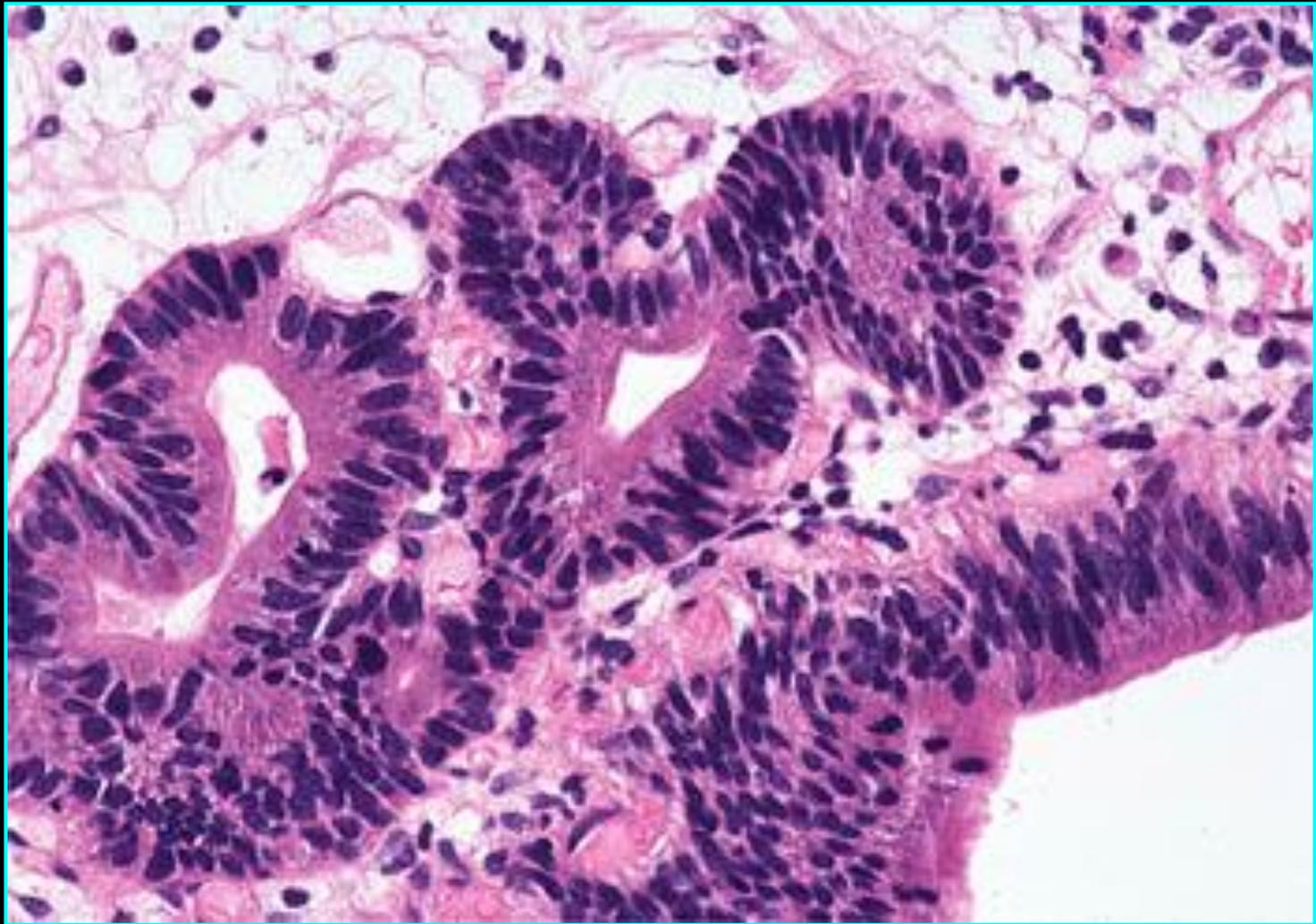












Gastropatia hiperplásica

✓ **Doença de Ménétrier**

Hiperplasia de células mucosas, enteropatia perdedora de proteína, hipoalbuminemia, hipo/acloridria, associação com CA gástrico;

✓ **Síndrome de Zollinger-Ellison**

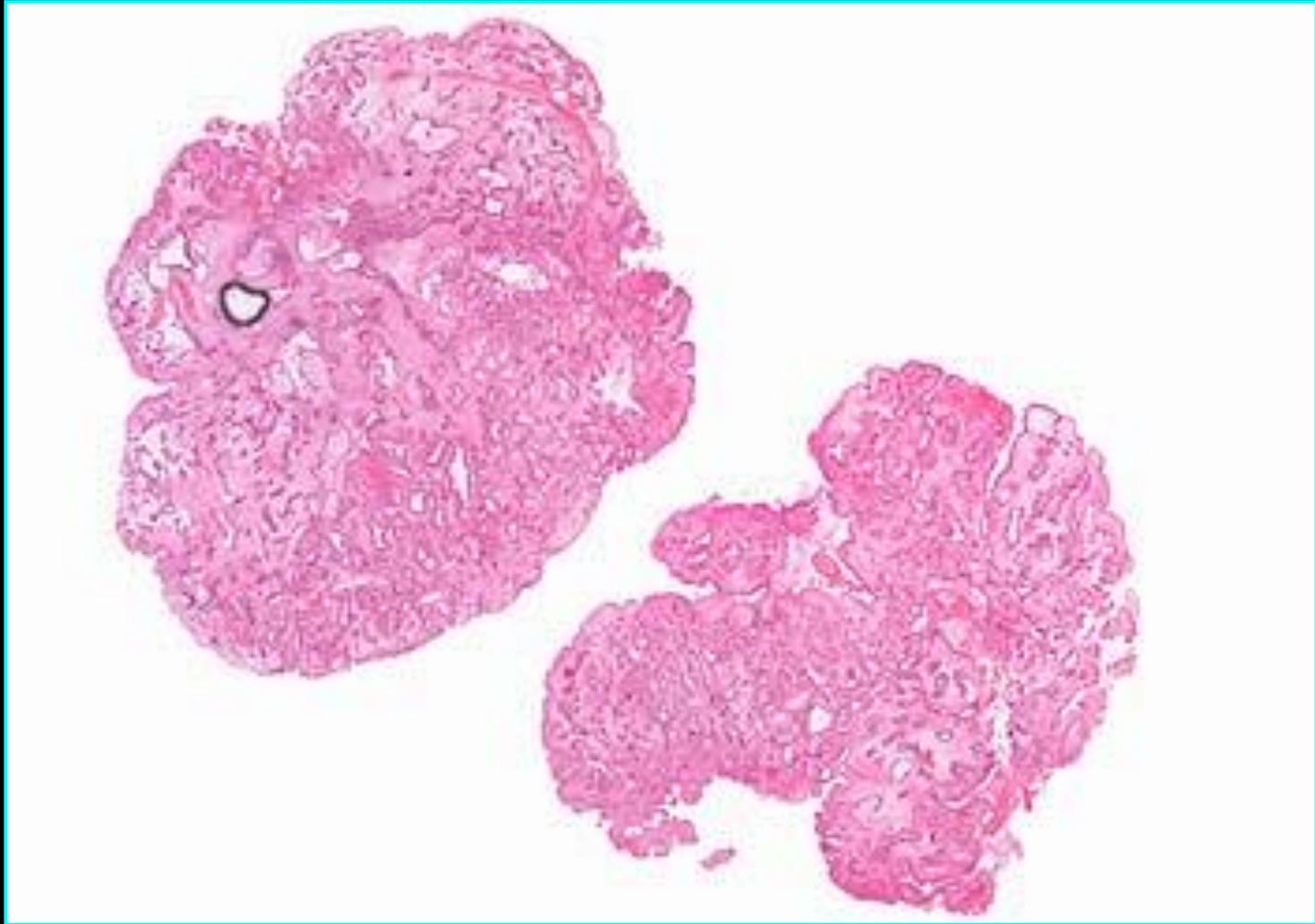
Hiperplasia de células parietais/principais ↑gastrina (gastrinoma – pâncreas/duodeno 2/3 malignos), hipersecreção de ácido, úlceras.

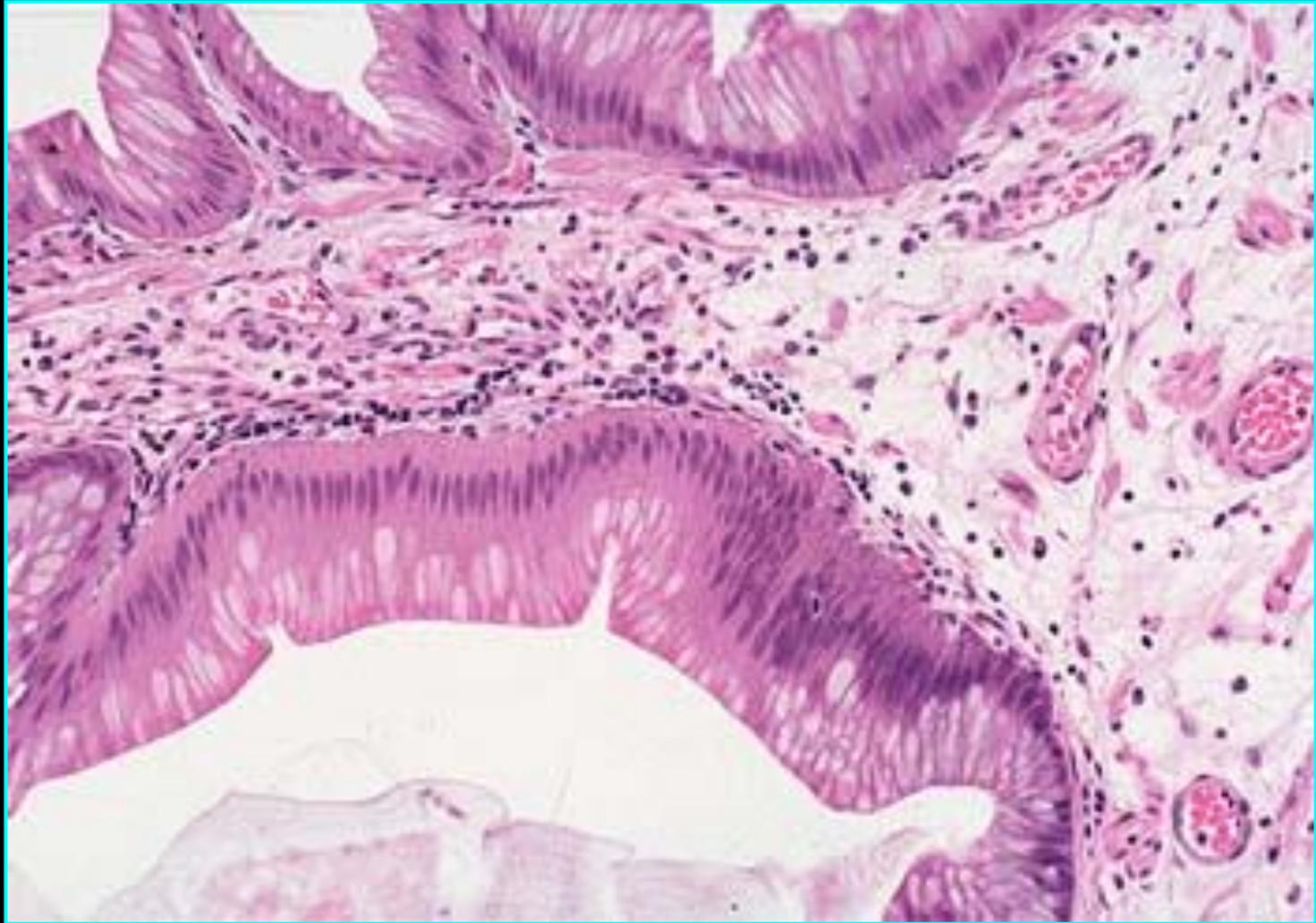


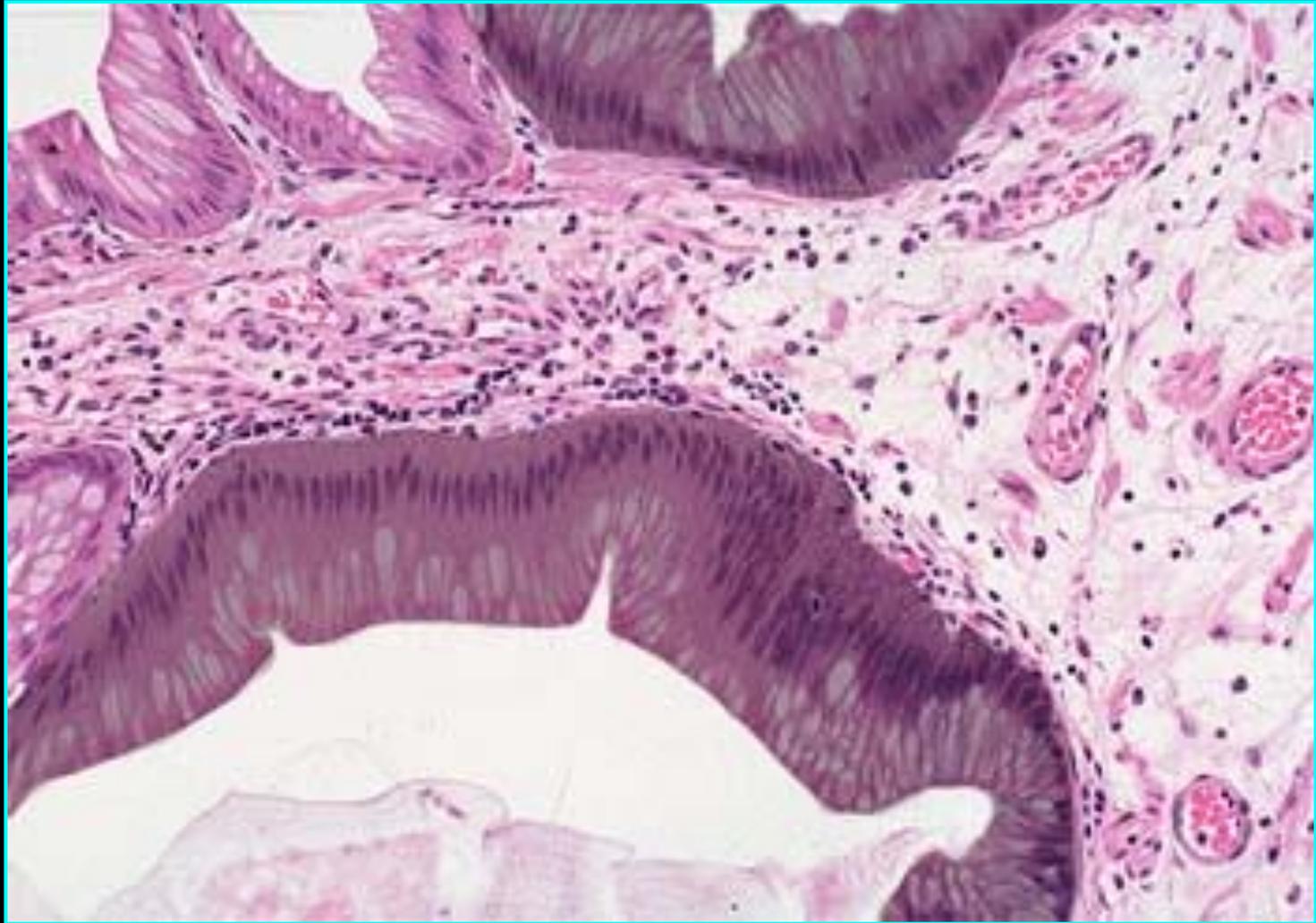


Pólipo hiperplásico

- ✓ 80-90% dos tumores benignos;
- ✓ Únicos ou múltiplos;
- ✓ 1cm de dm ou menos;
- ✓ Proliferação de glândulas císticas alongadas com revestimento do tipo mucoso.

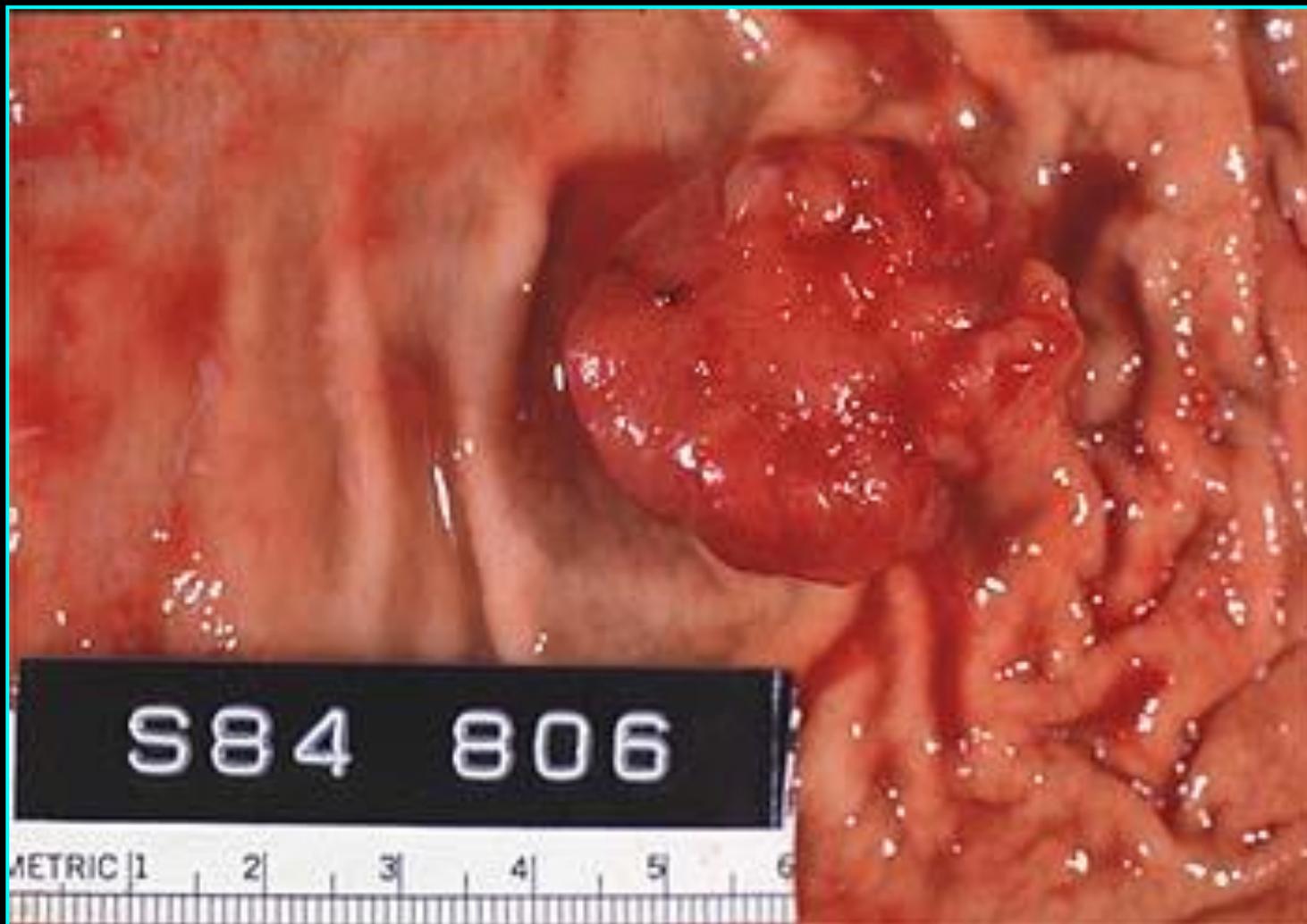






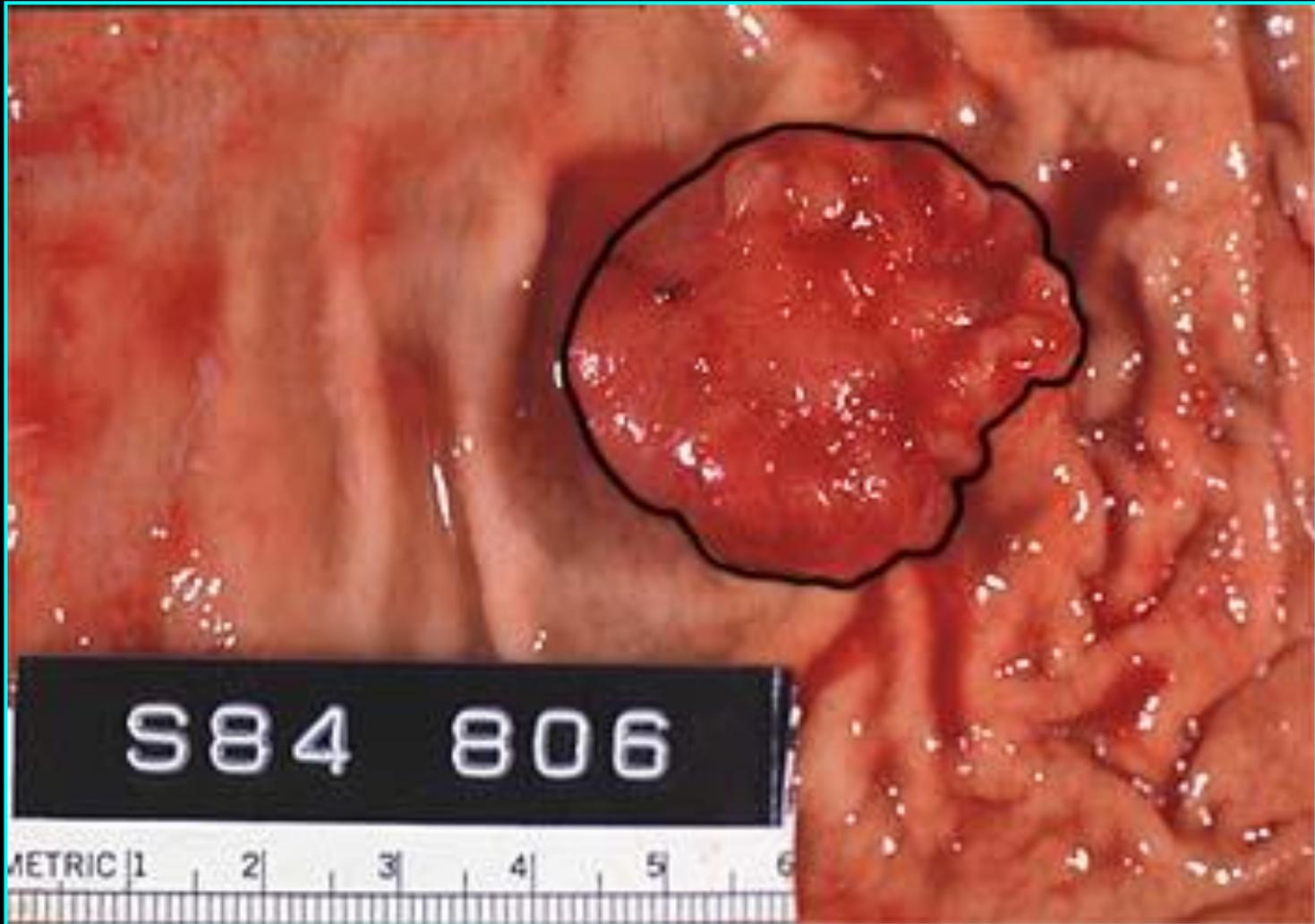
Pólipo adenomatoso

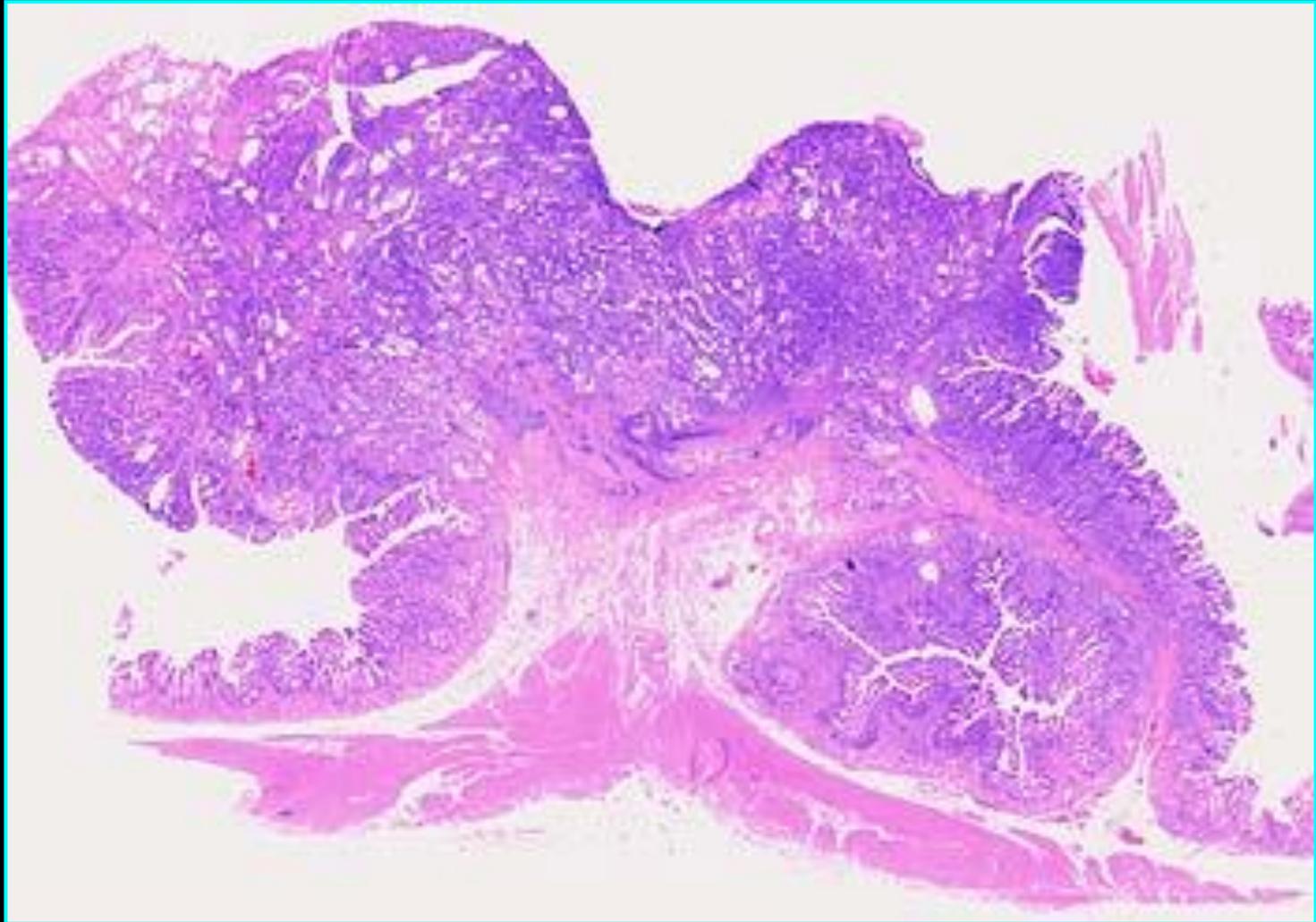
- ✓ 10-20%, solitário, séssil/pedunculado;
- ✓ Maior que 2 cm de dm;
- ✓ Tubular, túbulo-viloso, viloso;
- ✓ Epitélio colunar displásico;
- ✓ Variado grau de hiperchromasia nuclear, ↑ núcleo: citoplasma, fusão de glândulas;
- ✓ Neoplásico e associado ao adenocarcinoma.

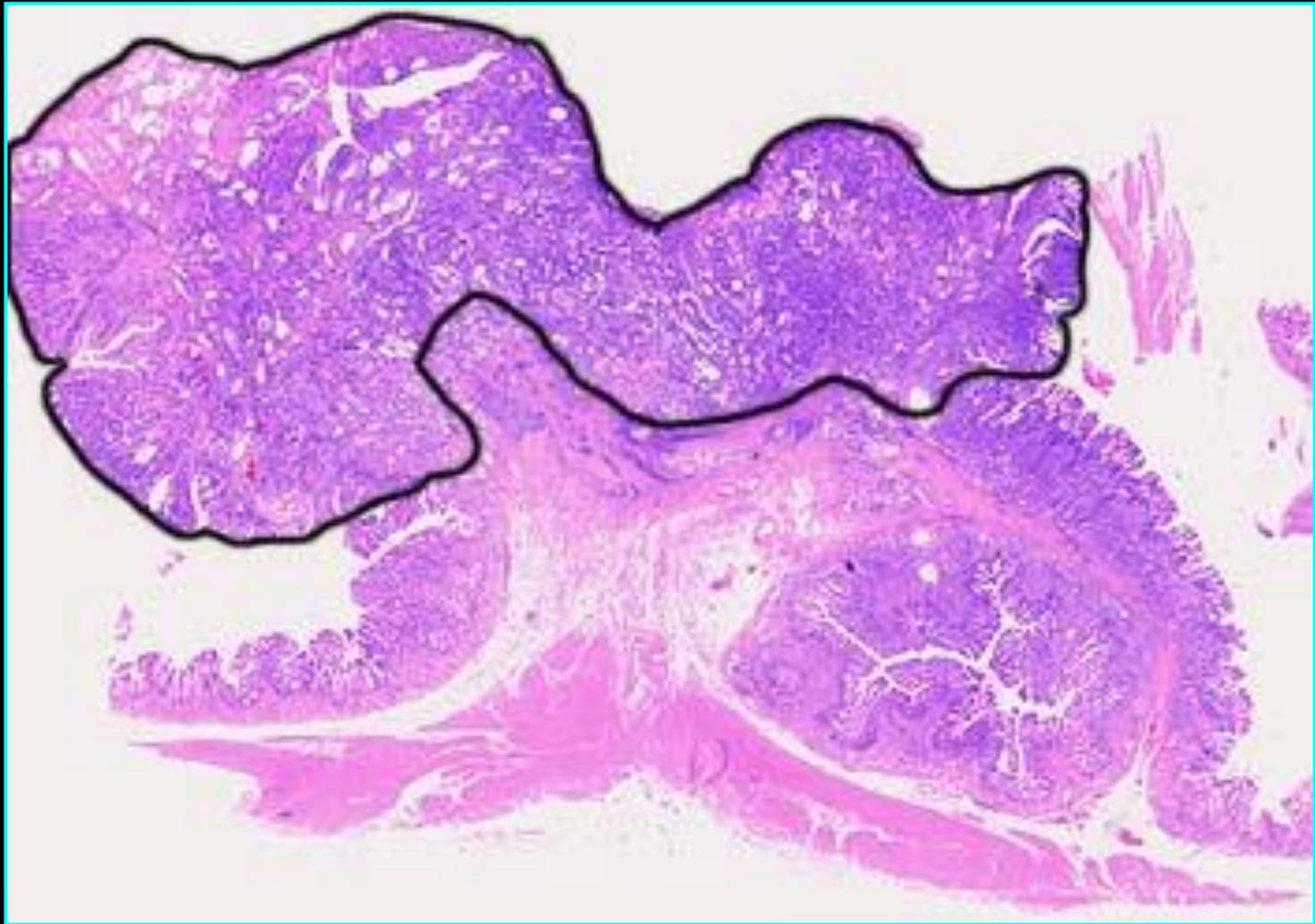


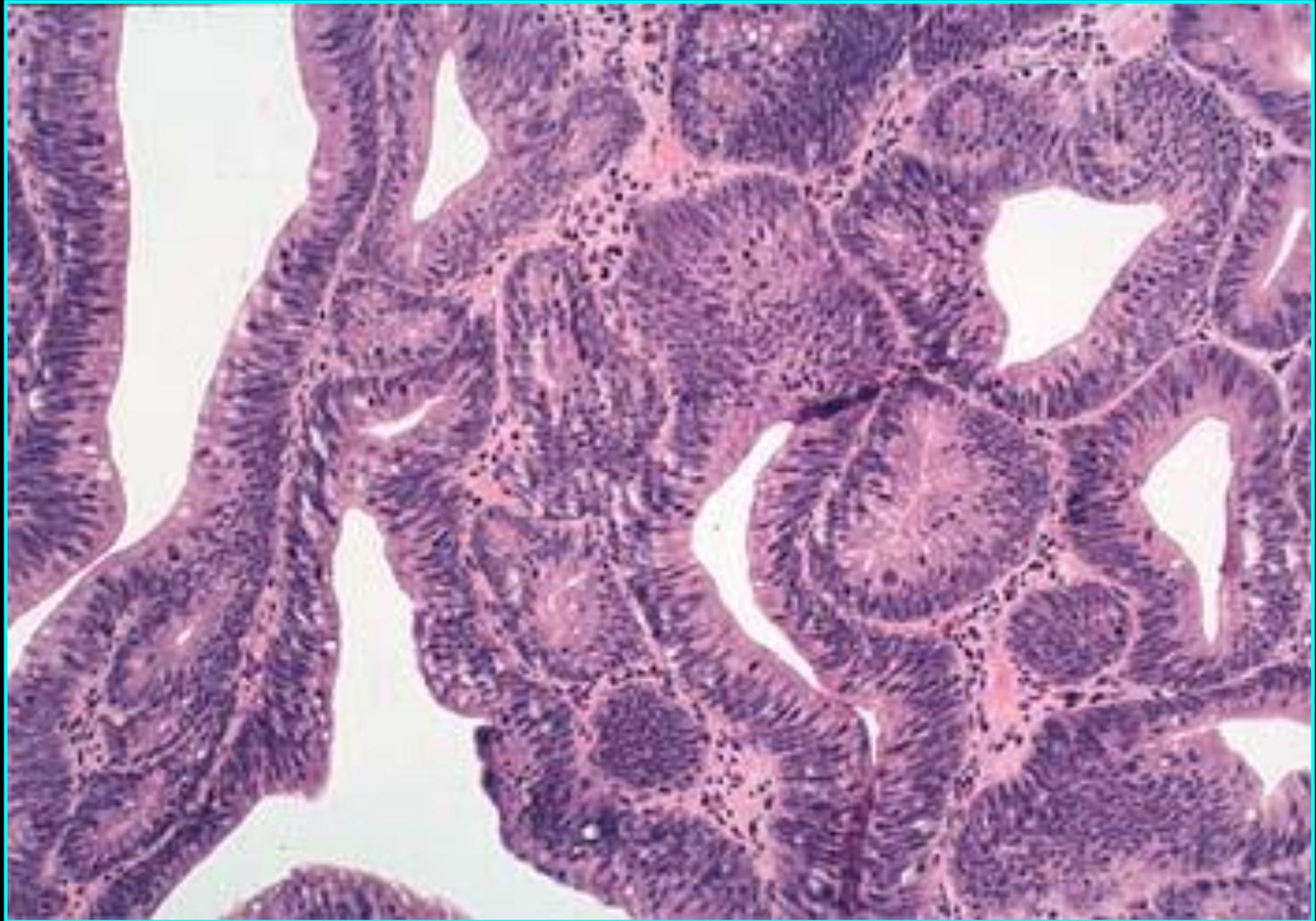
S84 806

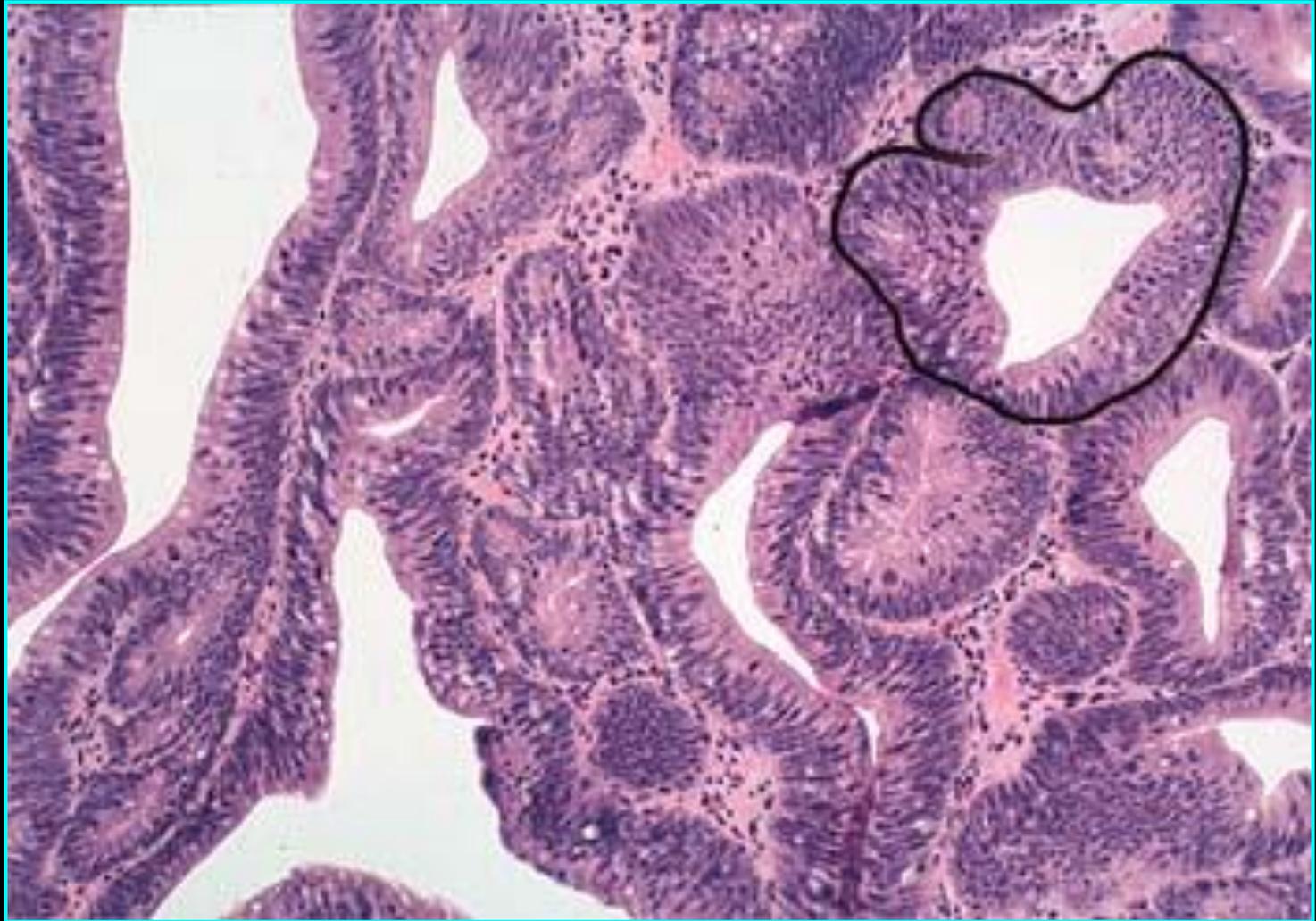
METRIC 1 2 3 4 5 6

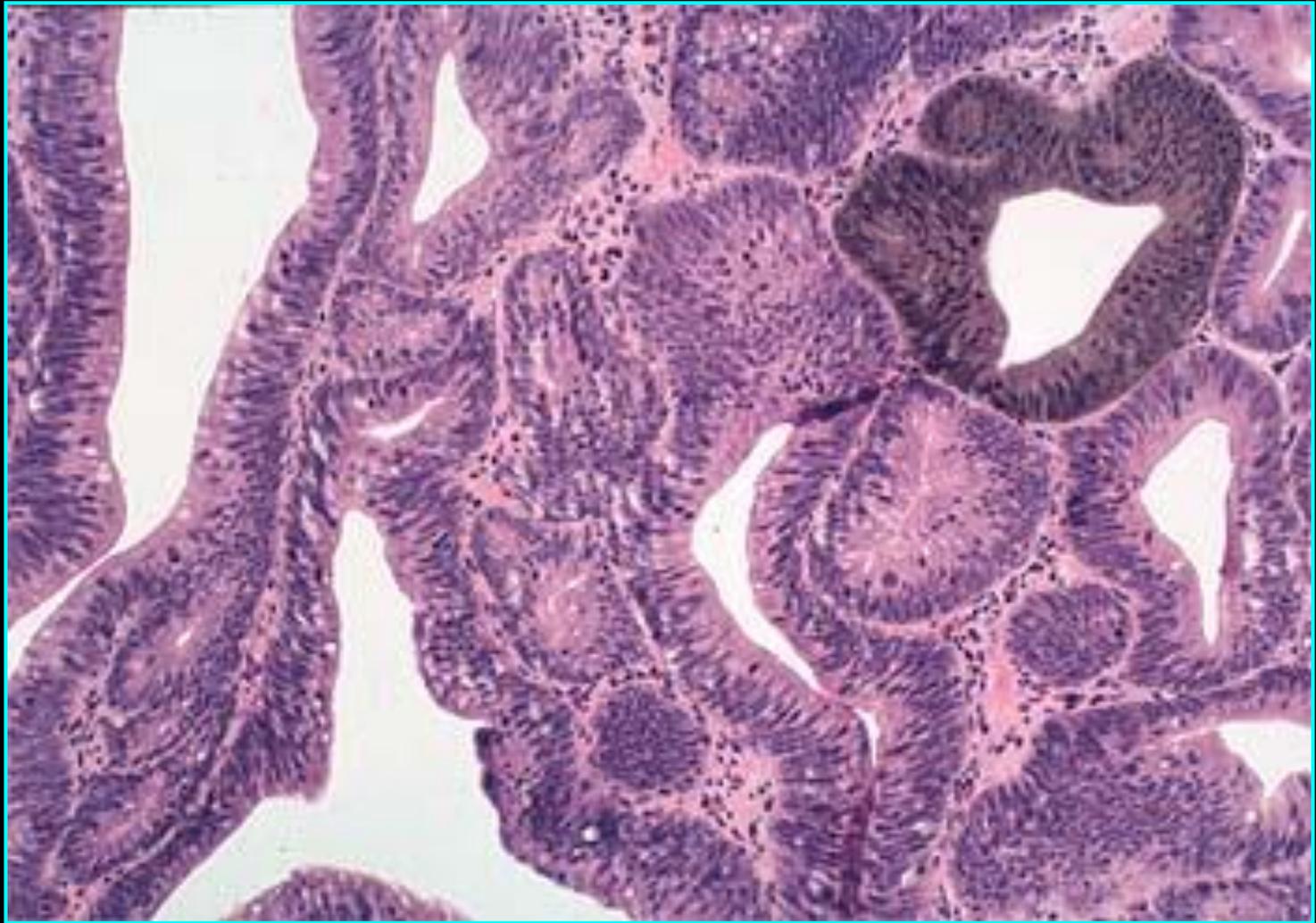












Adenocarcinoma

- ✓ 95% das neoplasias malignas gástricas;
- ✓ Mais comum no Japão e Escandinávia;
- ✓ Mais comum em homens que mulheres;
- ✓ Dieta rica em nitritos;
- ✓ Fatores genéticos com menor importância;
- ✓ Pode ser desde assintomático, causar sintomas como úlcera péptica (dor, anorexia, perda de peso, melena e anemia) e até massa epigástrica e evidências de metástases.
- ✓ É necessária biópsia para o diagnóstico.

Padrões de carcinoma gástrico

- ✓ **intestinal (expansivo)** - associado a metaplasia intestinal, apresenta massas coesas de glândulas bem diferenciadas ou cordões celulares protuindo-se pela parede gástrica;
- ✓ **difuso (infiltrativo)** - células individuais permeiam a parede gástrica individualmente. As células possuem citoplasma repleto de mucina, rechaçando o núcleo para a periferia (células em anel de sinete).

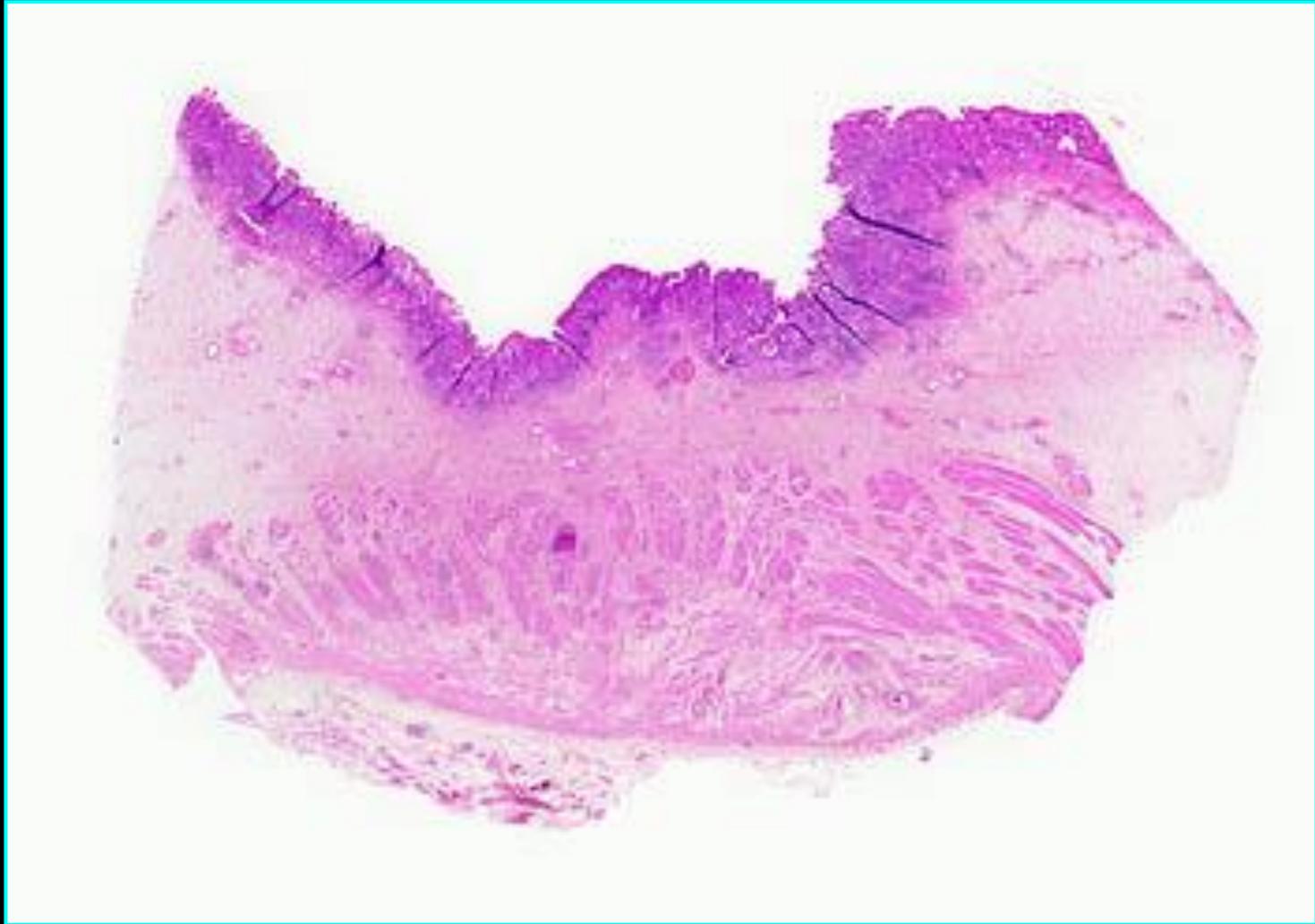
Carcinoma gástrico precoce

- ✓ Limitado à mucosa, não invade camada muscular própria, mas podem ocorrer metástases em linfonodos;
- ✓ **Macro:** ocorrem em qualquer lugar do estômago como uma lesão elevada, plana ou deprimida (maioria) ≤ 8 cm de dm;
- ✓ **Micro:** pode ser do tipo intestinal ou difuso;
- ✓ Sobrevida em 5 anos de 70-90%.

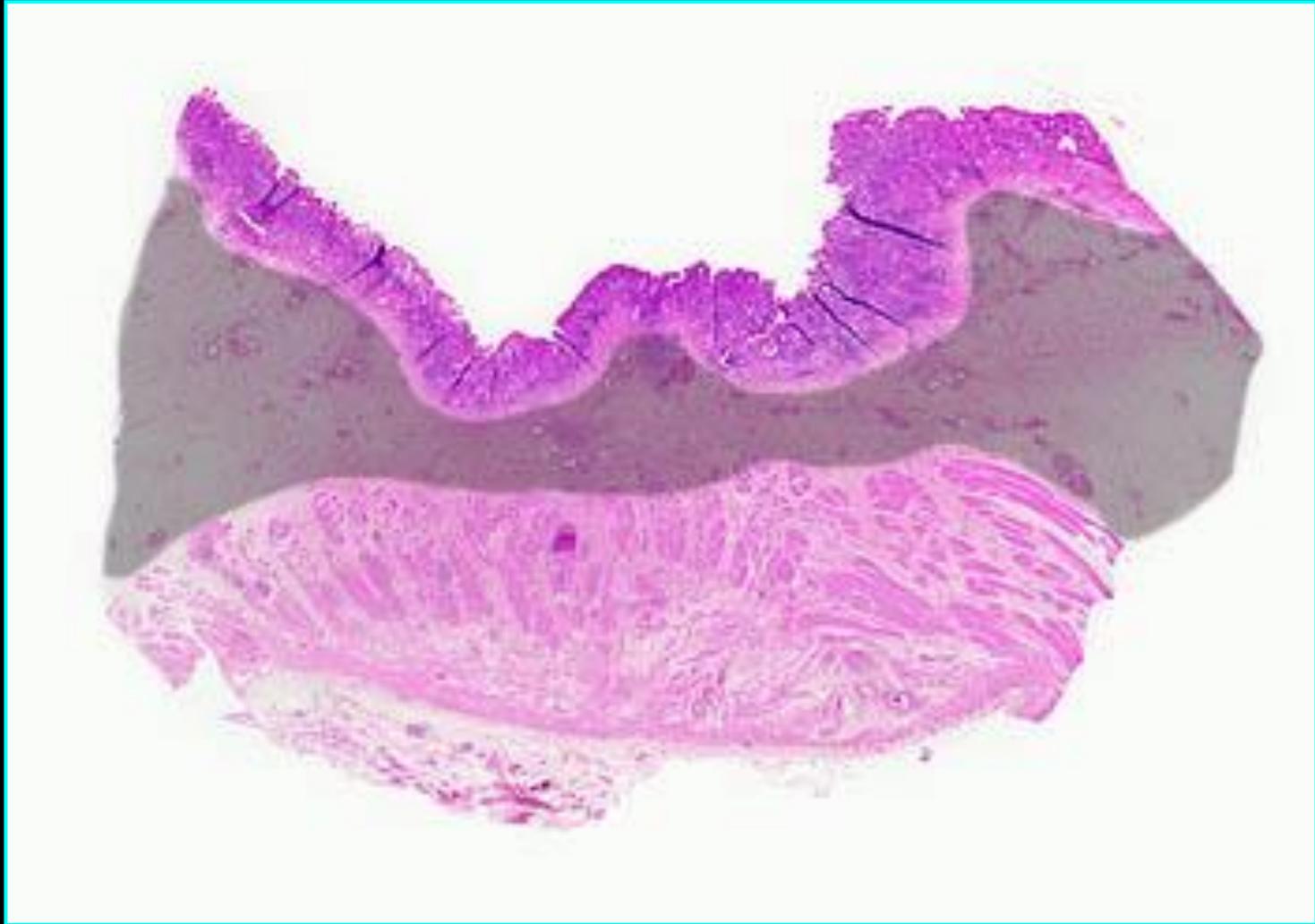


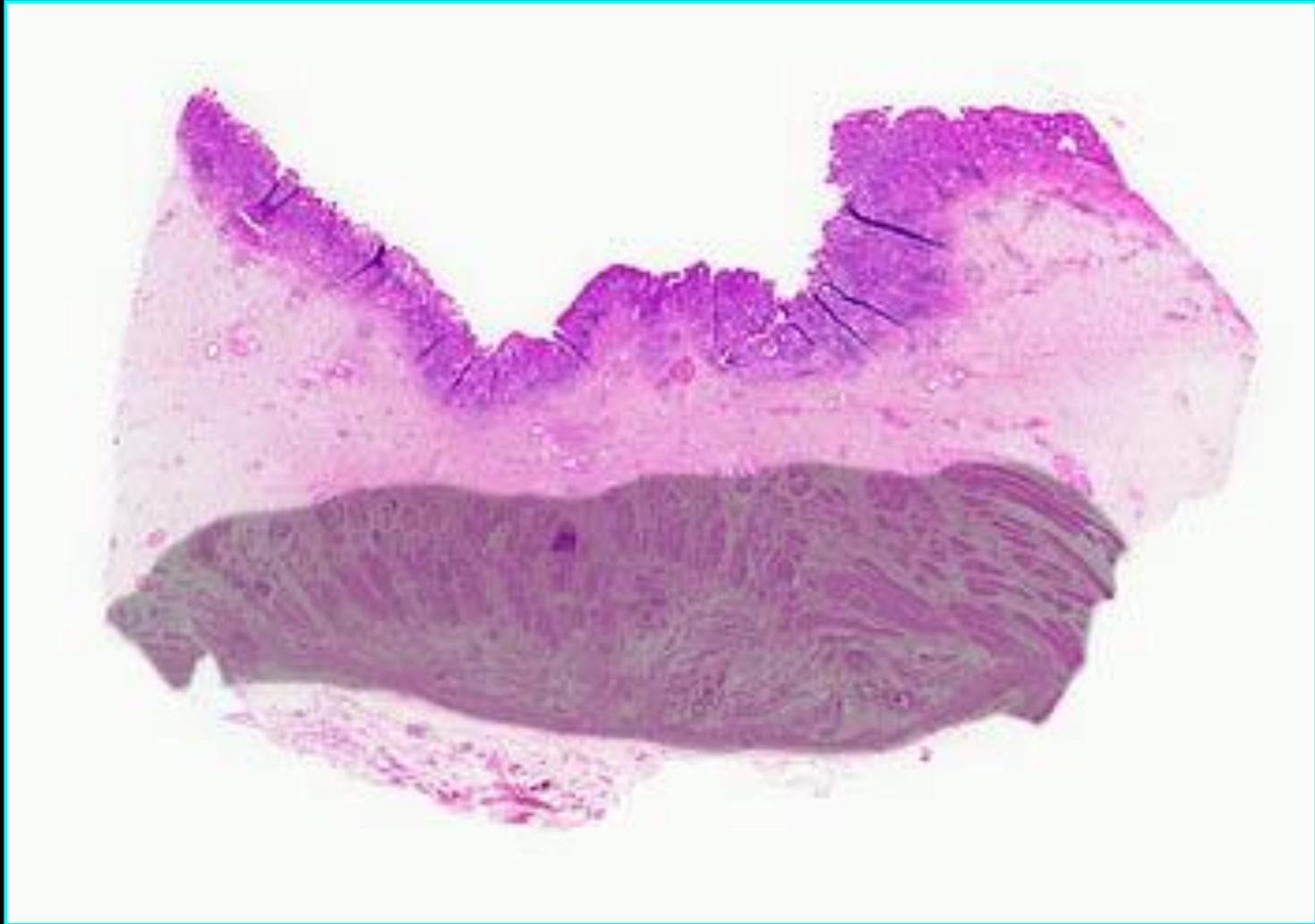




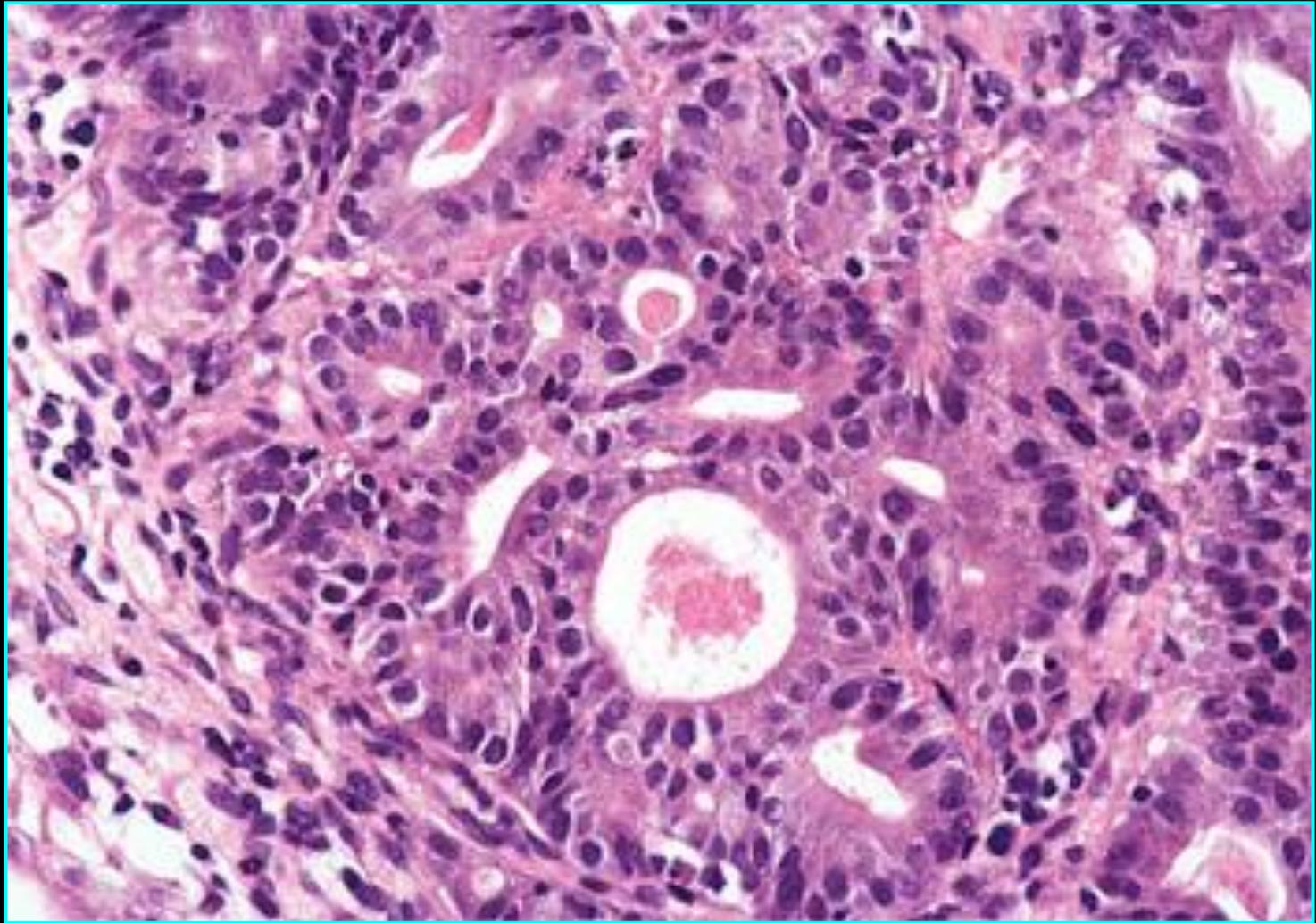












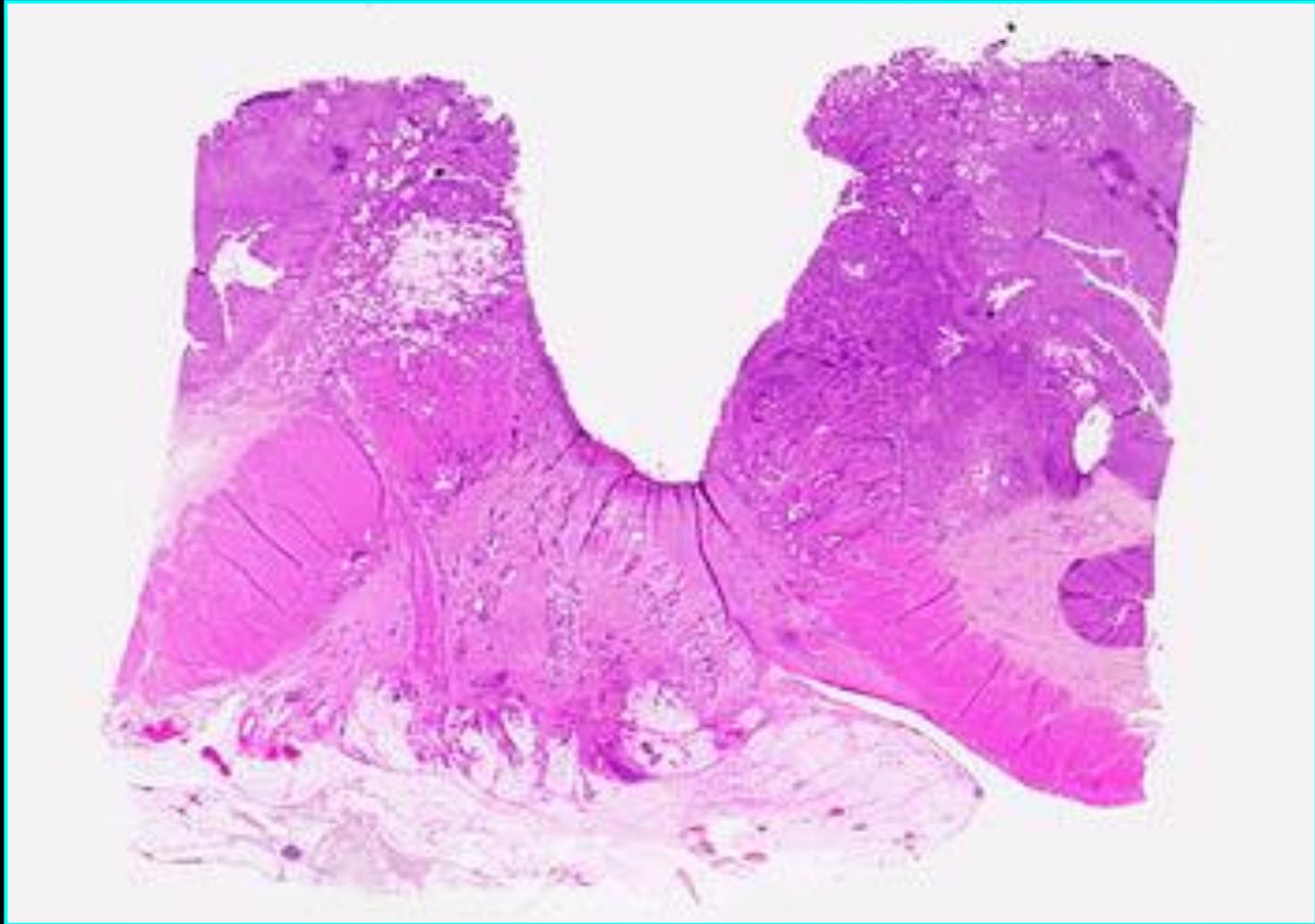
Carcinoma gástrico avançado

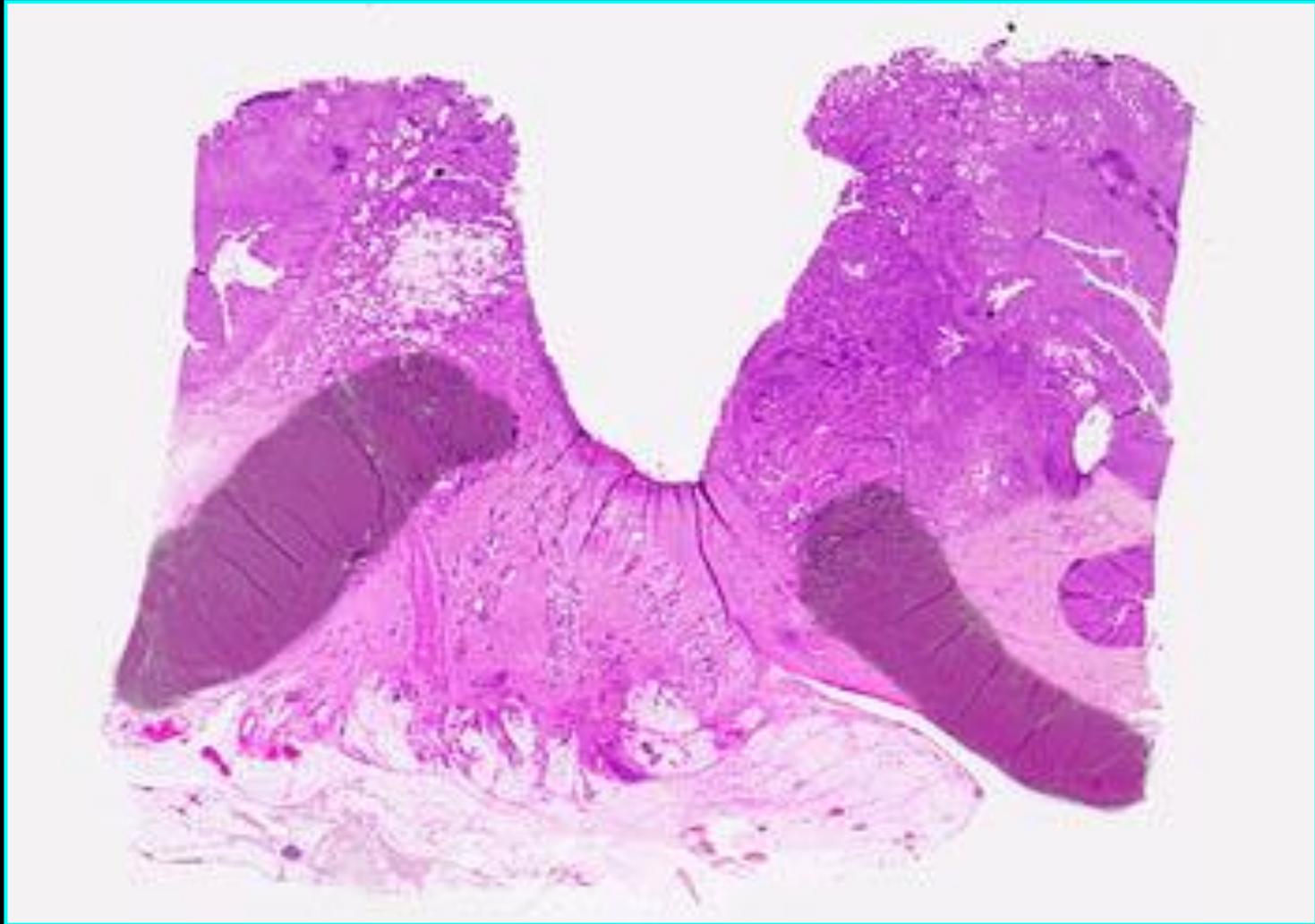
- ✓ **Invade muscular própria, menos freqüente nos países de alto risco (EDA);**
- ✓ **Macro: ocorrem 50% em antro, 25% em corpo, o restante em cárdia ou difuso como uma lesão fungóide, polipóide, plana, ulcerada ou difusamente infiltrante. As lesões ulceradas se diferem por apresentar bordas irregulares, elevadas e base necrótica em relação às úlceras pépticas;**
- ✓ **Micro: pode ser do tipo intestinal ou difuso.**

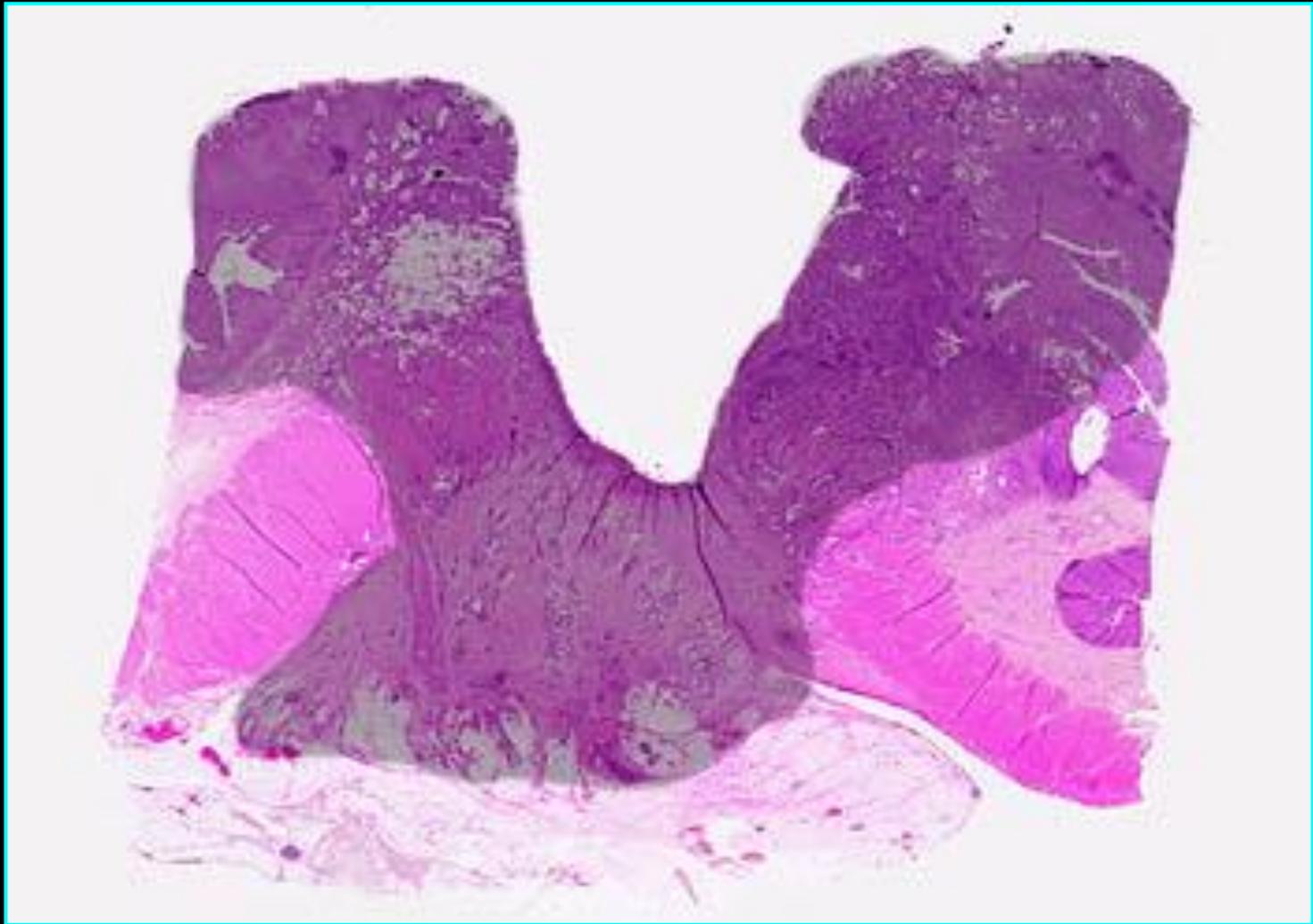
Carcinoma gástrico avançado

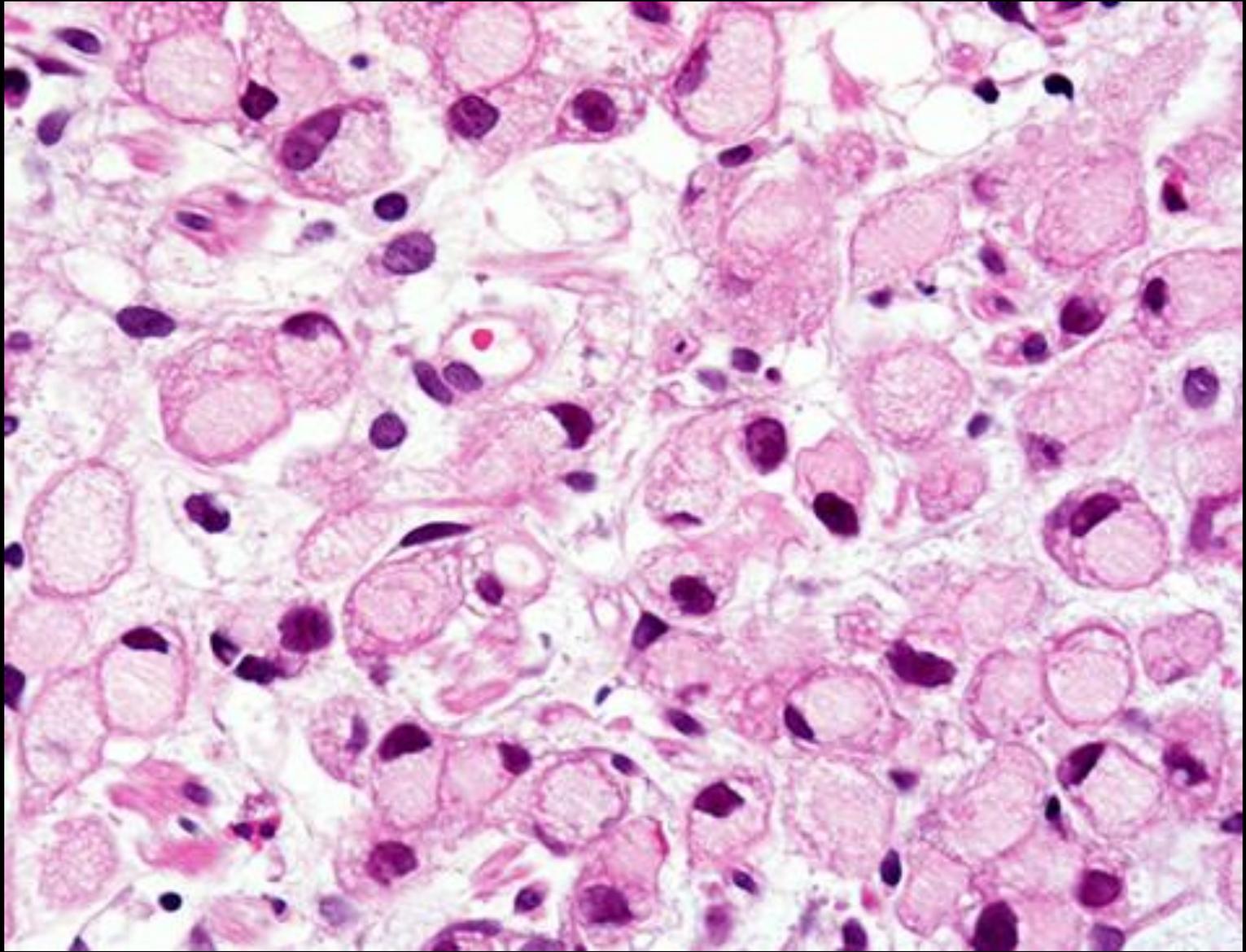
- ✓ **Sobrevida em 5 anos de 5-15%;**
- ✓ **Metástases para linfonodos e fígado;**
- ✓ **Virchow (supraclavicular);**
- ✓ **Krukenberg (quer tumor de ovário com células em anel de sinete - pode até ser primário).**



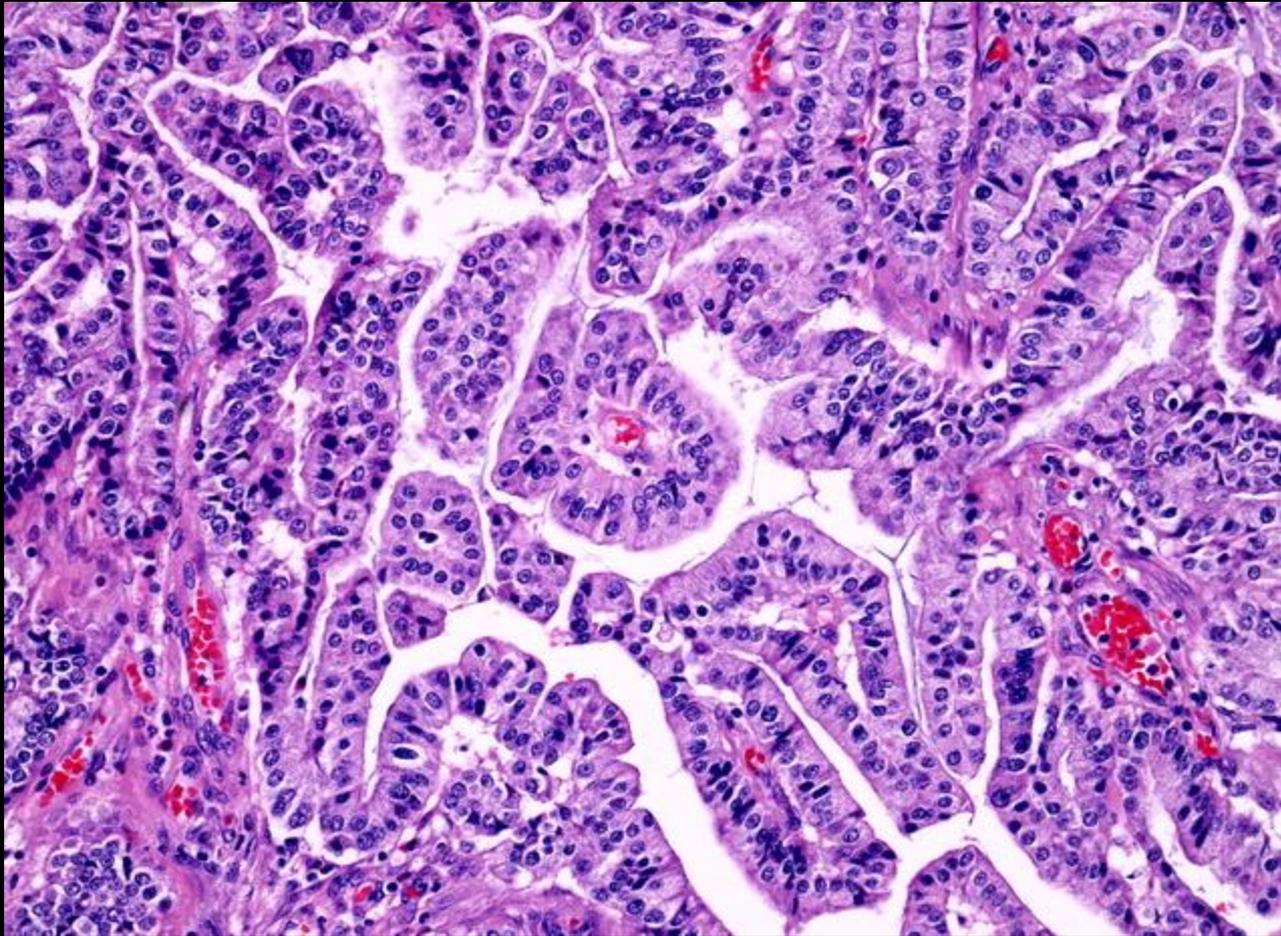








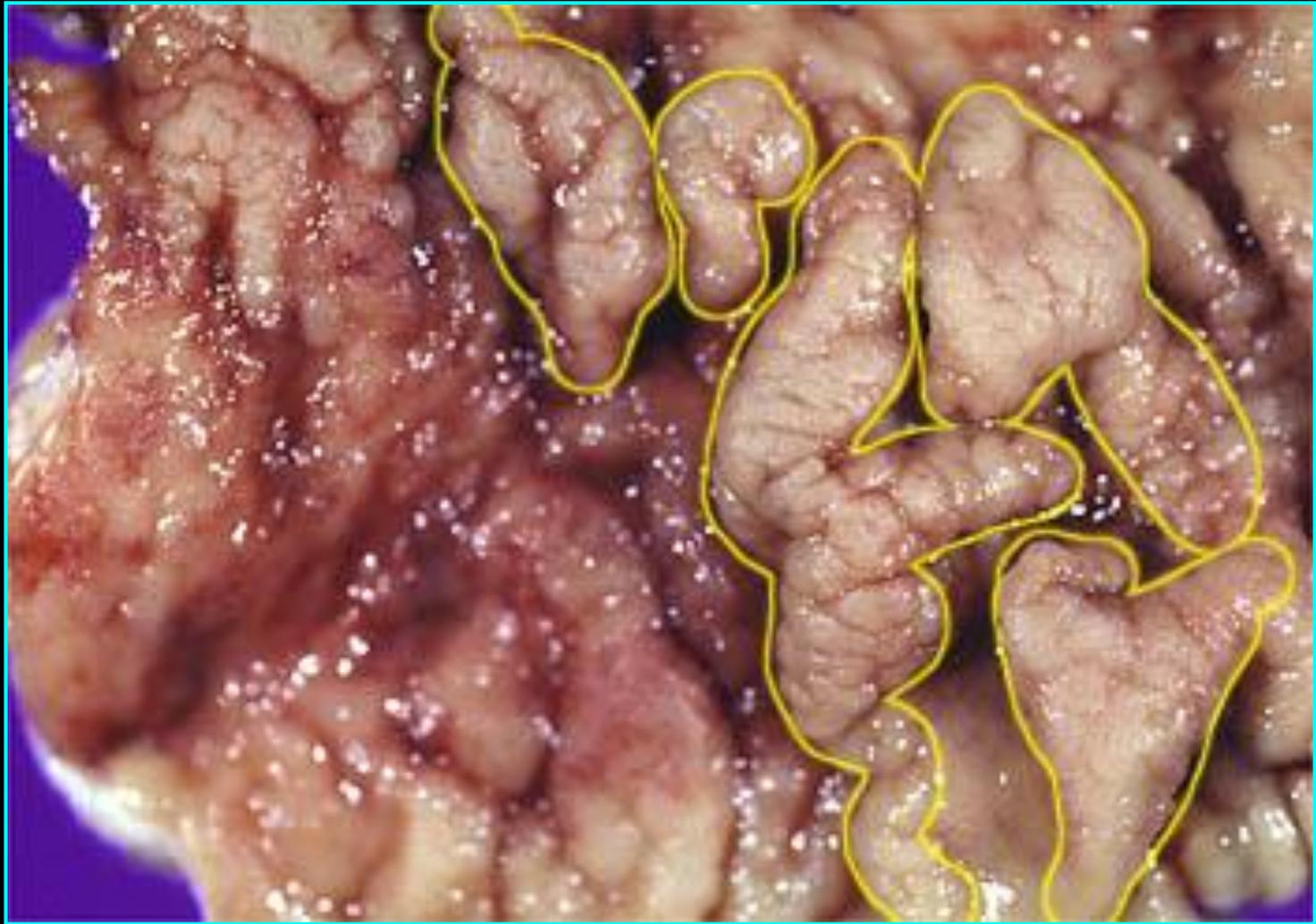


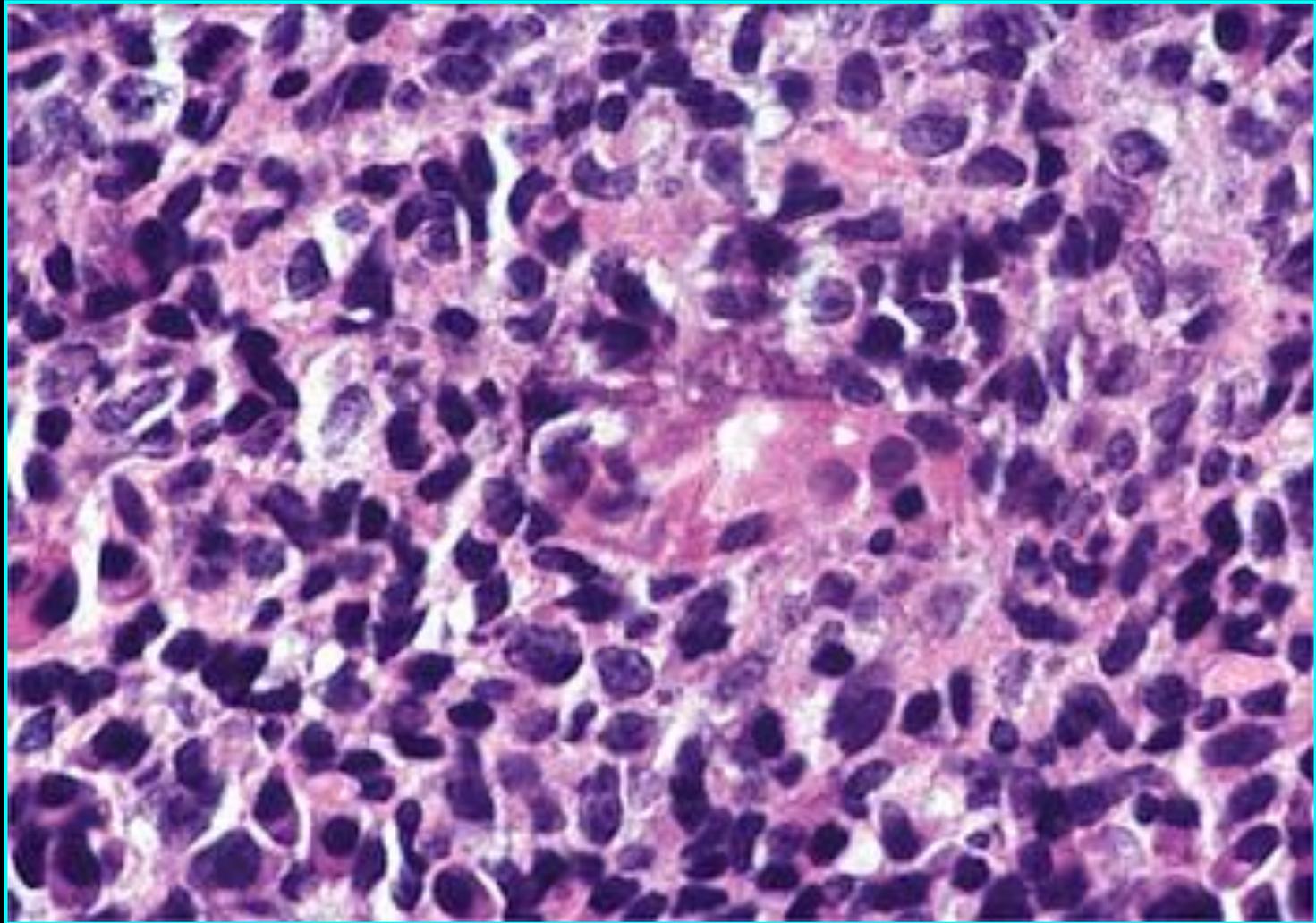


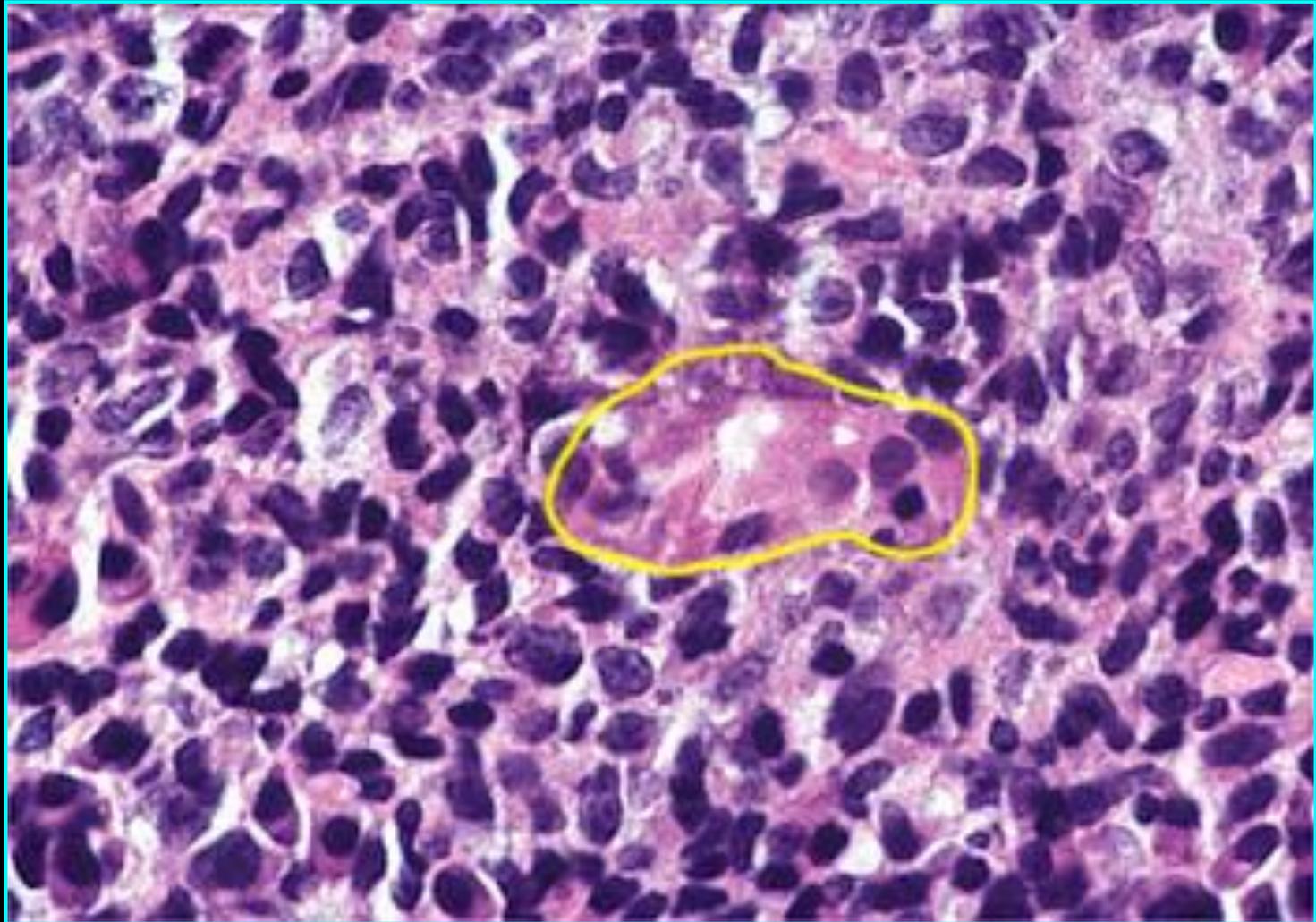
Linfoma

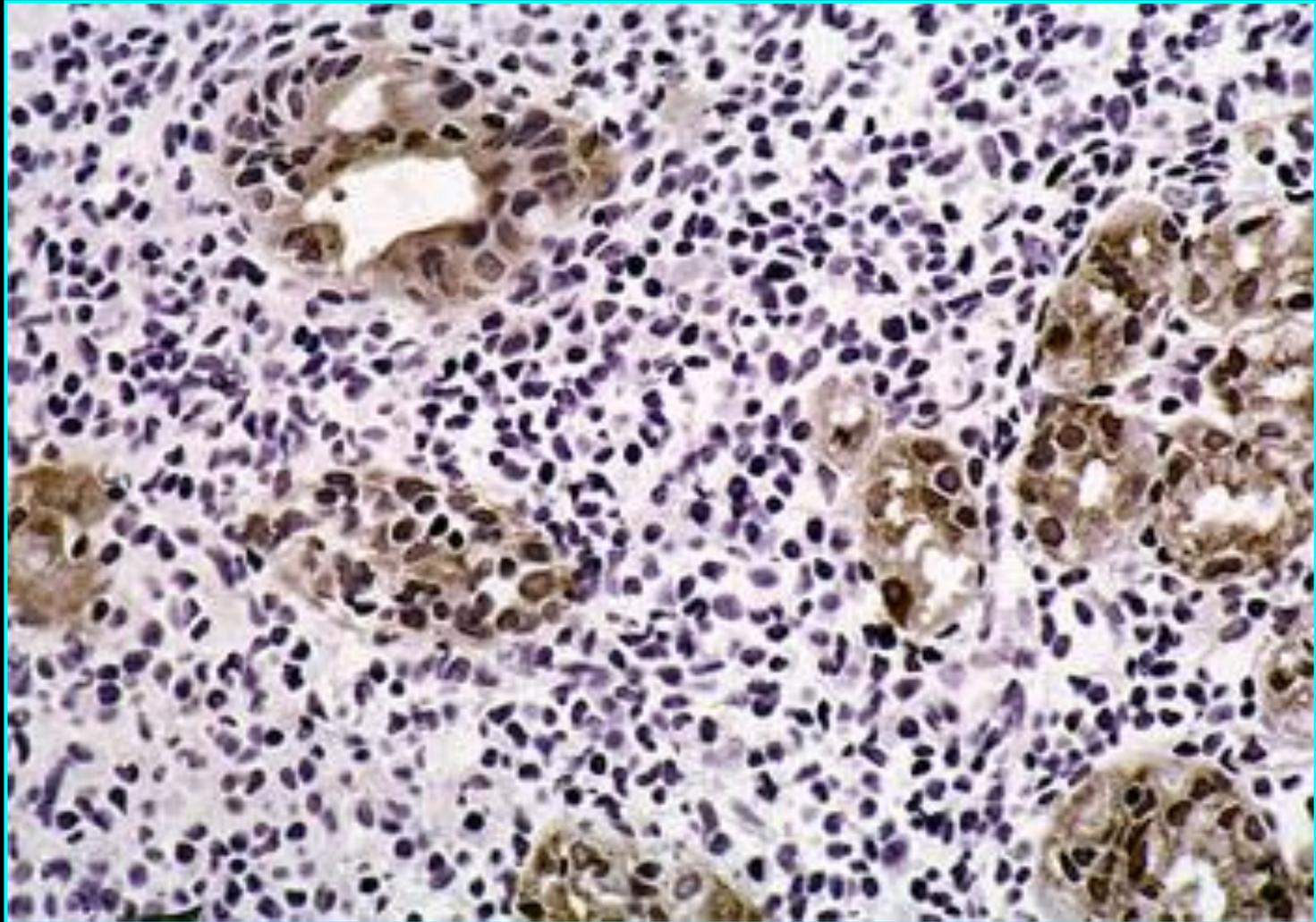
- ✓ Geralmente são não-Hodgkin e focos secundários de linfomas disseminados. Os primários correspondem de 3 a 5% das neoplasias gástricas malignas;
- ✓ Macro: Podem ser polipóides, ulcerados, infiltrativos ou até parecer gastrite;
- ✓ Micro: São derivados de linfócitos B, correspondendo a um dos tumores linfóides associados à mucosa (MALT) - baixo grau: céls. pequenas - alto grau: células grandes.

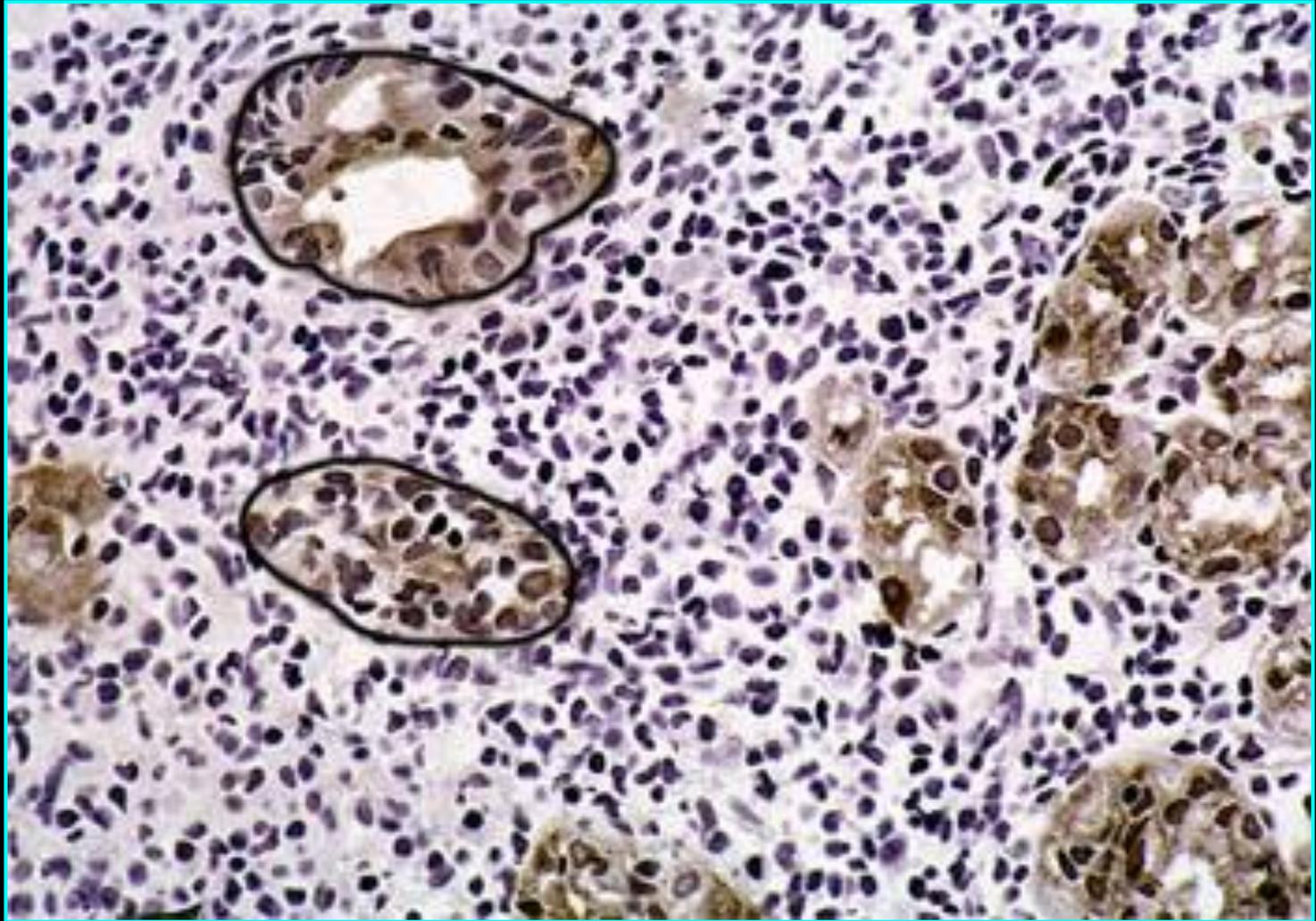










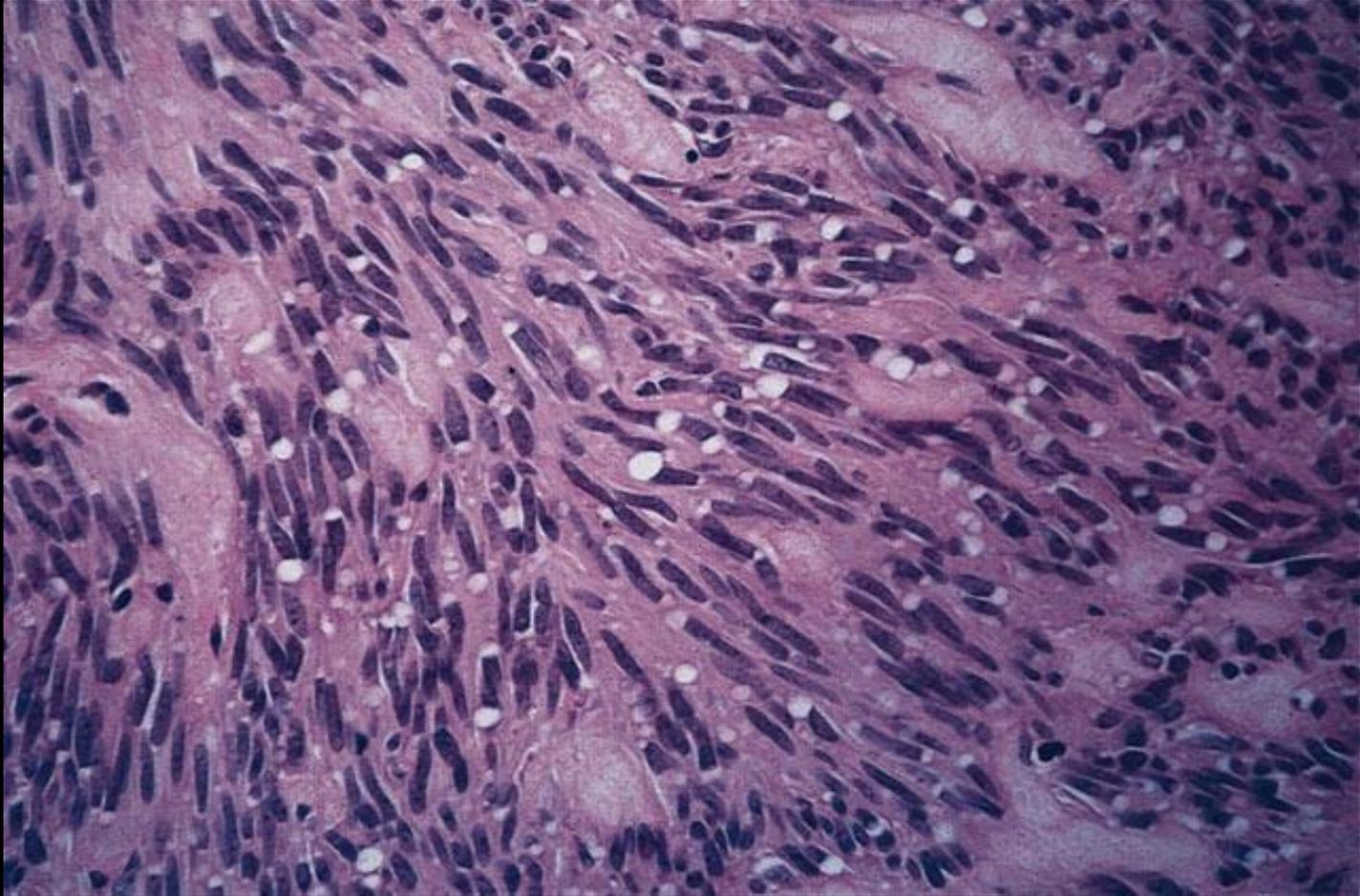


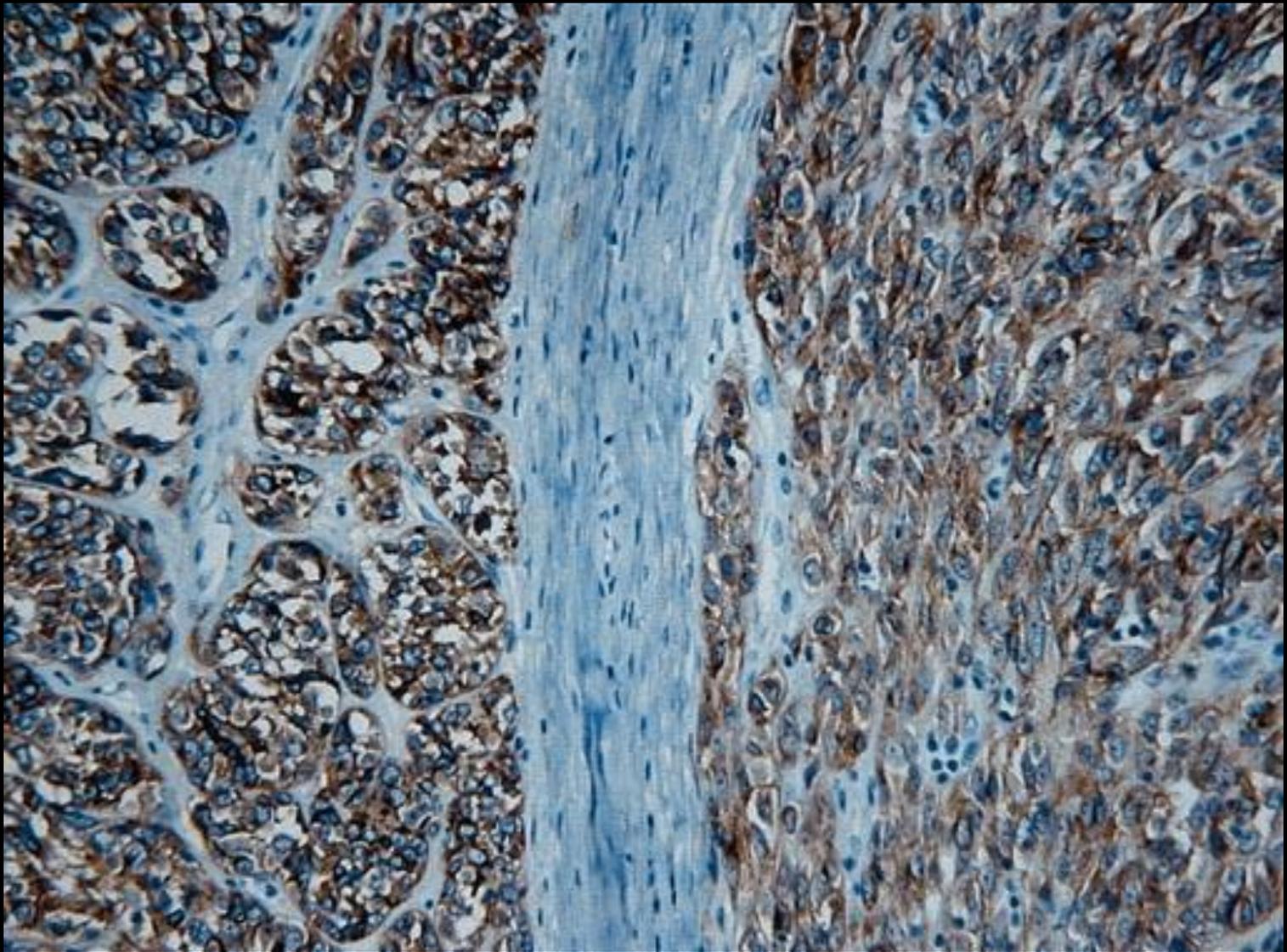
Tumor gástrico estromal maligno

- ✓ Correspondem a 1% das neoplasias gástricas malignas. É difícil diferenciar da forma benigna. A maioria é de leiomiossarcomas, mas a origem exata é controversa;
- ✓ O índice mitótico e o tamanho (>6 cm) são utilizados como fatores prognósticos;
- ✓ As metástases são hematogênicas para fígado e pulmões.

©WebPathology

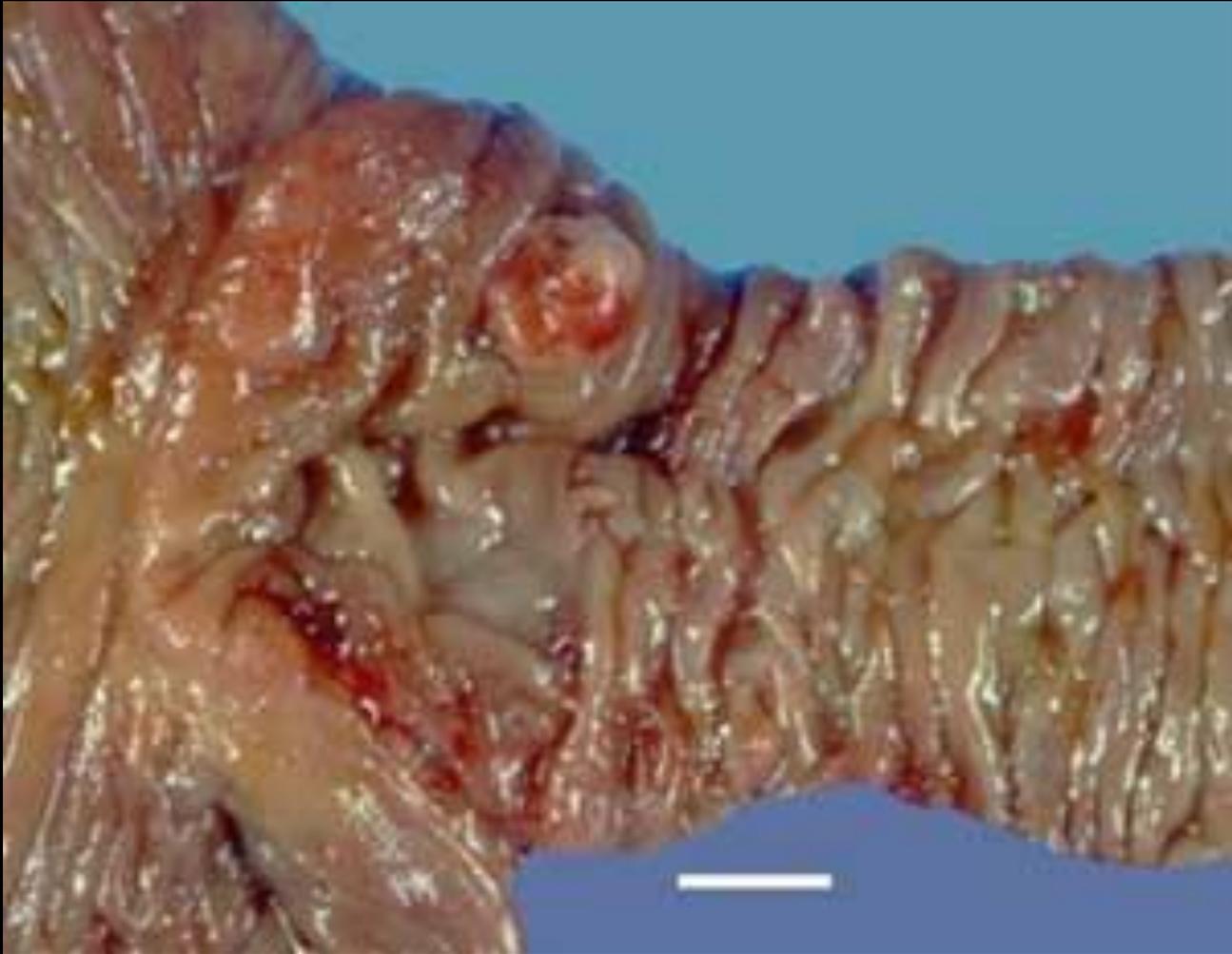






Tumor carcinóide gástrico

- ✓ Raros no estômago, podem ser nódulos únicos ou multifocais geralmente em corpo;
- ✓ Estão associados a gastrite atrófica e hipergastrinemia;
- ✓ Podem ocorrer metástases para fígado e linfonodos, mas o prognóstico é bom.



©WebPathology

