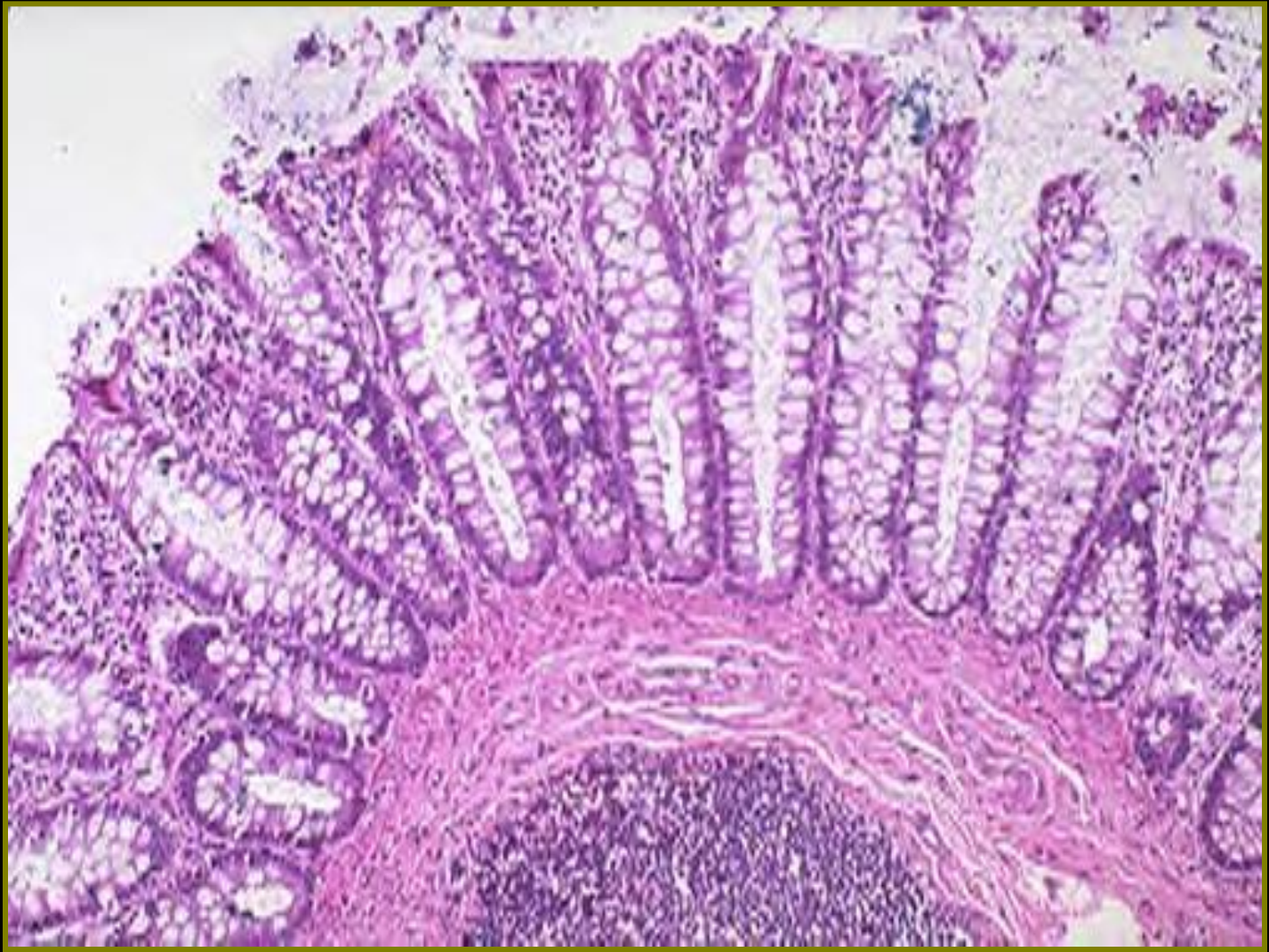


# **Neoplasias do Intestino Grosso**





**Pólipo:** protuberância circunscrita em direção à luz intestinal.

✓ **Inflamatório**

✓ **Hiperplásico**

✓ **Hamartomatoso**

**Peutz-Jeghers**

**Juvenil**

✓ **Neoplásico**

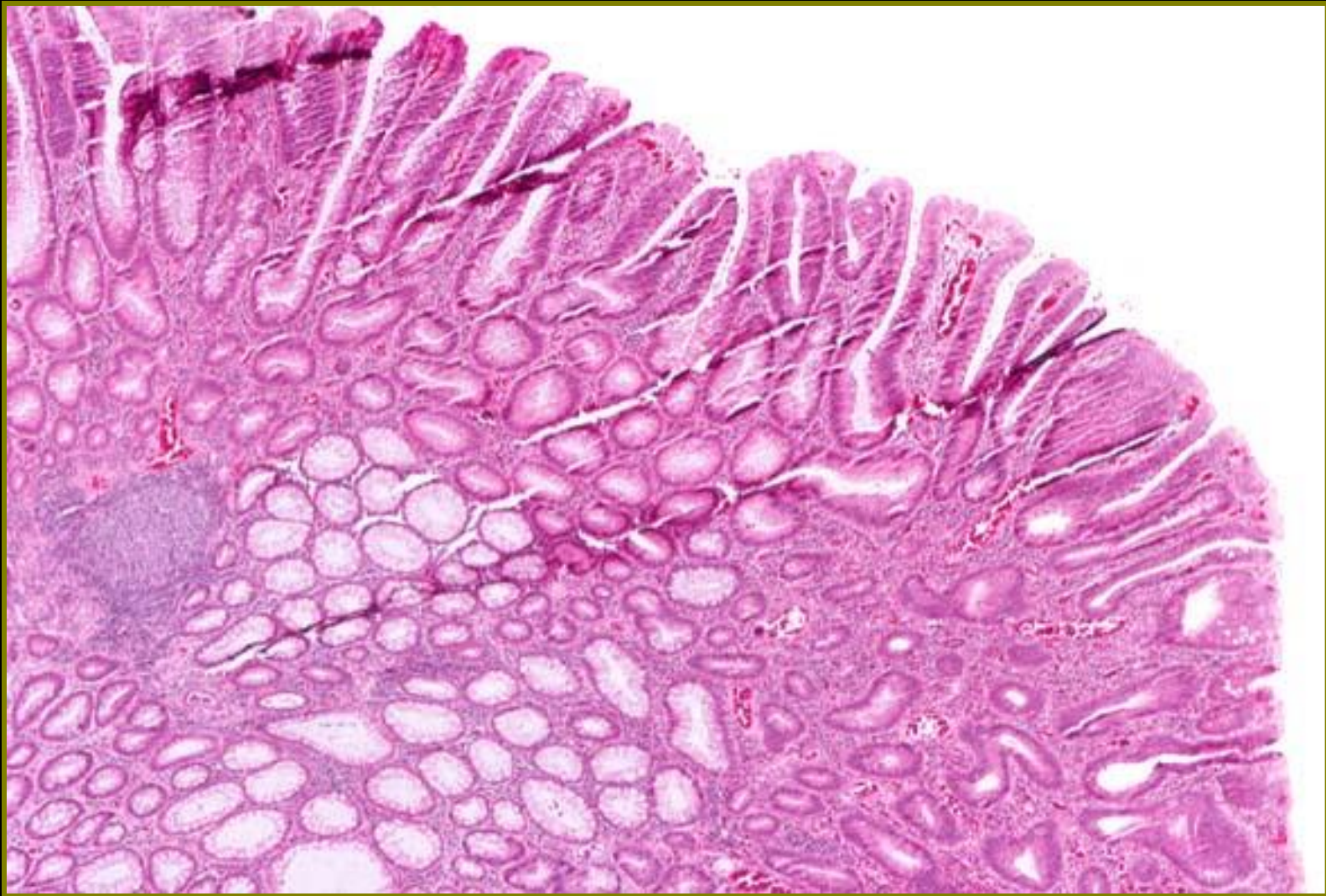
## **Pólipos Inflamatórios**

**São pólipos reativos, também chamados pseudo-pólipos, no caso das DI, ou pólipos linfóides, no caso das hiperplasias linfóides localizadas.**

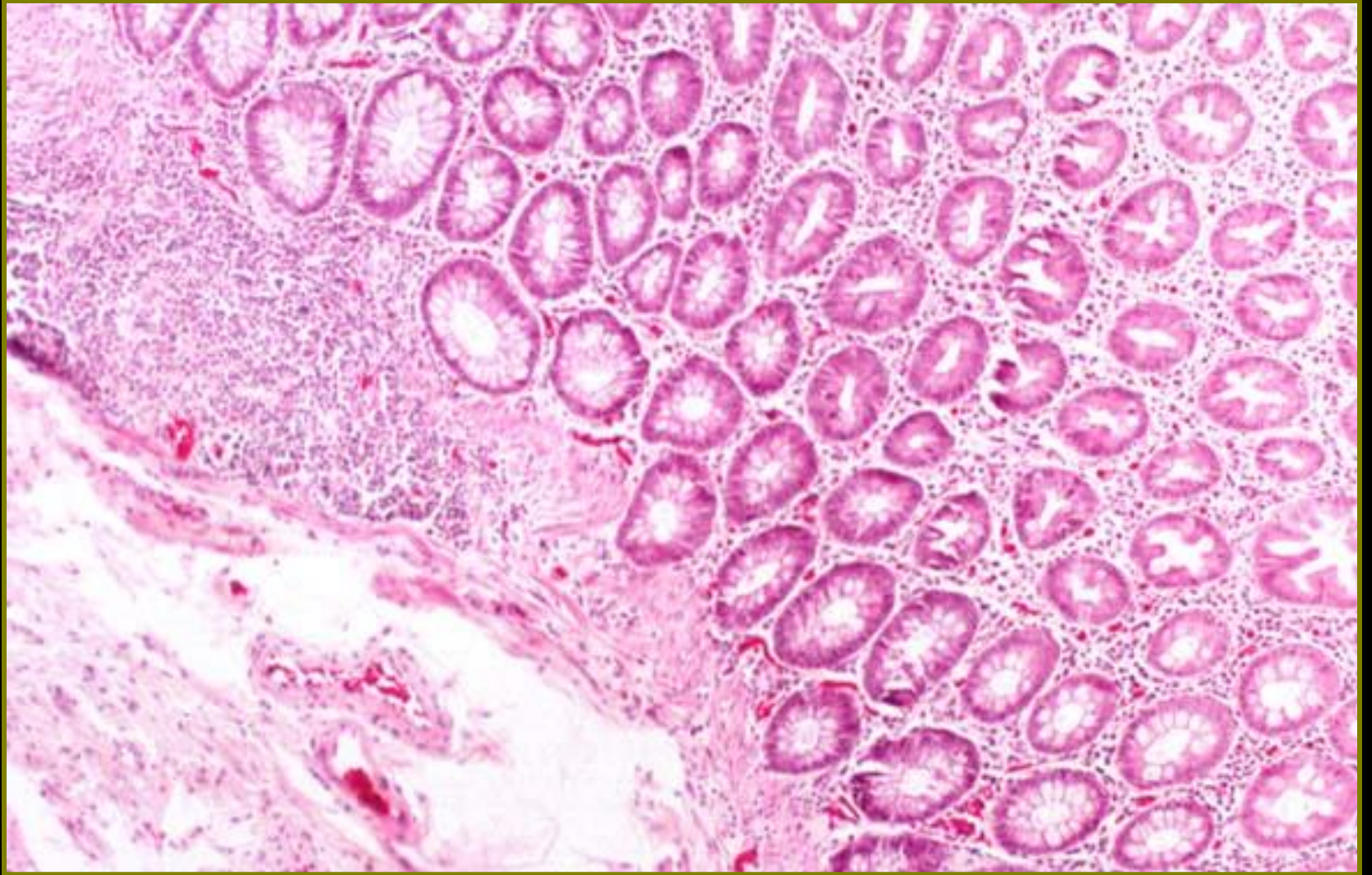


## **Pólipos Hiperplásicos**

- ✓ **30-60%, reto-sigmóide, 75% das pessoas > 40 anos, assintomáticos;**
- ✓ **resultam de distúrbio na renovação celular;**
- ✓ **sésseis, 1-5 mm, rosas, em gota;**
- ✓ **criptas alongadas, com borda em serra, recoberta por células caliciformes, às vezes mistos com áreas adenomatosas;**
- ✓ **chance remota de malignizar.**



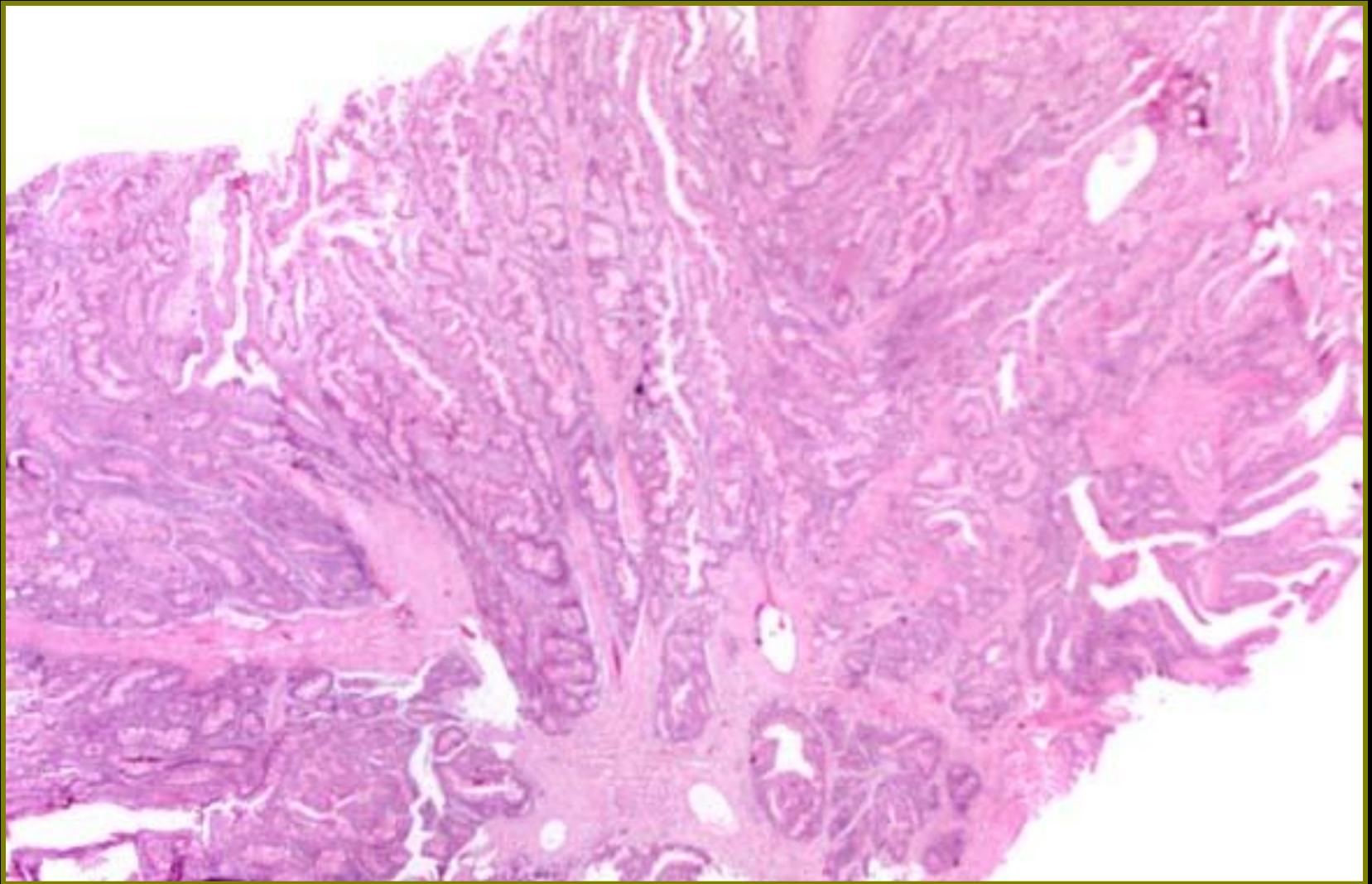


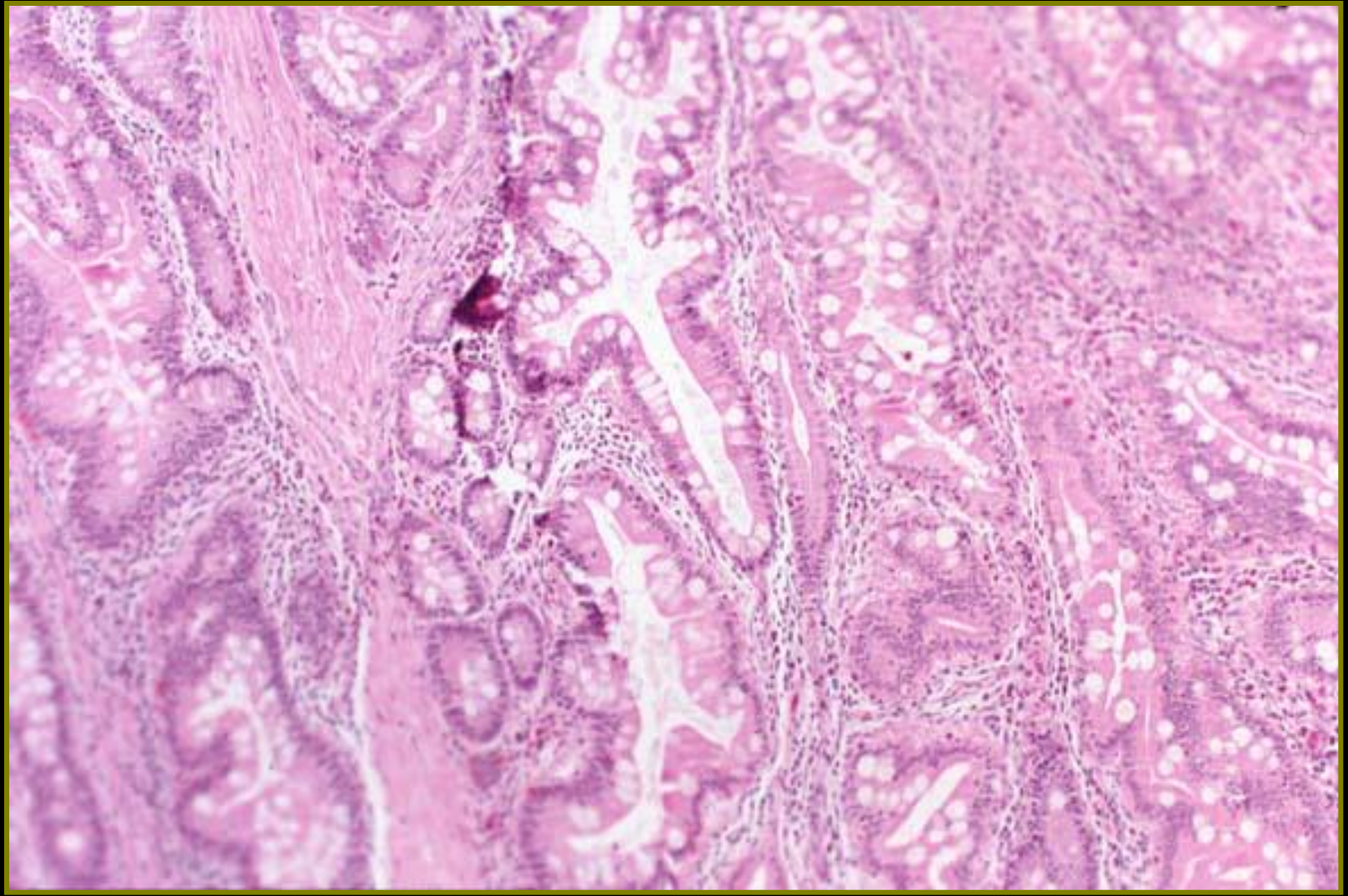


# Pólipos Hamartomatosos

## Peutz-Jeghers

- ✓ síndrome autossômica dominante, com pigmentação muco-cutânea e múltiplos hamartomas em TGI (50-100), pp. delgado, associada à intussuscepção;
- ✓ pedunculados/sésseis, lobulados, 2-3cm;
- ✓ arborização da muscularis mucosae separando numerosas criptas císticas;
- ✓ 10-20% + carcinomas no TGI, < 40 anos;
- ✓ risco maior de tumores extra TGI.

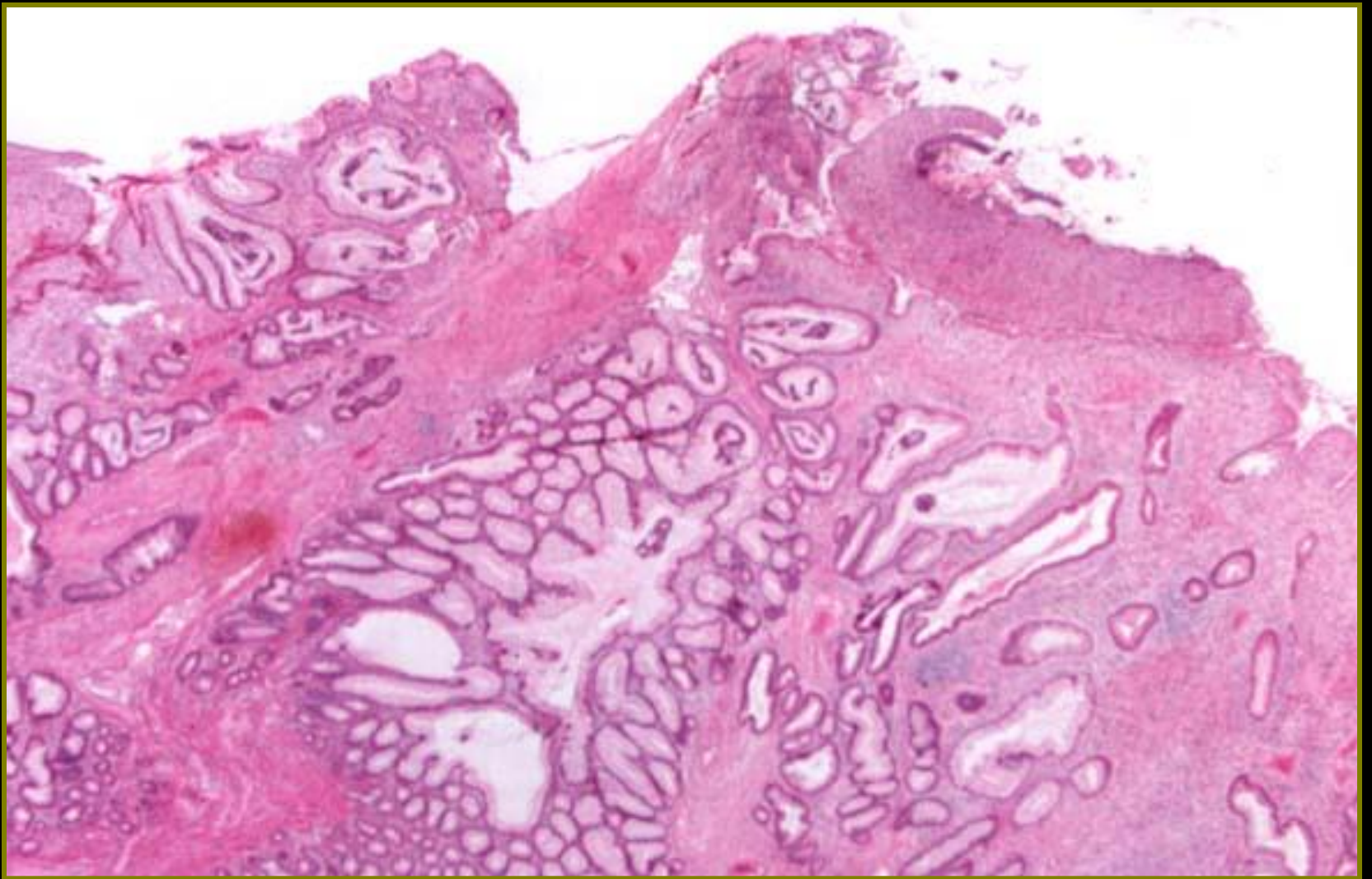


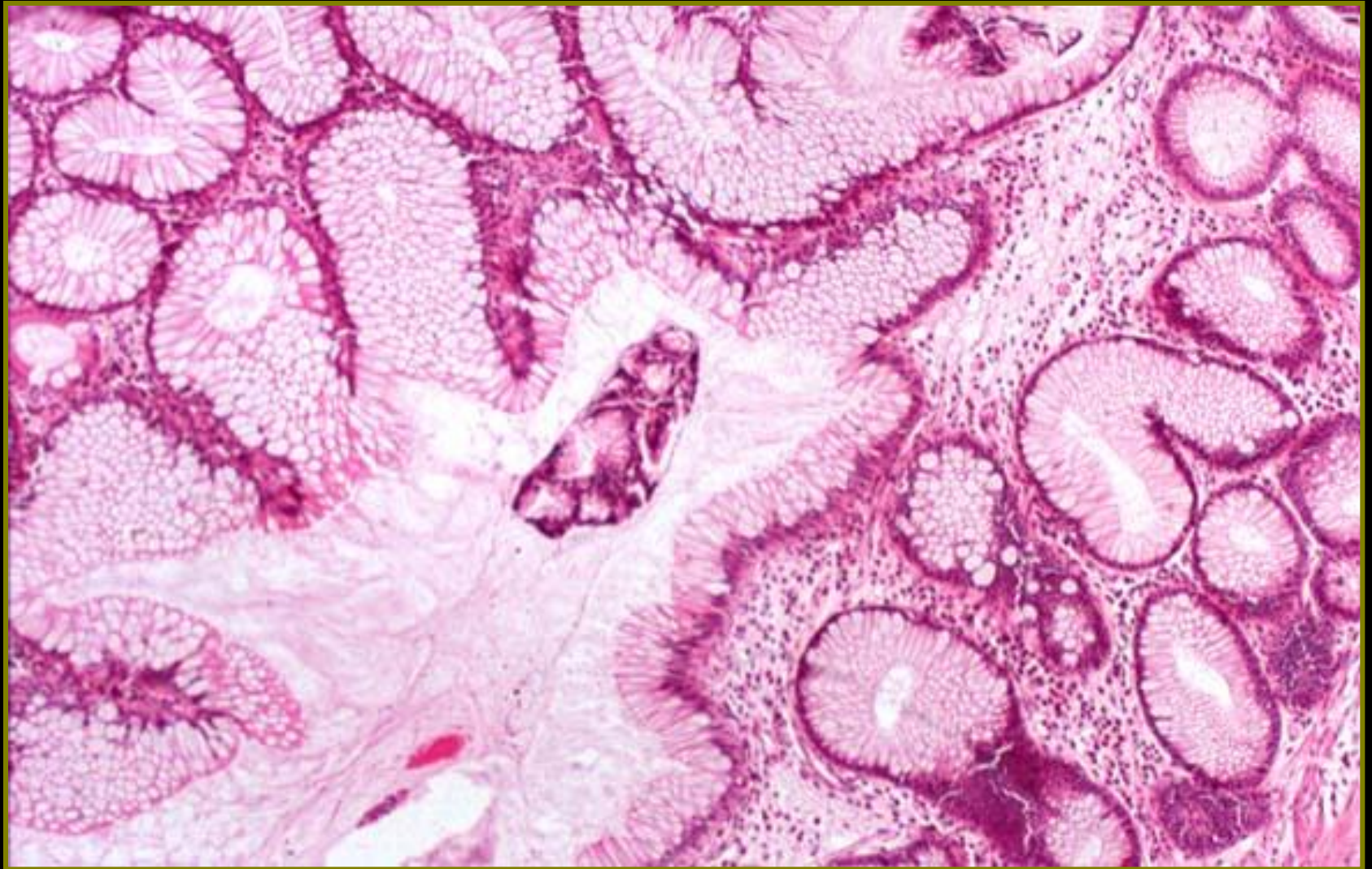


# Pólipos Hamartomatosos

## Juvenil

- ✓ único ou múltiplo (síndrome de polipose), precoce, reto-sigmóide;
- ✓ pedunculado, vermelho, macio, com alguns cm;
- ✓ criptas dilatadas, contendo mucina, embebidas na lâmina própria inflamada e edematosa;
- ✓ pode confundir com pólipo inflamatório.





# Pólipos Hamartomatosos

## Polipose Juvenil

- ✓ esporádica, ou autossômica dominante, 25% defeitos genéticos associados;
- ✓ Intussuscepção, hemorragia, enteropatia perdedora de proteína, 10-100 pólipos em colo-retto (outros locais);
- ✓ 20% displasia (alteração adenomatosa);
- ✓ 15-20% câncer de cólon, pico aos 34 anos;
- ✓ maior risco aos familiares, mesmo sem pólipos.



## **Pólipos Neoplásicos (adenomas)**

- ✓ **40-70% dos pólipos colo-retais, 10-15% dos adultos e 66% dos idosos, se precoce → polipose;**
- ✓ **50% múltiplos, com tamanho variado, pedunculados, sésseis ou achatados;**
- ✓ **altos índices mitóticos, diferenciação celular incompleta ou ausente;**
- ✓ **assintomáticos ou causando diarreia e hemorragia;**

## **Pólipos Neoplásicos (adenomas)**

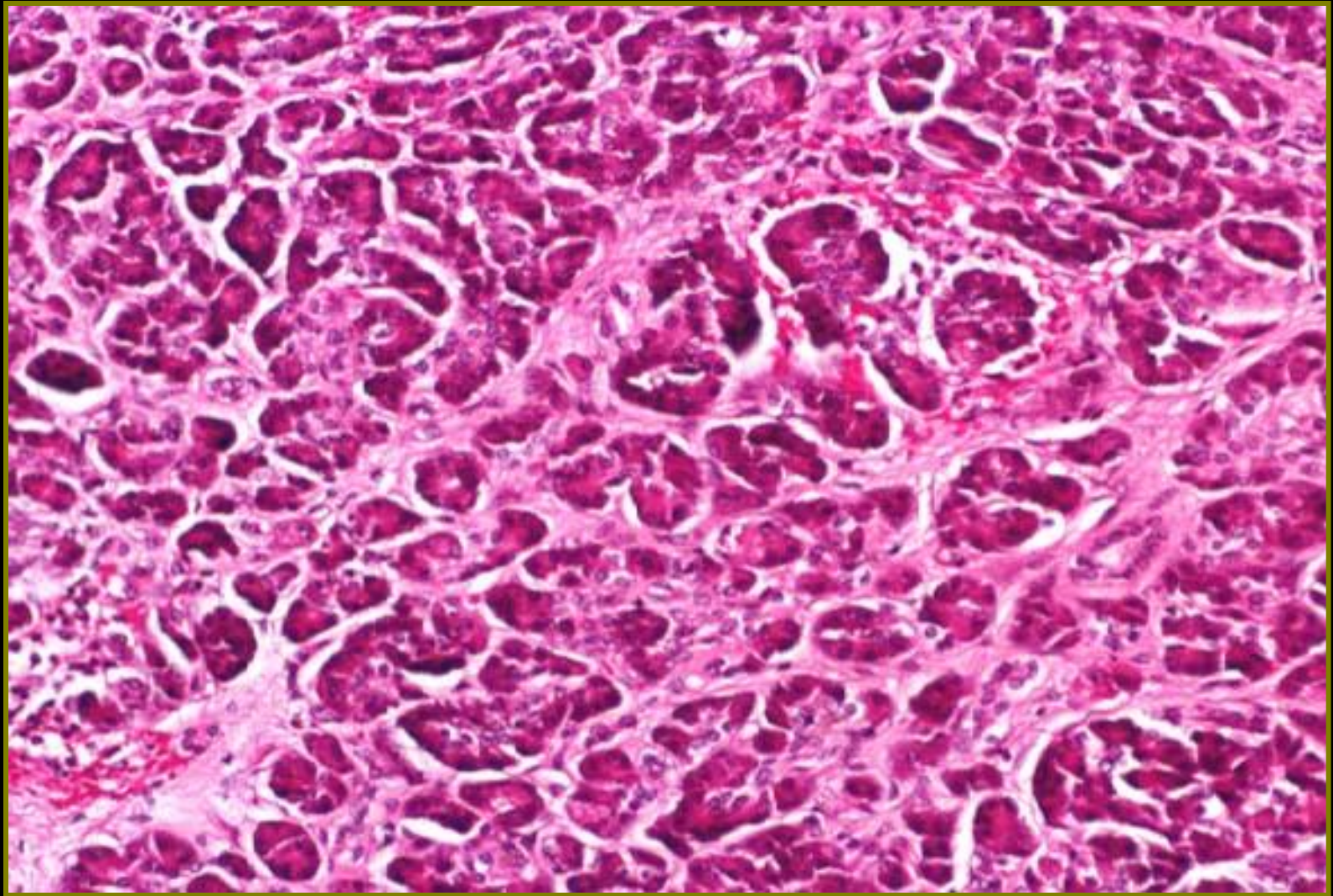
- ✓ **proliferação circunscrita de epitélio displásico, com núcleos hipercromáticos e alongados (em paliçada);**
- ✓ **displasia → núcleos estratificados, nucléolos proeminentes, ↑ da razão núcleo/citoplasma;**
- ✓ **5% alojam adenocarcinoma invasivo, para os que não alojam, a polipectomia é curativa;**

## **Pólipos Neoplásicos (adenomas)**

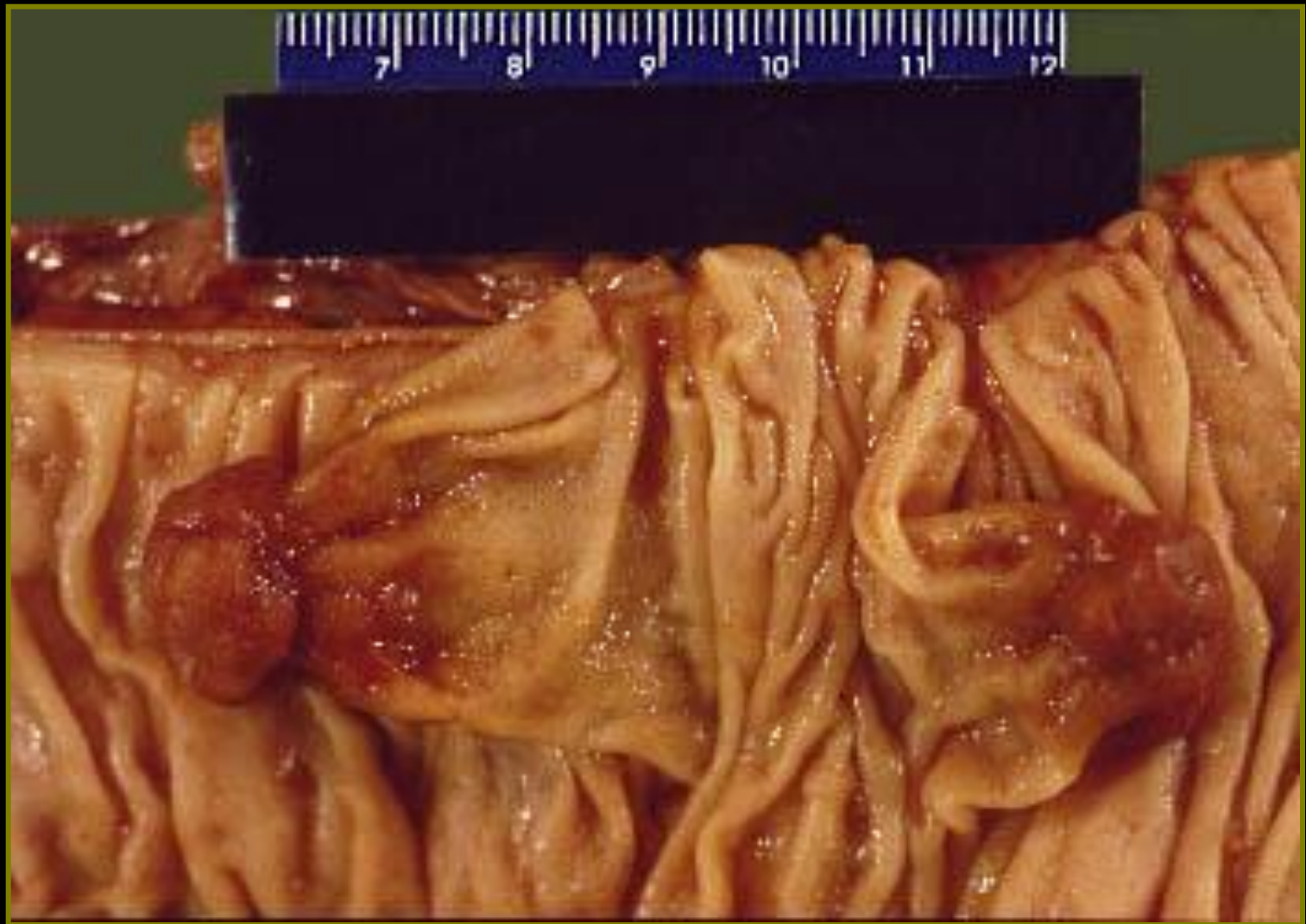
- ✓ **Tubular:** 75%, redondos, macios, pedunculados, <1cm, proliferação de túbulos ramificados, <20% arquitetura vilosa;
- ✓ **Viloso:** 10%, >2cm, ásperos, em couve-flor, sésseis, projeções digitiformes com estroma fibrovascular, revestidas por epitélio, >50% da arquitetura da lesão;
- ✓ **Túbulo-viloso:** 15%, 20-50% com arquitetura vilosa;



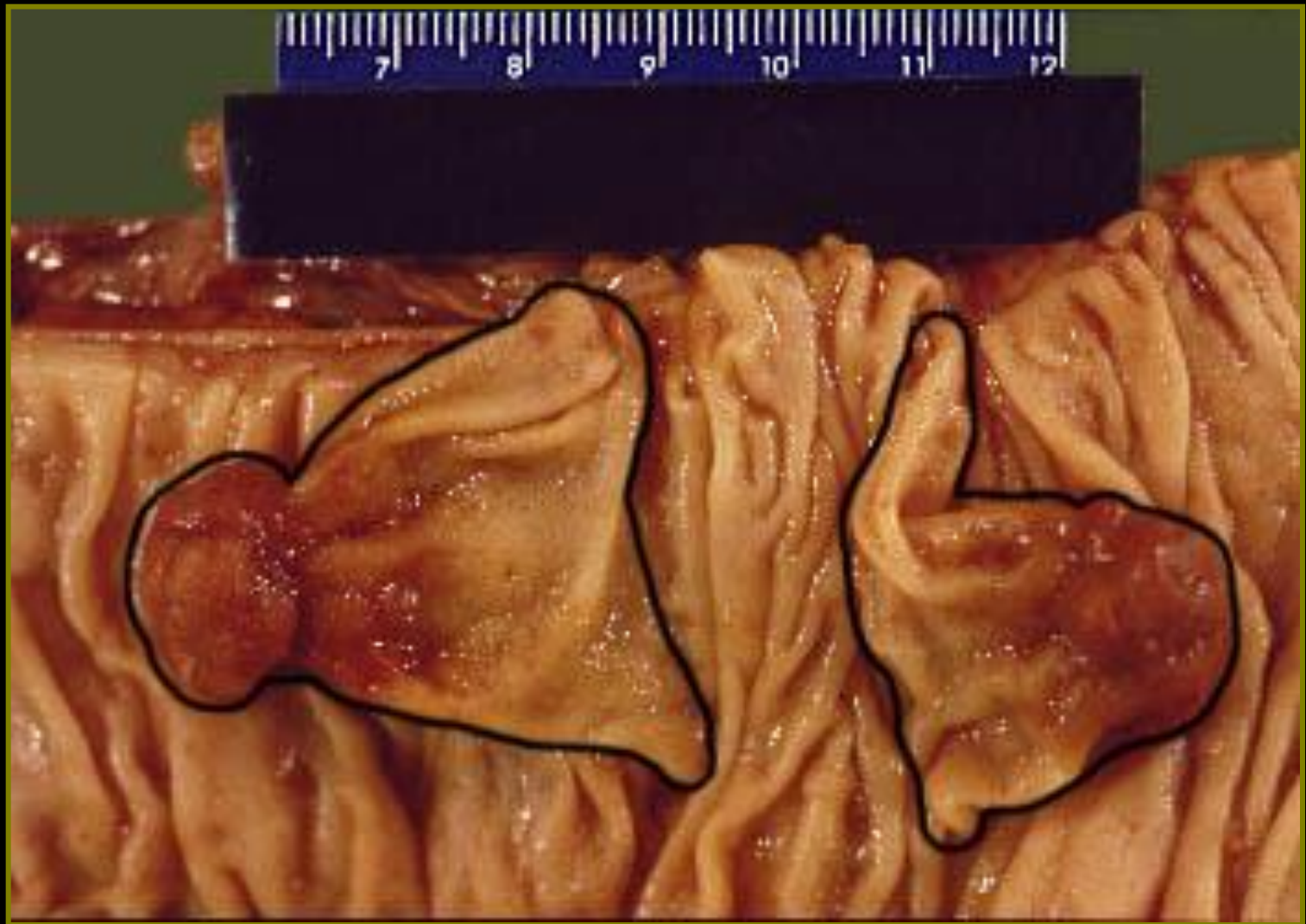


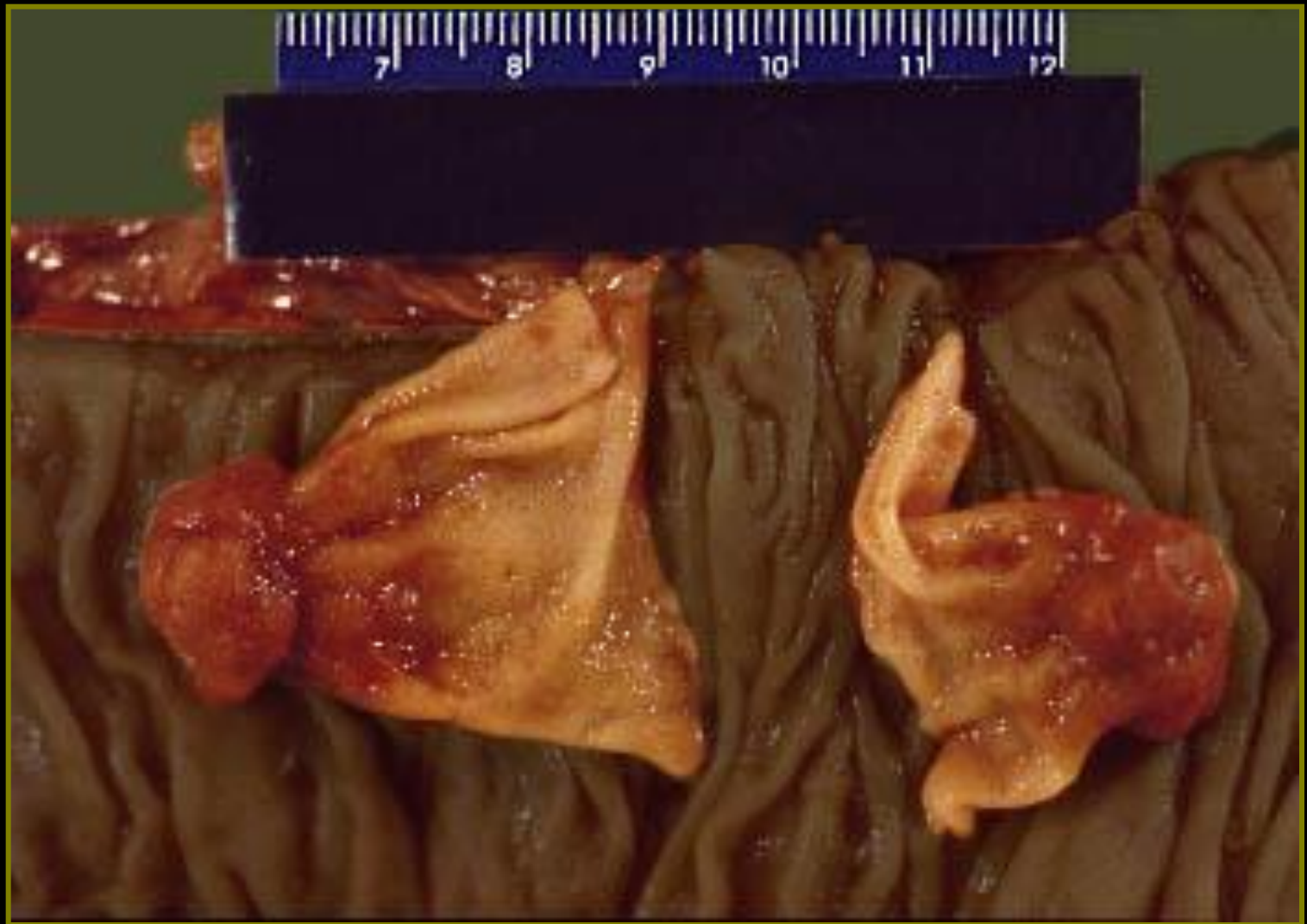


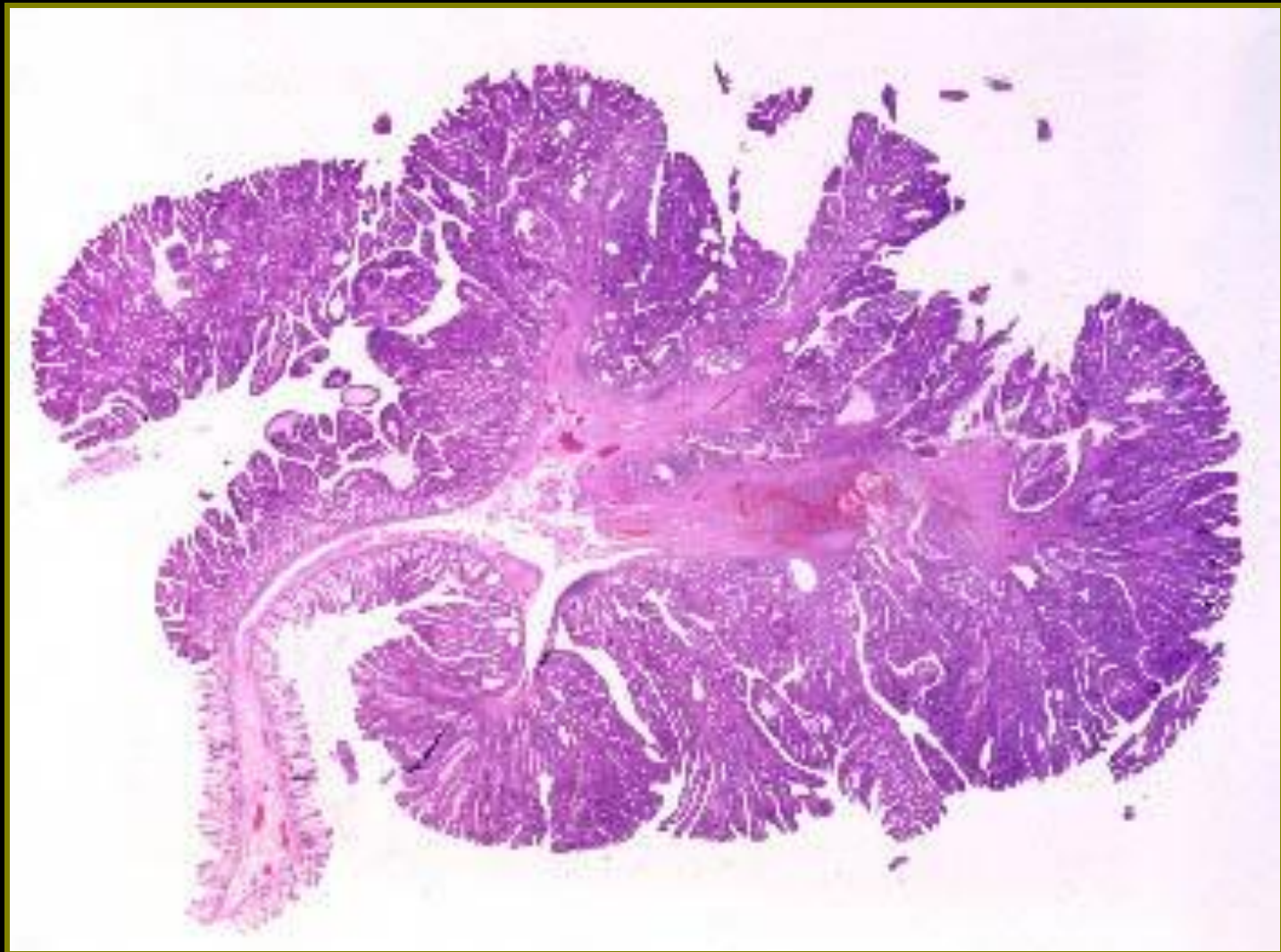








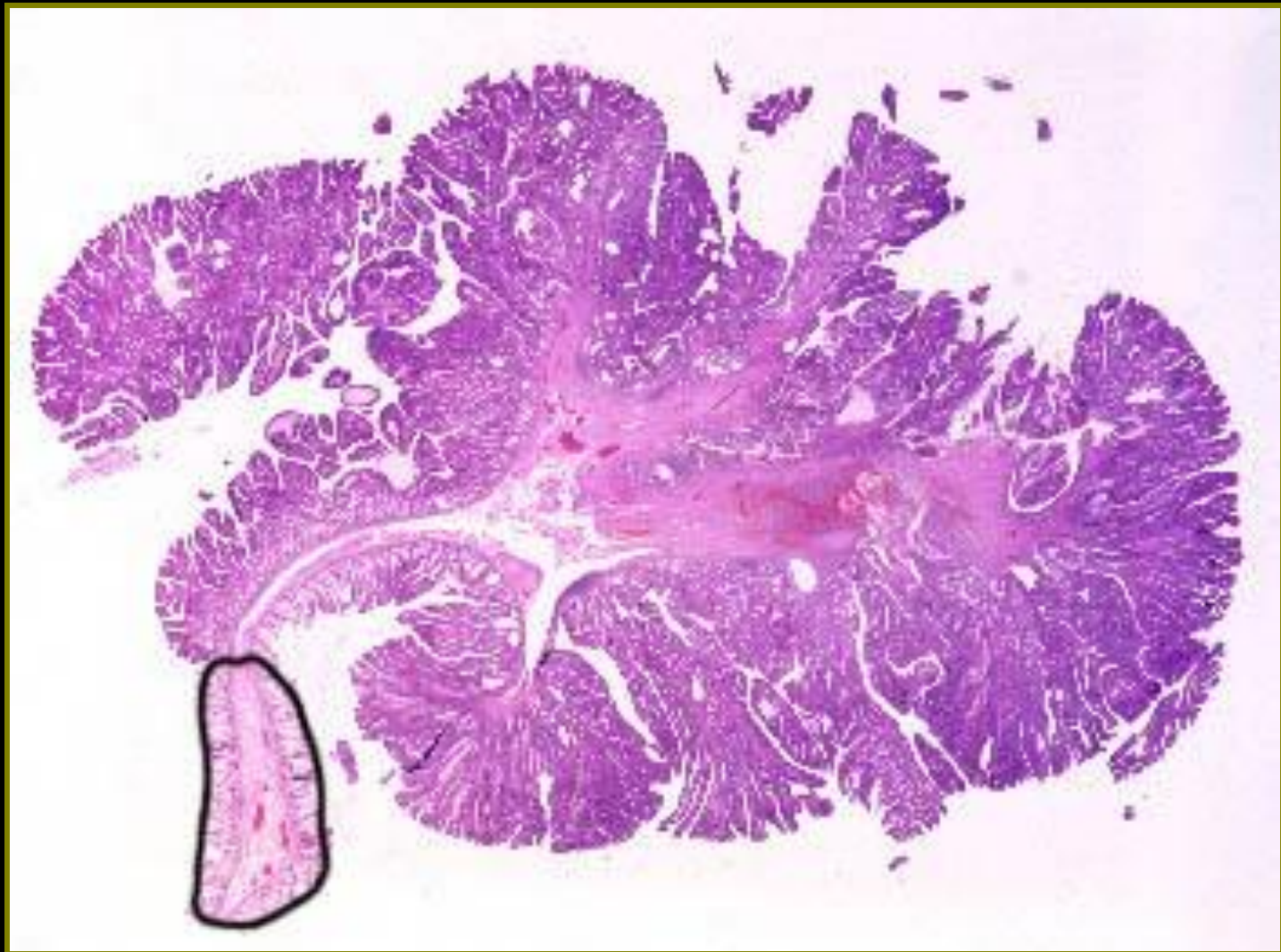


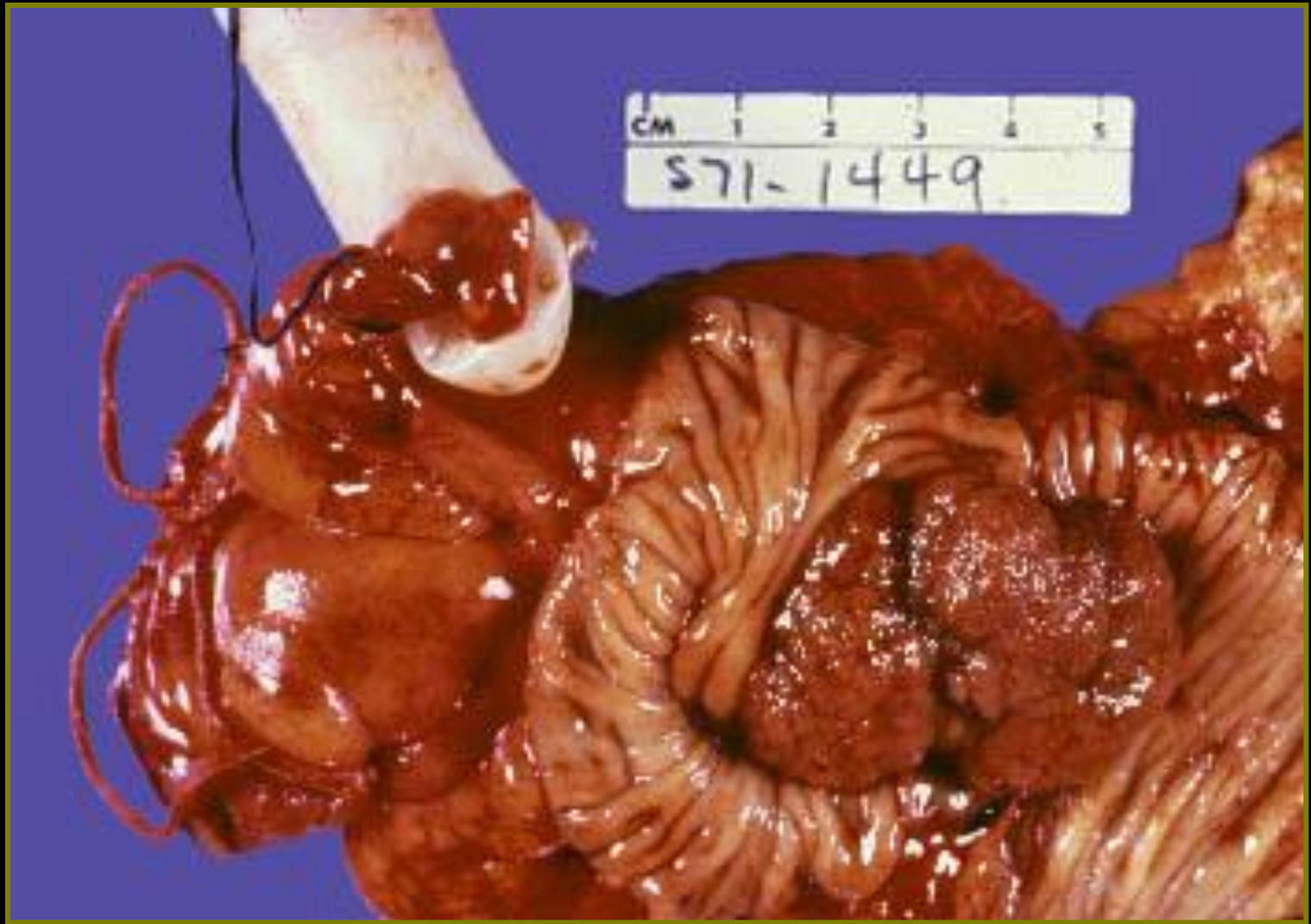




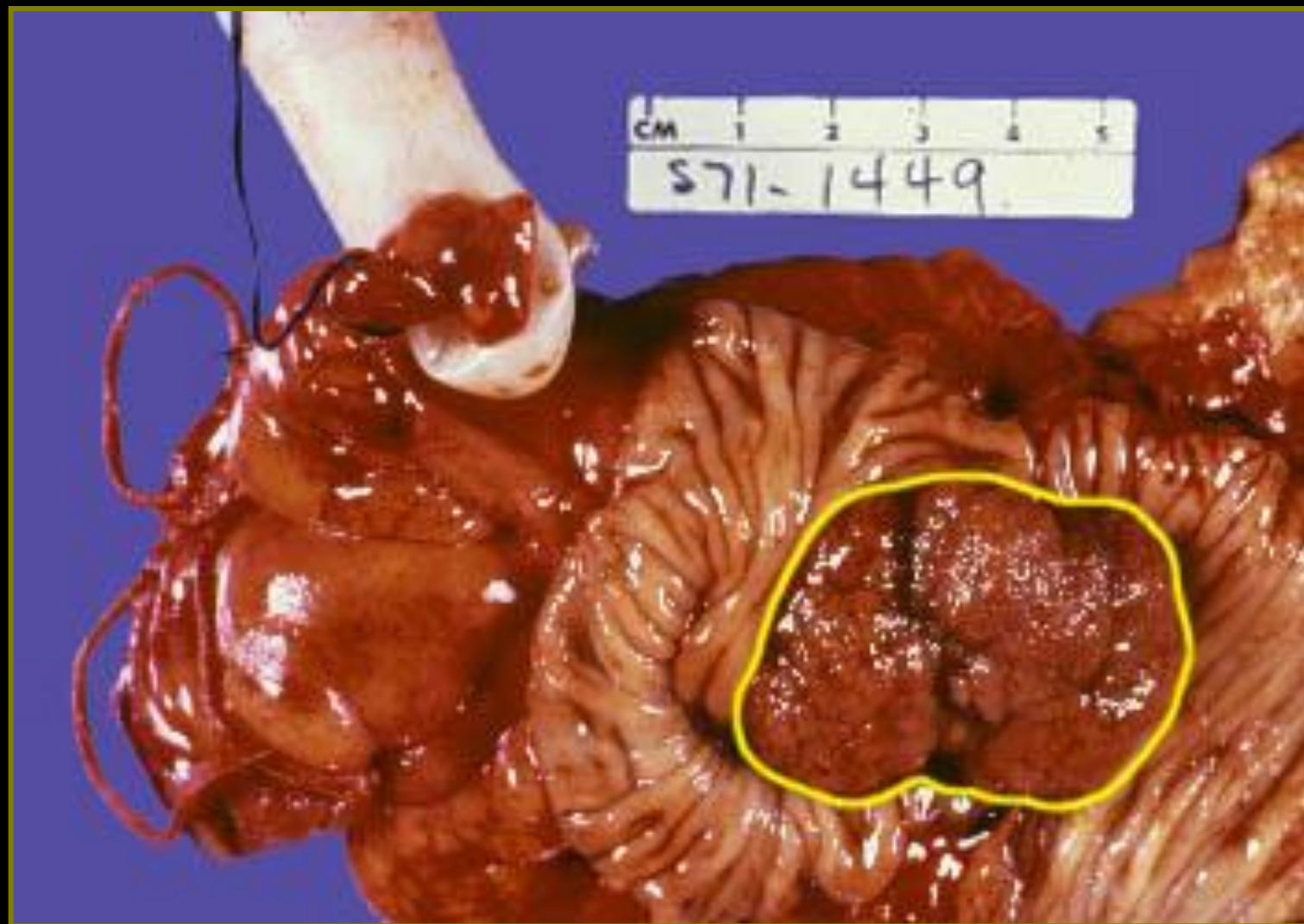


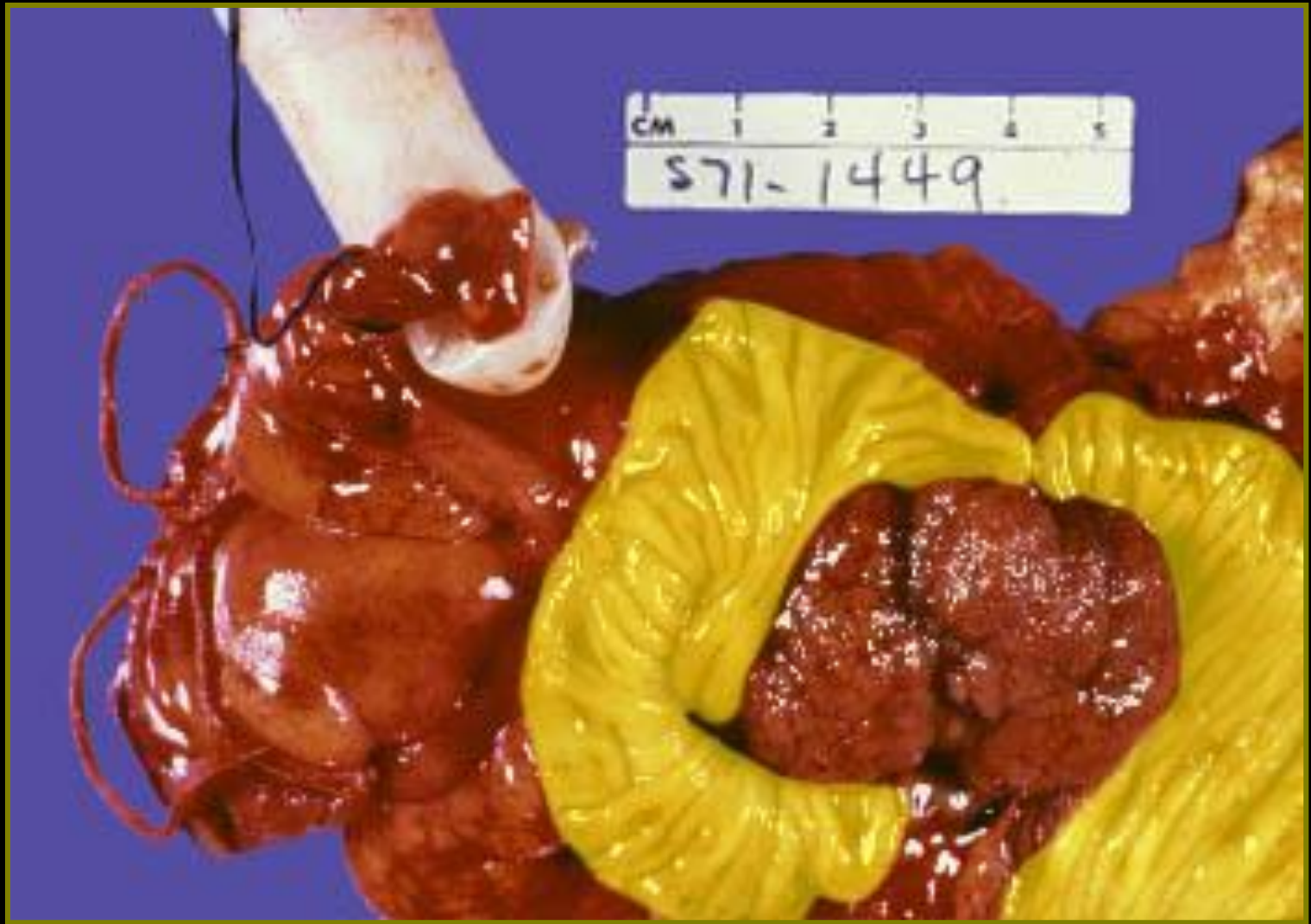




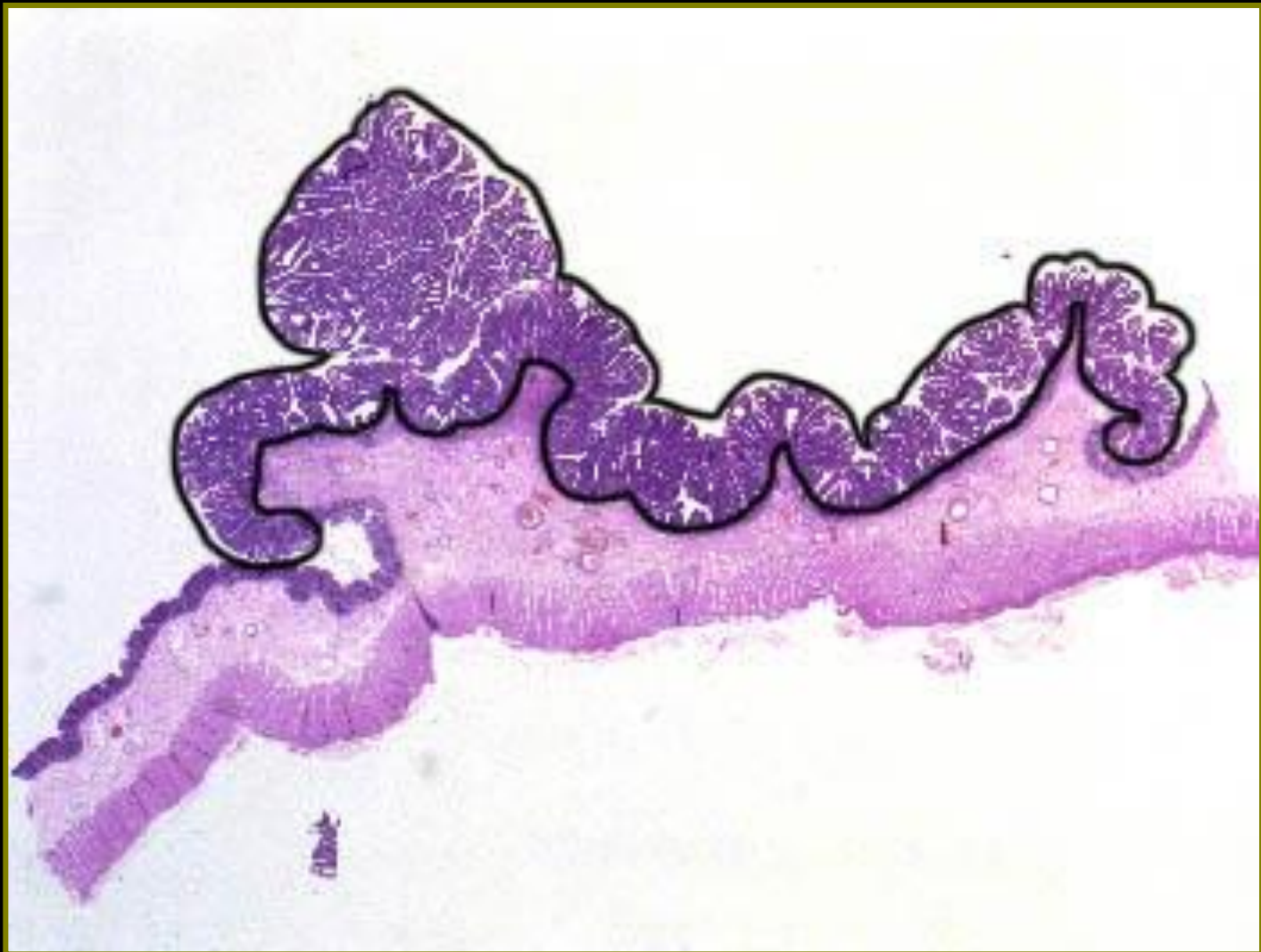




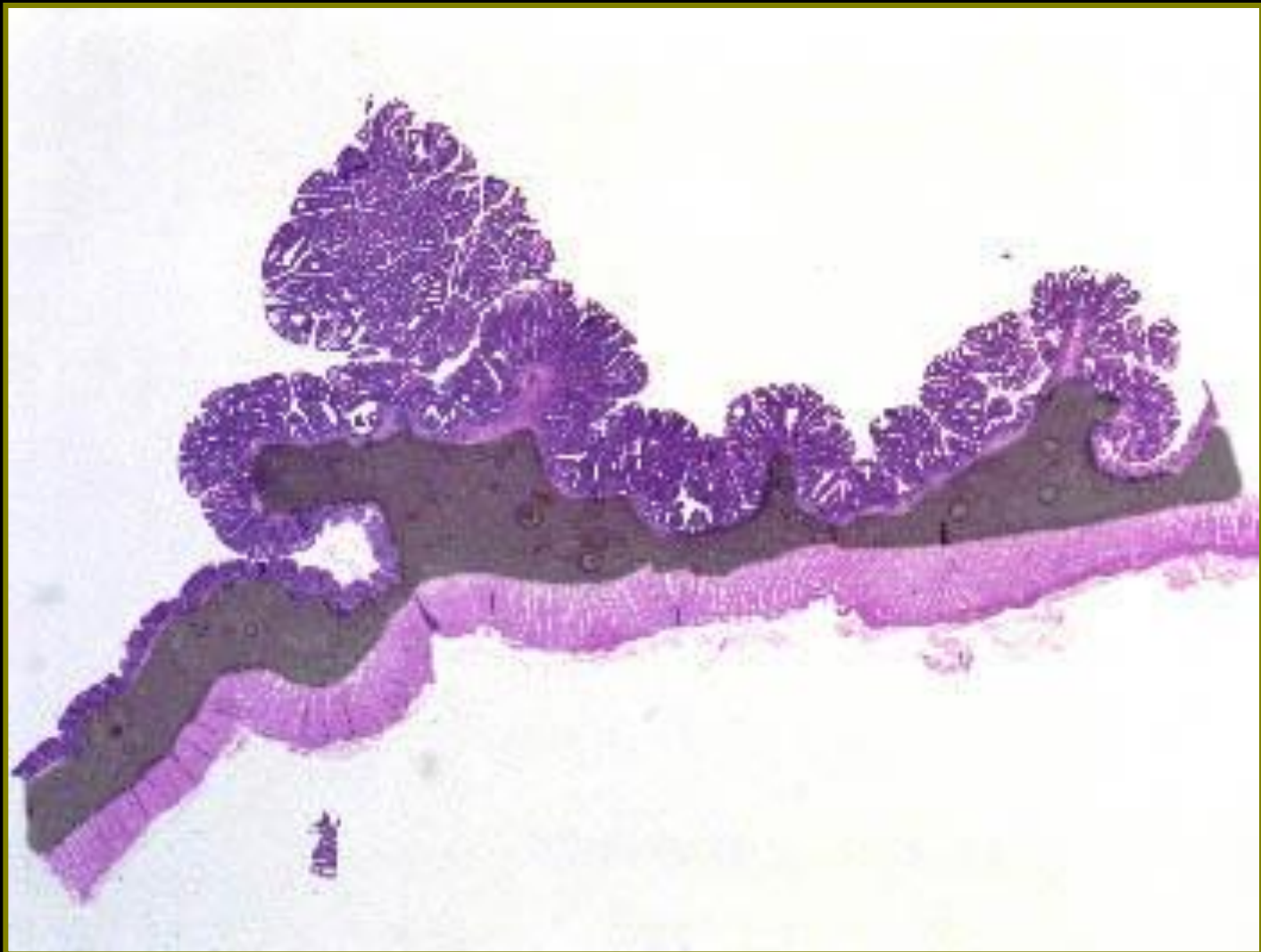




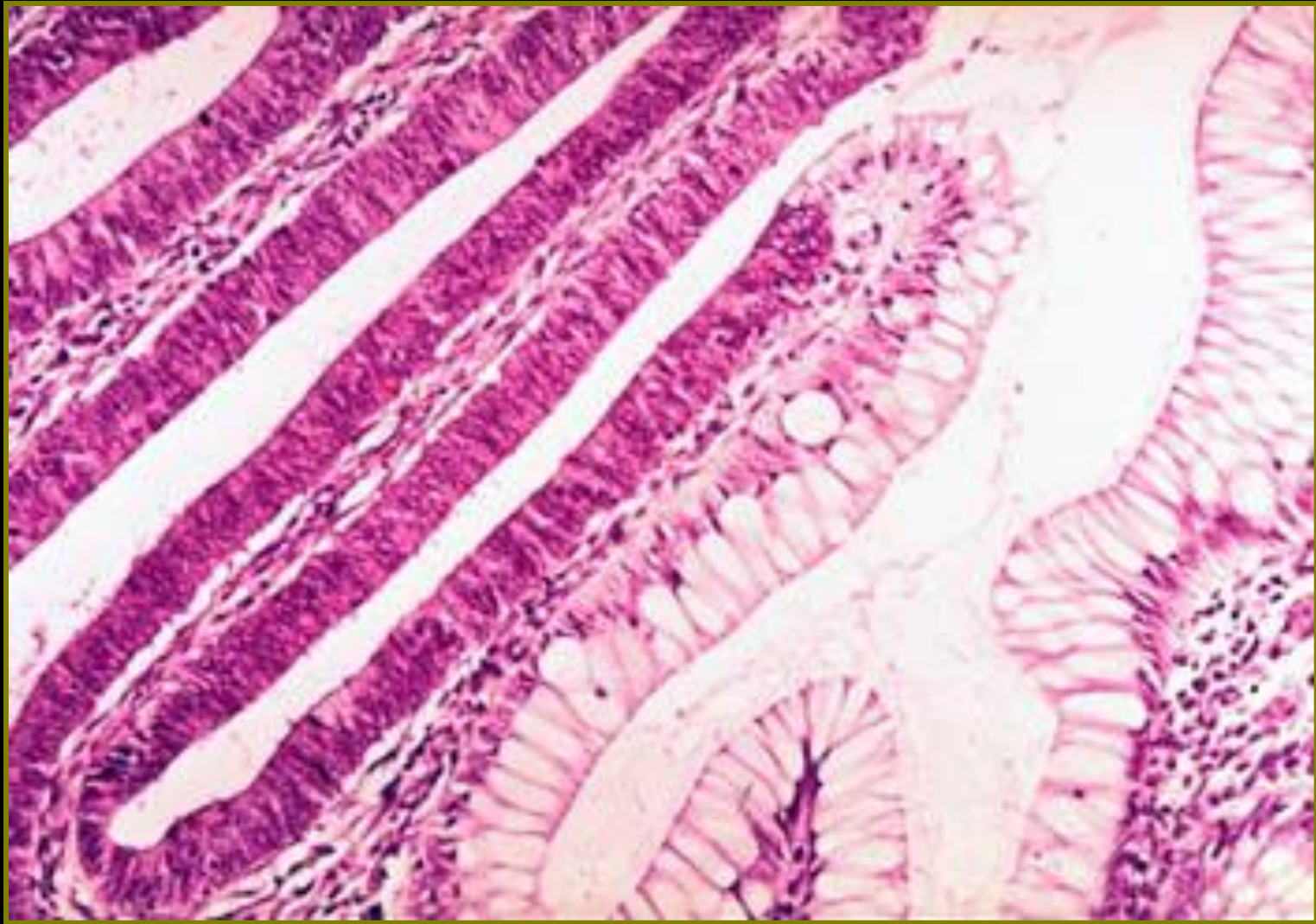




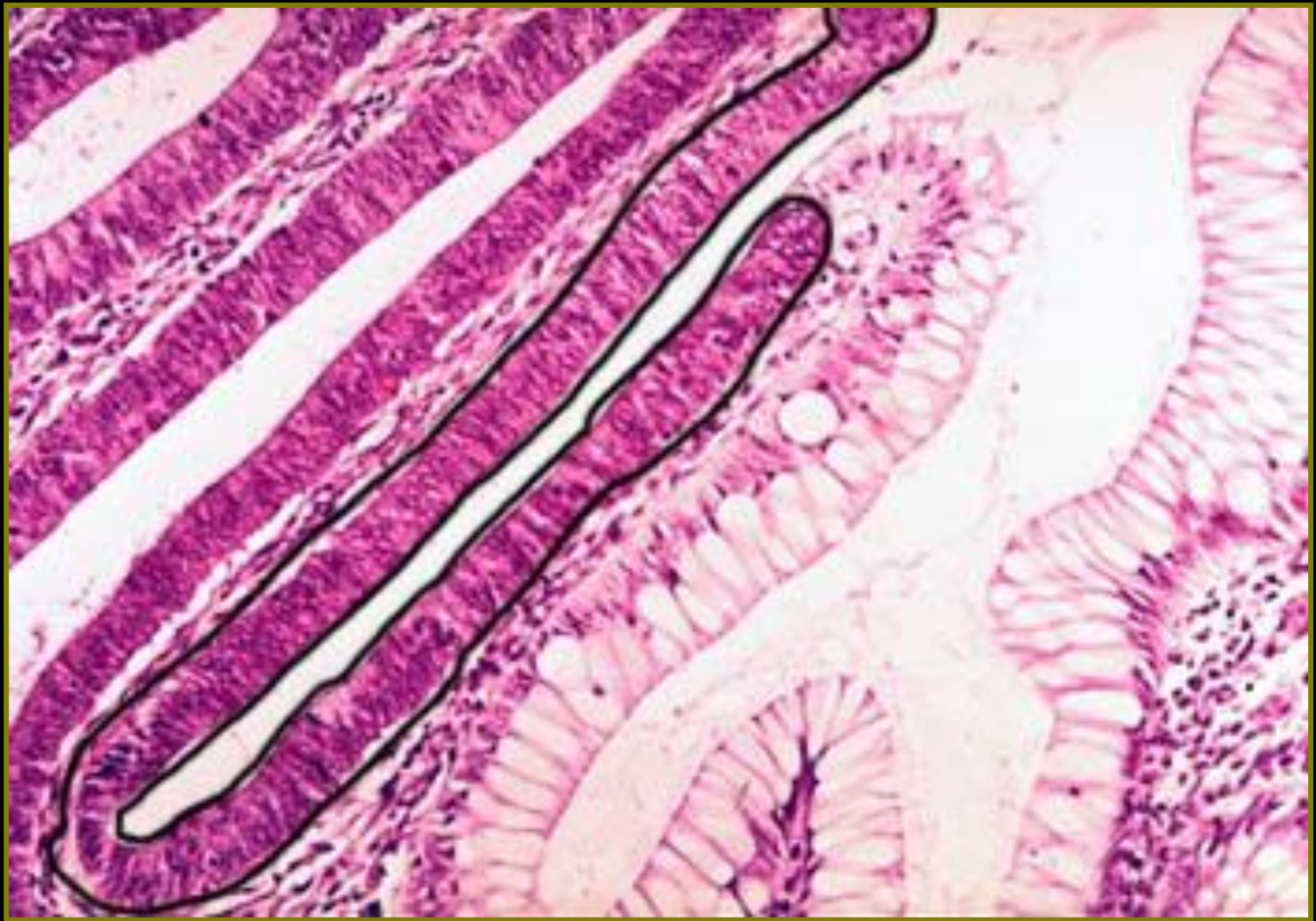




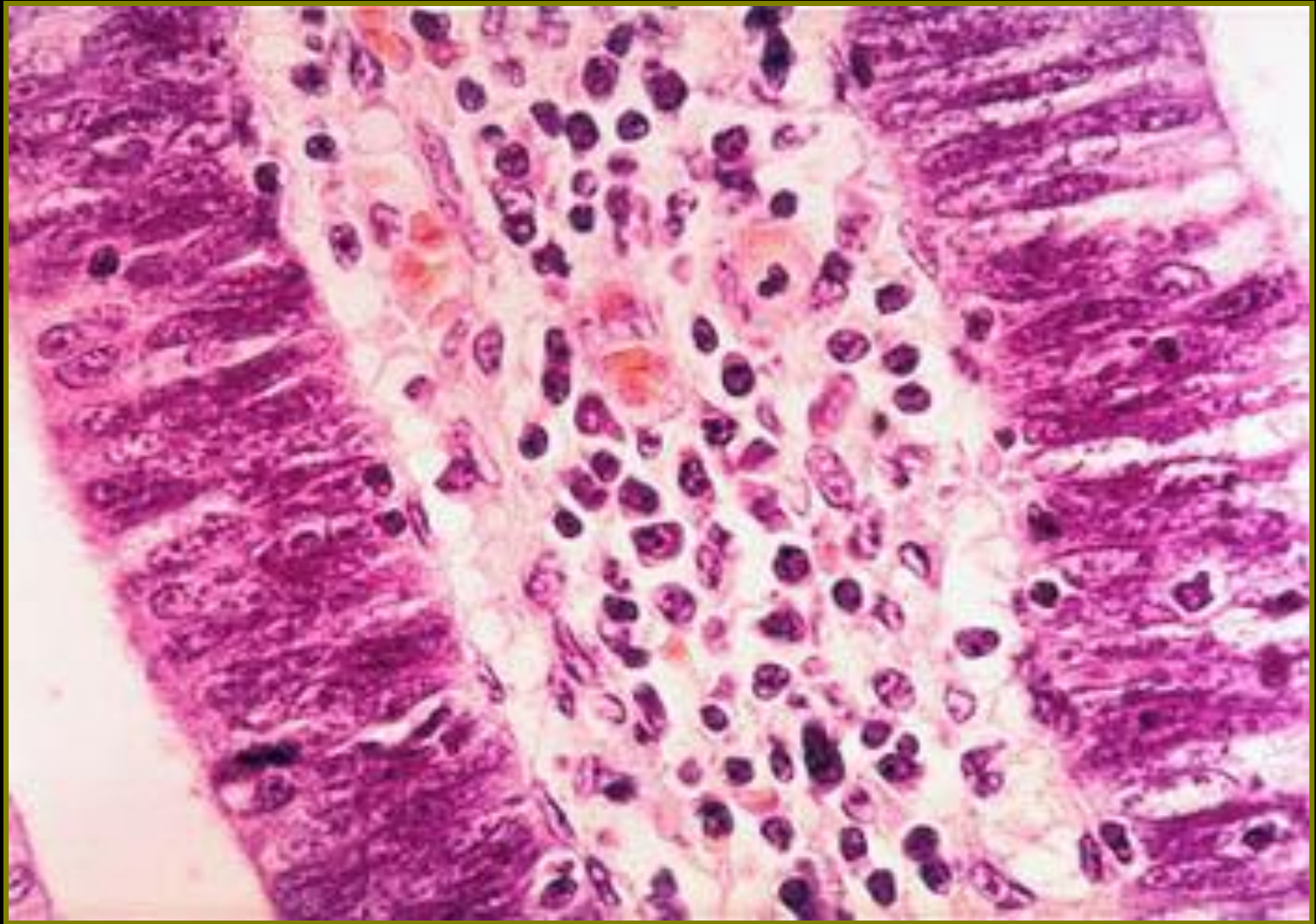


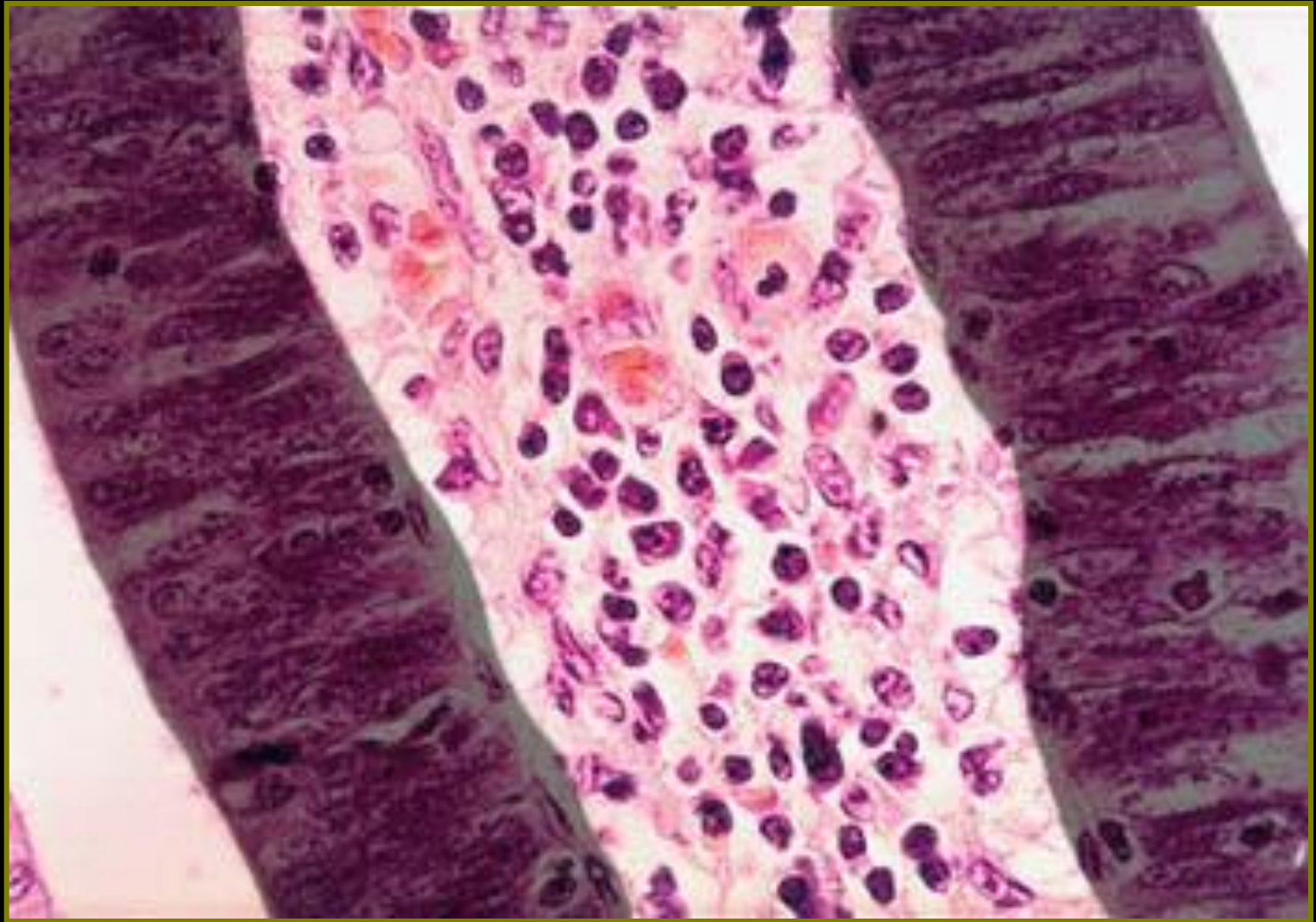


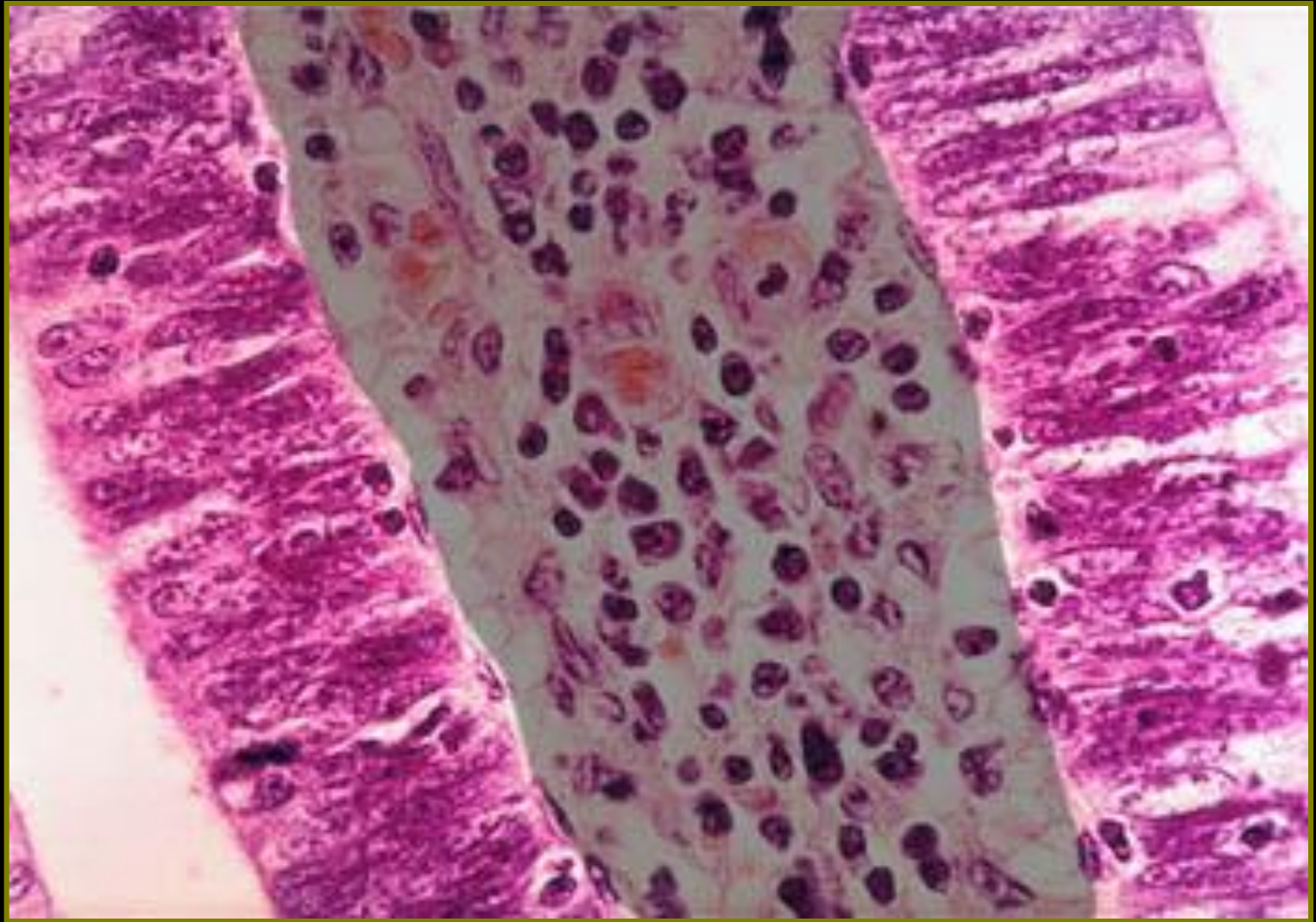


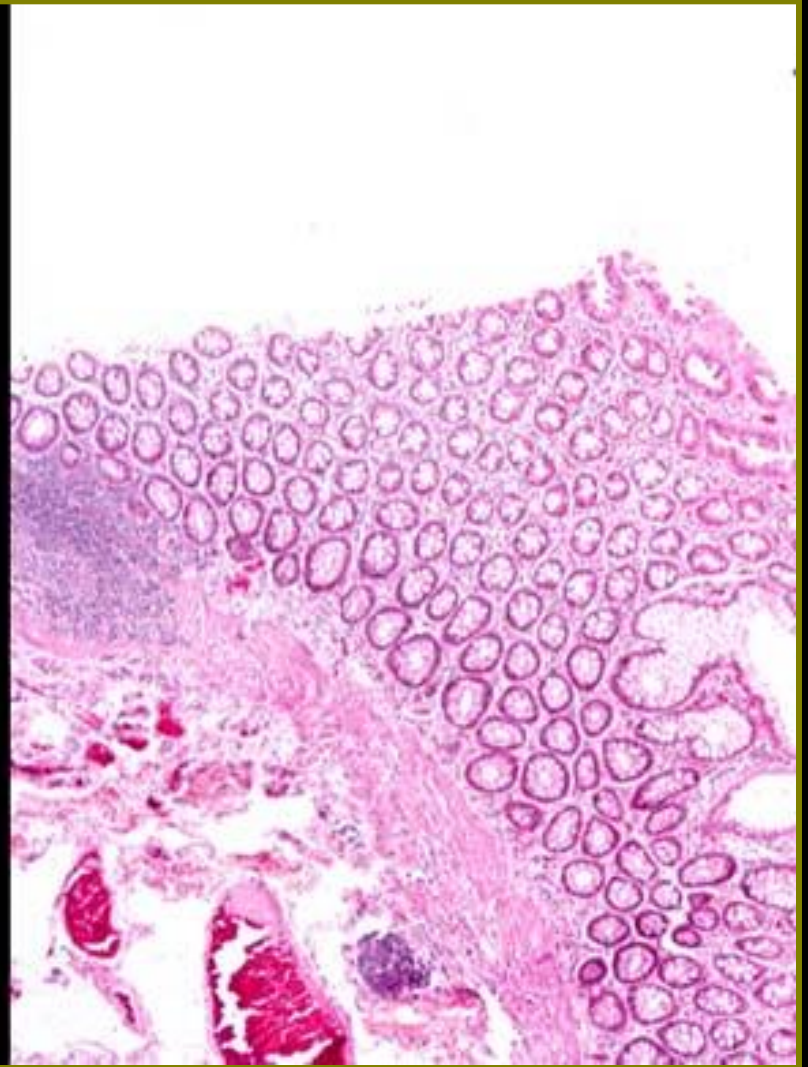
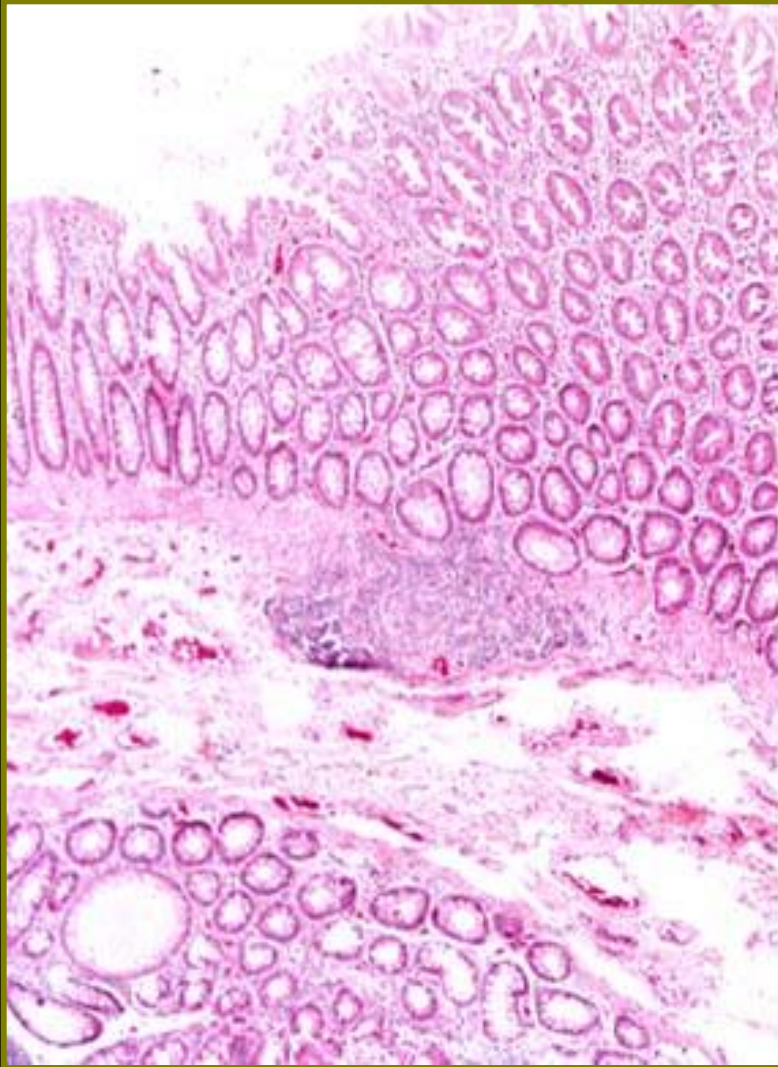












# **Polipose adenomatosa familiar-Síndrome de Gardner-Síndrome de Turcot**

- ✓ **PAF** → 100/1000 adenomas tubulares <1cm, até 2<sup>a</sup>-3<sup>a</sup> décadas, todo TGI, 1:7000-24000, dominante, 1/3 eventual. Carcinoma até os 40 anos, 1/2 múltiplos, 2/3 na época dos sintomas;
- ✓ **Síndrome de Gardner** → provável variante da PAF, além dos adenomas, lesões de partes moles (cisto epidermóide, lipoma, fibromatose) e hipertrofia congênita do epitélio da retina;
- ✓ **Síndrome de Turcot** → múltiplos adenomas mais tumores de SNC.







## **Seqüência adenoma-carcinoma**

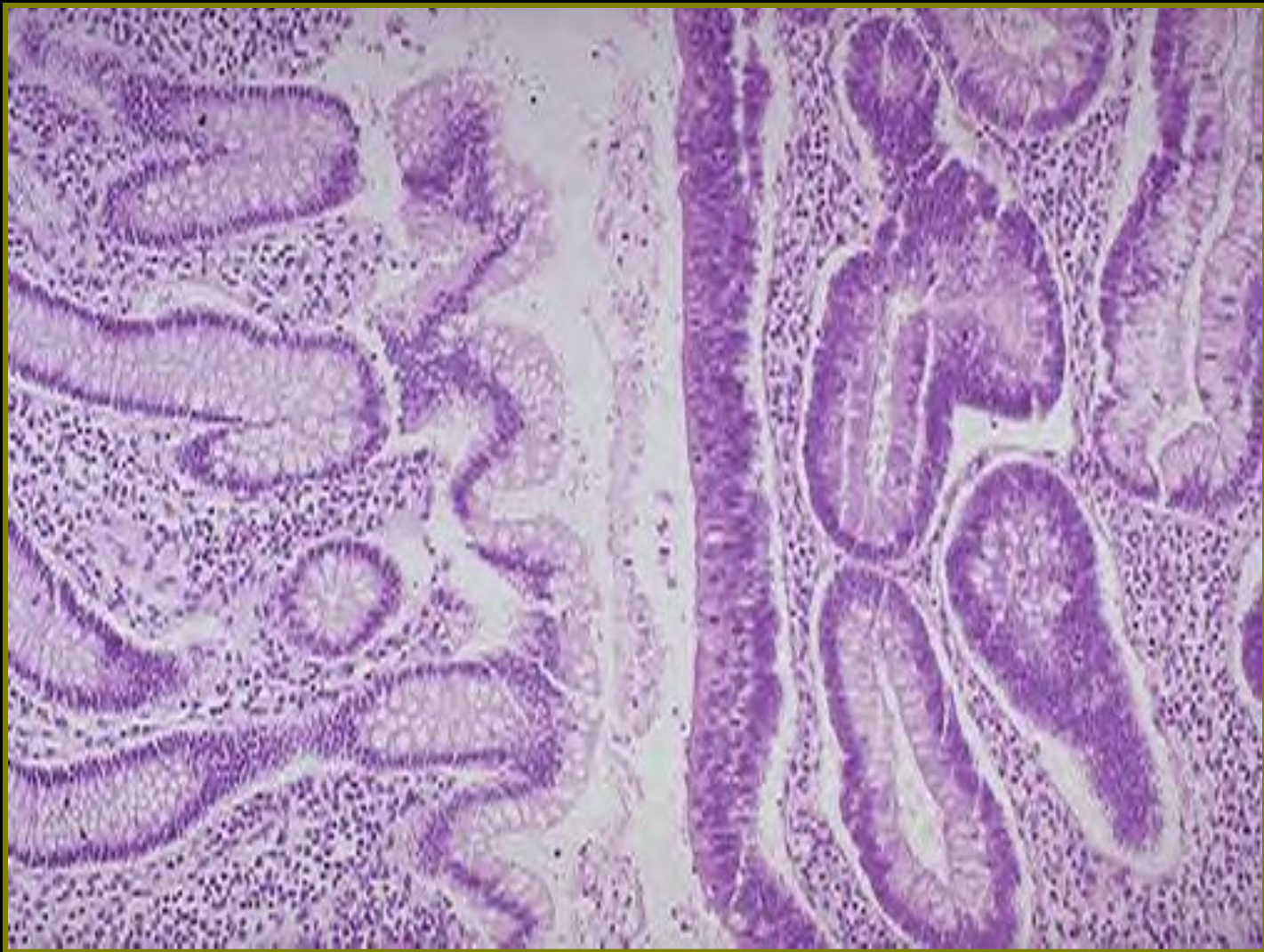
- ✓ **localização e epidemiologia similares;**
- ✓ **raramente um adenocarcinoma se inicia em um foco não adenomatoso;**
- ✓ **adenomas perfazem uma seqüência de displasia até o carcinoma in situ e o invasivo;**
- ✓ **ambos estão associados à mutações;**
- ✓ **quanto mais adenomas, maior o risco;**
- ✓ **adenocarcinomas podem conter adenomas residuais;**
- ✓ **a remoção de adenomas reduz a incidência de adenocarcinomas.**

# Seqüência adenoma-carcinoma

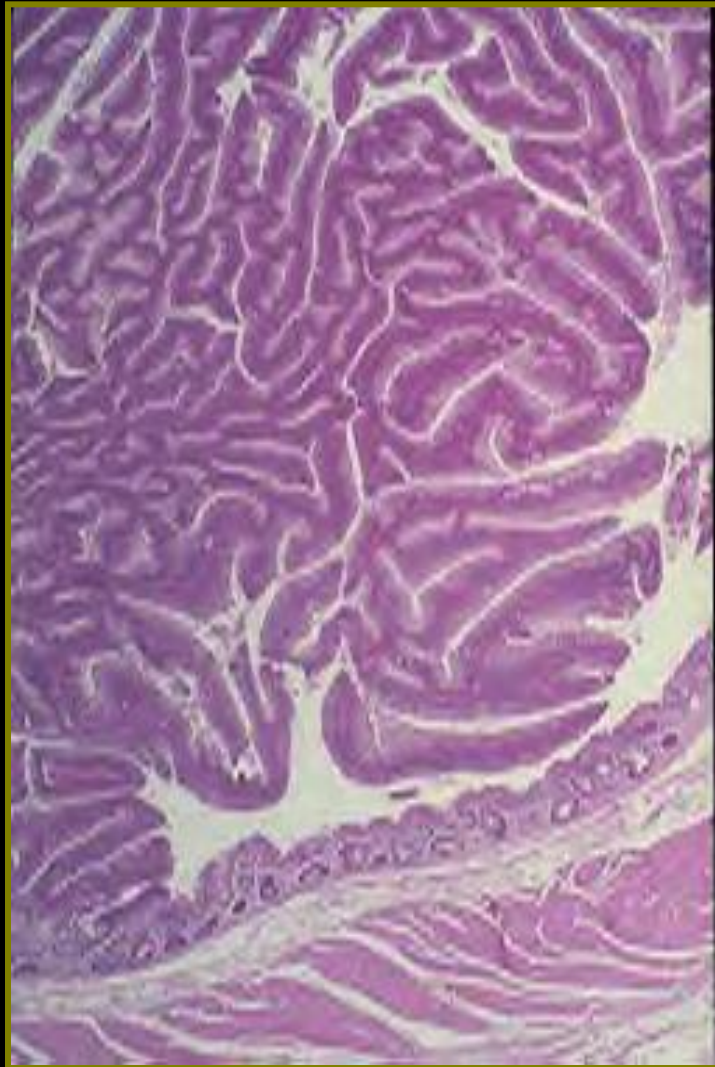
## Fatores de risco:

- ✓ tamanho:  $<1\text{cm} \rightarrow 1\%$  e  $>2\text{cm} \rightarrow 10-50\%$ ;
- ✓ grau de displasia:  $\uparrow$  grau, maior o risco de adenocarcinomas invasivos;
- ✓ tipo histológico: viloso  $>$  túbulo-viloso  $>$  tubular;
- ✓ número de adenomas: maior o nº de adenomas, maior o risco de adenocarcinomas.









# Adenocarcinoma

## Epidemiologia

- ✓ 95% malignidades do cólon (2ª causa †);
- ✓ pico na 7ª década, antes dos 40 anos é raro sem associação com polipose, síndromes genéticas ou DII;
- ✓ + comum ♀ câncer de mama ou genital;
- ✓ reto + em ♂, cólon + em ♀;
- ✓ + em países industrializados com dietas com ↑ gordura, proteína e carboidratos refinados e ↓ fibras.



# Adenocarcinoma

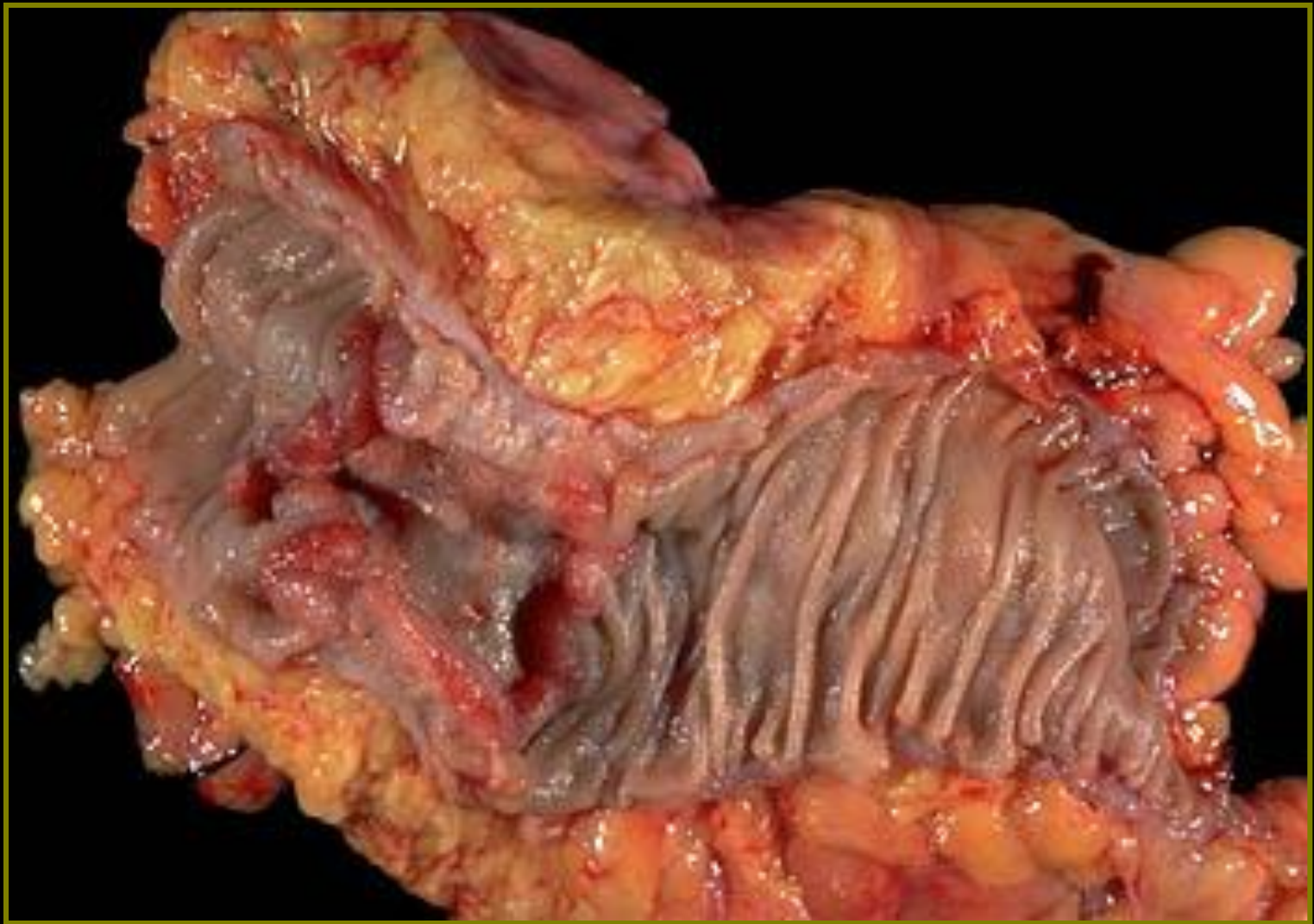
- ✓ **Influências Genéticas:** carcinoma coloretal hereditário não-polipose: 5-13%, dominante, crom. 2, famílias com três ou mais membros afetados antes dos 50 anos por 2 gerações sucessivas (30-50 anos), cólon D (50%), múltiplos (20%), (câncer cólon específico, síndrome câncer familiar);
- ✓ população geral, dominante, ↓ penetrância, se houver caso na família, 3 vezes mais risco;
- ✓ Mutação/deleção genes supressão tumoral e ativação de oncogenes.

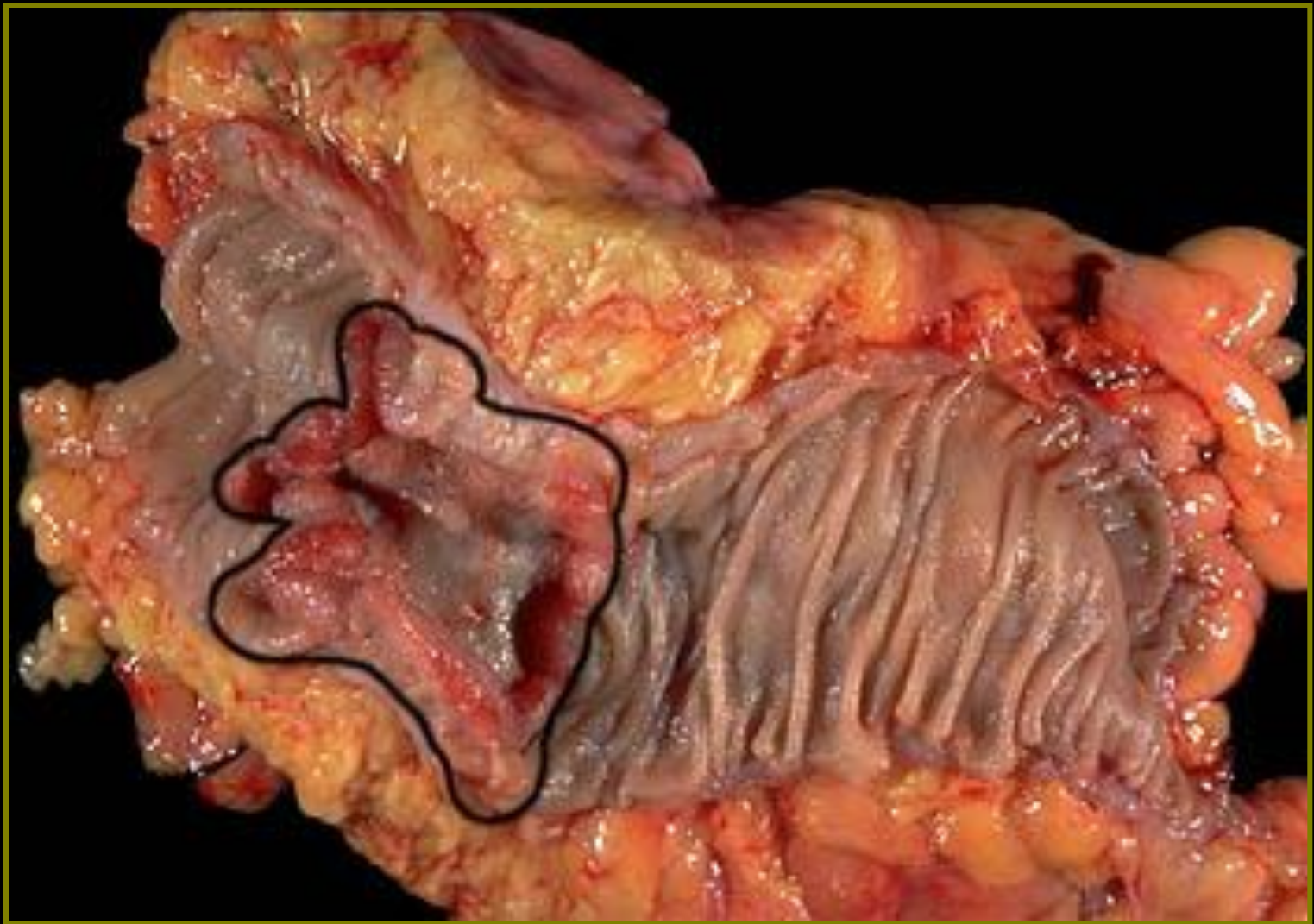
# Adenocarcinoma

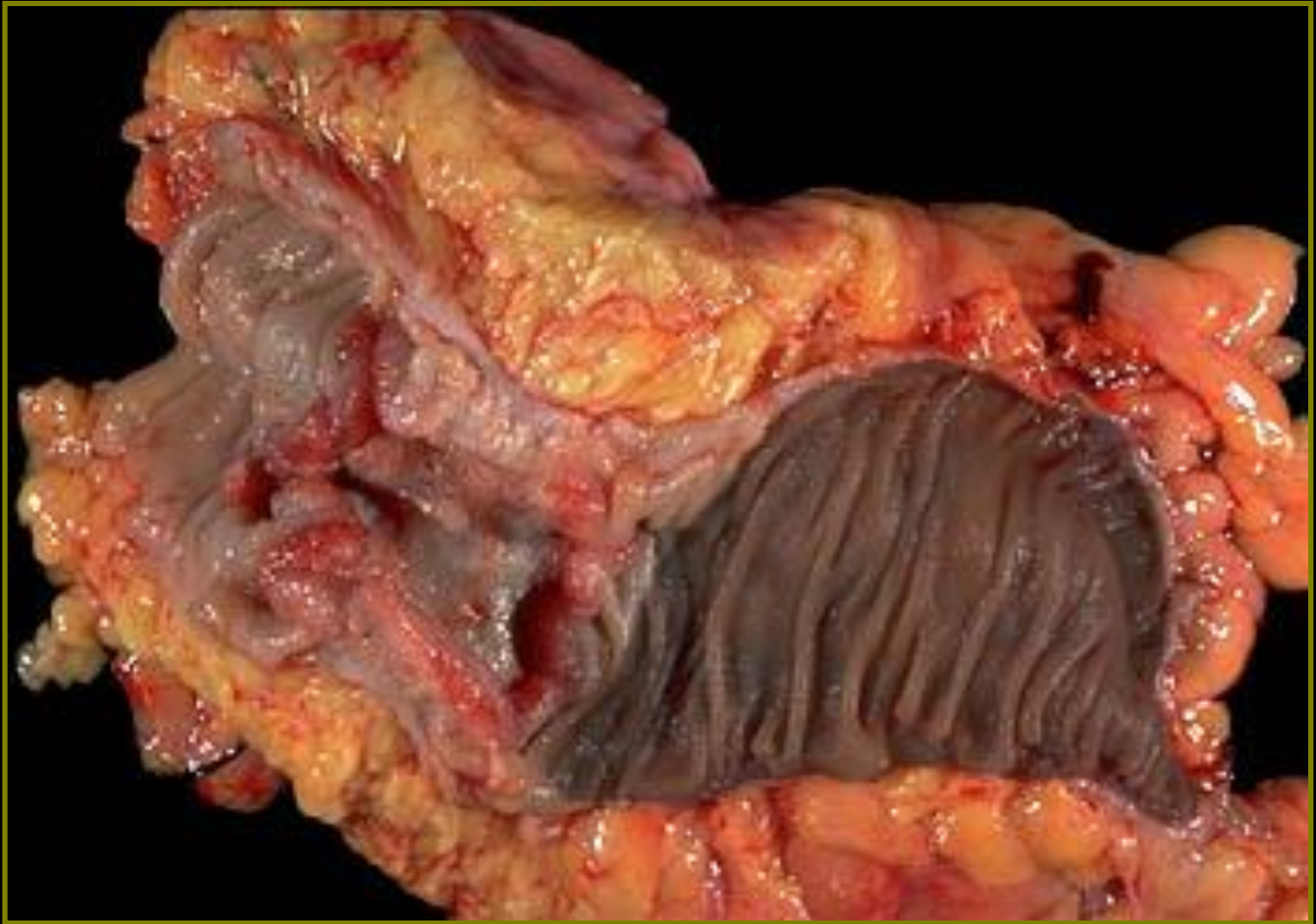
- ✓ 60-75% reto-sigmóide, porém vem mudando nas últimas décadas;
- ✓ população geral → 2-5%, colite ulcerativa → 20-50% são múltiplos;
- ✓ retosigmóide → sangramento e obstrução;
- ✓ ceco/cólon D → anemia e sangramento oculto nas fezes;
- ✓ diagnóstico por enema baritado, seguido por colonoscopia e biópsia.

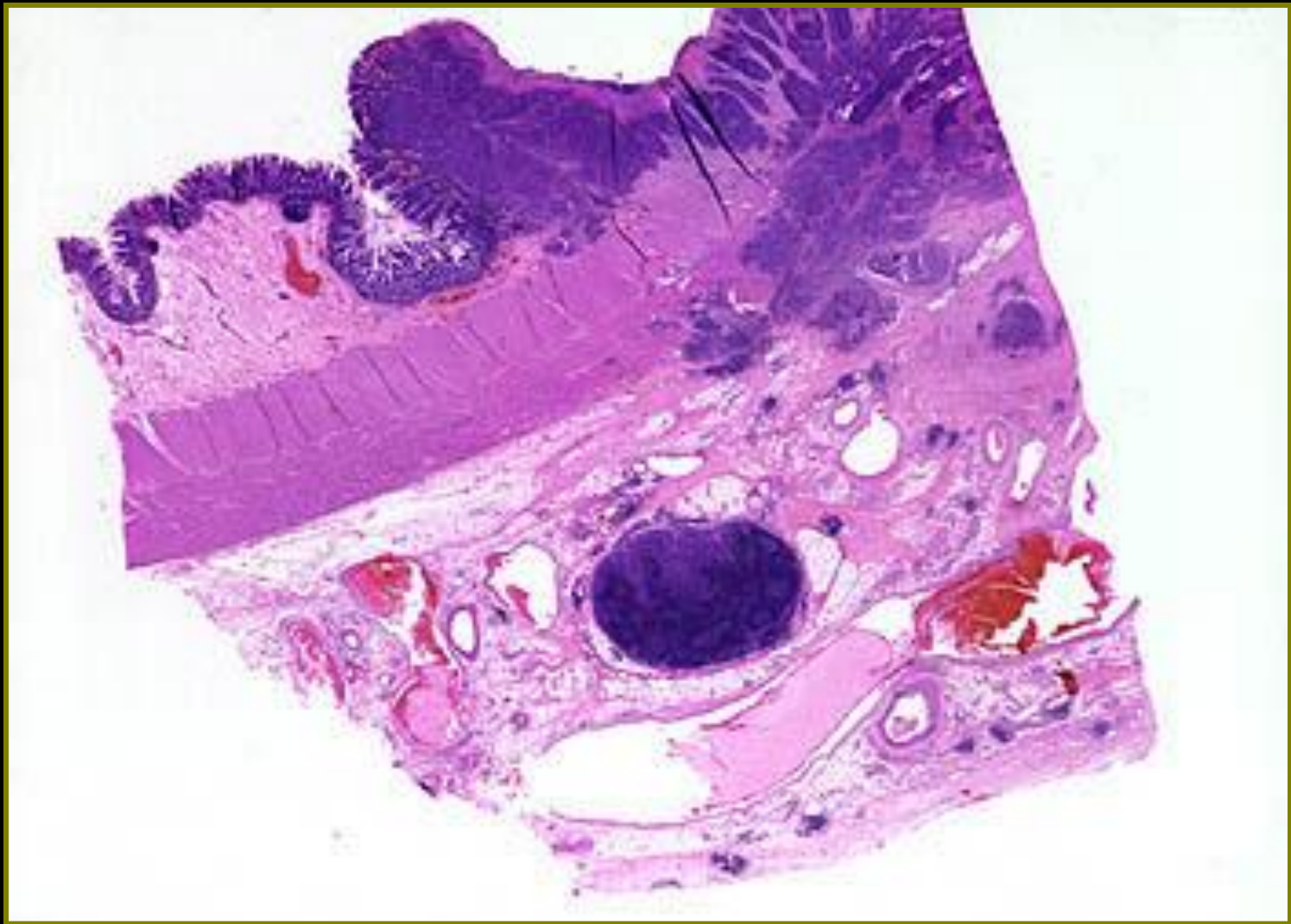
# Adenocarcinoma

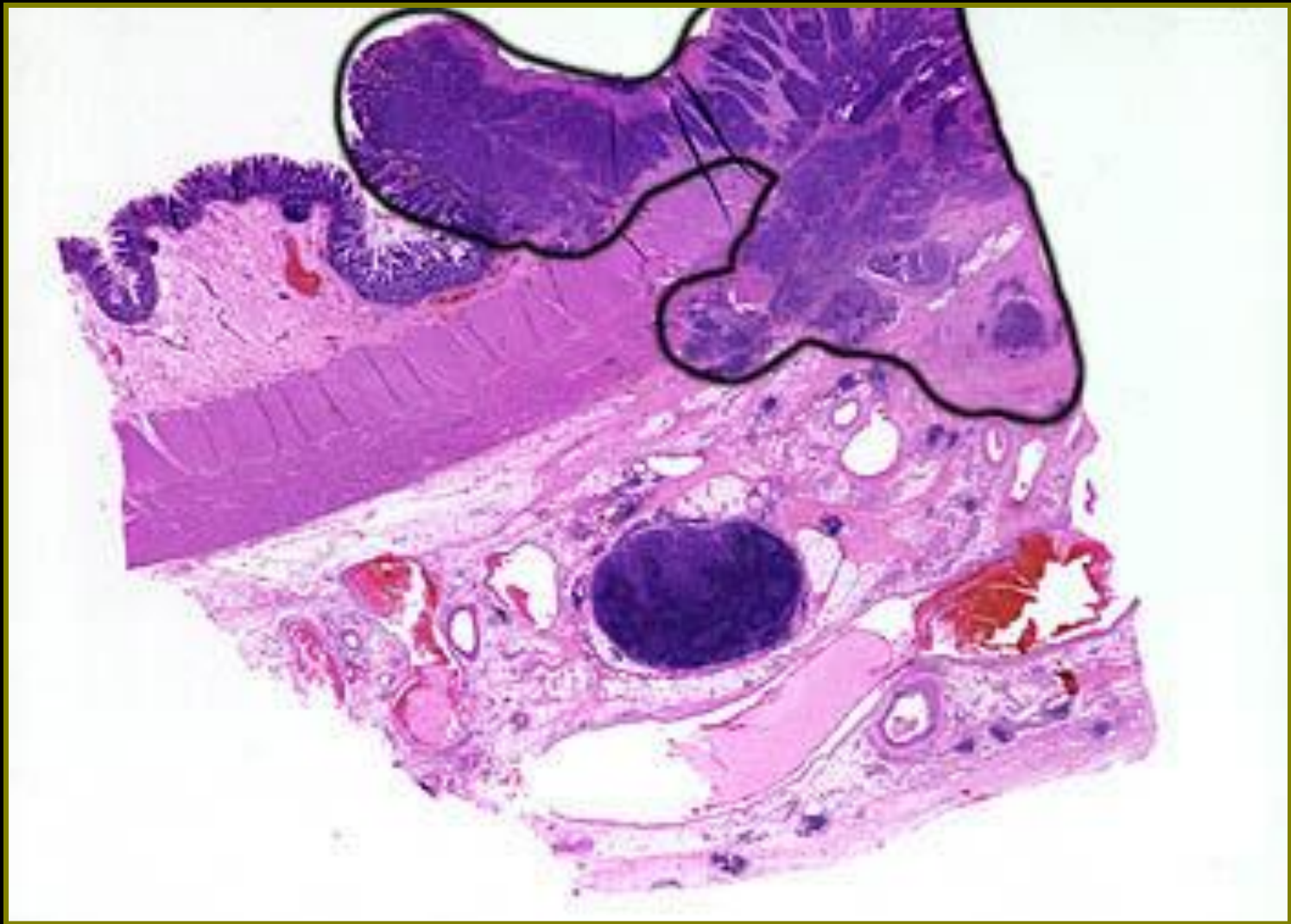
- ✓ **Macro:** cólon D → massa polipóide/fungóide, cólon E → placa anular ulcerada, eventualmente linite plástica;
- ✓ **Micro:** 95% adenocarcinomas bem a moderadamente diferenciados, podem ser eventualmente mucinosos, ou até com células em anel de sinete, variantes escamosas são raras;
- ✓ estadiamentos de **Dukes** e **Astler-Coller**;
- ✓ cirurgia, radio e quimioterapia (CEA).



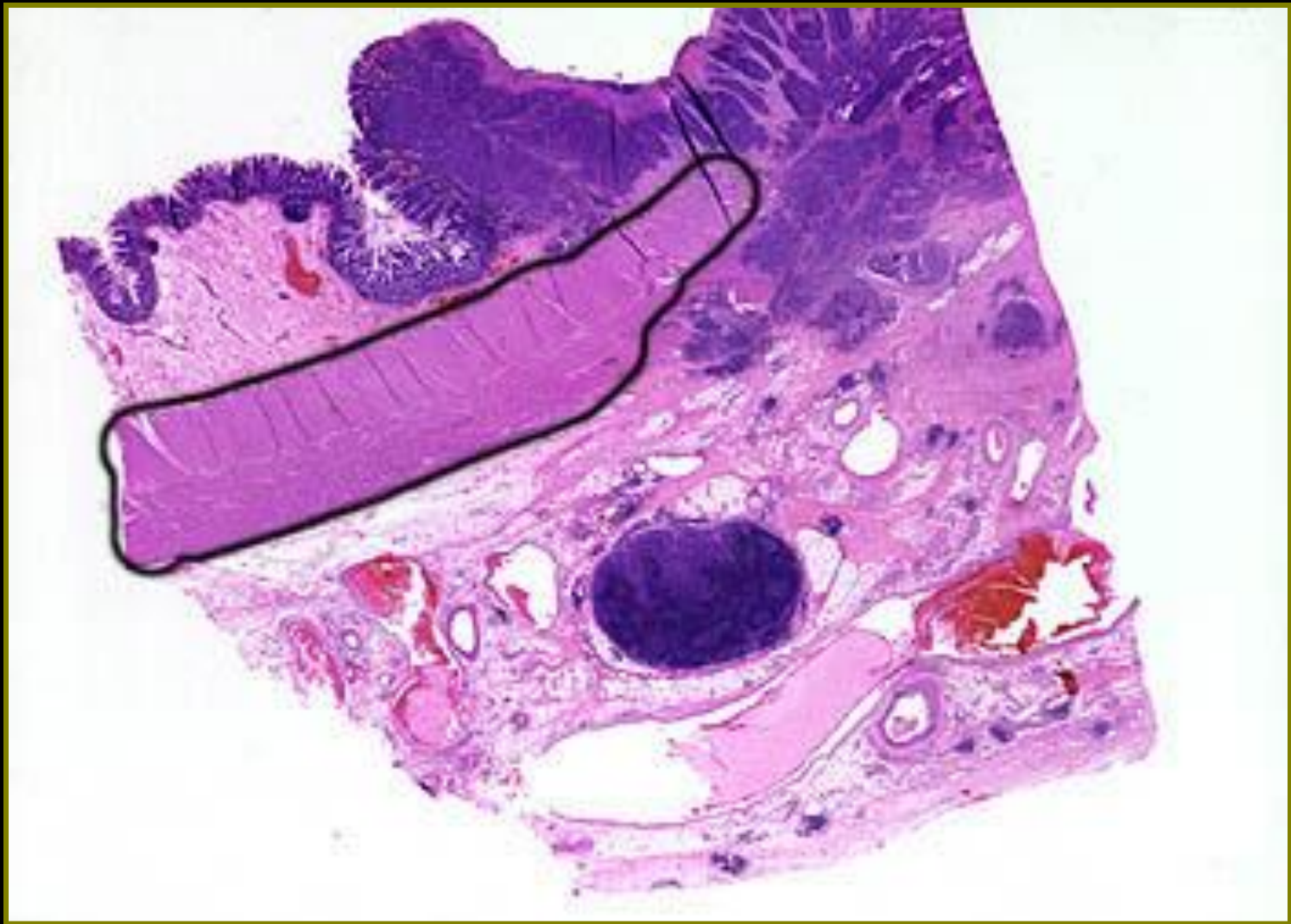


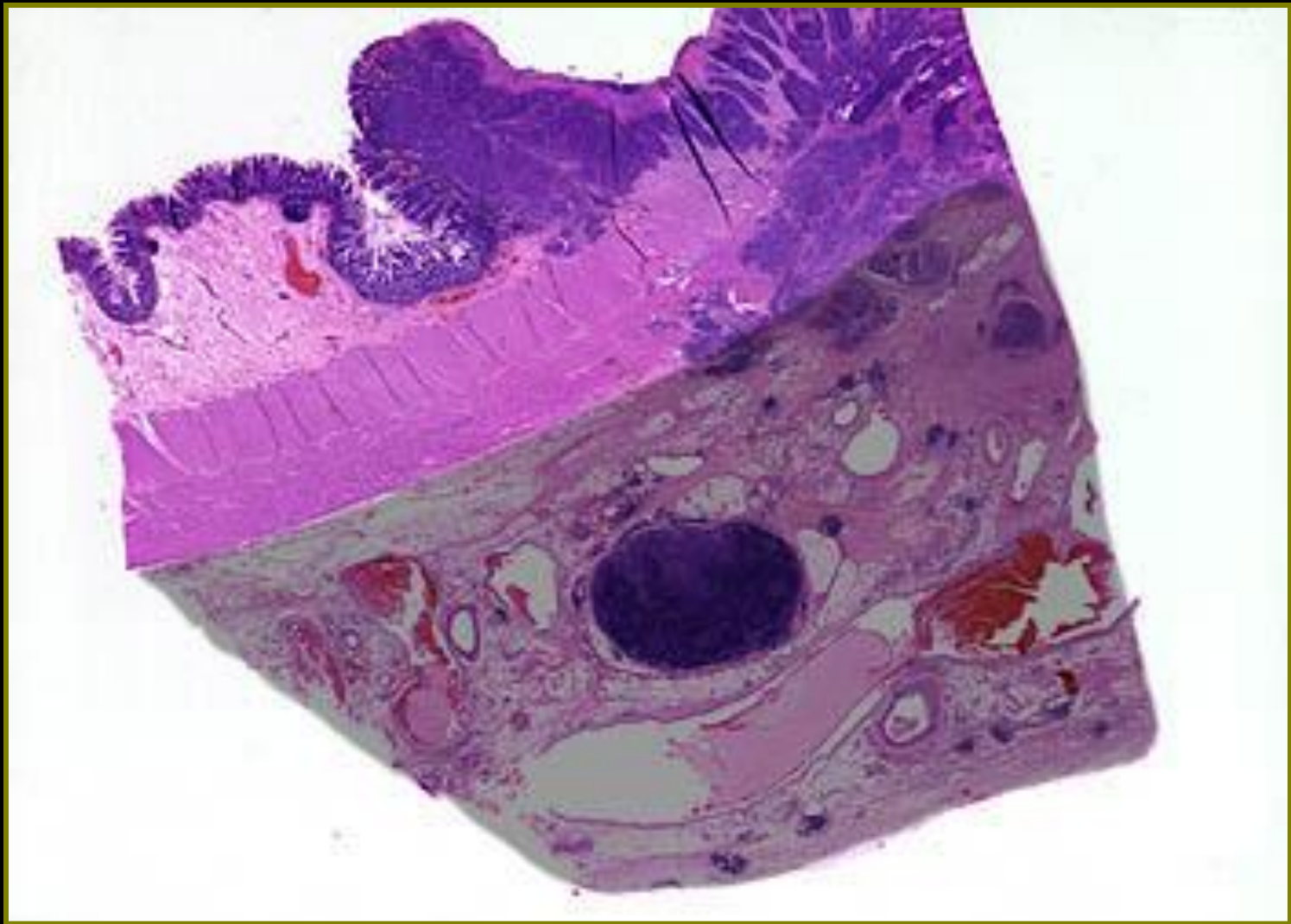


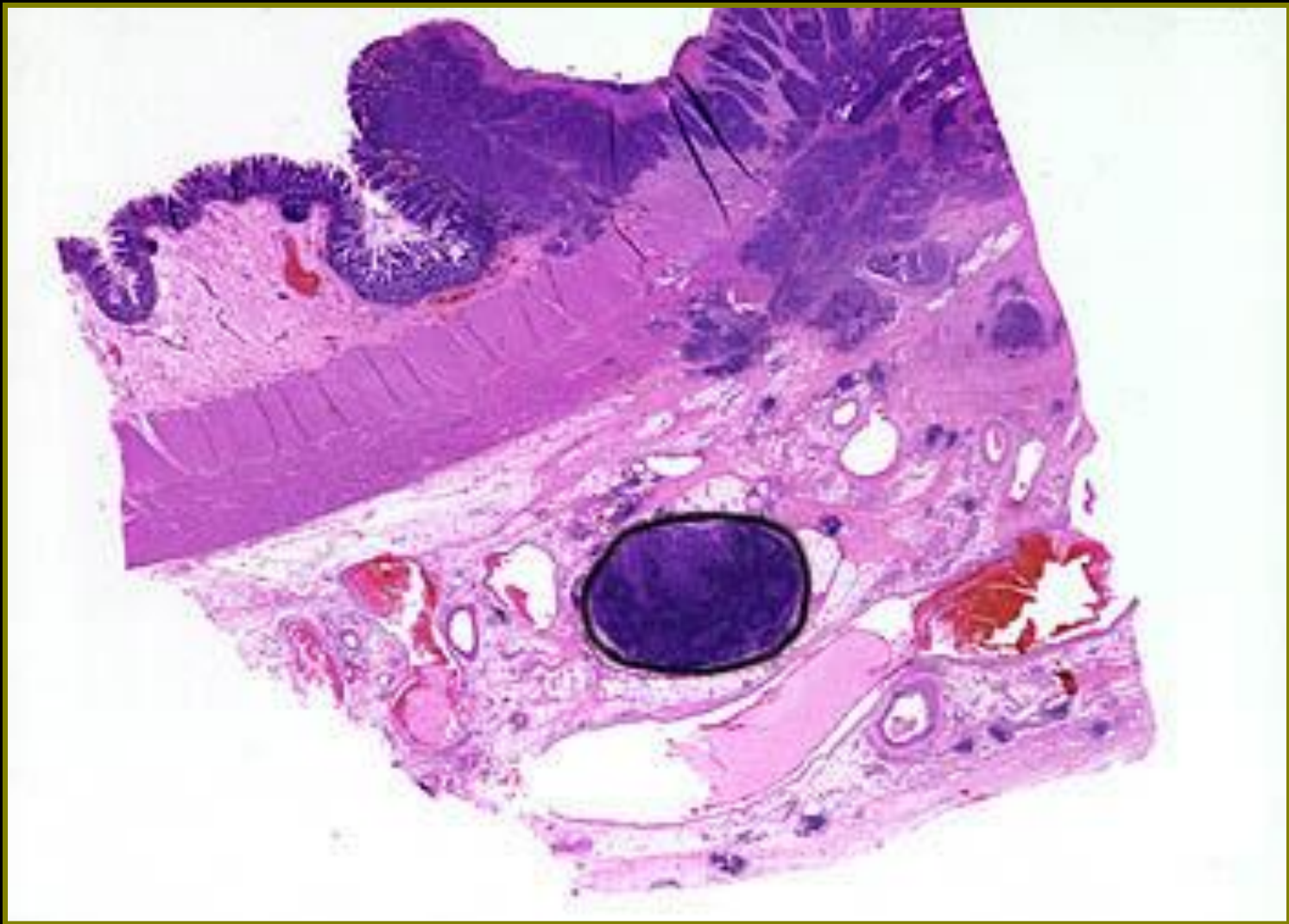


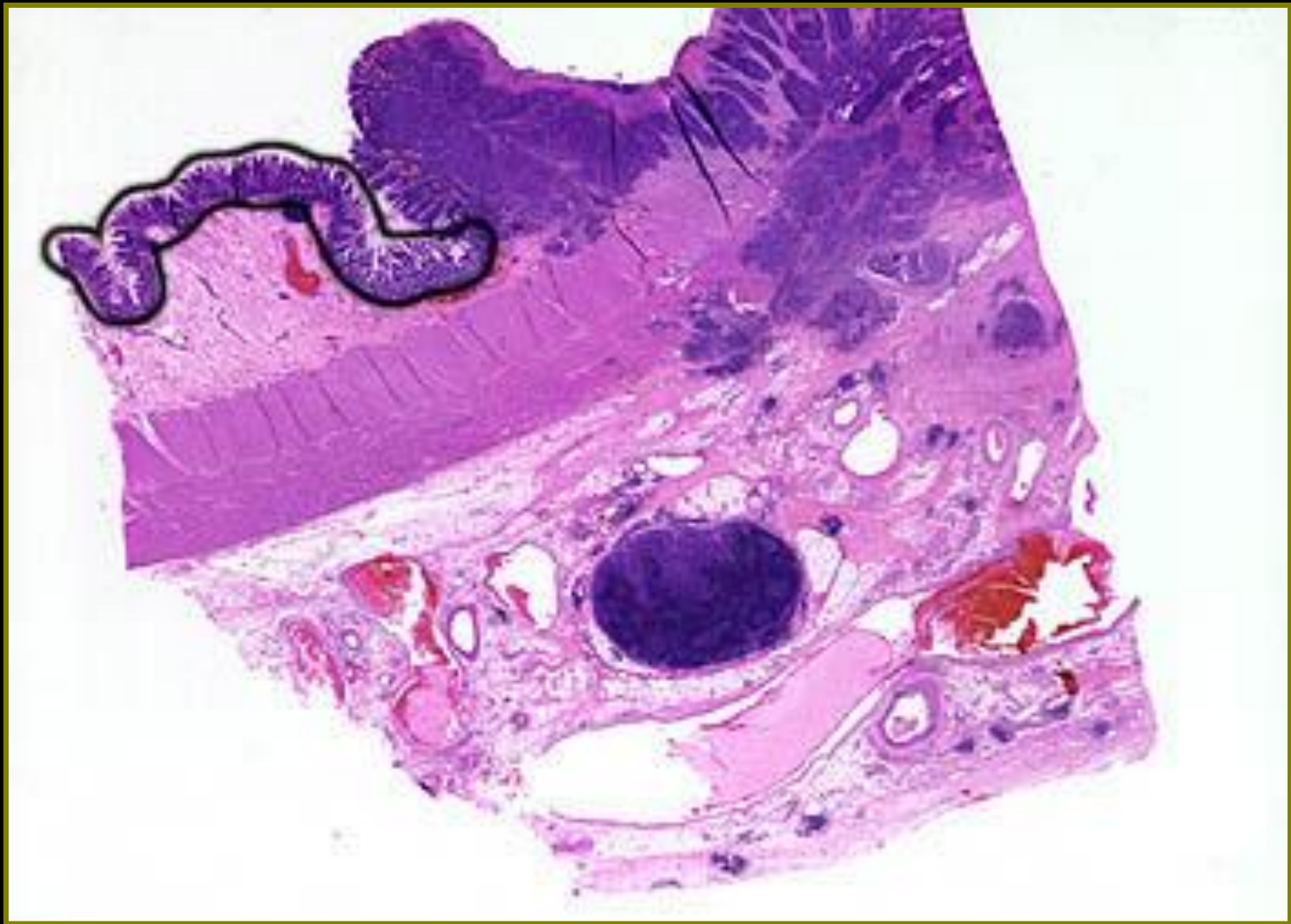


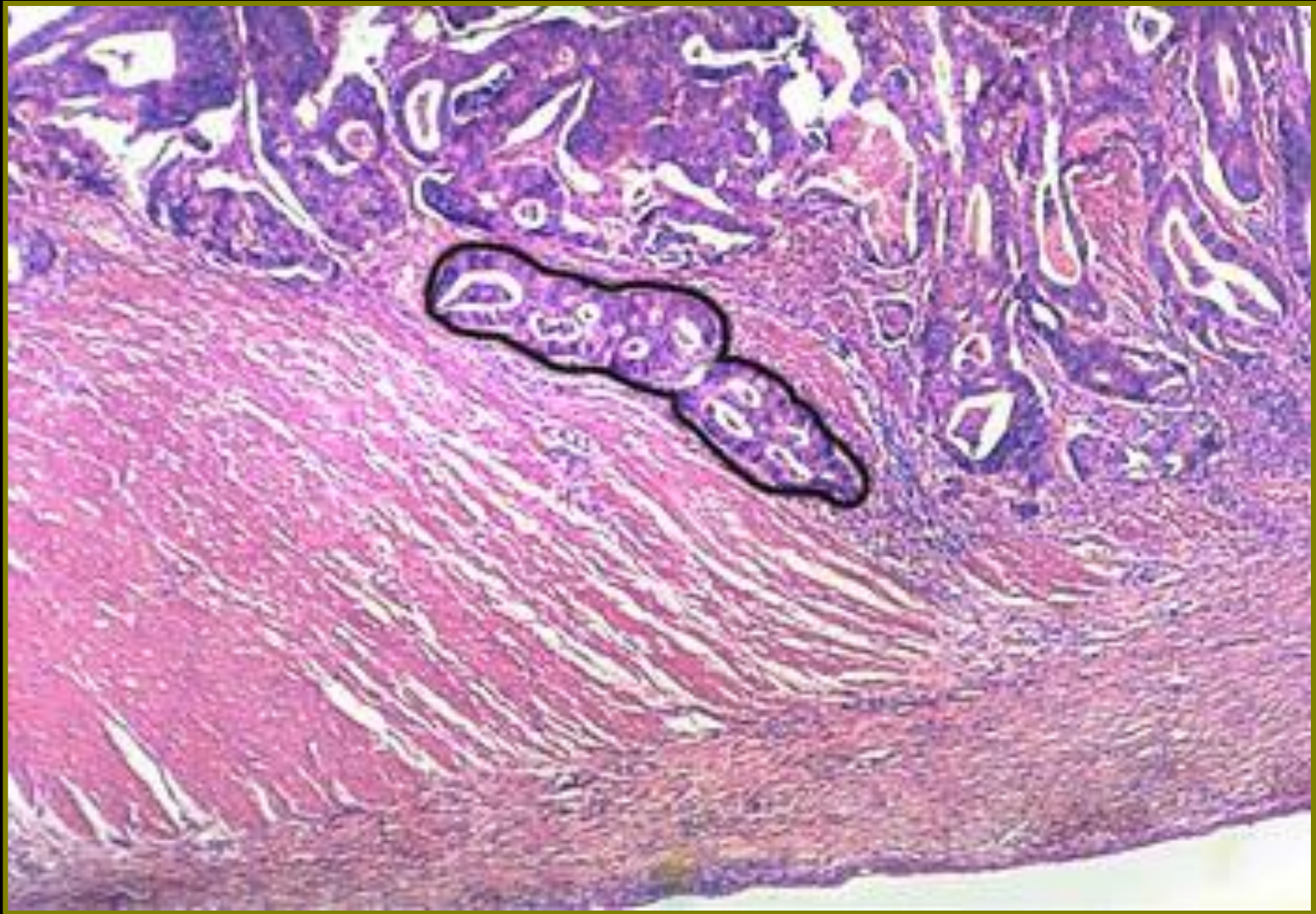


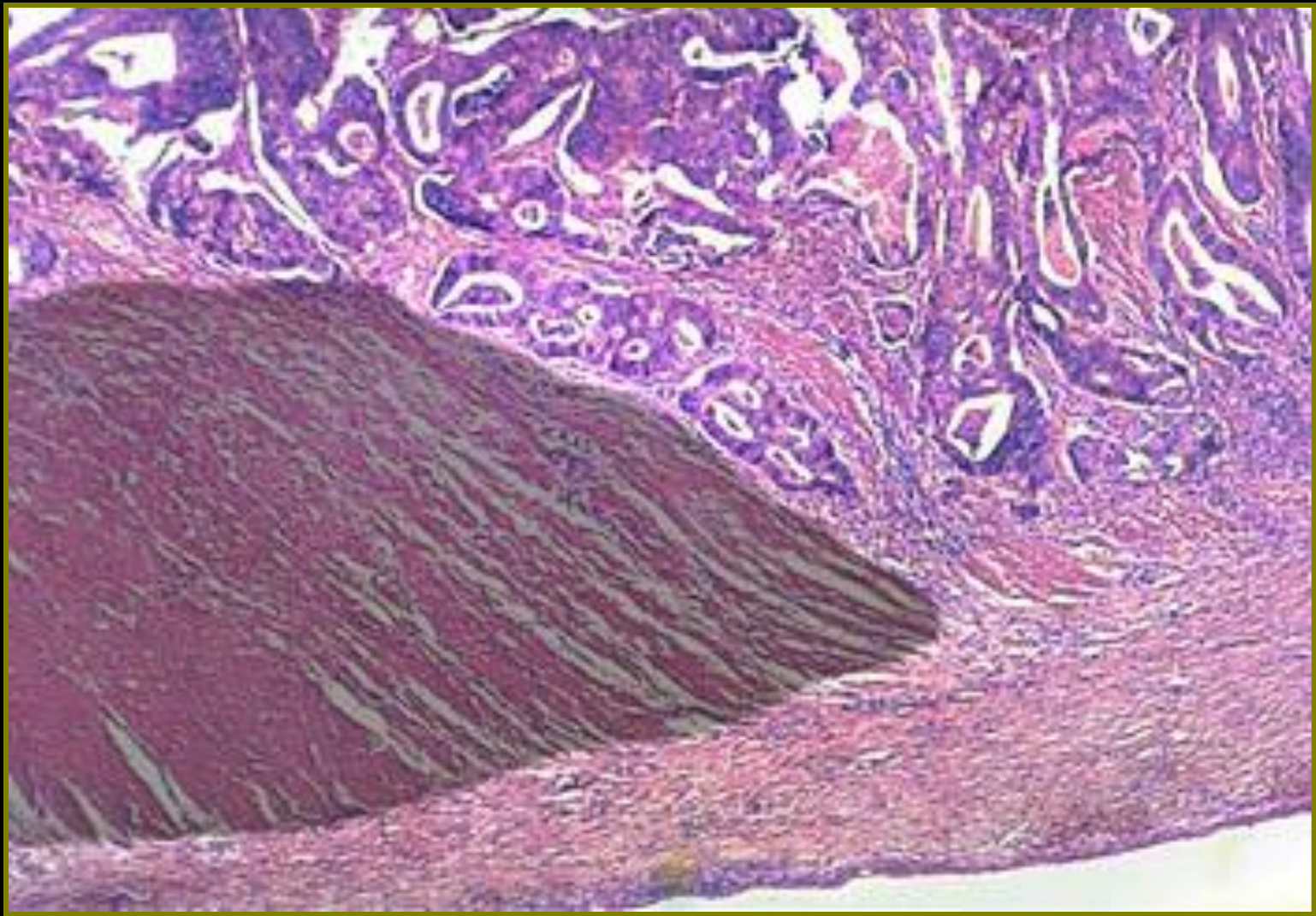








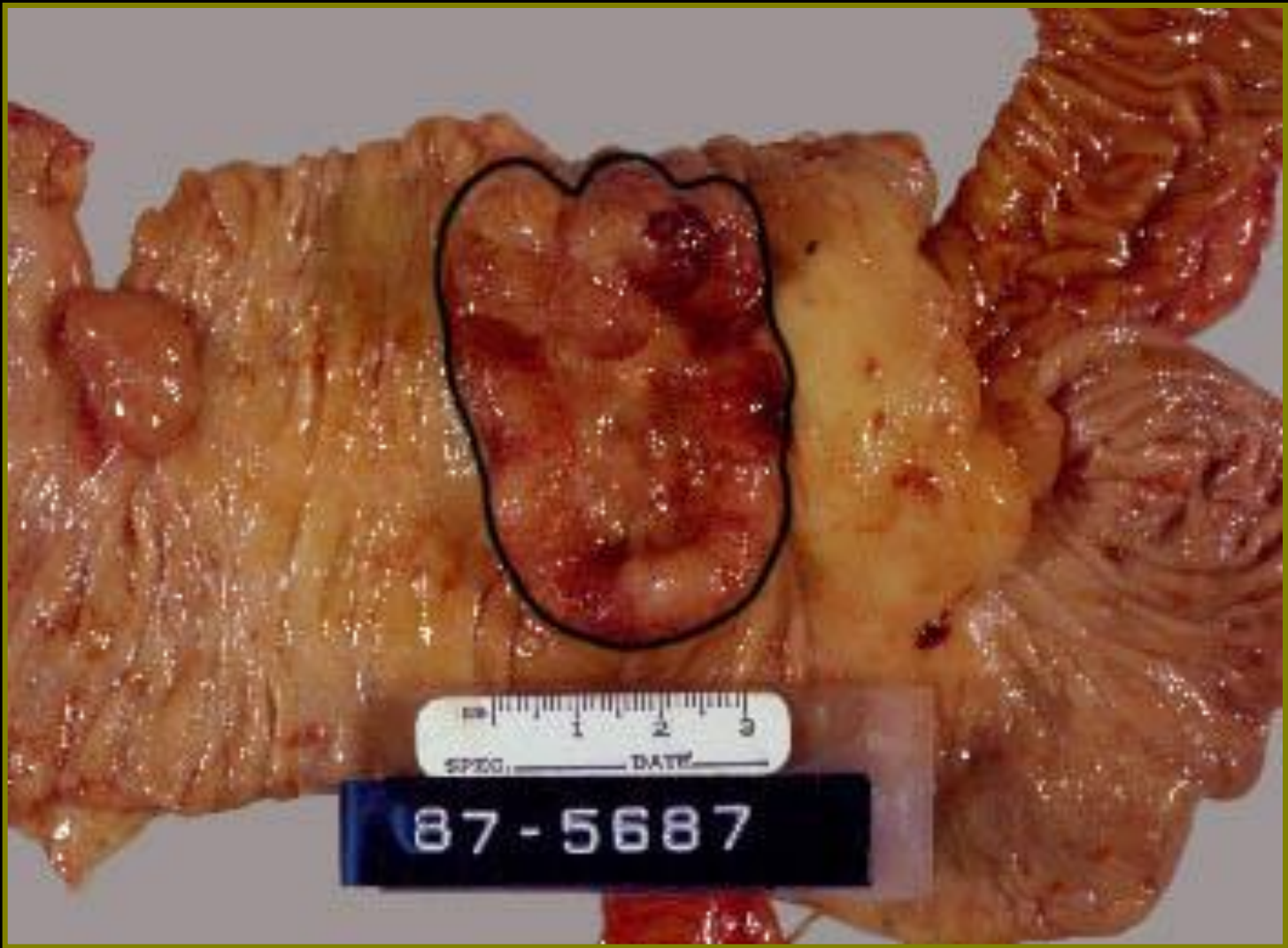






cm 1 2 3  
SPEC. \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

87-5687



cm 1 2 3  
SPEC. \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

87-5687





SPEC. \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

87-5687



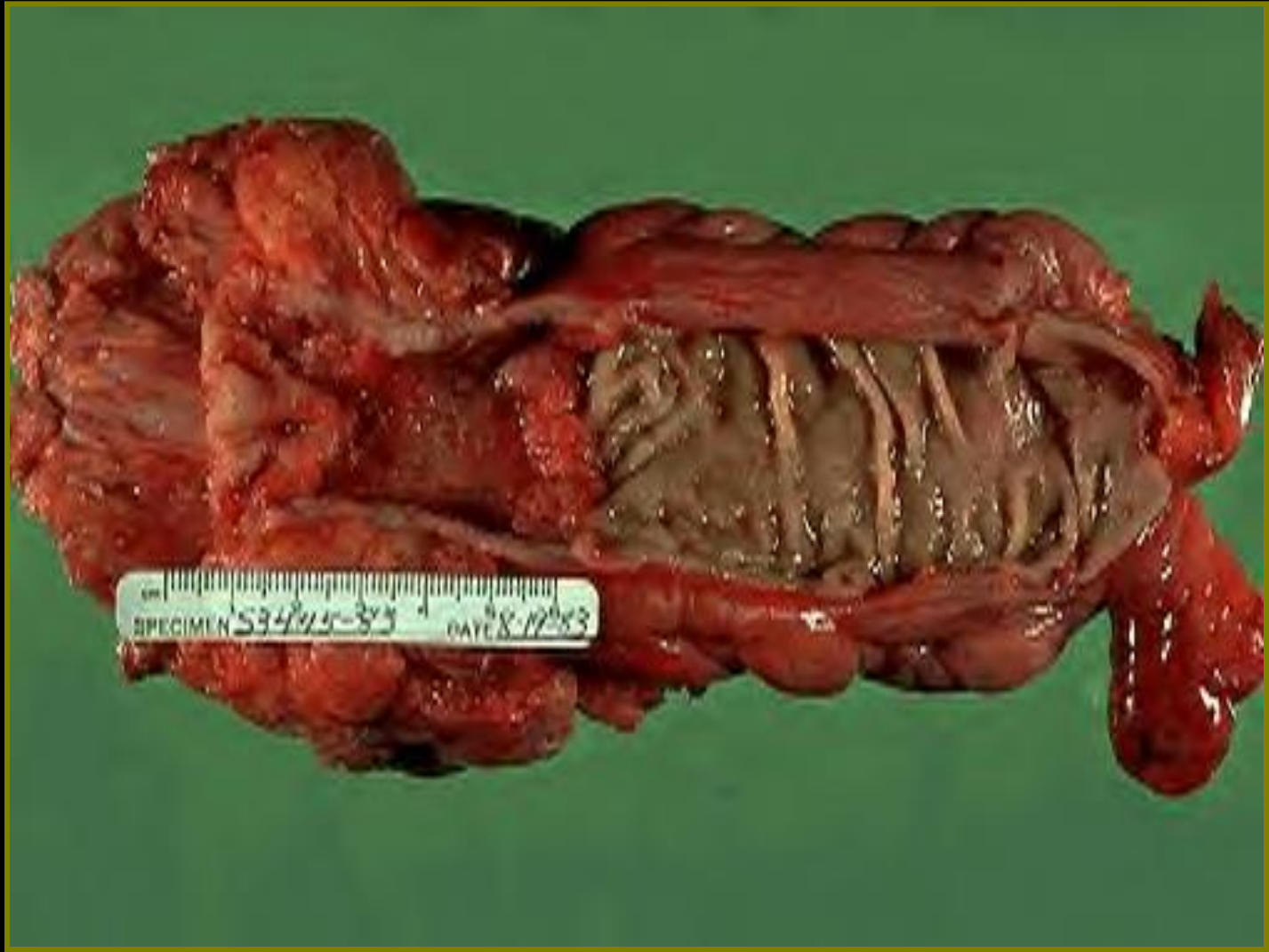
cm 1 2 3  
SPEC. \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

87-5687



cm 1 2 3  
SPEC. \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

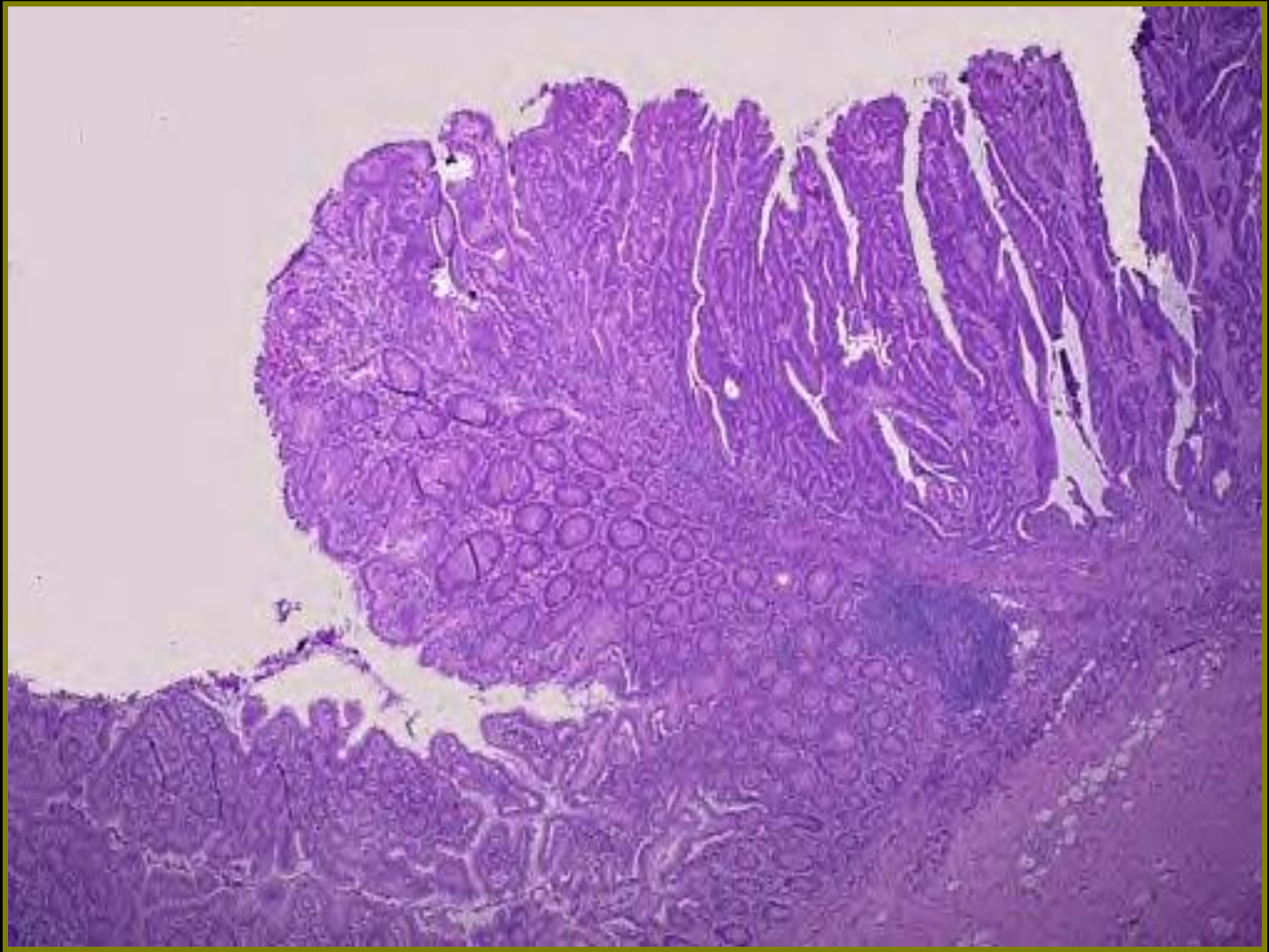
87-5687



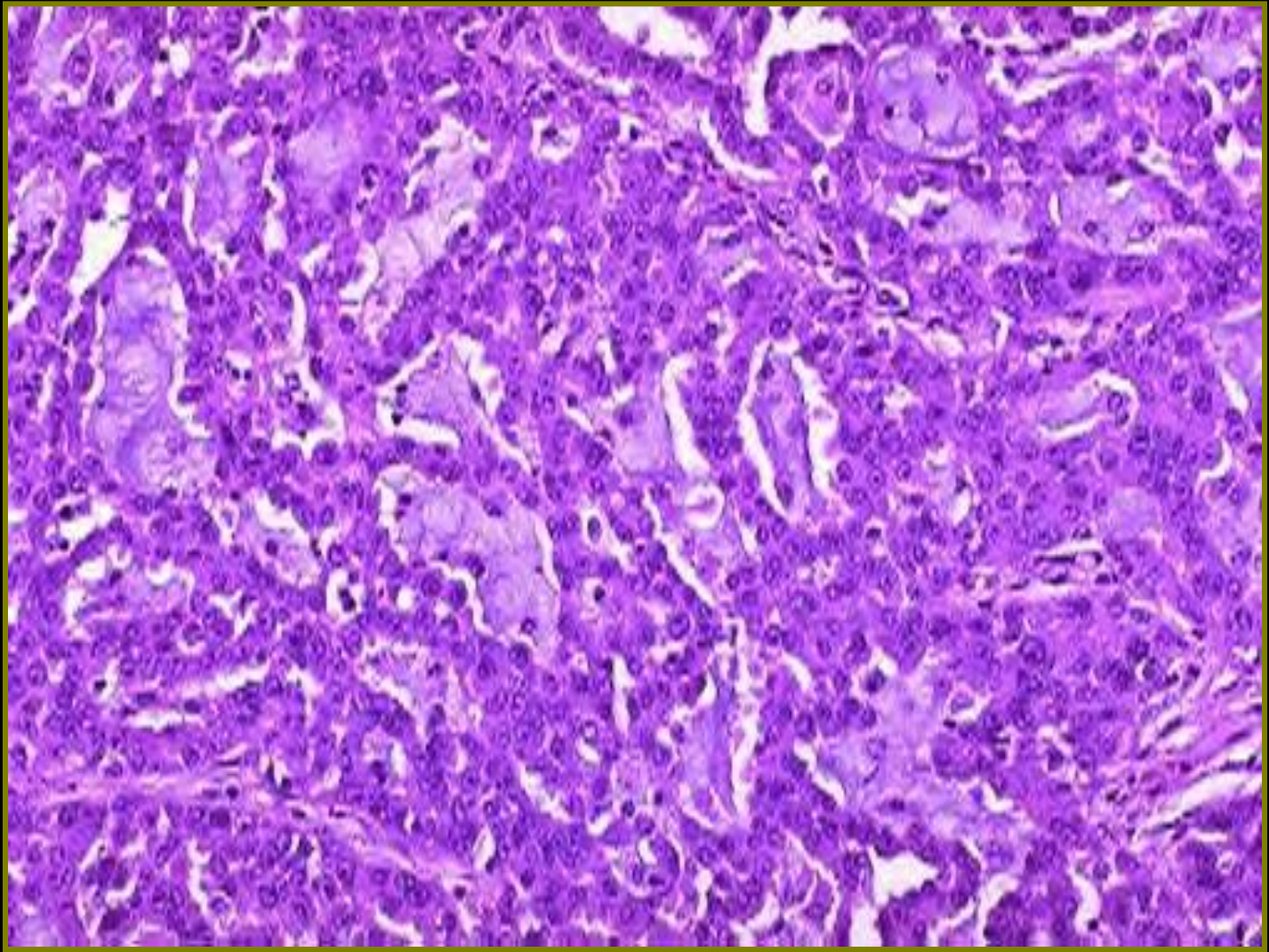


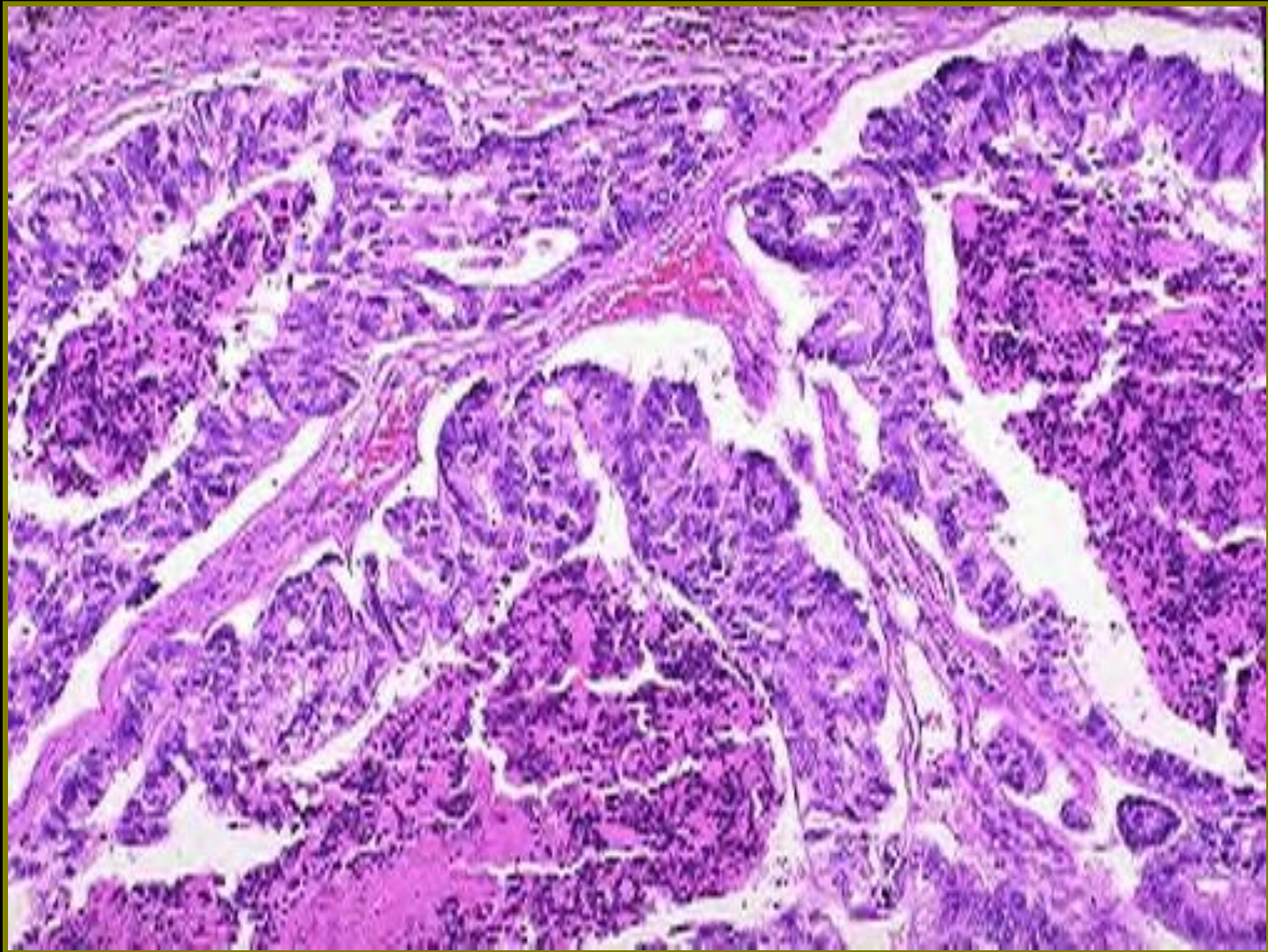


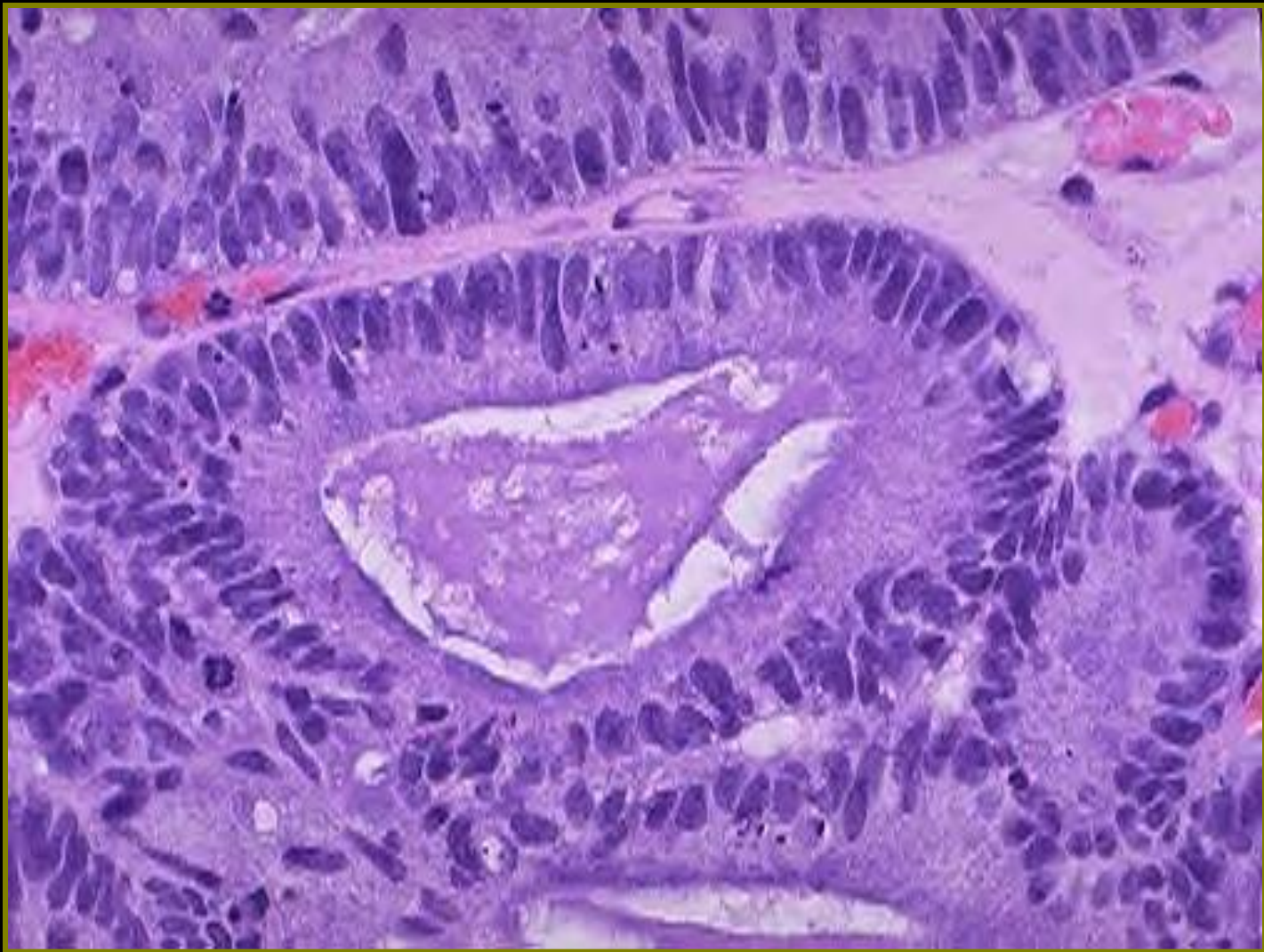














cm 1 2 3 4  
895-4919

