



FAME UNIPAC - JF

liga de

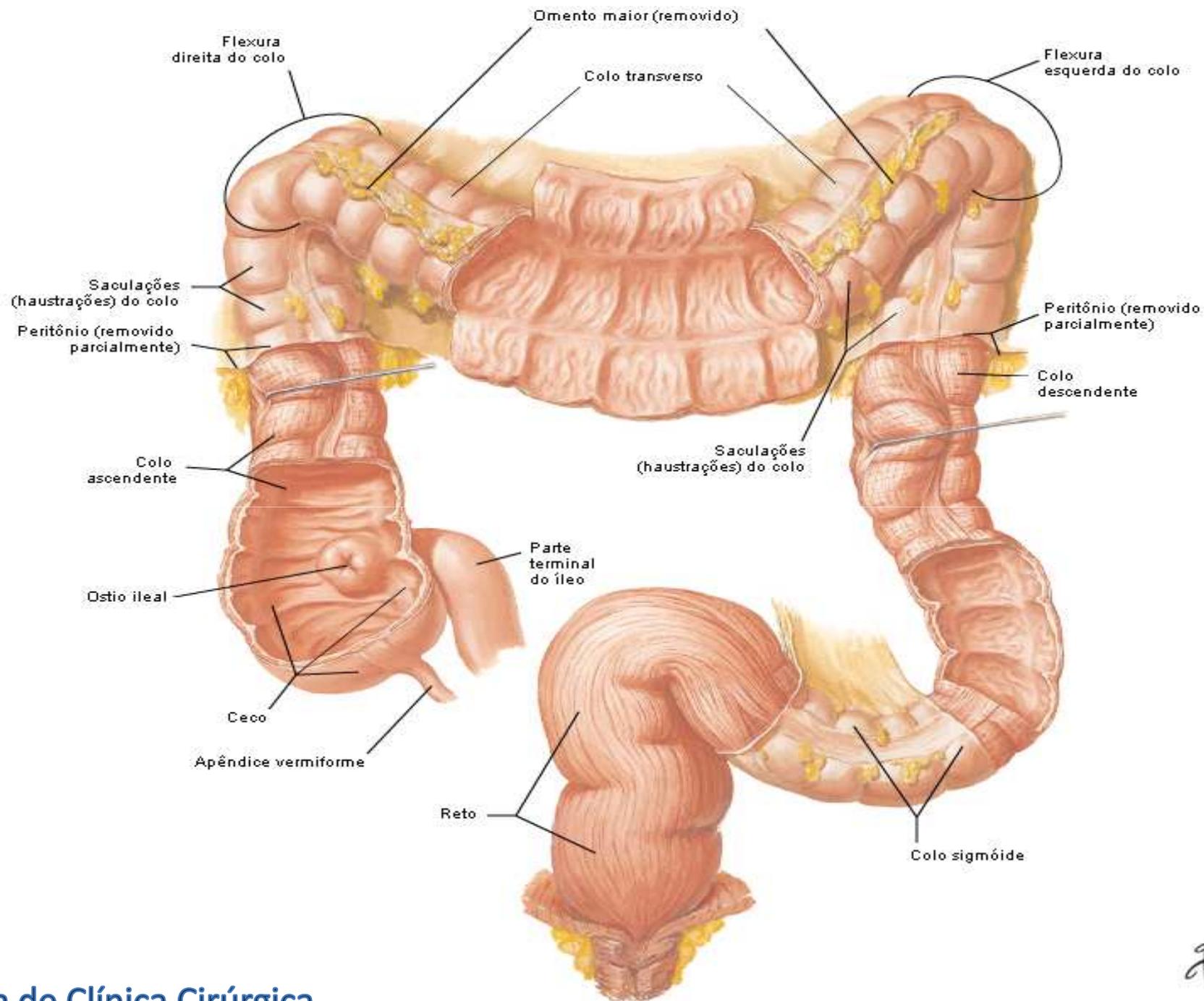
Clínica

Cirúrgica



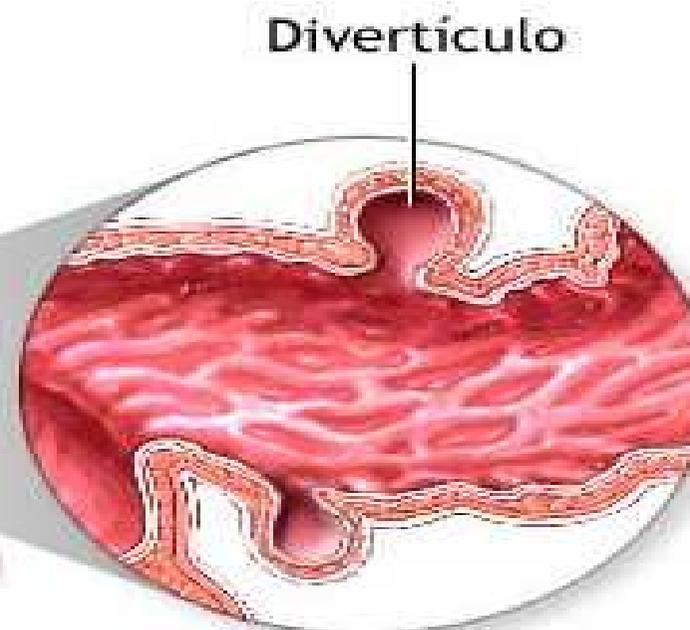
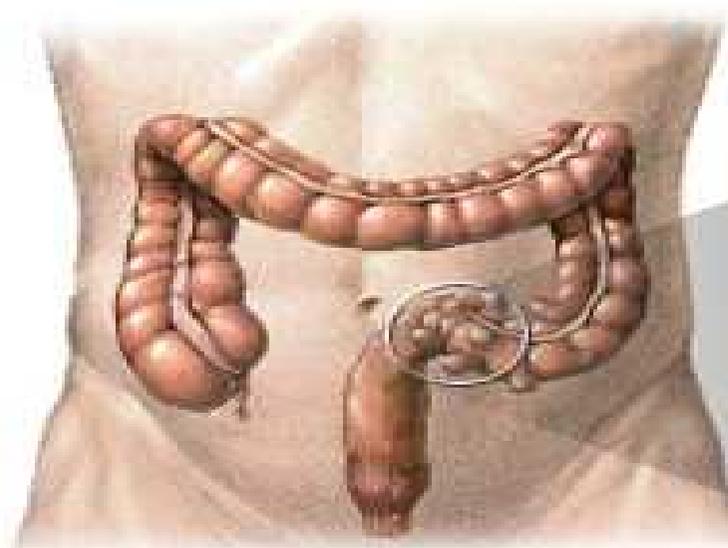
Patologias do Intestino Grosso

Bruno Victor da Costa
5º Período
Junho de 2012

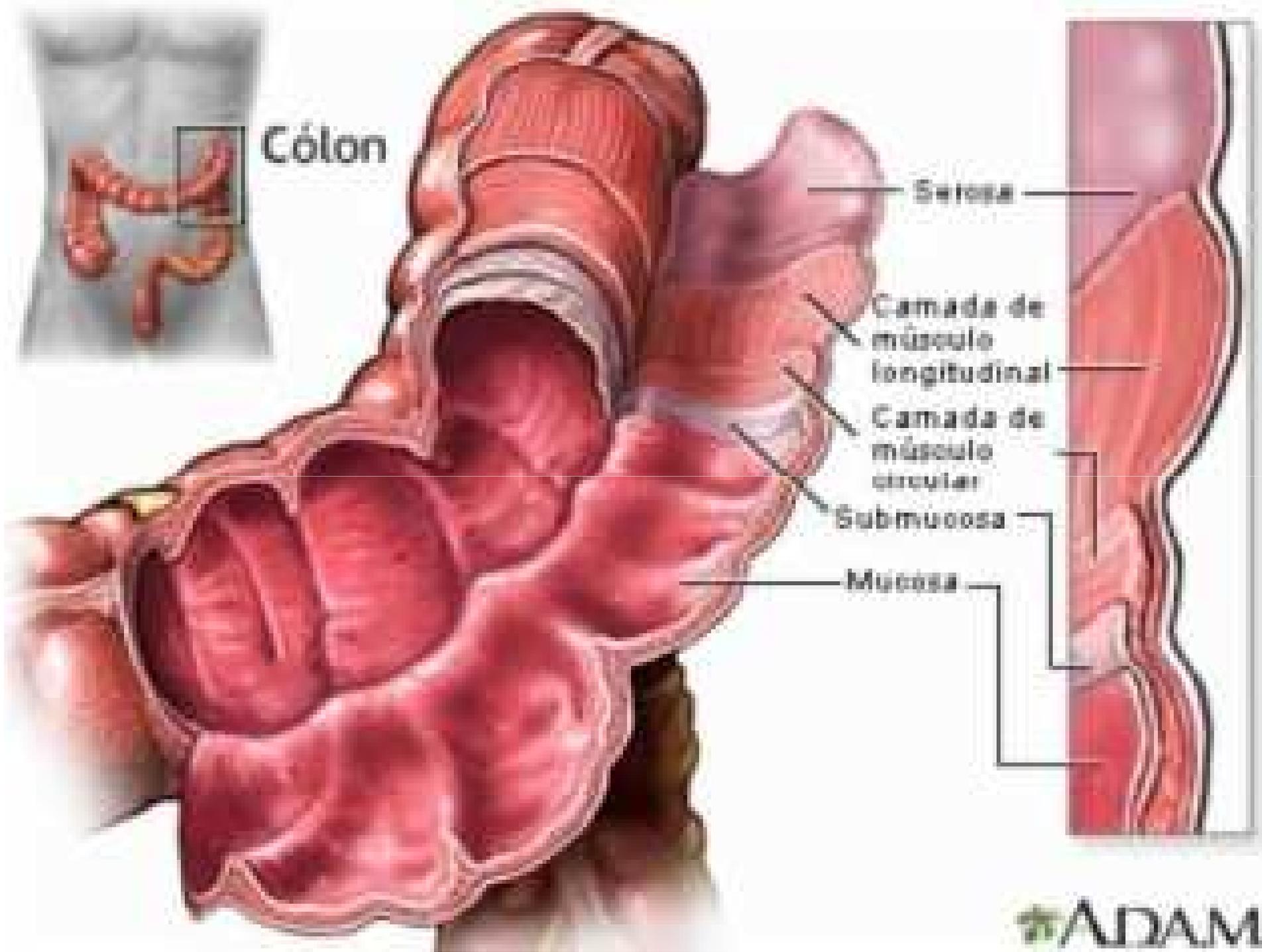




DIVERTÍCULO



Cólon





DIVERTÍCULO

VERDADEIRO

**Composto por todas as camadas da
parede intestinal**

FALSO

**Não possui uma das porções da parede
intestinal**



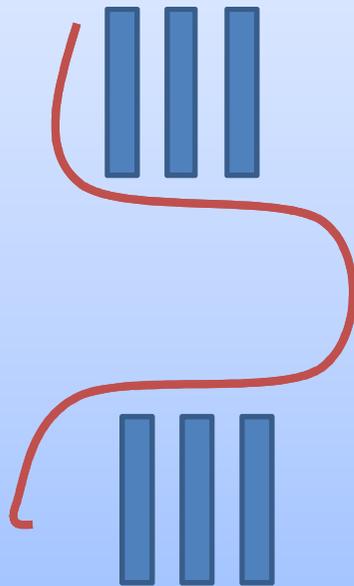
DIVERTICULOSE OU DOENÇA DIVERTICULAR

Termos empregados para indicar a presença de divertículos colônicos



DIVERTICULOSE OU DOENÇA DIVERTICULAR

Herniações da mucosa do intestino grosso entre as fibras musculares da parede intestinal.



Estes locais onde os divertículos comumente ocorrem podem coincidir com os locais de penetração das arteríolas na parede muscular -> Hemorragia maciça que pode complicar a diverticulose.



DIVERTICULOSE OU DOENÇA DIVERTICULAR

- 1) Sigmoide – 50%
- 2) Cólon Descendente – 40%
- 3) Outras Regiões – 10% dos pacientes

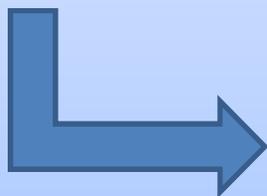


Diverticulite

Obstrução por fezes -> Inflamação do Divertículo.

Ocorre em 10 a 25% dos casos de pacientes com doença diverticular.

Acomete mais o Sigmoido -> 60% dos casos – Divertículos no Sigmoido.



DOR EM QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO QUE IRRADIA PARA VIRILHA ESQUERDA, COSTAS OU ÁREA SUPRA PÚBICA.

***Alterações nos hábitos intestinais também podem ocorrer.**



Diverticulite

SINAIS E SINTOMAS:

Dependem:

- > Local da Perfuração
- > Quantidade de Contaminação
- > Presença ou ausência de infecções secundárias em órgãos adjacentes

Dolorimento na parte inferior esquerda do abdome = mais comum (Descompressão brusca dolorosa positiva na região).



Diverticulite

DIAGNÓSTICO

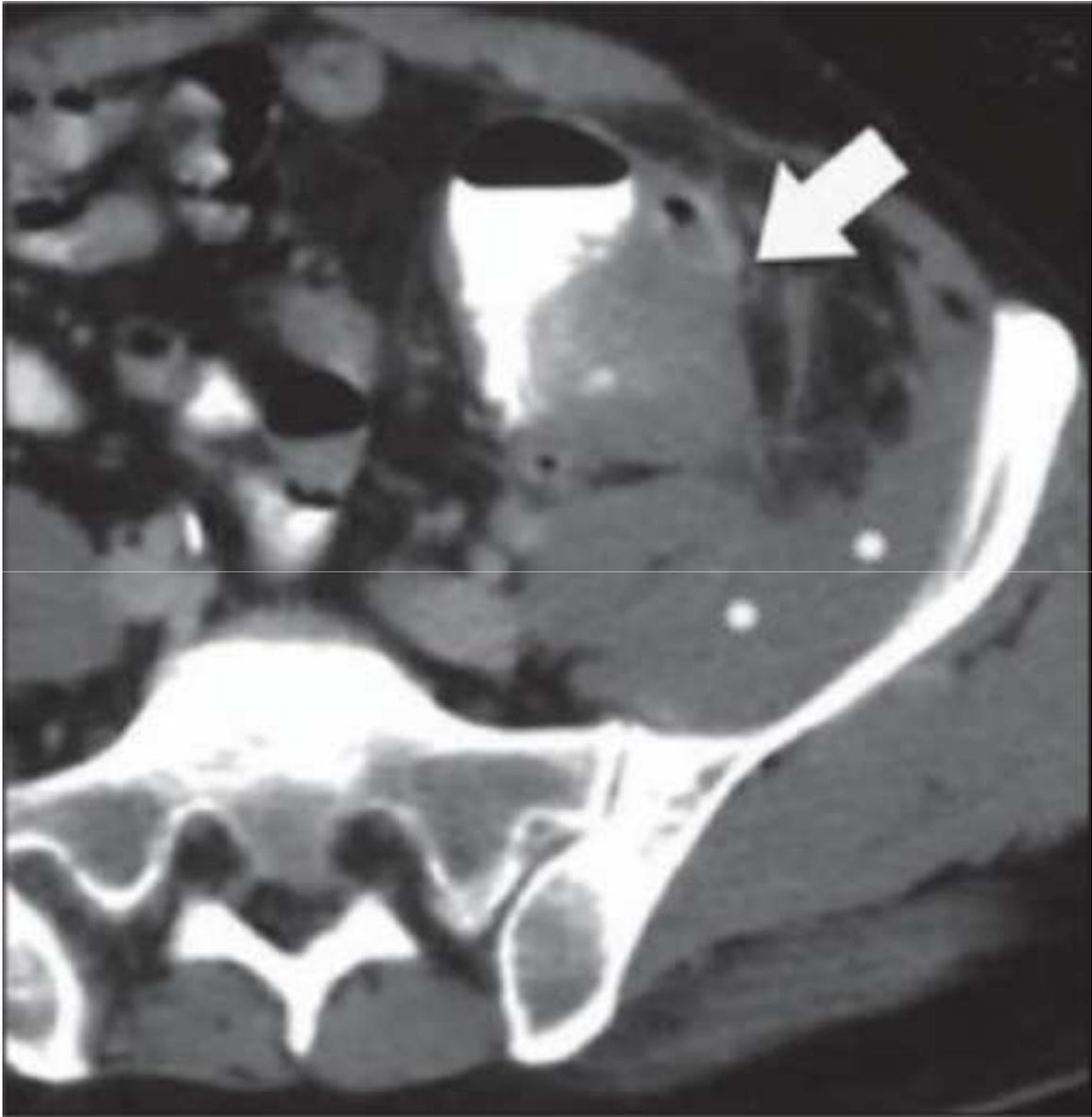
Anamnese + Exame Físico = Razoável grau de confiabilidade.

EXAMES COMPLEMENTARES

Tomografia Computadorizada

Ressonância Magnética

Ultrassonografia Abdominal





Apendicite

Principal Causa : Obstrução da luz do apêndice

- ↳ Fezes Espessadas (Fecalitos)
- ↳ Hiperplasia Linfóide
- ↳ Materia Vegetal, Sementes, Parasitos ou Neoplasia.



Apendicite

OBSTRUÇÃO DA LUZ -> CRESCIMENTO BACTERIANO (*E. coli*, *Streptococcus viridans*) +
SECREÇÃO DE MUCO



Distensão Intraluminal



DOR VISCERAL



Apendicite

ANAMNESE + EXAME FÍSICO



Apendicite

Dor Periumbilical

Anorexia e Náuseas

Irradiação para FOSSA ILÍACA DIREITA (Sinal de Bloomberg no Ponto de McBurney)

- Sinal de Rovsig

•Dor migratória é o sintoma mais confiável de apendicite aguda.

Febre (~ 38°C)

Leucocitose



Epidemiologia e Etiologia

Variação Sazonal? (+ Freq. Em Agosto e Janeiro)

Todas as faixas etárias porém mais comum em indivíduos com menos de 30 anos

Ambos os sexos

Mais comum em brancos

Prováveis causas: Influência ambiental, ingestão inadequada de fibras, aditivos químicos dos alimentos, açúcar refinado, leite de vaca.



Epidemiologia e Etiologia

Pacientes submetidos à apendicectomia prévia = maior risco

Familiar?



Características Patológicas

Mucosa e Submucosa do Cólon sem comprometendo da camada muscular

Nem sempre ocorre ulceração da mucosa

Aparência macroscópica clássica = Hiperemia da mucosa

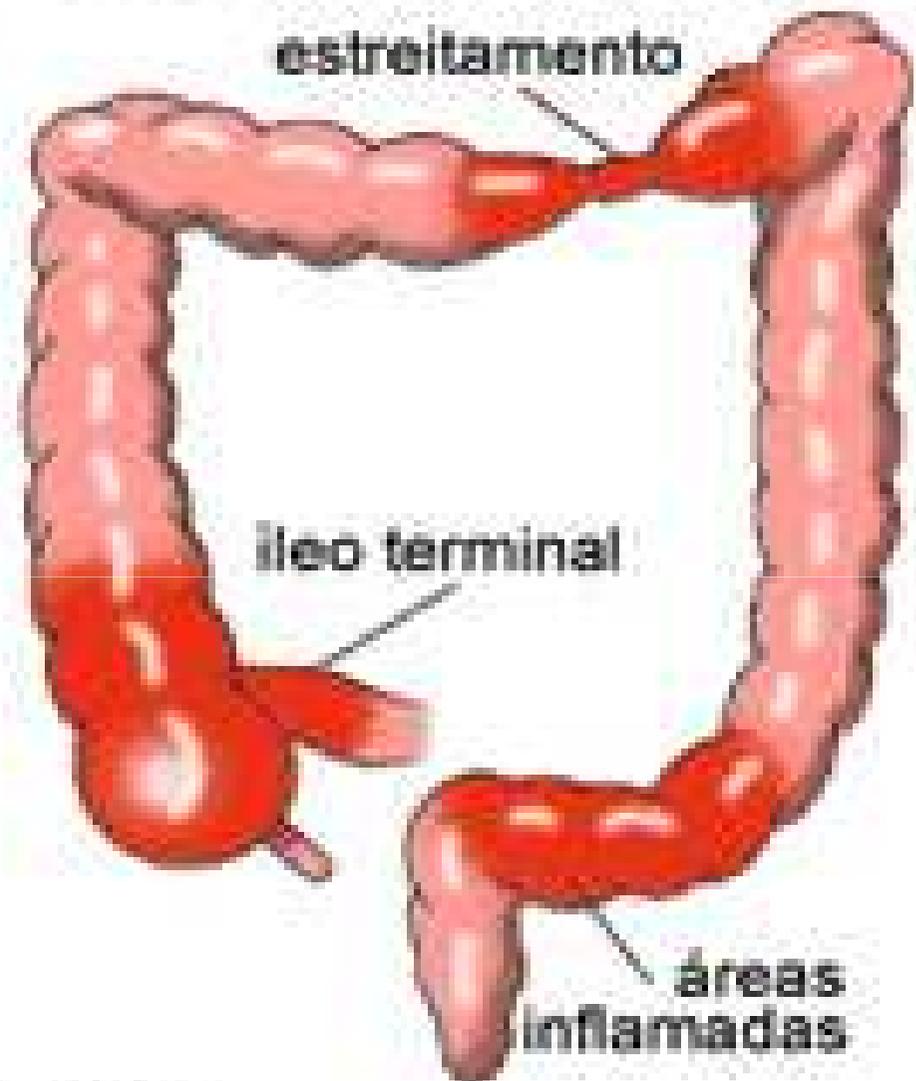
Reto invariavelmente afetado = importante para diagnóstico

O processo inflamatório é contínuo, mas a extensão pode ser variável = diferente da doença de chron onde temos áreas normais salteadas.

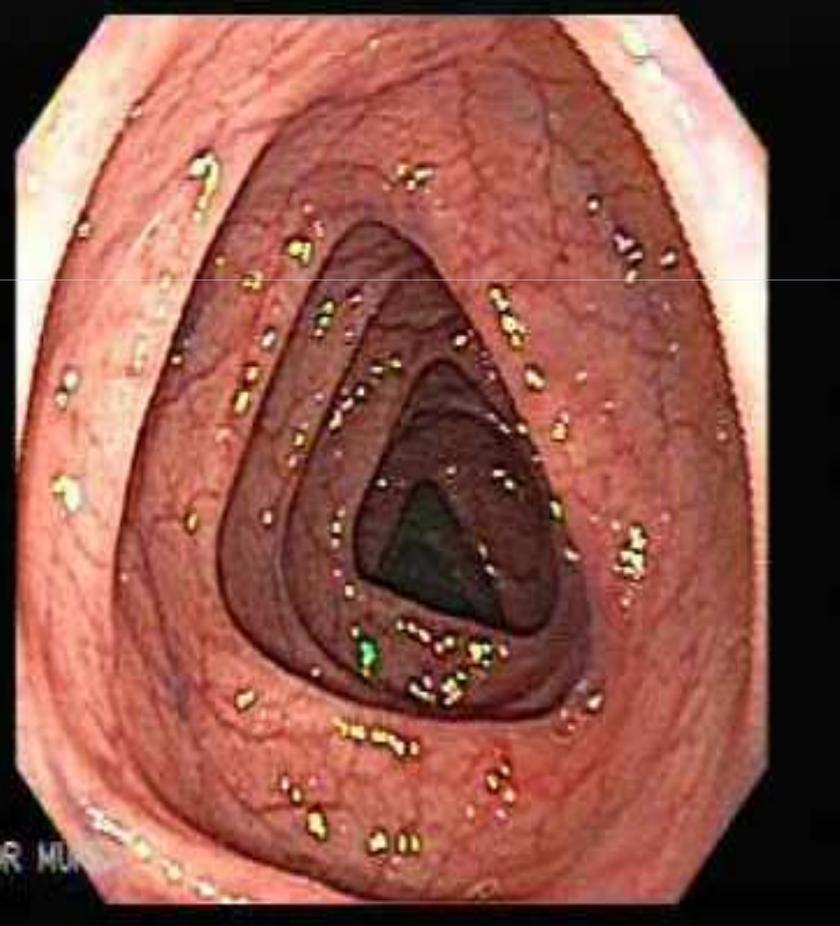
Colite Ulcerativa



Doença de Crohn



Locais de Manifestação das
Doenças Inflamatórias Intestinais





Apresentação Clínica

Colite Ulcerativa semelhante à Doença de Chron

Urgência = Colite Ulcerativa > Doença de Chron

Diarréia

Sangramento Retal

Desconforto abdominal < Doença de Chron



Diagnóstico

Endoscopia – proctossigmoidoscopia em geral é suficiente porque o reto invariavelmente sempre está inflamado na colite ulcerativa.

Colonoscopia – pouca informação adicional no quadro agudo, além do risco de perfuração colônica.

Radiografia gastrointestinal superior – exclui a possibilidade de envolvimento do intestino delgado – achado que poderia sugerir doença de chron.





Epidemiologia e Etiologia

Doença Intestinal Inflamatória Inespecífica

Pode afetar qualquer segmento do TGI

15% doença limitada ao cólon (simular colite ulcerativa)

15 a 30 anos, segundo pico entre 55 e 80 anos de idade.

Residentes Urbanos

Etiologia não definida: Resposta a um agente infeccioso inespecífico? Barrei mucosa deficiente ? Resposta anormal do hospedeiro aos antígenos dietéticos?



Características Patológicas

Parede colônica habitualmente espessada

Na doença grave -> a parede do intestino pode estar totalmente coberta por deslocamento de gordura do mesentério.

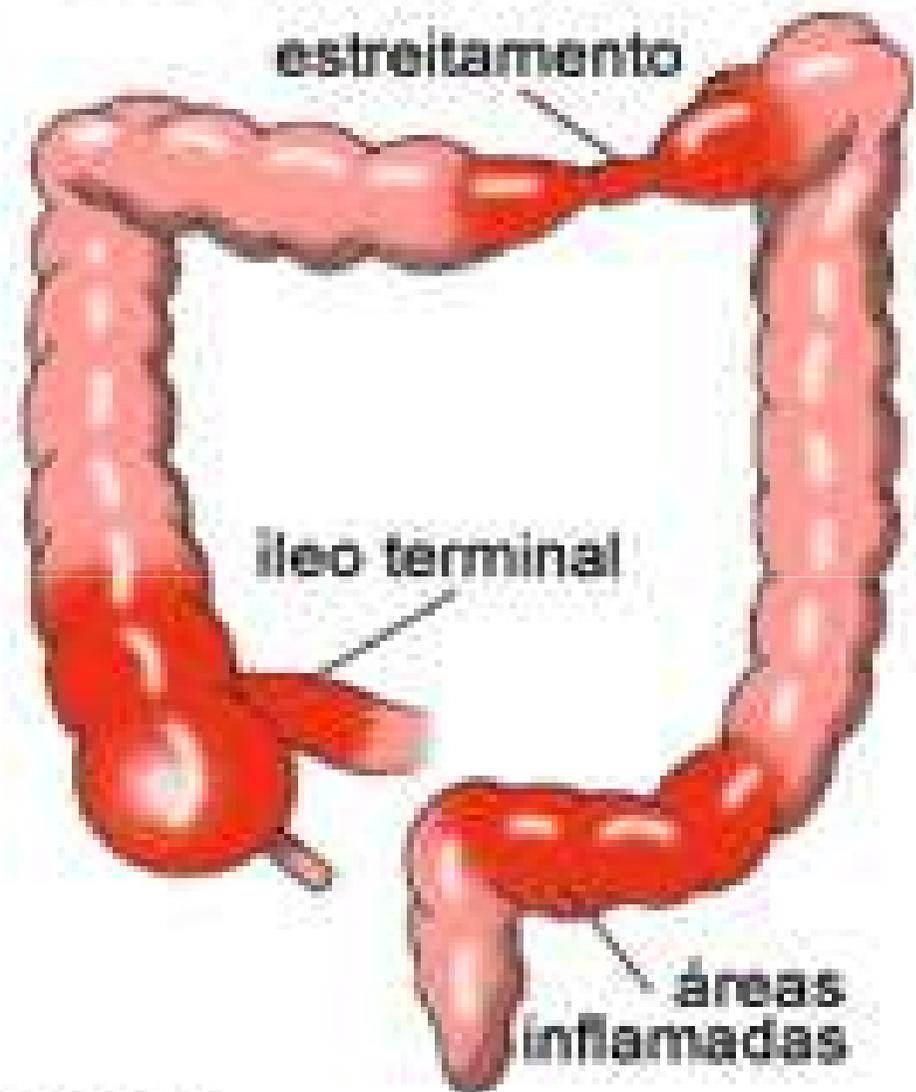
Mucosa com grandes úlceras lineares (trilho de estrada de ferro)

Mucosa normal se interpondo entre as áreas de inflamação -> áreas de salto

Colite Ulcerativa



Doença de Crohn



Locais de Manifestação das
Doenças Inflamatórias Intestinais



Apresentação Clínica

Sintomas Sutis |-----| Doença Fulminante

Tríade Característica : Dor abdominal, Diarréia, Perda de Peso

(Cuidado: pode simular gastroenterite viral)

Anorexia, Febre, Úlceras Aftosas orais recidivantes.

Ao contrário da colite ulcerativa onde invarivelmente ocorre acometimento do reto, aqui na doença de chron apenas metade dos pacientes tem esse acometimento.



Diagnóstico

Diagnóstico diferencia com Colite Ulcerativa

Feito por uma combinação de características CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS E RADIOLÓGICAS.

Colonoscopia = modalidade mais sensível.

Amostras de Biopsia

Radiografia Abdome



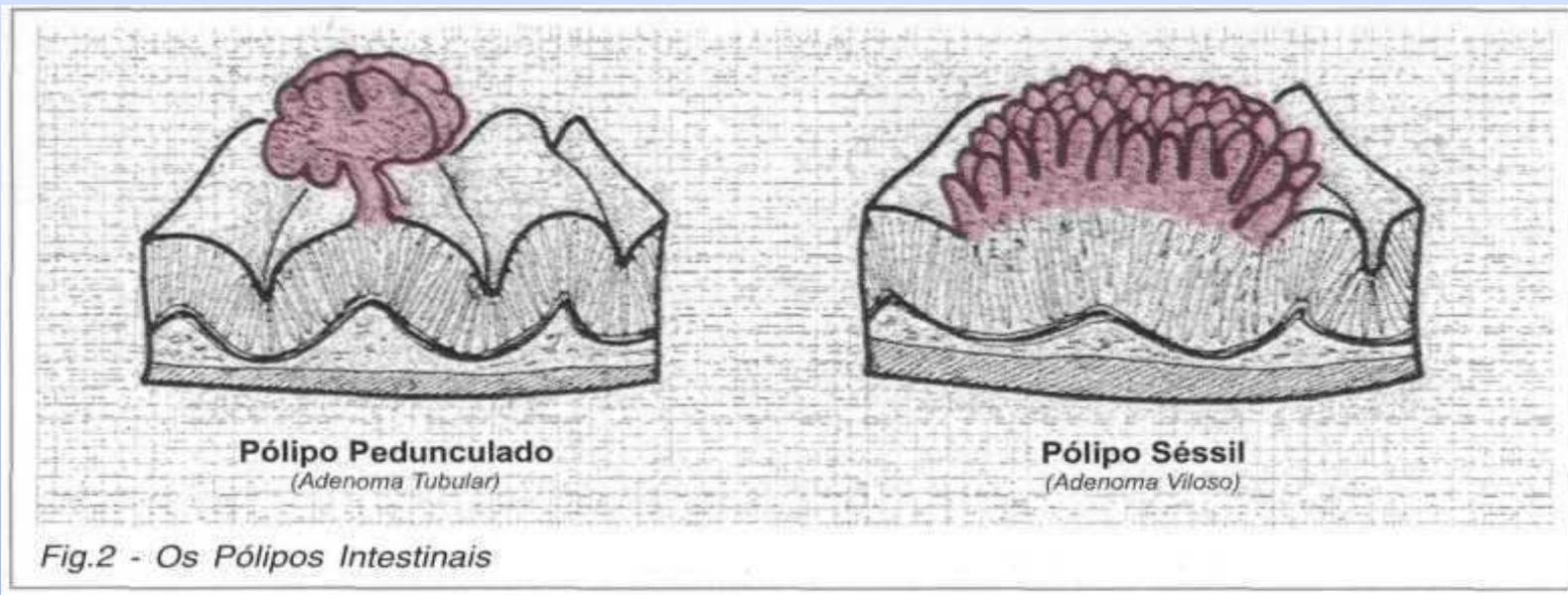
NEOPLASIAS





Qualquer massa que se projeta do lúmen do intestino, acima da superfície do epitélio intestinal.

Pedunculados ou Sésseis





ADENOMA TUBULAR (65% a 80%)

Mais comumente PEDUNCULADOS

ADENOMA VILOSO (10 a 25%)

Mais comumente SÉSSEIS

ADENOMA TUBULOVILOSO (5 a 10%)

É o que apresenta mais atipias ou displasias (alterações celulares pré-cancerosas)



Epitélio normal

Iniciação ↓

← APC perda 5q



Epitélio hiperproliferativo (displasia)



Alterações na metilação do DNA (adenoma em fase precoce)

Promoção ↓

← Ativação do K-ras 12p



Adenoma intermediário



← Perda do DCC 18q



Adenoma em fase tardia



Conversão maligna ↓

← Perda do 17p p53



Carcinoma





Podem existir fatores hereditários envolvidos, porém a maior parte surge de forma esporádica.

Principal = Adenocarcinoma

Sinais e sintomas inespecíficos, podendo depender da localização do tumor no cólon, assim como da constrição do lúmen causada pelo câncer.



Podem Sangrar:

Sangue vermelho-vivo nas fezes

Tumores do cólon direito = fezes escuras (melena)

Sangramento pode ser assintomático (detecção da alteração apenas pela anemia – descoberta de rotina).

Tumores do cólon esquerdo = geralmente constrictivos => constipação intestinal progressiva.

Tumores do sigmóide = simulam diverticulite – dificuldade diagnóstica

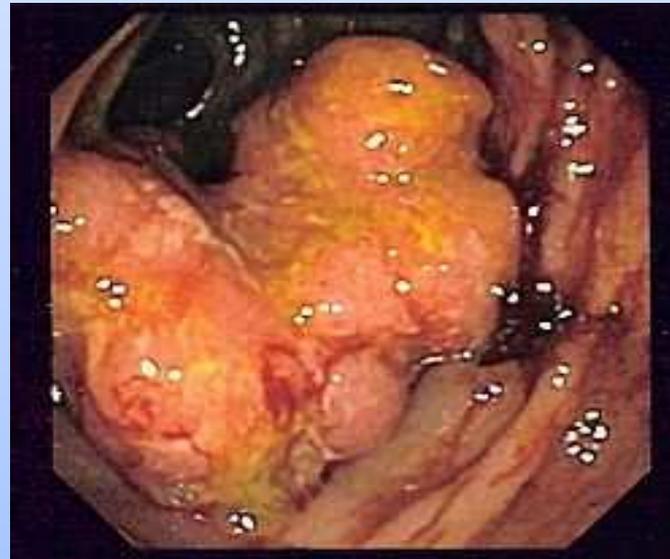
*Dor abdominal geralmente vai surgir quando o tumor já está em fase avançada.

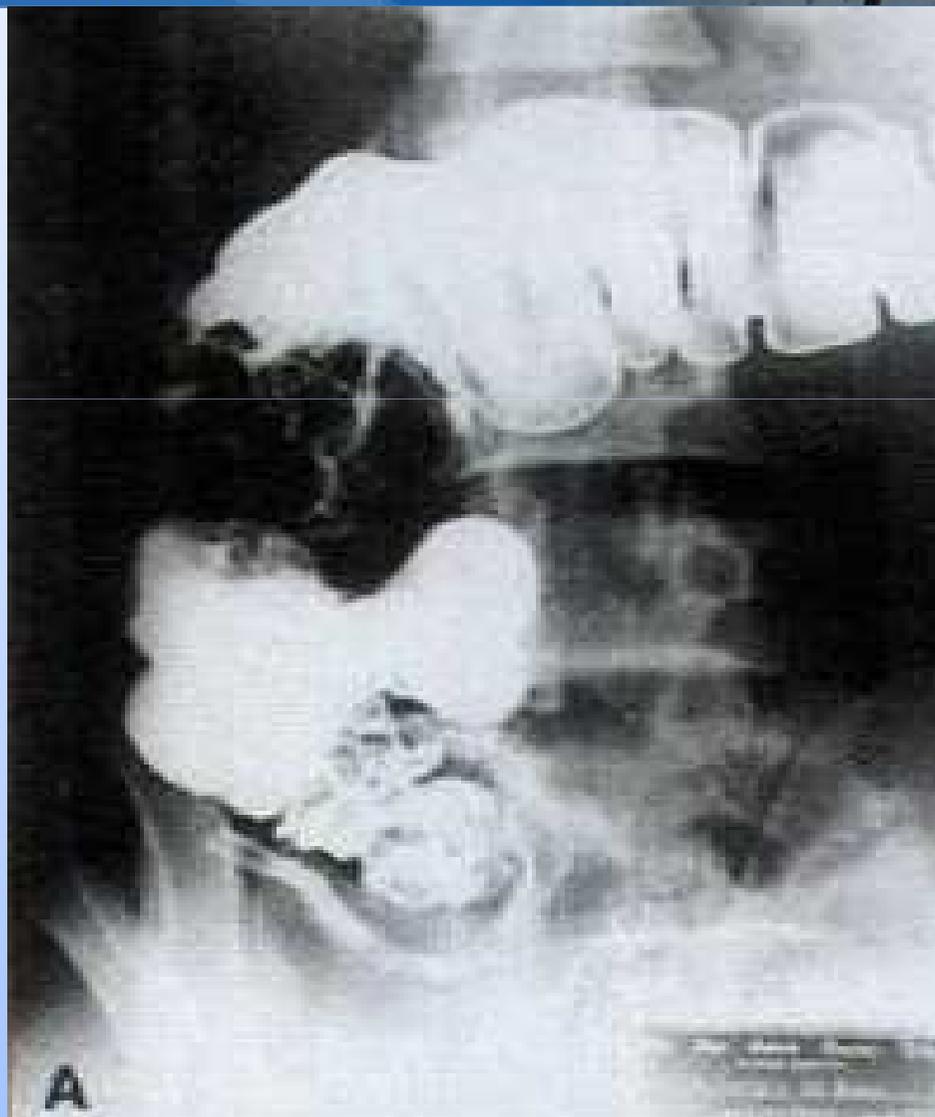


CLISTER OPACO

COLONOSCOPIA = Padrão ouro para o estabelecimento do diagnóstico do câncer de cólon.

Além disso, ela é importante para verificar se existem outros pólipos que possam deixar de ser diagnosticados pelo exame contrastado







Surgem nos 15 cm distais do intestino grosso

Partilham muitas das características GENÉTICAS, BIOLÓGICAS E MORFOLÓGICAS dos cânceres de cólon.

Acesso cirúrgico relativamente difícil

SINTOMAS MAIS COMUNS: ENTERORRAGIA (maioria das vezes atribuída a hemorroida) – Diagnóstico correto adiado até o câncer atingir um estado avançado.

Secreção de Muco, Tenesmo, alteração dos hábitos intestinais.



DIAGNÓSTICO

Colonoscopia

Proctossigmoidoscopia

LED ZEPPELIN

Obrigado !

DVD