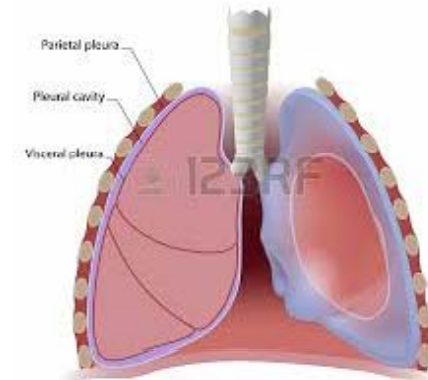


PATOLOGIA PLEUREI

LEZIUNI INFLAMATORII

Leziunile inflamatorii = **pleurezii**.

- **exceptional primitive / adesea secundare unor afecțiuni** - boli reumatismale, pneumoniilor, pneumotoraxului, infarctului pulmonar, abceselor pulmonare, bolilor de colagen, traumatismelor toracice, CBC, etc.
- **germeni infecțioși: bacterii** (streptococul, stafilococul, pneumococul, anaerobii), **virusuri, micoze, paraziți** (trichinela).



PLEUREZII ACUTE:

Pleurezia seroasă: PR, TBC, debut a altei forme de pleurezie.

M: 100 ml - 1500 ml exudat sero-citrin

m: congestie, edem, celule mezoteliale distrofice și infiltrat PMN.

Evoluția vindecare prin rezorbția exudatului

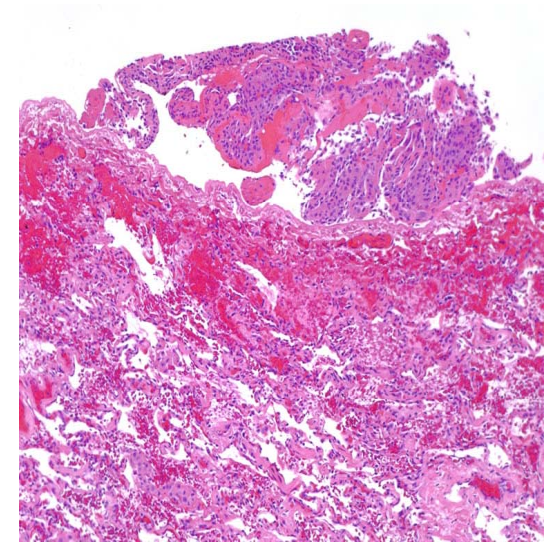
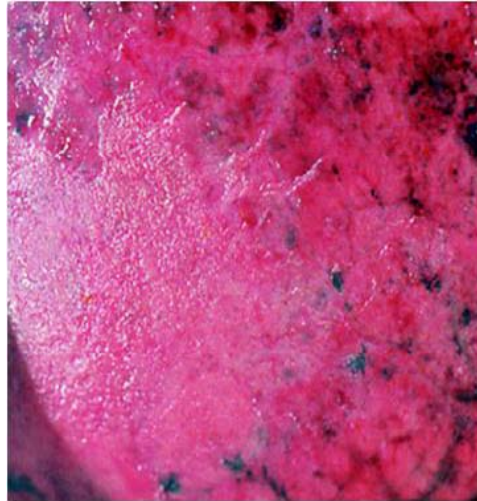


Pleurezia fibrinoasă (uscată) -
secundar inflamațiilor pulmonare, infarctului
pulmonar, tuberculozei.

M: foițele pleurale congestionate, tumefiate,
luciu și transparența pierdute, depozite fine
sau grosolane de fibrină

m: hiperemie, edem, infiltrat inflamator
leucocitar, depozite fibrinoase.

Evoluția rezorbție și vindecare / organizare -
aderențe fibroase

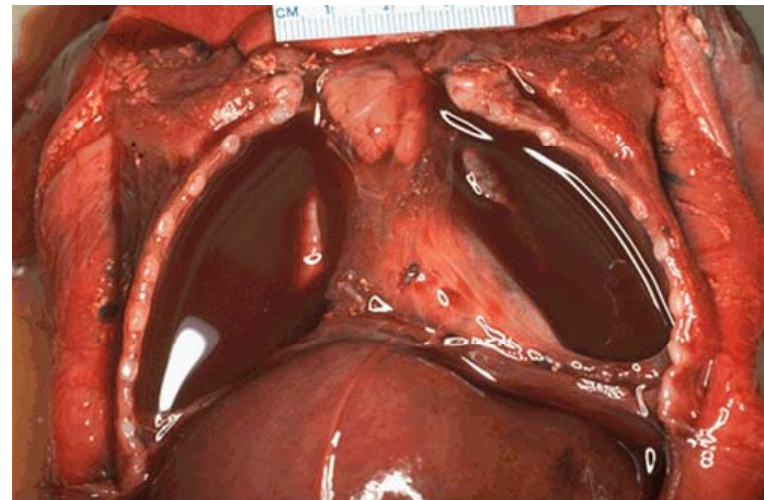


Pleurezia hemoragică – TBC,
neoplazii maligne pleurale, sindroamele
hemoragipare, scorbut, variola.

M: lichid roșietic / franc hemoragic, prezența
de coaguli fibrino-hematici.

m: congestie, edem, infiltrat inflamator și
hematic.

Evoluția: rezorbția exudatului/organizarea
acestuia → aderențe fibroase.

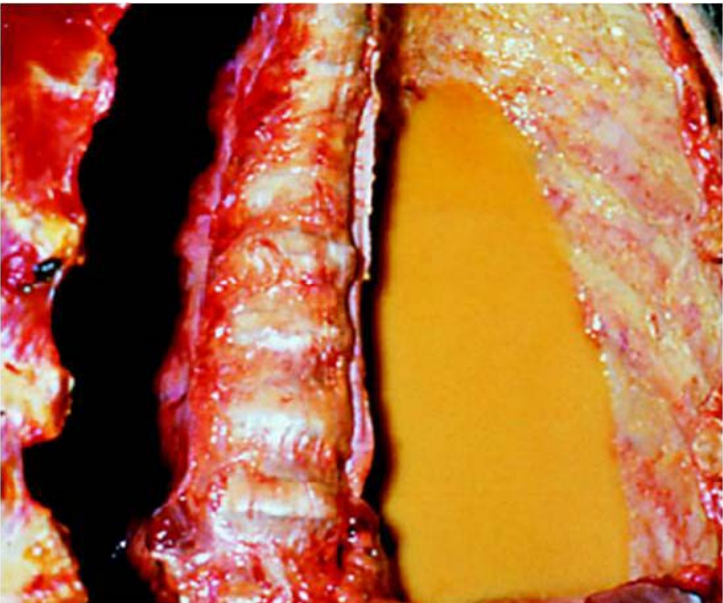


Pleurezia purulentă (piotoraxul, empiemul pleural) -
infecțiile pleuro-pulmonare cu bacterii, ciuperci, TBC.

- M:** exudat purulent diferit în funcție de agentul etiologic.
- pleurezia streptococică fluid galben-cenușiu, depozite fibrinoase
 - pleurezia stafilococică fluid tulbure, sero-purulent;
 - pleurezia pneumococică exudat gros, cremos, galben-verzui,
 - pleurezia cu anaerobi exudat brun-cenușiu, false membrane

- m:**
- foițele pleurale acoperite de exudat fibrino-purulent, iar în grosimea lor apare congestie, edem și infiltrat inflamator abundent cu PMN.
 - exudat cu fibrină, PMN, piocite, celule mezoteliale și detritusuri.

Evoluția: vindecare prin rezorbția exudatului/organizare fibroasă cu apariția de bride și aderențe pleurale.



PLEUREZIILE CRONICE

Pleuritele cronice

M:

- îngroșeri fibro-colagene ale pleurei, între foițele pleurale →
 - bride colagene care le unesc în anumite puncte
 - aderențe fibroase care alipesc cele două seroase pe suprafețe mari.
- nu asociază revarsat lichidian

m: țesut fibro-colagen cicatricial, țesut de granulație.

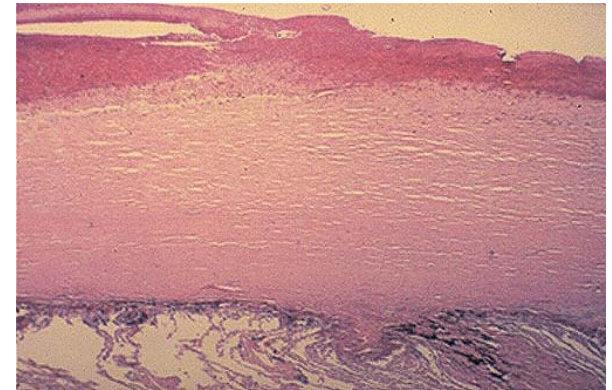


Pleureziile cronice

M:

- îngroșarea fibroasă a pleurei →
 - placarde fibroase / fibrohialine 2-3 mm grosime,
 - bride și aderențe fibroase groase între foițele pleurale
- retracții ale parenhimului pulmonar.
- pungi cu lichid seros/sero-purulent

m: structură fibro-colagenă, țesut de granulație, depozite calcare, metaplazii osoase → pahipleurită calcificată.

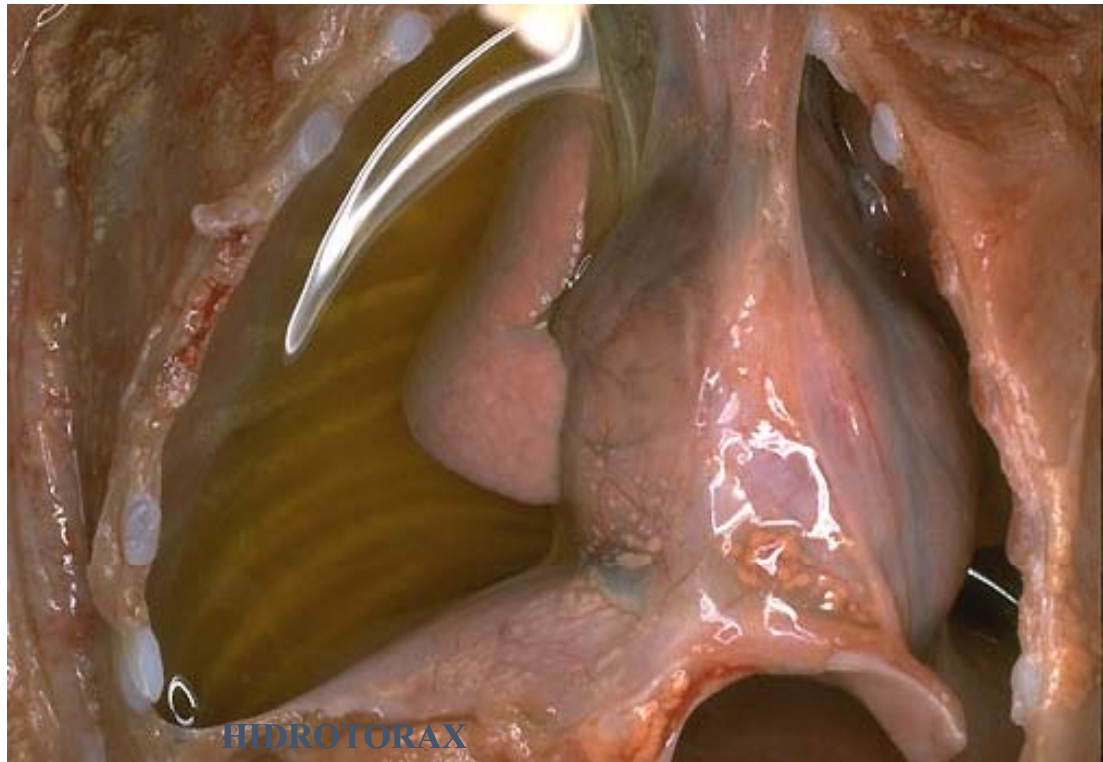


REVĂRSATE NEINFLAMATORII

Hidrotoraxul = acumulare în cavitatea pleurală de lichid transsudat.

- poate însoți IC congestivă, insuficiența hepatică, sindromul nefrotic, insuficiența tiroidiană, traumatismele, stările de denutriție gravă, tumorile maligne pleurale, etc.

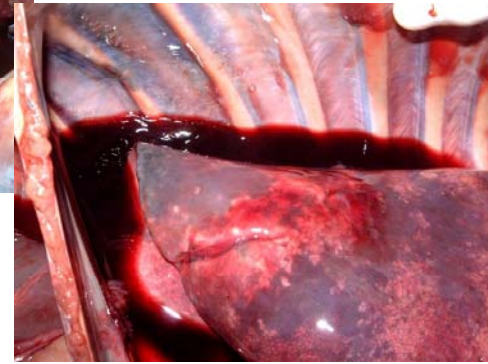
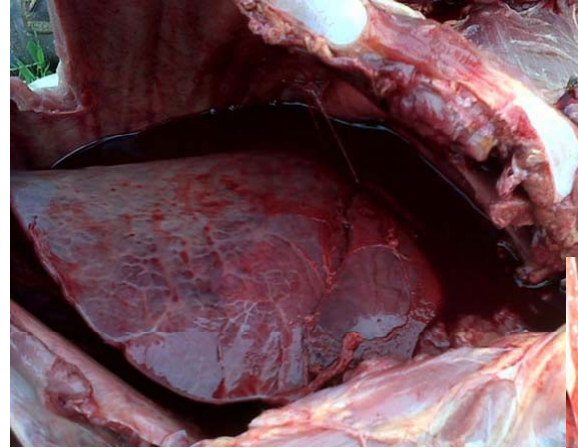
M: cantitate variabilă de lichid - 200- 1000 ml



Hemotoaxul = acumularea de sânge în cavitatea pleurală.

- secundar plăgilor toracice care interesează pleura, pneumotorax spontan, sindroame hemoragipare, tratament anticoagulant, ruptura anevrism de aortă.

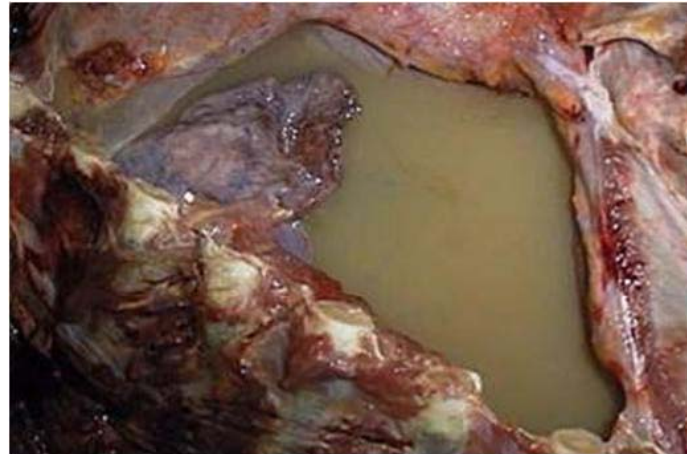
M: acumularea de sânge coagulat sau lichid, în cantitate variabilă → sute de ml.



Chilotoraxul = acumularea de limfă în cavitatea pleurală.

- rupturi ale canalului toracic, tumori infiltrante

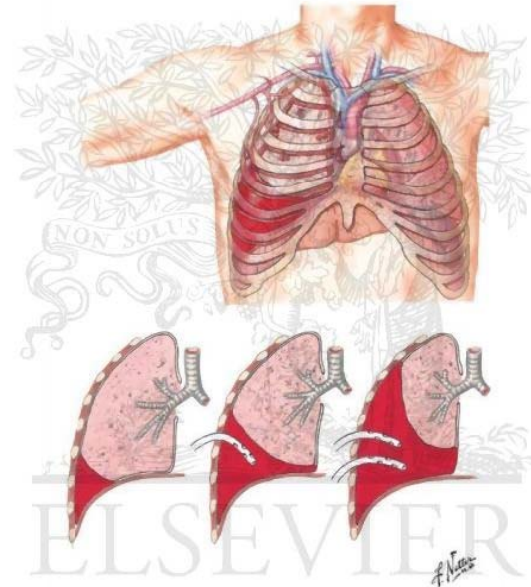
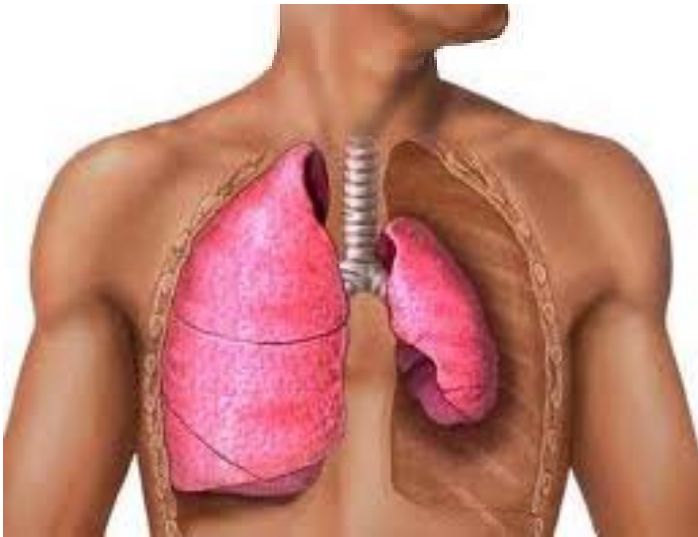
M: acumulare de lichid alb-lăptos, opalescent, alb-gălbui, consistența cremoasă.



Pneumotoraxul = pătrunderea aerului în cavitatea pleurală.

- ruptura unei bule de emfizem pulmonar, caverne tuberculoase, bronșiectazie, fistule bronho-pleurale, etc.

M: aerul pătrus în cavitatea pleurală → colaps pulmonar.



LEZIUNI TUMORALE

TUMORILE PRIMITIVE

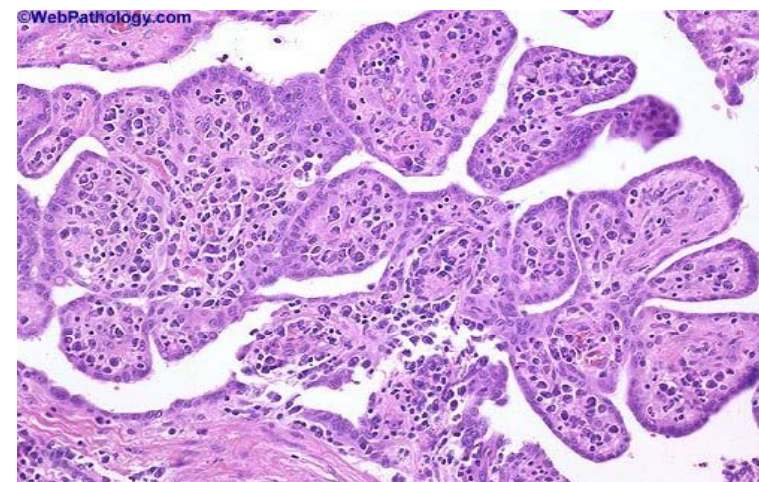
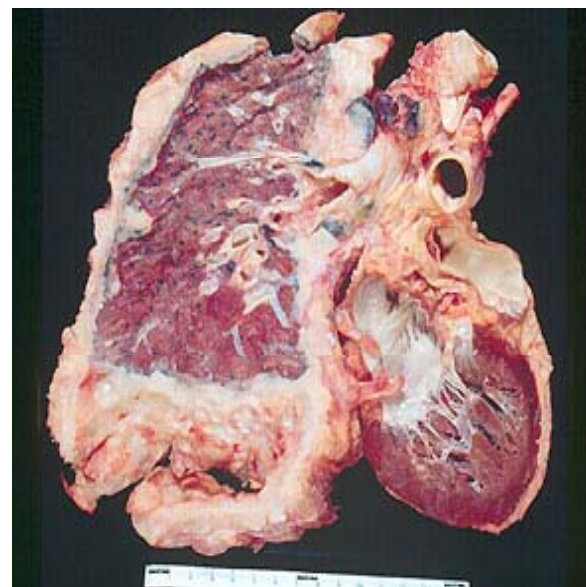
Mezotelioamele difuze

M: mase infiltrante albicioase care acoperă pleura parietală sau/și viscerală, cu zone de necroză și hemoragie;

m: celule neoplazice cubiodale / uneori multinucleate cu dispoziție papiliferă, pseudoglandulară sau compactă, stroma tumorală putând avea aspect sarcomatoid.

Evoluția tumorii este constant malignă.

TUMORILE SECUNDARE: au punct de plecare carcinoamele primitive pulmonare, gastrice, mamare, ovariene.



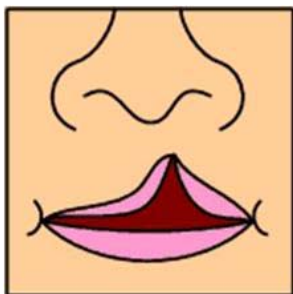
PATOLOGIA CAVITĂȚII BUCALE MALFORMAȚII

- **Fisurile velo-palatine** = oprirea dezvoltării + lipsa suturii proceselor palatine → comunicări între cavitatea bucală și fosele nazale.

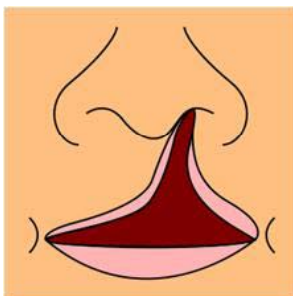
Cheiloschizis

Cheilognatopalatoschizis

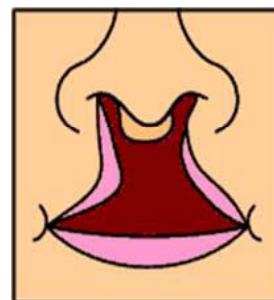
Cheiloschizis - despicătura / fanta labială / „buză de iepure”,
(*keilon* - buza și *schizis* - separare) = malformație congenitală a feței
caracterizată prin lipsa de substanță la nivelul buzei superioare.



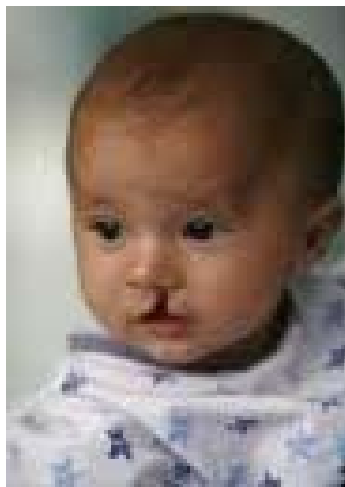
Fantă labială
unilaterală parțială



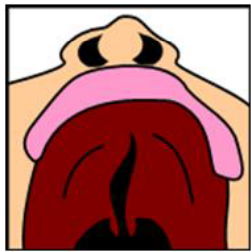
Fantă labială
unilaterală completă



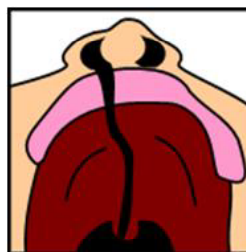
Fantă labială
bilaterală completă



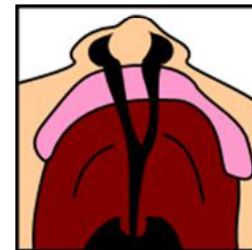
Cheilognatopalatoschizis (despicătura / fanta palatină, „gură de lup”) - interesează și structurile osoase (arcul alveolar maxilar, palatul bucal) → cavitatea bucală poate comunica cu cavitatea nazală și împiedica suptul la sugar



Fantă palatină
unilaterală parțială



Fantă palatină
unilaterală completă



Fantă labio-palatină
bilaterală completă



- **Macrostomia** = orificiu bucal mare cauzat de unirea incompletă a mugurelui maxilar cu cel mandibular.

- **Microstomia** = orificiu bucal mic cauzat de sutura comisurilor labiale.

- **Macrocheilia / macroglosia** = buze/limba neobișnuit de mari, cauzate frecvent de un hemangiom congenital al buzei /limbii.



LEZIUNI INFLAMATORII

Inflamațiile mucoasei bucale = stomatite.

- inflamația gingiei = gingivită,
- inflamația buzei = cheilită,
- inflamația limbii = glosita,
- inflamația mucoasei jugale = pareită,
- inflamația mucoasei palatinale = uranită.

STOMATITE ACUTE

Stomatita catarală: boli cu caracter general, iritații produse de lucrările protetice.

M: mucoasa tumefiată, congestionată, acoperită de exudat seros, mucos / mucopurulent.

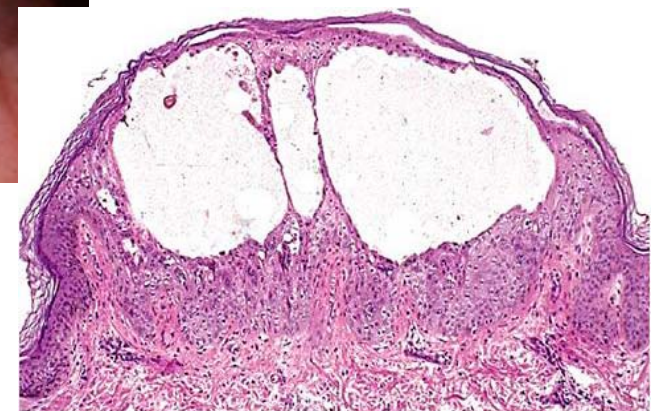
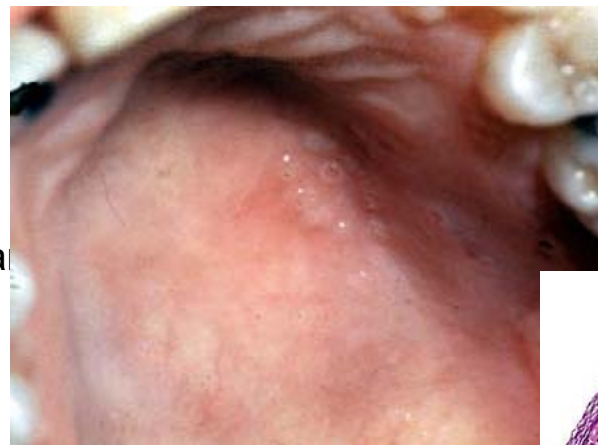
m: congestie, edem, infiltrat redus cu PMN, descuamare epitelială și hipersecreție a glandelor mucoase.



Stomatita seroasă: etiologie virală (herpes, varicelă) sau bacteriană (streptococ, stafilococ).

M: macule și papule → vezicule și bule → eroziuni → cruste uscate și aderente, de culoare brună.

m: vezicule intraepiteliale → cruste fibrino-hematice/ fibrino-purulente



Stomatita

pseudomembranoasă: boli infecto-contagioase (difteria, rujeola)

M: mucoasa roșie, ulcerată → false membrane cenușii → suprafețe sângerânde.

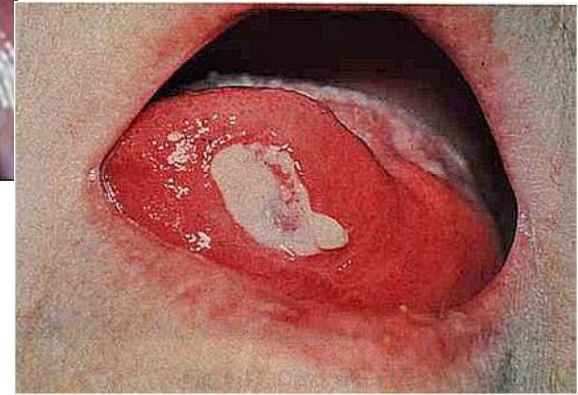
m: ulcerățiil ± false membrane fibrino-leucocitare.

Stomatita purulentă - adesea etiologie microbiană.

M: inflamație supurată circumscriasă = abces /

inflamație supurată difuză = flegmon.

m: exudat purulent format din PMN alterate, fibrină, germeni microbieni și detritusuri necrotice.

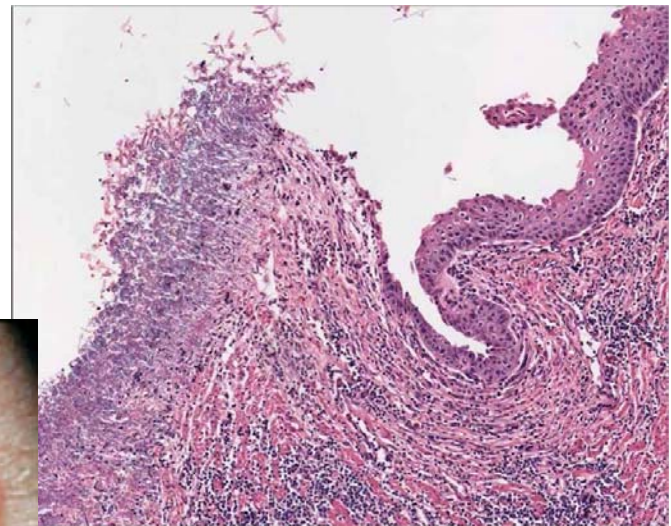


Stomatita ulcero-necrotică: asociația fusospirilă (stomatită ulcero-necrotică = angina Plaut-Vincent).

M: - debut la nivelul gingiilor → mucoasa obrazilor, limbii și faringelui.

- gingii roșii/roșii-violacei → ulcerații neregulate cu tendință la confluaire + false membrane.

m: necroză tisulară întinsă, infiltrat leucocitar, lipsă de substanță cu detritus necrotic, fibrină și germeni microbieni.



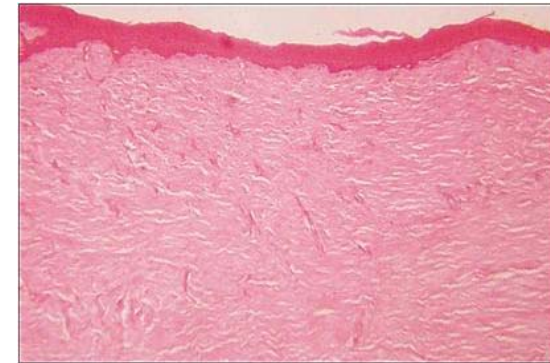
STOMATITE CRONICE:

Stomatitele cronice nespecifice

- Forma atrofică

M: mucoasa subțire, retractată.

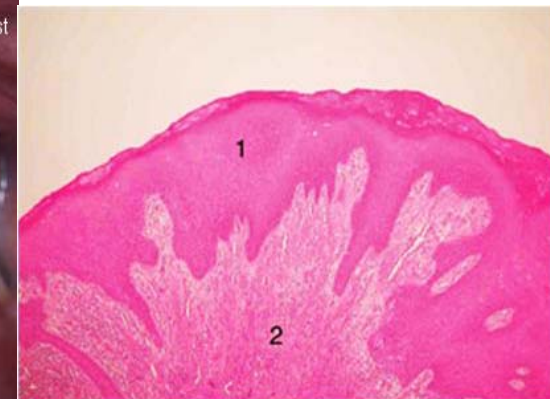
m: epiteliu atrofic, papilele aplatizate/absente, corionul are vasodilatație, infiltrate LP + scleroză colagenă.



- Forma hipertrofică

M: mucoasa apare îngroșată.

m: epiteliu hipercheratozic, cu alungirea papilelor dermice.



Stomatitele cronice specifice:

- **Stomatita tuberculoasă:**

M:

- ulcerații rotund-ovalare, margini proeminente
- abces rece lingual - limba depapilată, îngroșată, fluctuantă
- lupus bucal - tuberculi miliari → cazeificare.

m: foliculi tuberculoși + necroză de cazeificare.



- Sifilisul bucal:

- *sifilisul primar*

M: „șancrul dur” - ulceratăie cu margini nete și baza indurată.

m: lipsa de substanță + infiltrat limfo-plasmocitar.

- *sifilisul secundar*

M: sifilidele mucoase pe buze, limbă, mucoasa jugală și gingie

m: epitelul cu acantoză și hipercheratoză, în corion infiltrat LP perivascular.

- *sifilisul terțiar*

M: gome sifilitice,

m: inflamatie granulomatoasă și necroză.



LEZIUNI TUMORALE

PSEUDOTUMORI:

Epulisul = hiperplazie gingivală localizată, produsă prin proliferarea excesivă a fibromucoasei gingivale.

M: formațiune unica/multiplă, sesilă/pediculată

m: -epulisul granulomatos

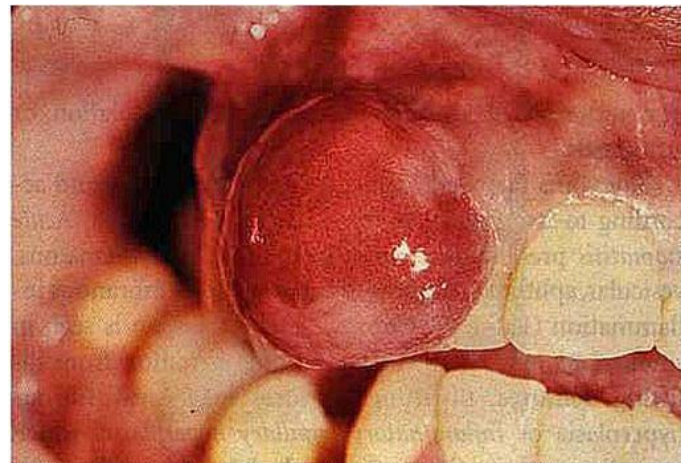
-epulisul fibromatos

-epulisul mixomatos

-epulisul teleangiectatic

-epulisul giganto-celular

-epulisul osteogen



TUMORI BENIGNE

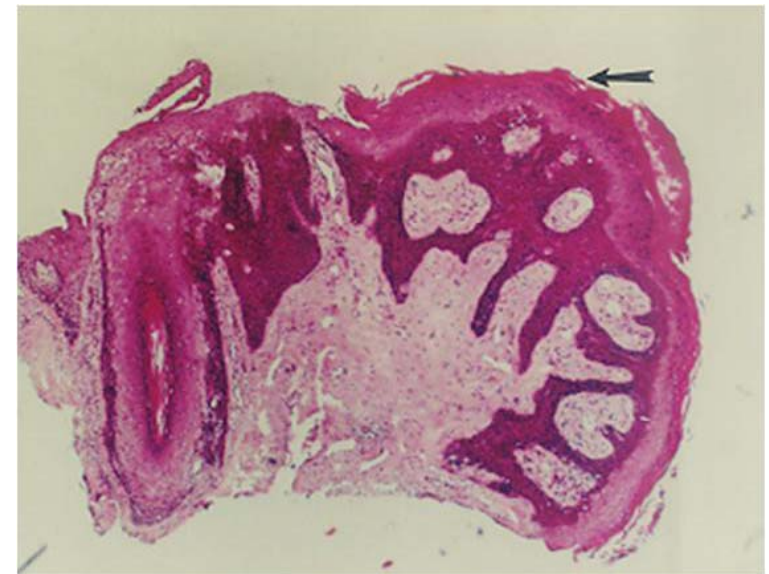
Tumorile benigne epiteliale: papilom, condilom, cheratoacantom, adenom pleiomorf.

- **Papilomul**

M: formațiune solitara, sesilă/pediculată, moale, cu suprafața netedă/ulcerată.

m: ax conjunctivo-vascular tapetat de epiteliu pavimentos care prezintă acantoză, discheratoză și hipercheratoză.

Tumorile benigne mezenchimale: fibrom, fibromatoză, histiocitom, lipom, rabdomiom, tumoră cu celule granulare, hemoangiom, limfangiom, etc.



TUMORI MALIGNЕ:

Carcinoame ~ 95 % din cancerule cu această localizare, 1/2 fiind localizate la nivelul limbii.

Factori de risc

NEINFLUENȚABILI	INFLUENȚABILI	SINERGICI	CONTROVERSAȚI
Vârsta Etnicitatea Statusul socio-economic	Fumat Alcool Dieta Stilul de viață	HPV Imunosupresia	Igiena orală Poluarea atmosferică

M: vegetante, infiltrante, ulcerate, ulcero-vegetante, etc.

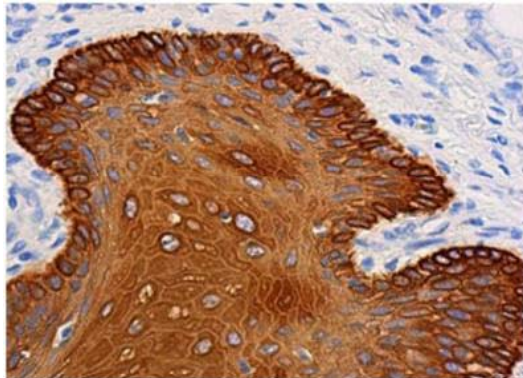
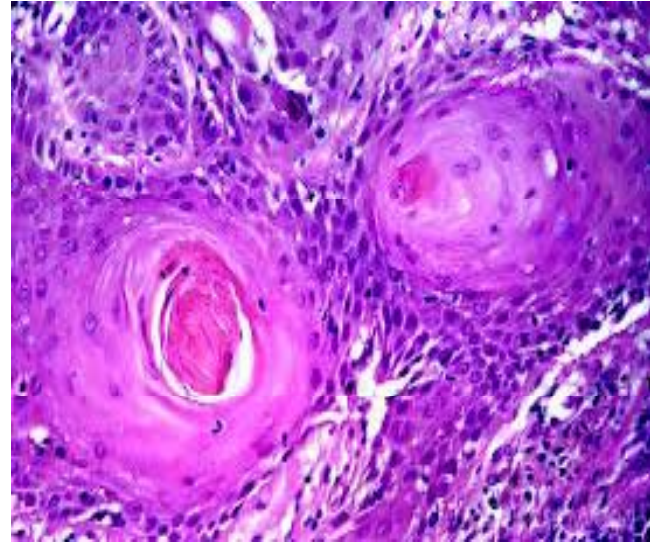
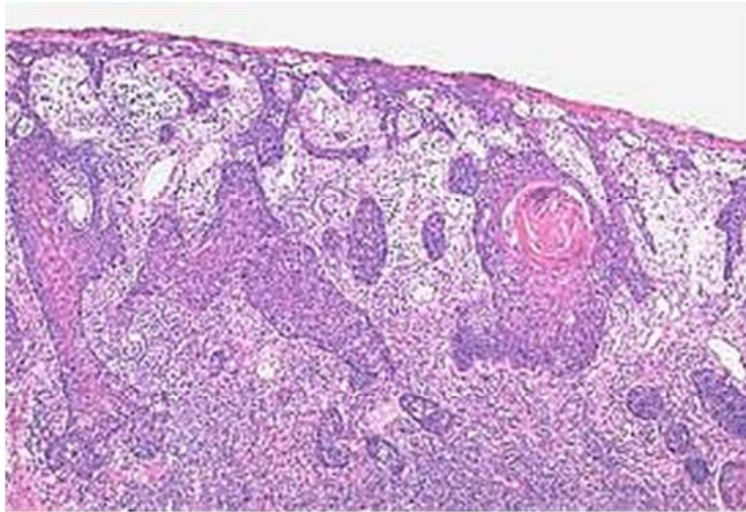
m: carcinoame scuamoase (95%) / adenocarcinoame.

IHC: carcinoamele scuamoase sunt + : CK 5/6 și cocktailul de CK AE1/AE3, EMA și inconstant pentru CEA.

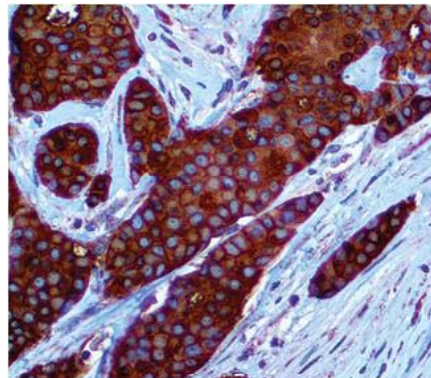
Evoluția infiltrativă și distructivă local → diseminări metastatice la distanță, frecvent în ganglionii limfatici regionali.

Sarcoamele: fibrosarcom, liposarcom, hemangiopericitosarcom, schwanom malign.





AE1/AE3



EMA

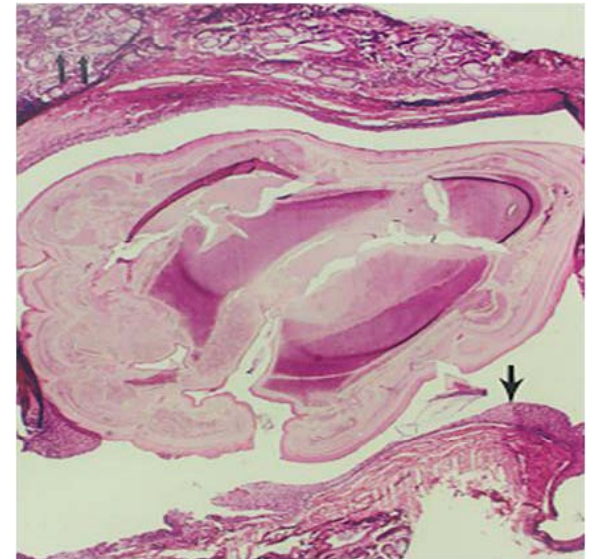
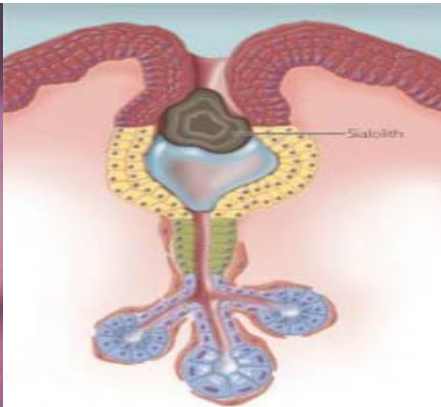
PATOLOGIA GLANDELOR SALIVARE

MALFORMAȚII

- **Aplazia glandelor salivare** = lipsa de dezvoltare a glandelor salivare în întregime / unor lobi ale acestora.
- **Atrezia glandelor salivare** = dezvoltare insuficientă a unora / mai multor lobi ai glandelor salivare.

LITIAZA SALIVARA (sialolitiază) = concrețiuni minerale (sialoliți) în canalele excretoare ale glandelor salivare.

M: calculi unici / multipli, rotund-ovalari, dimensiuni variabile și suprafață netedă / rugoasă, pe secțiune aspect omogen / lamelar concentric.



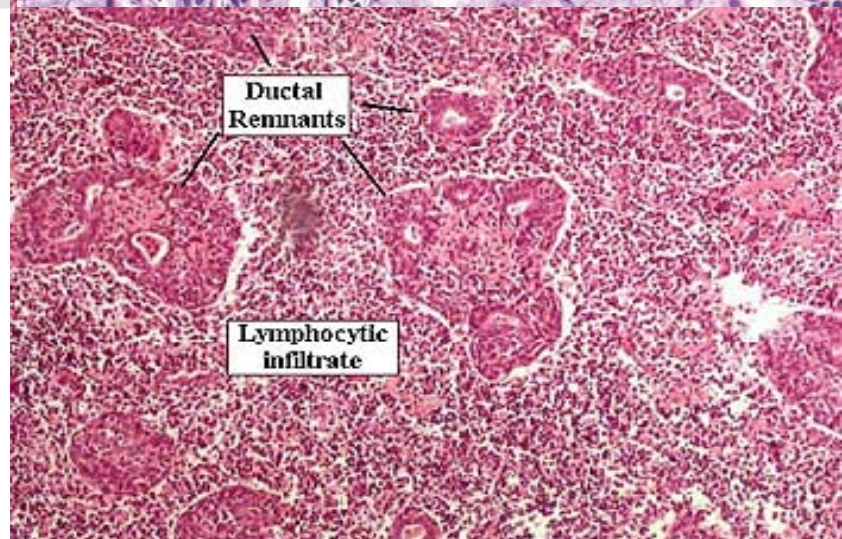
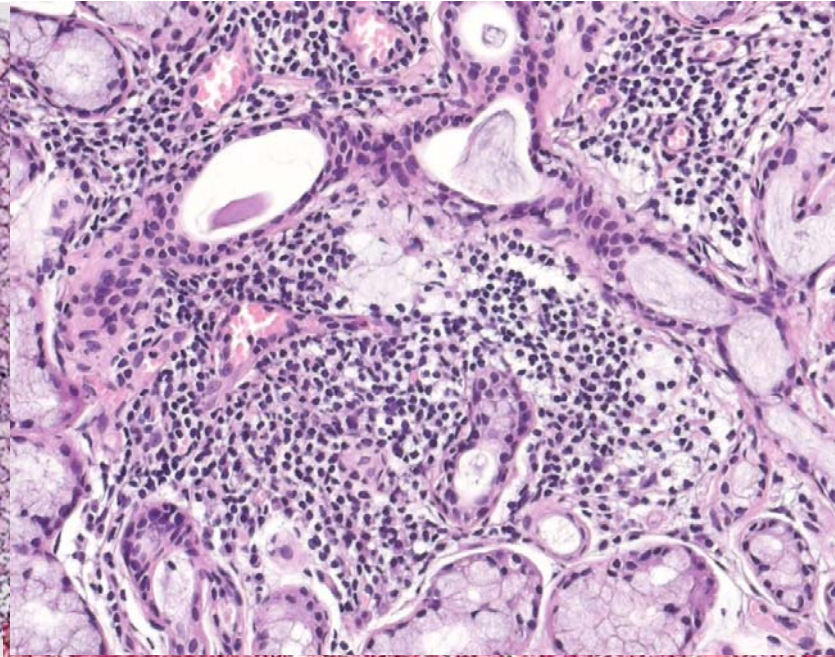
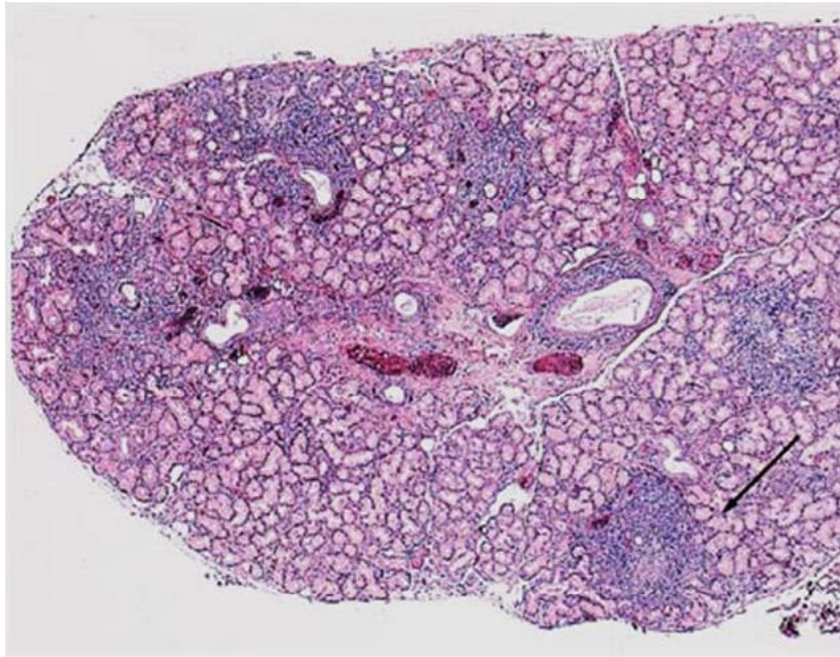
LEZIUNI ALE GLANDELOR SALIVARE ÎN BOLI AUTOIMUNE

- **Sindromul Gougerot-Sjogren** = inflamații cronice ale parotidei, conjunctivei, faringelui, laringelui, traheei, bronșilor, mucoasei bucale și stomacului.

m: - infiltrat limfocitar → foliculi limfoizi + centri germinativi, → substituie treptat structurile acinare.

- în timp, parenchimul glandular apare disecat de scleroză colagenă → „ciroză glandulară”.

- **Sindromul Miculicz** = variantă a sindromului Sjogren, caracterizat prin tumefierea glandelor parotide și lacrimale.



LEZIUNI INFLAMATORII

Inflamațiile glandelor salivare = sialadenite (salivite, sialite) inflamațiile canalelor excretorii = sialangite, sialodochite.

SIALADENITELE ACUTE:

- **Parotidita urliană** = parotidită acută nesupurată ce apare în cadrul bolii infecto-contagioase denumită oreion.

M: parotidele sunt tumefiate, uni / bilateral, consistență redusă.

m: - stază, edem și infiltrat inflamator limfocitar în stromă.

- epiteliul canalicular și acinar prezintă descuamări și modificări distrofice.



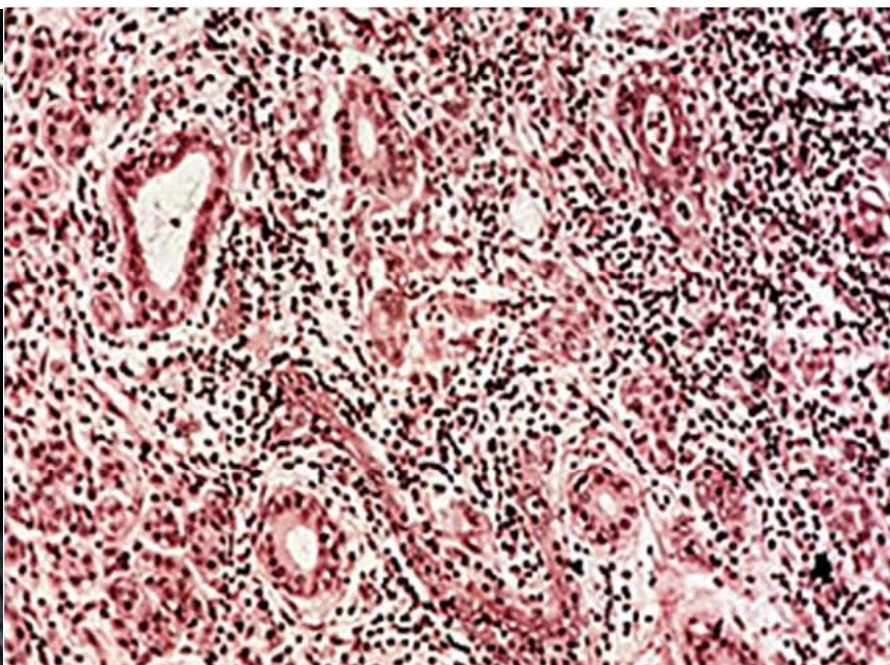
SIALADENITELE CRONICE:

- **Sialadenite cronice nespecifice**

M: glande mărite de volum, consistență moale/fermă.

m: distrugerea acinilor glandulari și substituiția lor prin țesut adipos sau fibros, infiltrate LP

- **Sialadenitele cronice specifice** - tuberculoză și sifilis.



LEZIUNI TUMORALE

PSEUDOTUMORILE:

Ranula - chist de retenție care se dezvoltă din canalele excretoare ale glandelor salivare submaxilare / sublinguale.

M: chist albăstrui, situată la nivelul planșeului bucal.

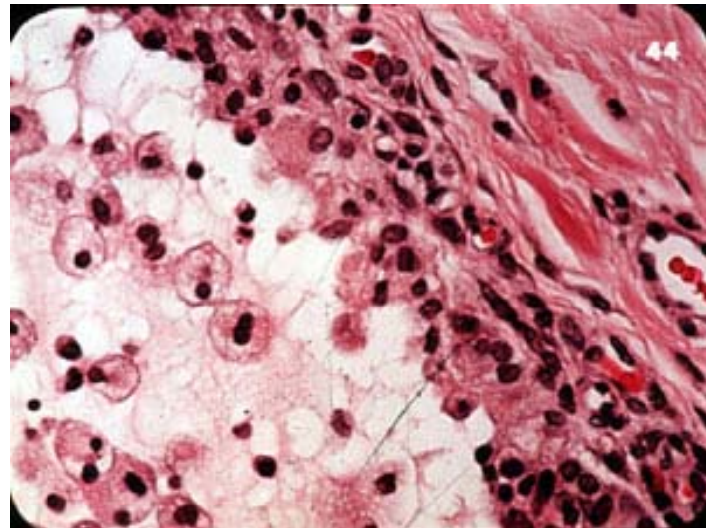
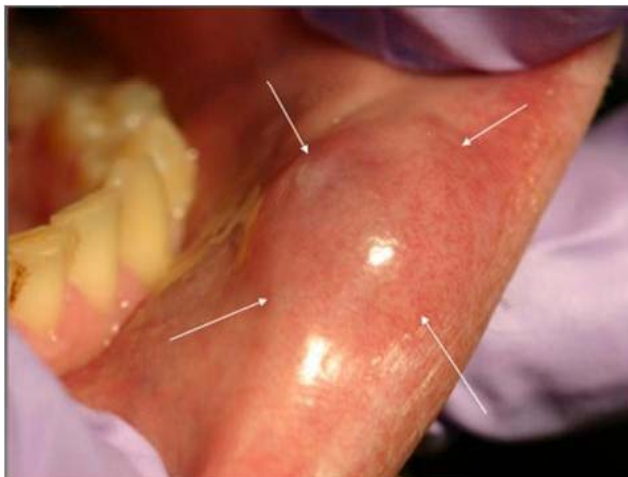
m: perete chistic format din țesut conjunctiv tapetat de un epiteliu pavimentos stratificat, în grosimea lui pot fi prezenți foliculi limfoizi.



Mucocelul - chist al canalelor excretoare ale glandelor salivare cu acumulare de mucus.

M: chist de dimensiuni reduse, localizare - buze, obraji.

m: perete chistic tapetat de epiteliu cilindric uni/stratificat.



TUMORI BENIGNE

ADENOM PLEIOMORF (tumora mixtă a glandelor salivare) = proliferarea componentei epiteliale + remanieri variate ale stromei tumorale.
- poate afecta oricare din glandele salivare, dar ~ 80% din cazuri are sediul la nivelul parotidelor.

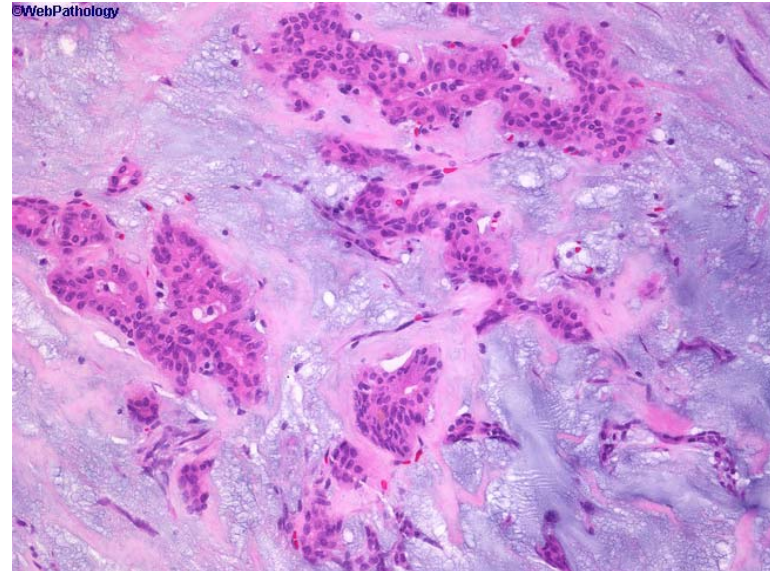
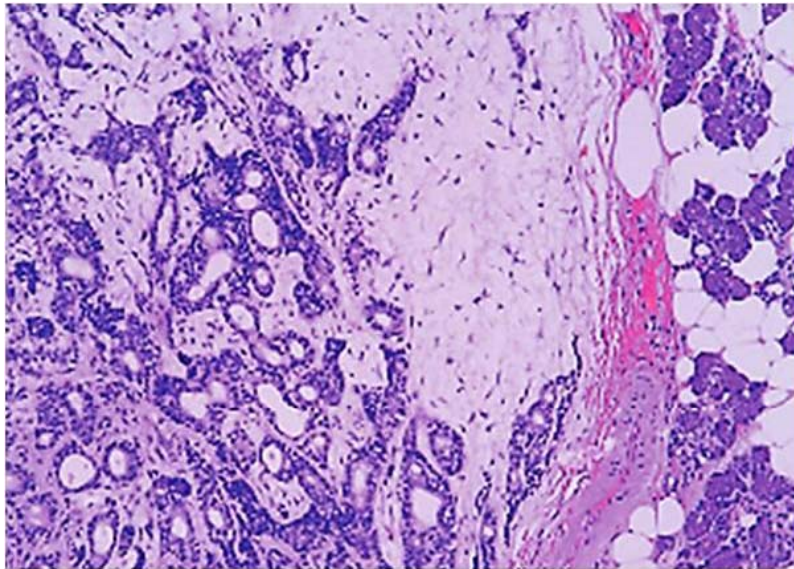
M: - formațiune solidă, încapsulată, cu dimensiuni și consistență variabilă, pe secțiune culoare cenușie-albicioasă, cu zone gălbui și zone translucide albastrii.



m:

- pleiomorfismul componentei epiteliale și stromale.
- componenta epitelială: celule fusiforme, clare, pavimentoase, plasmocitoide, mucoase, bazaloide cu dispoziție tubulară, ductală, compactă, trabeculară.
- componenta stromală: arii mixoide, hialine, condroide și osoase.

Evoluția: creștere expansivă locală, recidive tumorale uneori cu caractere de malignitate.

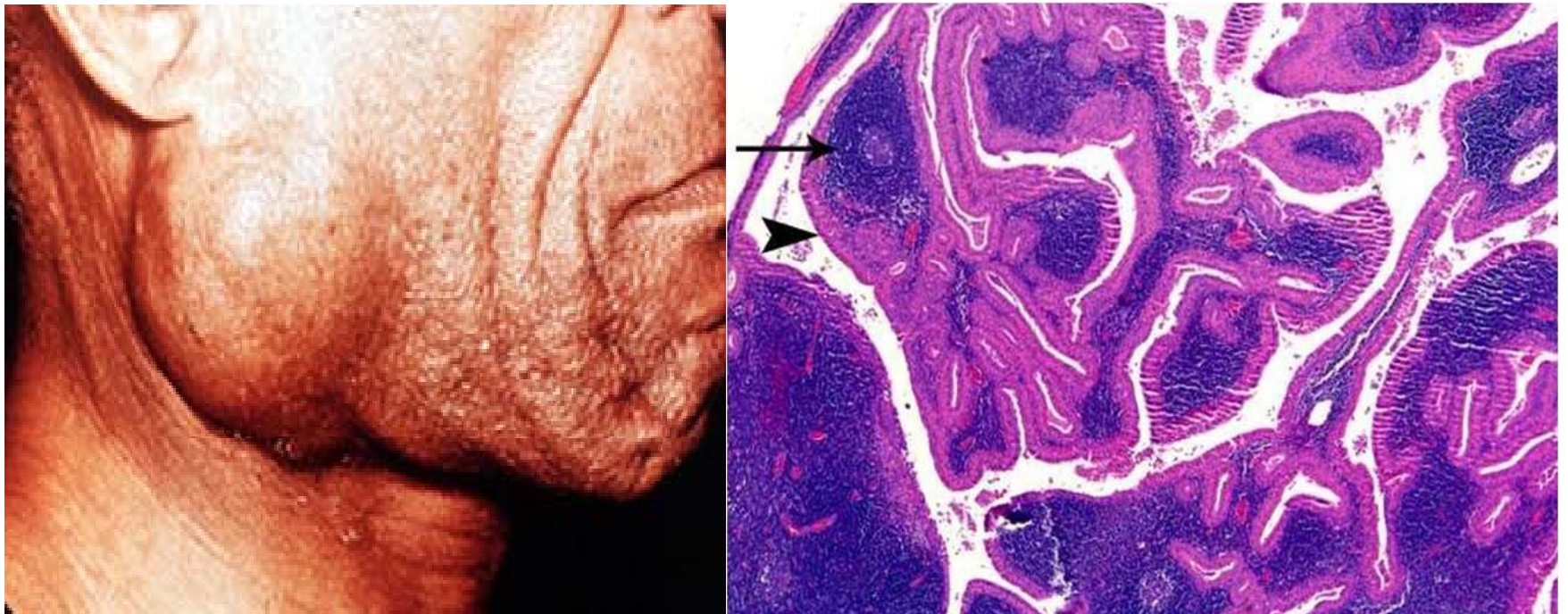


CHISTADENOLIMFOMUL (tumora Warthin)

M: formațiuni polichistice cu dimensiuni variabile

m: - spații chistice tapetate de epitelii bistratificate ce formează proliferări papilare intraluminale.
- stroma tumorală conține infiltrate limfocitare - centrii germinativi

Evoluția: favorabilă, prin ruperea chisturilor - suprainfecția.



TUMORI MALIGNE

Tumori maligne epiteliale: carcinomul mucoepidermoid, adenocarcinomul, carcinomul cu celule acinare, carcinomul adenoid chistic, tumori mixte maligne (adenomul pleiomorf malignizat, carcinosarcomul), carcinomul pavimentos, adenocarcinom cu celule bazale, carcinomul mioepitelial, adenocarcinomul cu celule clare, chistadenocarcinomul, carcinomul oncocitar, carcinomul ductului salivar, adenocarcinomul sebaceu, adenocarcinomul mucinos, carcinomul adenoscuamos, carcinoame nediferențiate.

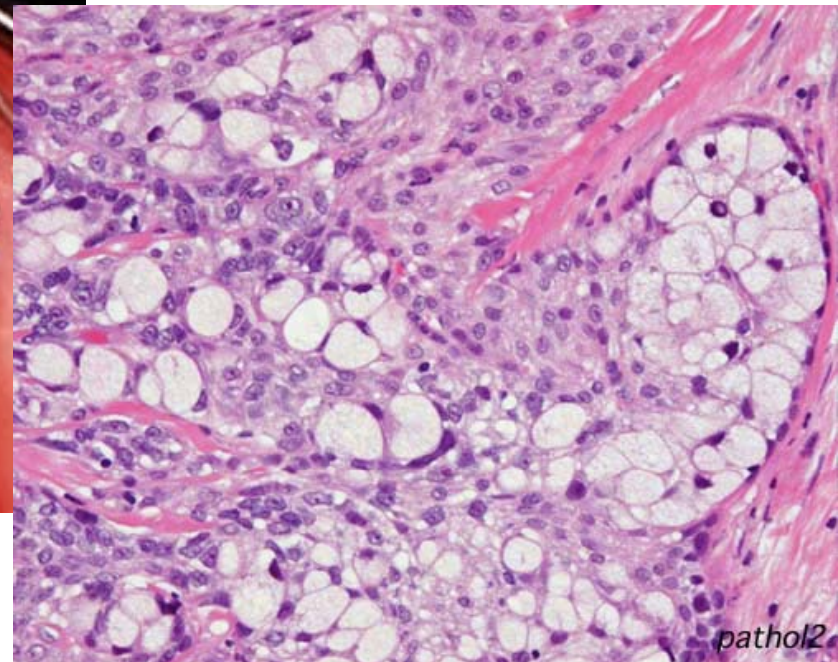
Tumori maligne mezenchimale: rabdomiosarcomul, fibrosarcomul, leiomiosarcomul, histiocitom malign fibros, angiosarcomul, liposarcomul.

CARCINOMUL MUCOEPIDERMOID - cea mai frecventă tumoră malignă a glandelor salivare

M: formațiuni unice, consistență fermă / fluctuente.

m: - proliferare de celule scuamoase, intermediare și mucoase.
- stroma tumorală este abundentă, fibroasă / hialinizare.

Evoluția: infiltrativă și invazivă local → metastaze limfoganglionare sau viscerale (plămânul, oasele, creierul).



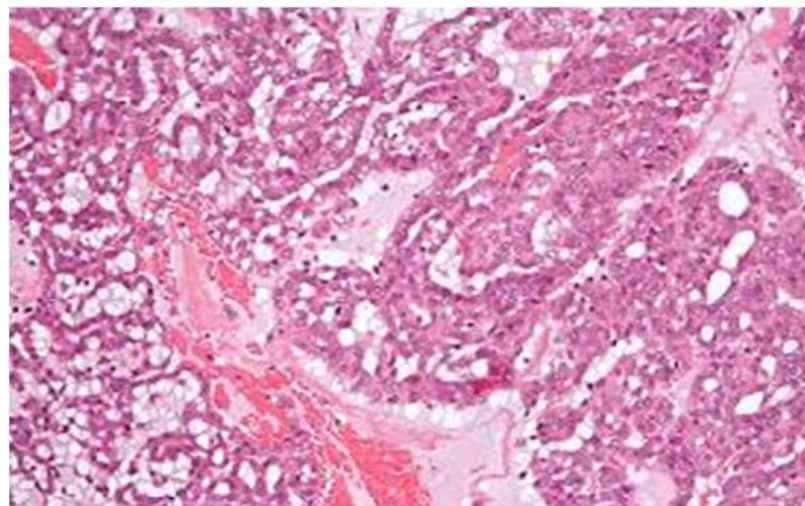
CARCINOM POLIMORF DE GRAD SCAZUT

M: nodul infiltrativ, culoare galbenă, cu zone de necroză și hemoragie.

m:

- celulele epiteliale atipice dispuse în insule, cordoane, tubi / arii solide.
- stroma de tip collagen, cu zone mucinoase și hialinizări.

Evoluția: agresivitate locală → posibilitatea apariției metastazelor ganglionare.

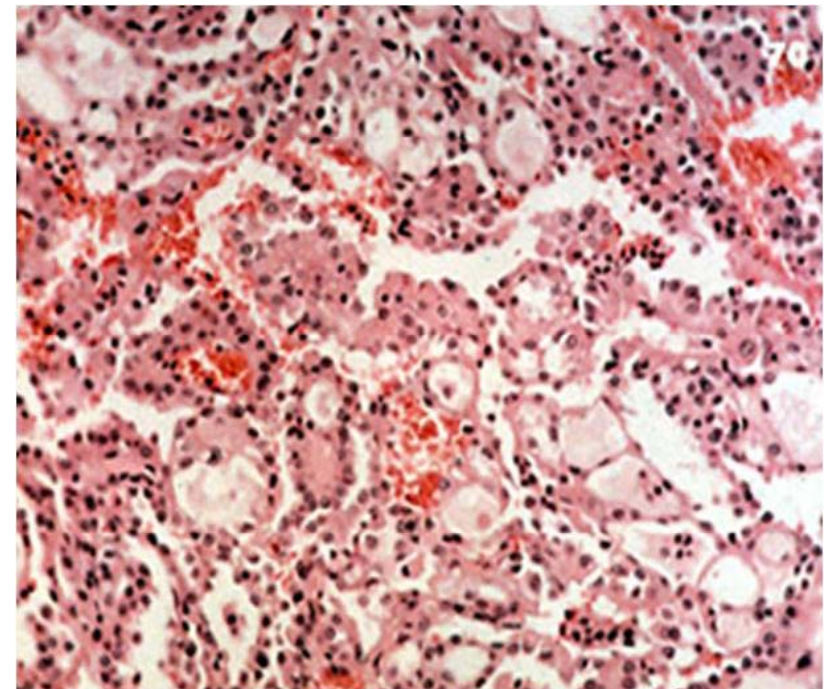


CARCINOM CU CELULE ACINARE

M: formațiuni delimitate, compacte, pe secțiuni cu zone microchistice, zone de necroză și hemoragie.

m: celule acinare atipice cu dispoziție pseudoglandulară, acinară / chistică.

Evoluția agresivitate locală, frecvente recidive, rar metastaze ganglionare și viscerale.

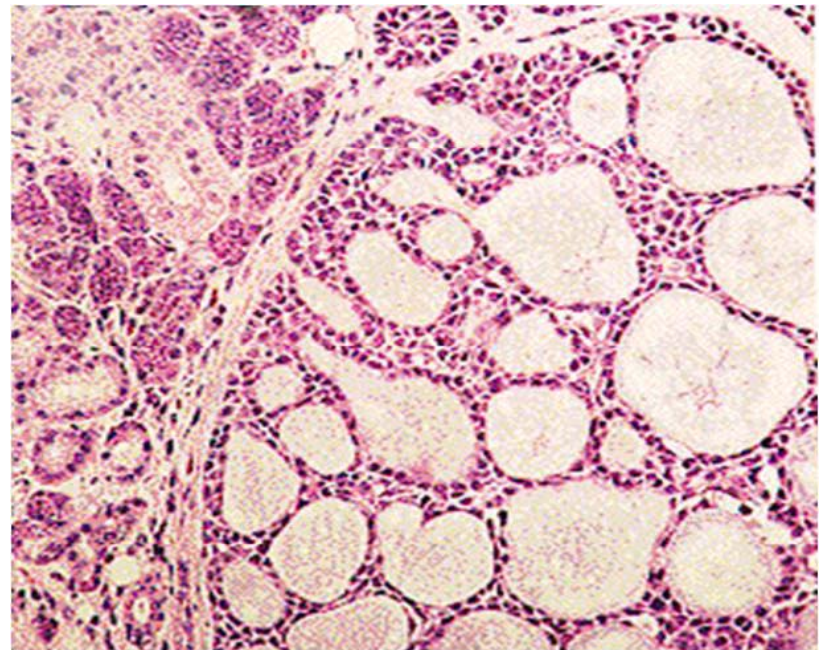


CARCINOMUL ADENOID CHISTIC

M: formațiuni nodulare infiltrative, pe secțiune zone microchistice, necroză și hemoragie.

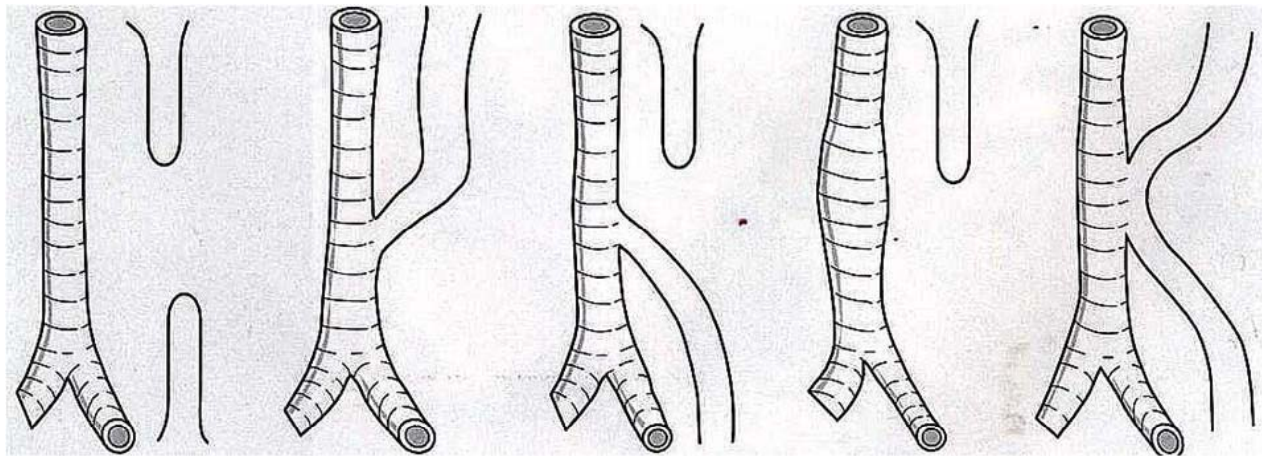
m: proliferări de celule asemănătoare celor mioepiteliale și ductale, cu dispoziție pseudocanaliculară - aspect „cribriform”.

Evoluția invazivă și distructivă local, dar metastazează rar și tardiv.



MALFORMAȚII

- **Atrezia esofagiană** = absența lumenului esofagian, frecvent în 1/3 mijlocie a organului; ± fistulă eso-traheală.

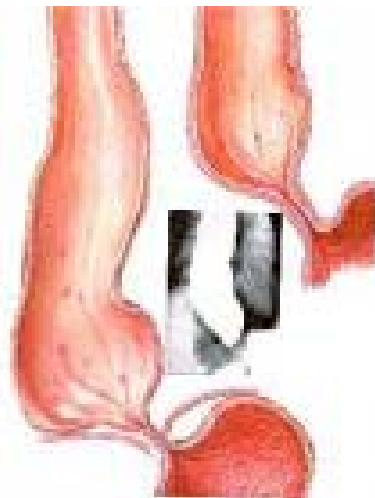


- **Diverticuli esofagieni** = dilatații saculare ale peretelui esofagian, cu diametrul de câțiva cm



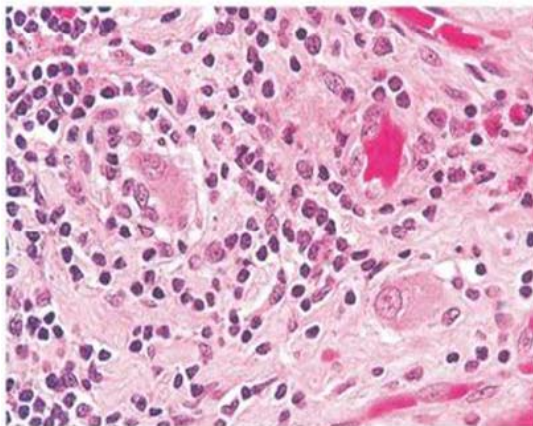
- **Megaesofagul** = degenerescenta celulelor ganglionare ale plexului Auerbach → disfuncție motorie a cardiei (spasm prelungit) = acalazie.

M: lumenul siunos și dilatat, diametru de 10 cm.

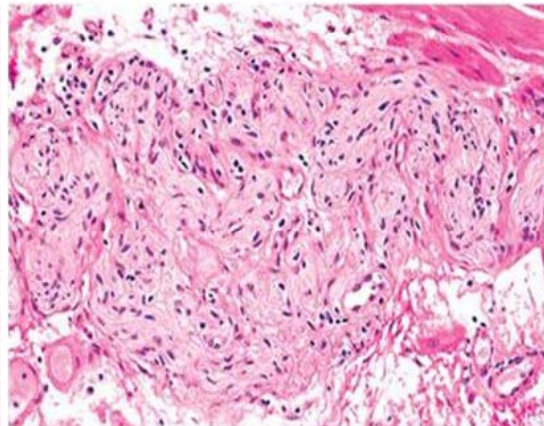


m: zone de atrofie musculară alternativ cu zone de hipertrofie + agenezii / hipoplazii ale celulelor ganglionare intramurale + leziuni distrofice ale fibrelor nervoase

hipoplazii



agenezii

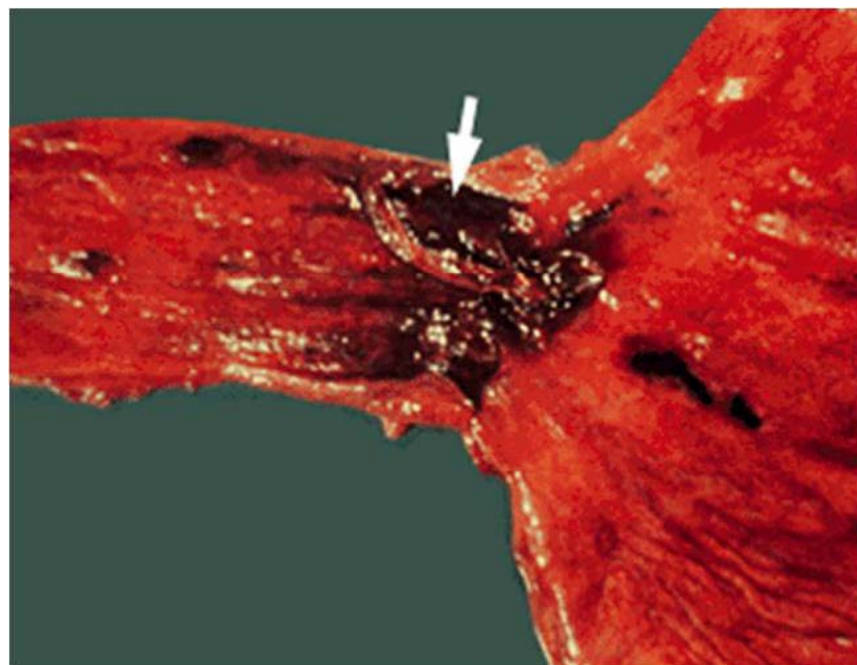
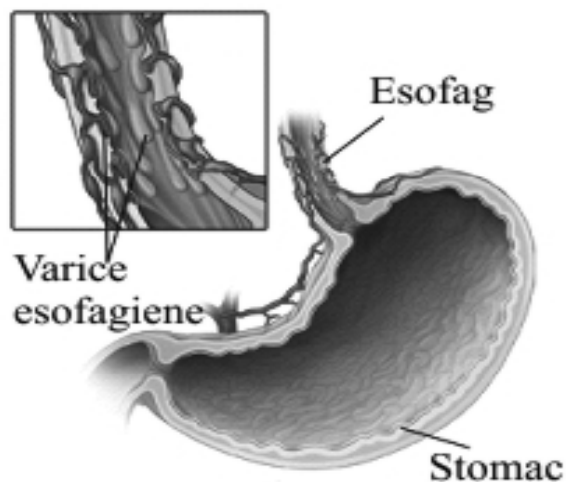


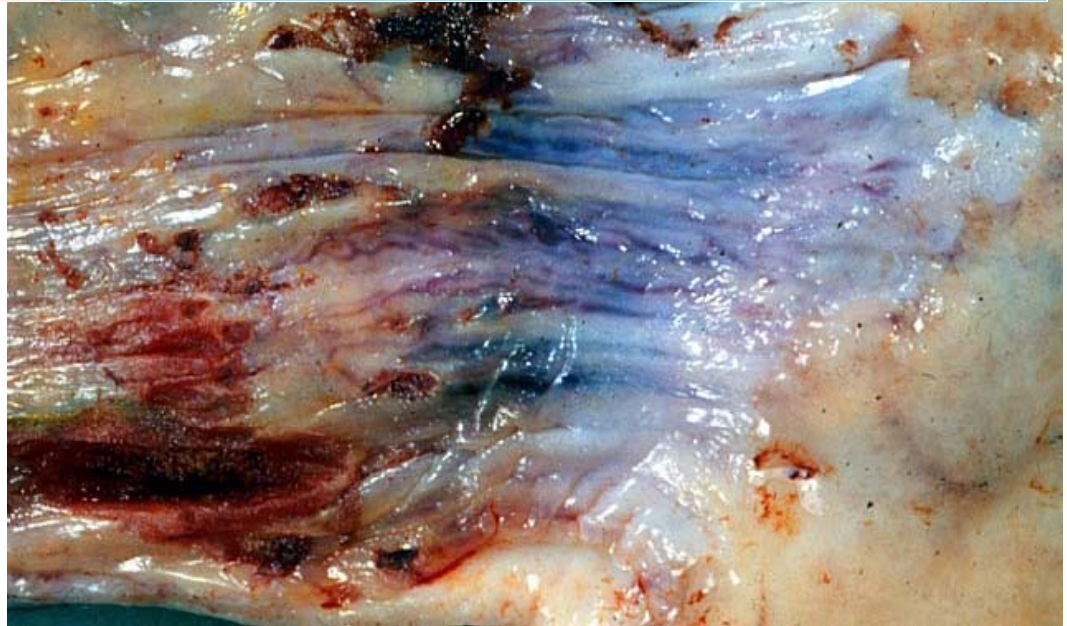
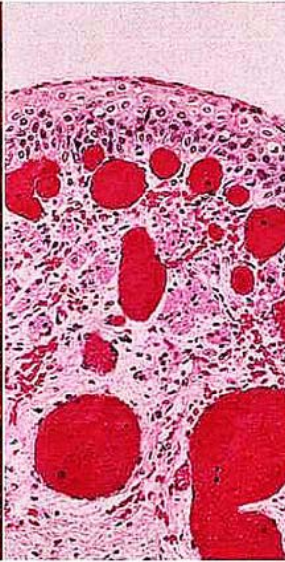
LEZIUNI CIRCULATORII

Varicele esofagiene = dilatații permanente ale venelor de la nivelul anastomozelor v. azigos cu v. porta.

Cauza: obstacole în circulația portală - ciroza hepatică, piletromboză, carcinom hepatic.

M: leziunea este localizată în porțiunea inferioară a esofagului, cordoane sinuoase, proeminente, de culoare violacee cu dilatații pe traseul lor.





LEZIUNI INFLAMATORII

Leziunile inflamatorii ale esofagului = esofagite.

Etiologia

-factorii fizico-chimici:

- refluxul gastric în esofag,
- ingerarea unor substanțe chimici iritante (alcoolul, acizi corozivi, substanțe alcaline)
- microtraumatismele,
- alimentele prea reci / prea fierbinți, etc.

- factorii infecțioși:

- bacterii,
- virusuri
- fungi.

ESOFAGITELE ACUTE

Forma catarală

M: mucoasa roșie, congestionată, acoperită de exsudat seros.

m: hiperemie, edem, descuamarea celulelor epiteliale și eroziuni ale mucoasei.

Forma fibrinoasă: boli infecto-contagioase (febră tifoidă, dizenteria).

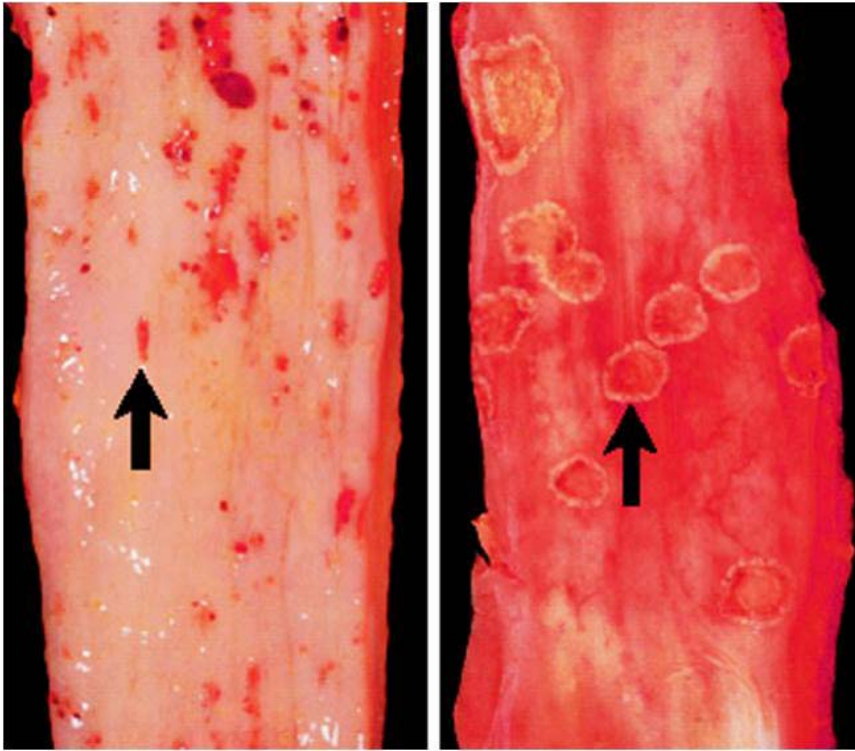
m: leziuni distrofice epiteliale și existența unui exsudat fibrinos.

Forma fibrino-necrotică: formele grave ale bolilor infecto-contagioase (scarlatină), ingestii de substanțe caustice.

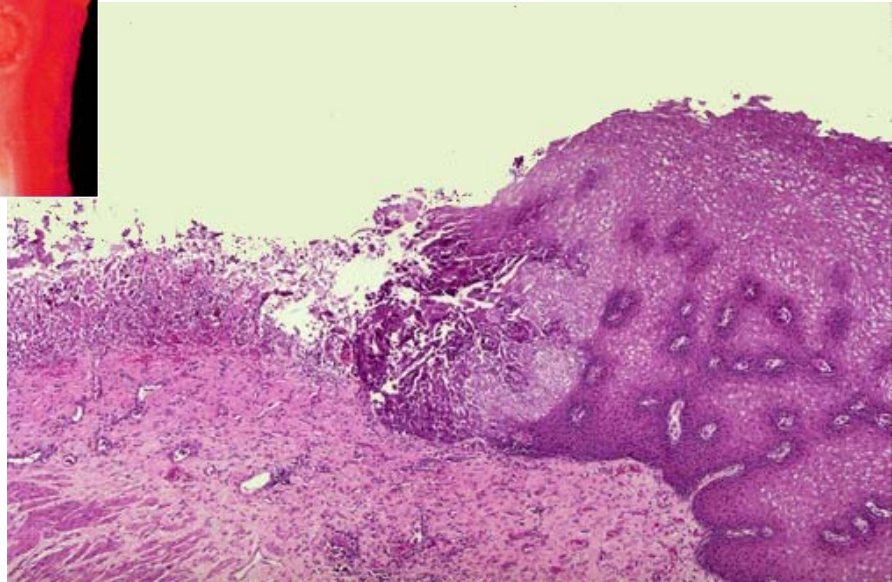
m: necroză profundă ce poate atinge tunica musculară, acoperite de depozite fibrinoase.

Forma purulentă: după ingestia de substanțe corozive

m: inflamație supurată difuză (flegmon).



ESOFAGITA FIBRINO-NECROTICA

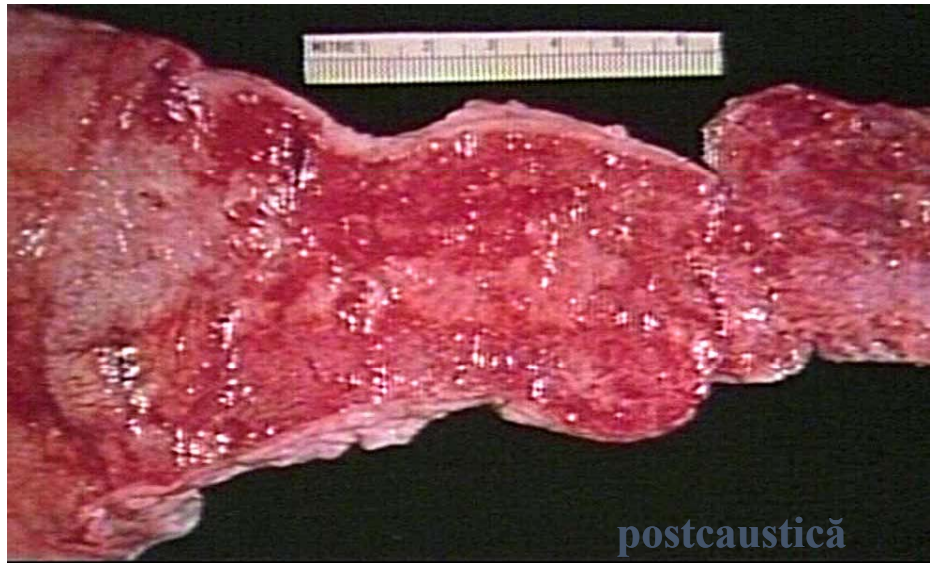


Varietățile etiologice particulare:

- **Esofagita corozivă** = frecvent postcaustică

M/m: - debut : inflamație necrotico-purulentă → ulceratie
- țesut de granulație,
- stadiul cicatricial: stricturi cicatriciale

Complicațiile: perforații, fistule eso-traheale → bronhopneumopatia de aspirație, suprainfecții bacteriene, cancere esofagiene.

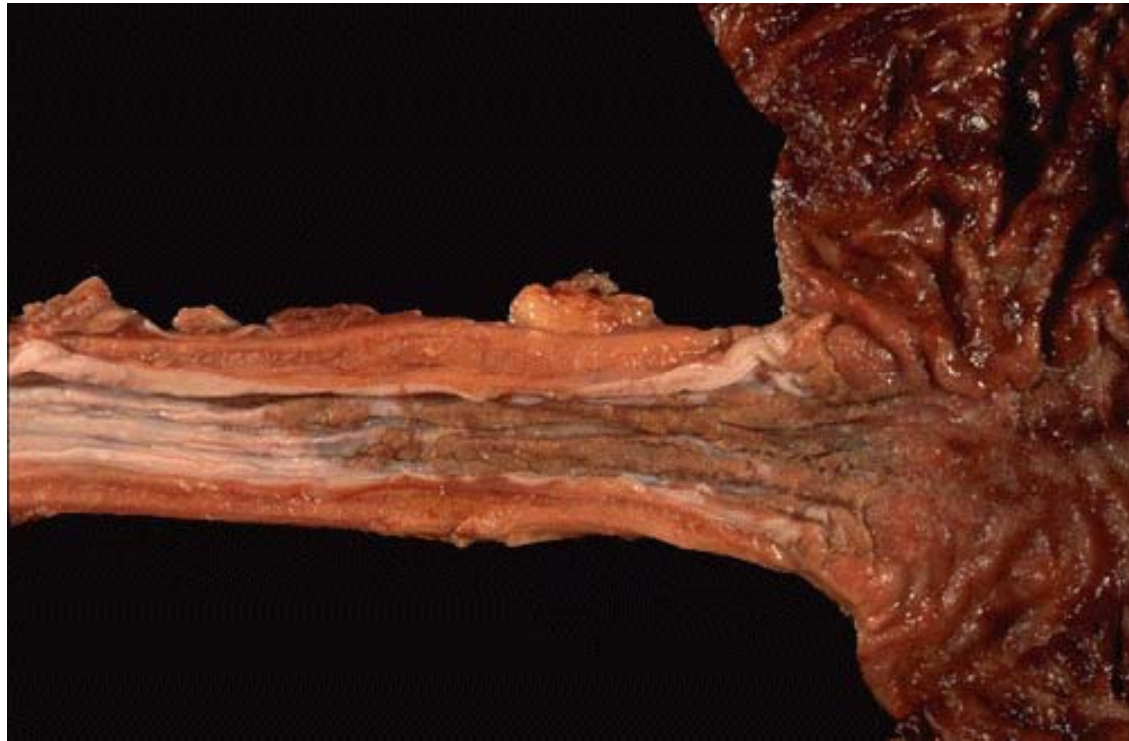


- **Esofagita peptică** - reflux gastric în esofag.

M: zone roșii, mici ulcerații și hemoragii, + zone palide-albicioase.

m: hiperemie, infiltrat PMN, înlocuirea epiteliului scuamos esofagian cu epiteliu cilindric de tip gastric / intestinal / mixt.

Complicații: ulcer peptic esofagian, esofagul Barrett, adenocarcinom metaplazic.



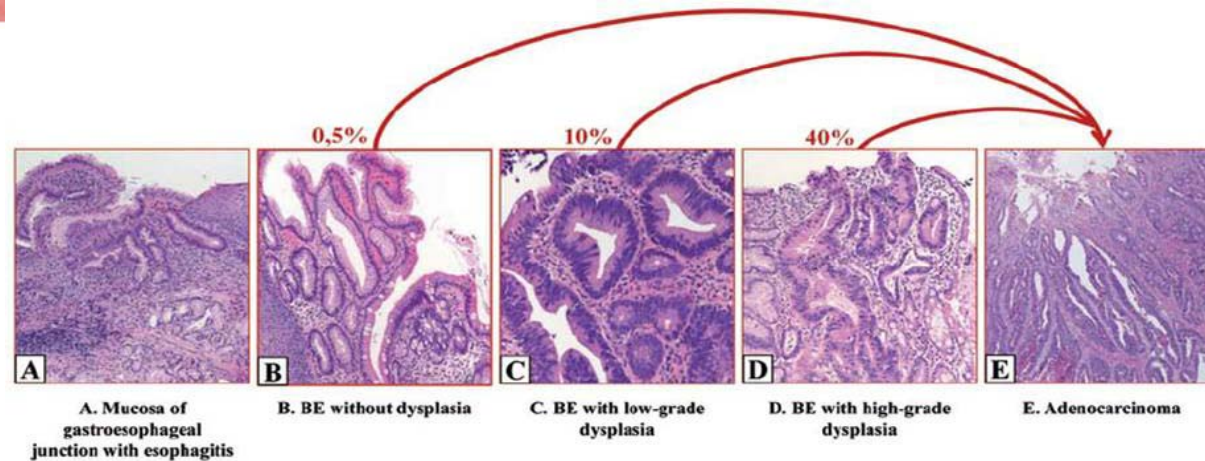
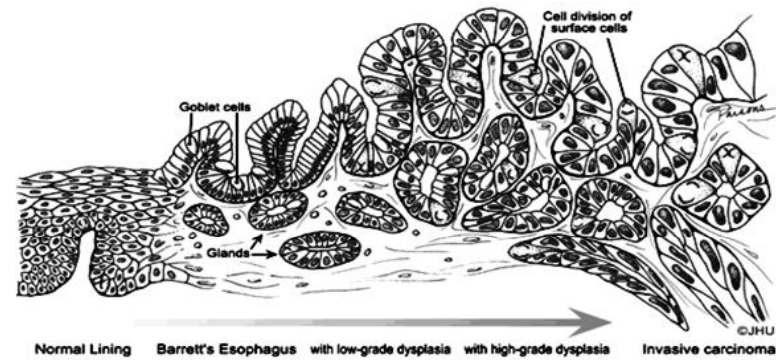
Esofagul Barrett - complicație a refluxului gastro-esofagian cronic, care se caracterizează prin **metaplazia intestinală** a epiteliului scuamos esofagian.

M: plăci roșii, catifelate, situate deasupra joncțiunii eso-gastrice.

m: aria de metaplazie intestinală (inclusiv celule caliciforme) se continuă distal cu mucoasa cilindrică gastrică și proximal cu cea scuamoasă a esofagului restant normal.

- aproximativ 1% din cazuri se asociază cu displazia de diferite grade.

Evoluție risc crescut de adenocarcinom esofagian.



ESOFAGITELE CRONICE

Esofagite cronice nespecifice: în urma formelelor acute nevindecate / consecință a iritanților cronici (alcool, fumat).

M: mucoasa esofagiană cu zone de atrofie/îngroșare și plăci de leucoplazie.

m: acantoză, hipercheratoză și leucoplazie a epitelului de căptușire și infiltrat inflamator cronic al corionului mucoasei.

Esofagite cronice specifice

- **Esofagita tuberculoasă**

M: ulceratie ce poate asocia prezența de fistule

m: foliculi tuberculoși și necroza de cazeificare.

- **Esofagita sifilitică** apare în sifilisul terțiar

M: gome luetice ce evoluează către instalarea cicatricilor retractile.

LEZIUNI TUMORALE

TUMORILE BENIGNE

Tumorele benigne epiteliale

M: formațiuni sesile / pediculate.

m: polip, papilom, adenom.



Tumorele benigne mezenchimale

M: formațiuni nodulare intramurale, cu diametrul ~ 3 cm.

m: frecvent leiomiom.



TUMORILE MALIGNE

- se dezvoltă frecvent pe leziuni precanceroase, localizate în 1/3 inferioară a esofagului.
- ~ 5 -7 % din cancerele tubului digestiv.
- frecvent > 50 de ani, incidență de 4 ori mai mare la sexul masculin.

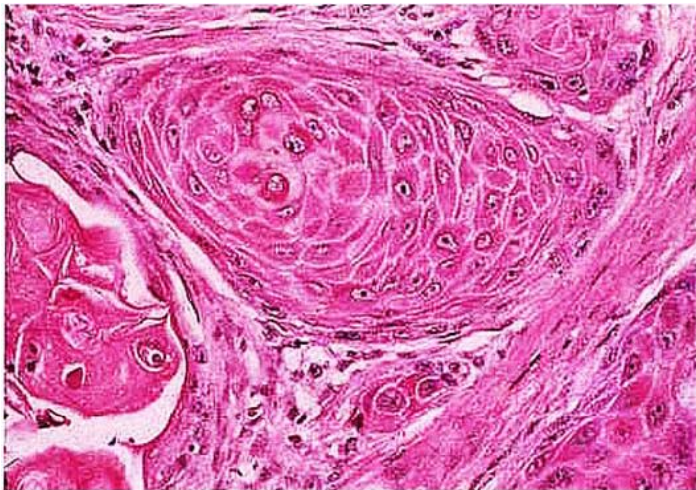
M: formațiuni infiltrante schiroase / ulcerate / vegetante, localizate de predilecție la nivelul esofagului terminal / în 1/3 medie.

m:

- carcinom scuamos moderat / bine diferențiat (2/3 sup. esofag)
- adenocarcinom (1/3 inf. esofag).

IHC:

- carcinomul scuamos: AE1/AE3+, CK 5/6+
- adenocarcinomul: CK7+ și CEA+.



Evoluția:

- infiltrativă și distructivă → se propaga prin contiguitate la organele din vecinătate (trahee, bronhia stângă, nervul recurent stâng).
- metastazele la distanță precoce pe cale limfatică:
 - în localizarea proximală → ganglionii cervicali,
 - în localizarea distală → ganglionii gastrici și celiaci

Supraviețuirea la 5 ani

- 80% pentru pacienții cu tumori în stadiul I
- 30-40% pentru cei cu tumori în stadiul II.
- 15% pacienți cu tumori în stadiul III,
- sub 1% în stadiul IV.