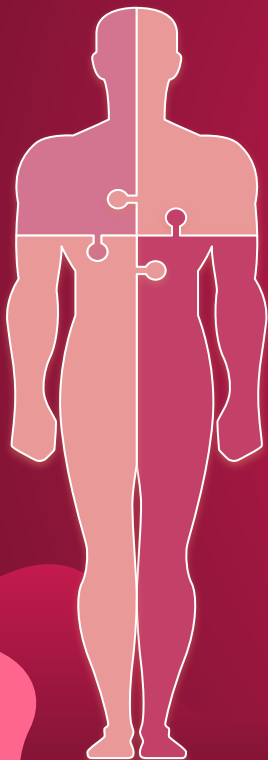


Pólipos Intestinais

– Caso Clínico 20–

Shamara Taylor

Apresentação do Caso



Nome

H.M.

Gênero

Masculino

Idade

32 anos

Ocupação

Fazendeiro

Queixas Apresentadas

Apetite
diminuído

Hábitos intestinais
alterados

Aumento da
flatulência

Sangramento retal
intermitente

Durante os últimos 6 meses

Exames realizados

Exames sanguíneos

Os valores estavam dentro dos limites normais

Tomografia (CECT)

Mostrou uma massa polipoidal de 4,6 cm x 3,3 cm x 4,3 cm no cólon transverso distal.

Exame Retal Digital (ERD)

Massa polipoidal sentida pela ponta do dedo na parede retal posterior a aproximadamente 6 cm da borda anal

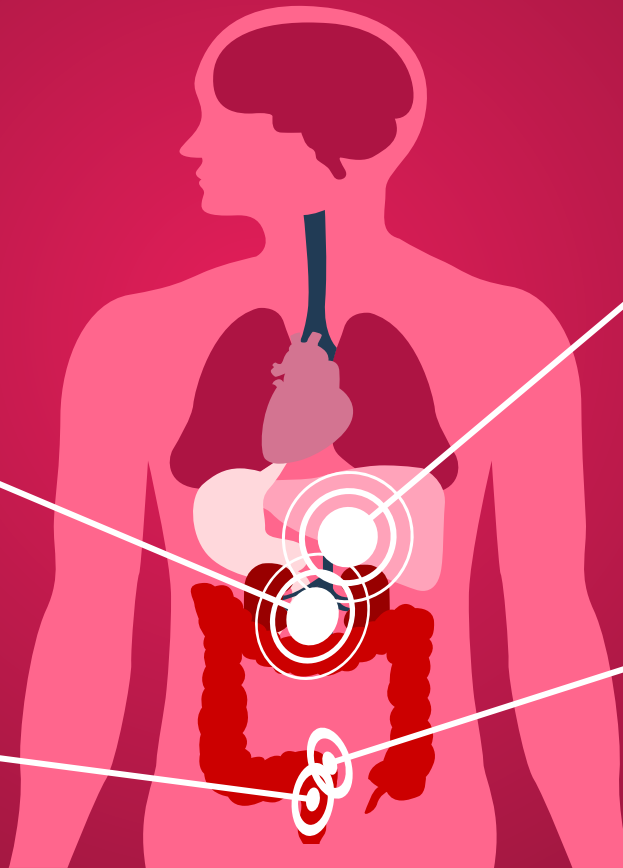
Proctoscopia

Pequenos pólipos circundando o póipo grande.

Nenhuma hemorróida ou qualquer úlcera retal foi observada.

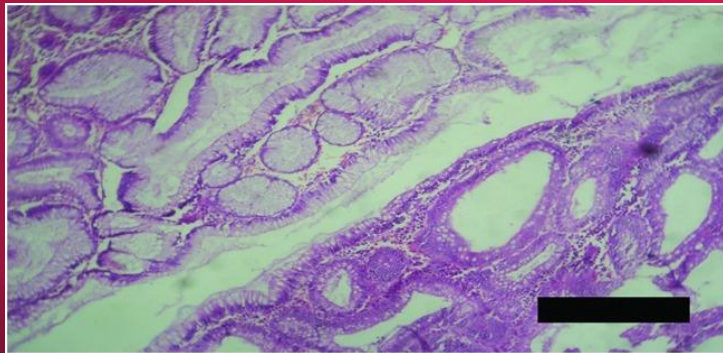
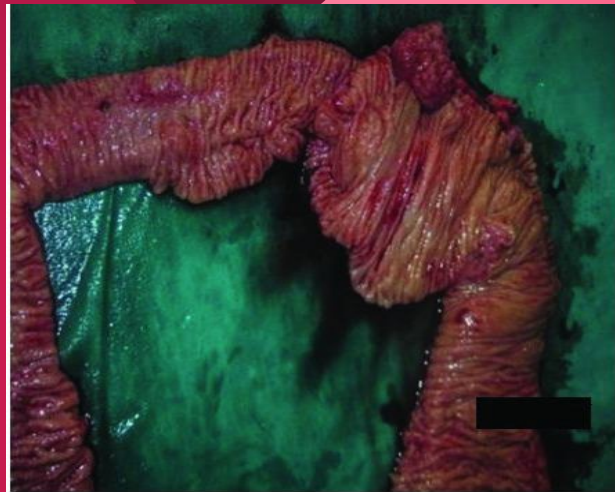
Colonoscopia

Pólipos de mais de 1 cm de tamanho foram vistos em todo o reto até o canal anal



Curso Clínico e Desfecho do Paciente

- **Biópsias:** a flexura esplênica, cólon transverso, flexura hepática, cólon ascendente e ceco também mostraram múltiplos pólipos.
- A amostra de proctocolectomia mostrou *múltiplos pólipos*.
- Os testes histológicos confirmaram a presença de múltiplos adenomas tubulares sem evidência de displasia ou malignidade.
- **Tratamento cirúrgico escolhido:** ileostomia permanente
- **DESFECHO:** Se recuperou bem.



Dois de seus filhos (7 anos e 10 anos) foram avaliados e diagnosticados com múltiplos pólipos colorretais na colonoscopia e foram aconselhados a fazer acompanhamento regular anualmente.

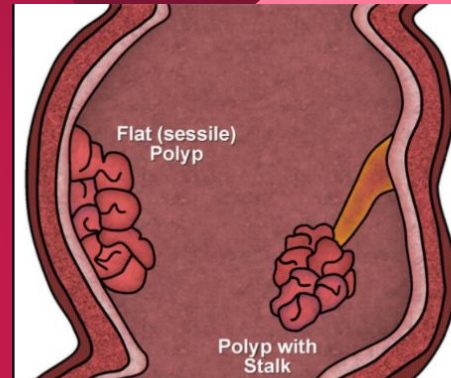
Pólipos Intestinais

Um pólipo intestinal se refere a uma protuberância no lúmen acima da mucosa colônica.

São geralmente **assintomáticos**, mas podem ulcerar e sangrar, causar tenesmo se no reto, e quando muito grande produzir obstrução intestinal.

Os pólipos do cólon podem ser:

- **Neoplásicos**
- **Não neoplásicos**



Tipos de Pólipos

Pólipos inflamatórios

- Projeções intraluminais não neoplásicas da mucosa.
 - Mais frequentes (em geral, não são pré-cancerígenos).
- Ex. pseudopólipos inflamatórios e prolapso pólipos inflamatórios*

A

B

Pólipos hamartomatosos

- Má formações das glândulas e do estroma
- Em geral **não têm potencial de malignidade**

Ex. Síndrome de polipose juvenil, pólipos de Peutz-Jeghers, síndrome de Cronkhite-Canadá, síndrome de tumor hamartoma homólogo de fosfatase e tensina (PTEN)

Pólipos serrilhados

- Grupo heterogêneo de pólipos com potencial maligno.
- Ex. pólipos hiperplásicos, tradicionais serrilhados adenomas e pólipos serrilhados sésseis (com e sem citologia displasia)*

C

D

Pólipos adenomatosos

- Podem se transformar em câncer.
 - Os 3 tipos de adenomas são tubulares, vilosos e tubulovilosos.
- Ex. Polipose Adenomatosa Familiar*

Polipose Adenomatosa Familiar (PAF)

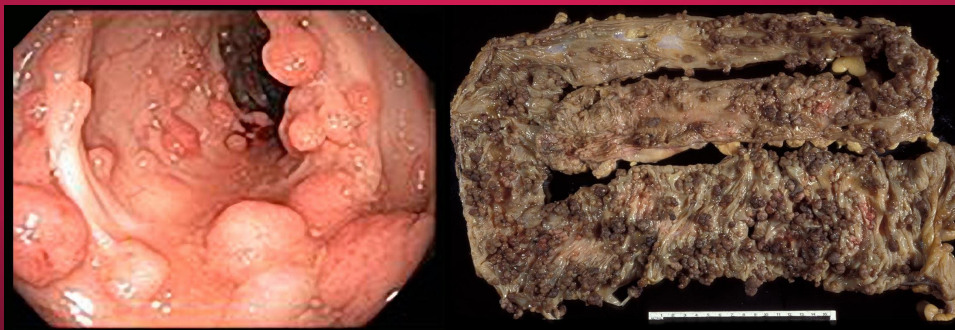


Herança autossômica dominante causada por mutações na linha germinativa no **gene da Polipose Adenomatosa Coli (APC)** no **cromossomo 5q21**



Prevalência: 3-10 /100.000 afetando ambos os sexos igualmente. Desenvolvimento de sintomas pode ocorrer no final da adolescência ou dos 20 aos 29 anos

Caracterizada pela aparência de numerosos (centenas a milhares) pólipos no epitélio do intestino grosso



Diagnóstico e Tratamento



Manifestações Clínicas

- Pólipos da glândula fúndica gástrica múltipla
- Adenomas duodenais, periampulares ou ampulares
- Características extra intestinais:
 - tumores desmóides
 - hipertrofia congênita do epitélio pigmentar da retina (HCEPR)
 - cistos epidermóides
 - osteomas
 - câncer de tireoide

- A maioria dos pacientes desenvolve pólipos na infância que aumentam gradualmente de tamanho e número ao longo do cólon até a adolescência.
- 50% dos pacientes desenvolvem adenomas aos 15 anos e 95% aos 35 anos.
- A malignidade começa a se desenvolver aproximadamente 10 anos após o aparecimento dos pólipos.



Opções Cirúrgicas

A cirurgia profilática é recomendada antes dos 25 anos.

- (1) **Proctocolectomia total com ileostomia de Brooke**
- (2) **Colectomia subtotal com anastomose ileorretal**
- (3) **Proctocolectomia restauradora com formação de reservatório ileal e anastomose ileoanal.**

A decisão de remover o reto depende do número de pólipos retais e do histórico familiar.

Para alguns pólipos no reto, a colectomia total com anastomose ileorretal é recomendada.

Discussão e Conclusões

- A cirurgia profilática é recomendada no final da adolescência ou início dos vinte anos
- Proctocolectomia e anastomose ileoanal são os procedimentos cirúrgicos preferidos
- A American Gastroenterology Association recomenda sigmoidoscopia anual em pacientes com PAF clássica e parentes em risco a partir dos 10-12 anos de idade.
- O uso de antiinflamatórios não esteroidais, **como o sulindaco**, para o tratamento primário da PAF não é suportado e a colectomia profilática continua sendo o tratamento escolhido para prevenir o câncer colorretal em pacientes com PAF.
- Pacientes com PAF podem apresentar queixas abdominais vagas mesmo sem qualquer histórico familiar, portanto, precisam ser avaliados cuidadosamente.
- Pacientes submetidos à proctocolectomia devem fazer acompanhamento anual utilizando endoscopia da bolsa e da zona anal de transição, porque podem ser encontradas alterações pré-malignas e adenocarcinomas invasivos na bolsa ileoanal pós cirurgia.

Referências

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413112/>

<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/polipos-no-colon-ou-no-reto/1715/178/>

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-194052>

<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/sulindac/informacao-geral>

<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/polipos-no-colon-ou-no-reto/1715/178/>