

Volumoso pólipo de transição coro antro.

Pólipos gástricos são achados comuns em exames de endoscopia, com uma incidência estimada de 0,5 a 23% nestes exames, sendo a prevalência estimada na população geral de 0,8 a 2,4%. Em geral são assintomáticos, achados de exame, sendo sintomáticos em menos de 10% dos casos, em geral quando grandes, podendo ocorrer sangramentos e obstruções.

Há três tipos principais de pólipos que se originam na mucosa gástrica, ou seja, pólipos epiteliais. São os pólipos de glândulas fúndicas, hiperplásicos e os adenomas. Apesar de possuírem algumas características que podem ajudar na diferenciação entre eles, somente a avaliação histológica pode realizar esta correta diferenciação, já que alguns subtipos possuem potencial maligno, podendo evoluir para o câncer gástrico. Assim, sempre na presença de pólipos, é necessária a avaliação histológica.

Nesta revisão iremos focar nos Pólipos Hiperplásicos, que são o segundo tipo mais comum de pólipos gástricos, respondendo por cerca de 14 a 40% dos casos, podendo ter incidência muito maior em áreas de maior infecção por *H. pylori*.(HP) Seu diagnóstico correto é fundamental, já que possui potencial maligno.

Sua incidência é a mesma em ambos os sexos, em geral no início da vida adulta, na maioria dos casos de forma incidental. Seu tamanho em geral é maior que os demais tipos e pólipos gástricos, com cerca de 30% deles maiores que 1 cm. Tendem a ser únicos e no antro, porém, quando múltiplos, pode ocorrer em

qualquer lugar do estômago. Não possuem nenhuma característica macroscópica que ajude a diferenciá-los dos demais tipos de pólipos, porém, na avaliação com NBI pode demonstrar uma densa rede de capilares irregulares em sua superfície, dando o aspecto hiperemiado que alguns pólipos apresentam. Possui estreita relação com a infecção por *H. pylori*, que quando presente aumenta a chance de pólipos hiperplásicos em duas vezes, enquanto sua erradicação aumenta a chance em até 11,7 vezes de desaparecimento dos pólipos hiperplásicos.

Como dito, em geral são incidentais, mas pólipos maiores podem levar a sangramentos, e em casos no antro ou piloro, podem gerar obstruções. São caracterizados histologicamente por presença de hiperproliferação de células foveolares, edema estromal, alterações regenerativas e infiltração inflamatória mista. Como são associados a inflamação crônica, é sempre indicada a biópsias das áreas peri pólipo, que em geral demonstram gastrite crônica atrófica, gastrite crônica por HP ou gastrite química/reactiva (perianastomótica por exemplo).

Os pólipos hiperplásicos possuem potencial maligno, baixo, mas presente, com transformação maligna estimada em cerca de 5 a 37% quando presente metaplasia intestinal, 2 a 20% quando presente displasia focal e de 2 a 6% quando com focos de adenocarcinoma. Pólipos maiores que 1 cm tem maior risco de transformação maligna. Lembrando que em geral a mucosa peripólipo possui alterações, muitas preneoplásicas, com risco de evolução para câncer.

## **MANEJO**

Todos os pólipos sintomáticos, maiores que 1cm ou com displasia em biópsias devem ser retirados. Lesões maiores de 1 cm não devem ser retirados com pinça, devido a chance de não recuperar material com displasia ou adenocarcinoma (em geral, cerca de 30% da superfície). Se houver lesões múltiplas, as maiores de 1 cm devem ser retiradas e as menores biopsiadas. Também devem ser biopsiadas as áreas no entorno do pólipo procurando por alterações preneoplásicas. Caso no pólipo sejam encontradas displasia ou carcinoma, ou as biópsias do entorno mostrem alterações, está indicada a vigilância em 1 a 2 meses. Se não houve biópsias de outros pólipos, pesquisa de HP ou ressecção incompleta do pólipo, está indicada nova endoscopia precoce. HP quando presente deve ser sempre erradicado.

Pro fim, alguns estudos demonstram que na presença de pólipos hiperplásicos de estômago, há chance de 3 vezes maior de o paciente ter adenomas colônicos. Assim, estes pacientes devem ser orientados a realizar colonoscopia.

## **BIBLIOGRAFIA**

[Cheesman AR, Greenwald DA, Shah SC. Current Management of Benign Epithelial Gastric Polyps. Curr Treat Options Gastroenterol. 2017 Dec;15\(4\):676-690. doi: 10.1007/s11938-017-0159-6. PMID: 28975540.](#)

