

## PÓLIPO INFLAMATÓRIO FIBRÓIDE: RELATO DE DOIS CASOS

IZIO KOWES, FSBCP  
SÉRGIO SANTANA  
PAULO BOENTE  
PAULO ROBERTO CORSI, ASBCP

---

KOWES I, SANTANA S, BOENTE P & CORSI PR - Pólipo inflamatório fibróide: relato de dois casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1994; 14(2): 96-99

**RESUMO:** O pólipo inflamatório fibróide representa uma entidade clínica de etiologia desconhecida que, por sua raridade, tem merecido publicações de pequenas séries. É um pseudotumor cujo diagnóstico clínico diferencial com verdadeiro neoplasma é extremamente difícil, porém à luz da microscopia óptica apresenta características de proliferação fibroblástica do tipo reacional. Os autores apresentam dois casos de pólipo inflamatório fibróide de delgado, cuja manifestação clínica foi abdome agudo obstrutivo, submetidos a tratamento cirúrgico. Discutem a dificuldade no diagnóstico diferencial clínico com patologia neoplásica e os aspectos anatomopatológicos.

**UNITERMOS:** pólipo inflamatório fibróide; pseudotumor

---

Pólipo inflamatório fibróide intestinal representa uma entidade clínica rara de etiologia desconhecida (4, 5, 6). Sua forma de apresentação muitas vezes simula verdadeiros neoplasmas malignos, tornando difícil sua diferenciação clínica com doença neoplásica. Entretanto, apresenta características histopatológicas e comportamento benigno (1, 2, 5, 14).

Coube a Vanek (13), em 1949, o primeiro relato de literatura, quando descreveu várias massas polipóides gástricas com importante infiltrado eosinofílico. Posteriormente, lesões semelhantes foram descritas no esôfago, intestino delgado e cólon (10, 12).

Várias sinônimas podem ser encontradas na literatura, como: granuloma eosinofílico, fibroma da submucosa, hemangiopericitoma, pseudotumor inflamatório ou tumor de Vanek (1, 4, 9, 10).

O objetivo desta publicação é relatar dois casos de pólipo inflamatório fibróide, em função de sua raridade,

analisando alguns de seus aspectos clínicos e anatomopatológicos.

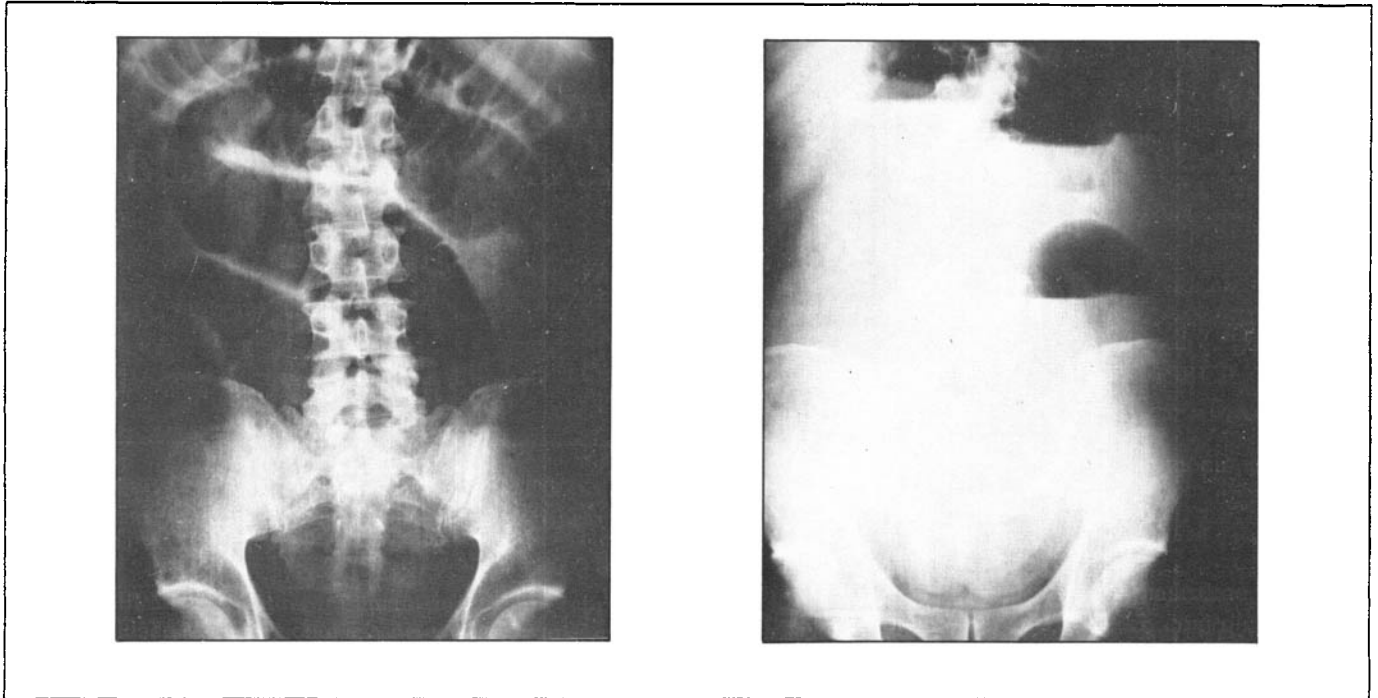
### Relato dos casos

*Caso 1* - Paciente do sexo masculino, 53 anos, admitido no Hospital Aliança da Bahia com quadro de dor abdominal difusa tipo cólica há oito semanas, associada a distensão abdominal e vômitos nos últimos sete dias. Referiu perda de 12 kg no período. Ao exame físico chamavam atenção a distensão abdominal e a presença de peristaltismo visível. O exame radiológico revelou distensão de intestino delgado, níveis hidroaéreos e sinais de empilhamento de moedas (Fig. 1). Com estes achados foi feito o diagnóstico sindrômico de abdome agudo obstrutivo, com indicação de tratamento cirúrgico.

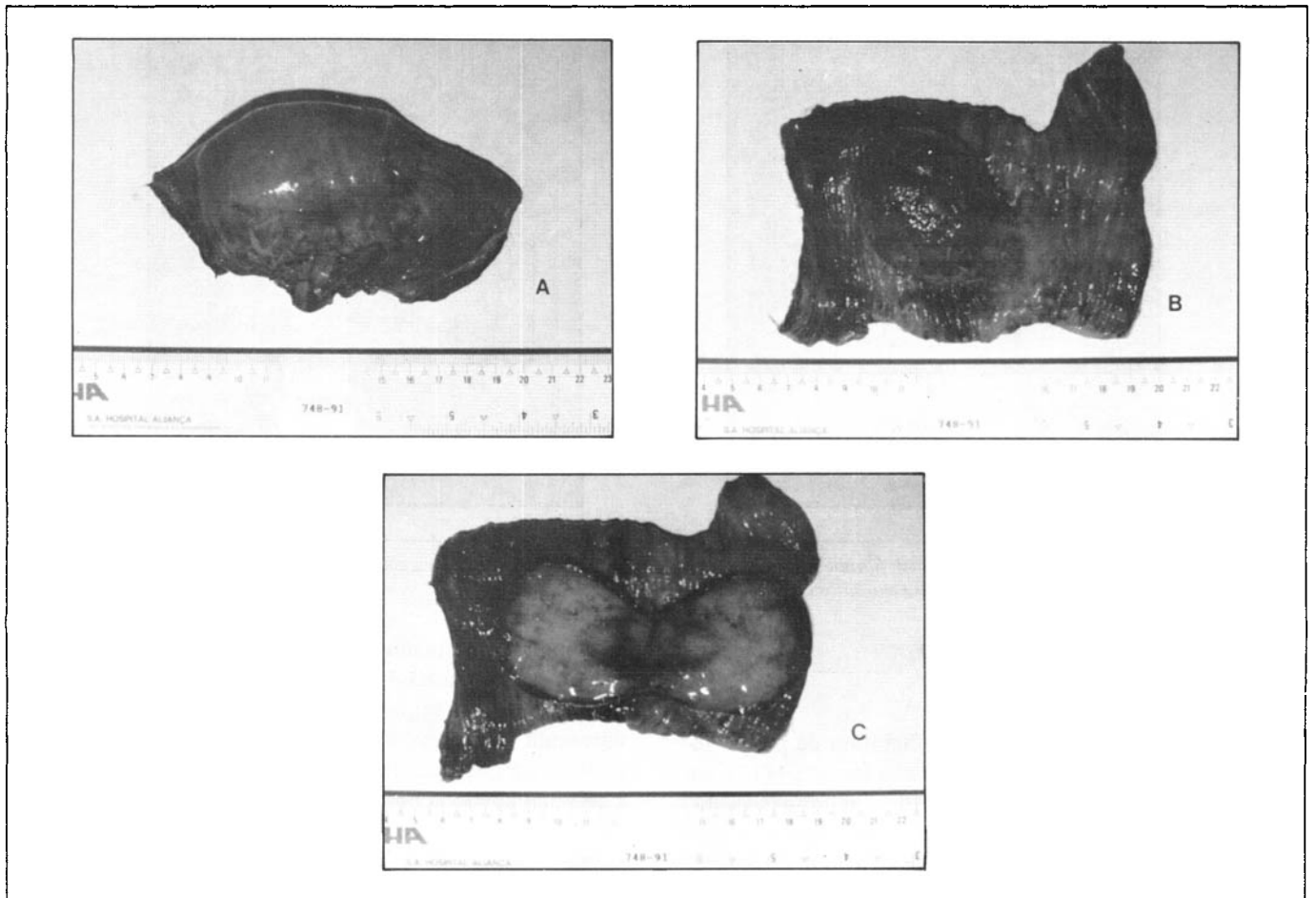
*Caso 2* - Paciente do sexo feminino, 60 anos, admitida no Serviço de Emergência do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, com quadro de dor abdominal difusa há duas semanas. Há seis dias piora da dor, caracterizada como cólica, acompanhada de distensão, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Referiu perda de 13 kg no período. Ao exame físico constatavam-se distensão abdominal e ruídos hidroaéreos aumentados. A propedêutica radiológica simples revelou sinais de obstrução intestinal completa.

A exploração cirúrgica nos dois casos revelou invaginação íleo-ileal facilmente redutível na sua totalidade, sem sofrimento de alça, com a presença de tumor intraluminal palpável que ocupava toda a luz do órgão, obstruindo-a completamente, sendo optado pela ressecção segmentar do íleo comprometido e anastomose íleo-ileal término-terminal. Ambos apresentaram boa evolução pós-operatória.

O exame macroscópico das peças (Figs. 2 e 3) revelou lesão polipóide intraluminal de intestino delgado, que provocou invaginação intestinal. A microscopia óptica mostrou proliferação fibroblástica esparsa, intercalada por matriz colágena, bastante vascularizada, edemaciada com infiltrado de células inflamatórias, inclusive dissociando fibras da camada muscular (Fig. 4). O restante do material ressecado encontrava-se macro e microscopicamente normal. Estes elementos permitiram o diagnóstico histológico de pólipo inflamatório fibróide.



**Fig. 1** - Radiografia simples de abdome em pé e deitado, que evidencia distensão de intestino delgado com válvulas coniventes, edema de parede intestinal, níveis hidroaéreos e ausência de ar no cólon.



**Fig. 2** - (Caso 1). A - Segmento de íleo dilatado apresentando área de herniação protuberante na parede intestinal medindo 2 cm. B - À abertura da alça nota-se tumor polipóide pediculado com superfície necrótica e congestão. C - Ao corte verifica-se tumor sólido, amarelo brilhante.

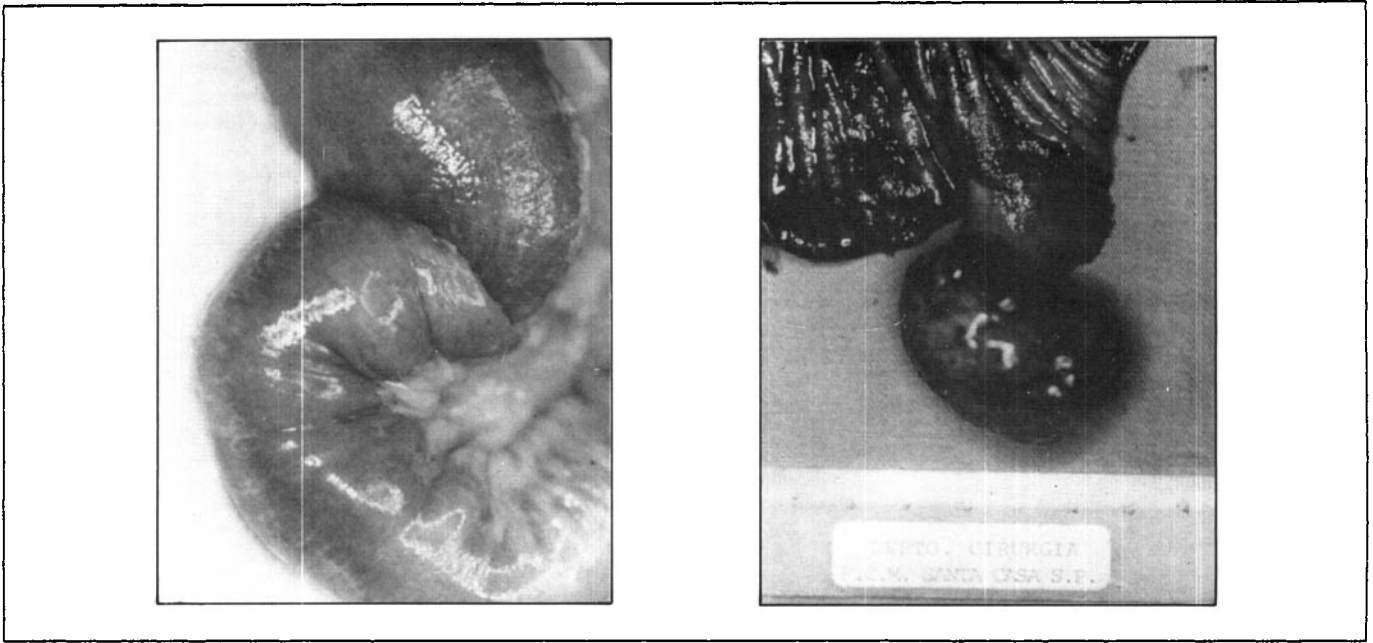


Fig. 3 - (Caso 2). Segmento de íleo com invaginação intestinal. Na luz, verifica-se a presença de tumor polipóide.

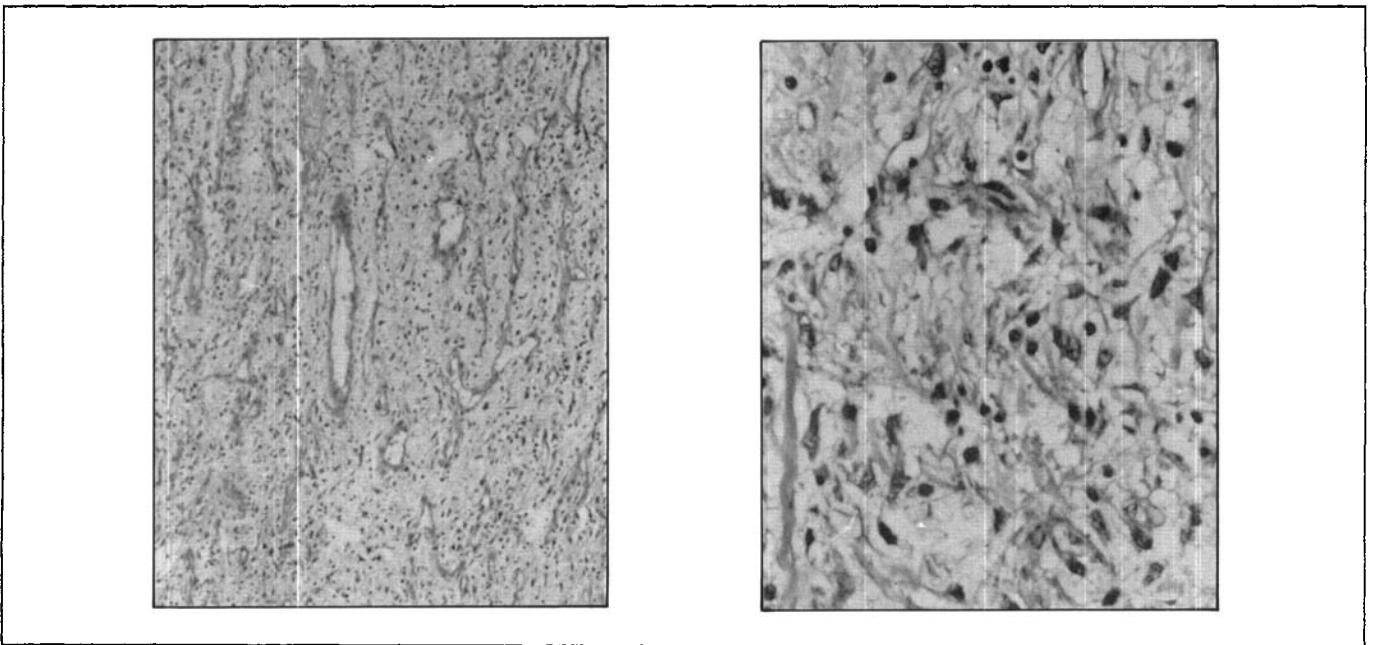


Fig. 4 - A microscopia revela proliferação difusa de fibroblastos fusiformes estrelados, circundados por matriz colágena frouxa edemaciada, bem vascularizada, com infiltração difusa de linfócitos, eosinófilos neutrófilos e plasmócitos.

## DISCUSSÃO

Encontramos poucos relatos na literatura de pólipo inflamatório fibróide, desde sua descrição em 1949 (13), em geral representadas por casos isolados. Algumas destas publicações são descrições de achados incidentais de exame ou de autópsias (12) e outras de pacientes que apresentaram manifestações clínicas diversas (1, 7, 8, 11, 15) que motivaram o tratamento cirúrgico, como nos casos descritos.

O pólipo inflamatório fibróide é um “pseudotumor” com origem na submucosa, que se localiza preferencialmente no estômago, em seguida intestino delgado e no cólon. Não apresenta diferenças de incidência quanto ao sexo e pode ocorrer em qualquer faixa etária (1, 14, 15).

O diagnóstico clínico diferencial entre pólipo inflamatório fibróide do íleo e neoplasia é extremamente difícil, sendo a indicação cirúrgica baseada, na maioria das vezes, no diagnóstico sintomático. Nos casos em questão a indicação cirúrgica foi por abdome agudo obstrutivo, com maior suspeita para etiologia neoplásica.

Os dois pacientes por nós estudados possuíam lesões de aspecto tumoral polipóide que ocluía a luz ileal, determinando sua obstrução. Ambos exibiam proliferação fibroblástica do tipo reacional, com células fusiformes e estreladas intercaladas por matriz colágena bastante vascularizada e com capilares sanguíneos simulando tecido de granulação, sendo estes aspectos compatíveis com o caráter inflamatório que caracteriza esta lesão, conferindo aspectos microscópicos de lesão de natureza benigna, confirmados por sua evolução clínica (1, 5, 6, 14).

A falta de compreensão da etiopatogenia deste tumor se reflete nas várias sinônimas encontradas na literatura. Devido ao seu caráter proliferativo reacional têm sido confundidos com neoplasma verdadeiro e, portanto, rotulados como: fibroma, neurofibroma, mixoma, hemangiopericitoma e hemangioendotelioma. Outros autores (1, 4, 15) salientam seu caráter inflamatório e encontramos denominações como: granuloma eosinofílico, pseudotumor inflamatório ou tumor de Vanek. A designação que consideramos mais conveniente é pólipo inflamatório fibróide, em função da característica macroscópica polipóide e de seu aspecto proliferativo reacional com fibroblastos, histiócitos, neoformação vascular e infiltrado inflamatório.

A presença simultânea de doença inflamatória intestinal ou história prévia de cirurgia intestinal sugere que alguns fatores podem funcionar como estímulo para a formação dessa aparente lesão reacional (15), o que não foi encontrado nos nossos casos.

---

**KOWES I, SANTANA S, BOENTE P & CORSI PR - Inflammatory fibroid polyp: two cases report.**

**SUMMARY:** The inflammatory fibroid polyp is a rare disease of unknown etiology, and isolated cases have been published in the medical literature. It is a pseudotumor wích differential diagnosis with a true neoplasm is extremely difficult to be done, although through optical microscopy, reacional fibroblastic proliferation is frequently found. The authors presents two cases of such disease in the jejunum that were causing

**bowel obstruction. Diagnosis and anatomopathologic aspects were reviewed.**

**KEY WORDS:** inflammatory fibroid polyp; pseudotumor

---

#### REFERÊNCIAS

1. Aanestad O, Seidal T. Inflammatory fibroid polyp that caused intussusception of the ileum: Case report. *Eur J Surg* 1992; 158: 387-9.
2. Benjamin SP, Hawk WA, Ruppert TB. Fibrous inflammatory polyps of the ileum and cecum. *Cancer* 1977; 39: 1300-5.
3. Cox JST. Submucosal ileal granuloma with eosinophilic infiltration and intussusception. *Br J Surg* 1960; 48: 149-50.
4. Dawson PM, Shousha S, Burn JI. Inflammatory fibroid polip of the small intestine presenting as intussusception. *Br J Clin Pract* 1990; 44: 495-7.
5. Gary SR, Elson HB. Inflammatory fibroid polyp of the intestine. *Am J Clin Pathol* 1984; 81: 708-14.
6. Gomes CM, Gomes SCL. Pólipo inflamatório fibróide gastrointestinal: Aspectos anátomo-clínicos de três casos. *Arq Gastroent S Paulo* 1976; 13: 169-75.
7. Johnstone JM, Morson BC. Inflammatory fibroid polyp of the gastrointestinal tract. *Histopathology* 1978; 2: 335-48.
8. Nkanza NK, King M, Hurtt MSR. Intussusception due to inflammatory polyps of the ileum: A case report of 12 cases from Africa. *Br J Surg* 1980; 67: 271-4.
9. Olsan EGJ, Wellwood JM. Haemangiopericytoms of the small intestine. *Br J Surg* 1970; 57: 66-9.
10. Pheils MT. A submucous fibroma of the ileum causing intussusception. *Br J Surg* 1952; 40: 135-7.
11. Roselli A, Paulino F. Granuloma eosinofílico do estômago (relato de dois casos). *Hospital (Rio de Janeiro)* 1965; 68: 1235-8.
12. Samtert T, Alstott DF, Kurlander GJ. Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract. *Am J Clin Pathol* 1966; 45: 420-35.
13. Vanek J. Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration. *Am J Pathol* 1949; 25: 397-407.
14. Virginia LA, Karl PH. Inflammatory pseudotumors (inflammatory fibrous polyps) of small intestine: A clinicopathologic study. *Dig Dis* 1975; 20: 325-36.
15. Williams GR, Jaffe S, Scott CA. Inflammatory fibroid polyp of the terminal ileum presenting in a patient with active Crohn's disease. *Histopathology* 1992; 20: 545-7.