

SÍFILIS SECUNDÁRIA DE LOCALIZAÇÃO GÁSTRICA

MÁRIO DAMIENSE TOSTE, J.E. PINA CABRAL, CARLOS GREGÓRIO,
MAXIMINO CORREIA LEITÃO, HERMANO GOUVEIA, IRENE MARTINS,
DINIZ DE FREITAS, J. GOUVEIA MONTEIRO

Serviços de Gastreenterologia, Cirurgia e Anatomia Patológica. Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra.

SUMÁRIO

Apresenta-se um caso de sífilis gástrica, que se manifestou por lesão ulcero infiltrado antro num homem de 25 anos, no qual se obteve a cura clínico endoscópica pela penicilioterapia. Faz-se uma revisão das características morfológicas habituais da doença, e discutem-se os critérios de diagnóstico.

SUMMARY

Secondary Syphilis of Gastric Location

We present a case of syphilitic gastropathy manifested by an ulceroinfiltrative lesion in the gastric antrum in a 25 year old man. We obtained a clinical endoscopic cure with specific antiluetic therapy. The morphologic characteristics, which are usual in this type of disease, are revised and the diagnostic criterion discussed.

INTRODUÇÃO

A partir da década de cinquenta deste século a incidência de Sífilis na população mundial decresceu, para conhecer um recrudescimento nos últimos anos.

O envolvimento gástrico no processo tem sido relatado escassas vezes em artigos de literatura médica, tomando aspectos que simulam malignidade, tuberculose, doença de Crohn¹, ou revelando a presença de múltiplas úlceras do antro num quadro de gastrite.²

Alguns autores² defendem a hipótese de, no estado inicial, a infecção levar a um envolvimento generalizado das mucosas com lesões superficiais.

Neste artigo apresenta-se o caso de um jovem de 25 anos, com lesões ulcero infiltrativas do antro, que se provou serem devidas a Sífilis Gástrica, com base em critérios endoscópicos, serológicos e histológicos.

CASO CLÍNICO

Jovem do sexo masculino, 25 anos, raça caucasiana, foi admitido nos H.U.C. por epigastralgias violentas, e vômitos alimentares pós prandiais.

Apresentava um deficiente estado de nutrição, alopecia em placas, lesão peniana cicatricial, e adenopatias inguinais bilaterais.

A E.D.A. revelou um estômago resistente à distensão, com hiperplasia das pregas mucosas, visualizando-se um

antro de pregas rígidas e com múltiplas úlceras serpiginosas, a maior das quais com cerca de 15 mm de tamanho com sinais de hemorragia não activa, com restos hemáticos.

O Rx gastroduodenal apresentava espessamento do relevo mucoso, tomando aspecto pseudopolipóide nos 2/3 proximais, com estreitamento do lúmen a nível do antro. O esvaziamento gástrico revelou-se lento.

Apresentava valores laboratoriais de Hemoglobina 11,8 gr/dl; Eritrócitos 4.140.000; Leucócitos 6.200, com contagem diferencial normal; V. S. 46.

A Bioquímica situava-se dentro dos parâmetros considerados normais.

As reacções serológicas para a sífilis foram: VDRL positiva com título de 1/16; FTA-Abs positivo; TPHA positivo.

O estudo do líquor revelou-se normal com serologia negativa

A Citologia não revelou a presença de células neoplásicas.

A Histologia mostrou úlceras gástricas e lesões de gastrite com infiltrado inflamatório constituído por linfócitos, plasmócitos, e eosinófilos. Havia ainda fenómenos congestivos e vasos com endotélio alto.

A técnica de Warthin Starry pôs em evidência numerosas espiroquetas no córion e lâmina própria.

O doente tinha, inicialmente, feito terapêutica com antagonistas dos receptores H2 sem melhoria.

Fez penicilioterapia I.M. na dose total de 30.000 U, com cura clínico-endoscópica, e negatificação da serologia.

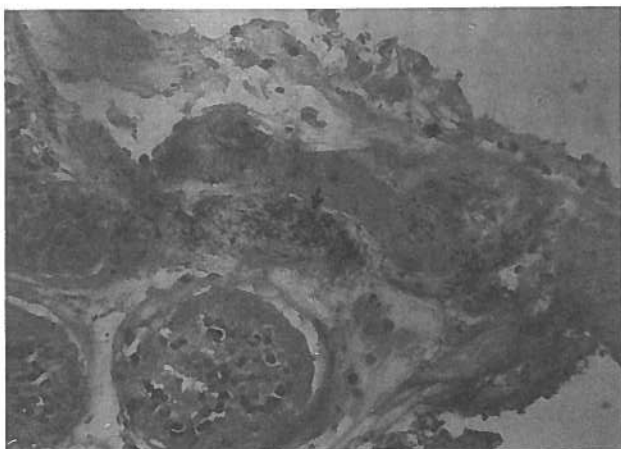


Fig. 1 - Microorganismos em espiral no córion e lamina própria da mucosa gástrica (Técnica de Warthin-Starry, x 100).

DISCUSSÃO

Os critérios habitualmente considerados para o diagnóstico de Sífilis Gástrica são:²

Infecção por *Treponema Pallidum* não tratada; Presença de sintomas gástricos; Lesões radiológicas ou endoscópicas compatíveis com Sífilis Gástrica; Ausência de neoplasia gástrica; Alívio sintomático, e resolução dos aspectos radiológicos ou endoscópicos considerados no ponto 3, pela penicilinoterapia, na falha de terapêutica convencional.

A identificação do *T. Pallidum* na mucosa gástrica obtém-se por 2 métodos: Ac. imunofluorescentes específicos para o *T. Pallidum*, reacção específica, e pela demonstração da presença de Espiroquetas na mucosa gástrica através da impregnação pela prata - técnica de Warthin Starry, reacção inespecífica.³ As lesões habitualmente encontradas na Sífilis gástrica situam-se preferencialmente no antro, podendo evocar infiltração da parede, com deformação tubular e resistência à expansão do lúmen, simulando uma linite plástica¹, ou tomar o aspecto de uma deformação afunilada, com ou sem irregularidade da mucosa, mimetizando adenocarcinoma ou linfoma.^{4,5}

Podem também revelar-se como um quadro de gastrite,^{2,5} com múltiplas úlceras superficiais, grandes, irregulares, de contornos serpiginosos, com edema da mucosa e hemorragia sub mucosa, descrito no envolvimento gástrico da Sífilis secundária.

A apresentação como úlcera solitária do antro só excepcionalmente foi descrita.²

As lesões radiológicas, para além da possível deformação gástrica já mencionada, são ainda o alargamento difuso das pregas gástricas nos 2/3 proximais do órgão.⁶

A histologia convencional revela endarterite e panflebite, com infiltração da mucosa por denso infiltrado de células plasmáticas, particularmente plasmócitos.² O diagnóstico diferencial, na ausência de microrganismo evidenciável, deve fazer-se com carcinoma, linfoma, tuberculose, doença de Crohn, sarcoidose, e gastrite eosinofílica¹. A doença de Crohn é das doenças granulomatosas com envolvimento gástrico a hipótese de diagnóstico mais provável, dada o aumento de incidência que actualmente se verifica na Europa.

No presente caso temos evidência de uma infecção por *T. Pallidum*, não tratada, em evolução.

Existia sintomatologia gástrica, que determinou a procura do médico em unidade hospitalar.

As lesões endoscópicas e radiológicas que o doente apresentava são enquadráveis no diagnóstico.

O doente foi objecto de terapêutica com antagonistas dos receptores H2 durante 3 semanas, sem modificação do quadro clínico e endoscópico, tendo havido regressão completa com penicilinoterapia.

Tivemos ainda oportunidade de confirmar a presença de numerosas espiroquetas na mucosa gástrica, recorrendo à técnica de Warthin Starry.

BIBLIOGRAFIA

1. ANAI H, OKADA Y, OKUBO T et al: Gastric Syphilis simulating plastic type of gastric cancer. *Gastrointest Endosc* 1990; 36, 6: 624-6.
2. MANTEN HD, HARARY AM: Chronic infection of the stomach. In: Bockus H.L., 77: 1328-43.
3. BESSES C, SANS-SABRAFEN J, BADIA X et al: Ulceroinfiltrative syphilitic gastropathy: silver stain diagnosis from biopsy specimen. *Am J Gastroenterol* 1987; 82: 773-4.
4. DELUCA RF, MORTON R, KAFKA EC et al: Early luetic gastritis presenting as an antral mass. *Gastrointest Endosc* 1975; 22: 95-7.
5. REISMAN TN, LEVERETT FL, HUDSON JR et al: Syphilitic gastropathy. *Am J Dig Dis* 1975; 20: 588-93.
6. MOORE AB, AURELIUS JR: Roentgenologic manifestation in eighty-seven cases of gastric syphilis. *AJR* 1928; 19: 425-32.
7. MORIN ME, TAN A: Diffuse enlargement of gastric folds as a manifestation of secondary syphilis. *Am J Gastroenterol* 1980; 74: 170-2.
8. Holmes KK, Lukehart SA: Syphilis. In: Harrison's Principles of Internal Medicine, 11ª ed., 1987; 1, 122: 639-49.
9. SACHAR DB, KLEIN RS, SWERDLOW F et al: Erosive syphilitic gastritis: dark-field and immunofluorescent diagnosis from biopsy specimen. *Ann Intern Med* 1974; 80: 512-5.