



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 10 • Setembro 2009

Sífilis gástrica: Diagnóstico diferencial com Carcinoma Gástrico.

A propósito de um caso clínico

Gastric Syphilis: Differential diagnosis with Gastric Carcinoma – A case report

*Ana Sofia Bento¹, Hamilton Neves Baptista², Mário Rui Silva³,
Fernando José Serra Oliveira⁴, Fernando Jaime Martinho⁵*

¹Interno de Cirurgia Geral, ² Assistente Graduado de Cirurgia Geral

³ Assistente Graduado de Anatomia Patológica, ⁴ Chefe de Serviço da Cirurgia I ⁵ Chefe de Serviço da Cirurgia II
Hospitais da Universidade de Coimbra – Serviço de Cirurgia II

RESUMO

A sífilis é uma doença sistémica crónica sexualmente transmissível. O envolvimento gástrico é pouco frequente. Os autores apresentam um doente de 35 anos, com epigastralgias, náuseas, vómitos e com o diagnóstico inicial de carcinoma gástrico. Esta patologia é de difícil diagnóstico, sem sintomatologia patognomónica e cujas biópsias endoscópicas são semelhantes a adenocarcinoma ou linfoma.

Palavra chave: Sífilis; Gástrica; Treponema Pallidum

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sistémica, envolvimento gástrico ocorre numa fase secundária ou terciária da doença (1,2). É uma manifestação rara, de reconhecimento difícil e cuja incidência diminuiu drasticamente desde a introdução de antibióticos (2).

A apresentação clínica e o facto de o diagnóstico só ter sido feito após a gastrectomia torna este caso invulgar e particularmente interessante.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino de 35 anos, com queixas de enfartamento, náuseas, vómitos pós-prandiais e epigastralgias do tipo ulceroso gástrico. Perda ponderal de 4 Kg/mês, com evolução de 2 meses e sem melhoria com terapêutica de inibidor da bomba de prótons (IBP) – lansoprazol 30 mg. Realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que evidenciou mucosa antral eritematosa difusamente no antro gástrico cujas bió-



psias revelaram características histológicas sugestivas de neoplasia intra-epitelial. O doente recorreu ao nosso Serviço tendo repetido a EDA e as biópsias. Nesta EDA toda a mucosa antral gástrica estava eritematosa, friável, hemorrágica e ulcerada até ao piloro, com múltiplas úlceras. As novas biópsias sugeriram adenocarcinoma tubular ulcerado rodeado de células inflamatórias.

Como patologias associadas apresentava queratocone. Sem medicação ambulatoria. Negou hábitos etílicos ou consumo de drogas.

Ao exame objectivo apresentava dor à palpação da região epigástrica. Sem outras alterações, nomeadamente na pele, mucosas e genitais. Analiticamente a hemoglobina era de 12,5 g/dl com hematócrito de 37,1%, leucocitose de $7900^3/\mu\text{l}$, antígenos e anticorpos para HIV 1 e 2, e vírus hepatotrópicos (HBV, HCV, HAV, CMV, EBV) negativos. Restantes parâmetros analíticos dentro dos valores padrão. Marcadores tumorais CEA e CA 19.9 sem alterações. Realizou Tomografia Computorizada (TC) tóraco-abdomino-pélvica que mostrou múltiplas adenopatias do tronco celíaco, mesentéricas, sem evidência de metástases hepáticas ou pulmonares (figura 1).

TRATAMENTO

Foi realizada laparotomia, identificando-se parede gástrica antral espessada e múltiplas adenopatias no hilo hepático, tronco celíaco e perigástricas. O exame extemporâneo do conglomerado adenopático de 12 gânglios não mostrou metástases. Foi realizada gastrectomia sub-total com gastrojejunostomia em Y de Roux e colecistectomia. Na peça operatória, o estômago apresentava uma mucosa eritematosa e despregueada numa área de 7 por 8 cm. O exame histológico mostrou processo inflamatório crónico severo, com actividade marcada, destruição glandular e com envolvimento da mucosa e submucosa (figura 2). A coloração de Warthin-Starry foi inconclusiva, sem observação de espiroquetas, apenas se visualizando áreas de colonização por *Helicobacter pylori* (figura 3).



Figura 1 – Imagem de TAC abdominal que mostra múltiplas adenopatias tronco celíaco, mesentéricas, sem sinais de metástases hepáticas.

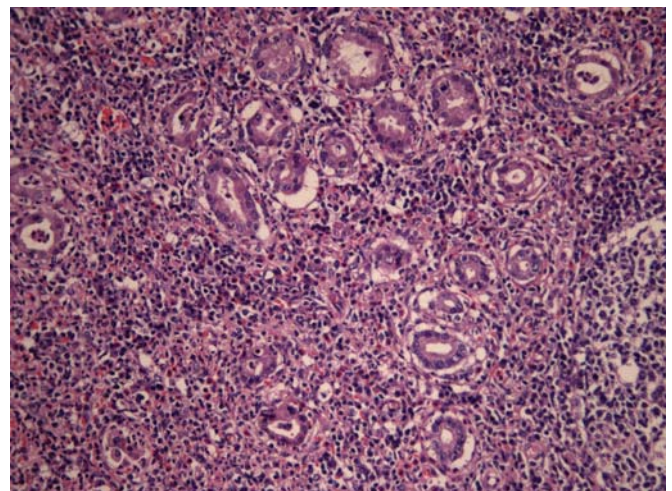


Figura 2 – Marcada infiltração por leucócitos polimorfonucleados e com destruição do epitélio glandular gástrico (H&E 200x).

Em estudos posteriores foram realizados, as serologias VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) reactivo com título 1:16 e TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay) positivo com título de 1:1280. Os estudos imuno-histoquímicos por Imunofluorescência directa e teste de PCR foram positivos para infecção por *Treponema Pallidum*.



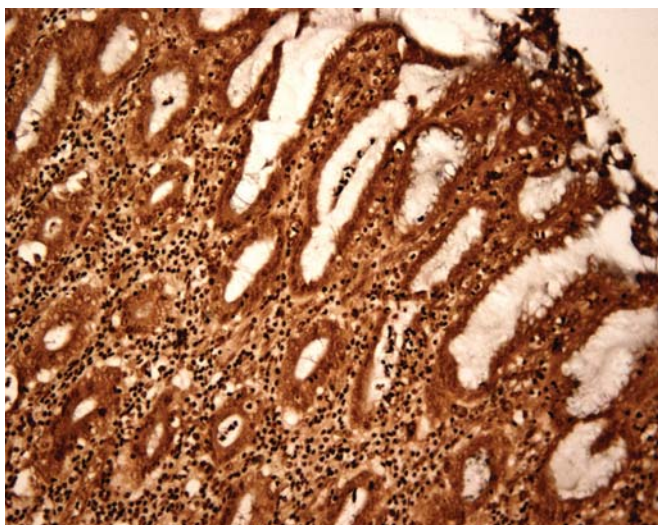


Figura 3 – Apenas se visualizam áreas de colonização por *Helicobacter pylori* (Warthin-Starry).

O doente realizou um pós-operatório sem complicações tendo tido alta ao 9º dia. Fez Penicilina benzatínica 2,4 milhões de unidades IM 3 doses. Nas consultas de seguimento no 1º mês, no 6º mês e no 1º ano, o doente estava clinicamente bem. Realizou EDA ao 6º mês pós operatório sem alterações relevantes.

DISCUSSÃO

A sífilis é uma infecção sistémica crónica de transmissão sexual causada pela espiroqueta *Treponema Pallidum*, (2,3).

Em Portugal entre 2002-2006 foram declarados cerca de 124 novos casos/ano. Nenhum caso de sífilis gástrica foi publicado no nosso país desde 1998. Na literatura anglo-saxónica estão descritos 34 casos desde 1990 (5).

O envolvimento gástrico é uma manifestação rara numa fase secundária ou terciária da doença, ocorre em menos de 1% dos doentes (3), e resulta da dispersão hematogénica das espiroquetas. A inflamação sífilítica do estômago é consequência da vasculite treponémica e não da ingestão de espiroquetas (4).

A sífilis gástrica atinge normalmente jovens adultos

da segunda à quarta década de vida (1). A sintomatologia é inespecífica, sendo a mais frequente náuseas, vómitos, epigastrias, anorexia e perda de peso (1,2,3). Estando descritos casos de hematemese e perfuração gástrica (5). Não existe quadro clínico patognomónico sendo difícil o diagnóstico. Aparentemente surge de uma forma aguda ou sub-aguda, tipo gastrite, num indivíduo previamente saudável. A evolução indolente do quadro clínico sugere uma neoplasia e 61% dos doentes apresentam perda de peso (4).

A EDA nestes doentes mostra lesões de gastrite infiltrativa, com mucosa eritematosa, ulcerada, friável, hemorrágica, semelhantes a gastrite erosiva severa, doença de Crohn, tuberculose, linfoma gástrico ou linite plástica (2,4).

O diagnóstico histológico é extremamente difícil. As biópsias gástricas raramente fazem o diagnóstico pois as espiroquetas só esporadicamente são identificadas (3). Os achados histológicos sugerem um processo destrutivo, semelhante a linfoma ou carcinoma gástrico, sendo estes diagnósticos considerados em 85-95% dos doentes com sífilis gástrica (2).

Os métodos imuno-histoquímicos mais recentes para diagnóstico de sífilis são o teste de detecção de DNA do *Treponema pallidum* por PCR e o teste de imunofluorescência directa específica com o anticorpo monoclonal anti-treponémico (6). Contudo estes testes apenas são realizados em poucos centros e no caso clínico descrito foi pedida a colaboração de um centro especializado no estrangeiro.

A suspeição diagnóstica deve ser confirmada serologicamente através de VDRL e TPHA, com uma sensibilidade de cerca de 100% (2). A VDRL é uma prova não treponémica utilizada num rastreio inicial e a TPHA é uma prova treponémica específica que confirma o diagnóstico (1).

Vários estudos têm demonstrado que a sífilis assim, como outras doenças sexualmente transmissíveis, são cada vez mais frequentes em doentes infectados com HIV (1,2,5), mas essa associação nem sempre está presente como no caso clínico apresentado.

O tratamento recomendado para a sífilis gástrica é penicilina benzatínica 2,4 milhões de unidades intra-



muscular em dose única, todavia alguns autores recomendam uma dose semanal durante 3 semanas, que é o tratamento típico da Sífilis latente ⁽¹⁾.

CONCLUSÃO

É necessária uma elevada suspeição clínica para realizar o diagnóstico de sífilis gástrica.

A sífilis gástrica deve ser considerada como hipótese de diagnóstico, perante doentes adultos jovens, com clínica de gastrite ou de úlcera gástrica que não respondem à terapêutica com IBP, ou com lesões gástricas de aparência endoscópica e histológica semelhantes a gastrite infiltrativa, linite plástica ou a carcinoma gástrico.

O diagnóstico é feito serologicamente com VDRL e FTTHA sendo o tratamento médico com penicilina benzatínica.

BIBLIOGRAFIA

1. E. Braunwald MD, A. S. Fauci MD, et al. Harrison Internal Medicine. 15 ed. 2001. Vol II. 9:1107-1116;
2. Yoon-La Choi, Jae Joon Han, Da Keun Lee, et al. Gastric Syphilis Mimicking Adenocarcinoma: A Case Report. J Korean Med Sci 2006. 21: 559-62;
3. S. Massironi et al. Gastric involvement in a patient with secondary syphilis. Digestive and Liver Disease 2005. 37 368-371;
4. James C, Kolb, MD, Lou Ann Woodward, MD. Gastric Syphilis. American Journal of Emergency Medicine 1997. Vol. 15,, Number 2;
5. A.F.Guerrero, M.D.; T.M.Straight, M.D.; et al. Gastric Syphilis in an HIV-Infected Patient. AIDS Patient Care and STDs. 2005. Vol. 19. 5:281-285;
6. Chen C, Chi K, George R, Cox D, Srivastava A. Diagnosis of gastric syphilis by direct immunofluorescence staining and real-time PCR testing. J Clin Microbiol. 2006, 44: 3452-3456.

ANA BENTO

Tel. 966343661 – bento.md@gmail.com
Av. João de Deus Ramos n.º 165 1.º A
3030-329 Coimbra



Ana Sofia Bento, Hamilton Neves Baptista, Mário Rui Silva, Fernando José Serra Oliveira, Fernando Jaime Martinho