

Gastrite luetica: descrizione di un caso clinico

Gastric syphilis: a case-report

P. Del Duca¹, M. Amini², S. Fiore¹, R. Maida¹, F. Monardo², L. Moriconi¹,
C. Patrizi¹, M.A. Vitale³, G. Cerqua¹ *

¹ UOC Medicina Interna per l'Urgenza, AO San Giovanni Addolorata, Roma

² UOC Anatomia Patologica, AO San Giovanni Addolorata, Roma

³ UOC Endoscopia Digestiva, AO San Giovanni Addolorata, Roma

KEY WORDS

Stomach diseases
Syphilis
Gastritis
Lymphoma
Gastroscopy

Summary **CLINICAL CASE** A 43-year-old Romanian woman was referred with the clinical suspicion of gastric lymphoma; she had complained from two months nausea, vomiting and weight loss (7 kg); 3 esophagogastroduodenoscopic examinations had evidenced reduced distensibility of stomach body and antrum, ulcerated and congestive mucosa, the histopathological examinations revealed a non specific inflammation. There was no response to therapy with omeprazole. A computer-assisted tomography scan of the thorax and abdomen, obtained after the oral and intravenous administration of contrast material, showed diffuse thickening of the gastric wall, lymphadenopathies were seen in the retrocrural space, lesser curvature, and paraaortic region. It was performed another upper endoscopy with "deep" biopsy specimen, comprehensive of spirochetal immunohistochemistry, that was diagnostic for gastric syphilis.

DISCUSSION Even though gastritis is a rare clinical manifestations of the secondary stage of syphilis, it must be considered in the differential diagnosis of erosive gastritis unresponsive to medical therapy, especially in young patients; screening tests like VDRL (routinely used until few years ago in internal medicine divisions) may be useful to identify those patients needing a further diagnostic evaluation.

Introduzione

Il reperto endoscopico di erosioni gastriche multiple, scarsa distensibilità della parete viscerale, congestione mucosa e la persistenza del quadro clinico-strumentale malgrado adeguata e reiterata terapia con inibitori di pompa protonica (IPP) è suggestivo in prima battuta di patologia neoplastica maligna (carcinoma gastrico, linfoma, gastrinoma) [1,2].

Ciò è valido soprattutto nelle popolazioni dei Paesi occidentali, tuttavia il crescente fenomeno dell'immigrazione da Paesi con diverso tenore socioeconomico deve portare a considerare nella diagnosi differenziale anche patologie a torto ritenute scomparse. Il caso da noi descritto è ben esemplificativo.

Caso clinico

Nell'ottobre 2005 una donna di 43 anni di nazionalità rumena giungeva alla nostra osservazione, inviata dallo specialista gastroenterologo, con il sospetto clinico di linfoma gastrico. La paziente lamentava da due mesi nausea, vomito postprandiale precoce, vaghi disturbi dispeptici e calo ponderale di circa 7 kg.

Nell'arco di un mese aveva eseguito tre esofago-gastroduodenoscopia, che avevano evidenziato mancata distensibilità del corpo e dell'antra in un contesto di mucosa ulcerata e congesta. Gli esami biotici avevano mostrato un quadro di flogosi aspecifica. La paziente assumeva da due settimane omeprazole senza alcun giovamento.

All'anamnesi remota si segnalava appendicectomia in giovane età e splenectomia post-traumatica all'età di 33 anni. La paziente lavorava in Italia come collaboratrice domestica da sei mesi e aveva una buona conoscenza della lingua italiana.

All'obiettività appariva in discrete condizioni generali, ed era evidente uno stato di magrezza. L'addome presentava cicatrici chirurgiche normoepitelizzate, era trattabile, con lieve dolorabilità in epigastrio alla palpazione profonda; in particolare non vi erano masse palpabili. La peristalsi era

* Corrispondenza:

Pietro Del Duca, UOC Medicina Interna per l'Urgenza,
AO San Giovanni Addolorata, via dell'Amba Aradam 9,
00184 Roma, e-mail: piedeldu@libero.it

presente. Per il resto l'obiettività era nei limiti. I risultati degli esami ematici sono riportati in **Tab. 1**.

L'elettrocardiogramma e la radiografia del torace erano nei limiti.

Nel frattempo veniva intrapresa una terapia con omeprazolo per via parenterale e dieta leggera, con miglioramento della sintomatologia.

In settima giornata dal ricovero veniva effettuata la TAC del torace e dell'addome con mezzo di contrasto (**Tab. 2**), che documentava ispessimento a tutto spessore della parete gastrica a livello dell'antra di circa 1 cm, esteso distalmente per circa 5 cm, presenza di un linfonodo di 11 mm in sede retrocrurale, di un pacchetto linfonodale di circa 13 mm a livello della piccola curvatura gastrica e di alcuni piccoli linfonodi subcentimetrici a livello paraortico.

Dopo aver consultato il chirurgo e l'anatomopatologo si decideva di eseguire nuovamente l'esofago-gastroduodenoscopia con biopsia "profonda"; inoltre veniva effettuato il dosaggio della gastrinemia, risultato nei limiti. La paziente, contrariata per l'ennesimo esame endoscopico, il giorno successivo usciva volontariamente dal reparto.

Circa 10 giorni dopo veniva comunicato il referto anatomopatologico: "Materiale costituito da frammenti di tessuto di granulazione e da frammenti multipli di mucosa gastrica sede di marcato infiltrato plasmacellulare policlonale. *La ricerca immunostochimica per le spirochete è risultata positiva.* Reperti morfologici e immunistochimici compatibili con *gastrite luetica*" (**Figg. 1-2**).

La paziente, una volta ricontattata, ha negato di avere avuto manifestazioni primarie della malattia. È stata comunque invitata a proseguire l'iter diagnostico-terapeutico presso la nostra struttura o, in alternativa, presso una struttura specialistica infettivologica. Ha accettato la seconda soluzione, ma non si è mai presentata. Risultata a lungo ir-reperibile, a un successivo contatto ha dichiarato di voler proseguire gli accertamenti clinici presso il Paese d'origine, dove era in procinto di rientrare.

Tabella 1 Parametri di laboratorio

Emocromo	Globuli rossi 4.170000 /uL Emoglobina 12,8 g/dL Ematocrito 40,2% Globuli bianchi 11.800/mL Piastrine 534.000/uL
VES	30 mm/1^a h
Creatininemia	0,80 mg/dL
Sodiemia	142 mEq/L
Potassiemia	3,8 mEq/L
GOT	21 U/L
GPT	15 U/L
LDH	298 U/L
Amilasemia	65 U/L
Lipasemia	78 U/L
Calcemia	8,9 mg/dL
Colinesterasi	4.214 U/L
Bilirubinemia	0,3 mg/dL
Fosfatasi alcalina	232 U/L (valori normali 100-200 U/L)
PT-INR	1,01
aPTT	21,7"
Beta-2-microglobulina	2,7 mg/L
CEA	1,94 ng/mL
NSE	17,83 mg/mL (valori normali 0-16,3 mg/mL)
TPA	0,17 ng/mL
Ferritinemia	88 ng/mL
Sideremia	58 µg/dL
Protidogramma elettroforetico	Proteine totali 6,5 g/dL Albuminemia 47,90% alfa-1 4,50% alfa-2 15,50% beta 12,20% gamma 19,90% Albumina/globulina 0,92

Tabella 2 Esami strumentali

Elettrocardiogramma	Ritmo sinusale a 79 bpm, assenza di alterazioni
Radiografia del torace	Non apprezzabili alterazioni pleuriche o polmonari. Cuore di grandezza normale
TAC del torace e dell'addome con mezzo di contrasto	Non si evidenziano formazioni nodulari o addensamenti flogistici in atto a livello del parenchima polmonare bilateralmente. Presenza di alcuni linfonodi subcentimetrici in sede paratracheale e ilare destra. Regolare opacizzazione delle strutture cardiovascolari del mediastino. Assenza di versamento pleurico bilateralmente. Ispessimento a tutto spessore della parete gastrica a livello dell'antra (circa 1 cm) che si estende distalmente per circa 5 cm; non alterazioni tomodensitometriche del tessuto adiposo perigastrico. Fegato di regolare morfologia e dimensioni, con densità parenchimale omogenea, senza evidenza di alterazioni riferibili a patologia focale. Non dilatate le vie biliari intra ed extraepatiche. Regolare opacizzazione della vena porta e delle vene sovraepatiche. Non aspetti patologici a livello del pancreas; non dilatato il dotto di Wirsung. Non alterazioni evidenti della milza e dei surreni. Reni in sede di normali dimensioni e morfologia, non dilatate le vie escrettrici bilateralmente. Presenza di linfonodo di circa 11 mm in sede retrocrurale, di un pacchetto linfonodale di circa 13 mm a livello della piccola curvatura gastrica e di alcuni piccoli linfonodi subcentimetrici a livello paraortico. Non aspetti patologici a livello dell'utero e delle regioni annessiali apprezzabili con la metodica. Non versamento libero in addome

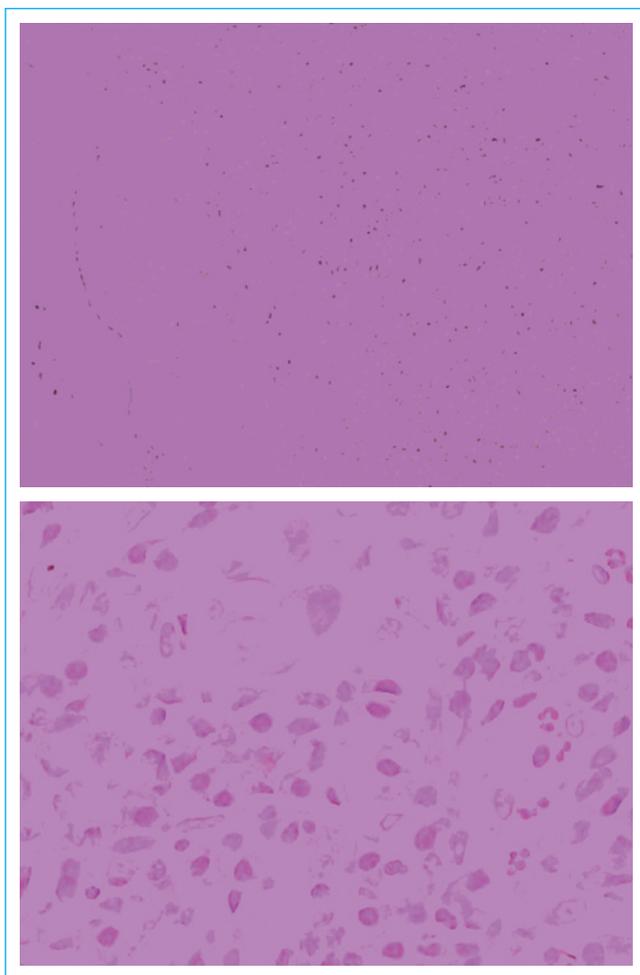


Figura 1 Frammenti di tessuto di granulazione e frammenti multipli di mucosa gastrica sede di marcato infiltrato plasmacellulare policlonale

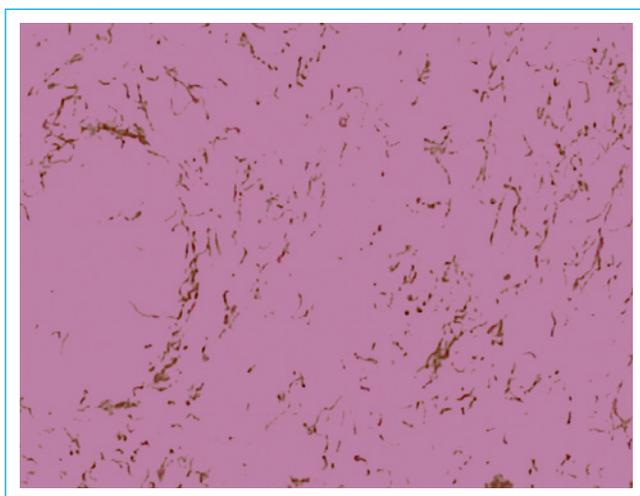


Figura 2 Positività per la ricerca immunocitochimica delle spirochete

Discussione

Il caso in questione offre diversi spunti di riflessione. La gastrite è una rara manifestazione della lue secondaria [3-5]. Soprattutto in giovani pazienti di sesso femminile ove i sintomi e segni della forma primaria possono essere misconosciuti (o non riferiti!), il quadro di gastrite erosiva non responsiva alla terapia medica deve includere tale affezione nella diagnostica differenziale. Pertanto la valutazione sierologia *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) può identificare i pazienti che meritano un approfondimento diagnostico mirato. In proposito vale la pena ricordare che, sino a pochi anni fa, il test di screening per la lue rientrava negli esami routinari di ammissione alle divisioni di medicina interna ed era ripetuto regolarmente e annotato nel libretto sanitario di molte categorie di lavoratori. L'esecuzione di questo test è tuttora prevista nei protocolli di accertamento dell'idoneità al servizio militare [6] e per il rilascio del certificato di sana e robusta costituzione [7].

Occorre altresì sottolineare come negli ultimi vent'anni le migrazioni abbiano modificato la frequenza di determinate malattie, a torto considerate scomparse in una società di tipo "occidentale" come la nostra [8]. Accanto alle patologie di natura cronico-degenerativa, tipiche di una comunità in cui l'età media è sempre più alta, emergono quadri patologici prevalentemente infettivi, anche di "acquisizione", con cui dobbiamo rapportarci quotidianamente.

Infine è opportuno evidenziare come il coinvolgimento dello specialista anatomopatologo, troppo spesso e a torto escluso dal contesto decisionale, comporti notevoli vantaggi clinici consentendo una più rapida e accurata definizione diagnostica.

Bibliografia

- [1] Newton C, Nochomovitz L, Sackier JM. Gastric adenocarcinoma associated with isolated granulomatous gastritis. *Ann Surg Oncol* 1998;5(5):407-10.
- [2] Koyama S, Nagashima F. Idiopathic granulomatous gastritis with multiple aphthoid ulcers. *Intern Med* 2003;42(8):691-5.
- [3] Kolb JC, Woodward LA. Gastric syphilis. *Am J Emerg Med* 1997;15(2):164-6.
- [4] Massironi S, Carmagnola S, Penagini R, Conte D. Gastric involvement in a patient with secondary syphilis. *Dig Liver Dis* 2005;37(5):368-71.
- [5] Yoshida K, Tada S, Ueno N, et al. Gastric syphilis. *Gastrointest Endosc* 2003;58(6):908-9.
- [6] Elenco imperfezioni e infermità causa di inidoneità al servizio militare. *Annesso al DM n. 114 del 4 aprile 2000*.
- [7] Riforma della legislazione vigente per la profilassi delle malattie veneree. Art. 7 Legge n. 837 25 luglio 1956.
- [8] Caritas (ed). *Immigrazione. Dossier statistico. XV Rapporto sull'immigrazione Caritas-Migrantes*. Roma: Nuova Antares, 2005.