



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-172 - SÍFILIS GÁSTRICA VERSUS LINITIS PLÁSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

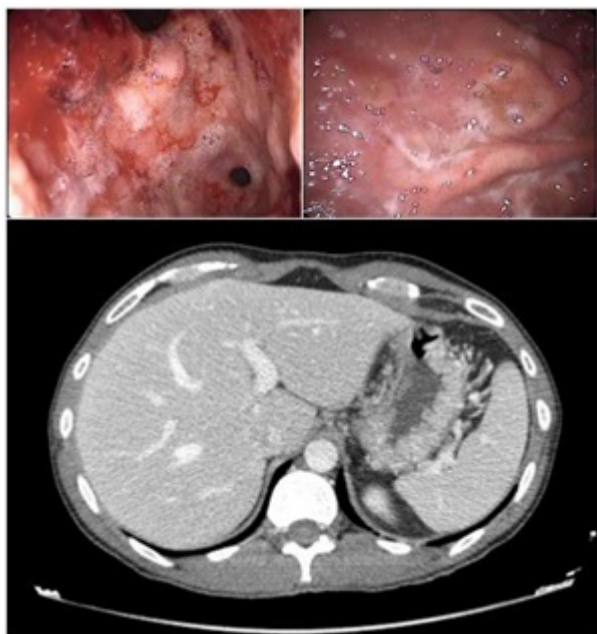
Navarro Martínez, Sergio; Payá Llorente, Carmen; Santarrufina Martínez, Sandra; Sebastián Tomás, Juan Carlos; González Guardiola, Paula; Planells Roig, Manuel Vicente; Armañanzas Villena, Ernesto; Pérez Rubio, Álvaro

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: La incidencia de sífilis, ha aumentado en los últimos años, superando desde el 2004 a los diagnósticos de infección gonocócica. Los signos que más frecuentemente llevan al diagnóstico son las manifestaciones cutáneas (chancro blando). Otras manifestaciones, como la neurosífilis, gomas o alteraciones aórticas corresponden a fases más avanzadas de la enfermedad, que gracias a la amplia disponibilidad de tratamiento antibiótico son raros en la práctica clínica en nuestro medio. La afectación gástrica es la más frecuente dentro de las manifestaciones gastrointestinales de la sífilis, y aun así no supera el 1% de los pacientes. Aunque es probable que se encuentre infradiagnosticada.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 41 años VIH+ que acudió a urgencias tras referir cuadro de dolor abdominal de inicio en epigastrio y mesogastrio de 10 días de evolución sin mejoría con tratamiento analgésico y gastroprotector, con exacerbación postprandial acompañado de náuseas y vómitos que le llevaron a acudir a Urgencias en varias ocasiones siendo dado de alta con diagnóstico de dolor abdominal inespecífico ante la normalidad de las pruebas complementarias, consistentes en analítica sanguínea y radiografía abdominal. Debido a la persistencia de la sintomatología se realizó una endoscopia digestiva alta (EDA) donde se observó un engrosamiento de los pliegues gástricos y cambios compatibles con linfoma gástrico VS linitis plástica. Se tomaron biopsias que mostraron de abundantes linfocitos y microabscesos sin evidencia de malignidad. A continuación se realizó una TC en la que se evidenció un engrosamiento de la pared gástrica sugestivo de linitis plástica. Se halló una adenopatía perigástrica y otra axilar. La biopsia de la adenopatía axilar se informó como tejido inflamatorio con abundantes leucocitos sin evidencia de malignidad. Dada la ausencia de diagnóstico histológico que confirmase malignidad el paciente fue sometido a una batería de pruebas, incluida una serología que sugirió sífilis activa. Se contactó con el servicio de anatomía patológica para ampliación del estudio las biopsias de la EDA y la adenopatía axilar en el que se objetivó inmunotinción positiva para *T. pallidum* en la biopsia de la adenopatía axilar y negativa en el tejido gástrico. El paciente fue tratado con penicilina experimentando una rápida resolución de la sintomatología abdominal y normalización del RPR.



Discusión: La presentación clínica de esta entidad es inespecífica, con síntomas vagos que difieren el diagnóstico, como dolor abdominal sin defensa, náuseas o vómitos, pérdida de peso y anorexia; siendo escasos los casos que debutan con perforación o hemorragia digestiva. Por el contrario, la serología resulta positiva en la gran mayoría de estos pacientes. La tasa de infección de VIH en los casos reportados de sífilis gástrica en los últimos 50 años es relativamente baja, aunque debemos pensar en ella en pacientes VIH+, dado que la forma de contagio es similar. En definitiva, se trata de una entidad infradiagnosticada que requiere un alto índice de sospecha. Debemos considerar el diagnóstico ante pacientes inmunodeprimidos, úlceras o dolores abdominales de larga evolución que no se resuelven a pesar de un adecuado tratamiento.