

# Pancreatite sífilítica esclero-gomosa simulando síndrome cancerosa da cabeça do pâncreas

Pelos doutores

A. Penna de Azevedo e Antero Junqueira

(Com 6 figuras no texto)

As lesões do pâncreas podem oferecer aspectos variados de interpretação. Ao lado de determinadas condições mórbidas que possuem solução diagnóstica precisa, baseada essencialmente na determinação da função perturbada, outras existem constituindo a maioria dos aspectos da patologia pancreática, que encontram nas dificuldades para a exploração clínica e funcional do órgão, o maior impecilho para a individualização do processo.

O reconhecimento clínico da sífilis do pâncreas é dos mais difíceis e na opinião de NEUMANN, o diagnóstico nunca é feito durante a vida do doente, embora seja referida desde longa data. CORDIER e DECHAUME atribuem a SCHAMAKPFEEFER, o mérito de ter descrito o primeiro caso de pancreatite sífilítica em 1817 e a MICHAILOFF, o fato de ter estabelecido, também pela primeira vez, o reconhecimento do diabetes em sífilítico portador de tumor na região pancreática. WILE diz: "clinical syphilis of the pancreas in the acquired form must be regarded as one of the rarest of visceral manifestation". Na opinião de FERRIO, não existe uma descrição clínica da sífilis do pâncreas, concluindo GASBARRINI que não há elementos característicos "da potersi pensare alla natura luetica della malattia". Na opinião ainda deste autor, no quadro sintomático, geralmente são referidos, como freqüentes e importantes o emagrecimento, a dispepsia, a insuficiência funcional, a dor, a presença, às vezes, de uma massa palpável, os fenômenos mecânicos de deslocamento e compressão de segmentos do aparelho digestivo, do colédoco, de vasos sanguíneos, a ascite e as perturbações do metabolismo.

As dificuldades encontradas para a exploração do pâncreas, explicam suficientemente porque tem sido lenta a evolução da cirurgia. Persistia mesmo como escolho para o desenvolvimento da técnica e da maior indicação cirúrgicas, a noção de que a secreção externa do pâncreas era indispensável à digestão, tornando obrigatória na pancreatectomia parcial, a anastomose do canal excretor ou da própria secção pancreática, ao duodeno, o que complica a

---

\* Recebido para publicação a 24 de maio e dado à publicidade em junho de 1944.



intervenção a agrava o prognóstico. Em 1935 com a demonstração por WHIPPLE, PARSONS e MULLINS de que a ligadura do canal pancreático podia ser bem tolerada, acentuou-se, neste campo da cirurgia, uma transformação evidente a profunda, alicerçada ainda nos trabalhos de DRAGSTEDT e em uma provável segunda secreção interna, o lipocaico.

A sífilis fetal do pâncreas tem sido referida de modo variável, em relação a sua incidência, nas diferentes estatísticas publicadas, e o conhecimento de sua patologia se encontra nos trabalhos de BIRCH-HIRCHFELD e de

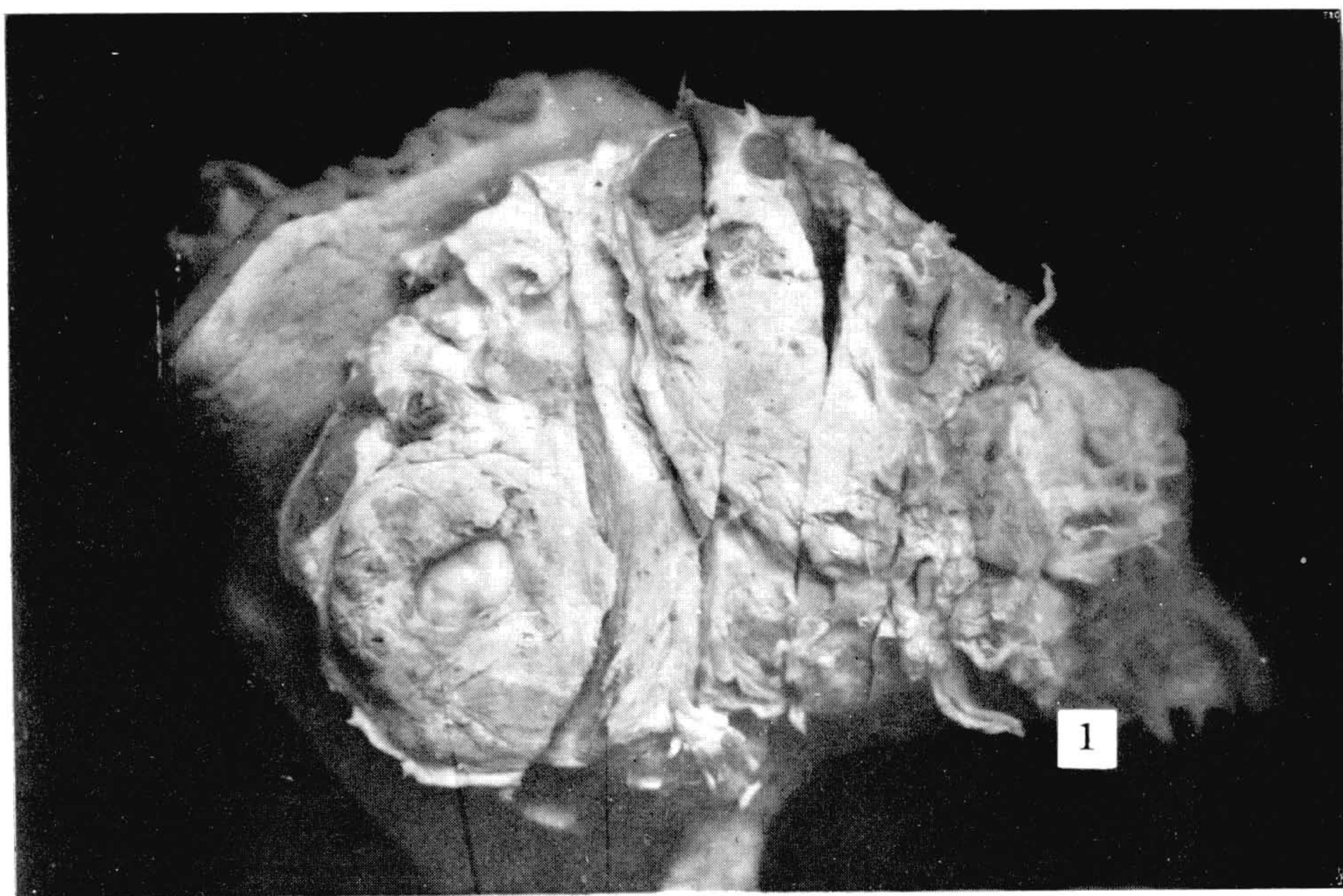


Figura 1 — Aspecto macroscópico do tumor, notando-se alguns condutos excretores dilatados; em certa porção, é reconhecido o fragmento do estômago.

SCHLESIGER. FAROY diz ser o pâncreas, nesta modalidade, tão atingido pela sífilis quanto o fígado e o baço; SURICO considera o pâncreas o órgão interno mais afetado; FRASER assevera que o pâncreas é quase sempre comprometido pela sífilis congênita. Os seguintes números, segundo MENNINGER, mostram ainda como tem sido considerada a incidência da sífilis fetal: 11% (MULLER); 11, 7% (CASTENS); 16% (WEGNER); 22% (HICKER); 26% (MRACZEK); 23% e 56% (BIRCH-HIRCHFELD) em duas séries examinadas. A forma gomosa é observada com muita raridade em recém-nascidos e assim não pode constituir expressão da sífilis congênita. Foi assinalada somente por BIRCH-



HIRCHFELD em 1875 e por FRASER em 1921, o primeiro tendo observado em 2 casos e o segundo em um, estudando o material colhido de fetos.

No período post-fetal, conforme considera HEIBERG, o pâncreas pode apresentar lesões de sífilis secundária, bem como a existência de gomas e alterações escleróticas. De tal sorte, são reconhecidos os seguintes tipos anátomo-patológicos de lesões:

- a) pancreatite intersticial crônica;
- b) pancreatite gomosa, e
- c) pancreatite esclerótica, com ou sem gomas.

A sífilis secundária é muito raramente observada; dela temos conhecimento através do caso de EHERMANN, publicado em 1908, e do de GRUBER, por ele necropsiado e dado à publicidade em 1923, por LILY SCHOLTZ, em homem de 58 anos.

A forma gomosa (pancreatite gomosa) é igualmente rara, conforme já acentuara KLEBS em 1870. MENNINGER afirma que "Gumma formation in the pancreas is exceptional". Tem sido reconhecida pela presença de uma ou mais gomas, situada mais comumente na cabeça do pâncreas, atingindo o tamanho de uma avelã, mostrando-se amolecida na parte central e envolvida por extensa zona de tecido conjuntivo. Nas suas imediações, podem existir gomas miliares em fases diferentes de evolução, algumas as maiores, já entrando em necrose de caseificação, e mostrando células redondas e algumas gigantes.

Os casos conhecidos até agora, referidos na literatura, são os seguintes:

- 1 — SCHLAGENHAUFER descreveu o primeiro caso em 1895, em homem de 43 anos, apresentando nódulos gomosos do tamanho de avelã e focos miliares no corpo do pâncreas;
- 2 — THOREL, em 1899, assinalou um caso em homem de 63 anos, em que existiam nódulos gomosos, numerosas pequenas gomas e pancreatite cicatricial;
- 3 — SCHLAGENHAUFER descreveu um segundo caso, em 1902, em homem de 51 anos, apresentando intensa pancreatite intersticial e goma na cabeça do pâncreas. Ao exame microscópico, encontraram-se numerosas gomas miliares e cirrose do pâncreas;
- 4 — TRUHART publicou, em 1902, o caso de um homem de 31 anos, com cirrose do pâncreas e goma volumosa, existindo, ao exame microscópico, numerosas gomas miliares;

- 5 e 6 — KOCH, em 1913, descreveu dois casos, um em homem de 46 anos com numerosas gomas miliares e intensa cirrose do pâncreas e outro em mulher de 51 anos, com cirrose do pâncreas e numerosas gomas miliares, sem gomas macroscópicas.
- 7 — SEYFARTH assinalou mais um caso, em 1920, em mulher de 39 anos, apresentando no corpo do pâncreas um nódulo gomoso medindo 2,5 x 1,8 x 1,2 cm; o doente foi submetido à intervenção cirúrgica, restabelecendo-se.
- 8 — CARNOT e HARVIER descreveram, em 1920, um caso, em uma mulher de 53 anos, diabética. O pâncreas estava irreconhecível e em seu lugar, observaram a existência de massa de tecido fibroso, em cuja espessura havia uma goma.
- 9 — FRANKE, em 1926, descreveu um caso de pancreatite gomosa, em homem de 44 anos, existindo esclerose do pâncreas e lesões vasculares sífilíticas.

Outros casos, possivelmente da mesma natureza, encontram-se citados na literatura, mas por serem incompletamente descritos ou por não terem sofrido severo exame, não têm sido computados como tais. São os casos de TRINKLER, de GROSS, de STEINHAUS, de CHVOSTEK, de LANCERAUX, VERNEUIL e ROBIN, cujas citações encontram-se no trabalho de GRUBER e no de GROSS. No mesmo grupo, podem ser incluídos também o caso de REUMON, o de LEURET-SECOUSSE e os de SIMMONDS.

A forma indurativa (pancreatite esclerótica, ou indurativa, esclerose ou induração do pâncreas) tem sido referida como manifestação sífilítica, com ou sem gomas, constituindo a fase evolutiva final ou cicatricial da sífilis pancreática. A própria pancreatite crônica intersticial é no conceito de diferentes autores, na maioria das vezes, de etiologia sífilítica. Na opinião de WALTER SALLIS, o pâncreas encontrou-se comprometido 45 vezes em 100 casos de sífilis abdominal. WARTHIN diz que a pancreatite intersticial é uma das mais freqüentes visceropatias nos casos de sífilis latente. No material que estudou, STOLPER encontrou, entre 61 casos de sífilis adquirida, 3 vezes alterações do pâncreas do tipo indurativo e PETERSEN, entre 88 necropsias de sífilis, somente uma vez, sem formação de goma (GRUBER).

No caso que apresentamos, chama particular atenção, o aspecto nitidamente fibroso do tumor a ponto de havermos pensado, antes de ser realizado o exame microscópico, se tratasse de um verdadeiro fibroma. Si se confirmasse a nossa primeira impressão, ao ser examinada a peça operatória, seria igual-



mente interessante, pois não há na literatura, registrado, mais de um caso de fibroma do pâncreas, exatamente o relatado por KORTE, em 1909 (Dtsch. med. Wschr. 2:270; 1.909).

SCHNEIDER afirma que as lesões do pâncreas, em consequência da sífilis, podem ser: a) pancreatite intersticial crônica; b) formação de nódulos circunscritos com focos de fibrose, localizados em qualquer parte, geralmente na cabeça. A formação gomosa é seguida por forte esclerose e produção de

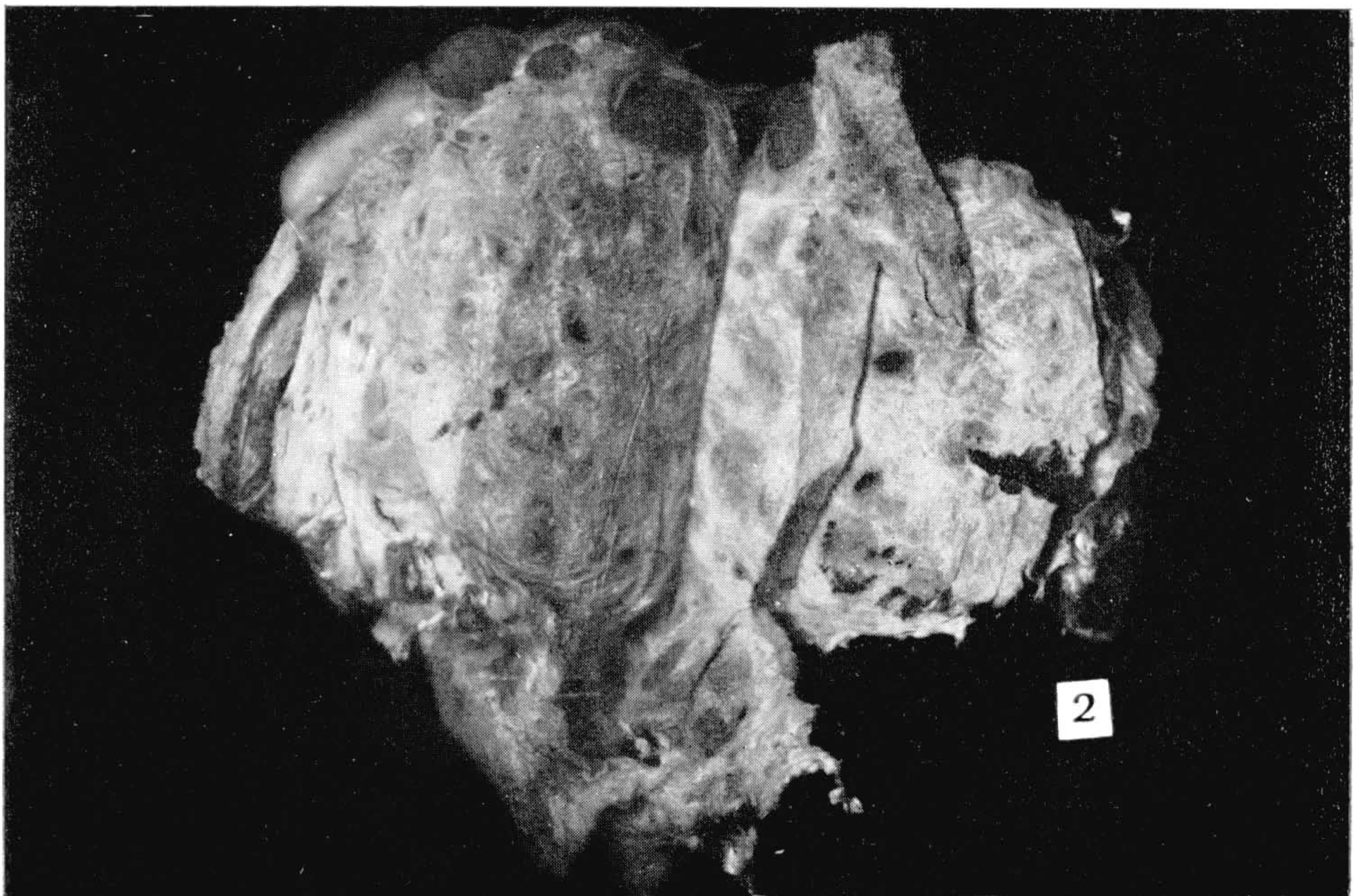


Figura 2 — Aspecto macroscópico do tumor. Não é reconhecida a estrutura pancreática, substituída pela proliferação fibrosa.

fibrilas conjuntivas abundantes e entrecruzadas, que chegam a conferir ao órgão, o aspecto fibróide (BIRCHHIRCHFELD). A proliferação conjuntiva é sede de infiltração de linfócitos, plasmócitos e eosinófilos, com comprometimento dos vasos de pequeno calibre.

KOCH verificou que nos casos de sífilis do pâncreas, a natureza do processo traduz-se pela formação típica do granuloma ou pelos aspectos que resultam da sua evolução (esclerose ou induração, após a evolução e cicatrização da goma). Segundo FAROY o processo sífilítico evolui no pâncreas em três fases: na primeira, as células redondas não são muito numerosas e ocor-



rem no estroma do órgão, havendo infiltração moderada de leucócitos, com predominância dos eosinófilos e ligeira esclerose intersticial. Na segunda fase, os lóbulos são separados e envolvidos por tecido fibroso, abundante na periferia da glândula, em torno dos vasos e dos canais excretores. As ilhotas de LANGERHANS são freqüentemente hipertrofiadas e de modo gradual, circundadas por tecido fibroso. Na última fase, o pâncreas apresenta-se duro, como uma massa fibrosa, o parenquima sendo representado apenas por poucos acinos perdidos em meio da esclerose; os vasos são reduzidos, quase desaparecidos. As gomas microscópicas não são raras, representadas pelas aglomerações e infiltrações celulares conforme acentua BARTHELEMY.

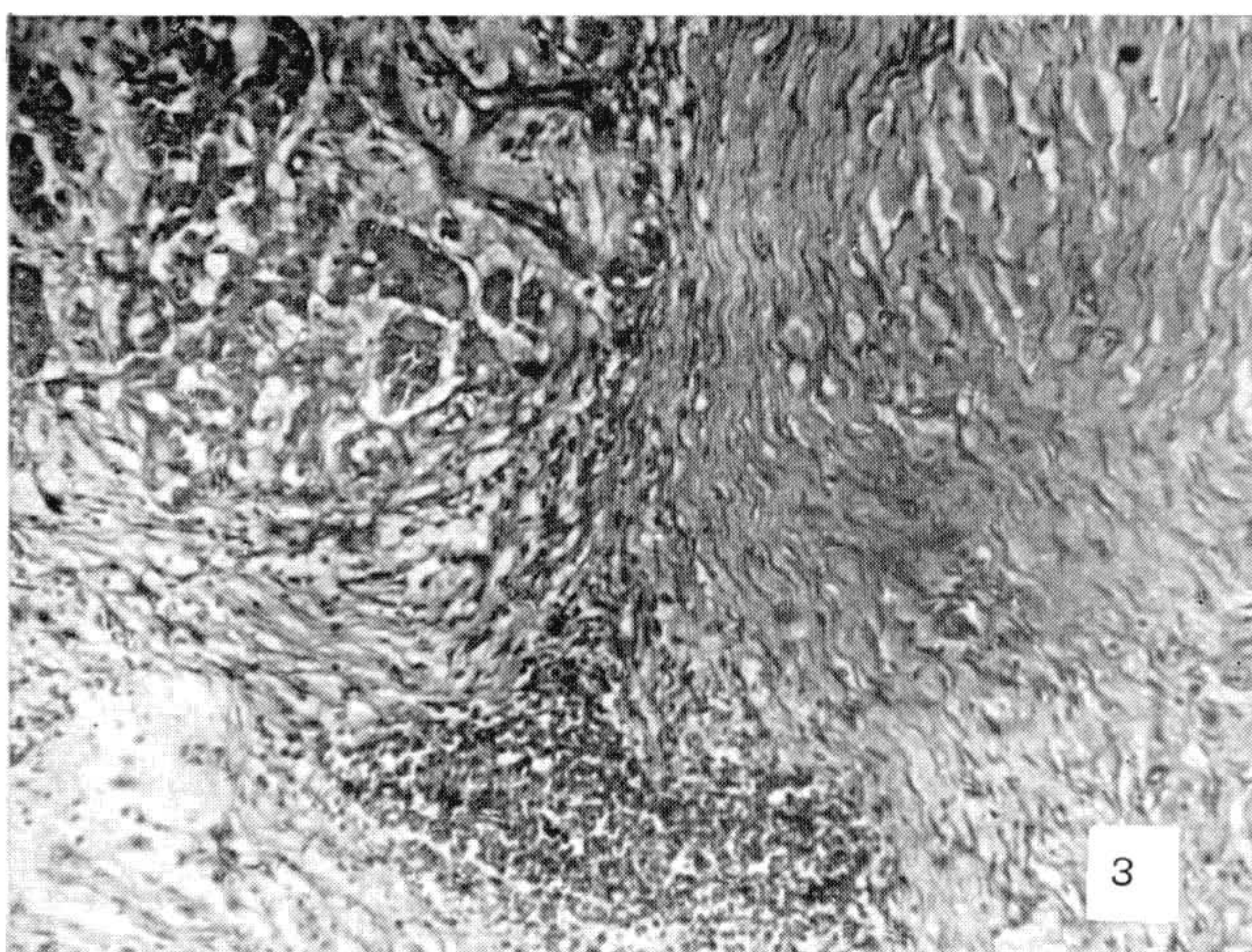


Figura 3 — Ao lado da estrutura pancreática reconhecível, observam-se a proliferação fibrosa e o aglomerado inflamatório.

O caso constante da nossa observação, assim pode ser resumido:

O. N., 49 anos, masculino, pardo, brasileiro, casado. Entrou para a 2.<sup>a</sup> Enfermaria do Hospital S. Francisco (Dr. Acylyno de Lima Filho) em 5 de abril de 1943 de onde foi transferido para a 5.<sup>a</sup> Enfermaria (Prof. Raul Baptista) em 5 de maio de 1943. Sua mulher teve 2 abortos e 11 partos a termo. Dois filhos morreram na primeira infância. Aos 25 anos, teve pneumonia. Blenorragia e cancros venéreos aos 18 anos, tendo feito tratamento apenas local. Fuma e bebe. Segundo informação de um conhecido, o doente já foi dado ao vício de entorpecentes (cocaina ?).

Há 9 anos sente dor no hipocôndrio direito. De 4 anos para cá estas dores tornaram-se mais persistentes, com irradiação para o epigastrio e região peri-umbelical. São dores que se exacerbam sem razão plausível, mas



quase sempre após a ingestão de alimentos, e que por vezes desaparecem completamente. Vômitos apenas provocados. Nunca acusou febre. Evacua diariamente, fezes de aspecto normal. Tem emagrecido muito. Nunca conseguiu melhoras, tendo estado em tratamento em vários hospitais.

Fácies de sofrimento. No momento em que as dores se tornam mais intensas, o doente toma no leito posições extravagantes, fazendo lembrar um contorcionista de circo, e levando a crer que haja certo desequilíbrio mental. Estado geral precário. Cór palida terrosa. Ausência de edemas. Mucosas descoradas. Ausência de esternalgia e tibialgia. Hiperemotividade.

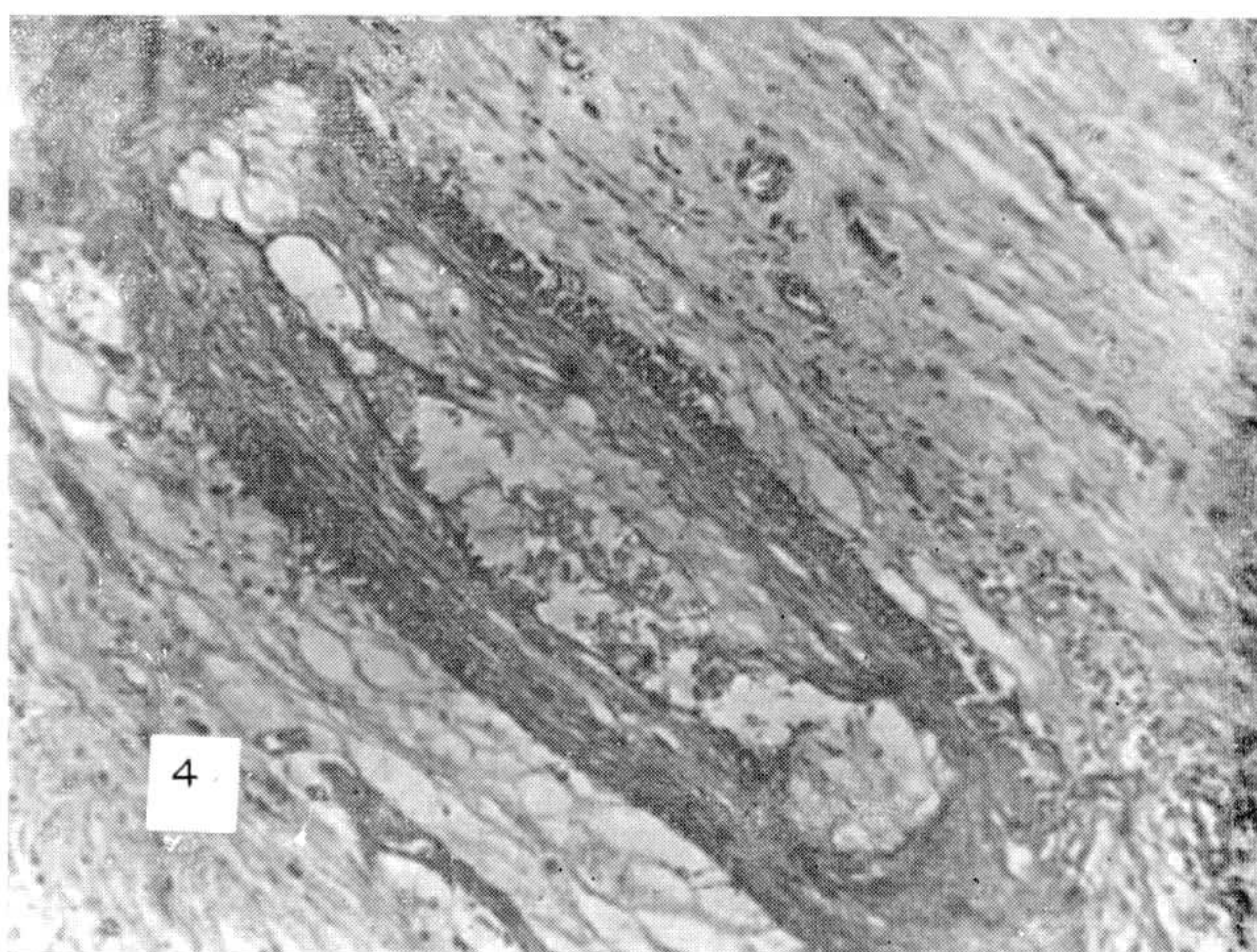


Figura 4 — Na espessura do tumor, não são raras as lesões vasculares: endarterite produtiva, recanalização e infiltração inflamatória perivascular.

Aparelho circulatório: aorta impalpável na fúrcula. *Ictus cordis* visível no 5.º espaço, na linha hemiclavicular. Bulhas abafadas, principalmente na base. Pulso 76. Mx 16 e Mn 7.

Aparelho respiratório: sem anomalias.

Abdome e aparelho digestivo: Dentes em mau estado. Abdome escavado, com reduzido panículo adiposo, doloroso à palpação na parte superior. Macicez à percussão do hipocôndrio direito e certa resistência à palpação, dando a impressão de haver aí, uma formação tumoral cujos limites se confundem com os do músculo reto abdominal.

Fígado sem anormalidade.

Ganglios inguinais aumentados. Baço impalpável. Tem. de 36 a 37.



Durante todo o mês em que esteve na 2.<sup>a</sup> Enfermaria o doente acusou dores quase sempre muito fortes, mas algumas vêzes estas quase desapareceram.

O exame das fezes foi negativo para sangue e para ovos de parasitos.

A radiografia do estômago mostrou um endurecimento da parêde gástrica com deformação da pequena curvatura.

Wassermann negativo.

Urina: ausência de elementos anormais.

Durante a permanência na 5.<sup>a</sup> Enfermaria, acusou sempre dor muito intensa. Convenientemente preparado durante alguns dias, foi operado em 18 de maio.

Operação:

Anestesia local completada pela geral, com éter, no fim da operação.

Laparotomia mediana supra umbilical. Estômago muito aumentado. Deformação estrelada na pequena curvatura, na união do terço proximal com o terço médio, com endurecimento da parêde e retração do pequeno epiploon, correspondendo naturalmente à úlcera que se vê na radiografia. Na altura do duodeno, encontra-se um tumor duro, globuloso, ligeiramente móvel e das dimensões de um punho de adulto, fixado ao duodeno. Verifica-se que este tumor se assesta na cabeça do pâncreas e envolve o colédoco. A vesícula está aumentada e o hepato-colédoco dilatado. Considerando o sofrimento do doente e tendo como certo o diagnóstico de câncer da cabeça do pâncreas, resolve-se fazer a pancreatectomia parcial, passando-se então a anestesia geral. Começa-se fazendo uma colecisto-jejunosomia a cêrca de 20 cm do ângulo duodeno-jejunal (sutura em dois planos com fios de categut 00 e algodão 50).

Passa-se em seguida à mobilização do duodeno juntamente com o tumor. Na parte inferior, esta mobilização se torna fácil depois de feito o descolamento colo-epiplóico. Na parte superior o descolamento vai-se tornando cada vez mais difícil, obrigando a proceder logo à secção do duodeno em sua porção descendente, fechando-se logo a porção distal em dois planos (fio de algodão n.º 50). Na parte proximal, deixa-se um clamp. Prossegue-se com o descolamento, sendo então feitas várias ligaduras. No pólo superior, correspondendo ao colédoco, as dificuldades tornam-se quase insuperáveis. Para contorná-las secciona-se o estômago, em seu terço médio entre dois clamps. Com o campo assim mais desobstruído consegue-se terminar a retirada do tumor seccionando-se o pâncreas para a esquerda dêle. O colédoco é também seccio-



nado e ligado. A superfície de secção pancreática, apresentando em seu centro o canal de Wirsung com quase 1cm de diâmetro, é esvasiada em cunha e suturada com o fio de algodão n.º 30 e a sutura cuidadosamente recoberta com epiploon. Vários vasos que sangram, sobretudo veias, são ligados. O estado do doente, que até aqui se mantinha satisfatório, agrava-se rapidamente, com pulso acelerado e hipotenso. Faz-se então uma anastomose gastro-jejunal precólica. Verifica-se o estado da ferida, sem qualquer lesão de órgão de importância vital, com perfeita hemostasia, e fecha-se a parêde em dois planos.

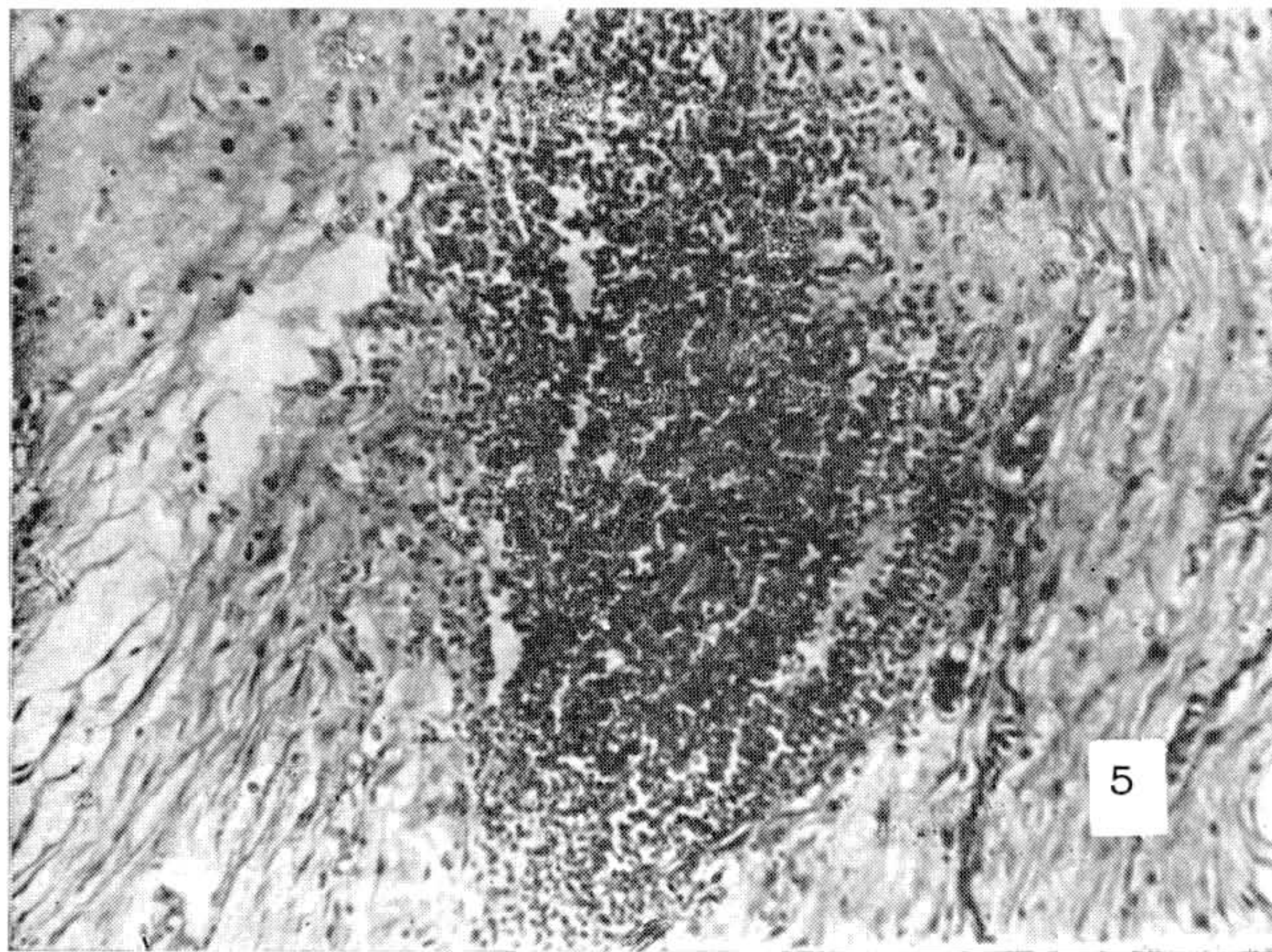


Figura 5 — Na espessura da estrutura fibrosa, observam-se aglomerados de células inflamatórias.

O doente faleceu 15 minutos após o fim da intervenção.

A peça foi encaminhada para o estudo anatomo-patológico.

A peça recebida para exame consta de uma formação tumoral, acompanhada por uma parte aderente do estômago. É de forma arredondada, medindo 8 x 7,5 x 6,5 cm. de coloração brancacenta e consistência dura. Ao corte, a estrutura é fibrosa, existindo zonas proeminentes de coloração rosa e outras alaranjadas. Observam-se ainda vários cortes de conductos dilatados, contendo substância mucosa pouco abundante. Não se encontram cálculos nem concreções.

O exame dos cortes histológicos revela intensa e difusa proliferação de tecido conjuntivo fibroso, cujas fibras entre-cruzadas, tornam-se frequentemente sede de hialinose. Cortes numerosos de estruturas nervosas e de vasos sanguíneos, encontram-se com freqüência sendo que nestes não é rara a existência de obliteração parcial da luz, às vezes com recanalização, quer por espessamento da túnica interna quer por produção de tecido neo-formado (en-



darterite produtiva). As células inflamatórias apresentam-se sob a forma de infiltrados mais ou menos ricos, distribuídos de modo indiferente na estruturas dos tecidos ou nas imediações das estruturas vasculares e dos conductos escretores. São representadas por linfócitos, plasmócitos e monócitos geralmente organizando-se em forma de pequenos aglomerados, podendo-se em alguns, verificar a rarefação dos tecidos na parte central e presença de macrófagos em pequeno número. Tais formações comparam-se às gomas miliares. Particular atenção desperta a presença de eosinófilos não só em relação com os aglomerados celulares, mas também observados isoladamente em várias regiões. Em certas zonas, há desaparecimento total das estruturas, e co-

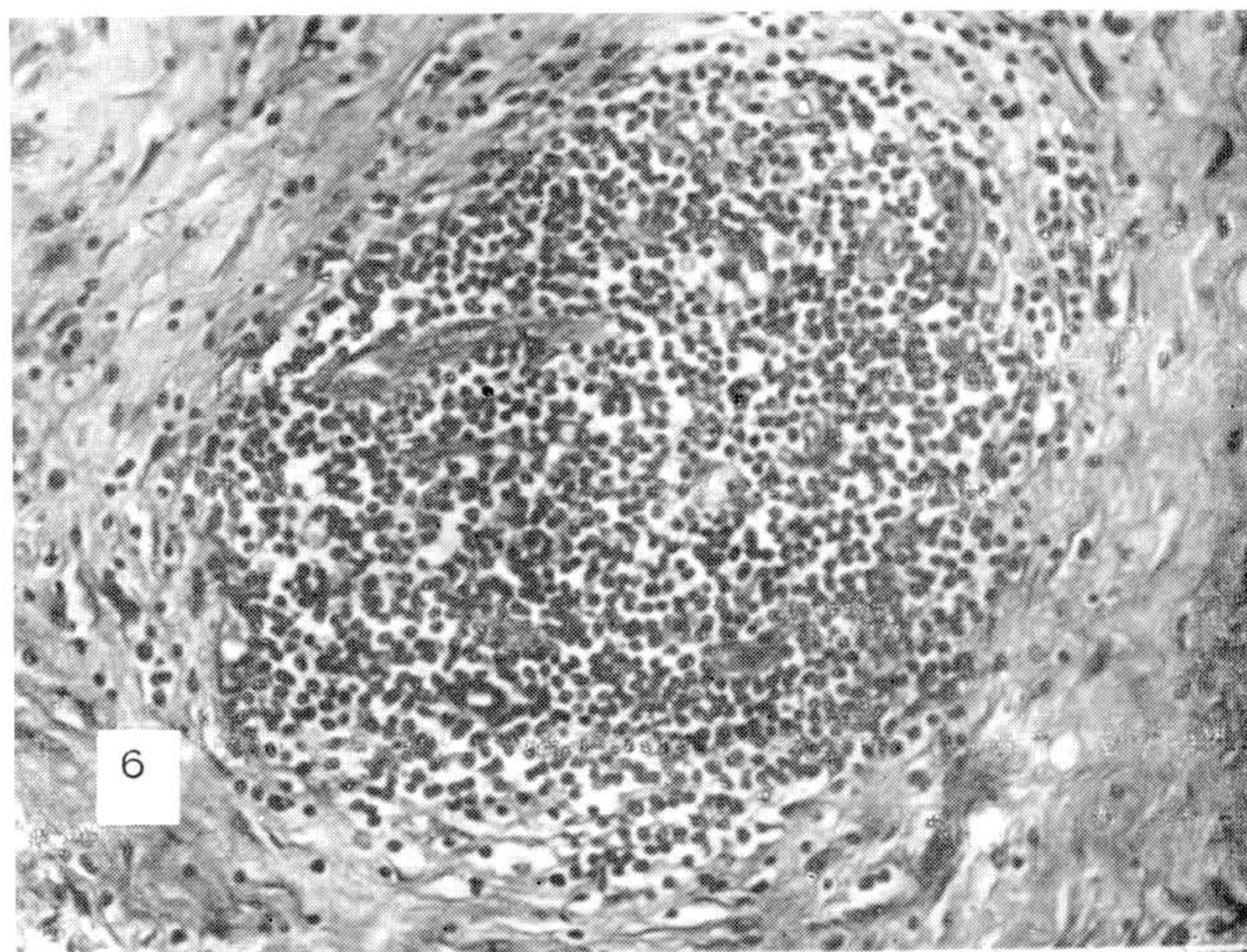


Figura 6 — Os aglomerados inflamatórios são constituídos por linfócitos, plasmócitos e monócitos; apresentam rarefação central e mantêm relações com estruturas vasculares (gomas miliares).

leção de polimorfonucleares neutrófilos (pequenos abscessos). A estrutura pancreática está reduzida a algumas porções aprisionadas na espessura do tecido fibroso, onde se reconhecem os acinos glandulares dissociados por tecido conjuntivo, bem como por alguns condutos escretores, de paredes espessadas, luz dilatada e descamação do epitélio. Em algumas regiões, é observada a deposição de sais calcáreos no tecido fibroso cicatricial. As ilhotas de LANGERHANS encontradas em pequeno número, mostram ocasionalmente hipertrofia. Nos cortes tratados pelos métodos de LEVADITI e de WARTHIN-STARRY foi sempre negativa a pesquisa de espiroquetas. Na porção do estômago aderente a peça, existe uma ulceração, pouco extensa comprometendo tôda a espessura da mucosa, determinando retração dos tecidos.



## RESUMO

Em um homem de 49 anos de idade, observou-se um síndrome de tumor da cabeça do pâncreas. Realizada a intervenção cirúrgica foi verificada a presença de uma formação dura de aspecto fibroso, medindo 9 x 7,5 x 6,5 cm. O exame microscópico mostrou tratar-se de uma pancreatite indurativa associada à presença de gomas miliares, infiltração de eosinófilos e lesões produtivas dos vasos sanguíneos, correspondendo ao aspecto dos processos esclerogomosos sífilíticos do pâncreas.

## SUMMARY

A tumor of the head of the pancreas is reported in a male, 49 years old, which corresponded to a nodule of fibrous tissue measuring 9 x 7,5 x 6,5 cm. Microscopically, a chronic interstitial pancreatitis associated to miliary gummata, eosinophilic infiltration and proliferation of blood vessels was found and the diagnosis of siphilitic pancreatitis was done.

## LITERATURA CONSULTADA

1. BARBARO-FORLEO, G.  
1936. Síndrome pseudotumorale del pâncreas da pancreátite luetica gomosa. Bol. Soc. Med. Chir. Pavia 14 :-1039-1065.
2. BIRCH-HIRCHFELD  
Citado por Menninger, n.º 17.
3. CARNOT, P. et HARVIER, P.  
1920. Diabète syphilitique par pancrétite sléro-gommeuse.  
Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. Paris 44 : (S. 3) 71;.
4. CORDIER, V. et. Dechaume  
1920. Diabete syphilitique et glycosurie de la periode tertiaire. Ann. Dermat. et Syphil. I (série 6) : 17.
5. EHERMANN  
Citado por Gruber, (n.º 12).
6. FAROY, G.  
Recherches anatomo-pathologiques sur l'heredo-syphilis de pancreas et de la parotide. Ann de l'Inst. Pasteur 23 : 567; 109.



7. FERRIO  
Citado por Barbaro-Forleo (n.º 1).
8. FRANKE, Margot  
1926. Pankreatitis gummosa. Frankf. Ztschr. f. Path. 34 : 442.
9. FRASER, J. F.  
1921. The visceral changes in congenital Syphilis. Jour. A. M. Ass. 77 : 1623.
10. GASBARRINI  
Citado por Barbaro-Forleo (n.º 1).
11. GROSS, Oskar.  
1921. Klinische Beobachtungen zur Pankreaspathologie. Virch. Arch. 229 : 90.
12. GRUBER, Georg B.  
1929. Bauchspeicheldruse. Hdbuch. d. spz. path. Anat. u. Hist. V. 2; 414.
13. HEIBERG  
Citado por Gruber (n.º 12).
14. KOCH, Karl.  
1913. Beitrage zur Pathologie der Bauchspeicheldruse. Virch. Arch. 214 : 180.
15. LANCERAUX, VERNEUIL e ROBIN  
Citado por Lehmann (n.º 12).
16. LEMANN, I. I.  
1929. The relations of Syphilis and Diabetes to one another.  
Am. Jour. Syphl. 13; 70.
17. MENNINGER, William C.  
1929. Congenital Syphilis of the Pancreas. Am. Jour Syph. 13 : 527.
18. SCHLAGENHAUFER, F.  
1895. Pankreasgumma. Ein Fall von Pankreatitis syphilitica indurativa et gummosa  
acquista Arch. f. Dermat; 31; 43.
19. SCHLAGENHAUFER, Friedrich.  
1902. Ueber viscerale Syphilis. (Pankreatitis gummosa und chronische gummosse Ent-  
zuedung des retroperitonealen und Beckenbindegewebes).  
Arch. f. Dermat; 59 : 377.
20. SCHNEIDER, P.  
1928. Über die Organveränderungen bei der angeborenen Fruhsyphilis. Verhdl.  
dtsh. path. Ges. 23 : 189.



21. SCHOLTZ, Lily  
1923. Beitrage zur Pankreas pathologie. Virch. Arch. 247; 467.
22. SEYFARTH  
Citado por Gruber (n.º 12).
23. SIMMONDS, M.  
1921. Diabete u. syphilis. Arch. Dermatol. u. Syphilis 132 : 235.
24. STEINHAUS  
Citado por Lemann. (n.º 16).
25. THOREL, Ch.  
1899. Uber viscerale Syphilis. Virch. Arch. 158 : 274.
26. TRUHART  
Citado por Gruber n.º (12).
27. WALTER-SALLIS, Jean.  
1913. Syphilis du pancreas. Ann. Dermat. et Syphil. 4 : (série 5) 657.
28. WILE, Udo.  
1921. Visceral Syphilis. Syphilis of the Pancreas.  
Arch. Dermatol. a. Syphl. 3 : 122.