

RETO DIAGNÓSTICO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE CON SÍNDROME DIARRÉICO CRÓNICO



GUERRA, CARLOS (*); RODRÍGUEZ-VARGAS, CRISTEL(†)
(*) MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA
(†) MÉDICO RESIDENTE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
HOSPITAL SANTO TOMÁS, PANAMÁ



INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Whipple es una enfermedad rara, multisistémica, inflamatoria, que se caracteriza en su forma clásica por presentar diarrea, pérdida de peso, artralgias, y en ocasiones manifestaciones neurológicas, cardíacas.¹ Su incidencia es de 1-10 personas por 1 millón de habitantes. El agente etiológico es un bacilo Gram positivo, *Tropheryma whipplei*, perteneciente a la familia de los Actinomycetaceae, descrito en 1907 por George Whipple.² Es una bacteria cosmopolita, la exposición propuesta es la ingesta accidental de aguas residuales que portan excretas de humanos con la bacteria. Su diagnóstico es un reto por la baja prevalencia, las manifestaciones sistémicas no específicas, y los métodos diagnósticos definitivos que depende de técnicas complejas que son poco accesibles^{3,4,5}

CASO CLÍNICO

Masculino de 54 años con cuadro de 3 años de evolución de diarrea acuosa, fétida, de 8-10 evacuaciones diarias, disnea y disfagia a sólidos. Ingresó con shock séptico e hipovolémico.

Procedente de la Ciudad de Panamá. Nació en David, Chiriquí. Ebanista de profesión.

- ◆ Antecedentes Patológicos: 2 hospitalizaciones previas por colitis infecciosa. La última hace 3 meses. Recibió tratamiento con ceftriaxona y metronidazol con mejoría parcial.
- ◆ Colonoscopia de 4/2023: normal
- ◆ Esputos por BAAR y GeneXpert 4/2023: negativos
- ◆ Antecedentes heredofamiliares: hermano y sobrino: cáncer gástrico a los 50 y 38 años respectivamente.

Parámetro	Resultado	Parámetro	Resultado	Parámetro	Resultado
HB (g/dL)	5.8 (VCM 80)	Glucosa mg/dL (70 -100)	73	Bilirrubinas mg/dL (0.20-1.30)	0.16
Hcto (%)	17.7	Cloro mmol/L (98-107)	99.4	Proteínas totales mg/dL (6.30-8.20)	3.94
Leucocitos (x10 ³ /uL)	13.4	Na mmol/L (135-145)	123	Albumina	2.0
Plaquetas (x10 ³ /uL)	128	Potasio mmol/L (3.5-5.1)	1.90	AST/ALT UI (17-59/0 -50)	21/16
Neutrófilos (%) (34 -67)	87.6	T4L	1.13 mg/dL (0.93-1.70)	LDH -u7l (120-246)	249
Linfocitos (%) (21-53)	8.4	Ferritina sérica	63.1 ng/mL (30-40)	FA U/L (38-126)	131
Creatinina (mg/dL)	1.55	ANA, Anticardiolipinas, b2 glicoproteína 1, anticoagulante lúpico	Negativos	GGT	200
BUN (mg/dL)	21.3	VIH, TPA, HCV, HBV, CMV, EBV	Negativos	Tiempos de coagulación	TP 11 vs 14 control TTPa 39 vs 32 Fib 260

Desenlace

- ◆ Tratado con meropenem+vancomicina+combinación A y doxiciclina.
- ◆ Presentó SIRS asociado a enfermedad de Whipple.
- ◆ Mejoría de su enfermedad luego de 60 días hospitalizado.
- ◆ Terapia de mantenimiento con doxiciclina por 1 año.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Whipple es rara, con manifestaciones clínicas diversas y no específicas.¹ Se describen las formas aguda transitoria, asintomática, localizada, clásica, y recientemente, la forma asociada a inmunosupresión.⁴ El diagnóstico de la enfermedad probable requiere de la sospecha, endoscopia alta con biopsia duodenal, cuya histología demuestre PAS+ y Zielh Neelsen negativo. El diagnóstico definitivo se realiza con PCR o inmunohistoquímica.^{1,2,3,4} El diagnóstico probable es suficiente para iniciar tratamiento. Existen enfermedades más comunes (TB, NTM, Histoplasma, *Rhodococcus*) que causan síntomas de malabsorción con PAS+ y granulomas en histología, lo que denota la dificultad en el diagnóstico de esta entidad, además del diagnóstico diferencial no infeccioso, que incluye enfermedad celíaca y otros síndromes malabsortivos.¹ Es importante considerar la enfermedad de Whipple frente al paciente con malabsorción crónica, ya que sin tratamiento oportuno el desenlace es fatal.⁵

REFERENCIAS

Marth T, Schneider T. Whipple Disease. In: Mandell Douglas and Bennets Principles of Infectious Diseases 9th Edition. 2020. p. 2578–84.

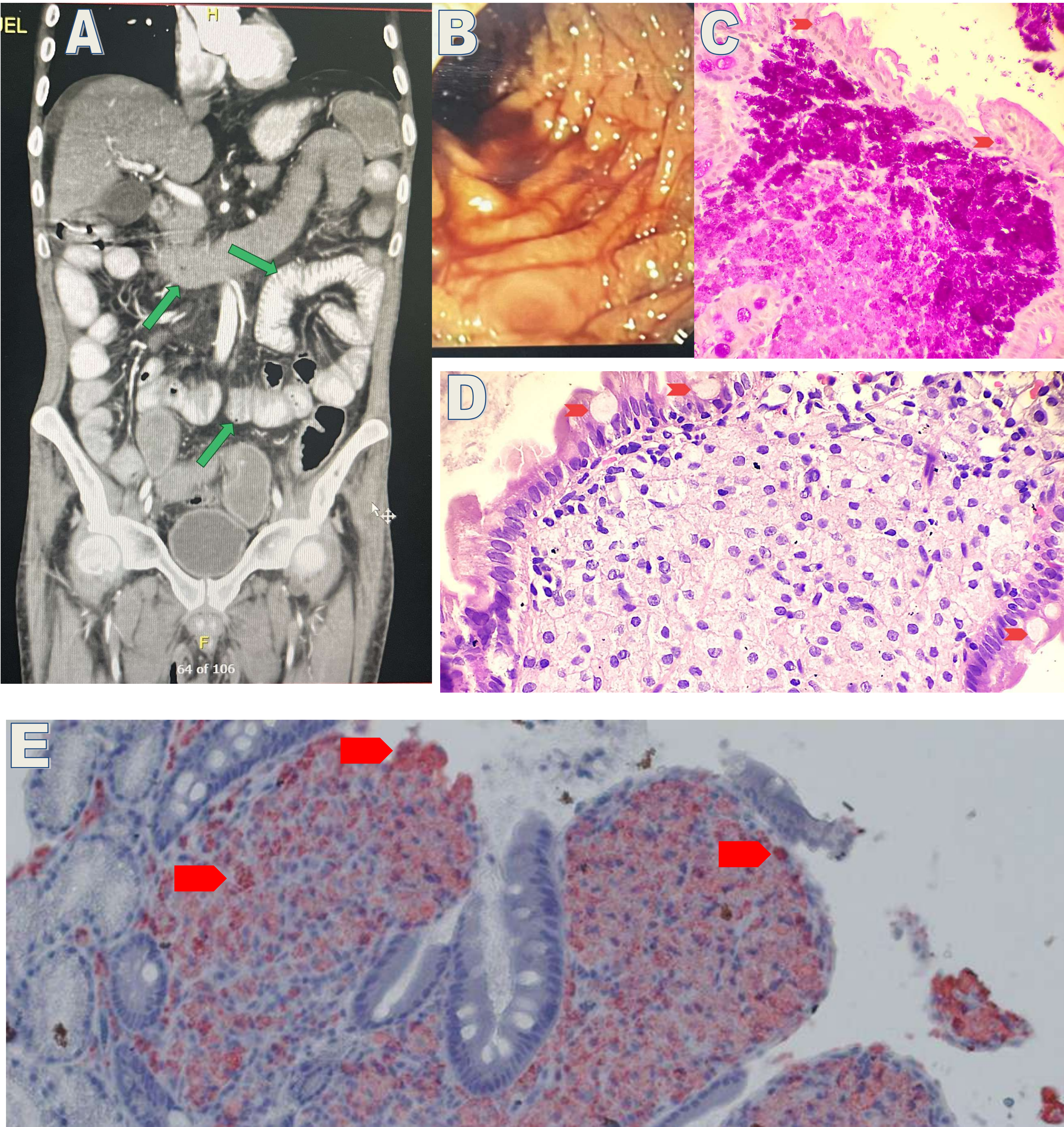
Lozupone C, Cota-Gomez A, Palmer BE, Linderman DJ, Charlson ES, Sodergren E, et al. Widespread colonization of the lung by *Tropheryma whipplei* in HIV infection. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187(10):1110–7.

Schneider T, Moos V, Loddenkemper C, Marth T, Fenollar F, Raoult D. Whipple's disease: new aspects of pathogenesis and treatment. *Lancet Infect Dis*. 2008;8(3):179–90.

Günther U, Moos V, Offenmüller G, Oelkers G, Heise W, Moter A, et al. Gastrointestinal diagnosis of classical whipple disease: Clinical, endoscopic, and histopathologic features in 191 patients. *Med (United States)*. 2015;94(15):1–9.

Joana Cardoso, Lidia Gomes, Sandra Santos, Helder Moreira, Paula Gomes, João Rua, Jorge Fortuna; Whipple's Disease: A Rare Cause of Malabsorption Syndrome. *GE Port J Gastroenterol* 2 July 2020; 27 (4): 283–289. <https://doi.org/10.1159/000504760>

FIGURAS



(A)CT abdominal que muestra engrosamiento mural del colon, duodeno, yeyuno e íleon (enterocolitis).
(B)Endoscopia digestiva alta que muestra mucosa de bulbo, segunda y tercera porción del duodeno con aspecto empedrado y áreas de denudación vellositaria.
(C)Y(D): 40X HyE con borramiento de vellosidades y macrófagos espumosos en lámina propia
(E): 20X inmunohistoquímica específica para *Tropheryma whipplei* positiva

Agradecimientos:

Dr. Julio Burbano, Medicina Interna, HST.

Dra. Eira García, Enfermedades Infecciosas, HST.

Dr. Rodrigo Villalobos, Dr. Luis Coronado, Patología, HST

Dra. Verena Moos, Enfermedades Infecciosas, Charité, Universitätsmedizin Berlin