



I-263 - MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES EN ENFERMEDAD DE WHIPPLE (EW): NUESTRA EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL ÚLTIMO AÑO

J. Rugeles Niño, S. Suárez Díaz, N. Morán Suárez, J. Fernández Pérez, M. Martínez Sela, C. Argüello Martín, L. Suárez Pérez y M. Rodríguez Junquera

Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Resumen

Objetivos: Describir el cuadro clínico y la evolución de los pacientes diagnosticados de EW con manifestaciones cardiovasculares en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) en el último año.

Material y métodos: Se realizó una revisión de la historia clínica electrónica de los dos pacientes diagnosticados en el servicio de Medicina Interna del HUCA durante el año 2017 de (EW), recopilando variables sociodemográficas (sexo y edad) así como clínicas (presentación clínica, pruebas complementarias, diagnóstico de confirmación, tratamiento y complicaciones).

Resultados: Ambos pacientes presentaban a su ingreso un marcado síndrome constitucional, secundario a su diarrea crónica y síndrome malabsortivo. Se habían realizado diversas pruebas diagnósticas previamente siendo todas ellas no concluyente. El cuadro clínico y evolución de ambos se presentan en las tablas.

Discusión: La enfermedad de Whipple es una enfermedad rara, crónica y multisistémica cuyo espectro clínico más frecuente es aquel donde predomina la clínica gastrointestinal malabsortiva, aunque en ocasiones presentan manifestaciones extradi digestivas. Como es el caso de las manifestaciones cardiovasculares descritas en la literatura pero de baja incidencia. En el caso de nuestros pacientes han presentado respectivamente un episodio de TVP en MSD sin factor desencadenante y un evento isquémico cerebral cardioembólico por endocarditis.

	Edad	Sexo	Presentación clínica		Pruebas complementarias	Diagnóstico de confirmación	Tratamiento	Complicaciones	Retraso diagnóstico
			Digestivas	Extradigestivas					
Paciente 1	83	Hombre	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome diarreico de años de evolución Déficit de hierro, B12 y ácido fólico Edemas MMII Desnutrición Síndrome constitucional 	TVP en MSD	<ul style="list-style-type: none"> HLA DQ2: positivo Analítica: <ul style="list-style-type: none"> Hipoalbuminemia, ferropenia, Descenso B12, Déficit de itamina K, hipotasemia, hipocalcemia, hipomagnesemia Calprotectina elevada Gastroscopia: <ul style="list-style-type: none"> Duodenitis erosiva, cardias incompetente, esofagitis por candida Elastasa normal Coprocultivos y parásitos negativos Cromogranina muy elevada Colonoscopia: Colitis linfocitaria TAC: Enteritis y colitis PET: Captación en duodeno compatible con TNE 	<ul style="list-style-type: none"> PCR biopsia de colon: positiva PCR en heces: positiva PCR en sangre: Negativa PCR saliva: No realizada 	<ul style="list-style-type: none"> Ciprofloxacino y Metronizadol (empírico) Ceftriaxona 2 semanas Seprim durante 1 año 	<ul style="list-style-type: none"> Desnutrición severa Pancitopenia 	4 años

Tabla 1

	Edad	Sexo	Presentación clínica		Pruebas complementarias	Diagnóstico de confirmación	Tratamiento	Complicaciones	Retraso diagnóstico
			Digestivos	Extra-digestivos					
Paciente 2	61	Hombre	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome diarreico de 4 años de evolución Déficit de hierro, B12 y ácido fólico Desnutrición Síndrome constitucional 	Endocarditis	<ul style="list-style-type: none"> Gastroscopia: Normal Biopsias yeyunales. Atrofia vellositaria, linfocitosis intrapitelial (Marsh 3A) Biopsia grasa subcutánea: Negativa para amiloidosis Colonoscopia: normal, Elastasa y grasa en heces: Normal Cromogranina elevada PET: Focos óseos Inmunología: Negativa HLA DQB102: positivo Analítica: Anemia, ferropenia, déficit de B12, ácido fólico u Vitamina A, Hipoalbuminemia 	<ul style="list-style-type: none"> PCR sangre: Positiva PCR saliva: Negativa PCR heces: Negativa PCR biopsia intestinal: Positiva 	<ul style="list-style-type: none"> Doxiciclina 100mg c/12horas + Hidroxicloroquina 200 c/8horas durante 18 años con controles trimestrales de PCR 	<ul style="list-style-type: none"> Ictus de perfil embólico Endocarditis mitral Desnutrición severa 	4 años

Tabla 2

Conclusiones: La infección por *Tropheryma whipplei* probablemente es más frecuente de lo que inicialmente se ha asumido. Las técnicas de tinción de PAS en las biopsias digestivas tienen poca sensibilidad y especificidad. El desarrollo de técnicas moleculares ha contribuido a mejorar el diagnóstico de esta enfermedad, como ha ocurrido en los casos presentados.