



# **CONGRESSO PAULISTA DE GASTROENTEROLOGIA**

## **Relato De Caso - Doença De Whipple**

Ana Paula Damha (Acadêmica de Medicina - Univille, Autora); Maria Eduarda Bisoni Silveira (Acadêmica de Medicina – Univille, Co-autora); Isadora Bessa (Acadêmica de Medicina – Univille, Co-autora); Lyssa Balliana (Acadêmica de Medicina – Univille, Co-autora); Daniel Garrido Baena (Cirurgião do aparelho digestivo – Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Orientador)



# Relato de Caso – Doença de Whipple

## INTRODUÇÃO

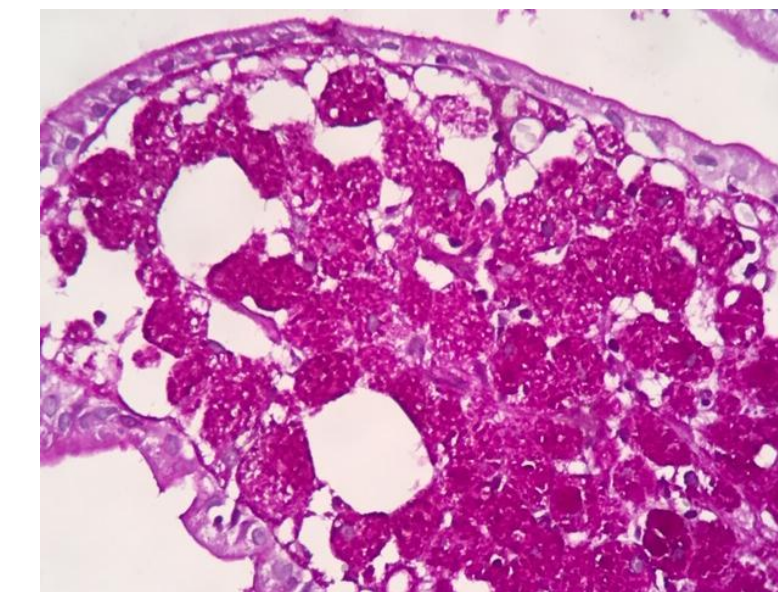
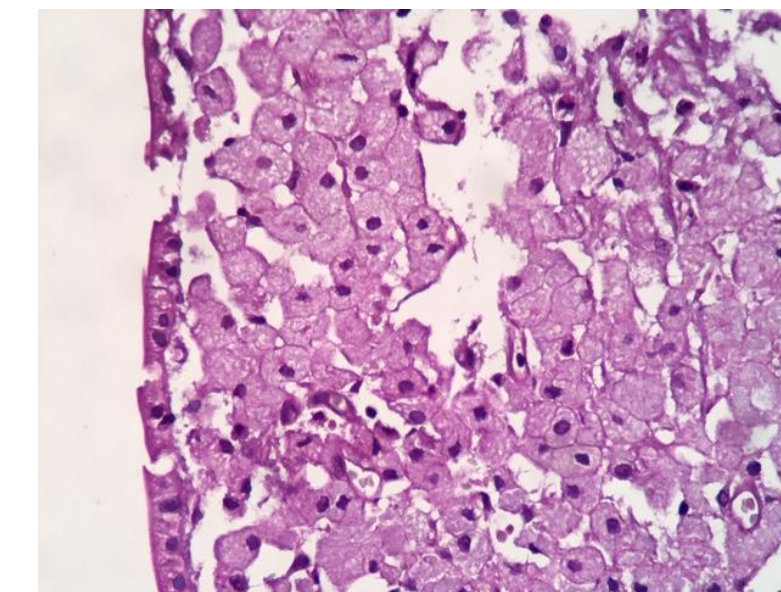
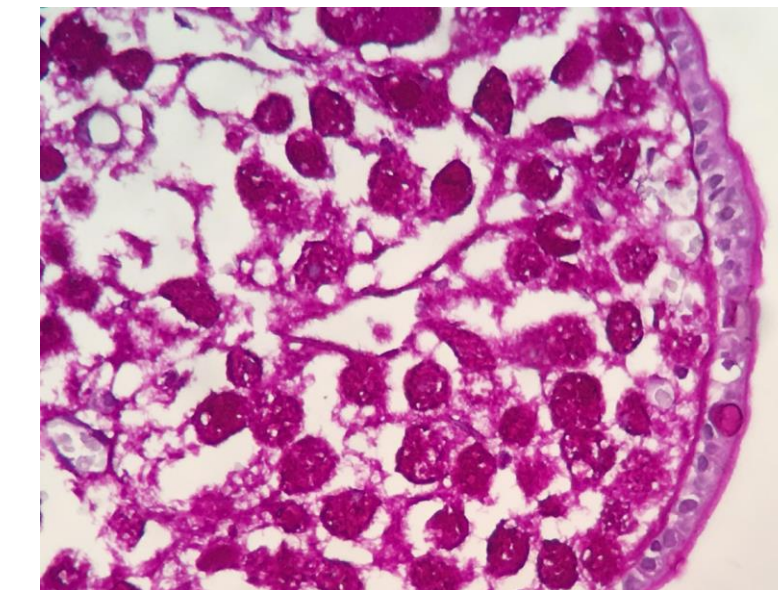
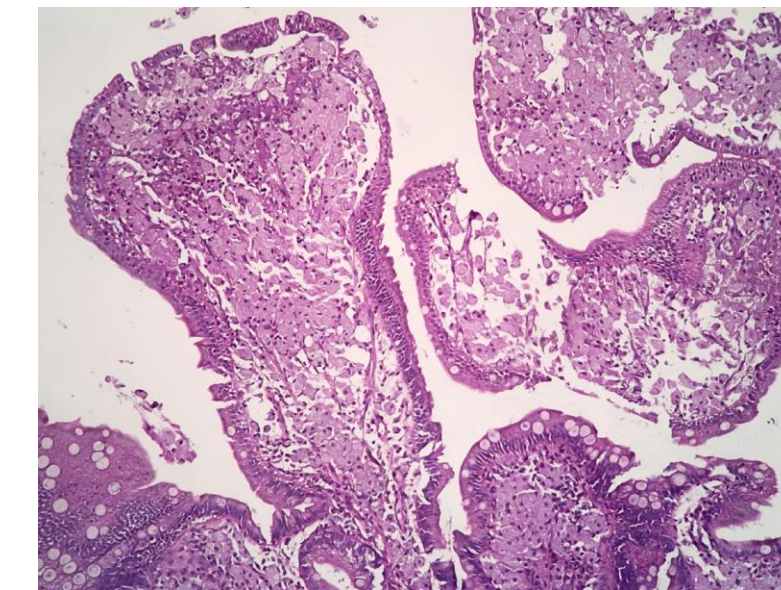
A Doença de Whipple Clássica é um processo multissistêmico, caracterizado por sintomas articulares, diarreia crônica, má absorção e perda de peso, sendo os sintomas articulares geralmente os primeiros a aparecer<sup>1</sup>.

O presente relato tem como objetivo discutir a dificuldade no diagnóstico e suspeição dessa doença tão rara e que, por vezes, mimetiza outras patologias comuns, como as artrites soronegativas, por exemplo.

## RELATO DE CASO

Paciente J.F.M.P., feminina, 50 anos, atendida em ambulatório com queixa de poliartralgia, perda de peso e diarreia crônica de longa data. Em tratamento de longa data com reumatologista por provável artrite soronegativa, em uso de azatioprina, reuquinol e prednisona. Apresentou melhora parcial dos sintomas diarreicos após tratamento com probióticos e suplementos nutricionais, entretanto, persistia com positividade na pesquisa de leucócitos fecais. Foi submetida a pesquisa de *clostridium difficile* com resultado negativo. Apresentou durante seguimento vários episódios de febre com leucocitose associado a exacerbações dos quadros diarreicos com coproculturas, pesquisa de parasitoses intestinais nas fezes (PPF) e para *clostridium difficile* negativos.

Devido a persistência do quadro intestinal associado a sintomas dispépticos, foram realizadas endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia. A colonoscopia não apresentou alterações. Na EDA foram identificadas lesões planas em mucosa esofágica, pólipos séssil em corpo gástrico e bulboduodenite enantematosa moderada. Todas as lesões identificadas foram biopsiadas e a análise histopatológica encontrou histiócitos com citoplasma amplo, xantomatoso e vilos alargados, todos achados compatíveis com doença de Whipple (figuras ao lado).





# Relato de Caso – Doença de Whipple

## RELATO DE CASO

A paciente iniciou tratamento hospitalar com ceftriaxona IV por 1 semana e tratamento domiciliar com doxiciclina 100 mg de 12 em 12 horas por 12 meses, evoluindo com importante melhora clínica, remissão dos sintomas, incluindo a artralgia inicial, além de desmame progressivo do corticoide pelo reumatologista.

Realizou EDA e colonoscopia após 6 meses do início do tratamento com persistência dos achados histopatológicos compatíveis com atividade da doença.

Atualmente encontra-se em melhora clínica importante, inclusive com ganho de peso no período, em seguimento ambulatorial e manutenção do tratamento de antibioticoterapia proposto até completar 12 meses.

## DISCUSSÃO

A doença de Whipple é rara, por isso o seu relato faz-se importante nos meios acadêmicos. Entre 1907 e 1987, houve 696 casos relatados na literatura mundial e a incidência anual desde 1980 tem sido de aproximadamente 30 casos por ano<sup>2</sup>.

Existem relatos nos quais a DW foi descoberta ou potencializada por terapia imunossupressora tipicamente administrada para doenças reumáticas presumidas, semelhante ao que ocorreu com nossa paciente. Em alguns casos, pode evoluir com complicações graves, com sepse ou infecção disseminada pelo *T. whipplei*<sup>3</sup>.

Vale ressaltar que as 4 manifestações cardinais da DW clássica são: artralgias, perda de peso, diarreia e dor abdominal<sup>4</sup> e nossa paciente apresentava todos esses sintomas.

Destaca-se também que o diagnóstico de DW deve ser considerado em pacientes com poliartrites migratórias soronegativas e que não respondem à terapia imunossupressora<sup>3</sup>, semelhante a paciente relatada.

O diagnóstico é preferencialmente obtido através de biópsias endoscópicas do TGI superior<sup>3</sup>, exatamente como foi realizado.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que o alto índice de suspeição para a DW, principalmente nos pacientes que apresentam os sinais cardinais e também doenças reumatológicas soronegativas que não respondem à terapia imunossupressora, deve ser considerado para a realização do correto e precoce diagnóstico pois, se não diagnosticada e tratada corretamente, podem ocorrer complicações gravíssimas como comprometimento do sistema nervoso central, doença cardíaca e sepse, podendo levar a óbito.

# Referências

1. Durand DV, Lecomte C, Cathébras P, Rousset H, Godeau P. Whipple disease. Clinical review of 52 cases. The SNFMI Research Group on Whipple Disease. Société Nationale Française de Médecine Interne. *Medicine (Baltimore)*. 1997;76(3):170.
2. . Fenollar F, Puéchal X, Raoult D. Whipple's disease. *N Engl J Med*. 2007;356(1):55.
3. Marth T. Systematic review: Whipple's disease (*Tropheryma whippelii* infection) and its unmasking by tumour necrosis factor inhibitors. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015 Apr;41(8):709-24. Epub 2015 Feb 19.
4. Durand DV, Lecomte C, Cathébras P, Rousset H, Godeau P. Whipple disease. Clinical review of 52 cases. The SNFMI Research Group on Whipple Disease. Société Nationale Française de Médecine Interne. *Medicine (Baltimore)*. 1997;76(3):170.



**OBRIGADA**