

ENFERMEDAD DE WHIPPLE: LA GRAN SIMULADORA EN NUESTRAS CONSULTAS

Laia de Daniel Bisbe¹, Francesc Xavier Sanjuan Garriga², Martí Aguilar Coll¹, Montserrat Roig Kim¹, Aina Fabregat Escañuela¹, Mònica Cubells Ferrer¹, Joan M. Nolla Solé¹, Javier Narváez Garcia¹

1. Reumatología. 2. Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

INTRODUCCIÓN

La **enfermedad de Whipple (EW)** es una patología infecciosa causada por *Tropheryma whipplei*, caracterizada clásicamente por manifestaciones articulares, pérdida de peso, diarrea y dolor abdominal, aunque su presentación clínica es muy variable. Hasta el 75% de los casos inician con síntomas articulares, frecuentemente retrasando el diagnóstico durante años.

OBJETIVO Y MÉTODOS

Revisar las características de pacientes con EW inicialmente diagnosticados erróneamente de enfermedad reumática inflamatoria. Se realizó un **análisis retrospectivo** de pacientes diagnosticados con EW en un hospital terciario entre 2006 y 2024. El diagnóstico se confirmó mediante PCR para *Tropheryma whipplei* en biopsias duodenales.

RESULTADOS

De los 12 casos diagnosticados, **4 (33%)** presentaron **manifestaciones reumatológicas** crónicas como principal síntoma durante gran parte del curso de la enfermedad (**Tabla 1**). En los 4 casos principales, la edad media de inicio fue 58 años, con un **retraso diagnóstico promedio de 8,5 años**. Tres pacientes presentaron oligo o poliartritis crónica en grandes articulaciones, y uno mostró reumatismo palindrómico. Los diagnósticos iniciales fueron artritis microcristalina (1 caso), lupus eritematoso sistémico (LES, 1 caso) y espondiloartritis periférica (2 casos). Durante la evolución, todos desarrollaron pérdida de peso y fiebre, aunque solo 2 (50%) presentaron síntomas digestivos. Otros hallazgos incluyeron serositis (75%), linfadenopatías (75%) y endocarditis (25%).

Tabla 1: Parámetros demográficos, clínicos, serológicos y terapéuticos de pacientes con enfermedad de Whipple imitando enfermedades reumáticas.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Sexo	H	M	H	M
Edad de inicio	69	55	55	54
Meses hasta el diagnóstico	27	144	96	144
Clínica articular	Oligoartritis de tobillos y carpos	Reumatismo palindrómico	Oligoartritis de tobillos y carpos	Poliartritis de grandes articulaciones
Diagnóstico inicial	Microcristales	LES	EspA periférica	EspA periférica
GI	Sí	No	Sí	No
Fiebre	Sí	Sí	Sí	Sí
Síndrome constitucional	Sí	Sí	Sí	Sí
Adenopatías	Sí	Sí	No	Sí
Serositis	Sí	Sí	Sí	No
Endocarditis	Sí	No	No	No
Piel	No	No	Sí	No
PCR (mg/L)	150	133	102	334
VSG (mm)	64	80	43	131
Hb (g/L)	77	75	93	119
ANA	-	+	-	-
FR	-	-	-	-
ACPA	-	-	-	-
HLAB27	-	-	-	+
Tratamiento	GCS, COL, MTX	HCO, GCS, MMF, BEL	GCS, Sales de Oro, MTX, LEF	GCS, MTX, ETA, GOLI, USTE, ECU, INF, ANK, BARI
PAS	Sí	Sí	Sí	Sí
PCR TW	Sí	Sí	Sí	Sí

Analíticamente, destacaron elevaciones persistentes de reactantes de fase aguda (VSG: 79,5 mm/h; PCR: 180 mg/L) y anemia de enfermedad crónica (hemoglobina media: 9,1 g/dL). El diagnóstico se confirmó por PCR en biopsias duodenales; en dos casos se evidenciaron macrófagos PAS positivos (**Figura 1**). Todos los pacientes recibieron FAMEsc de forma innecesaria y 2 también terapia biológica.

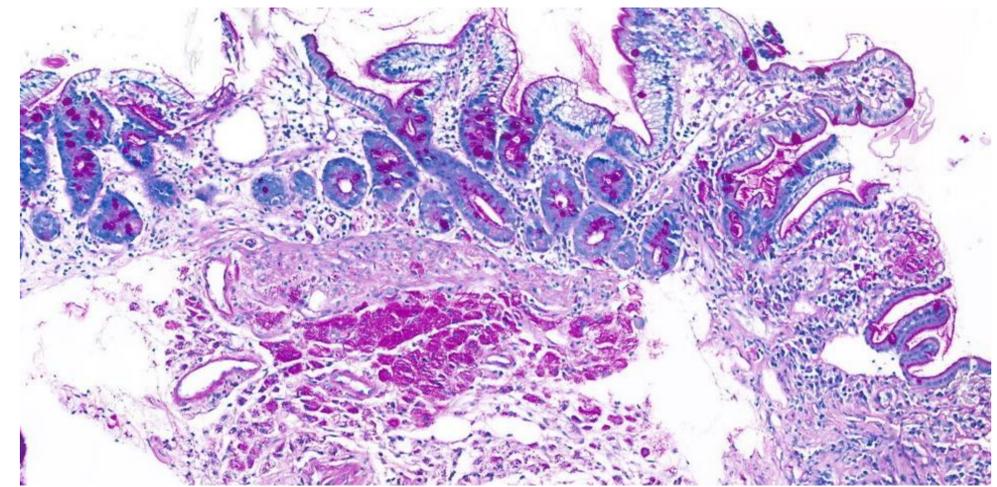


Figura 1: Cortes histológicos de la mucosa duodenal. Tinción de ácido periódico de Schiff (PAS) (24,5x) con macrófagos en la lámina propia.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de EW es complejo debido a sus manifestaciones inespecíficas. **Puede simular enfermedades reumáticas** como espondiloartritis, artritis reumatoide seronegativa, LES o polimialgia reumática, especialmente en ausencia de los síntomas digestivos clásicos. Debe considerarse en artritis seronegativa crónica refractaria a tratamiento inmunosupresor, especialmente si empeora o aparecen síntomas sistémicos incluso sin clínica digestiva. **Dada su afectación multiorgánica y curso debilitante sin tratamiento, es esencial mantener un alto índice de sospecha para un diagnóstico temprano.**

