

# ¿Cuándo debemos sospechar una enfermedad de Whipple? Datos claves para su diagnóstico.

M<sup>a</sup> Isabel Alaejos Pérez, Miguel Ángel Nieto Arroyo, Ariadna Barceló Poch, Miriam Onecha Vallejo, Raquel Pérez Lázaro, Jose Antonio Alonso López, Jonathan Murillo Abadía, Blanca-Esther Viñuela Rueda.

Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

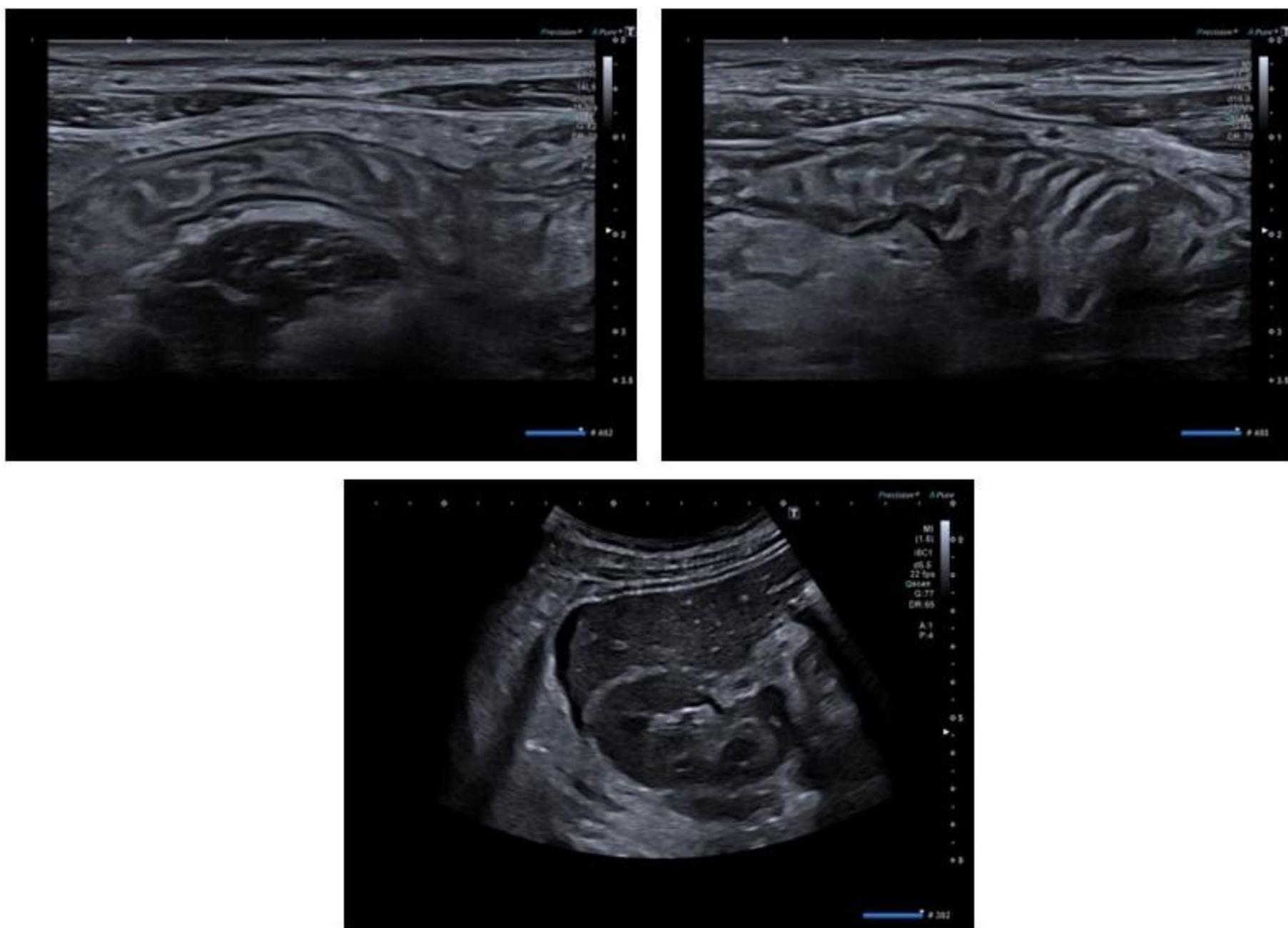
## OBJETIVOS

- Conocer la enfermedad de Whipple y sus principales manifestaciones radiológicas.
- La importancia del radiólogo en el diagnóstico de la enfermedad para realizar un tratamiento adecuado.
- Conocer otras posibles causas de adenopatías hipodensas, con densitometría compatible con grasa.

## REVISIÓN

- Revisaremos las principales **características radiológicas** de la enfermedad de Whipple, a nivel intestinal y extraintestinal siendo las adenopatías hipodensas, uno de los hallazgos radiológicos característicos de esta enfermedad.
- La enfermedad de Whipple es una entidad infrecuente, con predominio en **varones** entre la cuarta y la sexta décadas de la vida.
- Es una **enfermedad bacteriana multisistémica**, que puede afectar a múltiples sistemas orgánicos con una amplia variedad de manifestaciones.
- Está causada por un bacilo grampositivo llamado **Tropheryma whipplei**.

- Las **manifestaciones clínicas** son muy variables, pero la forma clásica suele comenzar con artritis recurrente, dolor abdominal, pérdida de peso y, ocasionalmente, alteraciones neurológicas.
- El hallazgo radiológico más frecuente es la existencia de un **engrosamiento** de la pared intestinal e irregularidad de los pliegues mucosos del intestino delgado, afectando principalmente al **yeyuno**.
- Además, las válvulas conniventes están engrosadas, con morfología nodular. (Figura 1)

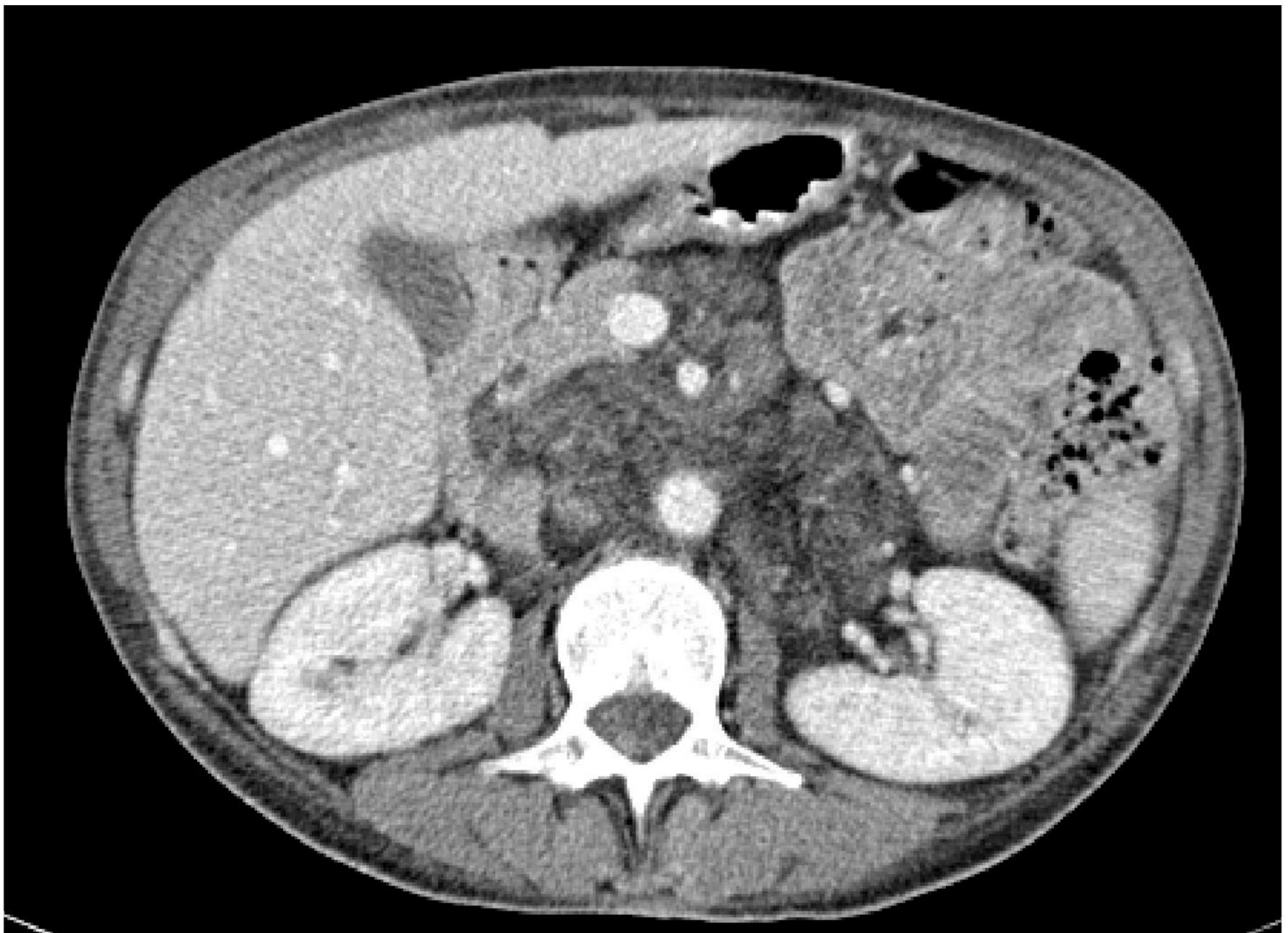


**Figura 1.** Ecografía con sonda lineal de alta frecuencia. Engrosamiento mural de asas de yeyuno con líquido libre intraabdominal.

- Es característica la presencia de **grandes adenopatías mesentéricas y retroperitoneales**, que aparecen hipodensas debido a la presencia de depósitos de **grasa** y ácidos grasos en su interior. (Figura 2, 3, 4, 5).
- En el **esprúe intestinal**, no hay engrosamiento de los pliegues intestinales, mientras que en la **linfangiectasia intestinal**, el engrosamiento afecta a toda la longitud del intestino delgado. La amiloidosis afecta a otros órganos, como el riñón o el corazón, mientras que el linfoma suele mostrar hígado o esplenomegalia.



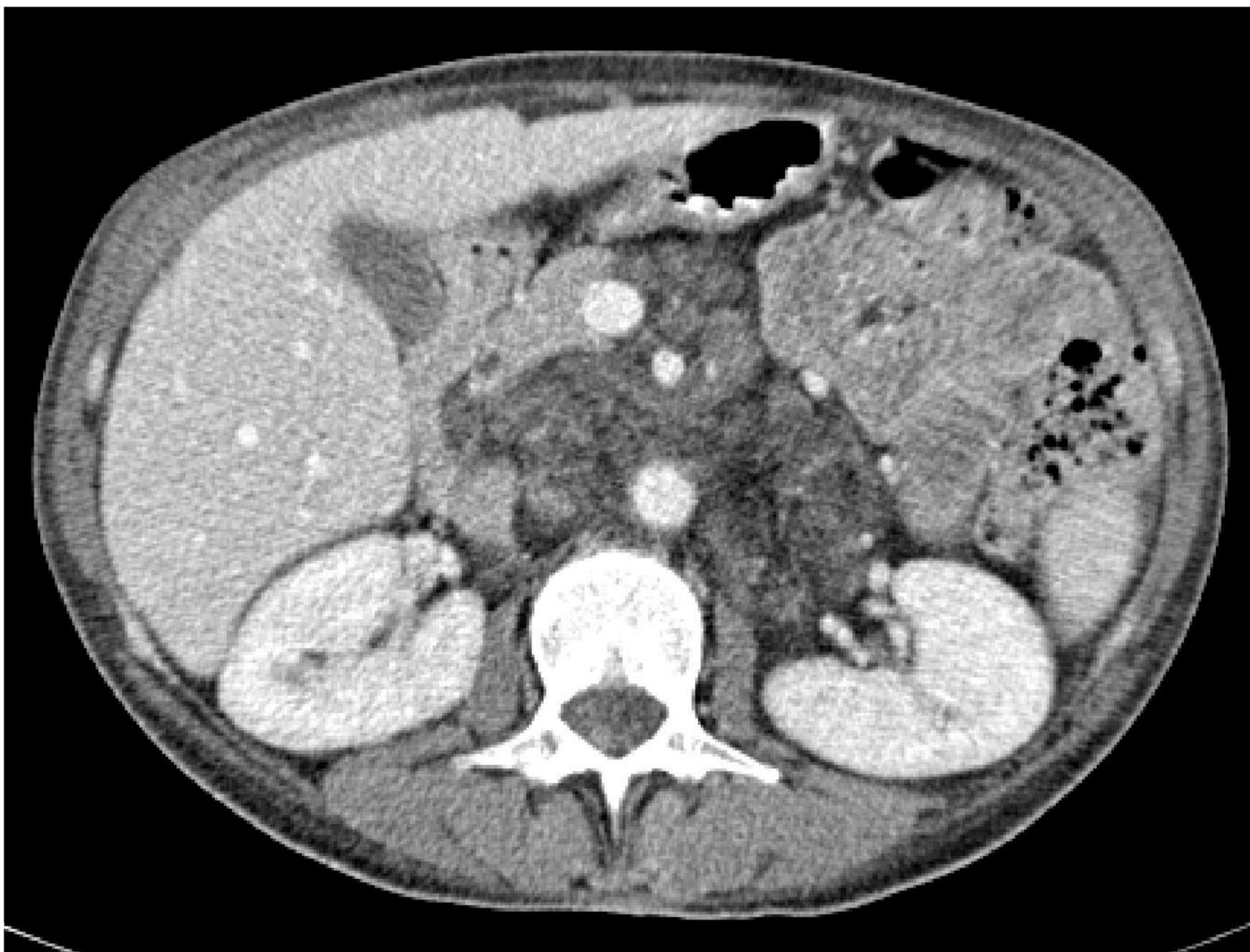
**Figura 2.** TC de tórax con contraste intravenoso dos años antes del diagnóstico de enfermedad de Whipple. Se identifican múltiples adenopatías mediastínicas con diagnóstico histológico de linfadenitis necrotizante.



**Figura 3.** TC de tórax con contraste intravenoso dos años antes del diagnóstico de enfermedad de Whipple. Se identifican múltiples adenopatías en el mesenterio y retroperitoneo.



**Figura 4.** TC de tórax con contraste intravenoso de enfermedad de Whipple. Se identifican múltiples adenopatías mediastínicas que comparativamente con estudio previo realizado dos años antes, han aumentado de tamaño presentando densitometría compatible con grasa.



**Figura 5.** TC de tórax con contraste intravenoso de enfermedad de Whipple. Se identifican conglomerados adenopáticos que comparativamente con estudio previo realizado dos años antes, se muestran más hipodensos con densitometría compatible con grasa.

- El diagnóstico suele ser **tardío**, debido a la baja incidencia de la enfermedad y a la diversidad de manifestaciones clínicas.
- El diagnóstico definitivo se obtiene mediante **biopsia** de la mucosa intestinal, detectando la presencia de infiltración macrofágica de la lámina propia que contiene un gran citoplasma con gránulos intensamente positivos para la tinción PAS.

- El tratamiento debe incluir **antibióticos** capaces de **atravesar la barrera hematoencefálica**, debido a la posibilidad de afectación cerebral asintomática.
- El **diagnóstico diferencial** debe hacerse con la enfermedad celíaca, el esprúe intestinal, la linfangiectasia intestinal primaria, la amiloidosis y el linfoma.

## CONCLUSIÓN

- Ante la presencia de adenopatías abdominales hipodensas con densitometría grasa, tenemos que tener en cuenta el diagnóstico de enfermedad de Whipple.
- Hay que reconocer la importancia del radiólogo en la sospecha diagnóstica de la enfermedad de Whipple, ya que estos pacientes se pueden beneficiar de un diagnóstico precoz por la gran respuesta al tratamiento farmacológico.

## REFERENCIAS

- Maiwald M, von Herbay A, Persing DH, Mitchell S, Abdelmalek MF, Thorvilson JN, et al. Tropheryma whippelii is rare in the intestinal mucosa of patients without other evidence of Whipple disease. Annals of Internal Medicine 2001;134:115-9.
- Rijke AM, Falke TH, de Vries RR. Computed tomography in Whipple disease. J Comput Assist Tomogr 1983;7:1101-2.
- Whipple GH. A hitherto undescribed disease characterized anatomically by deposits of fat and fatty acids in the intestinal and mesenteric lymphatic tissues. Bull Johns Hopkins Hosp 1907;18:382-91.
- Jones, C.M., Benson, J. A., jr., and Roque, A. L. : Whipple's Disease; Report of Case with Special Reference to Histochemical Studies of Biopsy Material and Therapeutic Results of Corticosteroid Therapy. New England J. Med. 248: 665-670, April 16, 1953.