

DOENÇA DE WHIPPLE EM TRANSPLANTADO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS ALOGÊNICO (TCTH) – RELATO DE CASO

Denise Neto Stasiak¹
Cleocir Marta Tecchio²
Steice da Silva Inácio³
Fabiane de Avila Marek⁴

Introdução: A doença de Whipple (DW) é rara, sendo a verdadeira incidência da doença ainda não conhecida. É uma patologia infecciosa e sistêmica causada pela bactéria bacilo gram-positivo *Tropheryma Whipplei*, da família das Acinobacterias e do grupo Acinomyces de caráter multissistêmico, que compromete mais os pacientes imunossuprimidos. Caracteriza-se principalmente por má absorção intestinal, mas pode afetar qualquer parte do corpo inclusive articulações, coração, pulmões, cérebro e olhos. As manifestações cardíacas são sobretudo endocardites, miocardites e pericardites, sendo a válvula mitral a mais frequentemente atingida pela infecção. Perda de peso, diarreia, dores articulares e artrites são sintomas comuns, mas a apresentação pode ser altamente variável sendo que aproximadamente 15% dos pacientes não têm estes sinais clássicos e sintomas. Na DW, os achados laboratoriais são inespecíficos, sendo frequente encontrar anemia hipocrômica microcítica, linfocitopenia, trombocitose, eosinofilia, aumento das proteínas da fase aguda (nomeadamente Proteína C Reativa), hipoalbuminemia, carência de ferro, alterações das provas hepáticas bem como as alterações hidro-eletrolíticas. A doença pode ser normalmente curada com terapia antibiótica a longo prazo, podendo levar anos e, quando não tratada pode ser fatal, porém não existe atualmente um consenso quanto aos antibióticos a utilizar. **Objetivos:** relatar o caso de um transplantado que apresentou DW. **Caso:** R.E.F., 9 anos, portador da Síndrome de Wiskott Aldrich realizou TCTH não relacionado, apresentou perda de quimerismo, realizando então novo TCTH não relacionado com nova perda do quimerismo. A imunossupressão prolongada e severa pode favorecer os quadros mais graves da doença de Whipple. Iniciou então com quadro de diarreia, inapetência, estufamento abdominal, perda de peso e febre 8 meses após o segundo TCTH, em que já estava em acompanhamento ambulatorial. Sem história de náuseas e vômitos. Em investigação, foi realizado endoscopia digestiva alta, com biópsia, no qual o anátomo patológico foi conclusiva para a DW. Usou Ceftriaxone endovenoso, após colocação de cateter venoso central totalmente implantado, por 15 dias em internação hospitalar, apresentando melhora significativa, passando a usar então Cefuroxima solução por via oral. Seguiu em acompanhamento ambulatorial com equipe multiprofissional da equipe do TCTH alogênico. **Conclusão:** Que por ter uma apresentação clínica variada e por se tratar de uma doença rara, nem sempre é diagnosticada, sendo na maioria dos casos descritos e identificada tardiamente. Mesmo quando detectada e adequadamente tratada, a sua evolução clínica tem de ser monitorizada durante a terapêutica, para confirmar a resposta ao tratamento, e por vários anos após o termo desta, de modo a evitar recidivas tardias. O

¹ Professora Assistente Universidade Feevale - Enfermeira Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

² Enfermeira Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

³ Aluna de Graduação Universidade Feevale.

⁴ Enfermeira Universidade Feevale.

acompanhamento ambulatorial dos transplantados deve ser rigoroso, principalmente naqueles com quadros imunossuprimidos mais severos, devido a alta morbi mortalidade. A enfermagem deve estar atenta a todas as queixas e alterações. A sistematização da assistência de enfermagem deve ser individualizada, relacionando os cuidados com a sintomatologia e os problemas apresentados pelo paciente. A avaliação deve ser diária e realizar e exame físico minucioso para que os cuidados sejam prescritos adequadamente.

Palavras-chave: TCTH Alogênico. Doença infecciosa. Imunossupressão.