



Serie de casos

**Paniculitis pancreática:
presentación de dos casos y revisión de la bibliografía**

Abaca María Celeste¹, Flores Lorena^{1,2}, Innocenti Carolina^{1,2},
Rivarola Emilce^{1,2}, Tennerini Leticia^{1,2}, Parra Viviana^{1,2}

¹Servicio de Dermatología. Hospital Luis Lagomaggiore. Mendoza. Argentina.

²Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza.

Datos de contacto: Dra. Abaca María Celeste.

Correo electrónico: dermatolago@gmail.com

Recibido: 30 de mayo de 2017 - Aceptado: 13 de junio de 2017

RESUMEN

La paniculitis pancreática o enzimática, es una necrosis grasa lobulillar poco frecuente que se desarrolla en pacientes con enfermedad pancreática aguda o crónica. Se localiza principalmente en las extremidades inferiores y se manifiesta con nódulos dolorosos, mal definidos, de superficie eritematosa, que pueden ulcerarse y secretar un material oleoso estéril. Puede preceder a la aparición de la enfermedad

ABSTRACT

The pancreatic or enzymatic panniculitis is a rare lobular fat necrosis that develops in patients with acute or chronic pancreatic disease. It is mainly located in the lower extremities and is clinically manifested by erythematous, ill-defined and painful nodules, which can ulcerate and secrete a sterile oily exudate. It may precede the onset of pancreatic disease, or appear concomitantly or

Introducción

Las paniculitis son un grupo de enfermedades inflamatorias del tejido celular subcutáneo que pueden estar asociadas a diferentes condiciones clínicas.⁽¹⁾ La paniculitis pancreática es una entidad poco común que se presenta en pacientes con enfermedad pancreática. Se desarrolla con mayor frecuencia como

Caso clínico N°1

Paciente de sexo femenino, de 57 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos consultó al Servicio de Guardia por presentar epigastralgia, náuseas y vómitos asociados a coluria. En la analítica presentó amilasemia de 3023 U/L (VR: 28-100 U/L), GOT 80 U/L (VR: 0-40 U/L), GPT: 125 U/L (VR: 0-41 U/L) y FAL 587 U/L (VR: 40-129 U/L), bilirrubina total 19,28 mg/l (VR: 0-10 mg/l), bilirrubina directa 10,67 mg/l (VR: 0-2 mg/l), bilirrubina indirecta: 8,61 mg/l (0-8 mg/l), HTO: 40,1% GB: 20.200/mm³ PLT: 228.000/mm³, uremia: 0,23 g/l (VR: 0,17-0,49 g/l), LDH 427 U/L (VR: 240-280 U/L) y glucemia 0,98 g/l (VR: 0,74-1,10 g/l). En la ecografía abdominal se observó vía biliar extrahepática dilatada con colédoco

pancreática, o bien aparecer simultáneamente o posterior a ella. El tratamiento debe ser el de la enfermedad pancreática de base. Se presentan dos casos clínicos de pacientes con pancreatitis aguda litiasica que desarrollaron paniculitis pancreática y se realiza una revisión de la literatura médica.

Palabras clave: paniculitis, pancreatitis, paniculitis pancreática

posteriorly to it. Treatment should be directed at the underlying pancreatic disease. We present two clinical cases of patients with acute lithiasis pancreatitis who developed pancreatic panniculitis and a review of the literature.

Keywords: panniculitis, pancreatitis, pancreatic panniculitis

complicación de una pancreatitis aguda o crónica y se caracteriza por presentar nódulos eritematosos, mal definidos y dolorosos localizados preferentemente en miembros inferiores.⁽²⁾ En el estudio histopatológico se observa necrosis grasa lobulillar del tejido celular subcutáneo.⁽²⁻⁴⁾

proximal de 1,1 cm de diámetro, litiasis vesicular y edema de páncreas. Se realizó el diagnóstico de pancreatitis aguda litiasica y se procedió a internación para realización de tratamiento.

Cinco días posteriores al ingreso la paciente presentó nódulos eritematovioláceos, dolorosos en extremidades inferiores (Figura 1). Se realizó estudio histopatológico en el que se evidenció, en dermis profunda, un infiltrado inflamatorio mixto a predominio neutrofílico con polivillo nuclear que rodeaba un depósito de material amorfo basófilo. Dicho infiltrado presentaba extensión a hipodermis afectando septos y lobulillos. Además, se observó necrosis grasa con adipocitos fantasma.

Caso clínico N°2

Paciente de sexo femenino de 50 años de edad, con antecedente de litiasis vesicular consultó al Servicio de Cirugía por dolor en hipocondrio derecho, vómitos y fiebre. Se realizó analítica en la que se observó amilasemia 3370 U/L (VR: 28-100 U/L), GOT 380 U/L (VR: 0-40 U/L), GPT: 445 U/L (VR: 0-41 U/L) y FAL 583 U/L (VR: 40-129 U/L), bilirrubina total 50,14 mg/l (VR: 0-10 mg/l), bilirrubina directa 27,54 mg/l (VR: 0-2 mg/l), bilirrubina indirecta: 22,8 mg/l (0-8 mg/l), HTO: 42,7% GB: 6810/mm³, PLT: 195000/mm³, uremia: 0,22 g/l (VR: 0,17-0,49 g/l), LDH 933 U/L (VR: 240-480 U/L), glucemia 0,84 g/l (VR: 0,74-1,10 g/l). En la ecografía abdominal presentó vesícula de pared engrosada, litiasis múltiple vesicular, páncreas heterogéneo y aumentado de

tamaño con líquido peripancreático. Se realizó el diagnóstico de pancreatitis aguda.

Tres días posteriores al ingreso manifestó nódulos levemente eritematosos, móviles y dolorosos en miembros inferiores y flanco izquierdo (Figura 2). El estudio histopatológico reveló la presencia de un infiltrado inflamatorio mixto a predominio de neutrófilos y células espumosas en el tejido celular subcutáneo, con compromiso de lóbulos y acompañado de necrosis grasa. Además se evidenciaron varios focos de material basófilo correspondiente a depósitos de calcio (Figura 3 y 4).

Con los hallazgos clínicos e histopatológicos se realizó el diagnóstico en ambos pacientes de paniculitis pancreática asociada a pancreatitis aguda litiásica.

En ambos casos se realizó tratamiento médico de sostén y posterior colescistectomía para terapéutica de la litiasis vesicular asociada. La resolución de las lesiones cutáneas se observó a

los 20 días de comienzo de la paniculitis pancreática en la primera paciente y a los 35 días en la segunda.

Discusión

La paniculitis pancreática ocurre en el 2-3% de los pacientes con enfermedad pancreática.^(1,2,5,6) Suele presentarse a mediana edad y en el sexo masculino.^(7,8) Entre sus principales causas encontramos la pancreatitis aguda y crónica secundaria a colelitiasis, alcohol y trauma, seguido en frecuencia por el carcinoma pancreático, principalmente el de tipo acinar y causas menos frecuentes como el pseudoquistes pancreático, la fístula vásculopancreática y el páncreas divisum.⁽¹⁾

En la fisiopatología se postula que el aumento de las enzimas pancreáticas (amilasa, lipasa, elastasa, fosfolipasa A y tripsina) sería el gatillo para que ocurra la paniculitis.^(1,7) La tripsina aumenta la permeabilidad vascular y permite el ingreso de enzimas al tejido celular subcutáneo produciendo inflamación. La lipasa y amilasa degradan la grasa subcutánea produciendo

saponificación y formación de jabones de calcio.^(1,9)

El aumento de las enzimas pancreáticas jugaría un rol esencial para la producción de la paniculitis pancreática, sin embargo han sido descritos pacientes con valores enzimáticos normales e incluso bajos.⁽¹⁰⁾ Esto lleva a pensar que existirían otros factores implicados en la fisiopatogenia de esta enfermedad, que aún son desconocidos.⁽⁴⁾

La paniculitis pancreática se manifiesta clínicamente por nódulos eritematosos y dolorosos que afectan con mayor frecuencia a las zonas distales de las extremidades inferiores, aunque también podría comprometer otras localizaciones como muslos, brazos, glúteos y tronco. A diferencia de otros tipos de paniculitis, las lesiones pueden ulcerarse y secretar un material aceitoso estéril.⁽¹⁾ Es importante tener en cuenta que las manifestaciones clínicas de la

paniculitis pueden presentarse antes, durante o después de la enfermedad pancreática.^(4,7) Naeyaert y col. describieron el caso de una paniculitis pancreática que precedió en varios días a una reagudización de una pancreatitis crónica ya conocida.⁽²⁾

Otra forma de presentación, poco habitual, y de peor pronóstico es la paniculitis pancreática como fenómeno paraneoplásico asociado a carcinoma pancreático.⁽³⁾ Nos debe alertar sobre este tipo de paniculitis la presencia de lesiones más persistentes, ulcerativas, recurrentes y generalizadas.^(1,3,11)

En el diagnóstico diferencial se destacan otras formas de paniculitis como el eritema nodoso, eritema indurado de Bazin, paniculitis lúpica, paniculitis de Weber Christian, deficiencia de alfa 1 antitripsina y también otras patologías como el linfoma T tipo paniculitis, infecciones y metástasis cutáneas.^(1,9)

Raramente se desarrollan complicaciones como periartrosis, trayectos fistulosos (entre las lesiones cutáneas y los espacios articulares adyacentes), sinovitis o afectación del tejido graso de la medula ósea con osteólisis y dolor óseo.

Excepcionalmente se ha descrito periserositis, afectación gastrointestinal y ascitis e inclusive compromiso del sistema nervioso central.^(1,2,12)

Este conjunto de manifestaciones extracutáneas, que ocurren en los pacientes con paniculitis pancreática se han denominado necrosis grasa diseminada y se asocian a mal pronóstico.⁽¹⁾

La histopatología es típica, caracterizada por un infiltrado mixto a predominio de neutrófilos, con depósitos de calcio, necrosis grasa lobulillar y la presencia de adipocitos sin núcleo, denominados células fantasma.⁽¹²⁾ Pueden observarse también cambios granulomatosos y fibrosis.⁽¹⁾

El tratamiento consiste en el manejo de la enfermedad de base. Se puede realizar tratamiento analgésico para reducir el dolor, pero no modifica el curso ni la duración de la enfermedad. Algunos autores han reportado el uso de plasmaféresis o de octeotride subcutáneo para la disminución de las enzimas pancreáticas.^(1,7)

Como ocurrió en nuestras pacientes, la mayoría de las veces las lesiones resuelven con el tratamiento de la enfermedad pancreática de base.

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

1. Lengfeld J, Kneitz H, Goebeler M, Kolb-Mäurer A. Panniculitis due to pancreatic disease. *J Dtsch Dermatol Ges* 2015;13:807-809.
2. Fernández-Jorge B, Vereá-Hernando MM, Álvarez-Rodríguez R, Paradela S, et al. Pancreatic panniculitis. Report of a case and review of literature. *An Med Interna* 2006;23:431-434.
3. Naeyaert C, de Clerck F, De Wilde V. Pancreatic panniculitis as a paraneoplastic phenomenon of a pancreatic acinar cell carcinoma. *Acta Clin Belg* 2016;71:448-450.
4. Menzies S, McMenemy M, Barnes L, O'Toole D. Pancreatic panniculitis preceding acute pancreatitis and subsequent detection of an intraductal papillary mucinous neoplasm: A case report. *JAAD Case Rep* 2016;2:244-246.
5. Laureano A, Mestre T, Ricardo L, Rodrigues AM, et al. Pancreatic panniculitis - a cutaneous manifestation of acute pancreatitis. *J Dermatol Case Rep* 2014;8:35-37.
6. Mahawish K, Iyasere IT. Pancreatic panniculitis. *BMJ Case Rep* 2014;2014:1-2.
7. Narváez J, Bianchi MM, Santo P, de la Fuente D, et al. Pancreatitis, Panniculitis, and Polyarthrititis. *Semin Arthritis Rheum* 2010;39:417-423.
8. Moro M, Moletta L, Blandamura S, Sperti C. Acinar cell carcinoma of the pancreas associated with subcutaneous panniculitis. *JOP* 2011;12:292-296.
9. Lee WS, Kim MY, Kim SW, Paik CN, et al. Fatal pancreatic panniculitis associated with acute pancreatitis: a case report. *J Korean Med Sci* 2007;22:914-917.

-
10. Jacobson-Dunlop E, Takiguchi R, White CR Jr, White KP. Fatal pancreatitis presenting as pancreatic panniculitis without enzyme elevation. *J Cutan Pathol*. 2011;38:455-457.
11. Hu JC, Gutierrez MA. Pancreatic panniculitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *J Am Acad Dermatol* 2011;64:72-74.
12. Bustos A, Gareis MC, Garritano MV, Russo JP y col. Paniculitis pancreática. *Arch Argent Dermatol* 2008;58:11-13.

Figuras



Figura 1: Nódulos eritemato-violáceos en pierna derecha.



Figura 2: Nódulo eritematoso localizado en pierna derecha

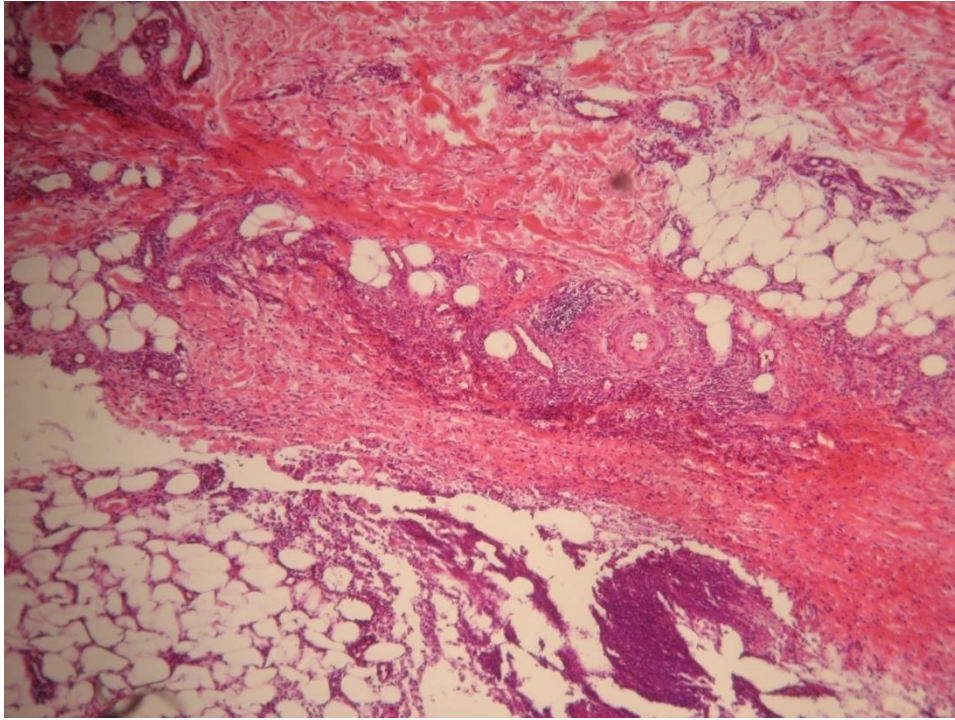


Figura 3 (Hematoxilina-Eosina 100x): Engrosamiento de los septos interlobulares acompañado de infiltrado inflamatorio mixto. En el margen inferior derecho se observa depósito de un material basófilo, correspondiente a calcio. Los lóbulos se encuentran comprometidos presentando necrosis grasa.

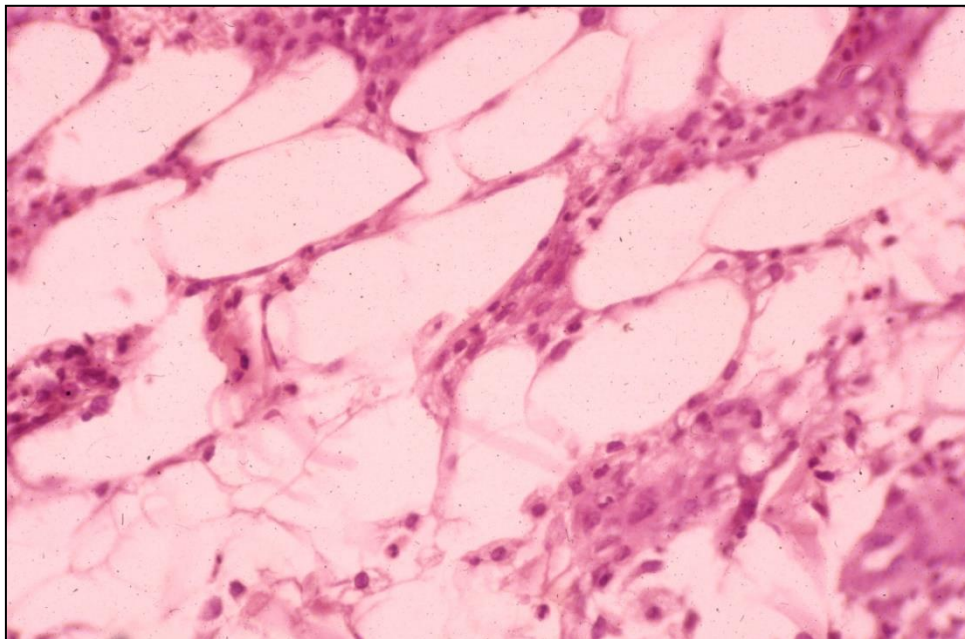


Figura 4 (Hematoxilina-eosina 1000x) Necrosis de los adipocitos.