

CASOS CLÍNICOS

# Paniculitis pancreática

## Pancreatic panniculitis

Yamila Coimbra<sup>1</sup>, Roxana Di Gaeta<sup>2</sup>, Sandra García<sup>3</sup> y Patricia Della Giovanna<sup>4</sup>

### RESUMEN

La paniculitis pancreática es una enfermedad de escasa frecuencia, constituida por lesiones con focos de necrosis grasa en el panículo, asociada con algún tipo de patología pancreática.

Se presenta el caso de una paciente de 60 años internada por pancreatitis aguda y colangitis. En el momento de su ingreso, presentaba una dermatosis localizada en los miembros inferiores, caracterizada por nódulos eritematosos y dolorosos.

El estudio histológico informó citoesteatonecrosis. Requirió un mes de tratamiento antibiótico, con buena evolución y mejoría de las lesiones cutáneas.

**Palabras clave:** paniculitis pancreática, páncreas, necrosis grasa subcutánea.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (4): 202-204

### ABSTRACT

*Pancreatic panniculitis is a rare disease constituted by lesions with subcutaneous fat necrosis, associated with some type of pancreatic disease. We report the case of a 60-year-old woman hospitalized for acute pancreatitis and cholangitis. At the time of admission, she presented a dermatosis localized in lower limbs, characterized by erythematous and painful nodules.*

*The histopathology reported cytoesteatonecrosis. She required one month of antibiotic therapy with good evolution and improvement of the skin lesions.*

**Key words:** *pancreatic panniculitis, pancreas, subcutaneous fat necrosis.*

Dermatol. Argent. 2018, 24 (4): 202-204

<sup>1</sup> Médica Becaria de Segundo Año

<sup>2</sup> Médica de Planta, Servicio de Dermatología

<sup>3</sup> Jefa del Servicio de Anatomía Patológica

<sup>4</sup> Jefa del Servicio de Dermatología  
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, El Palomar, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Yamila Coimbra

E-mail: yamilacoimbra@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 15/5/2018

Fecha de trabajo aceptado: 11/10/2018

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

### CASO CLÍNICO

Corresponde a una paciente de 60 años, con antecedentes de colecistectomía y pancreatitis de repetición, internada en el Servicio de Clínica Médica debido a una pancreatitis aguda. En el momento de la interconsulta con el Servicio de Dermatología presentaba una dermatosis de 4 días de evolución, localizada en los miembros inferiores, con predominio en la región pretibial y la cara externa de los muslos, caracterizada por nódulos eritematovioláceos, de consistencia duroelástica, que medían entre 1,5 y 3 cm de diámetro, dolorosos (Foto 1).

Con los diagnósticos presuntivos de eritema nudoso y paniculitis pancreática, se tomó biopsia de una de las lesiones. El examen histopatológico informó: paniculitis lobulillar sin vasculitis; áreas de necrosis grasa con adipocitos “fantasmas” (Foto 2); presencia de depósitos de un material basófilo e histiocitos espumosos por fuera del área de necrosis (Foto 3). Estos hallazgos fueron vinculables a una paniculitis pancreática.

Por su patología subyacente, requirió un mes de tratamiento antibiótico con ampicilina-sulbactam por

vía intravenosa, analgesia con fentanilo y sostén hemodinámico. La paciente evolucionó de manera favorable del cuadro pancreático, con mejoría de las lesiones cutáneas observándose cicatrices residuales (Foto 4).



FOTO 1: Nódulos eritematovioláceos.

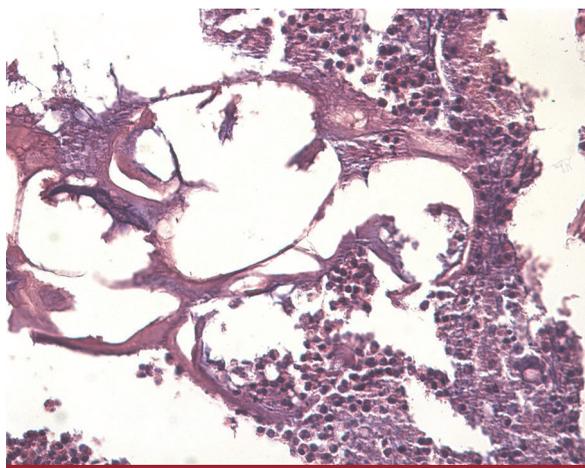


FOTO 2: Adipocitos fantasmas (HyE, 400X).

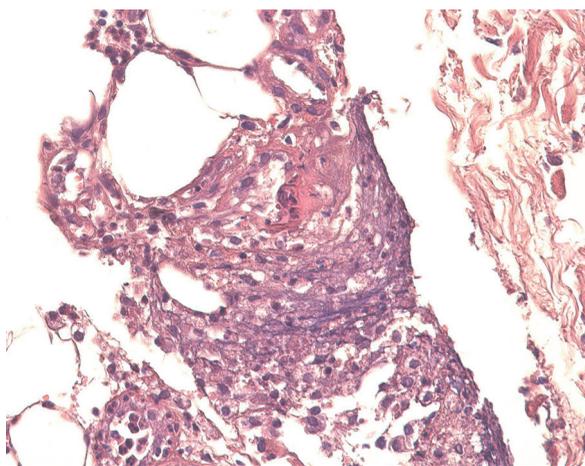


FOTO 3: Depósitos de material cálcico a nivel de pared vascular, en un vaso de mediano calibre a nivel de la unión dermohipoérmica (HyE, 400X).



FOTO 4: Cicatrices residuales.

## COMENTARIOS

La pancreatitis pancreática es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la necrosis de la grasa subcutánea. Suele asociarse a la pancreatitis aguda, de etiología biliar o alcohólica. Con menor frecuencia, puede estar relacionada con traumatismos o fármacos (corticosteroides, sulfasalazina, tiazidas, anticonceptivos orales, AINE). Se la describió también asociada con adenocarcinoma y tumor de células de los islotes pancreáticos. Se publicó un caso en asociación con el carcinoma pancreático de células acinares (10% de los tumores malignos pancreáticos)<sup>1-3</sup>. Se observó también en casos de pseudoquistes, pancreatitis crónica, fístula pancreática portal, malformación del conducto pancreático (páncreas *divisum*) e, incluso, en casos de pancreatitis silente o subclínica<sup>4</sup>. Se puede presentar antes, durante o después del proceso pancreático<sup>5</sup>. En este caso, se desarrolló en simultáneo con la patología de base.

La edad de la paciente fue coincidente con la registrada en la bibliografía, donde la mayoría de los casos de pancreatitis corresponden a individuos de edades comprendidas entre la cuarta y la sexta década de la vida. Los asociados con carcinoma del páncreas corresponden a individuos de mayor edad, con predominio en los varones, en una relación de 5:1<sup>6-8</sup>. Cuando se vincula a la pancreatitis, la relación entre hombres y mujeres baja a 3:1<sup>2</sup>.

La patogenia se desconoce. La teoría más aceptada indica que los focos de necrosis grasa son provocados por enzimas pancreáticas que se liberan al torrente circulatorio linfático y portal. Tras la lesión del parénquima pancreático, estas enzimas se transportan a sitios alejados. La tripsina lesiona la pared vascular y permite el paso de la lipasa, que hidroliza los triglicéridos en glicerol y ácidos grasos libres. Estos pueden saponificarse con el calcio que se deposita con frecuencia en las

lesiones y debido a su acción procoagulante, pueden originar complicaciones tromboembólicas. La estasis venosa podría favorecer estos mecanismos, ya que se incrementa el tiempo de contacto con las enzimas pancreáticas en circulación, lo que permite explicar la predilección que muestran estas lesiones por las extremidades inferiores<sup>6</sup>.

Los niveles de lipasa sérica no siempre se correlacionan con el grado de necrosis grasa. Se publicaron trabajos en los que la amilasa y la lipasa se detectaron en el interior de los nódulos<sup>7</sup>.

Clínicamente, se caracteriza por lesiones nodulares de diversos diámetros, eritematovioláceas, localizadas casi siempre en las extremidades inferiores, con predilección por la región pretibial, aunque pueden extenderse a los glúteos, el tronco, el cuero cabelludo, las extremidades superiores e incluso la cara<sup>9</sup>. Los nódulos suelen ser dolorosos y, en ocasiones, se ulceran de manera espontánea, con drenaje de un material estéril de consistencia cremosa u oleosa, lo que ocurre en el 13% de los casos asociados con pancreatitis y en el 41% de los asociados con carcinoma. En los pacientes con carcinoma del páncreas, el curso suele ser crónico y persistente. Con la resolución del proceso, los nódulos evolucionan a máculas pigmentadas residuales, a veces de superficie atrófica<sup>2</sup>.

Las lesiones cutáneas se pueden acompañar de artritis, que se produce por la acción de la lipasa sobre la grasa periarticular. Puede ser simétrica o asimétrica, los tobillos son las articulaciones afectadas con mayor asiduidad seguidas, en orden de frecuencia, por las rodillas, las manos, los pies y los codos. En el contexto de una neoplasia pancreática, la asociación de poliartritis, nódulos subcutáneos y eosinofilia se conoce como tríada de Schmid y se relaciona con mal pronóstico. También pueden asociarse con poliserositis como derrame pleural, ascitis y, menos a menudo, derrame pericárdico<sup>6</sup>.

La necrosis grasa puede afectar, además, el tejido graso intramedular del hueso, la grasa hepática, la gra-

sa intestinal e, incluso, la del sistema nervioso central. En algunos casos en los que se presenta una necrosis grasa multifocal, se observan fenómenos tromboembólicos a distancia<sup>2</sup>.

El diagnóstico se confirma con la histología, las características clínicas, el laboratorio y los estudios por imágenes.

El estudio histológico muestra una paniculitis lobulillar sin vasculitis. En los focos de necrosis se observan adipocitos anucleados "fantasmas", que presentan contornos irregulares, correspondientes a las membranas celulares residuales parcialmente digeridas por las enzimas pancreáticas. Además, se observan depósitos de un material basófilo homogéneo, a veces de disposición laminar, expresión de la saponificación de los lípidos por las sales de calcio. Estas áreas están rodeadas por un infiltrado de células mononucleares, neutrófilos y células espumosas y gigantes de tipo cuerpo extraño. La hemorragia puede ser considerable. Las lesiones antiguas tienen también fibrosis y hemosiderina<sup>2</sup>.

En el estudio de laboratorio se observa leucocitosis, puede haber eosinofilia y niveles aumentados de amilasa o lipasa, indicadores del daño del páncreas. En los casos de amilasa sérica normal o de valor dudoso, se recurre a la medición de los niveles en la orina o al aclaramiento de amilasa/creatinina<sup>2-3</sup>.

El pronóstico depende de la enfermedad subyacente y de la extensión de la necrosis grasa a otros tejidos, ya que en la mayoría de los casos en los que hay una lipólisis diseminada, la asociación con neoplasias pancreáticas es frecuente<sup>5</sup>.

En general, los nódulos se resuelven de manera paralela a la remisión de la enfermedad pancreática, por lo que el tratamiento debe ser el de la patología de base. Hasta que este no sea posible, se deben adoptar medidas sintomáticas encaminadas a aliviar el dolor y el edema mediante analgesia, reposo y elevación y compresión de las piernas<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Heykarts B, Anseeuw M, Degreef H. Panniculitis caused by acinous pancreatic carcinoma. *Dermatology* 1999;198:182-183.
- Segurado Rodríguez A, Guerra Tapia A, Jaén Olasolo P, Cuevas Santos J. Paniculitis pancreática: estudio de 12 casos y valoración comparativa de sus caracteres epidemiológicos, clínicos, histopatológicos y terapéuticos. *Actas Dermosifiliogr* 1999;90:227-234.
- Evans A, Singhi A, Zeh HJ, Bahary N, et al. An unexpected etiology of pancreatic panniculitis: A case report. *J Pancreat Cancer* 2017;3:1-4.
- Obon L, Pont V, Molinero Y, Aliaga A. Paniculitis pancreática: primera manifestación de una pancreatitis crónica recidivante silente. *Med Cut ILA* 2000;28:92-195.
- Del Valle Bustos A, Gareis MC, Garritano MV, Russo JP, et al. Paniculitis pancreática. *Arch Argent Dermatol* 1008;58:11-13.
- Fernández JB, Vereá Hernando MM, Álvarez Rodríguez R, Paradela S, et al. Presentación de un caso de paniculitis pancreática y revisión de la bibliografía. *An Med Interna* 2006;23:431-434.
- Dhawan SS, Jiménez Acosta F, Poppiti RJ, Barkim JS. Subcutaneous fat necrosis associated with pancreatitis: histochemical and electron microscopic findings. *Am J Gastroenterol* 1990;85:1025-1028.
- Potts DE, Mass MF, Iseman MD. Syndrome and pancreatic disease, subcutaneous fat necrosis and polyserositis. Case report and review of literature. *Am J Med* 1975;58:417-423.
- Moreno Zilli H, Serra E, Weth G, Bertoletti F. Paniculitis pancreática recurrente asociada a pancreatitis biliar. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Med Rosario* 2013;79:126-129.