



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



482/870 - PANICULITIS PANCREÁTICA

M. Hevia Méndez¹, A. Pola Díaz², A. Picciotto³ y J. Díaz Díaz⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mieres-Sur. Mieres. Asturias.

²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moreda. Aller. Asturias. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital V. Álvarez Buylla. Mieres. Asturias. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mieres-Sur. Mieres. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años consultó por la aparición de edema de tobillo derecho y una lesión nodular, eritematosa y dolorosa en la misma pierna. Fue tratado con colchicina y antiinflamatorios con escasa mejoría. En los siguientes meses evolucionó en brotes con aumento del número de lesiones nodulares que afectan también a la otra extremidad, interpretándose como un eritema nodoso. Consultó en Urgencias de nuestro hospital de referencia siendo la analítica y la radiografía de tórax normales. Se inició tratamiento con prednisona 60 mg/día y se realizaron serologías y análisis de quantiferón (+), que se interpretó como infección latente de tuberculosis. Los nódulos dolorosos reaparecieron al disminuir la dosis de prednisona por lo que consulta a Medicina Interna y se ampliaron los estudios.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: no se palpaban adenopatías a ningún nivel. Auscultación cardiopulmonar y exploración de abdomen sin alteraciones. Nódulos subcutáneos dolorosos en cara anterior y posterior de miembros inferiores hasta muslos, también en tercio distal de ambos brazos. Lesiones hiperpigmentadas residuales de nódulos previos. Marcadores tumorales: CA 19.9: 802 (0-37). CEA: 5,78. Biopsia cutánea: Morfología de paniculitis lobulillar con datos compatibles con paniculitis pancreática. TAC toraco-abdomino-pélvico: Gran tumoración sólida pancreática que engloba tronco celiaco y arterias hepática y esplénica y produce trombosis de eje esplenoportal y mesentérica superior. Adenopatías retroperitoneales quísticas. Biopsia: Adenocarcinoma infiltrante bien diferenciado de probable origen ductal.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma pancreático estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis, sarcoidosis, lupus.

Comentario final: La paniculitis pancreática consiste en la aparición de nódulos eritematosos dolorosos como consecuencia de patologías pancreáticas, benignas o malignas. Aunque presenta una baja incidencia es clínicamente indistinguible de otras paniculitis por lo que el reconocimiento de este signo clínico supone la realización de estudios complementarios orientados a identificar la etiología, dado que puede tratarse de un proceso neoplásico.

Bibliografía

1. De-Frutos R. et al. Paniculitis pancreática como síntoma de debut de un carcinoma de células acinares. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018;110(5):329-31.
2. Heitmann P, Maiolo C, Ibbetson J, Sidhu S, Dolan P. Pancreatic Panniculitis: A Series of 4 Cases Associated With Pancreatic and Ampullary Disease. *Pancreas.* 2018;47(9):62-4.

Palabras clave: Paniculitis. Eritema nudoso. Neoplasias pancreáticas.