

CARTAS CIENTÍFICAS

Paniculitis pancreática en un paciente de 81 años

Pancreatic panniculitis in an 81 year-old patient

Sr. Editor:

La paniculitis pancreática es una complicación infrecuente de los procesos patológicos del páncreas que se puede manifestar precozmente como un eritema o nódulo. Dadas las características particulares de los pacientes geriátricos como son las manifestaciones sintomatológicas atípicas, puede retrasar el diagnóstico de estas afecciones con las consecuentes complicaciones que esto conlleva, por lo que pensar en ella resulta de suma importancia.

La paniculitis, es el resultado de una inflamación del panículo adiposo secundaria a diversas afecciones inflamatorias con un origen etiopatogénico diferente. Clínicamente pueden ser muy similares, manifestándose muchas de ellas con la presencia de un nódulo eritematoso, indurado al tacto, caliente y doloroso que aparece predominantemente en las piernas. El estudio histopatológico nos aporta información sobre el tipo de infiltrado, que junto con la anamnesis y otras pruebas complementarias nos llevará al diagnóstico. En esta línea la paniculitis pancreática, es una complicación poco común de determinadas enfermedades del páncreas, resultado de la necrosis por licuefacción del tejido celular subcutáneo, y que en ocasiones puede constituir el primer indicio de una afección de dicho órgano¹. Si bien los hallazgos histopatológicos son típicos, clínicamente puede ser indistinguible de otras formas de paniculitis más comunes, como el eritema nudoso. Por ello, la paniculitis debe ser incluida en un despistaje de enfermedad sistémica subyacente, incluso en los pacientes asintomáticos, mediante la determinación de niveles enzimáticos en el suero y pruebas de imagen.

A continuación presentamos el caso de una mujer de 81 años ingresada en la unidad geriátrica de agudos por dolor abdominal sordo, persistente, localizado en epigastrio e hipocondrio izquierdo, acompañado de náuseas y emesis de restos alimenticios, que se reproduce con la ingesta oral, de 4 días de evolución, junto a fiebre termometrada de 24 h, llegando hasta los 38 °C. Desde hace 7 días, refiere dolor en región posterior de tobillo derecho. Observándose un eritema indurado (fig. 1).

Como antecedentes de interés la paciente es hipertensa en tratamiento, diagnosticada de polimialgia reumática hace 5 años, desde hace 2 años sin tratamiento, con episodios de lesiones cutáneas coincidente con cólicos biliares previos, aunque actualmente está colecistectomizada. Su tratamiento habitual es calcio oral, torasemida 2 veces por semana y espirolactona cada 48 h.

Previo al episodio agudo, la paciente caminaba con bastón, era continente de esfínteres, se aseaba y vestía sin ayuda, usaba el retrete, subía y bajaba escaleras, y realizaba una vida socialmente activa. Orientada en las 3 esferas a la exploración con respuesta adecuada a estímulos verbales y táctiles, residía en un convento.



Figura 1. Nódulo eritematoso localizado en la cara lateral interna sobre el maléolo de la pierna derecha, tras la realización de una biopsia.

En las pruebas complementarias realizadas en urgencia encontramos una creatinina de 1,21 mg/dl, lipasa de 714 mU/ml, amilasa de 160 mU/ml, proteína c reactiva mayor de 90 mg/dl; pH: 7,41, HCO₃, lactato: normales; Hb: 10,2 g/dl, VCM 89,4; ADE: 13,8; plaquetas: normales, leucocitos: 12.500 (neutrófilos 82%, linfocitos 9%, monocitos 7%). En planta de agudos se observa elevación de triglicéridos con colesterol total normal, normalización de la enzimas pancreáticas y hepáticas, tirotropina (TSH), ácido fólico, vitamina B12 y anticuerpos antinucleares (AAN) normales, con ferritina elevada y serología para toxoplasma positivo para infección pasada, hepatitis B y C: negativo. Estudio de coagulación normal.

Se realiza ecografía abdominal, que no revela afección hepática ni pancreática, por lo que se solicita TAC abdomino-pélvico que destaca vía biliar extrahepática dilatada con colédoco de 14 mm, discreto aumento de la densidad grasa localizado principalmente en cabeza de páncreas, con extensión a mesocolon transversal, y líquido en espacio pararenal anterior izquierdo, en relación con pancreatitis.

Se solicita biopsia de lesión cutánea, que se informa de necrosis grasa, compatible con paniculitis pancreática (fig. 2).

Se instaura tratamiento para la pancreatitis, con buena respuesta dándose el alta a los 12 días del ingreso.

La paniculitis pancreática o necrosis grasa a distancia es una complicación infrecuente de procesos pancreáticos como la pancreatitis aguda, recurrente, y el adenocarcinoma de páncreas, considerado en algún caso como un síndrome paraneoplásico^{2,3}. Epidemiológicamente no existen tendencias raciales ni tampoco sobre el sexo. La mayoría de los casos publicados aparecen en sujetos con edades comprendidas entre la cuarta y séptima década de la vida, correspondiendo los sujetos de mayor edad con los casos asociados a carcinoma de páncreas^{4,5}.

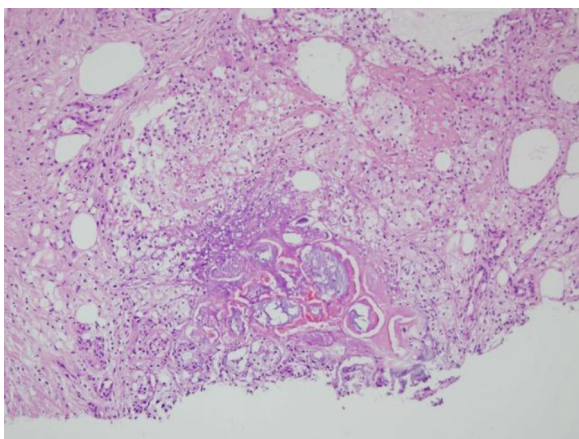


Figura 2. Biopsia cutánea. Se observa el infiltrado inflamatorio centrado en el lobulillo del panículo.

La necrosis grasa subcutánea, se presenta macroscópicamente en forma de nódulos subcutáneos, rojos, o violáceos, dolorosos en la mayoría de los casos. Tiene una predilección por las extremidades inferiores, sobre todo en región pretibial como en nuestro caso, y secundariamente en cualquier parte del cuerpo. Los síntomas que le acompañan pueden ser fiebre, dolor abdominal, poliartritis inflamatoria, ascitis o derrame pleural⁶. La necrosis grasa es producida por la acción de las enzimas lipasa, amilasa y tripsina, con mayor influencia de la primera. Se han detectado niveles elevados en sangre, orina y lesiones cutáneas en ausencia de enfermedad pancreática detectable⁷.

El diagnóstico definitivo es el resultado histológico de la biopsia de la lesión. La resistencia de la membrana de las células adiposas a las lipasas lleva a la formación de células fantasma (fig. 2). Los ácidos grasos liberados por la lipólisis de la grasa subcutánea, producida por las enzimas pancreáticas, se combinan con el calcio para producir áreas de color blanco calcáreo (saponificación grasa) visibles macroscópicamente y depósitos basófilos visibles microscópicamente. A su vez, las características histológicas de la lesión también nos permiten realizar el diagnóstico diferencial con otras panciculitis⁸.

El tratamiento de la panciculitis es aquel de la enfermedad pancreática con la que se asocia. Las lesiones cutáneas se resuelven de forma paralela a la remisión de la enfermedad pancreática⁹. El pronóstico dependerá básicamente de la enfermedad asociada, así como de la extensión de la necrosis y de la afectación de otros órganos distintos de la piel. La importancia de esta entidad radica en que las lesiones cutáneas con frecuencia preceden a las

manifestaciones de la afección pancreática, que puede ser asintomática en el momento del diagnóstico. En caso de neoplasia ya diagnosticada nos puede hacer sospechar una recidiva o metástasis.

En el caso que presentamos, la curación de la pancreatitis comportó una buena evolución de la lesión dermatológica. En otros casos es necesaria la resección quirúrgica para que disminuyan los niveles sanguíneos de enzimas pancreáticas y los nódulos subcutáneos desaparezcan completamente¹⁰.

Agradecimientos

A la Dra. Sara Mariscal Zabala, por el aporte de las imágenes histológicas.

Bibliografía

- Gallo Gutiérrez E. Protocolo diagnóstico de las panciculitis. *Medicine*. 2010;10:3165-8.
- Fernández-Jorge B, Vereja-Hernando M, Álvarez-Rodríguez R, Paradela S, Fonseca E. Presentación de un caso de panciculitis pancreática y revisión de la bibliografía. *An Med Interna*. 2006;23:431-4.
- Zheng ZJ, Gong J, Xiang GM, Mai G, Liu XB. Pancreatic panniculitis associated with acinar cell carcinoma of the pancreas: a case report. *Ann Dermatol*. 2011;23:225-8.
- Heykants B, Anseeuw M, Degeef H. Panniculitis caused by acinous pancreatic carcinoma. *Dermatology*. 1999;198:182-3.
- Moro M, Moletta L, Blandamura S, Sperti C. Acinar cell carcinoma of the pancreas. Associated with subcutaneous panniculitis. *JOP*. 2011;12:292-6.
- Bennet RG, Petrozzi JW. Nodular subcutaneous fat necrosis. A manifestation of silent pancreatitis. *Arch Dermatol*. 1975;111:896-8.
- Segurado Rodríguez A, Guerra Tapia A, Jaén Olasolo P, Cuevas Santos J. Panciculitis pancreática: estudio de 12 casos y valoración comparativa de sus caracteres epidemiológicos, clínicos, histopatológicos y terapéuticos. *Actas Dermosifiliogr*. 1999;90:227-34.
- Requena L, Sitthinamsuwan P, Santonja C, Fernández-Figueroa MT, Rodríguez-Peralto JL, Argenyi Z, et al. Cutaneous and mucous mucormycosis mimicking pancreatic panniculitis and gouty panniculitis. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66:975-84.
- Ballester Sánchez R, de Unamuno Bustos B, Hernández Bel P, Torrijos Aguilar A, Alegre de Miquel V. Panciculitis pancreática. Revisión de 7 casos. *Piel*. 2012;27:367-71.
- Cucurella Vidal L, Aguilar Cortés E, Cay Diarte A, Concellón Doñate MA. Lesión dermatológica secundaria a pancreatitis aguda. *Rev Clin Esp*. 2006;206:246-8.

Pablo Gallardo Schall* y Antonio Blanco Orenes

Unidad Geriátrica de Agudos, Servicio de Geriátria Hospital Virgen del Valle, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Pablomed200232@hotmail.com
(P. Gallardo Schall).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.002>

Nefropatía diabética confirmada por biopsia renal: ¿existen diferencias según la edad?

Diabetic nephropathy confirmed by renal biopsy: Are there age differences?

Sr. Editor:

La prevalencia de diabetes mellitus (DM), fundamentalmente de tipo 2 (DM2), se ha incrementado en todo el mundo¹. La nefropatía diabética (ND), una de sus complicaciones crónicas, es la principal causa de enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en el mundo y afecta aproximadamente a un tercio de toda la población diabética².

En un estudio reciente realizado en pacientes ancianos institucionalizados en nuestro país la prevalencia de DM y ND fue del 26,4 y 21,3% respectivamente³. La falta de estudios realizados en la población diabética anciana hace suponer que los tratamientos para la ND son parecidos a los empleados en población adulta⁴. Recientemente se han elaborado documentos de consenso con vistas a mejorar el abordaje terapéutico de la DM en el paciente anciano^{5,6}.

Nuestro objetivo de estudio fue analizar la existencia de posibles diferencias clínicas en los pacientes con ND diagnosticada por biopsia renal con relación a la edad. Entre los años 2004-2012 se efectuaron 174 biopsias de riñón nativo en el Hospital General de Segovia, estableciendo el diagnóstico final de ND en 21 pacientes (12%). Los datos se expresan en media \pm DE y porcentajes. La