

NÓDULOS EN PIE Y TOBILLO COMO MANIFESTACIÓN DE PANICULITIS PANCREÁTICA

A. GUERRA TAPIA
E. GONZÁLEZ-GUERRA
L.F. LLANOS ALCÁZAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

RESUMEN

La paniculitis pancreática o necrosis grasa subcutánea constituye una rara complicación de la patología del páncreas. Clínicamente cursa con nódulos distribuidos preferentemente en miembros inferiores, como ocurre en la mayoría de las paniculitis. Sin embargo se diferencia del resto en los hallazgos histopatológicos, debidos en parte a la liberación de enzimas tras el daño pancreático. El diagnóstico precoz mejora el pronóstico tanto en la patología benigna como maligna. Presentamos el caso de un paciente con paniculitis asociada a pancreatitis aguda, con complicaciones sistémicas y evolución fatal.

Palabras clave: *Paniculitis, páncreas, necrosis grasa, pie.*

SUMMARY

The pancreatic panniculitis or subcutaneous fat necrosis constitutes a rare complication of pancreas pathology. Clinically, it progress with distributes nodules preferably in the lower members, as it happens in most of the panniculitis. However it is difference of the rest in histopathological findings, due in part to enzyme liberation after the pancreatic damage. The early diagnosis improves the prognosis in the benign pathology, as well as in the malignant one. We show the case of a patient with panniculitis associated with acute pancreatitis, with systematic complications and fatal evolution.

Key words: *Panniculitis, fat necrosis, pancreas, foot.*

INTRODUCCIÓN

La *paniculitis pancreática o necrosis grasa subcutánea* es una enfermedad de escasa frecuencia en la que la clínica cutánea, constituida por lesiones nodulares con focos de necrosis grasa en el pániculo, se asocia a algún tipo de patología pancreática, ya sea maligna o benigna (1, 2).

Desde su descripción en 1883, se han publicado aproximadamente 150 casos. Hemos tenido la oportunidad de ver un paciente con lesiones nodulares en pies y tobillos, correspondientes a una *paniculitis por pancreatitis aguda*. La escasa frecuencia de casos referidos nos ha movido a su comunicación.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 45 años de edad que acude a urgencias por presentar fiebre y nódulos dolorosos en pies, tobillos y 1/3 inferior de pierna que dificultan la deambulaci3n.

Entre sus antecedentes personales figuraban colecistectomía, alcoholismo, tabaquismo y encontrarse convaleciente de una *pancreatitis aguda* diagnosticada 40 días antes.

En la exploraci3n se observaron nódulos subcutáneos eritematovioláceos, firmes al tacto, recubiertos por piel normal (Figura 1). En los días siguien-



Fig. 1. Nódulos subcutáneos en tobillo derecho.

tes a la primera consulta, algunas de las lesiones se abrieron espontáneamente drenando un material cremoso amarillento.

El estudio histopatológico mostraba focos inflamatorios constituidos por un infiltrado neutrofilico localizados en el lobulillo graso (Figura 2). Los adipocitos al degenerar aparecían como células anucleadas, de gruesa membrana constituyendo las llamadas «células fantasmas». Además en los focos de necrosis aparecían depósitos de un material basófilo homogéneo, a veces de disposición laminar, expresión de la saponificación de los lípidos por las sales de calcio.

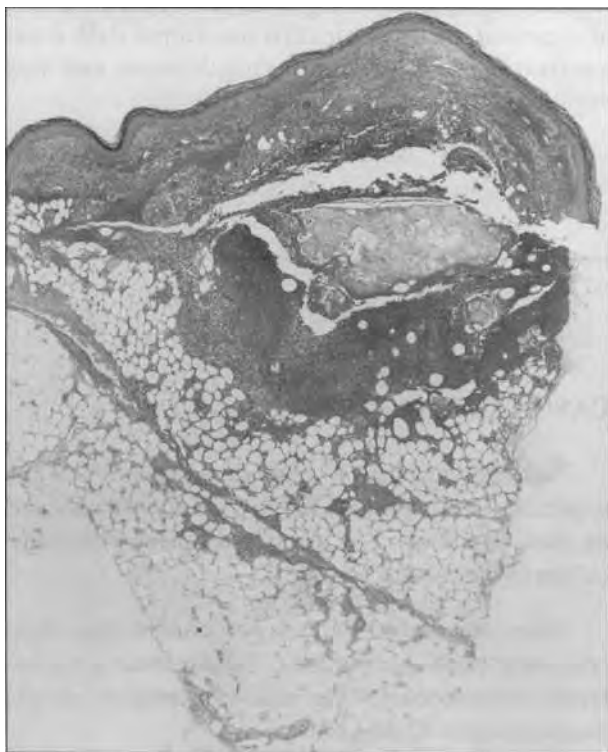


Fig. 2. Biopsia cutánea. Se observa el infiltrado inflamatorio centrado en el lobulillo del páncreo, con zonas de necrosis y depósitos basófilos (saponificación del tejido graso).

En la evolución el paciente presentó artritis en tobillos, ascitis, derrame pleural y signos de trombosis mesentérica, complicaciones que llevaron al *exitus* en tres semanas.

DISCUSIÓN

La necrosis grasa subcutánea o pancreática es una rara forma de inflamación del páncreo asociada a enfermedades del páncreo. Clínicamente las lesiones son similares a otras formas de paniculitis. Sin embargo sus rasgos histopatológicos son característicos y similares en todos los pacientes, constituyendo la clave del diagnóstico de esta enfermedad (1, 2).

La *incidencia* de este tipo de paniculitis es muy baja, presentándose aproximadamente entre un 0,33 y 2% de los enfermos pancreáticos (3).

En cuanto a la *patología pancreática asociada* (4, 5, 6) el cuadro más frecuentemente referido es la pancreatitis aguda, y dentro de ella sobre todo la secundaria a alcoholismo crónico y coledoclitiasis (7), como sucedía en nuestro paciente, y menos frecuentemente las originadas tras traumatismos o toma de medicamentos (8): corticoides, sulfasalazina, tiazidas, anticonceptivos orales o algunos antiinflamatorios no esteroideos. La necrosis grasa pancreática puede presentarse en asociación con un carcinoma de páncreo (9), más frecuentemente con el carcinoma de células acinares (10% de los tumores malignos pancreáticos) debido a que este tipo de neoplasias conservan su capacidad secretora (10). Se ha descrito también asociada con el adenocarcinoma (11) y con el tumor de células de los islotes (12). La paniculitis pancreática aparece además en casos de pseudoquistes, pancreatitis crónica, malformación del conducto pancreático (13) e incluso en casos de pancreatitis «silente» (14) o subclínica (alrededor de un 2% de las pancreatitis agudas).

Con frecuencia la clínica cutánea va asociada a afectación de otras estructuras a distancia. Es frecuente que exista fiebre acompañando a la clínica abdominal como en nuestro paciente. Además durante la evolución pueden presentarse artralgias /artritis y poliserositis, por extensión de la necrosis enzimática a estas localizaciones.

La afectación articular (54-88% de los casos) puede ser simétrica o asimétrica (15, 16). Las articulaciones del miembro inferior son las más afectadas y de ellas sobre todo los tobillos, seguidos en orden de frecuencia por las rodillas, articulaciones pequeñas de manos y pies y los codos. La artropatía se

produce como consecuencia de la necrosis grasa periarticular, de manera que el aspecto del líquido obtenido tras punción es semejante al que drenan los nódulos subcutáneos.

La afectación de las membranas serosas (25% de las paniculitis pancreáticas) puede presentarse clínicamente con signos y síntomas de derrame pleural, pericárdico o ascitis abdominal (17), siendo más frecuentes en casos de pancreatitis asociados a necrosis grasa enzimática que en los casos de pancreatitis aislada. En nuestro caso existió ascitis con cifras de amilasa elevadas en el líquido abdominal.

En algunos casos en los que se presenta necrosis grasa multifocal, se han observado fenómenos tromboembólicos a distancia (18). Este proceso se cree debido a la liberación de ácidos grasos producidos por la lipólisis, a la circulación general y a su acción procoagulante. Nuestro paciente diagnosticado de pancreatitis aguda grave, desarrolló al final de su evolución un cuadro de trombosis mesentérica, corroborado después con el informe de la autopsia.

La patogenia de esta enfermedad sigue siendo una incógnita. La mayoría de las publicaciones aceptan la teoría de que los focos de necrosis grasa se deberían a la actuación de enzimas como la lipasa, amilasa, tripsina, quimotripsina y elastasa, liberadas tras la lesión del parénquima pancreático (19). Este grupo de enzimas pasarían al torrente circulatorio linfático y sanguíneo, para depositarse secundariamente en la grasa del tejido celular subcutáneo, así como en la de localización periarticular, intramedular, serosas, etc. Los productos resultantes de la hidrólisis de la grasa (ácidos grasos y glicerol) iniciarían la cadena de acontecimientos que darían lugar a los cambios histopatológicos típicos (20).

En el diagnóstico de la paniculitis pancreática, la clave se encuentra en los hallazgos histopatológicos (21) que ya hemos comentado. En cuanto al resto de pruebas diagnósticas, la analítica sanguínea aparece con alteraciones en prácticamente todos los casos: la mayoría presentan leucocitosis y niveles aumentados de amilasa y / o lipasa.

El pronóstico de la paniculitis pancreática depende de la enfermedad de base y en último término de la extensión de la necrosis grasa a otras estructuras (22): articulaciones, hueso, pleura... ya que la mayoría de los casos en los que la lipólisis se disemina corresponden a los casos diagnosticados de neoplasia pancreática.

En general, los nódulos se resuelven paralelamente a la remisión de la enfermedad pancreática, por lo que el *tratamiento* deberá ir dirigido hacia ella. En nuestro paciente diagnosticado de pancreatitis aguda, el tratamiento se basó en dieta absoluta, medidas de soporte, analgésicos/espasmolíticos y reposo con piernas, aunque cursó con una forma grave y rápidamente progresiva, falleciendo en 3 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) HUGHES, S.H. et al.: Subcutaneous fat necrosis associated with pancreatic disease. Arch Dermatol 1975; 111: 506-510.
- (2) SIBRACK, L.; GOUTERMAN, I.H.: Cutaneous manifestations of pancreatic disease. Cutis 1978; 21: 763-768.
- (3) FRAMCOBE, J.; KINGSNORTH, A.N.; TUNN, E.: Panniculitis, arthritis and pancreatitis. Br J Rheumatol 1995; 34: 680-683.
- (4) ORTIZ, P.L.; DORADO, J.M.; GIL, R.; LÓPEZ, S.; IGLESIAS, L.: Estudio de 7 casos de necrosis grasa pancreática. Actas Dermosifiliogr 1989; 80: 557-564.
- (5) BROWN, R.; BUCKLEY, R.; KELLEY, M.: Pancreatic panniculitis. J Clin Oncol 1997; 15: 3418-19.
- (6) HIGGINS, E.; IVE, F.A.: Subcutaneous fat necrosis in pancreatic disease. Br J Surg 1990; 77: 532-533.
- (7) CHENG, K.S.; STANSBY, G.; LAW, N.: Recurrent panniculitis as the first manifestation of recurrent acute pancreatitis secondary to cholelithiasis. J R Soc Med 1996; 89: 105-106.
- (8) DETFLETS, R.L.: Drug induced pancreatitis presenting as subcutaneous fat necrosis. J Am Acad Dermatol 1985; 13: 305-307.
- (9) ROMAN, J.A.; CARRO, A.V.: Lobular panniculitis and pancreatic cancer. Rev Clin Esp 1990; 187: 207-208.
- (10) FOULET, A.; COPIN, M.C., et al.: Acinar cell carcinoma of the pancreas revealed by Weber-Christian syndrome. Ann Pathol 1995; 15: 438-442.
- (11) CUCURELL, M.; TRIBO, M.J.; BARRANCO, C.; JIMÉNEZ CAMARASA, J.M.: Necrosis grasa nodular subcutánea asociada a un adenocarcinoma de páncreas. Med Cutan Iber Lat Am 1994; 22: 353-357.

(12) LEWIS, C.T.; TSCHEN, J.A.; KLIMA, M.: Subcutaneous fat necrosis associated with pancreatic islet cell carcinoma. *Am J Dermatopathol* 1991; 13:52-56.

(13) CABLE, A.; FRANCK, N. et al.: Recurrent nodular panniculitis associates with pancreas divisum. *Ann Dermatol Venerol* 1993; 120: 299-301.

(14) BENNET, R.G.; PETROZZI, J.W.: Nodular subcutaneous fat necrosis: a manifestation of silent pancreatitis. *Arch Dermatol* 1975; 111: 896-898.

(15) PHILIPS, R.M.; SULSER, R.E. et al.: Inflammatory arthritis and subcutaneous fat necrosis associated with acute and chronic pancreatitis. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 355-360.

(16) WATTS, R.A.; KELLY, S.: Fat necrosis: An unusual cause of polyarthritis. *J Rheumatol* 1993; 20:1432-35.

(17) POTTS, D.E.; MASS, M.F.; ISEMAN, M.D.: Syndrome of pancreatic disease, subcutaneous fat necrosis and polyserositis: Case report and review of literature. *Am J Med* 1975; 58: 417-423.

(18) DAY, H.G.; FEWELL, W.; SOLOFF, I.A.: Thrombosis in the dog produced by single rapid infusion of long chain saturated fatty acids. *Am J Med Sci* 1967; 253: 83-87.

(19) WILSON, A.A.; ASKARI, A.D.; NEIDERHISER, D.H.: Pancreatitis with arthropaty and subcutaneous fat necrosis: evidence for the pathogenicity of lipolytic enzymes. *Arth Rheum* 1983; 26: 121-126.

(20) FERRÁNDIZ, C.; HENKES, J.; PEYRÍ, J.: Panniculitis licuefaciente con alteraciones enzimáticas. *Actas Dermosifiliogr* 1982; 73: 189-192.

(21) FEUER, J.; SPIERA, H. et al.: Panniculitis of pancreatic disease masquerading as systemic lupus erythematosus panniculitis. *J Rheumatol* 1995; 22: 2170-72

(22) MARTÍN, F.; MARTÍNEZ, P.; LÓPEZ, E.; NOVO, R.; SÁNCHEZ, F.; SÁNCHEZ YUS, E.: Necrosis grasa subcutánea asociada a pancreatitis y complicada con osteomielitis y amputación de ambas piernas. *Actas Dermosifiliogr*, 1997; 88: 613-616.