

# PANICULITIS NECROTIZANTE GRASA DE ORIGEN PANCREATICO

**AUTORES:** Guíu Campos, Miguel\*; Lasso Olayo, Jesús María\*\*; Mojonero Antequera, Juana\* ; Serrano Joven, Mercedes\*; Aguilar Cortes, Eduardo\*\*; Morales Callaghan, Ana\*\*\*; Del Agua Arias, Celia\*\*\*\*.

- \* MIR Familia. Hospital Comarcal de Alcañiz (Teruel).
- \*\* Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Alcañiz (Teruel).
- \*\*\* Servicio de Dermatología. Hospital Comarcal de Alcañiz (Teruel).
- \*\*\*\* Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Comarcal de Alcañiz (Teruel).



## INTRODUCCIÓN:

La paniculitis es una inflamación del tejido celular subcutáneo que puede aparecer de forma aislada o asociada a otras enfermedades. La paniculitis pancreática se produce en el 2-3% de los procesos que afectan al páncreas, provocado por el efecto de las enzimas pancreáticas sobre los vasos sanguíneos, linfáticos y tejido intersticial. En el 40% de las ocasiones se acompañan de manifestaciones en la piel, con predominio en extremidades inferiores (región pretibial y tobillo) aunque puede aparecer en otras localizaciones como el tronco y extremidades superiores.

## CASO CLÍNICO:

Mujer de 81 años sin RAM conocidas, con *antecedentes personales* de cirrosis hepática post-hepatitis C (estadio Child-P: B), anemia ferropénica por diverticulosis de colon que ha precisado transfusiones en diversas ocasiones, HTA esencial estadio I en ttº con dos fármacos, con episodios de colelitiasis y colecistitis aguda litíasea.

Acude a urgencias por presentar un cuadro de dolor centroabdominal irradiado en cinturón de 24h. de evolución, acompañado de náuseas, vómitos alimenticios y empeoramiento de su estado general. En la *exploración* presenta leve ictericia de piel y mucosas, abdomen doloroso de forma difusa sin signos de irritación peritoneal. La auscultación cardiopulmonar es normal, está afebril y con TA dentro de la normalidad, la puño percusión renal es negativa.

En las *exploraciones complementarias* presenta ECG, RX de tórax y abdomen sin alteraciones, ecografía abdominal sin hallazgos. Las analíticas de urgencias muestran una bioquímica con glucosa 145, urea 76, creatinina 1.6, bilirrubina total 3.63, GOT 103, GPT 55 y amilasa 7147, amilauria 16318, hemograma con Hg 9.8, Htº 29%, la fórmula leucocitaria era normal.

## EVOLUCIÓN:

Durante el ingreso presentó una anemia sintomática que precisó transfusión de dos concentrados de hematíes, un episodio de insuficiencia cardiaca izquierda en relación a sobrecarga de volumen, insuficiencia renal aguda pre-renal oligúrica con acidosis metabólica y un síndrome febril de origen urinario con crecimiento de E.Coli.



Lesión cara interna muslo izdo

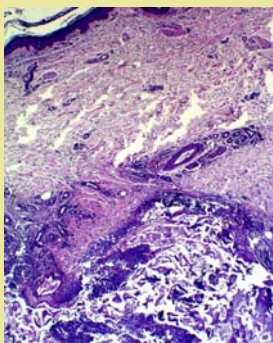
Se realizó un *TAC abdominal* que mostró derrame pleural derecho, ascitis, ligera lobulación del contorno hepático a expensas del LI, discreta tumefacción pancreática y aumento difuso de la densidad de la grasa mesentérica en relación a proceso inflamatorio.

A los 5 días de su ingreso presentó unas lesiones nodulares, eritematosas, indoloras de 0,5-1cm en cara interna de ambos muslos, que evolucionaron favorablemente, sin necrosis ni supuración. Valoradas por el servicio de dermatología se realizó biopsia de las mismas, con el *resultado anatomopatológico* de: fragmento de piel con inflamación y necrosis del pániculo adiposo, fundamentalmente a nivel del los lobulillos. Se observan adipocitos fantasmas con contornos gruesos, muy teñidos, citoplasma granular azulado, rodeados por material fibrinoleucocitario y numerosas células xánticas, diagnosticándose las lesiones de *paniculitis predominantemente lobulillar, con necrosis grasa compatible con origen pancreático*.

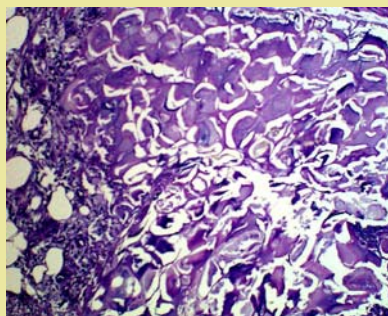


Lesión cara interna muslo dcho

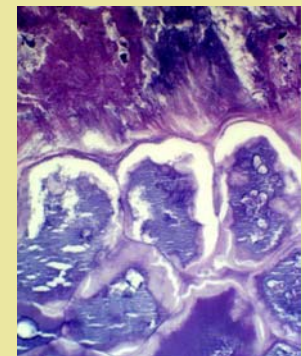
Durante los 18 días que duró el ingreso de la paciente la evolución fue torpida pero favorable, resolviéndose las complicaciones que surgieron durante la misma, las lesiones cutáneas se resolvieron espontáneamente durante los días posteriores al alta de la paciente en su domicilio.



Lesión necroinflamatoria subcutánea



Adipocitos con depósitos de grasa hidrolizada e infiltrado neutrofílico periférico



Material basófilo granular, correspondiente a calcificación

## ETIOPATOGENIA :

La afectación de las células pancreáticas produce el paso de la lipasa pancreática, amilasa, tripsina y fosfolipasa a la sangre, esto ocasiona un aumento de la permeabilidad de los vasos sanguíneos y linfáticos que permiten el paso de las enzimas al compartimento intersticial produciendo la necrosis grasa que se manifiesta con la aparición de nódulos subcutáneos. Los ácidos grasos liberados en la lipólisis se combinan con el calcio y forman los depósitos basófilos en los tejidos.

## COMENTARIO:

Las lesiones típicas de la piel son nódulos y placas de 1-2 cm. que se localizan en la parte distal de extremidades inferiores en la mayoría de las ocasiones, aunque también pueden aparecer en brazos, tronco y parte proximal de extremidades inferiores. Se produce una paniculitis lobulillar sin vasculitis asociada y con necrosis grasa. En ocasiones las lesiones se ulceran y supuran y en otras veces cursan de manera asintomática.

La biopsia de la lesión nos da el diagnóstico definitivo para diferenciarlo de otras paniculitis, demostrando una paniculitis lobulillar sin vasculitis asociada, con un infiltrado neutrofílico predominante y mostrando las células fantasmas, que son adipocitos con depósitos de calcio característicos, resultado de la lipólisis por la acción de las enzimas pancreáticas.