

Lesión dermatológica secundaria a pancreatitis aguda

L. Cucurella Vidal^a, E. Aguilar Cortés^b, A. Cay Diarte^c y M. A. Concellón Doñate^d

^aMIR 3. Medicina Familiar y Comunitaria. Servicios de ^bMedicina Interna, ^cAnatomía Patológica y ^dDermatología.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 87 años que acudió a nuestro centro por dolor periumbilical no irradiado de 3 horas 30 minutos de evolución con náuseas y vómitos. Como antecedentes de interés presentaba un ingreso en el mes anterior por pancreatitis aguda debida a coledolitiasis hallada en ese mismo ingreso, hipertensión arterial (HTA), cardiopatía hipertensiva e histerectomía parcial.

A la exploración se encuentra afebril, normotensa y sin ictericia, destacando dolor abdominal periumbilical y leve molestia en hipocondrio derecho, que aumentaban con la palpación, y disminución del peristaltismo.

En las exploraciones complementarias realizadas a su ingreso destacaba en el hemograma leucos de 19.600 y neutrófilos del 87,6%; en la bioquímica: amilasa, 8.242; GOT, 162; GPT, 96; GGT: 241; bilirrubina total: 2,20; bilirrubina directa: 2,07; fosfatasa alcalina: 767, y LDH: 507, en el proteinograma, albúmina de 3,5, y en la orina una amilasuria superior a 10.000. A las 48 horas presentó cifras de calcio de 7,9. La ecografía abdominal evidenció coledolitiasis múltiple con pared vesicular normal y páncreas aumentado de tamaño e hipoecoico con líquido periesplénico y dilatación de vía biliar intrahepática moderada. La radiografía (Rx) de tórax fue normal y el electrocardiograma (ECG) mostró signos de crecimiento ventricular izquierdo.

A los 4 días de su ingreso se evidenció la presencia en la cara interna de la pierna izquierda de una lesión eritematosa, caliente, indurada, de 5 cm de diámetro cuya piel se desprendió supurando líquido negruzco y posteriormente serosanguinolento (fig. 1).

Se consulta al servicio de Dermatología, que toma biopsia de la lesión.



Fig. 1. Lesión eritematosa, caliente, indurada, de 5 cm de diámetro en cara interna de la pierna izquierda, con supuración de líquido negruzco serosanguinolento.

Evolución y diagnóstico

El resultado anatomopatológico de la biopsia objetivó la presencia de focos de necrosis grasa con células fantasma de paredes gruesas, sin núcleos, calcificaciones en forma de gránulos basófilos intracitoplasmáticos y un infiltrado inflamatorio polimorfo a su alrededor (figs. 2 y 3), confirmando el diagnóstico de paniculitis necrotizante grasa.

La evolución de la paciente fue lentamente favorable, resolviéndose la pancreatitis y normalizándose las cifras analíticas de amilasa, colostasis y citólisis hepática. Tras la biopsia cutánea y la curación de la pancreatitis, la lesión dermatológica evolucionó espontáneamente hacia la curación.

Discusión

La paniculitis necrotizante grasa a distancia es una complicación infrecuente de los procesos pancreáticos. Según algunos estudios aparece en un 2% de los casos de patología pancreática¹. Los procesos pancreáticos a los que se asocia la necrosis grasa subcutánea, tipo especial de paniculitis, son principalmente la pancreatitis, sobre todo aguda y recurrente² como el caso que presentamos, y el adenocarcinoma de páncreas, considerándola en algún caso como un síndrome paraneoplásico del mismo³.

Las manifestaciones subcutáneas de la pancreatitis aguda grave se presentan con rareza. El signo de Grey Turner y el signo de Cullen se dan en menos de un 3% de las pancreatitis agudas y la necrosis grasa subcutánea aparece incluso con menos frecuencia⁴.

La necrosis grasa subcutánea, considerada signo patognomónico de la enfermedad pancreática por algunos autores⁵, viene definida por una serie de criterios diagnósticos².

Se presenta en forma de nódulos subcutáneos, rojos, indoloros, en la mayoría de los casos (se ha descrito un caso en el que se presenta como un eritema difuso⁵), con tendencia a la coalescencia y fistulización, y localizado en primer lugar en las extremidades inferiores, sobre todo en región pretibial como en nuestro caso, y después en cualquier parte del cuerpo^{2,6,7}.

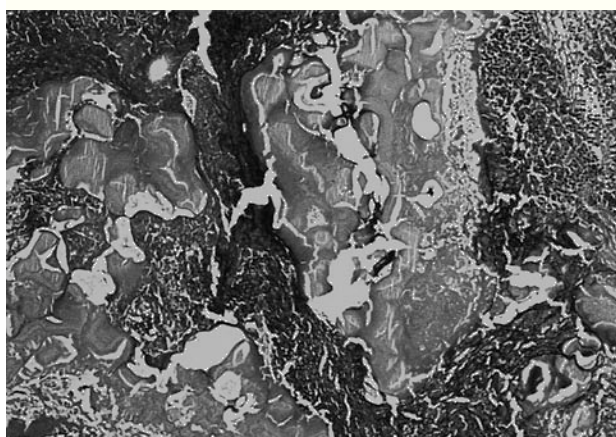


Fig. 2. Tinción hematoxilina-eosina: células grasas fantasmas.

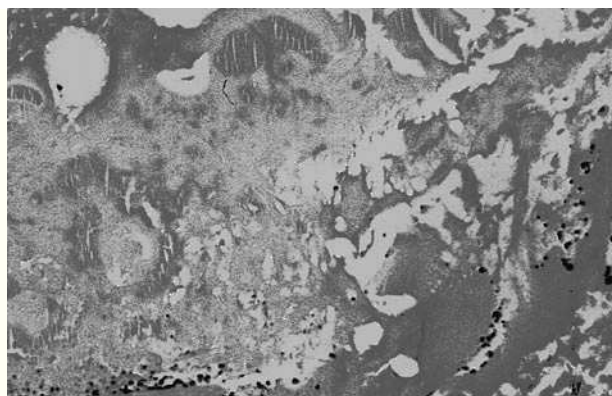


Fig. 3. Tinción de calcio (técnica de Von Kossa): depósitos en forma de gránulos basófilos en el citoplasma de las células grasas necrosadas, formados por la combinación de calcio de la tinción con los ácidos grasos liberados por la lipólisis de la grasa subcutánea.

El segundo criterio diagnóstico es una historia de alcoholismo^{2,8}. Pueden aparecer artralgias^{2,7}. Se han descrito casos en los que en el curso de una pancreatitis aparece como complicación una necrosis grasa subcutánea, y asociada a ella de forma extraordinaria se ha visto una artritis.

Por último, encontramos una elevación de las enzimas pancreáticas en sangre y orina, ya que esta lesión se produce por la liberación masiva de las enzimas lipasa, amilasa y tripsina pancreáticas a la sangre desde el páncreas inflamado^{2,6,7,9}.

Lo que nos da el diagnóstico definitivo^{2,6} 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. 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 microscópicamente⁷.

A su vez, las características histológicas de la lesión también nos permiten realizar el diagnóstico diferencial con otras paniculitis⁶.

El eritema nodoso^{6,7,10} (paniculitis más frecuente) consiste en un inicio brusco de nódulos generalmente bilaterales, simétricos, blandos, eritematosos, rojo brillante, calientes y placas sobreelevadas en espinillas, tobillos y rodillas. Estos nódulos cambian a un color rojo pálido o purpúreo y finalmente amarillo verdoso. Nunca se ulceran. Histológicamente consiste en una paniculitis septal en la que los septos presentan un infiltrado inflamatorio que se puede extender a las áreas periseptales de los lóbulos de la grasa. Inicialmente encontramos edema, hemorragia y neutrófilos, y finalmente fibrosis, tejido de granulación, linfocitos y células gigantes multinucleadas. El déficit de alfa1-antitripsina^{7,11} es una forma rara de paniculitis que afecta a niños y adultos, pero tanto las características clínicas como histológicas no están claras. Otras paniculitis a tener en cuenta son la paniculitis física, las infecciones fúngicas y las asociadas a enfermedades

sistémicas como la paniculitis del lupus eritematoso sistémico, las vasculitis, conectivopatías y la enfermedad de Weber-Christian^{6,7}.

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 complemente³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Francombe J, Kingsnorth AN, Tunn E. Panniculitis, arthritis and pancreatitis. *Br J Rheumatol*. 1995;34(7):680-3.
2. Kovacs A, Krisztian E, Grosz M, Horvath T, Balint L. Pancreatogenic panniculitis based on 2 cases. *Orv Hetil*. 1997;138(31):1965-70.
3. Meier SB, Reinhart WH. Nodular panniculitis a paraneoplastic syndrome in pancreatic carcinoma. *Schweiz Rundschh Med Prax*. 2002;91(27-28):1169-72.
4. Bem J, Bradley EL. 3rd. Subcutaneous manifestations of severe acute pancreatitis. *Pancreas*. 1998;16(4):551-5.
5. Agarwal S, Nelson JE, Stevens SR, Gilliam AC. An unusual case of cutaneous pancreatic fat necrosis. *J Cutan Med Surg*. 2002;6(1):16-8.
6. Zeller M, Hetz HH. Rupture of a pancreatic cyst into the portal vein. Report of a case of subcutaneous nodular and generalized fat necrosis. *JAMA*. 1966;195(10):869-71.
7. Elder D. *Lever's, histopathology of the skin*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 431-6, 445-6.
8. Mourad FH, Hannoush HM, Bahlawan M, Uthman I, Uthman S. Panniculitis and arthritis as the presenting manifestation of chronic pancreatitis. *J Clin Gastroenterol*. 2001;32(3):259-61.
9. Heykarts B, Anseeuw M, Degreef H. Panniculitis caused by acinous pancreatic carcinoma. *Dermatology*. 1999;198(2):182-3.
10. Requena L, Requena C. Erythema nodosum. *Dermatol Online J*. 2002;8(1):4.
11. McBean J, Sable A, Maude J, Robinson-Bostom L. Alpha1-antitrypsin deficiency panniculitis. *Cutis*. 2003;71(3):205-9.