



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

## 160/1130 - Significado de la paniculitis en la pancreatitis aguda

G. Costanza<sup>a</sup>, S. Alejandre Carmona<sup>b</sup>, W. Elgeadi Saleh<sup>a</sup>, J.E. Rodríguez Sánchez<sup>b</sup>, R. Rabelo Prado<sup>a</sup>, G. Antón Martín<sup>c</sup>, R. Julián Viñals<sup>c</sup> y M.V. Castell Alcalá<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Se presenta el caso de un varón de 41 años, que acude por la aparición de lesiones en piel de miembros inferiores (MMII). La semana previa había consultado a urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos con elevación de la amilasa en la analítica, diagnosticándose de pancreatitis aguda. El paciente no fue tratado por solicitar el alta voluntaria. Acude luego a nuestra consulta, sin síntomas digestivos, presentando lesiones eritemato-violáceas, nodulares de aproximadamente 1 × 1,5 cm dolorosas en piel MMII y dorso. Se decide remitir nuevamente al paciente a urgencias para valoración por dermatología y medicina interna.

**Exploración y pruebas complementarias:** AP: trastorno obsesivo compulsivo, enolismo e HTA. Hábitos tóxicos: tabaquismo. Medicación habitual: sertralina, clorazepato, tiaprida e hidroclorotiazida. EF: abdomen: blando, indoloro. Piel y mucosas: lesiones eritematosas violáceas, nodulares y dolorosas, en región lumbar y en ambos miembros inferiores, una de las cuales se encuentra ulcerada con secreción cremosa-oleosa. Extremidades: edema maleolar bilateral a predominio izquierdo. Dolor a movilización de ambos tobillos. Analítica: amilasa 399 ui/L (previa 3.599 UI/L), glucosa 82 mg/dl, PCR 64,4 mg/L (previa 14,0 mg/dl). Biopsia cutánea: infiltrado inflamatorio en lobulillo graso con PMN neutrófilos, jabones secundarios a necrosis grasa con áreas de hemorragia. Serología hepatitis B y C negativas. Microbiología úlcera cutánea: E. coli multisensible. Ecografía abdominal: hígado de tamaño normal y contornos polilobulados, sin evidencia de lesiones focales. Cola pancreática con lesión compatible con pseudoquiste. TAC abdominal: pseudoquiste organizado en cola pancreática y otro probable en fase de formación en la cabeza. Trombosis completa de la vena porta izquierda y parcial de la porta principal, posiblemente aguda-subaguda de la vena esplénica con circulación colateral. Ecoendoscopia: pseudoquistes pancreáticos en cola y cabeza. Trombosis portoesplénica con circulación colateral.

**Juicio clínico:** Paniculitis pancreática en paciente con pancreatitis aguda complicada con pseudoquistes y trombosis portoesplénica.

**Diagnóstico diferencial:** Eritema nodoso: puede ocurrir como efecto adverso a medicamentos, pero el paciente no recibía fármacos que pudieran corresponderse con la etiología del cuadro clínico. Neoplasias hematológicas: no presentaba síndrome constitucional asociado que lo hiciera sospechar. Lesiones en piel asociadas a carcinomas de páncreas: es más frecuente en pacientes entre 50 y 60 años con cuadro clínico compatible.

**Comentario final:** Ante la presencia de nódulos eritematovioláceos, dolorosos, que pueden presentar drenaje espontáneo, en MMII durante el transcurso de una pancreatitis aguda debemos considerar dicho diagnóstico. Además, estas lesiones pueden preceder a la aparición de las manifestaciones clínicas de la misma. Las complicaciones de la necrosis grasa más frecuentes son fiebre, artritis y serositis. En este caso además de artritis presentó una complicación menos frecuente como es la trombosis portoesplénica. El pronóstico fue favorable evolucionando hacia la remisión completa de las lesiones en piel con el tratamiento general de la pancreatitis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Segurado Rodríguez A, Guerra Tapia A, Jaén Olasolo P. Paniculitis pancreática: estudio de 12 casos y valoración comparativa de sus caracteres epidemiológicos, clínicos, histopatológicos y terapéuticos. *Actas Dermosifiliogr.* 1999;90:227-34.
2. Aznar-Oroval E, Illueca-Ballester C, Sanmartín-Jiménez O. Paniculitis pancreática como forma de presentación inicial de adenocarcinoma gástrico con metástasis hepáticas. *Rev Esp Patol.* 2013;46(1):40-4.