

# Pancreatitis aguda y paniculitis nodular sistémica

Dr. Mario Colínabranco González, Dra. Nuria Gispert Cruells. Facultad de Medicina, UNAM.  
Dr. Francisco A. Rico Moreno, Dra. Carolina Cervantes Granados, H.G. Dr. Dario Fernández, ISSSTE.

## Resumen

*La pancreatitis aguda suele ser una enfermedad intraabdominal grave, por inflamación aguda del páncreas, relacionada con el escape de enzimas pancreáticas de las células acinares hacia los tejidos vecinos. Casi todos los casos se relacionan con enfermedades de las vías biliares o con la ingestión excesiva de alcohol.*

*Las complicaciones reportadas de la pancreatitis son múltiples, pudiendo ser de tipo sistémico o local. En ocasiones se reporta la presencia de necrosis grasa, pero dentro de las complicaciones poco frecuentes se encuentra la paniculitis nodular sistémica o necrosis grasa nodular, descrita en 1889 por Hansemann asociada a lesión pancreática. Hasta el año de 1965 había 32 casos reportados; por ser de interés se describe a continuación un caso anatomopatológico de pancreatitis aguda y paniculitis nodular sistémica.*

## Summary

*Acute pancreatitis is a severe intra-abdominal disease due to acute inflammation of the pancreas caused by the escape of pancreatic enzymes from acinary cells to the surrounding tissues. Most cases are related to either biliary tract diseases or alcoholism. Numerous complications, either local or systemic, have been reported. Fat necrosis has been reported in occasions, but within the less frequent complications appears systemic nodular panniculitis or nodular fat necrosis, which was described, in 1889, by Hansemann associated to a pancreatic lesion. until 1965 there were 32 reported cases; because of its interest we describe herein an anatomopathologic case of acute pancreatitis with systemic nodular panniculitis.*

## Caso clínico

GRJM, masculino de 45 años con peso de 94 kg, talla de 1.75, con 13 días de estancia hospitalaria. Tabaquismo y alcoholismo positivo, escaso en frecuencia y cantidad.

Diez y ocho días antes de su ingreso presentó dolor abdominal localizado en mesogástrico e hipogástrico, fiebre no cuantificada y evacuaciones melánicas en número de 3. Un día antes de su ingreso repite el dolor abdominal sin causa aparente y sin colapso vascular.

Durante los primeros 4 días en el hospital continuó con dolor difuso abdominal, fiebre y polipnea con evidencia radiológica de hernia diafragmática izquierda torácica, con derrame pleural escaso e ileo, razón por la cual se sometió a cirugía efectuándose plicatura del hemidiafragma afectado y evacuación del derrame. Cuatro días después se aprecia coluria y persistencia del ileo por lo que es explorado apreciándose en abdomen, aumento de

consistencia y edema de páncreas, con 800 cc de líquido de ascitis, con mesenterio engrosado y con puntillero hemorrágico.

El resto de su evolución se caracterizó por hipertermia, sangrado de tubo digestivo, oliguria, ictericia de tegumentos y desde 48 horas antes de su deceso hipotensión, falleciendo a los 13 días de su internamiento.

La amilasa de ingreso fue normal (17 u, rango de 30 a 170 u.) y a los 15 días 242 u, persistiendo por arriba de 150 u. durante su estancia. el Ht de 38% y la Hb de 10.9 g al ingreso, fueron de 14% y 4.1% respectivamente al deceso.

La bilirrubina total fluctuó de 1.9 mg hasta 7.6 durante la hospitalización.

Los gases arteriales mostraron acidosis metabólica y el examen de orina desde el quinto día fue positivo a bilirrubina, existiendo datos terminales de diátesis hemorrágica.

## Anatomía patológica

Pancreatitis aguda con edema, necrosis y hemorragia focal (fig. 1, 2); paniculitis aguda y crónica con formación de granulomas localizados en mesenterio, peritoneo, pleuras, pericardio, grasa perisuprarenal y renal (fig. 3, 4, 5).



Fig. 1. Pancreatitis y paniculitis.

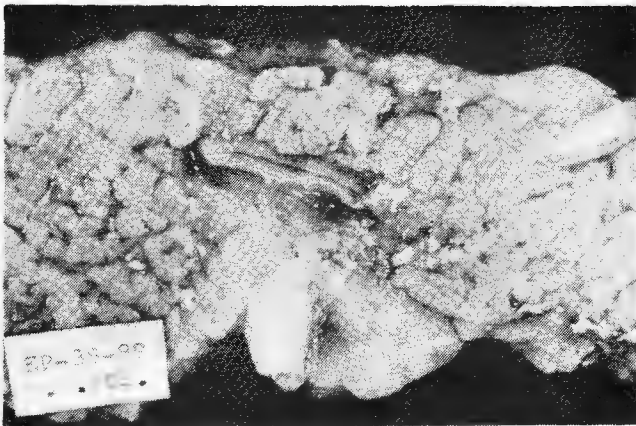


Fig. 2. Pancreatitis aguda.

Hepatitis colestásica y necrosis tubular aguda con abundantes cilindros de pigmentos biliares. Vesícula normal, úlcera aguda de estómago y status postquirúrgico por plicatura de 10 cm de longitud del diafragma izquierdo y reparación de hernia diafragmática.

Causa inmediata de muerte: choque hipovolémico e insuficiencia renal aguda.

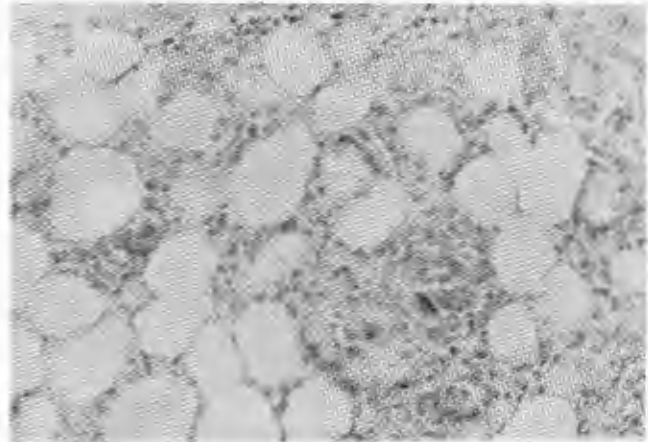


Fig. 3. Paniculitis. Granulomas con células gigantes, linfocitos y células plasmáticas.

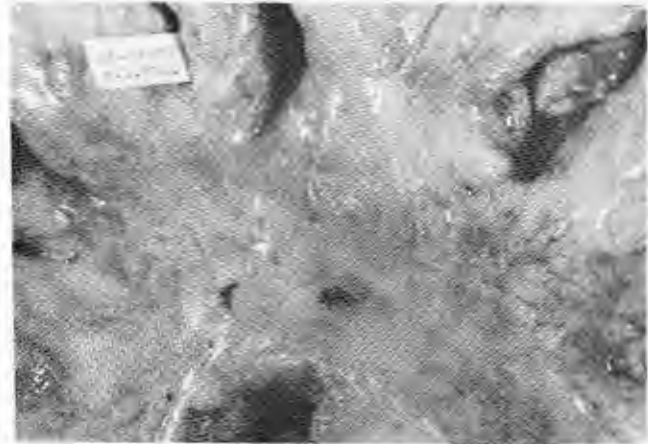


Fig. 4 Nódulos mesentéricos.

## Discusión

Lo que caracteriza a las paniculitis es la presencia de nódulos cutáneos profundos, aislados o en grupos, de localización en áreas específicas o generalizadas, de tamaño variable<sup>6</sup> 17. Con base en la anatomía del tejido celular subcutáneo, el proceso inflamatorio se desarrolla a partir del lóbulo graso o del septo interlobulillar y la destrucción de la grasa libera ácidos grasos, los cuales son potentes agentes inflamatorios.

Los tipos frecuentes de Panniculitis son el eritema nodoso, la asociada a lupus eritematoso, la postesteroidea, la secundaria al frío, la ficticia o iatrogénica, la lipoatrofia insulínica, el síndrome de Rothmann-Makai o panniculitis idiopática con formación de lipogranulomas y la panniculitis sistémica nodular o necrosis nodular grasa.



Fig. 5. Nódulos pericárdicos de color blanquecino.

También puede existir la paniculitis citofágica histiocítica que se caracteriza por una diátesis hemorrágica severa y una alta mortalidad; esta variante puede existir sola o acompañar a estas dos últimas enfermedades. La deficiencia de alfa 1 antitripsina predispone a la paniculitis por trauma<sup>4 11 21</sup>.

Dentro de las complicaciones sistémicas de la pancreatitis aguda se menciona la necrosis grasa metastásica del tejido subcutáneo, con presencia de nódulos eritematosos, la que se ha observado en el 60% con casos de pancreatitis y en el 40% con carcinoma de la glándula. Posee una gran similitud con la paniculitis nodular sistémica<sup>2 22</sup>.

La necrosis grasa tiene predilección por los sitios periarticulares, se presenta fiebre y artritis hasta en el 60% de los casos, con dolor severo por destrucción articular. En el caso clínico que nos ocupa, los datos no apoyan esta patología.

La enfermedad de Weber Christian<sup>8 15 18 29</sup> o paniculitis nodular recidivante febril, afecta el pániculo adiposo subcutáneo (lesiones de lipolisis y cistoesteatonecrosis)

con expresiones viscerales polimorfas y evolución imprevisible. Las manifestaciones profundas de paniculitis mesentérica como son los vómitos, los trastornos del tránsito, la percepción de tumefacciones abdominales, raramente perirrenales o mediastinales, son contemporáneas de las manifestaciones cutáneas y es frecuente encontrar manifestaciones óseas pseudoarticulares con imágenes de osteolisis esponjosa pseudomiomatosa.

El cuadro antes descrito debe de diferenciarse de la paniculitis mesentérica aislada o también conocida como lipodistrofia aislada, paniculitis mesentérica, manifestaciones mesentéricas de la enfermedad de Weber Christian, lipogranuloma mesentérico, mesenteritis lipoesclerótica y lipodistrofia mesentérica, la cual es de naturaleza benigna, con pacientes generalmente asintomáticos y con hallazgos incidentales al efectuar una cirugía abdominal; lo característico es la presencia de una masa mal definida, profunda en el cuadrante superior izquierdo del abdomen y con involucración ya sea del mesenterio o del epiplón. No se ha reportado asociado a patología pancreática<sup>1 5 13 16</sup>. Esta entidad se observa más en la edad adulta, con promedio de edad de 60 años, con relación hombre mujer de 1.8:1. En un 60% de los casos se presenta dolor cólico abdominal recurrente, localizado o difuso, pérdida de peso y fiebre. Un 40% se diagnostica incidentalmente al efectuar una laparotomía exploratoria. La patología se encuentra en el mesenterio que está engrosado en su raíz y en la gran mayoría de las ocasiones en el meso del intestino delgado.

Con base en los hallazgos clínicos y fundamentalmente por los anatomopatológicos consideramos que el paciente presentó además de la pancreatitis aguda y sus complicaciones inmediatas y graves, una paniculitis sistémica nodular. Esta es una nosología poco frecuente, con 32 casos reportados hasta el año de 1965, de ellos 19 cursaron con pancreatitis y 13 con neoplasia pancreática. Los pacientes con pancreatitis tuvieron una edad promedio de 30-40 años y los de cáncer 60; hubo más hombres que mujeres (3:1 en pancreatitis y 5:1 en cáncer)<sup>22 26</sup>.

La necrosis grasa que acompaña a esta paniculitis es secundaria a la liberación en la circulación portal y linfática de las enzimas pancreáticas que actúan en tejidos grasos periféricos, hidrolizando la grasa neutra y obteniéndose ácidos grasos y glicerol. Los casos asociados con cáncer pancreático fueron del tipo acinar, el cual posee gran actividad secretora de lipasa. No se conoce la patogenia en aquellos casos sin lesión pancreática.

Histológicamente los cambios que se presentan en la

paniculitis nodular sistémica son muy semejantes a los de la necrosis grasa intraabdominal asociada a la pancreatitis, vgr: nódulos con necrosis grasa en el subcutis, presencia de reacción inflamatoria periférica y los nódulos de grasa semejan un cascarón vacío, ya que sólo queda el esqueleto del nódulo y a continuación se incorporan histiocitos, células espumosas y células reactivas a cuerpo extraño con formación de granulomas; las lesiones individuales duran de 1 a 8 semanas antes de desaparecer y dejan como residuo una zona deprimida pigmentada en la piel. Algunos pacientes pueden tener sólo paniculitis nodular, la cual puede ser recurrente y otros pueden

desarrollar un cuadro de enfermedad de Weber Christian.

El paciente descrito presentó los datos anatómicos reportados en casos de paniculitis nodular sistémica asociado a pancreatitis, lo único que nuestro caso no presentó fueron los nódulos subcutáneos, pero muy seguramente no se buscaron ya que gran parte de los hallazgos fueron en la autopsia. Debemos de recalcar que la paniculitis per se no es mortal tal como la literatura lo menciona y que en nuestro caso la conjunción de las complicaciones de la pancreatitis y su cronicidad determinaron la evolución fatal.

#### Referencias

- Adachi Y, Mori M, Enjoji M, Veo H, Sugimachi K. Mesenteric panniculitis of the colon. Review of the literature and report of two cases. *Dis Colon Rectum* 30:962-6, 1987
- Bender M. Diseases of the peritoneum, mesentery and diaphragm. En *Slansenger. Gastrointestinal disease*. Vol. II, 2a. edición. W.B. Saunders. Co., Philadelphia, 1978, pp. 1969-70.
- Bernardini MD, Violi V, Roncoroni L, Montanari M y Peracchia A. Automated selection of high risk patients with acute pancreatitis. *Crit Care Med* 17:318-22, 1989.
- Conti JA, Kramer N, Rosenstein ED. Cytophagic panniculitis and lupus panniculitis versus Weber Christian disease. *Am J Med* 87:3-4, 1984.
- Durst AL, Freund H, Rosenmann and Birnbaum D. Mesenteric panniculitis: Review of the literature and presentation fo cases. *Surgery* 81:203-11, 1977.
- Foster DW. The lipodistrophies and other rare disorders of adipose tissue. En *Harrison's Principles of internal medicine*. 11, 11a. edición, Mc Graw Hill Book Co. NY. 1978, pp.1372-78, 1677-80.
- Geokas MC, Baltaxe HA, Banks PA, Silva J, Frey CF. Acute pancreatitis *Ann Int Med*. 103:86-100, 1985.
- Hamburger. Pequeña enciclopedia médica, Enfermedad de Weber Christian. Editorial médica panamericana. Argentina. 17a. edición, 1987, 1969.
- Hurtado AH, Hernández ZL, Zenteno CM y Barajas GE. Utilidad de la tomografía axial computada en el diagnóstico de pancreatitis aguda y sus complicaciones. *Rev Gastroenterol Mex* 49:31-37, 1984.
- Jinich H. Enfermedades del páncreas. En tratado de medicina interna, vol. I. Academia Nacional de Medicina. Editor Jinich H, El Manual Moderno. México, 1987. 358-65.
- Kramer N, Richert RR, Brookin RH y Kosenstein ED. Septal panniculitis as a manifestation of Lyme disease. *Am J Med* 81:149-52, 1986.
- Knauer CM. Aparato digestivo e hígado. En diagnóstico clínico y tratamiento, editor Schroeder SA. 24 ed. El Manual Moderno, México, 1989, pp 420-22.
- Khachatryan I, Hughes J. Mesenteric panniculitis. *West J Med* 148:700-1, 1988.
- Larrazo HO, Manrique O1 Mota GM y Maqueo JM. Patología del subdesarrollo. Analisis comparativo de la mortalidad en el Hospital General. *Ciencia* 34:201-20, 1983.
- Lemley DE, Chun B, Cupps TR. Sterile splenic abscesses in systemic Weber Christian disease. *Am J Med* 83:567-70, 1987.
- Monahan DW, Poston KW y Brown GJ. Mesenteric panniculitis. *Southern Med J* 82:782-4, 1989.
- Moragas JM. Panniculitis. En Fitzpatrick. *Dermatology in general medicine*. 2a. edición. Mc Graw Hill, London, 1979, 784-94.
- Panush RS, Yonker RA, Dlesk A, Longley S y Caldwell JR. Weber Christina disease. Analysis of 15 cases and review of the literature. *Medicine* 64:181-91, 1985
- Passmore K y Robson JS. Editores, Acute Pancreatitis. A companion to medical studies. Vol. III, parte I. Blackwell Scientific Publication. Oxford. London. 1974, 20. 46-49.
- Perches VA. Tratamiento de la pancreatitis aguda. *Rev Gastroenterol Mex* 50:201-5, 1985.
- Pitelkow MR, Smith KC, Daniel SU WP. Alpha 1 antitrypsin deficiency and panniculitis. *Am J Med* 84 (supp 8A): 80-86, 1988.
- Potts DE, Mass MF and Iseman M. Syndrome of pancreatitis disease, subcutaneous fat necrosis and polyserositis. *Ams J Med* 58:417-23, 1975
- Ranson JH. Pancreatitis aguda ¿en que nivel nos encontramos? *Clin Quir NA* 1:53-68. Nueva Editorial Interamericana, México, 1981.
- Robert A, Lum JT, Lanmeaster C, Olafsson AS, Kolbasa KP y Nezamis JE. Prevention by prostaglandins of caerulein induced pancreatitis in rats. *Lab Inv* 60:677-91, 1989.
- Rubenstein E. Editor. Enfermedades del páncreas. Scientific American. Medicina. Editorial científica médica latinoamericana. México, 1986. 4-V 1-4.
- Rubenstein E. Editor. Panniculitis nodular sistémica. Enfermedad de Weber Christian Scientific American. Medicina Editorial científica médica latinoamericana. México, 1986, 12-IV-13 y 14.
- Ruder CS. Pancreatitis aguda en Medicina Interna, editor Hurst JW. 2a. edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1990, pp 1364-67.
- Uscanga L, Vargas F, Robles Díaz G y Campuzano M. Utilidad clínica de los criterios de Ranson en la evaluación pronóstica de los enfermos con pancreatitis aguda. *La Rev Int Clín (MEX)* 39:315-18, 1987.
- Usuki K, Kitamura K, Urabe A y Takaku F. Successful treatment of Weber Christian disease by cyclosporin A. *Am J Med* 85:276-78, 1988.