



Pancreatitis aguda y sarcoidosis: presentación de un caso y revisión de la literatura

L. Lázaro Asegurado*, A. Morato Arnaiz*, J. Terán Santos*, F. Sáez-Royuela, C. Ojeda Giménez y A. López Morante

Secciones de Aparato Digestivo y *Neumología. Hospital General Yagüe. Burgos.

Se presenta un caso de sarcoidosis que se inició como una pancreatitis aguda y cuyo diagnóstico se estableció mediante mediastinoscopia. Se concluye que, aunque la afectación pancreática es poco frecuente y, en general, asintomática, debe ser incluida entre la larga lista de factores desencadenantes de pancreatitis aguda.

Palabras clave: *Sarcoidosis pancreática. Pancreatitis aguda.*

Arch Bronconeumol 1995; 31: 290-292

Acute pancreatitis and sarcoidosis: presentation of a case and review of the literature

We describe a case of sarcoidosis that began as acute pancreatitis. Diagnosis was established by mediastinoscopy. Although involvement of the pancreas is rare and in general asymptomatic, we conclude that sarcoidosis should be included in the long list of factors that can trigger acute pancreatitis.

Key words: *Pancreatic sarcoidosis. Acute pancreatitis.*

Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida. Los órganos que se afectan con mayor frecuencia son los pulmones, piel, ojos, ganglios linfáticos e hígado, pero los estudios necrópsicos indican que puede afectarse cualquier tejido, incluido el páncreas¹. En la literatura sólo existen 10 pacientes diagnosticados de sarcoidosis pancreática en vida, y de ellos en sólo tres el cuadro se manifestó como una pancreatitis aguda^{2,3}.

Presentamos el caso de un paciente que desarrolló una pancreatitis aguda presumiblemente secundaria a afectación sarcoide del páncreas.

Observación clínica

Varón de 30 años, sin antecedentes de interés, fumador de 40 cigarrillos al día y bebedor de 30 g de etanol al día.

Correspondencia: Dr. J. Terán Santos.
Sección de Neumología. Hospital General Yagüe.
Avda. del Cid, 96. 09006 Burgos.

Recibido: 17-11-94; aceptado para su publicación: 29-11-94.

Encontrándose previamente bien, ingresó en la sección de aparato digestivo por un cuadro de dolor abdominal intenso, de aparición brusca, acompañado de náuseas y vómitos biliosos.

En la exploración física destacaba la existencia de dolor a la palpación abdominal en epigastrio y ambos hipocondrios, sin signos de irritación peritoneal. La auscultación pulmonar era normal.

En el estudio analítico destacaba: leucocitos 11.700/ μ l (91% granulocitos), gamma-GT 257 U/l (10-50), amilasa 2.220 U/l (12-125), lipasa 4.880 U/l (1-190), amilaturia 57.660 U/l (150-500), calcio 9 mg/dl (8,1-10,4), proteína C reactiva 51,6 mg/l (0-5), VSG 4 mm/seg. El resto de parámetros que se tuvieron en cuenta en la bioquímica general, hepáticos, proteinograma y gasometría arterial fueron normales. El estudio serológico de los marcadores virales de la hepatitis (A, B y C), citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus de la inmunodeficiencia humana y de neumonías atípicas fueron negativos.

El Mantoux (2U. PPD-RT 23) fue positivo (10 \times 10 mm). La radiografía de tórax reveló un engrosamiento hilar bilateral compatible con adenopatías. Una ecografía abdominal evidenció la presencia de un páncreas aumentado de tamaño, y la existencia de varias adenopatías de aproximadamente 1 cm en la zona celiaca. La vesícula y vías biliares eran normales. Una TAC toracoabdominal mostró la presencia



Fig. 1. Adenopatías paratraqueales y en ventana aortopulmonar.

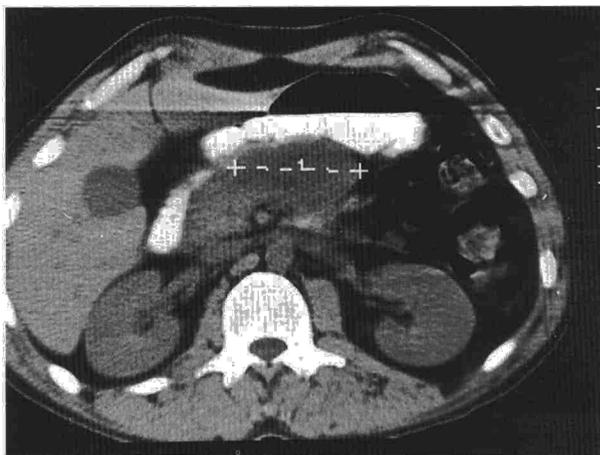


Fig. 2. Adenopatías retroperitoneales y aumento difuso del páncreas.

de adenopatías paratraqueales, en ventana aortopulmonar, subcarinales e hiliares bilaterales (fig. 1). El páncreas estaba aumentado de tamaño con un pseudoquiste a nivel del cuerpo, y se veían varias imágenes redondeadas situadas por debajo del cuerpo compatibles con adenopatías (fig. 2). Las pruebas funcionales respiratorias mostraron una curva flujo volumen, difusión y gasometría arterial basal normales. Una gammagrafía pulmonar con galio 67 evidenció una acumulación del trazador en proyección de ambos hilos pulmonares en relación con adenopatías mediastínicas, no existiendo aumento de captación en campos pulmonares.

Se practicó mediastinoscopia con toma de varias adenopatías para estudio histológico. El informe anatomopatológico de los ganglios fue de linfadenitis granulomatosa compatible con sarcoidosis.

El paciente fue tratado con prednisona (1 mg/kg de peso) asociada a isoniacida 300 mg/día. A los 10 meses de tratamiento el enfermo se encontraba asintomático, observándose en la última TAC una disminución en el número y tamaño de las adenopatías abdominales, y desaparición del pseudoquiste pancreático. Una colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) realizada en ese momento no mostró alteraciones anatómicas en el Wirsung.

Discusión

La afectación pancreática en la sarcoidosis es extremadamente rara. La mayoría de los casos publicados han sido hallazgos casuales en estudios necrópsicos de pacientes con sarcoidosis, estimándose la incidencia de afectación pancreática en un 1-5%². Nickerson fue el primero que lo describió en un paciente de seis con sarcoidosis sometidos a autopsia y, posteriormente, Mayock encontró 3 casos de sarcoidosis pancreática en una revisión de 4 grandes series de la literatura, con un total de 287 necropsias de sarcoidosis (1%)³. De los pacientes diagnosticados en vida, únicamente tres cursaron con clínica de pancreatitis aguda, todos habían sido diagnosticados previamente de sarcoidosis por biopsia ganglionar, uno cursó con hipercalcemia, y en ninguno se realizó biopsia pancreática^{2,3}. La forma clínica de presentación en los 7 pacientes con

sarcoidosis pancreática sin pancreatitis aguda fue: dolor abdominal con amilasas normales en 4 casos^{1,4-6}, uno cursó con prurito, eosinofilia y alteración de los parámetros bioquímicos hepáticos⁷, otro inició una ictericia obstructiva⁸, y en otra ocasión fue un hallazgo casual en el curso de una histerectomía en una paciente diagnosticada previamente de sarcoidosis⁹.

Al igual que en el caso que presentamos, es habitual encontrar la presencia de adenopatías mediastínicas en las radiografías de tórax^{2,3,5-7}. En nuestro paciente, la presencia de las adenopatías mediastínicas se confirmó mediante TAC, que además mostró la existencia de adenopatías abdominales (ligamento gastrohepático, celíacas y retroperitoneales).

Como prueba diagnóstica de la sarcoidosis en nuestro enfermo, utilizamos la mediastinoscopia con biopsia ganglionar. Ante este hallazgo, y a pesar de no disponer de un estudio anatomopatológico del páncreas, pensamos que, en ausencia de otras posibles causas etiológicas y ante la buena evolución del paciente con el tratamiento esteroide, la pancreatitis en este paciente debe ser razonablemente atribuida a una afectación sarcoidea del páncreas. Dado que la biopsia pancreática no es una exploración exenta de riesgos, especialmente si existen antecedentes recientes de pancreatitis aguda y si presentan complicaciones locales como pseudoquistes, dicha prueba no nos parece imprescindible cuando sea posible obtener una biopsia de una adenopatía, como sucedió en este enfermo. A ninguno de los pacientes con pancreatitis aguda por sarcoidosis publicados en la literatura se les practicó biopsia pancreática para confirmar el diagnóstico^{2,3}.

Existe una gran controversia sobre cuándo debe tratarse la sarcoidosis, siendo la base del tratamiento la corticoterapia a largo plazo. Se admite que el tratamiento está indicado cuando existe afectación de órganos críticos entre los que estaría incluido el páncreas, fundamentalmente cuando la afectación del mismo es sintomática^{2,10}.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Maher L, Choid H, Dodds WJ. Non caseating granulomas of the pancreas. *Am J Gastroenterol* 1981; 75: 222-225.
2. Robaszekiewicz M, Cauvin JM, Nousbaum JB, Geier B, Volant A, Gouerou H. Sarcoidose pancréatique. *Gastroenterol Clin Biol* 1989; 13: 302-304.
3. McCormick PA, Malone D, Fitzgerald MX, Fitzgerald O. Pancreatitis in sarcoidosis. *Br Med J* 1985; 290: 1.472-1.473.
4. Chaun H, King DM, Gofton JP, Sutherland WH, Bogoch A. Sarcoidosis of the pancreas. *Dig Dis Sci* 1972; 17: 725-730.
5. Curran JF, Curran JF. Boeck's sarcoid of the pancreas. *Surgery* 1950; 28: 574-578.
6. Friedman HZ, Weinstein RA. Sarcoidosis of the pancreas. *Arch Intern Med* 1983; 143: 2.182-2.183.
7. Caldwell JH, Evans WE. Granuloma (sarcoid?) of the pancreas. *Am J Gastroenterol* 1978; 69: 320-322.
8. Ryrie DR. Sarcoidosis with obstructive jaundice. *Proc R Soc Med* 1954; 47: 879.
9. Tsou E, Romano MC, Kerwin DM, Soteropoulos GC, Katz S. Sarcoidosis of the anterior mediastinal nodes, pancreas and uterine cervix: three unusual sites in the same patient. *Am Rev Respir Dis* 1980; 122: 333-338.
10. Martínez Ballarín JI, Ferrer Socarras JE, Cañete Ramos C, Manresa Presas F. Sarcoidosis pulmonar. *Medicine* 1989; 30: 1.202-1.209.