



CARTAS - CASO CLÍNICO

Paniculite pancreática após colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE): relato de caso ☆☆☆



Prezado Editor,

Paniculite pancreática é manifestação cutânea rara que ocorre em 0,3%–3% dos pacientes com doença pancreática. É postulado que danos ao pâncreas causem a liberação hematogênica de enzimas digestivas, o que aumenta a permeabilidade da microcirculação dentro dos vasos linfáticos e leva à saponificação da gordura com necrose do subcutâneo. A etiologia subjacente mais comum é a pancreatite aguda (88% dos casos), enquanto neoplasias pancreáticas representam cerca de 12%.^{1–4}

Neste artigo, relatamos um caso de paniculite pancreática que ocorreu após exame de colangiografia.

Paciente do sexo feminino, 76 anos, branca, hipertensa, foi internada em hospital de referência aos cuidados da gastrocirurgia por dor abdominal, inapetência, náuseas, vômitos e icterícia havia três dias. Os exames laboratoriais de admissão demonstravam anemia (hemoglobina de 10,2 g/dL), leucocitose com neutrofilia (11.930 mm³), eosinofilia (450 mm³), elevação das transaminases (TGO 85 µ/L [normal 14–36 µ/L], TGP 331 µ/L [normal < 35 µ/L]), da fosfatase alcalina (180 µ/L, normal 36–126 µ/L), da gama-GT (285 µ/L, normal 12–43 µ/L), da bilirrubina total (7,10 mg/dL, normal 0,2–1,3 mg/dL) e bilirrubina direta (3,5 mg/dL, normal 0–0,3 mg/dL), sem alteração da amilase ou lipase.

Foi realizada tomografia abdominal que identificou dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, com obstrução na porção distal do colédoco na altura da papila duodenal. Em seguida, realizou-se colangiopancreatografia

retrógrada endoscópica (CPRE), associada a esfínterectomia e passagem de prótese biliar plástica. Como não foram identificados cálculos no colédoco, foram sugeridas as hipóteses de papilite, tumor de cabeça de pâncreas ou colangiocarcinoma distal como causa da obstrução.

Cinco dias após a CPRE, a equipe da dermatologia foi acionada pelo surgimento, após o procedimento, de lesões nodulares, dolorosas e eritematosas localizadas nos membros superiores e inferiores (figs. 1 e 2) que haviam apresentado piora importante nas últimas 24 horas. Durante a biópsia cutânea profunda, houve drenagem espontânea de material amarelo-acastanhado do local. A secreção foi enviada para cultura, que resultou negativa. Novos exames laboratoriais revelaram elevação da amilase (123 µ/L [normal 30–110 µ/L]) e da lipase (618 µ/L [normal 36–126 µ/L]). O exame histopatológico evidenciou paniculite aguda supurativa com infiltrado de linfócitos e neutrófilos, esteatonecrose com focos de calcificação incipiente e células-fantasma (fig. 3).

Os achados clínicos, laboratoriais e histopatológicos indicaram o diagnóstico de paniculite pancreática. A equipe assistente foi orientada quanto ao quadro cutâneo, que deve ser manejado com sintomáticos até a resolução da doença de base, havendo resolução completa espontânea em 45 dias. A paciente segue, há dois anos, com diagnóstico provável de colangiocarcinoma distal, assintomática desde a implantação da prótese biliar; o tratamento cirúrgico é contraindicado em virtude da idade avançada da paciente e de suas comorbidades.

As lesões características da paniculite pancreática são nódulos eritematosos e dolorosos, de surgimento súbito, localizados principalmente nos membros inferiores, mas também nos glúteos, tronco e membros superiores. Os nódulos podem flutuar, ulcerar e drenar secreção oleosa amarela-marrom. Em 40% dos casos, as lesões cutâneas podem preceder os sintomas abdominais.^{1,4,5}

Dentre os diagnósticos diferenciais, é válido citar: eritema nodoso, vasculite nodular, deficiência de alfa-1-antitripsina, paniculite lúpica, linfoma T paniculite-símile, eritema endurecido de Bazin e outras paniculites infecciosas.^{1–3}

O exame histopatológico é classicamente marcado por esteatonecrose focal subcutânea e presença de “células fantasmas” patognomônicas (adipócitos necróticos anucleados com paredes espessas e obscuras contendo material granular basofílico fino intracitoplasmático).^{1,2,4,5}

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2025.501211>

☆ Como citar este artigo: Amorim RP, Almeida LMB, Miot HA, Schmitt JV. Pancreatic panniculitis following Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP): a case report. An Bras Dermatol. 2025;100:501211.

☆☆ Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp), Botucatu, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

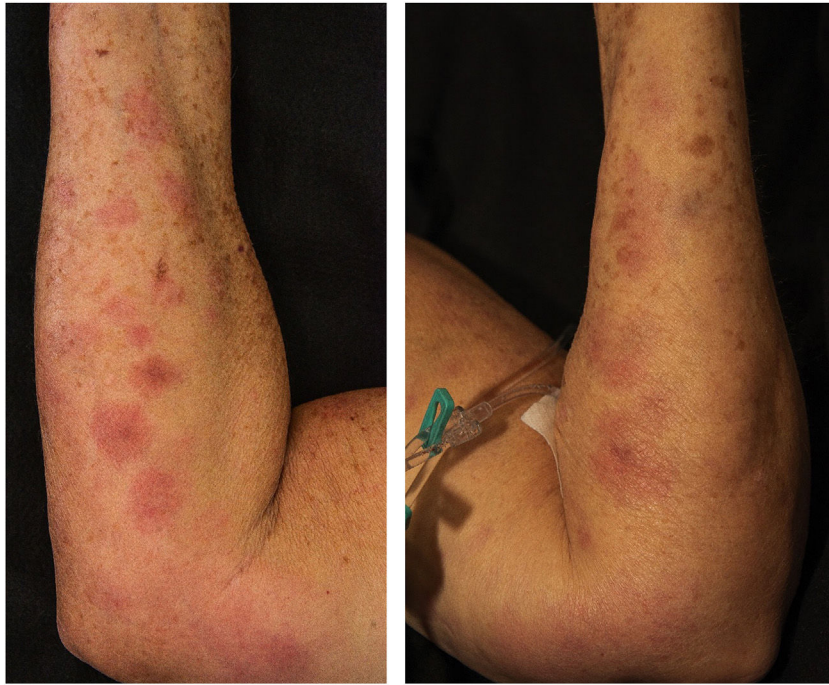


Figura 1 Nódulos eritematoso e dolorosos acometendo toda a extensão dos membros superiores.

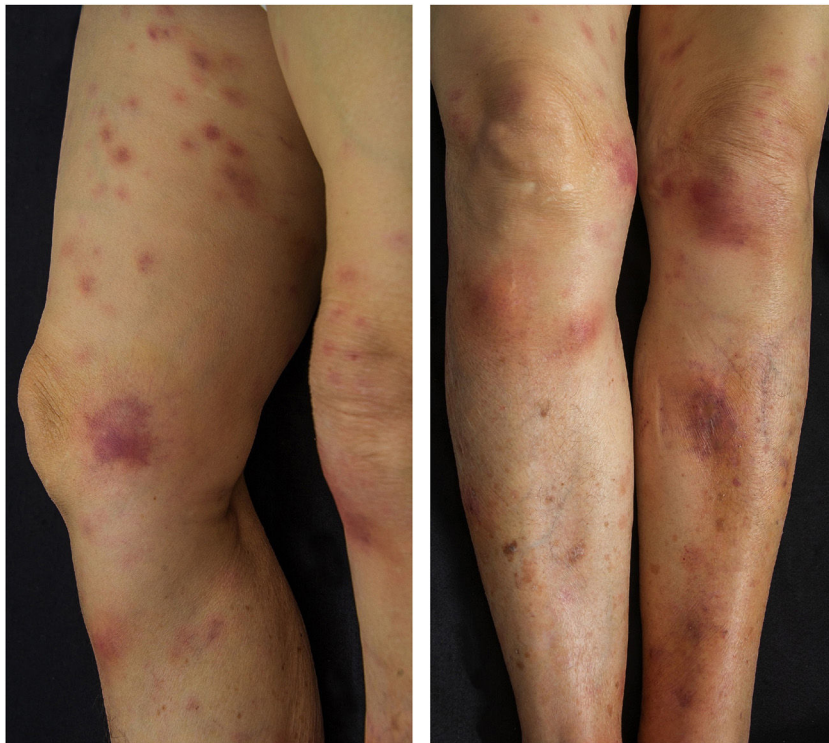


Figura 2 Nódulos eritematoso e dolorosos acometendo toda a extensão dos membros inferiores.

O tratamento é de suporte, com a resolução observada após tratamento do processo pancreático subjacente. Medicamentos analgésicos como anti-inflamatórios não esteroidais, corticoides e imunossupressores são frequentemente utilizados, porém são muitas vezes inefetivos.^{1,2,4}

A pancreatite aguda após CPRE é complicação que ocorre em até 3%-10% dos casos, dependendo de fatores de risco do paciente e da complexidade do procedimento. Caracteriza-se por inflamação aguda do pâncreas associada à manipulação mecânica do ducto pancreático, injeção de contraste, ou edema causado pelo trauma local.⁶ O

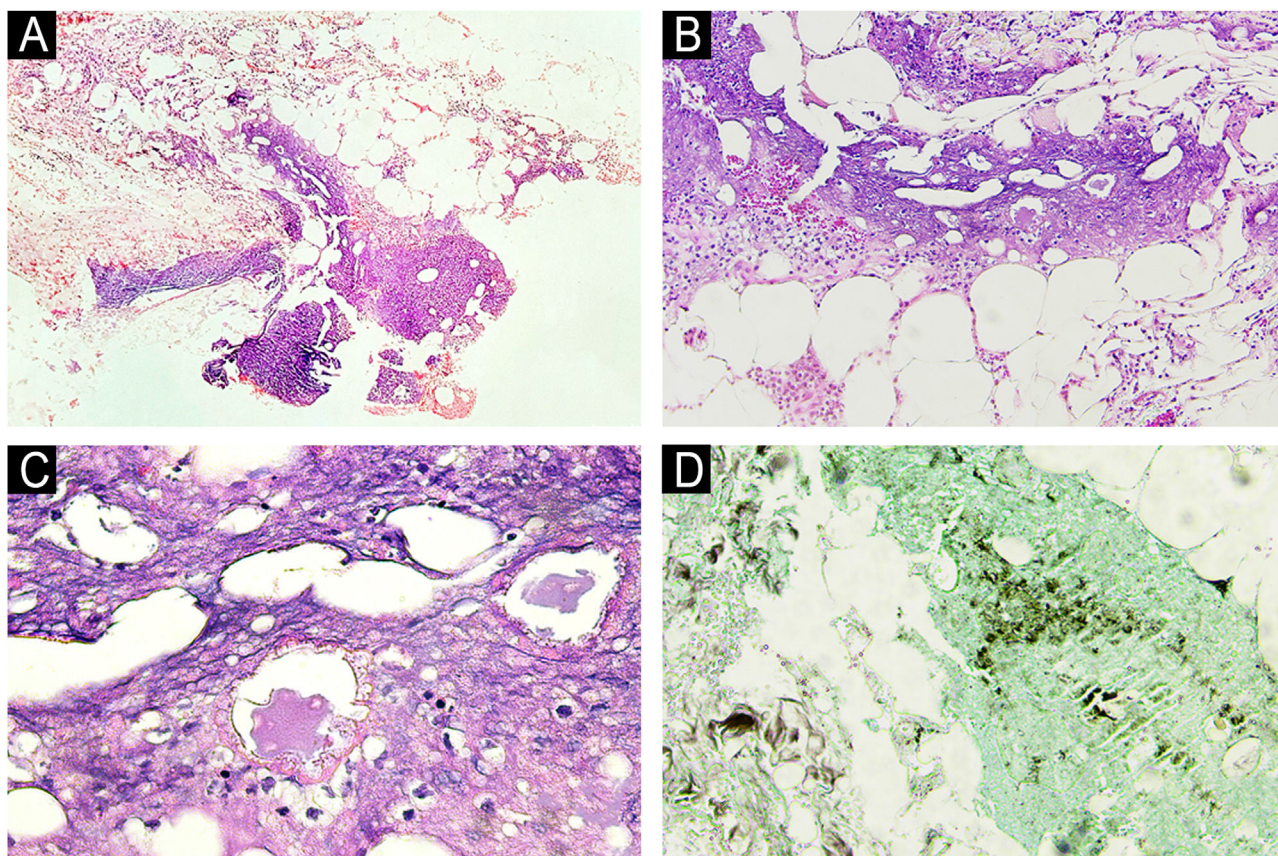


Figura 3 Exame histopatológico da paniculite pancreática. (A) Paniculite aguda supurativa com predomínio lobular (Hematoxilina & eosina, 100 ×). (B) Infiltrado inflamatório linfocitário e de neutrófilos (Hematoxilina & eosina, 200 ×). (C) Esteatonecrose com "células-fantasma" (Hematoxilina & eosina, 400 ×). (D) Focos de calcificação em meio à esteatonecrose (von Kossa, 400 ×).

surgimento de paniculite pancreática após CPRE é incomum, mas pode preceder a sintomatologia abdominal.⁷⁻¹⁰

Relatamos um caso de paniculite pancreática como complicação de CPRE, sem doença pancreática prévia. Os dermatologistas devem estar atentos ao diagnóstico dessa complicação após procedimentos das vias biliares.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Rebecca Perez de Amorim: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Laís Maria Bellaver de Almeida: Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Helio Amante Miot: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Juliano Vilaverde Schmitt: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Disponibilidade de dados de pesquisa

Não se aplica.

Conflito de interesses

Nenhum.

Editor

Sílvia Alencar Marques.

Referências

1. Aourag M, Tjwa ETTL, Te Groen M. Pancreatic panniculitis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2024;S1542-3565:00978-979. Epub ahead of print.
2. Montes de Oca MK, Jamison RA. Pancreatic panniculitis as the initial presentation of intrahepatic cholangiocarcinoma. JAAD Case Rep. 2018;4:528-30.

3. Lee WS, Kim MY, Kim SW, Paik CN, Kim HO, Park YM. Fatal pancreatic panniculitis associated with acute pancreatitis: a case report. *J Korean Med Sci.* 2007;22:914–7.
4. Souza FH, Siqueira EB, Mesquita L, Fabricio LZ, Tuon FF. Pancreatic panniculitis as the first manifestation of visceral disease-case report. *An Bras Dermatol.* 2011;86:S125–8.
5. Shon U, Yun DK, Seong GH, Lee DY, Kim MH, Park BC. Pancreatitis, panniculitis, and polyarthrititis syndrome with a fatal course. *Ann Dermatol.* 2022;34:83–5.
6. Sperna Weiland CJ, Akshintala VS, Singh A, Buxbaum J, Choi JH, Elmunzer BJ, et al. Preventive measures and risk factors for post-ERCP Pancreatitis: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *Dig Dis Sci.* 2024;69:4476–88.
7. Pérez-Plaza A, Montes-Torres A, Concha-Garzón MJ, Sánchez-Pérez J. [Pancreatic panniculitis post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography]. *Med Clin (Barc).* 2015;144:574–5.
8. Hu JC, Gutierrez MA. Pancreatic panniculitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *JAAD Case Rep.* 2011;64:e72–4.
9. Makhoul E, Yazbeck C, Urbain D, Mana F, Mahanna S, Akiki B, Elias E. Pancreatic panniculitis: a rare complication of pancreatitis secondary to ERCP. *Arab J Gastroenterol.* 2014;15:38–9.
10. Sharma M, Reddy DN, Kiat TC. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography as a risk factor for pancreatic panniculitis in a post-liver transplant patient. *ACG Case Rep J.* 2014;2:36–8.

Rebecca Perez de Amorim *,
 Laís Maria Bellaver de Almeida , Hélio Amante Miot 
 e Juliano Vilaverde Schmitt 

*Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina,
 Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil*

* Autor para correspondência.

E-mail: rebeccapamorim@outlook.com (R.P. Amorim).

Recebido em 1 de fevereiro de 2025; aceito em 6 de abril de 2025