

PANCREATITIS AUTOINMUNE

Dra. Wilma Geraige

Médica Pediatra Gastroenteróloga

Servicio de Gastroenterología- Hospital Notti - Mendoza



Paciente de sexo masculino

Edad: 12 años

Diagnóstico: Dolor Abdominal Crónico

Antecedentes: Durante los 2 años previos estudiado en otro Hospital con:

- Rx y Ecografías abdominales normales

- Analítica general y hepatogramas normales

- Lo internan para realizar Endoscopía Digestiva Alta: sin hallazgos patológicos. C

- Posteriormente disminución de la sensibilidad y fuerza muscular en ambos miembros

- inferiores, hasta la pérdida total con imposibilidad de sedestación y bipedestación

- a las cuales se recuperaron en el transcurso de 1 semana

Con estos antecedentes consulta en el Servicio de Gastroenterología del HN
(al mes de la endoscopia)

Examen físico:

Leve tinte icterico en conjuntivas

Telangiectasias en mejillas

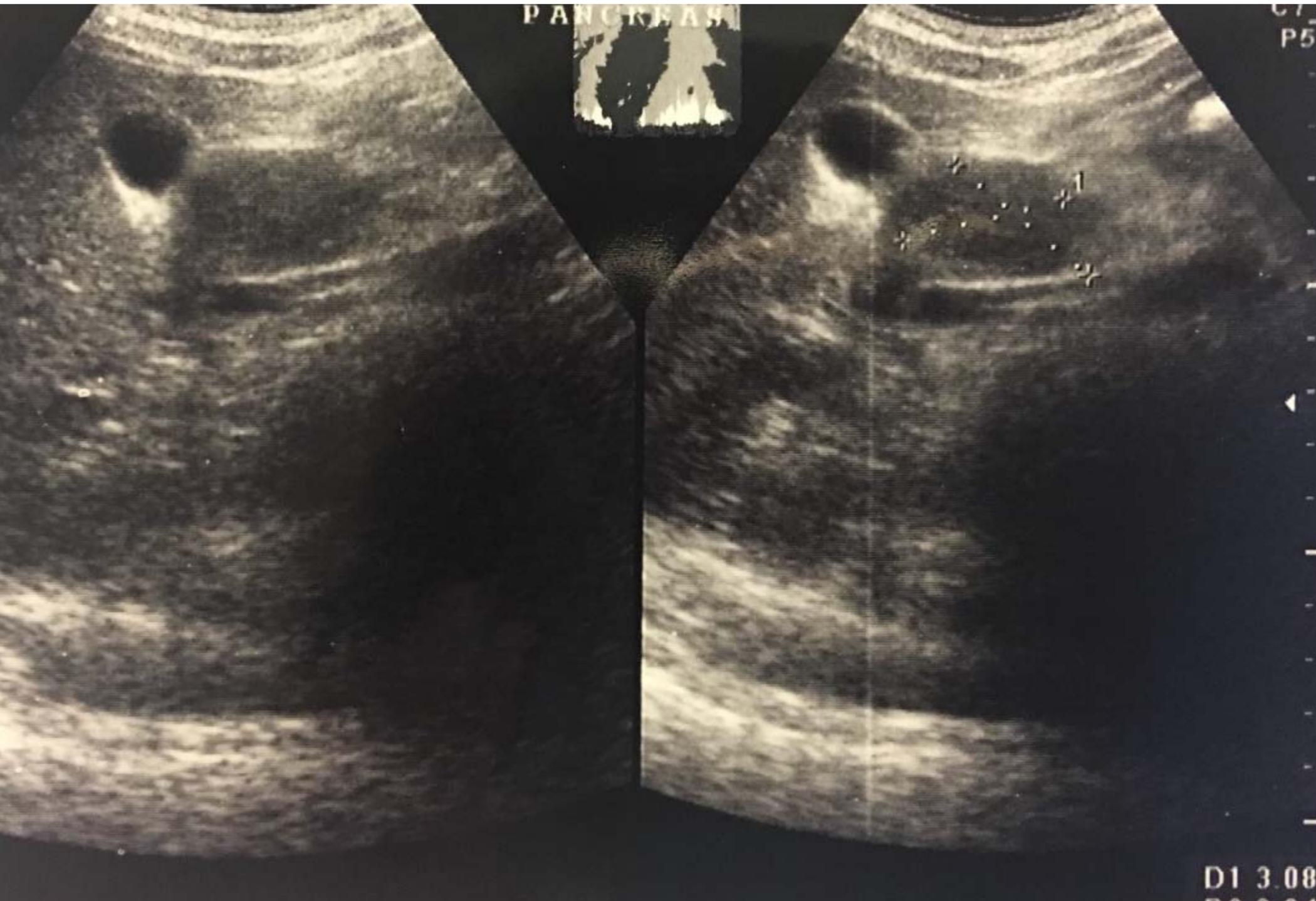
Hígado a 3 cm del reborde costal, de consistencia N

Bazo a 1,5 cm del reborde costal

Resto del examen físico DLN

LAB.	23/07/13	29/07	12/08	21/08	02/09	16/9	15/10	26/11
GOT	207	127	713	292	120	125	30.5	N
GPT	599	444	1329	378	132	157	29.9	N
GGT				339	152	270		N
BILI. T/D/I			4.9/3/1.9	4.6/3.1	2.20/1	N	N	N
METAB. FE				N				
P X E						N	N	
FAL	825		1369		558		499	
UREA/CREAT	N						N	
Hto/Hb	43%/ 14,9						N	
GB	4600 2/85/11/2							
PLAQUETAS	311000							
LDH (Vn: 100-190)		240						
GLUCEMIA			99					
TP/TTPK			100%/35 "				90%/42	
ALBUMINA			4				N	

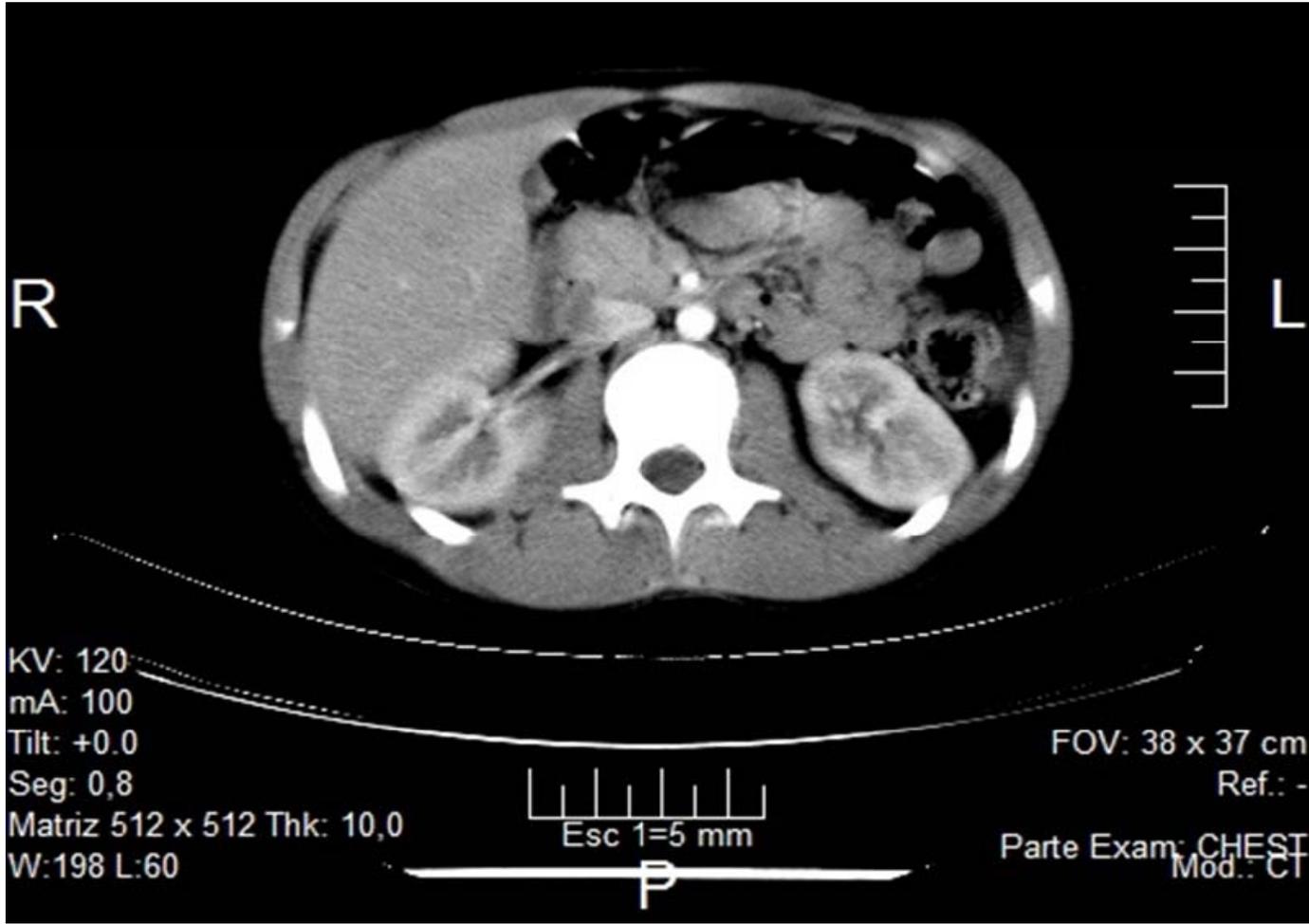
	29/7	12/8
ác Delta Aminolevulínico	1,71 (N)	
uBPG urinario	(-)	
porfirinas en orina	(-)	
protoporfirina eritrocitaria	90 ug/100ml (VN 5-100)	
Purinas y Pirimidinas	(N)	
HAV IgM/IgG		-/+
HBs Ag/ HBs Ac/ HBc Ac		(-)
HCV		(-)
ANA/ASMA/LKM/ANCA		(-)
Alfa feto /CEA/Ca 19-9/GC b		(-)
AGA/EmA/TGt		(-)
Ig G 4		0,22 g/l (vn. 0,04-2,30)
amilasa y Lipasa		(N)
Ca/P/Mg		(N)
colesterol y triglicéridos		(N)
C3/C4		(N)
lastasa en MF		(N)



PANCREAS

C7
P5

D1 3.08



R

L

KV: 120
mA: 100
Tilt: +0.0
Seg: 0,8
Matriz 512 x 512 Thk: 10,0
W:198 L:60

Esc 1=5 mm

FOV: 38 x 37 cm
Ref.: -

Parte Exam: CHEST
Mod.: CT

P

ADRO 12A.
73



[23/08/2013 ,05:3

DFOV

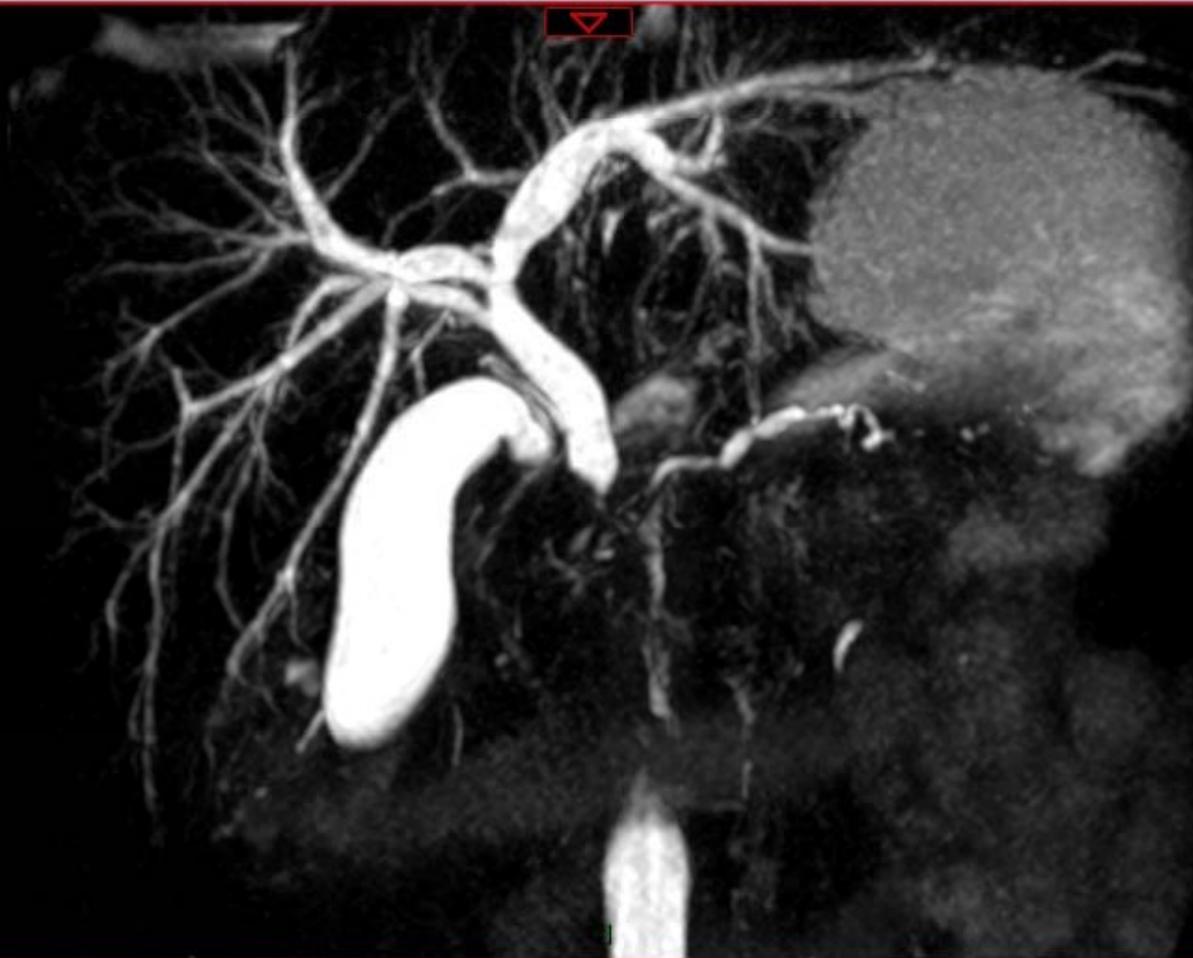
OMEN - COLANGIO
W_TSE_HR SENSE



P

ADRO 12A.
73

OMEN - COLANGIO
ANGIO 3D

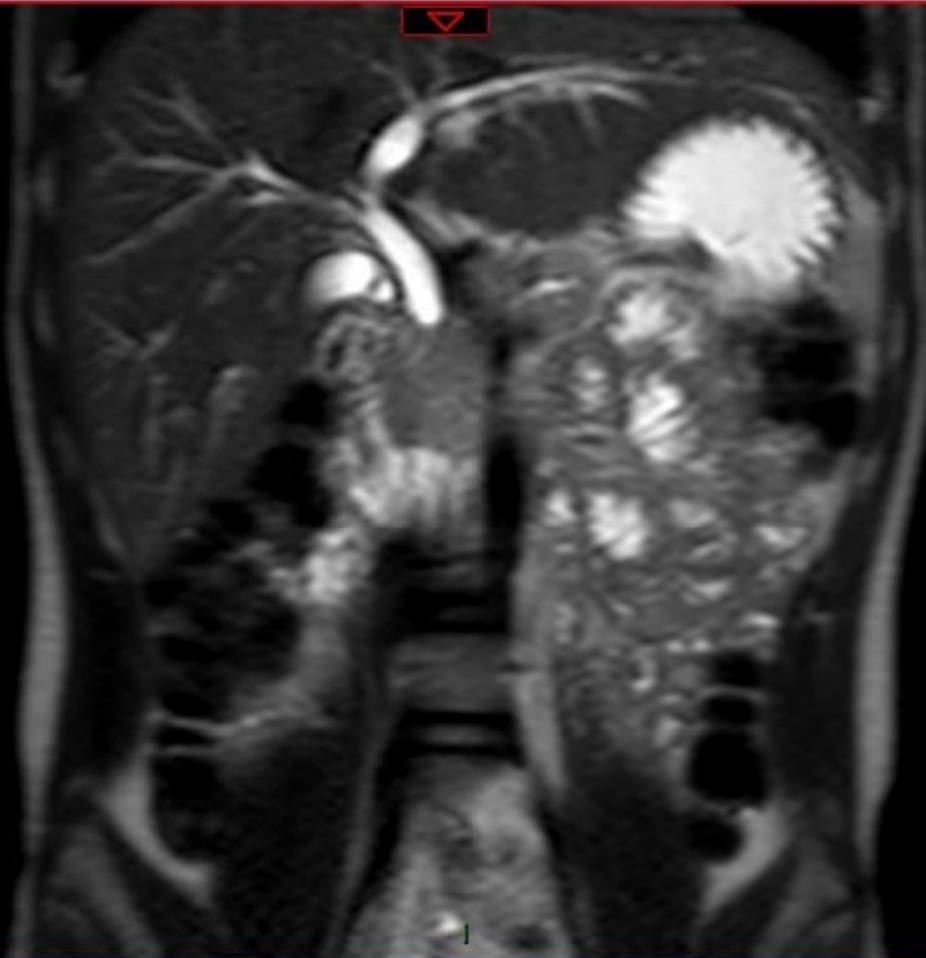


[23/08/2013 ,05:3

DFOV

ADRO 12A.
73

OMEN - COLANGIO
Sh CORONAL



[23/08/2013 ,05:2

DFOV

- Se indica corticoide a 0,6 mg/Kg durante 2 meses y luego descenso gradual
- A los 3 meses de evolución paciente con CRM y analítica normales
- Controlado durante 2 años posteriores con una imagen por año y analítica normales.
- Desarrollo puberal normal. Alta a los 2 años

Comparación entre PAI Tipo 1 y Tipo 2

	Tipo 1	Tipo 2
Histología	Pancreatitis esclerosante linfoplasmocitaria (LPSP)	Pancreatitis ductal céntrica idiopática (IDCP)
Infiltración de células plasmáticas IgG4 +	Frecuente	Raro
Infiltración neutrofílica	Raro	Frecuente
Edad de aparición	Adultos	Jóvenes
Género	Hombres > mujeres	Hombres >= mujeres
Niveles de IgG4 en suero	Elevado	Normal
Respuesta a corticoides	Buena	Buena
Recídas	Ocasional	Raro
Lesiones extra pancreáticas	Frecuente (Enf relacionada a IgG4)	Raro (Enf Inflamatoria Intestinal)

Criterios modificados de la Sociedad Japonesa del Páncreas para el diagnóstico de PAI

Hallazgos en imágenes		Hallazgos serológicos e histológicos		
TAC	CPRE o CPRM	Análisis Serológico	Análisis Histológico Gastrointestinal (bilio-pancreático)	Análisis Histológico No Gastrointestinal
Páncreas difusamente agrandado	Estrechamiento ductal segmentario del páncreas	Elevado nivel de IgG4 en suero	Infiltración linfoplasmocitaria periductal o fibrosis	Nefritis túbulo intersticial con depósitos inmunes dentro de la membrana basal
"Borde perimetral halo" de hipotenuación	Estrechamiento ductal focal del páncreas	Elevado nivel de gammaglobulina (IgG) en suero	Flebitis obliterante	Infiltración pulmonar intersticial linfoplasmocitaria con aumento de células plasmáticas IgG4 +
Masa de baja atenuación en la cabeza del páncreas	Estrechamiento ductal difuso del páncreas	Presencia de Autoanticuerpos: ALA, ACA, ASMA, ANA	Presencia de células IgG4 + en la biopsia de tejido	Sialoadenitis crónica con aumento de células plasmáticas IgG4 +