



Manejo del dolor en pancreatitis autoinmune en una paciente con lupus eritematoso sistémico: reporte de caso

Autoimmune pancreatitis in a patient with systemic lupus erythematosus: case report.

Claudia Liliana Buitrago Martín^{1,2}, Diana María Solarte Rosas^{2,3} y Leonardo Arce Gálvez^{2,4}

¹Especialista en Medicina Interna. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. ²Especialista en Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

³Especialista en Medicina Familiar. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

⁴Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

RESUMEN

Introducción: La pancreatitis autoinmune es una patología de difícil diagnóstico que puede estar asociada a enfermedades autoinmunes, con síntomas relevantes como dolor abdominal e ictericia. Requiere una adecuada evaluación de signos, síntomas y tratamiento para establecer el diagnóstico.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente adulta joven con antecedente de lupus eritematoso sistémico con múltiples complicaciones, quien presenta cuadro de pancreatitis autoinmune, con difícil manejo del dolor.

Caso clínico: Paciente de 20 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico, con compromiso de múltiples dominios cutáneo, renal y de serosas, quien presenta cuadro de pancreatitis autoinmune, asociado a hallazgos imagenológicos y serológicos. Con síntoma relevante de dolor abdominal, de difícil manejo a pesar del tratamiento con el uso de analgesia multimodal, con evidencia de mejoría del mismo al uso de corticoides.

Discusión: La pancreatitis autoinmune es una patología de difícil diagnóstico, relacionado con enfermedades autoinmunes, con sintomatología compatible con diferentes patologías, ya sea obstructivas u oncológicas. La presentación clínica de la pancreatitis autoinmune puede ser variada y mimetizar otras condiciones, lo

ABSTRACT

Introduction: Autoimmune pancreatitis is a difficult-to-diagnose condition that can be associated with autoimmune diseases, presenting with significant symptoms such as abdominal pain and jaundice. It requires a thorough evaluation of signs, symptoms, and treatment to establish the diagnosis.

Objective: To present the case of a young adult female patient with a history of systemic lupus erythematosus with multiple complications, who presents with autoimmune pancreatitis and difficult-to-manage pain.

Case report: A 20-year-old patient with a history of systemic lupus erythematosus, involving multiple domains such as cutaneous, renal, and serous membranes, presents with autoimmune pancreatitis, associated with imaging and serological findings. She has significant abdominal pain that is difficult to manage despite treatment with multimodal analgesia, showing improvement with the use of corticosteroids.

Discussion: Autoimmune pancreatitis is a difficult-to-diagnose condition related to autoimmune diseases, with symptoms that can be compatible with different pathologies, whether obstructive or oncological. The clinical presentation of autoimmune pancreatitis can vary and mimic other conditions, underscoring the

Recibido: 01-08-2024
Aceptado: 04-05-2025

que subraya la necesidad de un enfoque diagnóstico exhaustivo. El dolor abdominal es uno de los síntomas que se presenta asociado a esta patología. En nuestro caso, el difícil diagnóstico y la insuficiente respuesta al tratamiento multimodal lo convierten en un reto. La paciente presentó una excelente respuesta al uso de corticoides, lo que fue fundamental para establecer el diagnóstico. La administración de corticoides resultó en una mejora significativa del dolor, lo que no solo proporcionó alivio sintomático, sino que también sirvió como un indicativo diagnóstico crucial.

Conclusión: Presentamos el reporte de caso de una paciente femenina con antecedente de lupus eritematoso sistémico que presentaba una afectación multiorgánica con presunto diagnóstico de pancreatitis autoinmune, con difícil control del dolor abdominal que requirió de múltiples terapias analgésicas. La marcada mejoría del dolor con el uso de corticoterapia fue un criterio diagnóstico clave para esta patología. Este caso destaca la importancia de considerar la pancreatitis autoinmune en pacientes con enfermedades autoinmunes y la eficacia de los corticoides en el manejo del dolor asociado a esta condición. La experiencia adquirida con este caso puede ser valiosa para futuros diagnósticos y tratamientos de pacientes con cuadros clínicos similares.

Palabras clave: Pancreatitis crónica, autoinmune, lupus eritematoso sistémico, dolor.

need for a thorough diagnostic approach. Abdominal pain is one of the symptoms associated with this condition. In our case, the difficult diagnosis and insufficient response to multimodal treatment made it a challenge. The patient showed an excellent response to the use of corticosteroids, which was crucial in establishing the diagnosis. The administration of corticosteroids resulted in significant pain relief, which not only provided symptomatic relief but also served as a crucial diagnostic indicator.

Conclusion: We present the case report of a female patient with a history of systemic lupus erythematosus who presented with multi-organ involvement and a presumed diagnosis of autoimmune pancreatitis, with difficult-to-control abdominal pain requiring multiple analgesic therapies. The marked improvement in pain with the use of corticosteroid therapy was a key diagnostic criterion for this condition. This case highlights the importance of considering autoimmune pancreatitis in patients with autoimmune diseases and the effectiveness of corticosteroids in managing the pain associated with this condition. The experience gained from this case may be valuable for future diagnoses and treatments of patients with similar clinical presentations.

Key words: Chronic pancreatitis, autoimmune, systemic lupus erythematosus, pain.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis autoinmune (PA) es una afección rara, que se presenta con una incidencia anual de 3,1 por 100.000 personas [1], basada en una patología fibrosa e inflamatoria del páncreas, con elevación de la inmunoglobulina G4 en el tipo 1 y sin elevación de esta en el tipo 2 [2]. Para su diagnóstico se requieren múltiples variables según los criterios que se fijan tales como histológicos, imagenológicos, serológicos y la respuesta a la terapia con esteroides [3]. Cabe resaltar que esta afectación se puede ver relacionada con enfermedades autoinmune como el lupus eritematoso sistémico (LES) y con patologías neoplásicas como el adenocarcinoma de páncreas [4]. El dolor presentado en la PA puede ser de intensidad moderada a severa, con requerimiento de tratamiento multimodal para el adecuado control de este síntoma.

En este artículo se reporta el caso de una paciente femenina joven con antecedente de LES con compromiso de múltiples dominios quien presenta cuadro de PA, con difícil control del dolor.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 20 años procedente de Colombia, con antecedente de lupus eritematosos sistémico (LES) hace 12 años y epilepsia desde los 11 años, en manejo farmacológico con hidroxiclороquina

y levetiracetam. Ingresó al servicio de urgencias de un hospital universitario de alta complejidad, por síntomas de 2 semanas de evolución consistentes en emesis en múltiples episodios, además de dolor poliarticular no migratorio, dolor abdominal y un episodio convulsivo tónico clínico. Al ingreso a urgencias, en sus análisis paraclínicos se evidenció elevación de la creatinina 1,3. Asociado al LES, la paciente presentaba complicaciones en múltiples dominios: cutáneo, renal (síndrome nefrótico) y serosas con ascitis recurrente. Durante su hospitalización presentó dolor abdominal con aumento de intensidad del dolor, de predominio en epigastrio y distribución en banda asociado a náuseas y distensión abdominal, con pobre mejoría al uso de butil bromuro de hioscina y paracetamol. Se realizaron estudios paraclínicos de extensión, con amilasa de 1,153 ng/ml, asociado a un hemograma que reportaba leucocitosis. Se ampliaron estudios imagenológicos con tomografía axial computarizada de abdomen y ecografía que muestran páncreas aumentado de tamaño, la colangiorresonancia refleja vía biliar intra y extrahepática de calibre normal, sin imágenes que sugieran la presencia de cálculos, por lo cual se excluyó patología obstructiva. Se descartó posible infección por citomegalovirus con una carga viral negativa, con diagnóstico presumible de PA. Para el manejo del dolor ante el pobre control con el uso de analgésicos de primera línea, se inició terapia con opioides, que llegó hasta dosis de 2,4 mg /día de hidromorfona, con una estimación del dolor reportada por la paciente según la escala visual analógica (EVA)

de 7/10. Ante el difícil control del dolor, se decidió inicio de agonista del receptor adrenérgico alfa 2, tipo dexmedetomidina, que permitió reducción de hidromorfona a 1,2 mg/día, con una leve mejoría del dolor (EVA 6/10). Posterior al inicio de corticoterapia con ciclos de metilprednisolona, se evidenció descenso de la amilasa hasta 225 ng/ml y mejoría del dolor abdominal (EVA 2/10) (Tabla I), que permitió la retirada de opioides.

DISCUSIÓN

La PA es una afección caracterizada por esclerosis inflamatoria crónica del páncreas, descrita en 1961 [5]. Esta entidad requiere para su diagnóstico descartar posibles etiologías como patología obstructiva, infecciosa, o neoplásica [6]. Se dispone de múltiples criterios diagnósticos, siendo los de mayor importancia los hallazgos anatomopatológicos y la elevación serológica de IgG4 [7].

Se divide en 2 tipos: tipo 1, también denominada pancreatitis esclerosante linfoplasmocítica la cual se caracteriza por la elevación de inmunoglobulina G4, formando parte de las enfermedades denominadas IgG4-RD [8]; y la PA tipo 2, que se caracteriza a diferencia de la tipo 1 por no tener elevación frecuente de IgG4, con importante afección a nivel de los conductos pancreáticos, causada por inflamación neutrofílica en los conductos medianos y pequeños [9]. El diagnóstico histológico es el único que podría diferenciar entre tipo 1 y tipo 2.

La PA es una afección rara asociada a patologías como LES, con cuadros clínicos caracterizados por dolor abdominal en banda, emesis e ictericia [10]; es importante que ante esta posible patología se descarten diagnósticos diferenciales como adenocarcinoma de páncreas. Además, hay que tener en cuenta la elevación de enzimas hepáticas, bilirrubinas y pancreáticas junto con anomalías en laboratorios como factor reumatoide, anticuerpos antinucleares y los niveles séricos de IgG4, siendo el mejor predictor de PA [11]. En la paciente, se evidenció elevación de todos estos marcadores, con reportes de colangiorresonancia, tomografía computarizada de abdomen y la ecografía abdominal que evidencia agrandamiento morfológico difuso del parénquima pancreático [12], lo cual permitió descartar patologías obstructivas o masas, con una mayor posibilidad diagnóstica de PA.

El dolor en este tipo de patología se presenta en diferentes intensidades; en el caso de nuestra

paciente cursó con un dolor de intensidad severa. Se determinó el uso de analgesia multimodal con butil bromuro de hioscina, paracetamol y opioide con limitada mejoría. Ante la necesidad de reducción de dosis de opioide, se indicó agonista del receptor adrenérgico alfa 2, que se usó como agente sedoanalgésico [13], siendo frecuente el uso de este medicamento en el dolor por patologías quirúrgicas abdominales y, además, están los beneficios en la disminución de dosis de sedante y analgésicos [14,15]. En nuestra paciente se evidenció que posterior a la infusión de dexmedetomidina, permitió el descenso opioide, sin control óptimo del dolor.

Uno de los determinantes diagnósticos que presentó la paciente en el cuadro clínico descrito es la respuesta marcada al uso de corticosteroides, siendo este un indicador de PA el cual forma parte de los criterios diagnósticos de HISORT y se asocia a una mayor tasa de remisión [16]; en nuestro caso llamó la atención posterior a la administración de corticoide, el descenso marcado de la amilasa, con mejoría del dolor, que permitió la suspensión del uso de opioides. Es importante mencionar que nuestra paciente no presentó otras complicaciones frecuentes en la PA como agrandamiento glandular, fibrosis retroperitoneal, colangitis esclerosante o colangitis autoinmune [12].

El diagnóstico de PA tipo 2 se concretó ante la presencia de hallazgos imagenológicos, la asociación a enfermedad inflamatoria intestinal de base de la paciente y la respuesta a la corticoterapia.

CONCLUSIÓN

Presentamos el reporte de caso de una paciente femenina con antecedente de LES que evidenciaba una afectación multiorgánica con presunto diagnóstico de PA, con difícil control del dolor abdominal que requirió de múltiples terapias analgésicas. La marcada mejoría del dolor con el uso de corticoterapia fue un criterio diagnóstico clave para esta patología. Este caso destaca la importancia de considerar la PA en pacientes con enfermedades autoinmunes y la eficacia de los corticoides en el manejo del dolor asociado a esta condición, teniendo en cuenta la poca eficacia en este tipo de dolor del uso de opioides. La experiencia adquirida con este caso puede ser valiosa para futuros diagnósticos y tratamientos de pacientes con cuadros clínicos similares.

TABLA I. MEDICAMENTOS Y SEGUIMIENTO DEL DOLOR EN EL TIEMPO.

	EVA preintervención	EVA postintervención	Tiempo uso del medicamento
Hidromorfona dosis horario	10/10	9/10	48 h
Hidromorfona infusión	9/10	7/10	24 h
Dexmedetomidina	7/10	6/10	24 h
Metilprednisolona	6/10	2/10	72 h

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiamiento para llevar a cabo este estudio.

CONFLICTOS DE INTERESES

Declaramos no presentar ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nista EC, de Lucia SS, Manilla V, Schepis T, Pellegrino A, Ojetti V, et al. Autoimmune pancreatitis: From pathogenesis to treatment. *Int J Mol Sci.* 2022;23(20):12667. DOI: 10.3390/ijms232012667.
2. Majumder S, Takahashi N, Chari ST. Autoimmune pancreatitis. *Dig Dis Sci.* 2017;62(7):1762-9. DOI: 10.1007/s10620-017-4541-y.
3. Masood M. Autoimmune pancreatitis: What we know so far. *JGH Open.* 2022;6(1):3-10. DOI: 10.1002/jgh3.12688.
4. Kobayashi S, Yoshida M, Kitahara T, Abe Y, Tsuchida A, Nojima Y. Autoimmune pancreatitis as the initial presentation of systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2007;16(2):133-6. DOI: 10.1177/0961203306073137.
5. Omiyale AO. Autoimmune pancreatitis. *Gland Surg.* 2016;5(3):318-26. DOI: 10.21037/gs.2015.11.02.
6. Senosiain Lalastra C, Foruny Olcina JR. Pancreatitis autoimmune. *Gastroenterol Hepatol.* 2015;38(9):549-55. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2015.01.006.
7. Pasqua AV, Spina JC, Mullen E. Pancreatitis autoimmune. Serie de casos y actualización bibliográfica. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2021;51(3):300-13. DOI: 10.52787/QFZZ3586.
8. Blaho M, Ditě P, Kunovský L, Kianička B. Autoimmune pancreatitis - An ongoing challenge. *Adv Med Sci.* 2020;65(2):403-8. DOI: 10.1016/j.advms.2020.07.002.
9. De Pretis N, Frulloni L. Autoimmune pancreatitis type 2. *Curr Opin Gastroenterol.* 2020;36(5):417-20. DOI: 10.1097/MOG.0000000000000655.
10. Geraldino GC, Polizelli DV, Pedrosa CL, de Toledo RA, Bertazzi GRL, de Toledo RA, et al. [Systemic lupus erythematosus presenting as autoimmune parotitis and pancreatitis - Case Report]. *Acta Reumatol Port.* 2010;35(2):241-3.
11. Okazaki K, Kawa S, Kamisawa T, Ikeura T, Itoi T, Ito T, et al. Amendment of the Japanese consensus guidelines for autoimmune pancreatitis, 2020. *J Gastroenterol.* 2022;57(4):225-45. DOI: 10.1007/s00535-022-01857-9.
12. Petersen B, Schaffalitzky de Muckadell OB. [Autoimmune pancreatitis]. *Ugeskr Laeger.* 2019;181(46):V07190398.
13. Romera Ortega MA, Chamorro Jambolina C, Lipperheide Vallhonrat I, Fernández Simón I. Indicaciones de la dexmedetomidina en las tendencias actuales de sedoanalgesia en el paciente crítico. *Med Intensiva.* 2014;38(1):41-8. DOI: 10.1016/j.medin.2013.03.008.
14. Kaye AD, Chernobylsky DJ, Thakur P, Siddaiah H, Kaye RJ, Eng LK, et al. Dexmedetomidine in Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols for postoperative pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2020;24(5):21. DOI: 10.1007/s11916-020-00853-z.
15. Lee S. Dexmedetomidine: present and future directions. *Korean J Anesthesiol.* 2019;72(4):323-30. DOI: 10.4097/kja.19259.
16. Madhani K, Farrell JJ. Management of autoimmune pancreatitis. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2018;28(4):493-519. DOI: 10.1016/j.giec.2018.05.002.