**P 118
DIABETES MELLITUS Y PANCREATITIS AUTOINMUNE POR IGG4. UNA ASOCIACION FRECUENTE**
Cecilia Vargas Reyes1, Álvaro Encina Casaneve2, Deborah Perlroth Vitriol3, Andrea Contreras Millán1, Francesca Gattini Simunovic1, Vicente Gutiérrez Guerrero1
1 Diabetes y Nutrición. Servicio de Medicina. Hospital Padre Hurtado. Universidad del Desarrollo., 2 Servicio de Medicina. Hospital Padre Hurtado. Universidad del Desarrollo, 3 Hospital Padre Hurtado. Universidad del Desarrollo

Hombre de 53 años, IMC 28 kg/m2, DM2 por 8 años, tratado con 10 mg glibenclamida (no tolera metformina). Sin familiares con DM. HbA1c 2 meses previo al cuadro: 6,4%. Sin historia de daño de órgano blanco. Colecistectomía a los 30 años. Consulta en servicio de urgencia por dolor en hipocondrio izquierdo de 6 meses de evolución, ictericia, coluria, acolia y baja de peso de 18 kg. Relata 3 meses de poliuria y polidipsia. TAC de abdomen y pelvis objetiva dilatación de vía biliar intra y extrahepática, sin obstrucción evidente y hallazgos sugerentes de pancreatitis autoinmune. Analítica inicial: GOT 108U/l, GPT 173U/l, Bilirrubina total/directa 5,1/4,2 mg/dl, F alcalinas 436U/l, amilasa 57U/l, glicemia 538mg/dl, HbA1c 11,6%. Se hospitaliza para tratamiento empírico con prednisona 0.5 mg/kg de peso y control de DM. Estudio etiológico muestra ANA, antiDNA y perfil ENA negativos. C3 y C4 normales. Valor normal en IgG 977 mg/dl, IgG1 383,5 mg/dl, IgG2 627,6 mg/dl e IgG3 47,9 mg/dl. IgG4 396 mg/dl (Valor referencia: 3,9 – 86,4) Resonancia magnética: Hallazgos compatibles con pancreatitis autoinmune difusa con compromiso parcial de la cabeza y en especial del cuerpo/cola, dilatación secundaria de vía biliar intra y extra hepática. Mantiene prednisona con buena respuesta clínica y mejoría del patrón colestásico. Evoluciona con mal control glicémico durante toda la hospitalización requiriendo dosis insulina de 2,7 U/kg/día. Es dado de alta con dosis decreciente de prednisona hasta la suspensión e insulinoterapia que el paciente cesa al mes por episodios repetidos de hipoglicemias. Abandona controles.

Discusión: La enfermedad relacionada a IgG4 es una condición mediada por inmunoglobulinas que comprende diversos desórdenes que comparten fisiopatología, serología y elementos clínicos similares. Existe infiltración linfoplasmocítica, fibrosis, presencia de un número aumentado de células IgG4+ y con frecuencia niveles aumentados de IgG4 sérica, afectando principalmente el páncreas, las glándulas salivales y los ganglios linfáticos pero pudiendo comprometer casi cualquier tejido. El más común es el compromiso pancreático (60 % de los casos).

La pancreatitis autoinmune asociada a IgG4 es una entidad infrecuente en la población general, con incidencia en aumento.

La presencia de DM es usual (41 al 76% de casos). En muchos casos, el diagnóstico de DM y pancreatitis autoinmune es simultáneo, y en aquellos pacientes con DM preexistente ésta se descompensa. El efecto diabetogénico parece estar relacionado con la existencia de una marcada inflamación, fibrosis y un descenso de la vascularización de los islotes pancreáticos. El tratamiento con corticoides puede mejorar el control glicémico en más de la mitad de estos pacientes, a corto y largo plazo, tanto en aquellos con DM preexistente como en los que tuvieron un diagnóstico simultáneo. Puede empeorar en sujetos de mayor edad y con DM de mayor tiempo de evolución.