

# Reunión Clínica 12 de Mayo 2018

## 09:30 – 10:15

### “PANCREATITIS AUTOINMUNE Y DIABETES: ANÁLISIS A PARTIR DE UN CASO”

**Presenta: Dr. Esteban Pinto Kaliski**

**Residente Diabetes Adultos Hospital Clínico Universidad de Chile**

#### Caso Clínico 1:

Paciente de sexo masculino, 73 años, con antecedente de Prediabetes de 2 años de evolución, en tratamiento con medidas no farmacológicas; sobrepeso (IMC: 29 Kg/m<sup>2</sup>) y colecistectomía (1971). Sin antecedentes familiares de DM2. Exámenes previos a cuadro actual (Septiembre 2016): Glicemia en ayunas: 114 mg/dl; HbA1c: 6,0%.

Refiere cuadro de 1 mes de evolución, caracterizado por compromiso del estado general (astenia, adinamia). Fiebre (-). Acude en Mayo 2017 a consultorio, en donde se constata: glicemia en ayunas: 141 mg/dl; HbA1c: 6,7%. Se realiza diagnóstico de DM2 y se inicia tratamiento con Metformina 850 mg c/12 hrs.

Paciente evoluciona con mayor compromiso del estado general, agregándose al cuadro anorexia, baja de peso (16 kg en 2 meses) y sensación de “saciedad precoz”. En exámenes de control se pesquisa: HbA1c: 8,1%, glicemia en ayunas: 163 mg/dl. Luego de 2 semanas, se agrega ictericia, coluria y acolia. En exámenes se constata: Bilirrubina total: 5,8 (directa: 4,6); Fosfatasas alcalinas: 861. Se solicita RNM de abdomen y pelvis: “Dilatación de la vía biliar intra-extrahepática, determinado por un nódulo periampular de 12x9 mm, de aspecto neoplásico, con signos de diseminación ganglionar”. Se deriva a paciente a HCUCH.

Se revisan imágenes con radiólogo, sugiriendo Pancreatitis Autoinmune. Se solicitan exámenes complementarios, destacando IgG4: 339 (3-201). Se inicia prednisona (0,5 mg/kg) el día 7/10/2017, con buena respuesta. Evoluciona con mal control glicémico, requiriendo inicio de insulina NPH (0,18 U/kg) y correcciones con insulina cristalina. Evoluciona satisfactoriamente, siendo dado de alta el día 12/10/2017.

En control de Diciembre 2017 destaca normalización de los parámetros de laboratorio. RNM páncreas de control (Enero 2018): “Dilatación de la vía biliar de menor magnitud respecto a estudio previo, con remisión del engrosamiento parietal. Desaparición de las adenopatías abdominales”. Con respecto al control de su diabetes, en un inicio aumentó los requerimientos de insulina (llegando a un máximo de 0,37/U/K). Evoluciona con disminución progresiva y sostenida de dichos requerimientos, en contexto de disminución gradual de corticoides. En control del 28/02/2018, ante buen control glicémico, se suspende insulina y se indica mantener sólo con Metformina.

Paciente actualmente en buenas condiciones generales, asintomático, con parámetros de laboratorio en rango normal, HbA1c: 6,1%. En tratamiento con metformina y prednisona 5mg/día, a la espera de suspensión de corticoides en el próximo control con Gastroenterología (y nueva RNM de control post suspensión de corticoterapia).

#### Referencias

- Toru Yamada, Diabetes Mellitus may be the first Clinical Manifestation of Autoimmune Pancreatitis. The American Journal of the Medical Sciences, 2016.
- Tetsuhide Ito, Characteristics of Pancreatic Diabetes in patients with Autoimmune Pancreatitis. Journal of Digestive Diseases 2011; 12; 210-216.
- Kazuichi Okazaki, Autoimmune Pancreatitis. Pancreas Journal, volume 44, number 7, October 2015.
- Tetsuro Kobayashi, Diabetes associated with autoimmune pancreatitis: new insights into the mechanism of B-cell dysfunction. Expert Rev. Endocrinol. Metab. 4 (6), 2014.