

# Pancreatitis aguda



Ana Fernández Barragán (Rotatorio Pediatría)  
Tutor: Dr. Germán Lloret Ferrándiz (UPED)

Servicio de Pediatría, HGUA

# Anamnesis

- Mujer de 3 años trasladada desde otro hospital por cuadro de abdomen agudo (sospecha invaginación intestinal)
- Dolor abdominal continuo en mesogastrio y flanco y fosa ilíaca derecha de 72 h de evolución
- Afebril, hiporexia y 1 vómito alimentario hace 12h.
- AP: alteración genética (duplicación 18q12.1) con retraso psicomotor y enf. sindrómica

## Exploración física

- BEG, abdomen globuloso, blando y depresible. Doloroso a la palpación en mesogastrio. Ruidos hidroaéreos presentes. Sin signos de irritación peritoneal

# Pruebas diagnósticas

- **Analítica sanguínea:** lipasa 19800 UI/L, amilasa 1.811 UI/L, leucocitosis 18800/ $\mu$ L con neutrofilia 82%
- **Ecografía abdominal:** engrosamiento y alteración de ecogenicidad en cuerpo y cola pancreática con moderada cantidad de líquido libre asociado
- **TAC abdómino-pélvico (4<sup>o</sup> día):** engrosamiento difuso del páncreas, especialmente del cuerpo y cola, con edema de la grasa peripancreática y moderada cantidad de líquido libre, sin apreciar colecciones delimitadas ni áreas de necrosis intra o extrapancreáticas. No se observan litiasis intravesiculares ni en vía biliar

# Criterios diagnósticos<sup>(1)</sup>

Dx de pancreatitis aguda si dos o más criterios:

- Dolor abdominal típico de pancreatitis aguda
- Amilasa y/o lipasa x3 sus valores normales
- Hallazgos característicos en una prueba de imagen

## Diagnóstico

Pancreatitis aguda edematosa-intersticial alitiásica

## Tratamiento

1. Fluidoterapia
2. Analgesia IV: meperidina
3. Nutrición: dieta absoluta - (72h) dieta baja en grasas

# Revisión bibliográfica: Pancreatitis aguda infantil

Inflamación aguda potencialmente reversible del páncreas con: edema intersticial, células inflamatorias agudas y grados variables de necrosis y hemorragia<sup>(2)</sup>

## Etiología<sup>(1)</sup>

Enf. biliar (10-30%)	Quiste colédoco, colelitiasis, estenosis...
Fármacos (<25%)	Valproato, prednisona, L-asparaginasa...
Trauma (10-40%)	Accidentes motorizados, deportivos...
Idiopático (13-34%)	
Infecciones (<10%)	Parotiditis, VHA, VHB, VHE, VEB, CMV...
Enf. metabólicas (5%)	Cetoacidosis DM, ↑CA++, ↑TG...
Alt. genéticas (5%)	Fibrosis quística...

## Clínica<sup>(2,3)</sup>

- **Dolor abdominal** de predominio en epigastrio irradiado a hipocondrios y dorso. Sensibilidad y dolor a la palpación
- **Distensión abdominal** +/- íleo paralítico
- **Febrícula** (+ frec en lactantes)
- **Vómitos**
- **Colestasis**: si afectación conducto biliar. ↑Bilirrubina y ↑FA
- **Hemorragia retroperitoneal**: equimosis periumbilical (signo de Cullen) o en flancos (signo Grey-Turner)
- **Peritonitis**
- **Ascitis**
- **SDRA**
- **Hipoventilación**: por distensión abdominal, atelectasias y derrame pleural
- **Shock y fallo multiorgánico**

# Exploraciones diagnósticas<sup>(3)</sup>

- **Analítica sanguínea<sup>(4)</sup>:**
  - Leucocitosis con neutrofilia
  - Amilasa >160 UI/L sugestiva y >600 UI/L diagnóstica  
Aumento no proporcional a la gravedad
  - **Lipasa** x3VN (20-40UI/L) (+S y E)
  - Hemoconcentración, hipernatremia e hipocalcemia
  - ↑Bilirrubina y/o transaminasas: compromiso vía biliar
- **Ecografía abdominal:** evaluación inicial: edema, litiasis, colecciones líquidas, abscesos...
- **TAC con contraste:** a partir del 3<sup>o</sup> día. Detecta complicaciones: necrosis y colecciones líquidas
- **ColangioRMN:** detecta coledocolitiasis y alteraciones morfológicas del páncreas

# Tratamiento<sup>(2,3)</sup>

1. **Fluidoterapia** con reposición hidroelectrolítica
2. **Aspiración nasogástrica** si vómitos
3. **Analgesia IV**: meperidina (de elección), metamizol, paracetamol...
4. Reposo pancreático: **dieta absoluta** con inicio de alimentación oral con **dieta baja en grasas** cuando se normalice amilasemia y desaparezca la sintomatología. Otras opciones: **nutrición enteral** por vía duodeno-yeyunal o vía **parenteral** (si intolerancia enteral)
5. **No antibioterapia profiláctica** a excepción de sobreinfección o pancreatitis aguda grave
6. **Tratamiento quirúrgico** de abscesos (drenaje), cálculos y estenosis (CPRE) y necrosis (necrosectomía)



# Bibliografía

1. Morinville VD, Husain SZ, Bai H, Barth B, Alhosh R, Durie PR, et al. Definitions of pediatric pancreatitis and survey of present clinical practices. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012; 55: 261-5.
2. Roque J. Pancreatitis aguda. En: López-Herce Cid J, Calvo-Rey C, Rey-Galán C, Rodríguez-Núñez A (eds). Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos. 5ª ed. Madrid: Publimed Editorial; 2019. pp. 293-6.
3. Ferrer-González P, Irastorza-Terradillos I, Bodas-Pinedo A. Enfermedades del páncreas exocrino. En: Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ed). Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. 4.ª ed. Madrid: Ediciones Ergón; 2016. pp. 273-86.
4. Gomez D, Addison A, De Rosa A, Brooks A, Cameron IC. Retrospective study of patients with acute pancreatitis: is serum amylase still required?. BMJ Open. 2012; 2: 123-9