

Pancreatitis en niños. Una revisión de siete años

Drs. Raquel Milgrom, Fernando Martín, Gilda Stanco, Calixto Cifuentes

Departamentos de Pediatría y de Gastroenterología. Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani", Caracas.

RESUMEN

Se revisó la casuística de pancreatitis en edad pediátrica (0-18 años), durante el período 1988-1995 del Hospital "Dr. Domingo Luciani". Se estudiaron, retrospectivamente, 18 casos de pancreatitis (10 hembras y 8 varones) con un promedio de edad de 8 años, la forma de presentación fue: dolor abdominal (89%), vómitos (72%), fiebre (22%). En un 16,6%, la pancreatitis fue una manifestación de infección viral, en otro 16,6% debida a traumatismos; otras causas incluyeron: litiasis vesicular (11,1%), picadura de escorpión (5,5%), infestación parasitaria (5,5%) e idiopáticas (44,4%). Se registró un valor de amilasemia al ingreso promedio de 1 078 UI/l. El método diagnóstico que más se utilizó fue el ultrasonido abdominal, seguido de la radiografía simple de abdomen. Los pacientes fueron manejados conservadoramente en un 78% y un 22% ameritó intervención quirúrgica. El pseudoquistes se presentó como complicación en un caso. Un 5,5% se presentó como pancreatitis recurrente. Los pacientes permanecieron en el hospital un promedio de 19 días.

Palabras clave: Pancreatitis. Niños.

SUMMARY

We reviewed the cases of pancreatitis in the pediatric age (0-18 years old) during the period 1988-1995 in the Hospital Dr. Domingo Luciani. We studied 18 cases of pancreatitis (10 girls and 8 boys) with an average age of 8 years old, the clinical presentation was: abdominal pain (89%), vomiting (72%), fever (22%). In 16.6% pancreatitis was a manifestation of viral infection, in another 16.6% it was caused by trauma, other causes included: gallstones (11.1%) scorpion sting (5.5%), parasitic infestation (5.5%), idiopathic (44.4%). It was registered a mean value of serum amylase at admission of 1 078 UI/l. The most used diagnostic method was the abdominal ultrasonography, followed by the abdominal

roentgenography (flat plates). The patients were managed conservatively in a 78% and a 22% required surgery. The pseudocyst was a complication in one case. A 5.5% was recognized as a recurrence of acute pancreatitis. The average time of hospitalization was 19 days.

Key words: Pancreatitis. Children.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis en la infancia no es muy común, pero puede asociarse a altos índices de morbilidad; entre las causas más comunes se encuentran: la parotiditis, otras enfermedades virales (coxsackie B, Epstein Barr, hepatitis A, sarampión, rubéola) (1-3), los traumatismos abdominales cerrados (4), procesos obstructivos (ascaridiasis) (5). Puede evolucionar en forma satisfactoria o fatal. El tratamiento precoz puede mejorar el pronóstico, de allí, la necesidad de un diagnóstico temprano.

En el año 1929, Elman y col. (6) establecieron la relación entre hiperamilasemia y dolor abdominal en el diagnóstico de pancreatitis aguda. Warshaw y Fuller (7) describen la lipasa como el más específico marcador de pancreatitis aguda, aunque las amilasas séricas continúan siendo el primer método diagnóstico para pancreatitis aguda (8). El dolor abdominal, en cuanto a la localización, severidad y duración es muy variable; se asocia frecuentemente con náuseas y vómitos (9). Los criterios de Ranson (10) se utilizan junto a los criterios de Imrie (11) para la predicción de complicaciones, con el inconveniente de que se requieren 48 horas para la recolección de los datos.

El examen de ultrasonido y la tomografía axial computarizada (TAC) son métodos muy útiles para establecer el diagnóstico y conocer las complicaciones de la pancreatitis. La colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es usada principalmente en la pancreatitis asociada a litiasis (4,12,13).

El tratamiento médico consiste en fluidos endovenosos, sonda nasogástrica y nutrición parenteral total. Con ello se logra la resolución de la mayoría de los episodios agudos (14).

El tratamiento quirúrgico se debe plantear cuando las condiciones del paciente se deterioran (15,17).

Entre las complicaciones más frecuentes se encuentra el pseudoquiste pancreático que se presenta en el 10% de los pacientes (9).

MÉTODOS

Se revisaron las historias de los pacientes ingresados al Servicio de Pediatría del Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani", en el período comprendido entre el 01/01/1988 y el 31/07/1995 con la impresión diagnóstica de pancreatitis.

Fue objeto especial de estudio:

1. la distribución por grupos de edad y sexo
2. el motivo de consulta
3. la sintomatología clínica
4. los exámenes de laboratorio al ingreso: amilaseemia, glicemia, calcio sérico, transaminasas (oxalacética y pirúvica)
5. los estudios radiológicos y realizados
6. el tratamiento
7. las complicaciones
8. la estadía total en el hospital

RESULTADOS

En un período de 7 años, 18 pacientes presentaron el diagnóstico de pancreatitis. Las edades oscilaron entre 2 y 15 años, con un promedio de 8 y predominio en menores de 9 años. En relación al sexo se presentaron 8 varones y 10 hembras (Cuadro 1).

Entre las causas se encontraron: las idiopáticas 44,4%, las infecciones virales (parotiditis) 16,6% y otras (Cuadro 2). El dolor abdominal fue la manifestación clínica predominante (Cuadro 3).

Cuadro 1
Edad y sexo de los niños

Edad Años	N	%	Sexo			
			F	%	M	%
1-4	7	38,9	3	16,7	4	22,2
5-8	4	22,2	1	5,6	3	16,7
9-12	3	16,7	2	11,1	1	5,6
13-18	4	22,2	4	22,2	0	0
Total	18		10	55,6	8	44,4

Cuadro 2
Causas de pancreatitis

Causas	N	%
Idiopática	8	44,4
Infección viral (parotiditis)	3	16,7
Traumática	3	16,7
Litiasis vesicular	2	11,1
Infestación parasitaria (ascaridiasis)	1	5,6
Picadura de escorpión	1	5,6
Total	18	

Cuadro 3
Manifestaciones clínicas

	Nº casos	%
Dolor abdominal	16	89
Epigástrico	10	
Difuso	5	
Umbilical	1	
Vómitos	13	72
Fiebre	4	22
Ictericia	3	17
Ascitis	1	6

Hallazgos de laboratorio: las pruebas fueron realizadas al ingresar los pacientes al hospital. Se aprecia un amplio margen de variación en relación a las cifras de amilaseemia, las cuales van desde un valor mínimo de 104 UI/l a un valor máximo de 3 148 UI/l, con un promedio de 1 078 UI/l. La glicemia varió en un rango de 92 mg/dl a 308 mg/dl,

PANCREATITIS EN NIÑOS

con un promedio de 126,7 mg/dl. El calcio sérico presentó un valor máximo de 12,9 mg/dl y un valor mínimo de 7,3 mg/dl con un promedio de 8,6. La transaminasa oxalacética presentó un valor máximo de 450 UI/l y un valor mínimo de 27 UI/l, con un promedio de 87,05, la pirúvica varió entre un máximo de 120 UI/l y un mínimo de 17, con una media en 40,77.

Estudios radiológicos: se realizaron radiografías simples de abdomen, ultrasonidos abdominales, TAC, CPRE. La radiografía simple de abdomen se realizó en 8 pacientes. El ultrasonido abdominal realizado en 17 pacientes reveló normalidad en 9 casos, signos sugestivos de pancreatitis aguda en 5 casos, signos sugestivos de pancreatitis hemorrágica en 2 casos, imagen aparente de pseudoquiste pancreático en 1 caso. La TAC y la CPRE se realizaron en el caso que presentó como complicación pseudoquiste pancreático (Cuadros 4, 5 y 6).

El tiempo de estadía en el hospital varió desde 3 días hasta 90 días, con un promedio de 18,8. El tratamiento fue exclusivamente médico en 14 casos (78%) y quirúrgico en 4 casos (22%). En 6 casos (33,3%) se requirió cuidados en la unidad de terapia intensiva. Evolucionaron satisfactoriamente 14 casos (78%) y 4 (22%) tórpidamente. No hubo defunciones. La pancreatitis recurrente se presentó en un caso (5,5%).

Cuadro 4
Estudios radiológicos

	N	%
Radiografía de abdomen	8	44,4
Ultrasonido abdominal	17	94,4
TAC	4	22,2
CPRE	4	22,2

Cuadro 5
Hallazgos en el ultrasonido abdominal

	N	%
Normal	9	52,9
Pancreatitis aguda	5	29,4
Pancreatitis hemorrágica	2	11,8
Pseudoquiste pancreático	1	5,9
Total	17	

Cuadro 6
Hallazgos en la CPRE

	N	%
Ascaridiasis	1	25
Quiste de colédoco	1	25
Anomalía congénita de vías pancreatobiliares	1	25
Normal	1	25
Total	4	

DISCUSIÓN

En el estudio retrospectivo realizado, apreciamos que la casuística de pancreatitis en edad pediátrica (0-18 años) durante el período 1988-1995 del Hospital "Dr. Domingo Luciani", consta de 18 casos, con un predominio del sexo femenino (55,6%), a diferencia de lo encontrado en otros estudios de revisión, en los cuales predomina el sexo masculino (18). El grupo de edad más frecuente fue el comprendido entre 1 y 4 años de edad con un 38,9%, con una edad promedio de 8 años, similar a la reportada por Haddock y col. (18).

En un 5,5% de los casos, la causa fue manifestación de una enfermedad parasitaria (ascaridiasis), corroborada por CPRE, aspecto que se reporta poco en la literatura (5,13), lo cual probablemente se deba a la baja incidencia de parasitosis en los países desarrollados. El resto de las causas incluye: infección viral (parotiditis) 16,6%, traumatismos 16,6%, litiasis vesicular 11,1%, picadura de escorpión 5,5% y las idiopáticas 44,4%, resultados similares a los obtenidos por Weizman y col. (9).

El motivo de consulta principal fue el dolor abdominal acompañado de vómitos (9,18). La localización predominante la constituyó el dolor en epigastrio con un 62,5%, seguido del dolor difuso abdominal 31,2%. Se presentó ictericia en tres casos (17%) y ascitis en un caso (6%). Nuestro estudio enfatiza las manifestaciones clínicas en niños, las cuales, difieren de la presentación típica de pancreatitis en adultos.

Entre los hallazgos de laboratorio encontramos un aumento significativo de las amilasas séricas de ingreso con un valor promedio de 1 078 UI/l. Aun

cuando no se correlacionaron con la severidad del cuadro clínico, continúan siendo el primer método diagnóstico para pancreatitis aguda (8). Otros parámetros de laboratorio evaluados al ingreso fueron: calcio sérico con un valor promedio de 92 mg/dl, transaminasas oxalacética y pirúvica con valores medios de 87,0 y 40,7, respectivamente. No se realizaron exámenes control de laboratorio durante las 48 horas siguientes al ingreso de los pacientes, de forma rutinaria, por lo que se dificulta la valoración de los criterios de Ranson y los de Imrie (10,11) para la predicción de complicaciones en el grupo de edad pediátrica.

El método diagnóstico más usado fue el ultrasonido abdominal en un 94,4%, empleándose la TAC y la CPRE para los casos en los cuales se requería identificar lesiones estructurales o anatómicas. Ambos se utilizaron en el caso que presentó como complicación un pseudoquiste pancreático (9).

No existe un tratamiento específico para la pancreatitis aguda, los autores están de acuerdo en un manejo conservador (9).

La pancreatitis no es una condición común en la infancia, pero debemos tomarla en cuenta en niños que presentan dolor abdominal agudo. Se deben realizar investigaciones específicas para determinar la causa y analizar una serie de factores que puedan ayudar a predecir el curso clínico de la enfermedad en niños, y de ser posible evitar las recurrencias.

REFERENCIAS

1. Shrier LA, Karpen SJ, McEvoy C. Acute pancreatitis associated with acute hepatitis A in a young child. *J Pediatr* 1995;126(1):57-59.
2. Eugene C, Cadranell JF, Bergue A, Anciaux ML. Acute pancreatitis associated with Non a Non B hepatitis. *J Clin Gastroenterol* 1990;12(2):195-197.
3. Davis T, Keeffe E. Acute pancreatitis associated with acute hepatitis A. *Am J Gastroenterol* 1987;82:256-257.
4. Ziegler DW, Long JA, Philippart AI, Klein MD. Pancreatitis in childhood. Experience with 49 patients. *Ann Surg* 1988;207(3):257-261.
5. Krige JE, Lewis G, Bornman PC. Recurrent pancreatitis caused by calcified *Ascaris* in the duct of Wirsung. *Am J Gastroenterol* 1987;82:256-257.
6. Elman L, Arneson L, Graham EA. Value of blood amylase estimations in the diagnosis of pancreatic disease: a clinical study. *Arch Surg* 1929;19:943-949.
7. Warshaw AL, Fuller AF. Specificity of increased renal clearance of amylase in diagnosis of acute pancreatitis. *N Engl J Med* 1972;292:325-331.
8. Lin XZ, Wang SS, Tsai YT, Lee SD, Shiesh SC, Pan HB, et al. Serum amylase, isomylase and lipase in the acute abdomen. *J Clin Gastroenterol* 1989;11(1):47-52.
9. Weizman Z, Durie PR. Acute pancreatitis in childhood. *J Pediatr* 1988;113:24-29.
10. Ranson JHC, Rifkind KM, Roses DF, Fink SD, Eng K, Spencer FC. Prognosis signs and the role of operative management in acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet* 1974;139:69-81.
11. Imrie CW, Benjamin IS, Ferguson JC. A single-centre double blind trial of trasyolol therapy in primary acute pancreatitis. *Br J Surg* 1978;65:337-341.
12. Shapiro M, Alexander AJ, Andrus C. Gallstones in the pancreatic duct: endoscopic retrograde pancreatographic demonstration. *J Clin Gastroenterol* 1990;12(4):454-456.
13. Guelrud M, Mujica C, Jaén D, Plaz J, Arias J. The role of ERCP in the diagnosis and treatment of idiopathic recurrent pancreatitis in children and adolescents. *Gastrointest Endosc* 1994;40(4):428-436.
14. Mader TJ, McHugh TP. Acute pancreatitis in children. *Pediatr Emerg Care* 1992;8(3):157-161.
15. Schroeder T, Sainio V, Kivisaari L, Puolakkinen P, Kiviluakso E, Lempinen M. Pancreatic resection versus peritoneal lavage in acute necrotizing pancreatitis. *Ann Surg* 1991;214:663-666.
16. Bradley E, Allen K. A prospective longitudinal study of observation versus surgical intervention in the management of necrotizing pancreatitis. *Am J Surg* 1991;161:19-25.
17. Pellegrini C. Surgery for gallstones pancreatitis. *Am J Surg* 1993;165:515-518.
18. Haddock G, Coupar G, Youngson GG, Mackinlay GA, Raine PA. Acute pancreatitis in children: a 15 years review. *J Pediatr Surg* 1994;29(6):719-722.