



PRESENTACIÓN DE CASO

Pancreatitis necrosante en paciente femenina de 9 años. Reporte de caso

Necrotizing pancreatitis in a nine-year-old female. Case report

Néstor Moisés Tineo-Araque, MD¹ , José Roberto Cervantes-Cruz, MD¹ ,
Dorihela Herappe-Mellado, MD² , Andrea Moreno-Romero³

- 1 Programa de especialización en Cirugía general, Hospital General de Querétaro, México.
- 2 Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Querétaro, México.
- 3 Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Juriquilla, Querétaro, México.

Resumen

Introducción. La pancreatitis aguda es una patología infrecuente en niños. Su principal síntoma es el dolor abdominal, con un amplio espectro en su evolución clínica, desde episodios autolimitados hasta falla orgánica múltiple y muerte.

Caso clínico. Se presenta el caso de una paciente de 9 años, que fue llevada a cirugía de urgencia por un cuadro de 48 horas de dolor en epigastrio, irradiado a fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas y múltiples episodios eméticos, sugestivo de apendicitis aguda.

Resultados. Con los hallazgos intraoperatorios de abundante líquido serohemático en cavidad abdominal se sospechó un origen pancreático y se solicitaron los estudios de laboratorios e imágenes diagnósticas con los que se confirmó el diagnóstico.

Conclusión. La pancreatitis aguda necrosante en niños ha incrementado su incidencia en las dos últimas décadas, representando un diagnóstico diferencial en casos de dolor abdominal que simula una patología quirúrgica, como la apendicitis aguda.

Palabras clave: pancreatitis; pancreatitis aguda necrotizante; enfermedades pancreáticas; dolor abdominal; diagnóstico diferencial; niño.

Fecha de recibido: 24/05/2024 - Fecha de aceptación: 28/07/2024 - Publicación en línea: 27/01/2025

Correspondencia: Néstor Moisés Tineo-Araque, Mauricio Garces 811, Querétaro, México. Teléfono: +52 3315706999.

Dirección electrónica: nestortineo2@gmail.com

Citar como: Tineo-Araque NM, Cervantes-Cruz JR, Herappe-Mellado D, Moreno-Romero A. Pancreatitis necrosante en paciente femenina de 9 años. Reporte de caso. Rev Colomb Cir. 2025;40:440-4. <https://doi.org/10.30944/20117582.2635>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Abstract

Introduction. Acute pancreatitis is a rare pathology in children. Its main symptom is abdominal pain, with a wide spectrum in its clinical evolution, from self-limited episodes to multiple organ failure and death.

Clinical case. The case of a 9-year-old patient is presented, who was taken to emergency surgery for a 48-hour period of pain in the epigastrium, radiating to the right iliac fossa, associated with nausea and multiple emetic episodes, suggestive of acute appendicitis.

Results. With the intraoperative findings of abundant serohematic fluid in the abdominal cavity, a pancreatic origin was suspected, and laboratory studies and diagnostic images were requested with which the diagnosis was confirmed.

Conclusion. Acute necrotizing pancreatitis in children has increased its incidence in the last two decades, representing a differential diagnosis in cases of abdominal pain that simulates a surgical pathology, such as acute appendicitis.

Keywords: pancreatitis; acute necrotizing pancreatitis; pancreatic diseases; abdominal pain; differential diagnosis; child.

Introducción

La pancreatitis aguda corresponde a una inflamación del tejido pancreático que se diagnostica por dolor abdominal y elevación de las enzimas pancreáticas¹. Su evolución clínica puede ir desde casos autolimitados hasta la presencia de falla multiorgánica que puede culminar en la muerte del paciente².

La prevalencia en los pacientes pediátricos ha aumentado progresivamente^{3,4}. La pancreatitis aguda está ampliamente documentada en los adultos, sin embargo, es escasa en niños¹. Estudios prospectivos de pancreatitis aguda en menores de 15 años en el Reino Unido reportaron una incidencia de 0,78 por 100.000 habitantes⁵. Una cuarta parte de los pacientes pediátricos con pancreatitis aguda presentan complicaciones mayores, como necrosis pancreática, abscesos intraabdominales, pseudoquistes pancreáticos y diabetes⁶. La recurrencia de la pancreatitis aguda en edades pediátricas se ha reportado entre el 15 y el 35 %⁷ y los órganos principalmente afectados en la etapa aguda son los pulmones y los riñones^{8,9}.

La pancreatitis aguda necrosante representa menos del 1 % de los casos de pancreatitis en niños^{1,10,11} y se define por la falta de realce del páncreas en la tomografía computarizada (TC) con contraste, una necrosis que afecta a más del

30 % del páncreas o de más de 3 cm de área del páncreas¹.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de una paciente de 9 años de edad, que fue traída a urgencias por un cuadro de dolor abdominal tipo cólico en epigastrio, de 48 horas de evolución, irradiado a fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas y múltiples episodios eméticos, un episodio de alza térmica no cuantificada, sin ictericia, que había recibido manejo extrahospitalario con analgésico y anti-espasmódico sin mejoría.

A su ingreso a la institución de salud persistía con dolor tipo cólico generalizado, con predominio en fosa ilíaca derecha. Los laboratorios informaron leucocitosis y neutrofilia, proteína C reactiva (PCR) positiva (8,89 mg/dl) e hiperglicemia (210 mg/dl). Por sospecha de apendicitis aguda fue llevada a cirugía, donde encontraron 800 ml de líquido serohemático en la cavidad abdominal. Se decidió realizar apendicectomía por apendicitis reactiva, y dejaron sistemas de drenaje.

En el posoperatorio solicitaron amilasa y lipasa en sangre, las cuales reportaron valores de 1543 UI/L y 2041 UI/L respectivamente. Se efectuó una tomografía computarizada (TC) de abdomen simple (Figura 1), en la cual se observó



Figura 1. a) Tomografía computarizada (TC) de abdomen simple donde se aprecia aumento del volumen pancreático (circunferencia roja). b) TC con contraste en fase arterial, que permite visualizar mejor el aumento del volumen pancreático (circunferencia roja). c) La TC de abdomen con contraste intravenoso de control mostró ausencia de realce pancreático, compatible con necrosis pancreática (flecha roja).

derrame pleural izquierdo, aumento del volumen pancreático con predominio en el cuerpo y la cola, sin colecciones peripancreáticas.

La paciente tuvo una evolución tórpida durante los tres primeros días posquirúrgicos, con disnea progresiva, por lo que fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos (UCI). Tuvo disminución progresiva de gasto a través de los drenajes, por lo que se retiraron en el quinto día. La TC de abdomen con contraste intravenoso de control mostró ausencia de realce pancreático, compatible con necrosis pancreática. Por mejoría clínica y de laboratorio se trasladó a hospitalización de cirugía, desde donde egresó al domicilio el día catorce luego de su ingreso. Posteriormente se realizó una ecografía de hígado y vías biliares que descartó la presencia de litiasis vesicular.

Discusión

La pancreatitis aguda es una patología caracterizada por dolor abdominal¹, que se presenta en el 80-95 % de los pacientes. La ubicación más común es en el epigastrio (62-89 %), pero puede irradiarse a la región dorsal (10 %)⁸. El segundo síntoma en frecuencia es náuseas y emesis, en el 40-80% de los pacientes^{7,8}. La pancreatitis aguda en los pacientes pediátricos es poco frecuente y su forma necrosante corresponde a menos del 1 % de los casos.

Las principales etiologías de pancreatitis aguda en niños son biliares, medicamentosas,

traumáticas, anatómicas e idiopáticas. Las enfermedades sistémicas más comunes asociadas con la pancreatitis aguda en niños incluyen pancreatitis autoinmune, enfermedad de Crohn, diabetes mellitus (cetoacidosis diabética), púrpura de Henoch-Schoenlein y síndrome urémico hemolítico¹². Otras causas menos frecuentes son metabólicas, infecciosas y hereditarias^{3,8}. La determinación de mutaciones genéticas para la pancreatitis, a saber, PRSS1, SPINK 1, CTRC y CFTR, permiten determinar ciertas causas¹. En este caso se descartaron las principales etiologías.

La mortalidad alcanza el 30-40 % y tiene dos picos: la mortalidad precoz, en los primeros 6 días desde el ingreso, por respuesta inflamatoria sistémica (shock y falla orgánica múltiple), consecuencia de la circulación de enzimas pancreáticas y mediadores activados de inflamación y, la mortalidad tardía, consecuencia de las complicaciones locales (infección de la necrosis o colecciones pancreáticas) y a distancia (neumonía, sepsis)².

El diagnóstico de pancreatitis requiere al menos dos de tres criterios, que son dolor abdominal agudo súbito en hemiabdomen superior, elevación de amilasa o lipasa sérica tres veces o más al límite normal superior y hallazgos imagenológicos característicos según INSPPIRE (*International Study Group of Pediatric Pancreatitis: In Search for a CuRE*)^{6,7}.

De manera macroscópica se observa edema glandular y congestión vascular, y en la histología

hay edema intersticial, infiltración por neutrófilos y grados variables de necrosis, apoptosis y hemorragia^{2,8}. La necrosis del parénquima pancreático se asocia a complicaciones².

Las escalas de severidad usadas habitualmente en adultos, como APACHE, BISAP y Marshall, no son aplicables en la población pediátrica⁷ y la puntuación de pancreatitis aguda pediátrica (PAPS) de DeBanto se evaluó en niños, pero requiere 48 horas para predecir el riesgo y presenta baja sensibilidad^{7,13}. El índice de gravedad de la TC o puntuación de Balthazar¹⁴ no es tomada en cuenta por muchos autores debido a la exposición a radiación a la cual deben ser sometidos los pacientes pediátricos¹³. En este caso se cumplían los criterios imagenológicos para el diagnóstico de pancreatitis necrosante.

Las principales metas en el tratamiento médico de la pancreatitis aguda son controlar el dolor y mantener el equilibrio metabólico, realizando control de los líquidos administrados y electrolitos y buscando la introducción de la vía enteral de manera precoz, ya que disminuyen la duración de la estancia hospitalaria^{7,12,15}. Mientras que no se recomiendan los antibióticos profilácticos, en la pancreatitis aguda grave se utilizan antibióticos para tratar la necrosis infecciosa¹.

Las complicaciones se dividen en tempranas, que incluyen shock y disfunción multiorgánica, principalmente con afectación pulmonar (síndrome de dificultad respiratoria aguda, derrame pleural o neumonía) y renal (lesión renal aguda), y tardías, con pseudoquiste, colecciones intraabdominal o diabetes mellitus^{1,8,9}. Los estudios muestran que hay correlación entre el índice de gravedad de la TC y las complicaciones. Sin embargo, en niños con un adecuado manejo no operatorio es mejor el pronóstico en comparación con adultos¹.

El caso presentado mostraba un cuadro clínico sugestivo de apendicitis aguda, por esa razón la paciente fue llevada a cirugía de urgencia, sin embargo, con los hallazgos intraoperatorios se sospechó un origen pancreático y se solicitaron los

estudios de laboratorios e imágenes diagnósticas con los que se confirmó el diagnóstico. La evolución postoperatoria finalmente fue satisfactoria.

Conclusión

El diagnóstico diferencial de la patología no quirúrgica, especialmente en pacientes pediátricos, juega un papel importante en la toma de decisiones al momento de elegir un procedimiento quirúrgico. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los datos clínicos de un paciente prevalecen ante la duda diagnóstica. La pancreatitis aguda en los pacientes pediátricos es poco frecuente y su forma necrosante corresponde a menos del 1 % de los casos. La causa desencadenante más frecuente de pancreatitis aguda en niños es biliar, pero en este caso se descartó.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Para la presentación del caso, se cuenta con el consentimiento informado de los acudientes de la paciente, autorizando la publicación del caso y las imágenes relacionadas.

Conflictos de interés: Ninguno de los autores declaró tener conflictos de intereses.

Uso de Inteligencia Artificial: Los autores declararon que en el manuscrito no se usaron tecnologías asistidas por inteligencia artificial.

Fuentes de financiación: los autores indicaron que la fuente de financiación fue sus recursos propios.

Contribución de los autores

- Diseño y concepción del estudio: Néstor Moisés Tineo-Araque, José Roberto Cervantes-Cruz.
- Adquisición de datos: Dorihela Herappe-Mellado, Andrea Moreno-Romero.
- Análisis e interpretación de datos: Néstor Moisés Tineo-Araque, José Roberto Cervantes-Cruz, Andrea Moreno-Romero.
- Redacción del manuscrito: Néstor Moisés Tineo-Araque, José Roberto Cervantes-Cruz, Andrea Moreno-Romero.
- Revisión crítica: Dorihela Herappe-Mellado.

Referencias

- 1 Raizner A, Phatak UP, Baker K, Patel MG, Husain SZ, Pas-hankar DS. Acute necrotizing pancreatitis in children. *J Pediatr*. 2013;162:788-92.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.09.037>
- 2 Mattos-Navarro P, Álvarez MR, Caron-Estrada R, Gutiérrez SP. Pancreatitis aguda grave en niños: Estrategia de diagnóstico y tratamiento basada en la evidencia. *Rev Soc Bol Ped*. 2011;50:175-83.
- 3 Park A, Latif SU, Shah AU, Tian J, Werlin S, Hsiao A, et al. Changing referral trends of acute pancreatitis in children: A 12-year single-center analysis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009;49:316-22.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31818d7db3>
- 4 Lopez MJ. The changing incidence of acute pancreatitis in children: A single-institution perspective. *J Pediatr*. 2002;140:622-4.
<https://doi.org/10.1067/mpd.2002.123880>
- 5 Majbar AA, Cusick E, Johnson P, Lynn RM, Hunt LP, Shield JPH. Incidence and clinical associations of childhood acute pancreatitis. *Pediatrics*. 2016;138:e20161198.
<https://doi.org/10.1542/peds.2016-1198>
- 6 Bhanot A, Majbar AA, Candler T, Hunt LP, Cusick E, Johnson PRV, et al. Acute pancreatitis in children – morbidity and outcomes at 1 year. *BMJ Paediatr Open*. 2022;6:e001487.
<https://doi.org/10.1136/bmjpo-2022-001487>
- 7 Abu-El-Haija M, Kumar S, Quiros JA, Balakrishnan K, Barth B, Bitton S, et al. Management of acute pancreatitis in the pediatric population: A clinical report from the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Pancreas Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;66:159-76.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001715>
- 8 Bai HX, Lowe ME, Husain SZ. What have we learned about acute pancreatitis in children? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011;52:262-70.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3182061d75>
- 9 Pastor CM, Matthay MA, Frossard JL. Pancreatitis-associated acute lung injury: New insights. *Chest*. 2003;124:2341-51.
<https://doi.org/10.1378/chest.124.6.2341>
- 10 Muñoz-Lozón A, Iglesias-Blázquez C, Menéndez-Arias C, Gutiérrez-Dueñas JM. Pancreatitis necrohemorrágica en un niño de 11 años: Caso clínico. *Arch Argent Pediatr*. 2015;113:e39-e42.
- 11 Suzuki M, Minowa K, Isayama H, Shimizu T. Acute recurrent and chronic pancreatitis in children. *Pediatr Int*. 2021;63:137-49.
<https://doi.org/10.1111/ped.14415>
- 12 Soti-Khiabani M, Mohammadi MS, Ghoreysy SA, Rohani P, Alimadadi H, Sohouli MH. Acute pancreatitis in 60 Iranian children: Do pediatricians follow the new guidelines in diagnosis and management of acute pancreatitis? *BMC Pediatr*. 2022;22:457.
<https://doi.org/10.1186/s12887-022-03509-6>
- 13 DeBanto JR, Goday PS, Pedroso MRA, Iftikhar R, Fazel A, Nayyar S, et al; Midwest Multicenter Pancreatic Study Group. Acute pancreatitis in children. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:1726-31.
<https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2002.05833.x>
- 14 Balthazar EJ, Ranson JH, Naidich DP, Megibow AJ, Caccavale R, Cooper MM. Acute pancreatitis: Prognostic value of CT. *Radiology*. 1985;156:767-72.
<https://doi.org/10.1148/radiology.156.3.4023241>
- 15 Abu-El-Haija M, Wilhelm R, Heinzman C, Siqueira BNF, Zou Y, Fei L, et al. Early enteral nutrition in children with acute pancreatitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;62:453-6.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001013>