

Dos casos de pancreatitis aguda: del abdomen agudo a la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada

Gema Lozano Sánchez, Ana Extraviz Moreno, Alicia Ramos Rodríguez, Lidia María Sánchez Linares, Carlos Trillo Belizón, José Manuel Ramón Salguero
Servicio de Pediatría y Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de la Axarquía

Introducción

La pancreatitis aguda constituye una entidad infrecuente en la edad pediátrica. Las enfermedades multisistémicas y las anomalías estructurales del sistema pancreático-biliar constituyen algunas de las causas más frecuentes. Exponemos dos casos de pancreatitis, el primero en una paciente diabética con dislipemia y el segundo en una paciente previamente sana con coledocolitiasis.

Caso clínico 1

Niña de 13 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 1 diagnosticada con 8 años de vida, que ingresa por dolor abdominal leve - intensificado en últimas 12 horas-, vómitos persistentes y decaimiento progresivo en últimas horas.

Exploración física: aceptable estado general, no aspecto séptico. Deshidratación grave. Dolor abdominal en epigastrio “localización en cinturón” con leve defensa. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias:

- Analítica urgente (primera hora de evolución): normal salvo datos gasométricos compatibles con cetoacidosis grave, leucocitosis con neutrofilia. Alfa-amilasa: 427 U/L, Triacilglicerol lipasa 1047, ALT 168 U/L. Resto normal.
- Analítica ampliada: CT 208 mg/dL (LDL 141 mg/dL, HDL 32 mg/dL), TG 144 mg/dL
- Ecografía compatible con abdomen agudo, mínima cantidad de líquido libre, visualización de páncreas con inflamación difusa y apéndice en límite alto de normalidad.

Tratamiento y evolución:

Actitud conservadora con colocación de sonda nasogástrica, dieta absoluta y tratamiento de soporte (analgesia, sueroterapia e insulino-terapia IV). Traslado a centro de referencia con permanencia en Unidad de Cuidados Intensivos 72 horas, evolución posterior favorable. Alta hospitalaria al quinto día de ingreso.

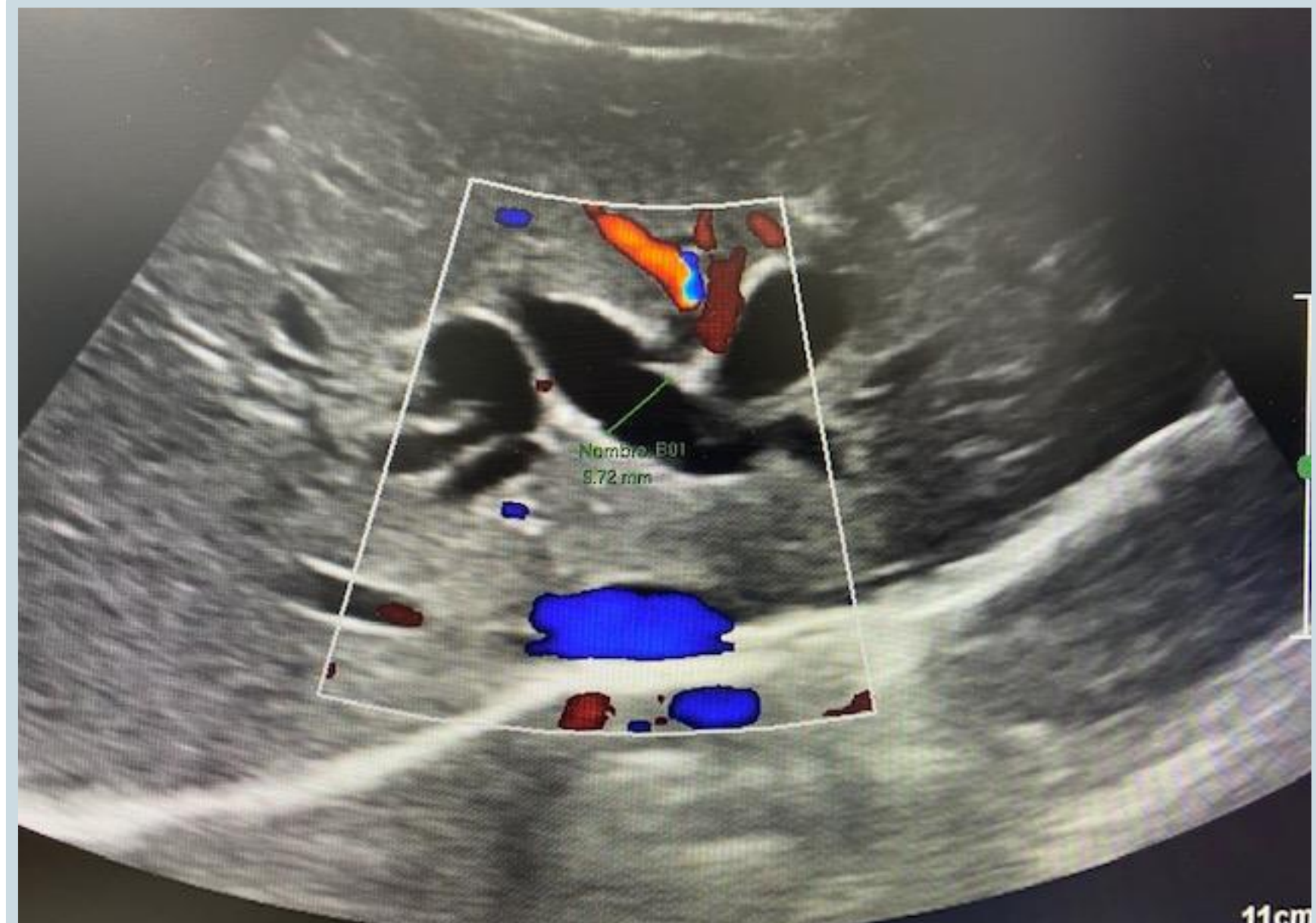
Caso clínico 2

Niña de 6 años con dolor abdominal y vómitos aislados de 1 semana de evolución con asociación de ictericia en últimas 24 horas. No fiebre ni otros síntomas de interés.

Exploración física: tendencia a taquicardia con afectación del estado general. Signos de deshidratación leve. Dolor abdominal y defensa en epigastrio.

Pruebas complementarias:

- Analítica urgente: hallazgos a destacar lipasa 926 U/L, ALT 241 U/L, BB 9,09 mg/dL, BB 6,05 mg/dL. Resto normal (hemograma, coagulación, función renal e iones)
- Sistemático de orina urgente: BB ++, urobilinógeno +, c. cetónicos +++, leucocitos +.
- Ecografía: Dilatación moderada de la vía biliar intra- y extrahepática, identificando contenido ecogénico a nivel del colédoco distal intrapancreático. Vesícula distendida si datos de colecistitis. Cabeza pancreática aumentada de tamaño de forma difusa e hipocogénica respecto al resto del parénquima pancreático



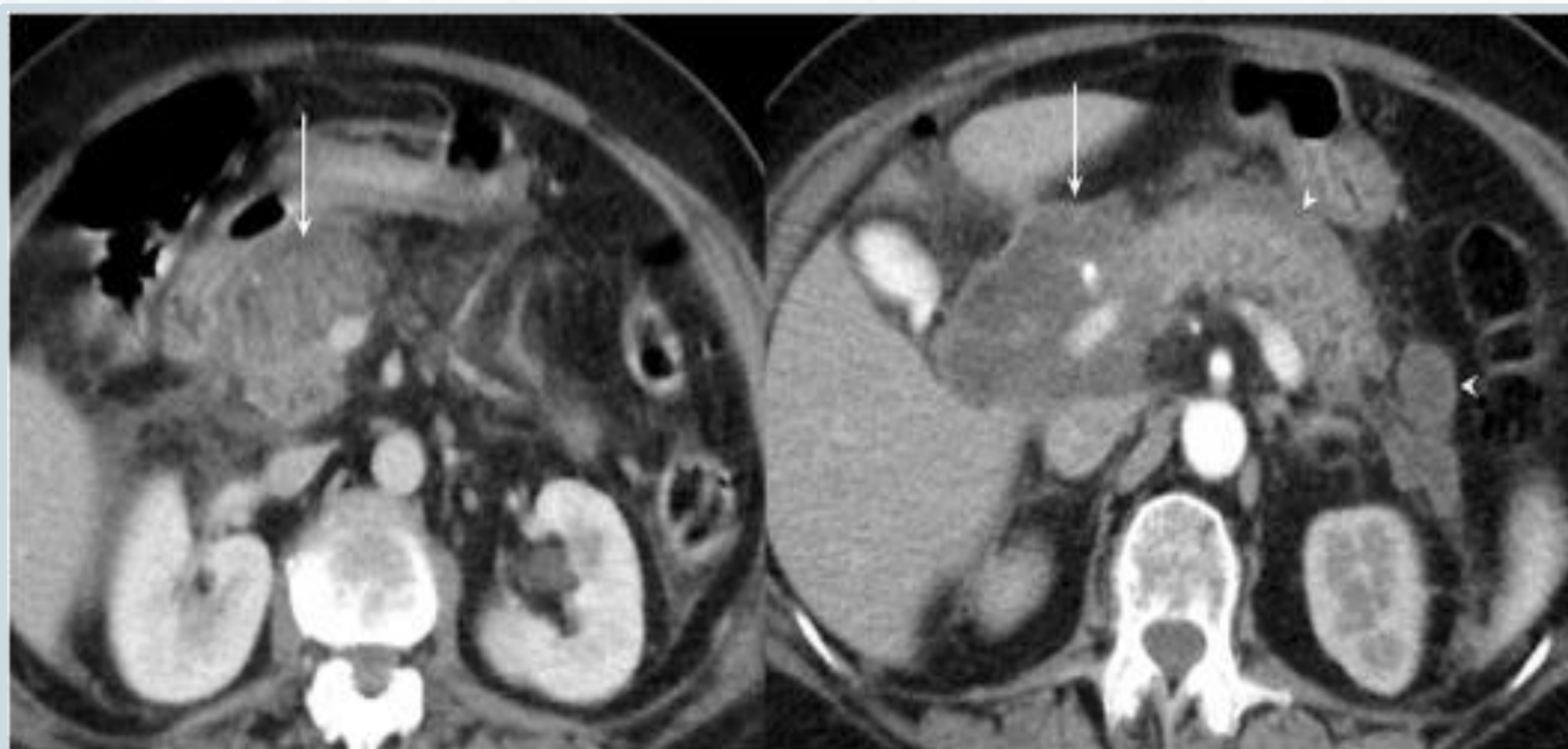
Tratamiento y evolución:

- Actitud inicial conservadora con permanencia en dieta absoluta, tratamiento de soporte (fluidoterapia y analgesia) y derivación a centro de referencia con cirugía pediátrica.
- Tras mejoría clínica durante primeros días y control ecográfico -con persistencia de hallazgos previos y elevada sospecha de coledocolitiasis- se indica colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (diagnóstico-terapéutica), con resolución del cuadro obstructivo y evolución posterior favorable.

Pancreatitis aguda en pediatría

Etiología		Tratamiento
- Anomalías en conductos biliares o pancreáticos. Obstrucción vía biliar (33 %) - Traumáticas (20 %) - Fármacos (25 %): corticoides, inmunosupresores, valproico, furosemda) - Enfermedades sistémicas: infecciones, vasculitis (Schönlein-Henoch), diabetes - Otros: Fibrosis quística, enfermedad de Crohn		- Analgesia: meperidina IV 1 mg/kg cada 3-4 horas. ALTERNATIVA: metamizol. EVITAR analgésicos opioides que favorecen contracción de esfínter de Oddi. - Reposición de líquidos, electrolitos y minerales. VALORAR nutrición parenteral - Dieta absoluta. SNG si vómitos. Anti H2 (ranitidina) –controvertido- - Antibióticos: no necesarios en casos leves - CPRE: ante sospecha de patología obstructiva. NO EN FASE AGUDA. Edad de indicación en pediatría: controvertida - Quirúrgico: drenaje o lavado peritoneal, EN CASOS GRAVES
Diagnóstico		
Clínica	• Dolor epigástrico que aumenta con la ingesta, irradiado a la espalda (“en cinturón”). Acompañado de náuseas y vómitos.	
Analítica	• Elevación de amilasa NO PROPORCIONAL a gravedad. 10 % es normal. • Elevación de lipasa. Menos sensible pero más específica que amilasa	
Pruebas de imagen	• Rx abdomen: asa centinela, dilatación colon transverso, íleo, borramiento del psoas, enfisema pancreático PATOGNOMÓNICO. • Rx tórax: signos indirectos (atelectasias laminares, derrame pleural izquierdo) • Ecografía: muy útil en valoración inicial, visualización de litiasis y seguimiento de complicaciones • TC abdominal más sensible en casos dudosos, detecta áreas necróticas. Útil en seguimiento de complicaciones. Indicado si mala evolución clínica tras 48 horas • CPRE (Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada): especialmente indicada en pancreatitis recidivante, sospecha de coledocolitiasis	

Pronóstico (factores de mal pronóstico)
- Al ingreso: glucemia >200 mg/dL, leucocitosis >18500/mm3, LDH >700-2000 U/L, GOT > 250 U/L - A las 48 horas: descenso del hematocrito >10 %, calcemia < 7,5-8 mg/dL, déficit de base > o igual a 4, BUN >50 mg/dL, hipoxia, pérdidas elevadas en tercer espacio. Pancreatitis hemorrágicas



Conclusiones

Consideramos de gran importancia tener presente la posibilidad de pancreatitis aguda ante un cuadro compatible con abdomen agudo en pediatría. Exponemos dos casos que ponen de manifiesto las múltiples etiologías y el manejo terapéutico variable que puede tener esta entidad, especialmente en los casos graves.