



Pancreatitis aguda en pediatría

Acute pancreatitis in pediatrics



¹ Dra. Daniela Gómez García

Emergencias Médicas, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-8874-0972>

² Dra. Elena Sánchez Bonilla

Paramédica, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0009-0008-4845-8252>

³ Dra. María Jesús Montiel Zárate

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0001-8105-7655>

Recibido
01/05/2023

Corregido
11/06/2023

Aceptado
20/06/2023

RESUMEN

La pancreatitis aguda (PA) es una inflamación del páncreas que puede ser grave en la población pediátrica. La principal causa de esta enfermedad es la colelitiasis, y el principal factor de riesgo vinculado con la PA son las mutaciones genéticas. El diagnóstico se realiza con base en los síntomas clínicos, los exámenes de laboratorio y las imágenes de diagnóstico. El tratamiento inicial incluye la nutrición temprana, hidratación agresiva con soluciones cristaloides y la administración de analgésicos, como la morfina. En algunos casos, puede ser necesaria la intervención endoscópica. Los pacientes deben ser monitoreados cuidadosamente durante las primeras 48 horas de hospitalización para detectar cualquier signo de complicaciones. Después del alta médica, se recomienda realizar una evaluación adicional para identificar posibles causas subyacentes y prevenir futuros episodios de PA. En general, un manejo adecuado y oportuno puede prevenir complicaciones graves y mejorar el pronóstico de la PA en la población pediátrica, sin embargo, hay casos donde se observan pseudoquistes, necrosis pancreática y abscesos como secuelas de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: pancreatitis; infantes; inflamación; dolor abdominal; infección.

ABSTRACT

Acute pancreatitis (AP) is an inflammation of the pancreas that can be severe in the pediatric population. The main cause of this disease is cholelithiasis and the main risk factor linked to BP is genetic mutations. Diagnosis is made based on clinical symptoms, laboratory tests, and diagnostic imaging. Initial treatment includes early nutrition, aggressive hydration with crystalloid solutions, and administration of analgesics, such as morphine. In some cases, endoscopic intervention may be necessary. Patients should be carefully monitored during the first 48 hours



of hospitalization for any signs of complications. Patients should be carefully monitored during the first 48 hours of hospitalization for any signs of complications. After discharge, further evaluation is recommended to identify possible underlying causes and prevent future episodes of PA. After discharge, further evaluation is recommended to identify possible underlying causes and prevent future episodes of PA. In general, adequate and timely management can prevent serious complications and improve the prognosis of AP in the pediatric population, however, there are cases where pseudocysts, pancreatic necrosis and abscesses are observed as sequelae of this disease.

KEYWORDS: pancreatitis; infants; inflammation; abdominal pain; infection.

¹ Médico general, graduado de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE). Código médico: [MED17685](#). Correo: danielagomezg_18@hotmail.com

² Médico general, graduado de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE). Código médico: [MED17717](#). Correo: elena119.es@gmail.com

³ Médico general, graduado de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE). Código médico: [MED18139](#). Correo: mjmontiel12@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) se define como una inflamación del páncreas exocrino caracterizada por un dolor abdominal repentino (a menudo epigástrico), vómitos y náuseas (1-3).

La incidencia de esta enfermedad en infantes es significativa, presentándose entre 10 y 15 casos por cada 100 000 niños y niñas (2,4).

En niños y niñas, la PA puede variar desde una enfermedad leve y autolimitada hasta una condición grave con riesgo de mortalidad o complicaciones. En la actualidad, se ha detectado un aumento en la frecuencia de casos de pancreatitis aguda en infantes debido a una mejor comprensión de esta enfermedad y a la utilización de técnicas diagnósticas más precisas, lo que ha permitido identificar más casos y conocer mejor sus causas (3,4).

Existen diversos factores de riesgo en población pediátrica que incrementan la probabilidad de padecer de pancreatitis aguda, siendo algunos de ellos traumatismos en el abdomen, trastornos metabólicos, infecciones, enfermedades sistémicas y pancreatitis autoinmune (3).

Estudios realizados recientemente tras la pandemia causada por el virus SARS-CoV-

2 han indicado que los receptores ACE-2 están expresados en el páncreas ligeramente más que en los pulmones, lo que sugiere que la infección por SARS-CoV-2 puede dañar directamente al páncreas. Autores suscitan que las consecuencias de la lesión pancreática en personas con COVID-19 pueden verse agravadas debido a la inflamación sistémica y el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), que ya son afectados por la infección directa de SARS-CoV-2 (4).

La ecografía abdominal, la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM), la colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP) y la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) son diversos métodos utilizados para el diagnóstico de la AP, los cuales son utilizados según las características de cada paciente y tienen cada uno sus ventajas y desventajas en términos de precisión diagnóstica, seguridad, invasividad y costo (5).

En cuanto al manejo de esta patología, los principales tratamientos utilizados son la nutrición temprana y apropiada, el manejo del dolor con uso de estupefacientes como la morfina y la rehidratación intravenosa o fluidoterapia (6).

Esta afección puede resultar en necrosis pancreática y daño orgánico, lo cual puede provocar una morbilidad significativa a corto y largo plazo, conduciendo a una discapacidad persistente, enfermedad recurrente e insuficiencia de las funciones exocrinas o endocrinas del páncreas. Además, el dolor crónico puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente (1-3).

La hospitalización prolongada requerida para el tratamiento de la pancreatitis aguda también puede llevar a consecuencias socioeconómicas significativas, que a menudo se pasan por alto (2).

Esta revisión bibliográfica tiene como propósito presentar información actualizada y pertinente sobre la epidemiología, la etiología, los síntomas, los factores de riesgo, el diagnóstico, el tratamiento, las complicaciones y el pronóstico de la pancreatitis aguda en niños, con el objetivo de ofrecer al personal médico una guía adecuada para abordar esta enfermedad de manera efectiva.

MÉTODO

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se utilizaron artículos científicos disponibles en las bases de datos Elsevier y PubMed, siguiendo criterios de inclusión como el idioma (se incluyeron artículos en inglés y español) y la fecha de publicación (solo se consideraron documentos publicados entre 2018 y 2023). Para la búsqueda se utilizaron palabras clave como "Pancreatitis aguda", "dolor abdominal" e "infección". Se seleccionaron un total de 15 fuentes de información, que incluyeron revisiones sistemáticas, estudios epidemiológicos y artículos de revisión. A partir de ellas, se obtuvieron los datos más relevantes para la redacción del artículo actual.

EPIDEMIOLOGÍA

Estudios recientes han informado que la incidencia global de la pancreatitis aguda durante la última década es entre 10 y 15 casos por cada 100 000 niños y niñas anualmente. La pancreatitis aguda es una condición aguda y potencialmente debilitante, y su incidencia está aumentando debido a una mayor conciencia, acceso a especialistas y modalidades diagnósticas (2,4,7).

ETIOLOGÍA

La pancreatitis aguda en niños puede presentarse de manera diferente a la observada en adultos en términos de sus causas subyacentes, síntomas y curso de la enfermedad. Por lo tanto, es de suma importancia tener en cuenta la posibilidad de pancreatitis aguda en niños que presentan dolor abdominal, náuseas o vómitos en un contexto clínico adecuado. Las causas más comunes de pancreatitis aguda en niños son los cálculos biliares (hasta 30% de los casos), medicamentos, infecciones, traumas o anomalías anatómicas (3).

En niños que presentan anomalías en el sistema pancreatobiliar, la presencia de quistes colédocos es la causa más común de pancreatitis aguda. En algunos casos, los síntomas de pancreatitis aguda pueden ser el primer signo de quistes colédocos. Si no está claro qué está causando la pancreatitis aguda en un niño, se deben realizar pruebas de diagnóstico, como una ecografía o una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) (3).

FACTORES DE RIESGO

La pancreatitis aguda en población pediátrica se asocia a factores de riesgo distintos que en personas adultas. Menos

del 10% de los casos de pancreatitis aguda (PA) en niños se deben a factores genéticos, mientras que más del 50% de los casos de pancreatitis aguda recurrente (PAR), y aproximadamente el 75% de los casos de pancreatitis crónica (PC) tienen una causa genética. Las mutaciones genéticas más comunes vinculadas con la pancreatitis en niños incluyen mutaciones en los genes que codifican para tripsinógeno catiónico (PRSS1), el regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística, el inhibidor de la serina proteasa Kazal tipo I (SPINK1) y la quimotripsina C (7).

Además de las causas genéticas, existen otros factores de riesgo que deben tenerse en cuenta al diagnosticar la pancreatitis en niños. Estos incluyen traumatismos en el abdomen, trastornos metabólicos, infecciones, enfermedades sistémicas y pancreatitis autoinmune. El traumatismo abdominal cerrado, por ejemplo, puede provocar pancreatitis al interrumpir el conducto pancreático (EP) (3).

Otros estudios han encontrado una relación entre la hipoalbuminemia y la pancreatitis aguda. En algunos casos, la hipoalbuminemia se asoció con un mayor riesgo de complicaciones, ingresos en unidades de cuidados intensivos y muerte. Los autores sugieren que se debe prestar atención a la hipoalbuminemia en pacientes con pancreatitis aguda y considerar medidas para corregirla, ya que puede tener un impacto significativo en la evolución y el pronóstico de la enfermedad (8).

También se reportaron casos en donde se obtuvo una relación entre el nitrógeno ureico en sangre (BUN), la albúmina y la PA. Se observó que, a medida que aumentaba el valor de BUN y disminuía la albúmina, la probabilidad de desarrollar pancreatitis aguda grave aumentaba (9).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Hay diversos síntomas que presenta la población pediátrica con PA como irritabilidad, dolor epigástrico o abdominal difuso (reportado en el 80-95% de los casos), náuseas y vómitos (en el 40-80% de los casos), fiebre, distensión abdominal, disnea, irritabilidad y alteración de la conciencia. Los pacientes también pueden presentar otros signos como pirexia, baja saturación de oxígeno, respiración rápida, frecuencia cardíaca rápida, presión arterial baja, protección abdominal, íleo y disminución de la producción de orina (2,7,10).

Se ha observado que la causa más común de pancreatitis aguda en la población pediátrica es la colelitiasis (10).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de pancreatitis aguda en niños implica una combinación de síntomas clínicos, niveles séricos de enzimas pancreáticas (se realizan mediciones de los niveles séricos de amilasa y lipasa, siendo la lipasa más sensible y específica) y estudios de imagen como ultrasonido, ultrasonografía endoscópica (EUS), tomografía computarizada (TC), colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM), resonancia magnética (RM) y punción con aguja fina guiada por ecografía endoscópica (EUS-FNA) (3,5).

Otras pruebas de laboratorio también son útiles para identificar la causa y las posibles complicaciones de la pancreatitis. Las modalidades de imagen se eligen en función de la gravedad y las posibles complicaciones de la afección. Se prefiere la tomografía computarizada para evaluar la gravedad y las complicaciones, mientras que la CPRM se utiliza para diagnosticar anomalías ductales, anomalías del conducto

biliar común, coledocolitiasis, estenosis, divisum pancreático y tumores pancreáticos o biliares (3).

Múltiples estudios han definido la pancreatitis aguda (PA) en infantes como la presencia de al menos dos de los siguientes tres criterios:

- **Dolor abdominal** (epigástrico o cuadrante superior derecho con o sin radiación en la espalda).
- **Valores séricos de amilasa o lipasa** 3 o más veces el límite superior de la normalidad.
- **Hallazgos de imagen** (ultrasonido, resonancia magnética o tomografía computarizada [TC]) compatibles con inflamación pancreática.

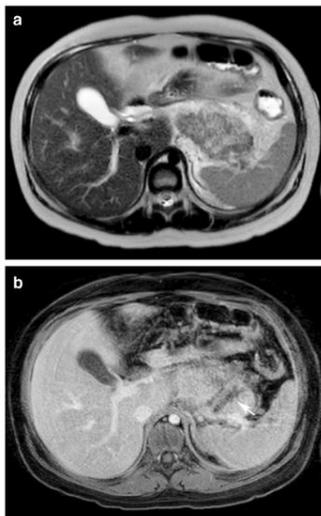
Es importante tener en cuenta que el uso de solo los dos primeros criterios puede no diagnosticar aproximadamente el 25% de los pacientes con pancreatitis aguda, mientras hasta un 10% de los pacientes

tienen que presentar la patología son diagnosticados de forma incorrecta (2,3).

Como se mencionó con anterioridad, estos criterios se utilizan con frecuencia para diagnosticar PA en niños y ayudar a guiar las decisiones de tratamiento; sin embargo, relevante tener en consideración que otras afecciones, como la enfermedad del tracto biliar, también pueden causar niveles elevados de amilasa y lipasa, por lo que es importante considerar todos los hallazgos clínicos y de laboratorio al hacer un diagnóstico (2,3).

La imagenología es importante en la identificación y caracterización de las complicaciones de la pancreatitis en niños. Tanto la ecografía, la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) cumplen un papel importante en el diagnóstico y manejo de la pancreatitis en niños, siendo la RM la modalidad de imagen óptima debido a su

Figura 1. Resonancia magnética que muestra pancreatitis necrotizante aguda en un niño de 8 años



Nota. La imagen muestra un ejemplo de pancreatitis necrotizante aguda en un niño de 8 años. **A**, la imagen de RM axial de una sola toma sin saturación de grasa muestra un páncreas agrandado y heterogéneo con edema peripancreático leve, señalando pancreatitis aguda. **B**; la imagen axial de RM post-contraste saturada de grasa ponderada en T1 revela bandas de perfusión ausente en el cuerpo/cola distal, indicadas por una flecha, mostrando pancreatitis necrotizante.

Fuente. Glosario de imágenes de resonancia magnética de los hallazgos de pancreatitis pediátrica y la clasificación revisada de Atlanta. Murati MA, et al.; 2022.

alto contraste en tejidos blandos y su gran campo de visión. No obstante, no es necesario realizar imágenes para el diagnóstico de pancreatitis aguda en niños, pero puede ser útil en este sentido. La pancreatitis aguda se clasifica en leve, moderadamente severa y severa según la presentación clínica. Es importante tener en cuenta que, en ausencia de disfunción de órganos, la evidencia de complicaciones en la imagen puede elevar la gravedad de la enfermedad a moderadamente severa (11). La resonancia magnética con colangio pancreatografía por resonancia magnética es la mejor técnica para visualizar el páncreas y el conducto pancreático, siendo más sensible que la tomografía computarizada o el ultrasonido para detectar pancreatitis aguda y cambios en pancreatitis crónica. Sin embargo, debido al movimiento involuntario en niños pequeños, a menudo se requiere sedación para obtener imágenes de alta calidad y una buena resolución espacial del conducto (11).

Cada método tiene sus ventajas y desventajas en términos de precisión diagnóstica, seguridad, invasividad y costo. Se debe destacar la importancia de considerar la edad del paciente, la naturaleza y gravedad de la enfermedad, y la experiencia y habilidad del equipo médico al elegir el método de diagnóstico apropiado (11).

Es crucial reconocer de forma temprana la pancreatitis aguda en niños para un manejo efectivo, una recuperación satisfactoria y evitar complicaciones a largo plazo (3).

TRATAMIENTO

El tratamiento de la pancreatitis aguda en infantes debe ser abordado individual y detalladamente, ya que la población pediátrica tiene necesidades específicas en cuanto a dosis y opciones terapéuticas.

Existen múltiples métodos para el manejo de esta afección.

Manejo nutricional

Con frecuencia se utiliza el manejo nutricional como primer tratamiento de la PA. La pancreatitis aguda puede causar una reducción en la ingesta de alimentos y una disminución en la absorción de nutrientes, conduciendo a una desnutrición y un mayor riesgo de infecciones y otras complicaciones. Además, el ayuno prolongado puede aumentar la inflamación en el páncreas y agravar la enfermedad. El objetivo de este tipo de tratamiento es mantener una ingesta adecuada de nutrientes y prevenir la desnutrición, mientras se reduce la carga en el páncreas y se promueve una recuperación temprana y completa. Se debe enfatizar en la necesidad de evitar la restricción prolongada de alimentos y la nutrición parenteral total (NPT) (12).

La alimentación enteral en la pancreatitis aguda en niños y niñas puede ser una opción terapéutica beneficiosa para aquellos pacientes que no pueden tolerar una dieta normal y que tienen un riesgo elevado de desarrollar complicaciones relacionadas con el ayuno. Se recomienda la nutrición enteral precoz en pacientes con pancreatitis aguda leve a moderada, con una transición cuidadosa a una dieta normal (12).

El manejo nutricional de las complicaciones de la pancreatitis aguda, como la hiperglucemia y la insuficiencia pancreática exocrina, puede variar dependiendo de la gravedad y el tipo de complicación. En el caso de la hiperglucemia, se pueden utilizar enfoques de manejo nutricional para controlar los niveles de azúcar en sangre, como la restricción de carbohidratos simples. En el caso de la insuficiencia

pancreática exocrina, se puede recurrir a la administración de enzimas pancreáticas exógenas para reemplazar las enzimas que el páncreas no está produciendo adecuadamente (12).

En general, el enfoque de manejo nutricional para las complicaciones de la pancreatitis aguda debe ser personalizado y basado en las necesidades individuales del paciente (12).

Es crucial para el manejo de la pancreatitis aguda proveer nutrición temprana y apropiada. Sin embargo, la práctica tradicional de "nada por boca" todavía se sigue en algunos casos, donde solo un pequeño porcentaje de los pacientes pediátricos reciben alimentación enteral al principio, lo cual sugiere una falta de conocimiento sobre las prácticas actuales de manejo de la pancreatitis aguda. La nutrición enteral, administrada por sonda nasogástrica o nasoyeyunal, es preferible a la nutrición parenteral, que solo se recomienda en casos de obstrucción intestinal o complicaciones graves. La tasa de alimentación se debe ajustar gradualmente según la tolerancia del paciente. Se sugiere una dieta baja en grasas después de un episodio de pancreatitis aguda, pero no hay una guía clara sobre la duración de esta dieta. Es importante considerar la nutrición enteral como una opción viable y superior en la mayoría de los casos (2,3).

Rehidratación intravenosa o fluidoterapia

El manejo adecuado de la pancreatitis aguda en infantes requiere una atención especial a la resucitación de fluidos intravenosos. La respuesta inflamatoria de la PA causa una ampliación de los vasos sanguíneos del páncreas, lo que aumenta la permeabilidad vascular y la fuga de fluidos

en el tejido extra pancreático, lo que a su vez puede provocar hipovolemia y *shock*. Por lo tanto, es importante llevar a cabo una resucitación agresiva de fluidos en las primeras 24 horas de hospitalización para mantener la perfusión pancreática, disminuir la tasa de lisis celular y prevenir la difusión de enzimas pancreáticas (2,3,12).

En el tratamiento de la pancreatitis aguda en niños, se recomienda hacer uso de soluciones cristaloides como la solución salina normal para la reposición inicial del volumen. Se debe proporcionar a los niños con pancreatitis aguda de 1.5 a 2 veces el mantenimiento de líquidos intravenosos, y controlar la producción de orina durante las próximas 24 a 48 horas (2,3).

La administración de albúmina como terapia puede ser considerada en pacientes con pancreatitis aguda. La albúmina es una proteína plasmática que puede mantener la presión osmótica y la capacidad de transportar moléculas importantes, así como generar un efecto antiinflamatorio y antioxidante, lo que puede ayudar a reducir la inflamación en el páncreas. Se ha observado que la albúmina en pacientes con pancreatitis aguda puede mejorar la función hepática y renal, reducir la inflamación y disminuir el riesgo de complicaciones graves (8).

Control del dolor

La gestión efectiva del dolor es crucial en el manejo de la PA. Aunque la morfina se ha evitado históricamente debido al temor de provocar un espasmo paradójico del esfínter de Oddi, los estudios recientes han demostrado que ofrece un mayor alivio a largo plazo que la meperidina. Los signos vitales deben controlarse al menos cada 4 horas durante las primeras 48 horas de

hospitalización y ajustarse según el estado clínico y la respuesta a la reanimación (2,3). Después del primer episodio de PA sin complicaciones, es posible que no se requiera un tratamiento prolongado. Sin embargo, si hay un segundo episodio, se debe realizar una evaluación exhaustiva para identificar posibles causas metabólicas, hereditarias o genéticas de la pancreatitis. Además de los exámenes de laboratorio y las imágenes estándar, puede ser necesario realizar pruebas adicionales como un perfil lipídico, niveles de vitamina D y hormona paratiroidea, y considerar la ERCP. En algunos casos, puede ser necesario buscar la opinión de un gastroenterólogo pediátrico y manejar el problema a largo plazo (3).

Procedimientos endoscópicos

A pesar del reconocimiento cada vez mayor de las enfermedades pancreáticas en niños, hay pocos datos sobre la efectividad de procedimientos endoscópicos avanzados como el ultrasonido endoscópico (EUS) y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) en su tratamiento (6). La ERCP es una técnica endoscópica que permite visualizar y tratar las vías biliares y pancreáticas sin necesidad de cirugía. Sin embargo, esta presenta algunos desafíos técnicos debido a la anatomía y tamaño del tracto gastrointestinal en los niños y niñas y tiene un mayor riesgo de complicaciones en comparación con otras técnicas diagnósticas y terapéuticas utilizadas en el manejo de la PA en pediatría.

A pesar de que la ERCP es una buena opción de método para el manejo de enfermedades pancreáticas en niños y niñas, se necesitan más estudios para confirmar su utilidad y seguridad en esta población y para desarrollar técnicas

específicas para infantes que minimicen el riesgo de complicaciones (6).

En el tratamiento de la pancreatitis aguda (PA) en niños, la EUS se utiliza para guiar la aspiración de fluidos pancreáticos y ayudar en la identificación de complicaciones como la necrosis pancreática y la formación de pseudoquistes. En general, el uso de la EUS en la población pediátrica se encuentra en aumento en los centros de referencia terciarios, lo que tiene un impacto significativo en el manejo de estos pacientes (6).

COMPLICACIONES

Aunque en muchos casos la PA se resuelve por sí sola sin complicaciones, algunos informes de centros médicos indican que hasta el 35% de los pacientes pueden sufrir episodios recurrentes y desarrollar pancreatitis crónica (PC) (13).

La pancreatitis aguda en pediatría puede presentar complicaciones significativas, tanto a corto como a mediano plazo. Entre las complicaciones a corto plazo se pueden identificar la formación de pseudoquistes, necrosis pancreática, abscesos y fallo de múltiples órganos. En cuanto a las complicaciones a mediano plazo, estas pueden incluir la recurrencia de la enfermedad, la formación de cálculos biliares, estenosis biliar, diabetes y la insuficiencia pancreática exocrina. Además, se han reportado complicaciones menos frecuentes, pero potencialmente graves, como insuficiencia respiratoria, hiperglucemia, colapso circulatorio, sangrado gastrointestinal, trombosis de la vena esplénica y la vena porta, así como pseudoaneurismas. Es importante que los médicos estén atentos a estas complicaciones y tomen medidas para prevenirlas o tratarlas lo más pronto posible para evitar consecuencias graves en los

pacientes pediátricos con pancreatitis aguda (1,14).

Los pacientes que presentan complicaciones locales como resultado de la pancreatitis aguda deben ser dirigidos a centros terciarios especializados para una mayor orientación y manejo, que puede implicar drenaje o necrosectomía (2).

La diabetes, como secuela de la pancreatitis aguda, se observa en todo el espectro de gravedad en la pancreatitis aguda y puede asociarse con otras complicaciones clínicas. Los factores de riesgo para el desarrollo de diabetes pancreatogénica en niños con pancreatitis incluyen la edad del paciente, la duración y la gravedad de la pancreatitis, así como el uso de ciertos medicamentos y la presencia de otras afecciones médicas. Uno de los predictores más fuertes es el desarrollo de PA grave, especialmente con necrosis. Sin embargo, el hecho de que los pacientes con PA leve y no necrosante también puedan desarrollar esta patología, sugiere que existen otros factores contribuyentes (7,15).

Es esencial realizar un enfoque integral para el manejo de la pancreatitis en niños y niñas, con una atención especial en la detección temprana y el tratamiento de la diabetes pancreatogénica (15).

PRONÓSTICO

El pronóstico de la pancreatitis aguda en la población pediátrica puede variar ampliamente en función de diversos factores, como la edad del paciente, la causa subyacente de la enfermedad, la gravedad de los síntomas y la presencia de complicaciones.

Es importante tomar medidas preventivas o reducir el riesgo de que la pancreatitis aguda se convierta en una enfermedad crónica, ya que las consecuencias pueden ser graves e incluso aumentar el riesgo de desarrollar

cáncer de páncreas. Además, algunos pacientes pueden llegar a necesitar un tratamiento continuo a largo plazo para evitar recurrencias y progresión de la enfermedad (2).

CONCLUSIONES

La pancreatitis aguda (PA) es una afección inflamatoria del páncreas que puede tener graves consecuencias en la salud de los niños y las niñas y posee una alta incidencia a nivel mundial.

El uso de la ecografía abdominal, la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la colangio pancreatografía por resonancia magnética (MRCP) permiten una detección temprana de esta enfermedad.

El tratamiento temprano y la monitorización cuidadosa son fundamentales para mejorar los resultados en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda y prevenir complicaciones como la necrosis pancreática y la diabetes pancreatogénica.

Se recomienda que el personal médico considere la alimentación enteral temprana en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda y que la nutrición parenteral solo se reserve para casos de obstrucción intestinal o complicaciones graves.

REFERENCIAS

1. Bhanot A, Majbar AA, Candler T, Hunt LP, Cusick E, Johnson PRV, et al. Pancreatitis aguda en niños: morbilidad y resultados al año 1. *BMJ Paediatr Open* [Internet]. 2022 [citado el 08 abril 2023];6(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjpo-2022-001487>
2. Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, Huang W, Mukherjee R, Halloran C, et al. Acute pancreatitis: Diagnosis and treatment. *Drugs* [Internet]. 2022 [citado el 08 abril 2023];82(12):1251-76. Disponible en:

- <http://dx.doi.org/10.1007/s40265-022-01766-4>
3. Saeed SA. Acute pancreatitis in children: Updates in epidemiology, diagnosis and management. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [Internet]. 2020 [citado el 08 abril 2023];50(8):100839. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2020.100839>
 4. Urooj C, Jagani S, Kirkham S. Una revisión de la pancreatitis aguda en la era de COVID-19. *Paediatr Child Health (Oxford)* [Internet]. 2021 [citado el 08 abril 2023];31(12):423–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2021.09.001>
 5. Trout AT, Ayyala RS, Murati MA, Squires JH, Callahan MJ, Chavhan GB, et al. Estado actual de las imágenes de la pancreatitis pediátrica: revisión narrativa del panel de expertos de AJR. *AJR Am J Roentgenol* [Internet]. 2021 [citado el 08 abril 2023];217(2):265–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2214/AJR.21.25508>
 6. Agarwal J. Intervenciones endoscópicas pancreatobiliares para la patología pancreática pediátrica. *Dig Dis Sci* [Internet]. 2020 [citado el 08 abril 2023];65(11):3091–101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-020-06513-x>
 7. Uc A, Husain SZ. Pancreatitis in children. *Gastroenterology* [Internet]. 2019 [citado el 08 abril 2023];156(7):1969–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2018.12.043>
 8. Ocskay K, Vinkó Z, Németh D, Szabó L, Bajor J, Gódi S, et al. La hipoalbuminemia afecta a un tercio de los pacientes con pancreatitis aguda y se asocia independientemente con la gravedad y la mortalidad. *Sci Rep* [Internet]. 2021 [citado el 08 abril 2023];11(1):24158. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-03449-8>
 9. Farrell PR, Hornung L, Farmer P, DesPain AW, Kim E, Pearman R, et al. ¿Quién está en riesgo? Un modelo pronóstico para la predicción de la gravedad en la pancreatitis aguda pediátrica. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2020 [citado el 08 abril 2023];71(4):536–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0000000000002807>
 10. Boonthai A, Tanpowpong P, Puttanapitak C, Aeesoa S, Losty PD, Molagool S. Pancreatitis aguda en la infancia: una experiencia de 10 años de un centro quirúrgico universitario tailandés. *Páncreas* [Internet]. 2022 [citado el 08 abril 2023];51(7):808–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/mpa.0000000000002109>
 11. Murati MA, Ames JC, Trout AT, Dietz KR. Glosario de imágenes de resonancia magnética de los hallazgos de pancreatitis pediátrica y la clasificación revisada de Atlanta. *Pediatr Radiol* [Internet]. 2022 [citado el 08 abril 2023];52(2):189–99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00247-021-05017-8>
 12. Cole S, Wakeham M, Werlin S, Goday PS. Clasificación y manejo nutricional de la pancreatitis aguda en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2018 [citado el 08 abril 2023];67(6):755–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0000000000002147>
 13. Panchoo AV, VanNess GH, Rivera-Rivera E, Laborda TJ. Pancreatitis hereditaria: una revisión actualizada en pediatría. *World J Clin Pediatr* [Internet]. 2022 [citado el 08 abril 2023];11(1):27–37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5409/wjcp.v11.i1.27>
 14. Hart PA, Bradley D, Conwell DL, Dungan K, Krishna SG, Wyne K, et al. Diabetes después de pancreatitis aguda. *Lancet Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2021 [citado el 08 abril 2023];6(8):668–75. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(21\)00019-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00019-4)
 15. Bellin M. Diabetes pancreatogénica en niños con pancreatitis aguda y crónica recurrente: riesgos, detección y tratamiento (mini-revisión). *Front-Pediatr* [Internet]. 2022 [citado el 08 abril 2023];10:884668. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2022.884668>