

Pancreatite Aguda Infantil: Realidade de 12 Anos de um Hospital Português

Acute Pancreatitis in Children: 12-Year Experience in a Portuguese Hospital

Ana Luísa Mendes, Pedro Flores, Filipa Santos, Ana Serrão Neto
Centro da Criança, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

Acta Paediatr Port 2016;47:244-9

Resumo

Introdução: Têm sido descritos cada vez mais casos de pancreatite aguda infantil em todo o mundo. No nosso hospital houve um aumento recente de casos de pancreatite aguda. Esta casuística tem como objetivo rever os casos diagnosticados num período de 12 anos quanto à etiologia, métodos diagnósticos, terapêutica efetuada e suas complicações.

Métodos: Estudo retrospectivo entre janeiro de 2003 e dezembro de 2014 dos processos clínicos relativos a crianças com diagnóstico de pancreatite aguda. Incluiu todas as crianças até aos 16 anos internadas por pancreatite aguda cumprindo critérios específicos (clínica sugestiva, hiperamilasemia / hiperlipasemia e/ou critérios imagiológicos).

Resultados: Identificaram-se nove casos de pancreatite aguda em oito pacientes, a maioria diagnosticada entre 2012 e 2014. A média de idade foi 9,5 anos. As etiologias encontradas foram idiopática, traumática, terapêutica anticonvulsivante, alteração mecânica/estrutural e fibrose quística. Praticamente todos os doentes apresentavam critérios clínicos e laboratoriais de pancreatite aguda, assim como critérios imagiológicos em ecografia abdominal. O tratamento médico consistiu em pausa alimentar, hidratação e analgesia. Na maioria das crianças foi restabelecida nutrição entérica nas primeiras 48 horas. Ocorreram complicações em dois casos, ambos pseudoquistos pancreáticos. Três crianças necessitaram de intervenção cirúrgica. Numa criança ocorreu recorrência da doença após dois meses. Não houve óbitos.

Discussão: A prática clínica em relação a diagnóstico e tratamento da pancreatite aguda no nosso hospital tem vindo ao encontro das normas de orientação clínica mais recentes. Verificou-se também um aumento do número de casos de pancreatite aguda, particularmente nos últimos anos do estudo.

Palavras-chave: Adolescente; Criança; Pancreatite Aguda; Pancreatite/diagnóstico; Portugal

Abstract

Introduction: Recent reports have suggested an increasing incidence of acute pancreatitis in children throughout the world. In our hospital, we have also observed more cases of acute pancreatitis in recent years. This case series aims to review cases of acute pancreatitis over a 12-year period in terms of aetiology, diagnostic methods, treatment and complications.

Patients and Methods: Clinical records of children diagnosed with acute pancreatitis between January 2003 and December 2014 were reviewed. We included all paediatric patients younger than 16 years old admitted in this period with a diagnosis of acute pancreatitis and fulfilling specific criteria (symptoms suggesting acute pancreatitis, elevated serum amylase/lipase and/or suggestive imaging findings).

Results: There were nine cases of acute pancreatitis in eight patients, most between 2012 and 2014. Mean age was 9.5 years. The following aetiologies were found: idiopathic, traumatic, anticonvulsant therapy, mechanical/structural and cystic fibrosis. Nearly all patients presented with clinical and laboratory criteria of the

disease, as well as echographic criteria. Medical treatment consisted of no enteral feeding, fluid support and analgesia. Most patients resumed enteral nutrition within 48 hours. Complications occurred in two cases, both pancreatic pseudocysts. Surgery was required in three children. Recurrent acute pancreatitis occurred in a child two months after the first episode. There were no deaths.

Discussion: Our clinical practice has been consistent with the most recent guidelines available for treatment of acute pancreatitis in children. We also report an increase in the number of cases of acute pancreatitis in children in our hospital, particularly in recent years.

Keywords: Acute Pancreatitis; Adolescent; Child; Pancreatitis/aetiology; Portugal

Introdução

A pancreatite aguda (PA) é uma patologia que causa lesão do parênquima pancreático, levando a inflamação, edema

e necrose.¹ Na maioria dos casos é autolimitada e reversível, porém, numa minoria dos casos, recorre sobre a forma de PA recorrente ou pancreatite crónica.¹

Esta patologia é considerada pouco frequente em crianças, todavia na última década têm surgido diversos relatos, particularmente em países não europeus,¹⁻⁹ de um aumento importante da incidência desta patologia em idade pediátrica, aproximando-a dos adultos. Estudos recentes realizados nos Estados Unidos estimam que a incidência desta patologia em crianças possa situar-se entre 3,6 a 13,2 casos de PA por 100 mil crianças anualmente,¹ permanecendo desconhecida a razão deste aumento.^{2,4}

Apesar do interesse crescente nesta patologia em idade pediátrica, pouco se sabe ainda sobre a sua história natural e a maioria das normas de orientação clínica diagnóstica e tratamento são extrapoladas dos adultos.^{1,3} É consensual que a etiologia e sintomatologia da PA em crianças diferem muito da dos adultos, havendo necessidade de adaptar os critérios clínicos.^{1,3} Nesse sentido foi criado recentemente o primeiro comité internacional para o estudo desta doença em idade pediátrica (*International Study Group of Pediatric Pancreatitis: In Search for a Cure*, INSPPIRE), o qual definiu critérios de diagnóstico para PA, PA recorrente e PA crónica em crianças (Tabela 1).³

Nos últimos três anos, no nosso hospital, registaram-se vários casos de PA. Desta forma, sentimos necessidade de rever esta patologia sob a forma de casuística, com o objetivo de rever os casos diagnosticados quanto à etiologia, métodos diagnósticos, terapêutica efetuada e suas complicações e verificar a conformidade da nossa prática clínica com as recomendações atuais.

Métodos

Estudo retrospectivo dos processos clínicos das crianças até aos 16 anos de idade, internadas entre janeiro de 2003 e dezembro de 2014 (12 anos) com o diagnóstico de PA, através da pesquisa dos processos clínicos eletrónicos com o código 577.0 (pancreatite aguda) referente ao ICD-9-CM.¹⁰ O hospital é privado, com um nível de cuidados equivalente a um hospital terciário, sem área de influência, recebendo sobretudo residentes na área metropolitana de Lisboa. Possui atendimento permanente de pediatria, sem necessidade de referência. O atendimento permanente de pediatria recebe crianças até aos 18 anos desde 2013 (até 2012 o limite de idade era de 16 anos). A média do número de admissões nos anos a que se refere esta casuística (2003 a 2014) foi de 44089 crianças por ano, não havendo diferença significativa entre anos deste estudo com exceção do primeiro ano (16890

doentes em 2003; 36539 a 48227 nos restantes anos).

Dos processos clínicos foram analisados dados correspondentes à etiologia, métodos diagnósticos usados, terapêutica efetuada e complicações atribuíveis a PA. Foram consideradas todas as crianças internadas com sintomatologia suspeita de PA, que apresentavam simultaneamente hiperamilasemia superior a três vezes o limite superior do intervalo normal e/ou critérios imagiológicos sugestivos de PA (Tabela 1). Analisou-se a distribuição por sexo e idade, ano de internamento, antecedentes familiares e pessoais relevantes, duração do internamento, forma de apresentação clínica da doença, nomeadamente a presença de dor abdominal e irradiação típica para a região lombar, vômitos e anorexia. Foram também analisados os valores máximos de amilase e lipase obtidos em internamento, os exames complementares de diagnóstico efetuados, a etiologia encontrada, o tratamento de cada caso, as complicações ocorridas e a presença de recorrência ou morte devido a PA. Foi feita uma análise descritiva dos dados encontrados, que estão resumidos na Tabela 2.

Resultados

Os casos clínicos identificados são resumidos na Tabela 2. No período considerado (12 anos) ocorreram nove internamentos por PA, que corresponderam a um total de oito crianças, cinco do sexo masculino e três do sexo feminino. A média de idade foi 9,5 anos (a criança mais nova tinha dois anos e a mais velha 15 anos). Seis internamentos ocorreram entre 2012 e 2014.

Dois doentes tinham antecedentes familiares de obesidade, uma criança tinha antecedentes familiares de PA litiasica em idade adulta e três crianças tinham pelo menos um dos progenitores com hipercolesterolemia. Duas crianças eram obesas, com um índice de massa corporal (IMC) entre 26,6 e 35 kg/m². Num caso havia história pessoal de epilepsia. Não houve casos de doentes com aparentes síndromes malformativos, autoimunes ou relacionados com ingestão de álcool. A ingestão de medicamentos potencialmente lesivos para o pâncreas verificou-se apenas num caso (Tabela 2).

Em todos os casos, a apresentação clínica inicial foi de dor abdominal tipo cólica, de localização periumbilical ou epigástrica, apenas se verificando irradiação típica “em cinturão” em duas crianças, sendo que as restantes não tinham qualquer irradiação. Todas apresentaram anorexia e prostração. Quatro referiram náuseas e vômitos. O exame objetivo revelou, em todos os casos, dor à palpação abdominal profunda dos quadrantes superiores, sem fatores de agravamento ou alívio. Na admissão,

numa criança era evidente o sinal de Cullen (equimose periumbilical). Um doente apresentou icterícia da pele e escleróticas e colúria durante o internamento, correspondendo à PA por quisto do colédoco. Nenhum apresentou febre como queixa inicial.

A média dos picos de amilasemia obtida foi 1203,6 U/L sendo que a lipasemia foi avaliada em cinco dos casos, com um valor máximo médio de 4320,7 U/L (valores de referência de amilasemia < 106 U/L; valores de referência de lipasemia 145-226 U/L). Apenas um caso não apresentou valores de amilase e lipase acima dos valores considerados, porém apresentava critérios clínicos, ecográficos e tomodensigráficos compatíveis com a hipótese diagnóstica de PA.

Foi avaliado também o perfil lipídico dos doentes. Uma

criança tinha hipertrigliceridemia, com um valor máximo de 419 mg/dL, e colesterol total de 158 mg/dL e lipidograma correspondendo ao fenótipo IV de Fredrickson (hiperlipidemia familiar combinada poligénica ou autosómica recessiva). O outro doente apresentava hipertrigliceridemia de 298 mg/dL com colesterol total de 137 mg/dL. Estes doentes tinham IMC elevado. Foi pedidoteste do suor em três crianças com PA idiopática, uma delas apresentava valor positivo de 77 mmol/L, tornando a fibrose quística a causa provável de PA. Não foi feito estudo genético para PA hereditária ou de doenças metabólicas associadas.

Foram pesquisados microrganismos potencialmente responsáveis por PA em três casos diagnosticados em 2013, internados na mesma semana e para os quais

Tabela 1. Definição clínica de pancreatite aguda e pancreatite aguda recorrente em idade pediátrica segundo estudo INSPPIRE³

Pancreatite aguda	Pancreatite aguda recorrente
Estão presentes dois de três critérios:	Pelo menos dois episódios distintos de PA, assim como:
- Dor abdominal sugestiva: aguda, particularmente da região epigástrica	- Resolução completa da dor (pelo menos um mês sem dor abdominal entre episódios de PA aguda)
- Amilasemia e/ou lipasemia igual ou superior a três vezes o limite superior do normal	Ou
- Critérios imagiológicos compatíveis com pancreatite aguda (através de ecografia abdominal, TC, RM ou CRM)	- Normalização dos valores de amilase e lipase séricas entre episódios de PA e resolução completa da dor abdominal independentemente do tempo ocorrido entre episódios de PA.

CRM - colangio-ressonância magnética; PA - pancreatite aguda; RM - ressonância magnética; TC - tomografia computadorizada.

Idade pediátrica considera-se quando primeiro episódio ocorre até aos 19 anos, inclusive.

Tabela 2. Resumo dos casos clínicos de pancreatite aguda diagnosticados de janeiro de 2003 a dezembro de 2014

Género	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino
Idade (ano diagnóstico)	15 anos (2003)	4 anos (2005)	4 anos (2007)	4 anos (2012)	10 anos (2013)	15 anos (2013)	13 anos (2013)	11 anos (2014)
AP relevantes	-	-	-	Epilepsia	IMC 26,6 kg/m ² , dislipidemia tipo IV	PA três meses antes	IMC 35 kg/m ²	-
AF relevantes	-	pai com HC	-	-	mãe celíaca, obesidade familiar	-	obesidade familiar	pai com PA litíase
Duração Internamento	42 dias	7 dias	36 dias	9 dias	7 dias	6 dias	11 dias	10 dias
Clínica	Dor periumbilical sem irradiação Vómitos Prostração Sinal Cullen	Dor periumbilical sem irradiação Vómitos Prostração	Dor periumbilical Prostração Náuseas Vómitos	Dor periumbilical sem irradiação Anorexia Prostração	Dor epigástrica sem irradiação Vómitos Anorexia	-	Dor periumbilical sem irradiação	Dor epigástrica "em cinturão" Anorexia
Amilasemia/lipasemia máximas (U/L)	888/-	1066/-	2119/2620	107/561	1109/6518	1277/7821	1728/4697	996/6180
Etiologia	Traumática	Mecânico-estrutural (quisto do colédoco)	Traumática	Tóxica	Idiopática	Recorrente idiopática	Idiopática	Idiopática
Complicações	Pseudoquisto pancreático	-	Pseudoquistos pancreáticos	-	-	-	-	-

AP - antecedentes pessoais; AF - antecedentes familiares; ECD - exames complementares de diagnóstico; HC - hipercolesterolemia; HT - hipertrigliceridemia; IMC - índice de massa corporal; PA - pancreatite aguda.

não existia causa aparente de PA, e também no caso diagnosticado em 2014. As serologias incluíram os vírus herpes, vírus respiratório e outros (hepatite A, paramixovírus, enterovírus, coxsackie A e B e echovírus), assim como *Mycoplasma pneumoniae*. Os resultados foram negativos para todos os agentes. Não foi também identificado nenhum agente nos exames culturais realizados (hemocultura e coprocultura).

Foi efetuada ecografia abdominal em todos os doentes, que demonstrou critérios sugestivos de pancreatite aguda em sete dos oito doentes. O exame ecográfico revelou laceração do istmo pancreático nos dois casos com traumatismo abdominal e impossibilidade de visualização do pâncreas por interposição gasosa num caso. A ecografia mostrou também dilatação da via biliar principal numa criança. Em nenhum dos casos foi relatada a presença de litíase ou lama biliar. A tomografia computadorizada (TC) abdominal foi efetuada em seis casos, revelando achados sugestivos de PA em todos eles, confirmando as alterações anteriormente descritas na ecografia abdominal. Revelou também a presença de pseudoquistos pancreáticos em duas crianças. Recorreu-se à colangio-ressonância magnética (CRM) em quatro crianças. Num caso pretendeu-se melhor caracterizar a alteração das vias biliares sugerida por ecografia abdominal, revelando a presença de quisto do colédoco; noutro caso foi feita no contexto de PA recorrente idiopática e não revelou alterações. Nos casos de PA traumática foi também feito este exame para melhor esclarecimento anatómico da extensão das lesões.

Etiologicamente, em dois casos, a causa atribuída à PA foi traumática (ambos por acidente de bicicleta), um caso foi provavelmente secundário a terapêutica anti-convulsivante (levetiracetam), outro caso classificado como secundário a alteração mecânico-estrutural por quisto do colédoco, um caso foi classificado com provavelmente secundário a fibrose quística, e três casos não revelaram causa provável e foram classificados como idiopáticos.

O tratamento médico consistiu em pausa alimentar, hidratação e analgesia em todos os casos. A analgesia usada foi não-opioide (paracetamol endovenoso, cetorolac e ibuprofeno). Antibioterapia foi opção nos dois casos de PA traumática, no contexto clínico de febre e aumento dos parâmetros bioquímicos sugestivos de infeção bacteriana durante o internamento. Num dos casos substituiu-se a terapêutica com levetiracetam por clobazam.

Foi usada nutrição parentérica em dois doentes. Num teve uma duração de 15 dias, tendo sido reintroduzida nutrição entérica por sonda duodenal (devido a intolerância de nutrição entérica por sonda nasogástrica). Em quatro doentes, após 48 horas de pausa alimentar, foi

reintroduzida com sucesso a nutrição entérica com dieta hipolipídica fracionada e, posteriormente, dieta sem restrições. Noutro doente foi reintroduzida nutrição entérica ao fim do quinto dia de internamento com boa tolerância. Em nenhum caso se usaram agentes antioxidantes ou suplementos vitamínicos.

A média de duração do internamento foi de 15,4 dias, sendo que seis destas crianças estiveram internadas menos de 11 dias e duas mais de 30 dias, correspondendo estas últimas aos casos de PA traumática.

Ocorreram complicações tardias nos dois casos de PA traumática, ambos pseudoquistos pancreáticos. Foi feita drenagem percutânea com sucesso nos dois doentes. Um terceiro doente foi intervencionado para excisão de quisto do colédoco, inicialmente por drenagem endoscópica, que foi convertida a quisto jejunostomia.

Em nenhum caso houve preenchimento dos critérios de gravidade do Midwest Multicenter Pancreatic Study Group (na admissão: idade <7 anos, peso >23 kg, leucocitose >18500/μL, desidrogenase láctica >2000 U/L; nas 48 horas seguintes: calcemia < 8,3 mg/dL, albuminemia > 2,6 g/dL, retenção de fluidos > 75 mL/kg/48 horas e aumento de ureia > 5 mg/dL),¹¹ logo nenhum doente teve necessidade de transferência para uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. Não houve nenhum caso de morte devido a PA ou patologias associadas.

Seis crianças foram orientadas para a consulta de gastroenterologia pediátrica e três para a consulta de cirurgia pediátrica. Apenas um doente não compareceu na consulta programada, tendo abandonado o seguimento neste hospital.

Até à data apenas um caso de PA aguda recorreu, três meses após o episódio inicial, que permanece classificado como idiopático, embora se trate de uma criança obesa e com dislipidemia tipo IV. O tempo mínimo de seguimento destes doentes foi de um ano e meio.

Discussão

Nos últimos anos parece haver um aumento significativo da incidência de PA em crianças em todo o mundo, sendo relatos maioritariamente provenientes dos Estados Unidos, México e Austrália.⁹ Este aumento é cada vez mais consensual, desconhecendo-se as suas verdadeiras razões.¹⁻⁸ O interesse crescente nesta patologia com a consequente inclusão da lipasemia e amilasemia nas avaliações analíticas iniciais da dor abdominal pode explicar, na nossa opinião, este fenómeno no nosso hospital. Existem estudos interessantes efetuados com grandes amostras pediátricas,⁸⁻¹³ que tentam correlacionar o interesse crescente nesta patologia com a

consequente requisição de avaliação analítica dirigida a PA, alguns com resultados estatisticamente significativos. O único estudo português publicado recentemente sobre PA na idade pediátrica¹³ não revelou um aumento estatisticamente significativo do número de casos ao longo dos 10 anos do estudo. Tal facto, na nossa opinião, reforça a importância da existência de estudos multicêntricos no sentido de melhor caracterizar a epidemiologia desta patologia rara no nosso país.

A média de idades encontrada na nossa casuística foi 9,5 anos e situa-se ligeiramente abaixo dos estudos de referência com grandes amostras.^{4,8,13} Porém, a faixa etária estudada incluiu jovens até aos 21 anos, o que pode explicar em parte essa discrepância.⁸

Documentou-se um IMC elevado em dois doentes, o que motivou uma investigação mais aprofundada do seu perfil lipídico. A correlação entre o IMC e PA foi sugerida pela primeira vez em 2011 num estudo multicêntrico envolvendo 271 casos, relatando a existência de 60,2% de casos em que o IMC se situava acima do percentil 85 para a idade e sexo.⁸ Mais estudos serão necessários para esclarecer se este indicador constitui um fator de risco relevante para esta patologia, mas de referir que, neste grupo de doentes, o único caso de recorrência se verificou numa criança obesa e com dislipidemia.

A média de tempo de internamento no nosso grupo de doentes foi 15,4 dias, consistente com os achados de casuísticas portuguesas e europeias.^{5,13} Os três internamentos mais prolongados ocorreram nas crianças submetidas a intervenção cirúrgica. Está descrito que os casos de PA traumática têm maior morbidade do que as restantes etiologias.^{6,15} Os seis casos de PA de causa médica tiveram uma mediana de internamento de 9,5 dias, semelhante ao estudo referido,⁸ sendo estes representativos dos dias que podem ser efetivamente atribuídos à PA e não a complicações da doença.⁸

Clinicamente, os sintomas mais comuns foram dor abdominal, maioritariamente periumbilical ou epigástrica, sem irradiação, tal como é descrito por outros autores,^{7,9} sendo rara a descrição clássica “em cinturão” em idade pediátrica. A prevalência de náuseas e vômitos, anorexia e prostração foi a esperada (40-80%) de acordo com os estudos de grandes amostras.¹⁻³ O aumento da amilase superior a três vezes o limite superior do normal foi um dado laboratorial importante para o diagnóstico, verificando-se um pico máximo tanto desta como da lipase nas primeiras 48 horas de internamento.

O papel da avaliação imagiológica no diagnóstico inicial de PA em crianças é questionado pelos estudos mais recentes, pois não é indispensável se estiverem presentes os outros dois critérios diagnósticos.³ O que é consensual é o facto de a ecografia abdominal ser o exame

de eleição, pois para além de não submeter a criança a radiação, é fiável para afirmação do diagnóstico e permite excluir outras causas de abdómen agudo mais prevalentes na idade pediátrica. É superior à TC também na deteção de litíase biliar como causa de PA.^{1-3,5,6} Na nossa série de casos quase todas as crianças apresentavam achados sugestivos de PA na ecografia abdominal, havendo raramente a existência de interposição gasosa ou dúvidas diagnósticas que justificassem o recurso a TC abdominal. Foi feito estudo complementar com CRM em quatro casos, permanecendo útil quando é necessária uma visualização mais detalhada das vias biliares por alterações sugeridas por ecografia,¹⁶ tal como ocorreu na criança com quisto do colédoco.

Nesta revisão, o diagnóstico da PA idiopática foi o mais frequente (67%). O trauma foi a segunda causa mais comum, em ambos os casos por acidente de bicicleta causado pelo impacto do guiador na parede abdominal. Num estudo retrospectivo que envolveu 91 crianças refere-se este tipo de acidente como o principal causador de lesões ductais de alto grau associadas de PA traumática em crianças.¹⁵ As alterações mecânico-estruturais, apesar de não se encontrarem entre as causas mais frequentemente descritas na literatura, foram responsáveis por um caso na nossa casuística. Curiosamente nenhum caso foi devido a litíase ou lama biliar, tendo esta causa sido a maioritária num outro estudo, em contraponto com apenas 5% de PA idiopática.¹³ No entanto, nos estudos de maiores dimensões,⁸ as causas idiopáticas surgem como terceira etiologia mais frequente, aproximando estes resultados da nossa amostra de doentes, e justificando a existência de cada vez mais autores a sugerirem a inclusão deste diagnóstico diferencial em doentes com dor abdominal que não tenham doença biliar.

A terapêutica de suporte com pausa alimentar e analgesia foi eficaz na maioria dos casos, reservando-se o uso de antibióticos para situações de suspeita de sobreinfecção bacteriana. A instituição de nutrição entérica precoce é consensualmente indicada na PA de qualquer gravidade em idade pediátrica, porém estes dados foram extrapolados de estudos em adultos, havendo necessidade, na nossa opinião, de definir de forma mais objetiva o termo precoce. Este constitui um dos objetivos do estudo INSPPIRE,³ cujo painel de peritos pretende estabelecer normas de orientação e terapêutica específicas para PA nesta faixa etária. A prática de instituir antibioticoterapia profilática nos casos de PA está indiscutivelmente ultrapassada.²

O seguimento destes doentes na consulta de subespecialidade de gastroenterologia pediátrica visa principalmente vigiar complicações e eventual progressão da

doença - particularmente nos casos recorrentes - para pancreatite crônica.²

A prática clínica em relação a diagnóstico e tratamento da PA e PA recorrente no nosso hospital tem, ao longo dos últimos 12 anos, vindo ao encontro das normas de orientação clínica mais recentes. A maioria dos casos foi diagnosticada nos últimos três anos do estudo. Apesar de rara nesta faixa etária, no nosso país, tal como no resto do mundo, existe um interesse crescente nesta

patologia, e talvez essa possa ser uma das razões do aparente aumento da incidência.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Correspondência

Ana Luísa Mendes
analuisamendes@gmail.com

Recebido: 28/04/2015

Aceite: 06/03/2016

O QUE ESTE ESTUDO TRAZ DE NOVO

- Apesar de permanecer uma patologia rara, tem-se verificado um aumento do número de casos de pancreatite aguda em idade pediátrica em todo o mundo, apesar das suas razões permanecerem desconhecidas.
- Foi criado recentemente o primeiro comité internacional para estudo da doença, que definiu critérios de diagnóstico específicos da doença em idade pediátrica
- A clínica e as etiologias principais diferem na idade pediátrica em relação aos adultos.
- A maioria dos nossos doentes apresentava a tríade dor abdominal, aumento amilaseia/lipaseia e alterações ecográficas na avaliação inicial. A irradiação “em cinturão” é muito rara nesta faixa etária e pode haver alguma relação entre esta doença e IMC elevado.
- A terapêutica de suporte com pausa alimentar e analgesia é eficaz na maioria dos casos, sendo recomendada a instituição de nutrição entérica precoce, sendo desejável definir o termo precoce de forma mais objetiva.

Referências

1. Abu-El-Haija M, Lin TK, Palermo J. Update to the management of pediatric acute pancreatitis: Highlighting areas in need of research. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58:689-93.
2. Bai HX, Lowe ME, Husain SZ. What have we learned about acute pancreatitis in children? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;52:262-70.
3. Morinville VD, Husain SZ, Bai H, Barth B, Alhosh R, Durie PR, et al. Definition of pediatric pancreatitis and survey of present clinical practices. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;55:261-5.
4. Werlin SL, Kugathasan S, Frautschy BC. Pancreatitis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37:591-5.
5. Maluenda Carrillo C, Valverde Moreno F, BodasPinedo A, Luján A, Borraz Torca JJ, López CG. Pancreatitis: Revisión de los últimos 10 años. *An Pediatr* 2003;58:438-42.
6. Mekitarian Filho E, Carvalho WB, Silva FA. Acute pancreatitis in pediatrics: A systematic review of the literature. *J Pediatr* 2012;88:101-114.
7. Benifla M, Weizman Z. Acute pancreatitis in childhood: Analysis of literature data. *J Clinical Gastroenterol* 2003;37:169-72.
8. 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.
9. Srinath AI, Lowe ME. Pediatric pancreatitis. *Pediatr Rev* 2013;34:79-89.
10. Buck CJ. American Medical Association. 2014 ICD-9-CM for hospitals, volumes 1,2, & 3. Professional Edition. St. Louis: Elsevier; 2014.
11. DeBanto JR, Goday PS, Pedroso MR, Iftikhar R, Fazel A, Nayyar S, et al. Acute pancreatitis in children. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1726-31.
12. Morinville VD, Barmada MM, Lowe ME. Increasing incidence of acute pancreatitis at an American pediatric tertiary care center: Is greater awareness among physicians responsible? *Pancreas* 2010;39:5-8.
13. Antunes H, Nascimento J, Mesquita A, Correia-Pinto J. Acute pancreatitis in children: A tertiary hospital report. *Scand J Gastroenterol* 2014;49:642-7.
14. Campos EM. Da classificação dos fenótipos de Fredrickson perfis - das lipoproteínas - ao entendimento dos genótipos. *Acta Med Port* 2005;18:189-98.
15. Sutherland I, Ledder O, Cramer J, Nydegger A, **Affiliated with** Department of Gastroenterology and Clinical Nutrition, Royal Children's Hospital Catto-Smith A, Cain T, et al. **Affiliated with** Department of Radiology, Royal Children's Hospital Pancreatic trauma in children. *Pediatr Surg Int* 2010;26:1201-12.
16. Lehman GA. Acute recurrent pancreatitis. *Can J Gastroenterol* 2003;17:381-3.