

Cirugía y Cirujanos

Volumen 71
Volume

Número 6
Number

Noviembre-Diciembre 2003
November-December 2003

Artículo:

Comentario al trabajo: “Pancreatitis aguda en pediatría. ¿Es lo mismo que en el adulto?”

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Comentario al trabajo: Pancreatitis aguda en pediatría. ¿Es lo mismo que en el adulto?

Acad. Dr. Manuel Gil-Barbosa*

Desde el mismo título del trabajo que esta noche nos presenta el Académico Baeza Herrera, se hace implícita una vieja pregunta de difícil y siempre polémica respuesta y que ya desde el clásico libro de *Cirugía pediátrica* del Dr. Robert E. Gross en el siglo pasado, refiere el medieval aforismo de Sir Lancelot Barrington quien afirma: "un adulto puede ser adecuadamente tratado como un niño, pero tratar a un niño como un adulto suele ser desastroso"⁽¹⁾. Si bien es totalmente cierto que nuestra especialidad emana de la cirugía general, cuna de todas las acciones y quehaceres quirúrgicos hasta la actualidad, trabajos como el que acabamos de escuchar nos vuelven a hacer reflexionar sobre lo mucho que aún se tiene que aprender, observar e investigar en ciertas entidades que como la pancreatitis constituyen básicamente enfermedades propias del adulto y, como ya se ha mencionado, poco frecuentes en pediatría.

El académico Baeza Herrera señala muy adecuadamente que el objetivo del presente estudio no es comparar, sino contrastar la etiopatogenia y evolución de dos grupos de pacientes con pancreatitis. No se podría en estricto rigor científico comparar grupos totalmente disímbolos y que ya desde sus primeros resultados esta aseveración se hace patente: en nueve meses se atendieron 47 pacientes adultos y aunque el escrito no lo constata, los 50 niños con pancreatitis se debieron haber tratado en varios años. Durante todo el año 2002 en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, se registraron solamente 12 casos de pancreatitis, lo cual confirma su infrecuencia en menores de 18 años⁽²⁾. Otro resultado señala que en el adulto cerca de 70% fueron hombres y en el presente estudio 60% pertenecieron al sexo femenino.

Una gran diferencia entre el niño y el adulto es la etiopatogenia de la pancreatitis, mientras en el segundo las causas de origen biliar, la ingesta excesiva de alcohol y desde luego el traumatismo comprenden más de 90% de todos los casos, en el menor de 15 años se reportan de 35 a 50% de ocasiones el origen como desconocido o idiopático⁽³⁾, hecho desde luego que en muchos casos no revela más que la falta de una investigación exhaustiva del paciente y que da por consiguiente una mayor relevancia a este trabajo, en donde solamente seis niños, es decir 12%, la causa de la enfermedad fue considerada como tal. El traumatismo, la falla orgánica multisistémica y el antecedente de la ingesta de drogas facilitan el diagnóstico de pancreatitis en pediatría. Llama fuertemente la atención en esta casuística que en 10% se atribuya al ácido valproico la génesis de la patología, cuando tradicionalmente se ha considerado a los hormonales, diuréticos, sulfonamidas y otros tóxicos como los principales responsables de desencadenar la activación intraacinar de tripsina, calicreína y otras enzimas proteolíticas que promueven la digestión y necrosis del órgano⁽⁴⁾, por lo que se hace necesario un mayor seguimiento e investigación con la administración y farmacodinamia de este medicamento en otros pacientes que requieran de su uso.

Si bien es cierto que el dolor abdominal, la náusea y el vómito constituyen la tríada fundamental del diagnóstico de pancreatitis tanto en el niño como en el adulto, en los menores el dolor puede localizarse en el bajo abdomen, pocas ocasiones se radia a la espalda, este dolor es difuso y la ausencia de peristalsis es la regla, reportándose en otras series que incluso ha llegado a confundirse con una simple gastroenteritis; el signo de Grey Turner en los flancos o el de Cullen en el ombligo casi nunca aparece⁽⁵⁾. Los estudios de urgencia en el niño tienen también un valor relativo en estos casos, la leucocitosis indica infección, la amilasa y la lipasa suelen permanecer en límites normales y se ha mencionado que la tripsina catiónica quizás sea uno de los marcadores más sensitivos de la pancreatitis en el infante y el adolescente. Tal vez con un mayor tiempo de evolución y de no decidirse por un diagnóstico que presumiblemente requiera una cirugía de urgencia, los estudios imagenológicos y endoscópicos u otras pruebas estimulantes de la secreción pancreática puedan afinar el diagnóstico y hasta valorar el pronóstico conforme a los criterios de Ranson o APACHE II al igual que en el adulto, por todo

* Director, Centro Médico Pediátrico. Puebla, Pue.

Solicitud de sobretiros:
Acad. Dr. Manuel Gil-Barbosa
5 Sur No. 5305,
72440
Puebla, Puebla.

Recibido para publicación: 03-10-2003.
Aceptado para publicación: 24-10-2003.

ello la equivocación que confiesa con probidad el Académico Baeza Herrera, fundamentalmente con la apendicitis es totalmente aceptable.

Aun cuando en este trabajo se reporta 88% de pacientes operados al igual que el grupo de adultos con quienes se contrasta el estudio, los principios terapéuticos señalados para el manejo de la pancreatitis del niño son congruentes con los escasos reportes que existen en la literatura para esta edad: el aporte de líquidos y electrólitos, la medicación antiálgica, los requerimientos nutricionales adecuados, el drenaje gástrico o pleural en casos necesarios, siendo la antibióticoterapia indispensable ante la presencia o simplemente sospecha de una infección que en muchos casos llega a constituir una verdadera septicemia⁽⁶⁾. Finalmente comulgamos con el autor en la poca o nula indicación quirúrgica en casos de pancreatitis en pediatría, salvo los de origen litiasico o malformación congénita que cause obstrucción pancreaticobiliar o duodenal.

Me congratulo en felicitar al Académico Baeza Herrera por la elaboración y presentación de este trabajo, por las dificultades que conlleva especialmente en esta patología la

investigación retrospectiva en nuestro medio, por hacernos ver la diferencia que existe entre la pancreatitis del niño y la del adulto, y en forma personal por la honradez en dar a conocer su casuística y resultados, ciertamente la más grande a nivel nacional y que proporciona un gran aporte a la cirugía pediátrica.

Referencias

1. Gross RE. Cirugía infantil. Principios técnicos. Barcelona, España: Salvat;1956.
2. Gil VM (comunicación personal). Servicio de Cirugía Pediátrica. México: Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.
3. Lerner A, Branski D, Lebenthal E. Pancreatic diseases in children. Pediatr North Am 1996;43:125-156.
4. Karne S, Gorelick FS. Etiopathogenesis of acute pancreatitis in children. Surg Clin North Am 1999;79:699-710.
5. Weizman Z. Acute pancreatitis. In: Wyllie R, Hyams JS, editors. Pediatric gastrointestinal disease. Philadelphia, PA, USA: WB Saunders Co.; 1993.pp.873-879.
6. Tagge EP, Tarnashky PR, Chandler J, et al. Multidisciplinary approach to the treatment of pediatric pancreaticobiliary disorders. J Pediatr Surg 1997;32:158-164.

