Revista Ecuatoriana de Pediatría
Editorial: Sociedad Ecuatoriana de Pediatría (Núcleo de Quito, Ecuador)
Tipo de estudio: Reporte de Caso
Área de estudio: Pediatría
Páginas: 40-46
Codígo DOI: https://doi.org/10.52011/RevSepEc/e308
URL: https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/308

Reporte de Caso

Páncreas Divisum como causa de pancreatitis aguda recurrente en pediatría: reporte de un caso

Pancreas Divisum as a cause of pediatric acute recurrent pancreatitis: a case report

Andrea Restrepo Hincapié[1]; Susana Villanueva Arteta[1]; Carlos Aguirre Acevedo[1]; Ricardo Orozco Ferro[1]

RESUMEN

La pancreatitis aguda es una condición inflamatoria reversible del parénquima pancreático, con un curso clínico variable, pues la activación de las enzimas pancreáticas en su interior produce un daño tisular que puede ir desde un compromiso local hasta un compromiso sistémico potencialmente mortal. La prevalencia de pancreatitis aguda en la infancia ha aumentado durante las últimas décadas y el páncreas divisum se considera una de las causas de pancreatitis aguda recurrente. Sin embargo, algunos pacientes con esta anomalía son asintomáticos por lo que la relevancia clínica de esta variante anatómica sigue siendo controversial. Presentamos el caso de una paciente femenina de 11 años de edad con antecedentes de pancreatitis aguda y diagnóstico posterior de páncreas divisum. Este reporte de caso tiene como objetivo describir la importancia del diagnóstico temprano de la pancreatitis aguda recurrente para una intervención oportuna que limite la progresión a pancreatitis crónica.

Palabras clave: Páncreas divisum, Pancreatitis, Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

ABSTRACT

Acute pancreatitis is a reversible inflammatory condition of the pancreatic parenchyma with a variable clinical course, since activation of pancreatic enzymes within the gland, leading to a tissue injury that can range from local involvement to life-threatening systemic compromise. Prevalence of childhood acute pancreatitis has been increasing during recent decades and pancreas divisum is considered one of the causes of acute recurrent pancreatitis. However, in some patients with this anomaly are asymptomatic. The clinical relevance of this anatomic variant remains controversial. We present the case of an 11-year-old female patient with a history of acute pancreatitis and subsequent diagnosis of pancreas divisum. This case report aims to describe

1. Universidad Libre Seccional Barranquilla, Colombia.

Andrea Restrepo Hincapié https://orcid.org/0009-0005-8067-4367
Susana Villanueva Arteta https://orcid.org/0009-0009-1169-8372
Carlos Aguirre Acevedo https://orcid.org/0000-0001-8653-9987
Ricardo Orozco Ferro https://orcid.org/0000-0003-1006-3067

Correspondencia: Andrea Restrepo Hincapiéni; Universidad Libre Seccional Barranquilla. Cra. 51B #135 -100, Sabanilla Montecarmelo, Barranquilla, Atlántico, Colombia. andreacrisrh@gmail.com

Recibido: 10/feb/2025 - Aceptado: 12/sep/2025 - Publicado: 29/agos/2025

the importance of early diagnosis of acute recurrent pancreatitis for timely intervention to limit the progression to chronic pancreatitis.

Keywords: Pancreas divisum, Pancreatitis, Endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

Introducción

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio, la mayoría de veces agudo y difuso, secundario a una activación intraparenquimatosa de las enzimas pancreáticas, con una afectación sistémica importante. El diagnóstico de pancreatitis aguda en pediatría se basa en una combinación de síntomas clínicos compatibles, alteración en las enzimas pancreáticas y/o hallazgos sugestivos en estudios de imagen (1, 2).

Por otro lado, la pancreatitis aguda recurrente se diagnostica retrospectivamente después del segundo episodio de pancreatitis aguda y básicamente son episodios repetidos de dicha patología (3). Esta complicación se presenta entre un 10 a 35% de los casos, siendo algunas mutaciones genéticas y las alteraciones anatómicas las etiologías más documentadas en los pacientes pediátricos. Lo que contrasta con lo observado en la población adulta donde las principales causas de pancreatitis aguda recurrente están asociadas con factores como el alcohol, el tabaco y los cálculos biliares (4, 5).

El páncreas divisum sigue siendo la variante anatómica más frecuente del páncreas, sin embargo, su papel como desencadenante de pancreatitis aguda recurrente y su progresión a pancreatitis crónica en pediatría aún es motivo de estudio, pues la mayoría de los pacientes son asintomáticos (6).

Se presenta el caso de una paciente femenina de 11 años de edad con diagnóstico de pancreatitis aguda recurrente y antecedente patológico de pancreatitis aguda a los 5 años de edad, sin precisar etiología precisa en aquel entonces. Se realiza tomografía contrastada de abdomen con diagnóstico de páncreas divisum el cual es confirmado con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). El objetivo de este reporte de caso es describir como la pancreatitis aguda aunado a una alteración anatómica, sin un diagnóstico oportuno, puede evolucionar a estadios más avanzados de la enfermedad.

Caso Clínico

Paciente femenina de 11 años de edad, con antecedente de pancreatitis aguda a los 5 años (primer episodio) sin otros antecedentes de importancia, que consulta a urgencia por cuadro clínico de 12 horas de evolución consistente en dolor intenso en la parte superior del abdomen, tipo urente, acompañado de múltiples episodios eméticos. A la valoración inicial paciente con dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal.

Se realizaron paraclínicos en suero los cuales evidencian hemograma con leucocitosis para la edad a expensas de neutrófilos y enzimas pancreáticas muy por encima de los valores normales. A continuación se describen los valores de dichos laboratorios:

- Hemograma: Leucocitos 18.800/uL Neutrófilos 17.540/uL Hemoglobina 14,5 gr/dL, Hematocrito 41,8%, Plaquetas 218.000/uL.
- Amilasa 1.140 U/L (Valor de referencia: 100-300 U/L)
- Lipasa 987 U/L (Valor de referencia: 0-160 U/L)

En cuanto a estudios de imágenes se obtuvieron los siguientes reportes:

- Ecografía abdomen total: Dilatación de la vía biliar extrahepática y del conducto pancreático, además presencia de líquido en fondo de saco posterior.
- Tomografía de abdomen con contraste: Hallazgos compatibles con páncreas divisum con dilatación del conducto Wirsung y Santorini, así como del colédoco sin evidencia de imágenes litiásicas;

pancreatitis aguda que sugieren necrosis con menos del 30% de extensión; ascitis abdomino-pélvica (Figura 1).

- Colangiografía con resonancia nuclear magnética: Colédoco levemente dilatado en su tercio proximal con máximo diámetro de 6,7 mm y dilatación del conducto pancreático en todo su segmento, alcanzando máximo diámetro a nivel del cuerpo de 5,7 mm. El páncreas esta engrosado en todo su segmento, de aspecto heterogéneo difuso, con cambios inflamatorios circundantes sin evidencia de colecciones líquidas (Figura 2 y 3).

Con estos hallazgos clínicos y paraclínicos, se establece diagnóstico de pancreatitis aguda recurrente secundario a probable alteración anatómica, por lo que el equipo médico tratante establece las medidas iniciales para contrarrestar la inflamación, siguiendo los lineamientos estandarizados para el manejo de esta patología. A la paciente se le realiza una CPRE en la que se documentó colédoco dilatado (8-9 mm de diámetro) con defectos de llenado irregulares móviles en su tercio inferior (barro biliar); páncreas divisum donde se evidencia conducto colédoco y conducto pancreático confluyen de manera distal. De igual manera describen intento de canulación de la papila duodenal menor la cual no es posible por riesgo de perforación y sugieren de acuerdo a evolución clínica la repetición de este estudio. Cabe resaltar que posterior a la realización de la CPRE, la paciente presenta como complicación una agudización del cuadro clínico inicial dado por intensificación del dolor abdominal el cual ya estaba en resolución y elevación de las enzimas pancreáticas teniendo en cuenta descenso significativo en controles previos (Tabla 1).

Paciente requirió mayor tiempo de estancia hospitalaria hasta mejoría clínica y normalización de paraclínicos. Finalmente es dada de alta con recomendaciones de dieta, control de enzimas pancreáticas y seguimiento ambulatorio por servicio de gastroenterología pediátrica.

Discusión

La pancreatitis aguda recurrente se define como la presencia de al menos dos episodios diferentes de pancreatitis aguda, para que esto se cumpla el paciente debe presentar resolución completa del dolor, con un mínimo de un mes de duración entre ambos eventos y la normalización completa de los niveles séricos de enzimas pancreáticas antes del próximo evento de pancreatitis aguda independientemente del intervalo de tiempo entre los dos episodios (7). La pancreatitis aguda recurrente es secundaria a causas multifactoriales, pues se han reportado alteraciones genéticas, obstructivas, metabólicas, autoinmunes entre otros factores de riesgo que condicionan hospitalizaciones donde los enfoques diagnósticos y terapéuticos son limitados (8).

El páncreas divisum es la variante anatómica congénita más frecuente del páncreas, se encuentra entre un 5 a 10% de la población y se caracteriza por la ausencia de fusión entre los conductos ventral y dorsal durante la embriogénesis. Si bien la mayoría de los pacientes con páncreas divisum suelen ser asintomáticos, se ha demostrado que en esta situación, hay un drenaje anómalo de las secreciones pancreáticas, donde la mayor parte se hace a través de la papila duodenal menor y el resto a través de la papila duodenal mayor, estableciendo así un factor de riesgo importante para la instauración de pancreatitis aguda recurrente (9).

En la cohorte del estudio multicéntrico internacional sobre pancreatitis en pediatría (INSPPIRE-2), se pudo demostrar que el tiempo aproximado de progresión desde un primer episodio de pancreatitis aguda, con evolución a pancreatitis aguda recurrente y finalmente pancreatitis crónica es menor a 4 años, por lo que se ha considerado que estos tres estadios son una continuidad de la enfermedad. En este mismo estudio se encontró que el páncreas divisum estuvo presente en 52 de 359 pacientes con pancreatitis aguda recurrente, lo que equivale a un 14,5% y no hubo una relación con los factores de riesgo genéticos (10).

Tabla 1. Enzimas pancreáticas control.

Parámetro	Control previo a CPRE	Control posterior a CPRE
Amilasa	151 U/L	365 U/L
Lipasa	170 U/L	306 U/L

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Figura 1. Tomografía axial computarizada de abdomen. Se evidencia páncreas aumentado de tamaño y dilatación del conducto pancreático (flechas rojas).

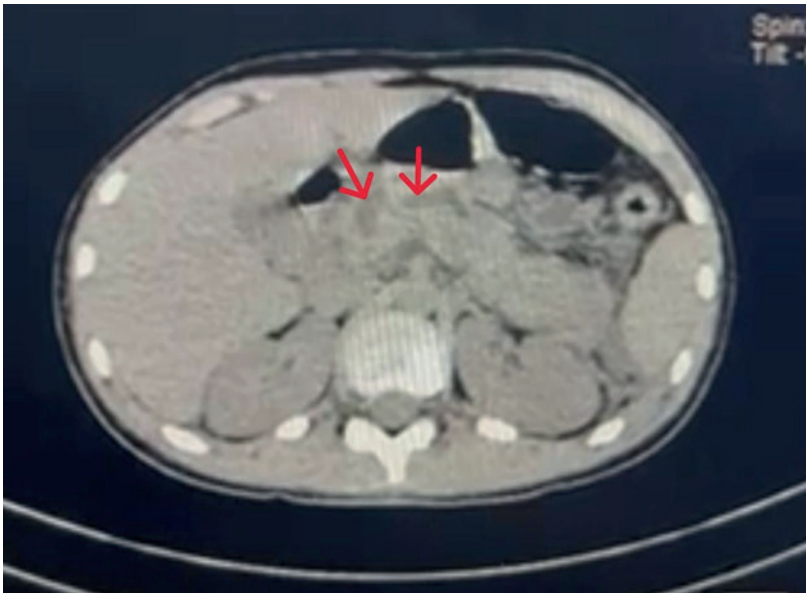


Figura 2. Colangiografía con resonancia nuclear magnética, plano coronal. En el lado A, se evidencia vía biliar, con dilatación de conducto pancreático y colédoco. El lado B corresponde a una ampliación de la imagen previamente descrita (señalada en color rojo) donde se delimita diámetro de colédoco en 6,7mm

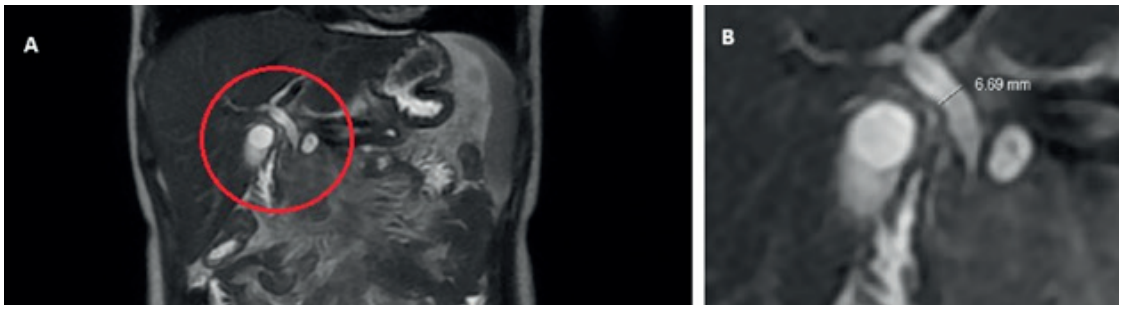
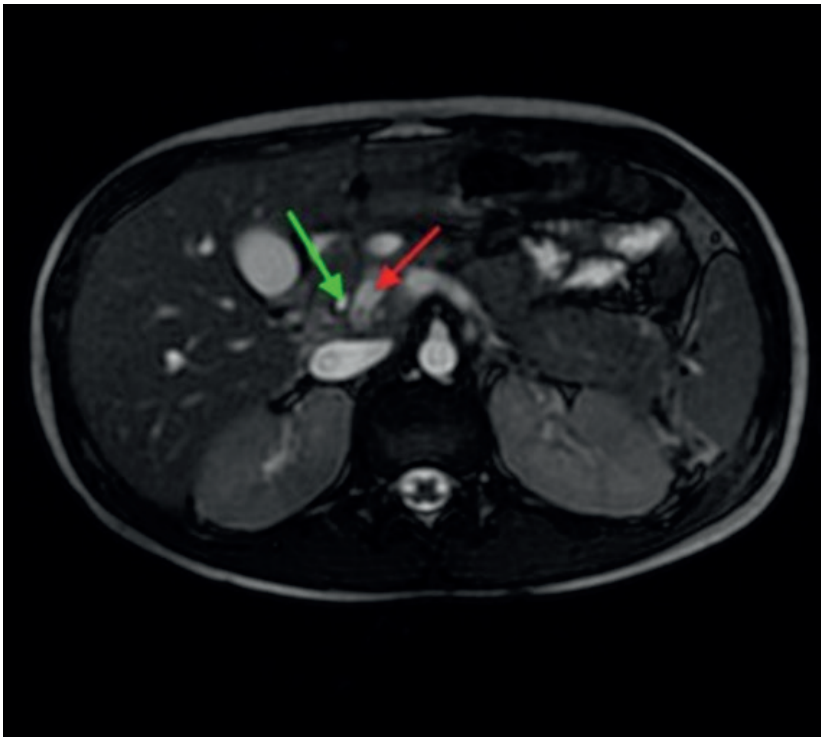


Figura 3. Colangiografía con resonancia nuclear magnética, plano axial. Se visualiza páncreas con engrosamiento, conducto colédoco (flecha verde) y conducto pancreático dilatado (flecha roja), sin embargo no se visualiza con claridad la entrada de ambos conductos.



En Argentina se recolectaron datos de pacientes pediátricos con pancreatitis aguda recurrente atendidos en un centro de referencia; la mayoría de los pacientes con este diagnóstico eran niñas con una mediana de edad de 11 años. El diagnóstico etiológico se pudo establecer en cuatro pacientes, en un caso se confirmó fibrosis quística, otro caso se asumió como pancreatitis autoinmune y en dos casos se pudo documentar malformación de la vía biliar a través de estudios de imagen, uno de ellos con hallazgo de páncreas divisum (11).

En México se recolectaron datos de pacientes atendidos en un centro de referencia con diagnóstico de pancreatitis aguda recurrente y pancreatitis crónica. La mediana de edad fue de 14 años, con una proporción similar de pacientes masculinos y femeninos. La principal etiología identificada correspondió a alteraciones anatómicas del conducto pancreático en un 32% de los casos donde el páncreas divisum fue la afección más prevalente, sin embargo en un 48% no se pudo identificar la causa (12).

En Colombia se analizaron 130 historias clínicas de pacientes con pancreatitis aguda y pancreatitis aguda recurrente en un centro de referencia pediátrico; dentro de los resultados se demostró una mayor proporción de pacientes de sexo femenino, con una media de edad de 11 años. Si bien las alteraciones anatómicas fueron la causa más común en un 29,6% de los casos, también hubo una proporción de 29,2% donde no fue posible identificar la causa. Llama la atención una asociación significativamente estadística entre la pancreatitis aguda recurrente y las etiologías farmacológicas y anatómicas. En este estudio el páncreas divisum no fue la etiología de origen anatómico más frecuente, como si lo fue el quiste de colédoco en un 25% de los casos (13).

La CPRE es considerada el estudio de elección para la confirmación de páncreas divisum y es de obligatoriedad en casos de pancreatitis aguda recurrente sin un diagnóstico etiológico claro. La ecografía endoscópica tiene una sensibilidad del 86% para diagnosticar páncreas divisum, incluso por encima de la tomografía (15%) y la colangiopancreatografía retrógrada magnéti-

ca (60%). Esta última es considerada una alternativa no invasiva para el diagnóstico y su rendimiento aumenta cuando se adiciona la hormona secretina (14, 15).

La CPRE, así como método diagnóstico, también se considera la opción terapéutica más factible en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda recurrente desencadenada por la presencia de un páncreas divisum, sin embargo en pediatría los informes sobre los resultados clínicos de la CPRE son muy limitados. En Estados Unidos se llevó a cabo un estudio donde se recopilaron datos de un centro de referencia pediátrico sobre la CPRE con esfinterotomía endoscópica de papila menor (mPES), en niños con diagnóstico de páncreas divisum y que hayan tenido episodios de pancreatitis aguda recurrente y pancreatitis crónica. En el estudio participaron 27 pacientes y se realizaron un total de 58 CPRE (dos procedimientos por pacientes en promedio). Los stents terapéuticos del conducto pancreático se colocaron de forma rutinaria para el tratamiento de la obstrucción ductal. Posterior a la CPRE terapéutica, se realizó un seguimiento telefónico donde se pudo demostrar la resolución de los síntomas en un 65% de los casos independientemente de la progresión a pancreatitis crónica, lo que contrasta con lo que se ha observado en la población adulta donde la respuesta a la endoterapia disminuye una vez se han establecido los cambios permanentes en el parénquima pancreático. La tasa de pancreatitis post-CPRE fue del 21% sin embargo esta descrito que la canulación y el tratamiento de la papila menor exige un mayor grado de complejidad. Este evento adverso se mantuvo en un margen aceptable teniendo en cuenta las características del estudio (16).

Finalmente en nuestra paciente no fue posible canular la papila duodenal menor, y posterior a la intervención, presentó datos compatibles con pancreatitis post-CPRE la cual resolvió satisfactoriamente por lo que se generó egreso hospitalario con control de paraclínicos y seguimiento por especialidades pertinentes.

Conclusión

Si bien, el páncreas divisum es una alteración anatómica relativamente frecuente, su hallazgo puede pasar desapercibido ya que la mayoría de los pacientes no van a desarrollar pancreatitis, es decir, su presencia no constituye una patología propiamente dicha. Sin embargo, aquellos pacientes en los que se diagnostican procesos inflamatorios pancreáticos en más de una ocasión deben ser estudiados con el fin de determinar la causa y de esta manera evitar la progresión a la cronicidad, teniendo en cuenta que los cambios irreversibles establecidos en edades tempranas, van a repercutir de manera negativa en la calidad de vida del paciente pediátrico con este padecimiento.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento

Se trabajó con fondos propios de los autores.

Contribución de autores

AH, SA, CA, RO: Concepción y diseño del trabajo.

AH, SA, CA, RO: Recolección de datos y obtención de resultados.

AH, SA, CA, RO: Análisis e interpretación de datos.

AH, SA, CA, RO: Redacción del manuscrito.

AH, SA, CA, RO: Revisión crítica del manuscrito.

AH, SA, CA, RO: Aprobación de su versión final

AH, SA, CA, RO: Aporte de paciente o material de estudio.

AH, SA, CA, RO: Obtención de financiamiento.

AH, SA, CA, RO: Asesoría estadística.

AH, SA, CA, RO: Asesoría técnica y administrativa

Aspectos Éticos

Este estudio de reporte de caso cuenta con la autorización formal y el consentimiento informado del paciente, garantizando la protección de su privacidad y el manejo confidencial de sus datos personales e imágenes clínicas de acuerdo con los principios éticos establecidos para la investigación médica.

Bibliografía

1. Gil Romea I, Deus Fombellida J, León Cinto C, Mozota Duarte J, Garrido Calvo A, Rivas Jiménez M, et al. Pancreatitis aguda. Med. integral. 2001; 38: 297-301.
2. Gómez D, Sánchez E, Montiel M. Pancreatitis aguda en pediatría. Rev. méd. sinerg. 2023; 8: e1088. https://doi.org/10.31434/rms.v8i8.1088
3. Testoni PA. Acute recurrent pancreatitis: Etiopathogenesis, diagnosis and treatment. World J Gastroenterol. 2014; 20:16891-16901. https://doi: 10.3748/wjg.v20.i45.16891
4. Vázquez R, Rivera Y, Aguayo AK, Alfaro JE, Argüello GA, Cadena JF, et al. Consenso de la Asociación Mexicana de Gastroenterología sobre el diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda en niñas, niños y adolescentes. Rev Gastroenterol Mex. 2023; 88:267-281. https://doi: 10.1016/j.rgmxen.2023.04.011
5. Yadav D, Hawes RH, Brand RE, Anderson MA, Money ME, Banks PA, et al. Alcohol consumption, cigarette smoking, and the risk of recurrent acute and chronic pancreatitis. Arch Intern Med. 2009; 169:1035-1045. https://doi:10.1001/archinternmed.2009.125
6. Belabbes FZ, Mounsif S, Faquir N, Cherkaoui Jaouad MR, Habi J, Rouibaa F. Pancreas divisum causing recurrent pancreatitis in a young patient: A case report. Radiol Case Rep. 2023 Jul 28;18:3535-3538. https://doi:10.1016/j.radcr.2023.07.028
7. Morinville VD, Husain SZ, Bai H, Barth B, Alhosh R, Durie PR, et al. Definitions of pediatric pancreatitis and survey of present clinical practices. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012; 55:261-265. https://doi: 10.1097/MPG.0b013e31824f1516
8. Ellery KM, Uc A. Recurrent Pancreatitis in Children: Past, Present, and Future. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2020;70:413-416. https://doi: 10.1097/MPG.0000000000002619
9. Murcio E. Pancreatitis aguda recurrente: abordaje y tratamiento endoscópico. Endoscopía. 2022; 34 111-116. https://doi: 10.24875/END.23000016
10. Gariepy CE, Ooi CY, Maqbool A, Ellery KM. Demographics and risk factors for pediatric recurrent acute pancreatitis. Curr Opin Gastroenterol. 2021;37:491-497. https://doi: 10.1097/MOG.0000000000000764
11. Mortarini MA, Hincapie Butto J, Basso S, Rocca A. Pancreatitis recurrente en pediatría: serie de casos. Arch Argent Pediatr. 2021;119:e222-e325. https://doi: 10.5546/aap.2021.e322
12. Argüello JA, García ES, Miranda AL, Blanco G. Clinical and paraclinical characteristics in pediatric patients with acute recurrent and chronic pancreatitis: a cohort in Mexico. Bol Med Hosp Infant Mex. 2023;80:122-128.https://doi: 10.24875/BMHIM.22000144
13. Fonseca EV, Guerrero R. Acute pancreatitis and recurrent acute pancreatitis: an exploration of clinical and etiologic factors and outcomes. J Pediatr (Rio J). 2019;95:713-719. https://doi: 10.1016/j.jped.2018.06.011
14. Lin TK, Abu-El-Haija M, Nathan JD, Palermo JP, Barth B, Bellin M, et al. Pancreas Divisum in Pediatric Acute Recurrent and Chronic Pancreatitis: Report From INSPPIRE. J Clin Gastroenterol. 2019;53:e232-e238. https://doi: 10.1097/MCG.0000000000001063
15. Kushnir VM, Wani SB, Fowler K, Menias C, Varma R, Narra V, et al. Sensitivity of endoscopic ultrasound, multidetector computed tomography, and magnetic resonance cholangiopancreatography in the diagnosis of pancreas divisum: a tertiary center experience. Pancreas. 2013;42: 436-441. https://doi: 10.1097/MPA.0b013e31826c711a
16. Lin TK, Pathak SJ, Hornung LN, Vitale DS, Nathan JD, Abu-El-Haija M. Clinical Outcomes Following Therapeutic Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in Children With Pancreas Divisum. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2021;72:300-305. https://doi: 10.1097/MPG.0000000000002996

Para referenciar aplique esta cita:
Restrepo Hincapie AC, Villanueva Arteta S, Aguirre Acevedo C, Orozco Ferro R. Páncreas Divisum como causa de pancreatitis aguda recurrente en pediatría: reporte de un caso. REV-SEP. 29 de agosto de 2025; 26(2):40-46. Disponible en: https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/308