

PANCREATITE AGUDA NA CRIANÇA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Alice Soares Cavalheiro¹
Milena Bhering Martins¹
Renata Alvim Mendes²
Larissa Alvim Mendes Sangi³

re-alvim@hotmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

A pancreatite aguda é uma condição inflamatória aguda do pâncreas com manifestação crescente na pediatria. O aumento na incidência nas últimas décadas tem sido motivo de alerta na comunidade médica, impulsionando estudos que buscam compreender seus mecanismos, causas e seu manejo. O presente estudo tem como objetivo revisar a literatura científica recente sobre a pancreatite aguda na criança, abordando aspectos epidemiológicos, etiopatológicos, diagnósticos, terapêuticos e prognósticos. Trata-se de uma revisão bibliográfica baseada em artigos publicados entre 2015 e 2025, obtidos em bases de dados, como PubMed, SciELO, LILACS e Google Acadêmico. Os achados apontam que, embora geralmente autolimitada, a pancreatite aguda pediátrica pode evoluir com complicações significativas e necessitar de suporte intensivo. A compreensão atualizada da doença contribui para o reconhecimento precoce e o aprimoramento da conduta clínica.

PALAVRAS-CHAVE: pancreatite aguda; pediatria; inflamação pancreática; diagnóstico pediátrico; doença abdominal.

1 INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda é definida como uma inflamação abrupta do pâncreas, caracterizada clinicamente por dor abdominal, elevação de enzimas pancreáticas e alterações em exames imagem. Na pediatria, apesar de menos frequente do que em adultos, observa-se um aumento progressivo da incidência nas últimas décadas (Mortarini *et al.*, 2021), o que justifica a relevância de investigações atualizadas sobre o tema.

¹ Acadêmicas do curso de Medicina do Centro Universitário Vértice - Univértix.

² Médica formada pela Faculdade de Medicina de Teresópolis (UNIFESO). Docente da disciplina de gastroenterologia da Univértix. Endoscopista pela Faculdade de Ciências Médicas e Saúde Juiz de Fora (SUPREMA).

³ Médica formada pelo Centro Universitário UNIFACIG. Pediatra pelo Hospital César Leite. Pós - graduação em Suplementação Pediátrica certificada pela Academia Brasileira de Medicina Funcional Integrativa. Pós - graduanda em Gastroenterologia Pediátrica no Hospital Albert Einstein.

Estudos indicam que a etiologia da pancreatite na criança é multifatorial, com destaque para causas idiopáticas, trauma abdominal, uso de medicamentos, infecções e anomalias anatômicas. Sob essa ótica, é importante pontuar que devido à possibilidade de complicações locais ou sistêmicas, o diagnóstico e a intervenção precoces são necessários, mesmo que, na maioria dos casos, o quadro apresente evolução favorável ao tratamento conservador.

Esse artigo objetiva revisar a literatura recente sobre pancreatite na infância, enfocando os principais aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, bem como as novas perspectivas em pesquisas e condutas clínicas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A pancreatite pediátrica apresenta-se como uma entidade com manifestação clínica distinta da população adulta, o que reforça a necessidade da compreensão própria do seu espectro em crianças. A definição clássica adotada pela colaboração INSPPIRE (Grupo de Estudo Internacional da Pancreatite Pediátrica), definida após os critérios de ATLANTA em adultos, baseia-se em pelo menos dois dos três critérios: (1) dor abdominal compatível com pancreatite, (2) elevação da amilase e/ou lipase \geq 3 vezes o limite superior da normalidade e (3) achados compatíveis em exames de imagem em tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) ou ultrassonografia abdominal, como pâncreas aumentado, com hipoecogenicidade ou edema na ultrassonografia, e áreas de inflamação ou necrose na TC ou RM (Spaziani *et al.*, 2019). Além disso, pseudocistos, coleções de fluidos peripancreáticos ou dilatações do ducto pancreático podem ser observadas nos exames de imagem. Entretanto, os critérios diagnósticos INSPPIRE e ATLANTA não abordam fases da pancreatite em crianças, sejam elas precoces ou tardias, os tipos de pancreatite (pancreatite edematosa intersticial, pancreatite necrosante, necrose pancreática infectada) e nem a gravidade da doença.

A evolução da doença se dá em duas fases distintas: precoce e tardia. A fase precoce se dá geralmente na primeira semana de evolução dos sintomas, na qual ocorre uma intensa ativação da cascata de coagulação levando a uma Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS). Já a fase tardia ocorre de semanas a meses após início da doença e é marcada pela persistência da inflamação sistêmica e início dos sintomas locais.

No que tange à etiologia, observa-se a variabilidade entre as faixas etárias e regiões geográficas, com predominância de causas idiopáticas (25 a 25%), seguidas por traumas (10 a 20%), infecções virais - como Caxumba, Epstein-Barr e Hepatite-, uso de fármacos - a exemplo de valproato, corticoides, l-asparaginase-, alterações biliares e causas metabólicas - como hipercalcemia e dislipidemia (Szatmary *et al.*, 2022).

As complicações podem incluir pseudocistos, necrose pancreática, insuficiência pancreática exócrina ou endócrina e, raramente, evoluir para pancreatite crônica. O acompanhamento deve ser individualizado, principalmente em casos de recorrência.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa e exploratória, utilizando 12 artigos com relevância ao tema. Os artigos selecionados foram publicados entre janeiro de 2015 e junho de 2025, nas bases eletrônicas PubMed, SciELO, LILACS e Google Acadêmico.

Os descritores em português e inglês utilizados foram: “pancreatite aguda”, “criança”, “pediatria”, “diagnóstico”, “tratamento” e “*acute pancreatitis*”, “*child*”, “*pediatrics*”, “*diagnosis*” e “*treatment*”, associados por operadores booleanos AND e OR. Os critérios de inclusão envolveram artigos completos, em português, inglês ou espanhol, com acesso gratuito e que abordassem diretamente a pancreatite aguda na população pediátrica. Foram excluídos estudos com população exclusivamente adulta, revisões sistemáticas duplicadas e artigos com metodologia não clara.

A seleção seguiu três etapas: leitura dos títulos, dos resumos e, por fim, a análise do texto completo dos artigos elegíveis. Os dados extraídos foram organizados de forma descritiva e sistematizados segundo as principais categorias temáticas emergentes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da revisão da literatura revelou um aumento constante na incidência de pancreatite aguda em crianças, com uma taxa variando de 3,6 a 13,2 casos por 100.000 crianças por ano, de acordo com estudos retrospectivos recentes (Cohen; Freeman, 2021). Esse aumento pode ser atribuído à melhora do diagnóstico, ao uso

mais amplo de exames de imagem e à melhora da sensibilidade dos exames laboratoriais.

Em relação à apresentação clínica, os sintomas mais comuns incluem dor epigástrica, náuseas, vômitos e, em casos graves, sintomas constitucionais como febre e hipotensão (Szatmary *et al.*, 2022). No entanto, a dor abdominal isolada pode ser inespecífica em crianças pequenas, exigindo um alto grau de suspeita clínica. Níveis elevados de enzimas pancreáticas - especialmente lipase - continuam sendo o principal marcador bioquímico, mas não se correlacionam necessariamente com a gravidade da doença.

A ultrassonografia abdominal é o exame de imagem inicial mais comumente utilizado devido à ausência de radiação e à boa precisão na detecção de coleções fluidas e alterações estruturais. A tomografia computadorizada (TC) com contraste é reservada para casos com suspeita de necrose, coleções organizadas ou progressão desfavorável após 48 a 72 horas. A ressonância magnética (RM) e a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) ganharam popularidade como métodos não invasivos e detalhados.

Em relação à classificação da gravidade, as diretrizes recentes baseiam-se na presença de falência de órgãos e complicações locais. A pancreatite leve resolve-se espontaneamente e responde bem à hidratação e analgesia. Casos moderados a graves podem exigir hospitalização mais longa, suporte nutricional e monitoramento em unidade de terapia intensiva.

O tratamento (Tabela 1) permanece principalmente de suporte, com hidratação agressiva nas primeiras 24 a 48 horas (Afzal; Kleinhenz, 2021) e início precoce de nutrição enteral, preferencialmente por via oral ou por sonda nasointestinal, mesmo em casos de dor. Essa abordagem demonstrou ser segura e associada a um menor tempo de internação hospitalar, conforme demonstrado por estudos multicêntricos recentes.

Medicamentos específicos, como inibidores de protease, antibioticoterapia profilática ou corticosteroides, não demonstraram eficácia consistente e não são recomendados rotineiramente. O tratamento cirúrgico limita-se a complicações como necrose infectada ou pseudocistos grandes e sintomáticos.

As complicações mais comumente relatadas incluem pseudocistos pancreáticos, 5 a 23% dos casos, necrose estéril ou infectada e, menos frequentemente, insuficiência pancreática exócrina ou diabetes mellitus secundário.

Crianças com episódios recorrentes devem ser avaliadas quanto a causas genéticas, anomalias pancreáticas congênitas ou doenças sistêmicas.

Perspectivas futuras sugerem a necessidade de padronizar escores de gravidade específicos para a infância, desenvolver biomarcadores prognósticos e desenvolver protocolos de manejo personalizados com base na medicina de precisão. Há também um interesse crescente no papel da microbiota intestinal e da inflamação sistêmica na progressão da doença.

Tabela 1 - Manejo da pancreatite aguda em crianças

Conduta	Indicação	Observações
Dieta	Indução precoce. Preferência por via oral	Caso o caso clínico não permita dieta oral, recomenda-se a introdução precoce de dieta enteral, no máximo 48 horas após o diagnóstico, se as condições clínicas e o trânsito intestinal assim permitirem. Utilizar dieta parenteral, se intolerância à dieta enteral (vômitos, distensão abdominal e resíduos volumosos na sonda).
Reposição volêmica	Soro Fisiológico 20 mL/kg a cada 20-30 minutos	Rápida hidratação de crianças que apresentem algum grau de desidratação ao exame físico ou hipotensão. Realizar frequentes avaliações posteriores à infusão até reverter sinais de desidratação e normalizar diurese (acima de 1 mL/kg/hora) e sinais vitais.
Analgesia	Tramadol 1 mg/kg/dose até quatro vezes ao dia, diluído em soro fisiológico e em infusão mínima de 20 minutos.	Analgésicos comuns podem ser insuficientes devido a alta intensidade da dor. opióides podem ser necessários, mas deve ser evitado seu uso e doses máximas (náusea, vômitos, contrações do esfíncter digestivo).
Antibioticoprofilaxia	Não usar de maneira rotineira	Usado em casos de falência de tratamento e necrose pancreática infectada.

Fonte: Elaborado pelas autoras

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pancreatite aguda na criança é uma condição inflamatória potencialmente grave e sua incidência tem aumentado nas últimas décadas. As diversas etiologias, somado a apresentação clínica e evolução variáveis, exigem uma abordagem cuidadosa, baseada em critérios diagnósticos bem estabelecidos e acompanhamento rigoroso.

Na maioria dos casos, apresenta evolução autolimitada, entretanto, a pancreatite aguda pediátrica pode gerar complicações que influenciam no prognóstico. O diagnóstico precoce e o manejo adequado, com início precoce da hidratação e a introdução segura da nutrição enteral, são fundamentais para reduzir a morbidade e o tempo de internação.

Há déficit de estudos voltados para a população pediátrica, principalmente em relação a escores prognósticos, terapias adjuvantes e fatores genéticos associados à recorrência (Abu-E-Haija *et al.*, 2018). O investimento em pesquisas multicêntricas e o desenvolvimento de protocolos individualizados podem melhorar a abordagem clínica e melhorar os desfechos.

Em resumo, pode-se afirmar que o conhecimento atualizado sobre pancreatite aguda em crianças é de fundamental importância para a prática pediátrica, pois favorece intervenções precoces, previne complicações e melhora da qualidade de vida das crianças acometidas.

REFERÊNCIAS

ABU-EL-HAIJA, M. *et al.* Management of acute pancreatitis in the pediatric population: a clinical report from the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Pancreas Committee. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, [S.l.], v. 66, n. 1, p. 159–176, jan. 2018. DOI: 10.1097/MPG.0000000000001715. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29280782/>. Acesso em: 12 jul. 2025.

AFZAL, S.; KLEINHENZ, J. Acute pancreatitis in children. **Pediatric Annals**, v. 50, n. 8, p. e330–e335, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3928/19382359-20210713-01>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34398718/>. Acesso em: 11 jul. 2025.

COHEN, R. Z.; FREEMAN, A. J. Pancreatitis in children. **Pediatric Clinics of North America**, v. 68, n. 6, p. 1273–1291, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.07.012>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34736589/>. Acesso em: 12 jul. 2025.

MORTARINI, Alejandra *et al.* **Pancreatitis recorrente en pediatría: serie de casos / Recurrent pancreatitis in children: Case series**. Archivos Argentinos de Pediatría, Buenos Aires, v. 119, n. 4, p. e322–e325, ago. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1281747>. Acesso em: 19 jul. 2025.

SAEED, S. A. Acute pancreatitis in children: Updates in epidemiology, diagnosis and management. **Current problems in pediatric and adolescent health care**, [s. l.], v.

50, n. 8, p. 100839, 2020. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2020.100839>. Acesso em: 11 jul. 2025.

SPAZIANI, Amanda Oliva. *et al.* Pancreatite aguda em crianças: Etiologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 04, Ed. 09, Vol. 03, pp. 159-167. Setembro de 2019. ISSN: 2448-0959, Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/pancreatite-aguda>. Acesso em: 19 jul. 2025.

SZATMARY, P. *et al.* Acute pancreatitis: diagnosis and treatment. **Drugs**, v. 82, n. 12, p. 1251–1276, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40265-022-01766-4>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36074322/>. Acesso em: 12 jul. 2025.

SUZUKI, M.; MINOWA, K.; ISAYAMA, H.; SHIMIZU, T. Acute recurrent and chronic pancreatitis in children. **Pediatrics International: Official Journal of the Japan Pediatric Society**, v. 63, n. 2, p. 137–149, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/ped.14415>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32745358/>. Acesso em: 19 jul. 2025.