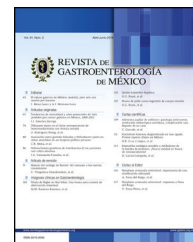




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA CIENTÍFICA

Reto diagnóstico de pancreatitis autoinmune en niños: utilidad de la biopsia guiada por ultrasonido endoscópico

Diagnostic challenge of autoimmune pancreatitis in children: Utility of endoscopic ultrasound-guided biopsy

La pancreatitis autoinmune (PAI) representa un reto diagnóstico en la población pediátrica debido a su baja prevalencia, presentación clínica inespecífica, características bioquímicas y de imagen heterogéneas¹. La PAI es más común en adolescentes, con una ligera predominancia en varones (53%), con una mediana de edad al diagnóstico de 13 años². A pesar de ser una enfermedad poco frecuente en pediatría, su importancia radica en la necesidad de un diagnóstico histológico previo al inicio del tratamiento con corticosteroides —terapia no exenta de riesgos— y en la importancia de evitar un subdiagnóstico que podría retrasar el manejo adecuado².

Los criterios diagnósticos establecidos para adultos, como los del Consenso Internacional 2010 (ICDC) para PAI³, donde se incluyen serología, histopatología, involucramiento de otros órganos, hallazgos imagenológicos y respuesta a la terapia con esteroides, pueden no ser plenamente aplicables en la población pediátrica, dada la variabilidad de las manifestaciones clínicas y los hallazgos de laboratorio. En adultos, los niveles elevados de IgG4 son fundamentales para el diagnóstico de PAI tipo 1 (68-92%), mientras que en niños solo se observan en el 22% de los casos².

Desde el punto de vista imagenológico, la PAI puede presentar agrandamiento del parénquima de manera global o focal, presentándose como áreas hipointensas en imágenes potenciadas en T1, e irregularidades del conducto pancreático principal (64%)². Sin embargo, ninguna de estas características clínicas o radiológicas es específica de PAI, por lo cual diagnósticos diferenciales como pseudotumor y tumor pancreático deben ser considerados⁴. Intervenciones quirúrgicas innecesarias, como pancreatomectomía parcial o pancreatoduodenectomía de Whipple, se reportan hasta en el 17% de los pacientes con PAI, lo que subraya la importancia de combinar múltiples criterios diagnósticos y considerar el diagnóstico histopatológico como el estándar de oro⁵.

En este contexto, la obtención de tejido mediante ultrasonido endoscópico (USE) ha surgido como una herramienta fundamental, destacándose por su alto rendimiento diagnóstico y perfil de seguridad en la población adulta⁶. El USE se considera el método preferido para biopsia pancreática por su menor invasividad comparado con la laparoscopia, y al no requerir radiación ionizante como la biopsia percutánea guiada por tomografía computarizada (TC)⁷.

Presentamos el caso de una paciente femenina de 13 años que presentó pancreatitis aguda recurrente (PAR) de etiología inicialmente idiopática, con tres episodios de dolor abdominal intenso en epigastrio y mesogastrio, acompañado de náuseas y vómitos, pero sin fiebre ni ictericia. Durante los episodios agudos se detectaron elevaciones de amilasa (340-1,120 U/l) y lipasa (285-965 U/l). La TC y la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) evidenciaron un aumento leve del tamaño pancreático, sin otras alteraciones significativas.

El estudio etiológico incluyó la medición de triglicéridos, calcio, hormona paratiroidea y niveles séricos de IgG4: todos dentro de los límites normales. Asimismo, el análisis genético descartó las mutaciones más frecuentes en los genes (PRSS1, SPINK1, CFTR, CPA1 y PRSS2) asociados a pancreatitis crónica⁸. Ante la persistencia de episodios recurrentes y la ausencia de etiología evidente, se decidió realizar una biopsia pancreática guiada por USE para la obtención de tejido.

El USE se realizó bajo anestesia general con un ecoendoscopio lineal, el cual permitió la evaluación detallada del parénquima pancreático (agrandamiento difuso), conducto pancreático principal y órganos contiguos (fig. 1). Mediante una aguja fina de biopsia de 22G tipo Franseen, se obtuvieron biopsias de cabeza y cuerpo de páncreas, por abordaje transduodenal y transgástrico respectivamente, evitando daño vascular mediante técnica de Doppler (fig. 2). Se ejecutó un pase en cada región empleando la técnica de abanico con retiro lento de estilete para maximizar el rendimiento de la muestra (fig. 2). No se registraron complicaciones intra ni postoperatorias.

El análisis histopatológico de las muestras mostró infiltración linfoplasmocitaria positiva para IgG4, consistente con PAI, donde se destaca la utilidad del abordaje mínimamente invasivo mediante USE para obtener un diagnóstico preciso y guiar el tratamiento adecuado. El tratamiento se inició con prednisona (1 mg/kg/día) durante cuatro semanas, con reducción progresiva durante el siguiente mes. La paciente

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.06.008>

0375-0906/© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: M.S. Gallardo-Luna, C.R. Flores-Soriano, R.A. Castañeda-Ortiz et al., Reto diagnóstico de pancreatitis autoinmune en niños: utilidad de la biopsia guiada por ultrasonido endoscópico, Revista de Gastroenterología de México, <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.06.008>

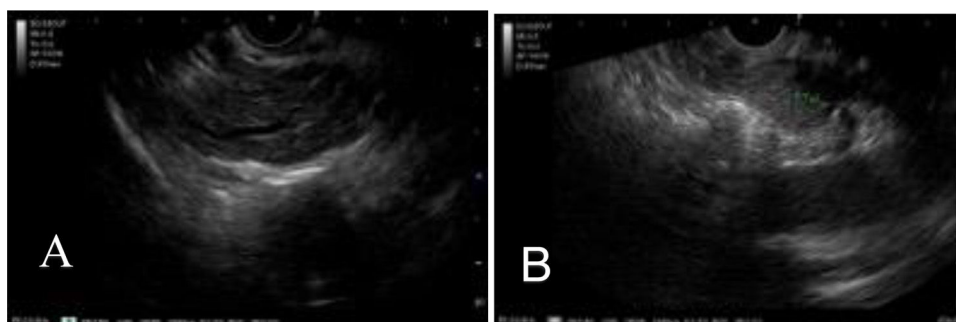


Figura 1 Cuerpo (a) y cola (b) de páncreas con criterios menores de Rosemont para pancreatitis crónica^{9,10} (trazas hiperecogénicas sin sombra acústica y reforzamiento hiperecogénico de paredes del conducto pancreático principal).

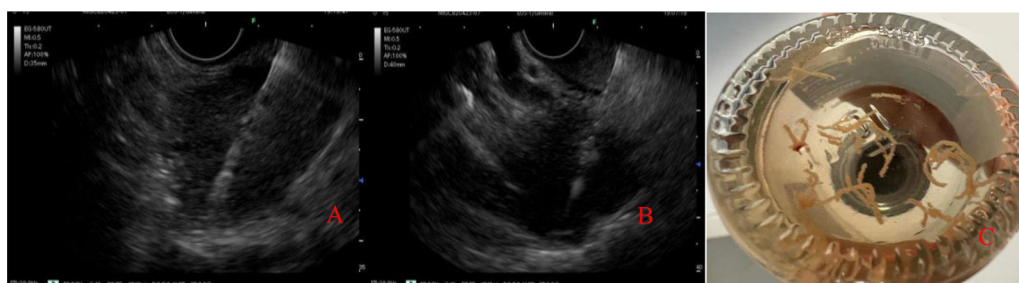


Figura 2 A) Biopsia de cuerpo de páncreas por abordaje transgástrico. B) Biopsia de cabeza de páncreas por abordaje transduodenal. C) Tejido pancreático obtenido.

evolucionó favorablemente, sin nuevos episodios de pancreatitis durante un seguimiento posterior de 15 meses.

El USE representa una herramienta diagnóstica fundamental en el contexto de la PAI pediátrica debido a su capacidad de obtener muestras adecuadas para el análisis histopatológico e inmunohistoquímico. Si bien existen desafíos relacionados con la disponibilidad de ecoendoscopistas capacitados y la infraestructura necesaria, los beneficios en términos de precisión diagnóstica y perfil de seguridad justifican su implementación en centros de referencia.

En conclusión, la PAI debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pancreatitis recurrente en niños, especialmente cuando las características clínicas e imagenológicas no son concluyentes. La biopsia pancreática guiada por USE constituye un apoyo diagnóstico esencial al permitir la confirmación histológica con mínima invasión, además de evitar terapias inadecuadas (no exentas de complicaciones) o el subdiagnóstico.

Financiación

Los autores declaramos no haber recibido ningún tipo de financiamiento.

Consideraciones éticas

Declaramos que obtuvimos el consentimiento informado por escrito de los tutores legales para la publicación de este escrito. Este trabajo no constituye una investigación clínica o experimental, sino la presentación de un caso relevante, sin datos personales que permitan la identificación

del paciente, por lo que no fue necesario obtener consentimiento adicional.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener conflicto de intereses en relación a este manuscrito.

Bibliografía

- Peña-Vélez R, Jaramillo-Bermeo DA, Peña-Vergara MA, et al. Autoimmune pancreatitis in pediatrics, a rare disease. *Rev Gastroenterol Mex.* 2023;88:74–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmex.2022.06.015>.
- Scheers I, Palermo JJ, Freedman S, et al. Recommendations for diagnosis and management of autoimmune pancreatitis in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;67:232–6, <http://dx.doi.org/10.1097/mpg.0000000000002028>.
- Shimosegawa T, Chari ST, Frulloni L, et al. International consensus diagnostic criteria for autoimmune pancreatitis: Guidelines of the International Association of Pancreatology. *Pancreas.* 2011;40:352–8, <http://dx.doi.org/10.1097/mpa.0b013e3182142fd2>.
- Friedlander J, Quiros JA, Morgan T, et al. Diagnosis of autoimmune pancreatitis vs neoplasms in children with pancreatic mass and biliary obstruction. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012;10:1051–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2012.06.014>.
- Scheers I, Palermo JJ, Freedman S, et al. Autoimmune pancreatitis in children: Characteristic features, diagnosis, and management. *Am J Gastroenterol.* 2017;112:1604–11, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2017.85>.
- Conti Bellocchi MC, Crinò SF, Ikeura T, et al. Impact of EUS-guided fine-needle biopsy on International Consensus

- Diagnostic Criteria for diagnosing autoimmune pancreatitis: A prospective multicenter study. *Gastrointest Endosc.* 2025, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2025.02.038>.
7. Lin TK, Troendle DM, Wallihan DB, et al. Specialized imaging and procedures in pediatric pancreatology: A North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Clinical Report. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64:472–84, <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0000000000001371>.
 8. Panchoo AV, VanNess GH, Rivera-Rivera E, et al. Hereditary pancreatitis: An updated review in pediatrics. *World J Clin Pediatr.* 2022;11:27–37, <http://dx.doi.org/10.5409/wjcp.v11.i1.27>.
 9. Catalano MF, Sahai A, Levy M, et al. EUS-based criteria for the diagnosis of chronic pancreatitis: The Rosemont classification. *Gastrointest Endosc.* 2009;69:1251–61, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2008.07.043>.
 10. Liu QY, Gugig R, Troendle DM, et al. The roles of endoscopic ultrasound and endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the evaluation and treatment of chronic pancreatitis in children: A position paper from the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Pancreas Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020;70:681–93, <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0000000000002664>.
- M.S. Gallardo-Luna^{a,b,*}, C.R. Flores-Soriano^c, R.A. Castañeda-Ortiz^a, J.E. Alfaro-Bolaños^d y R. Soto-Solís^e
- ^a *Sección de Endoscopia Pediátrica, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, Ciudad de México, México*
^b *Consulta externa pediatría, Hospital Infantil Privado Star Médica, Ciudad de México, México*
^c *Departamento de Pediatría, Hospital General Ajusco Medio, Ciudad de México, México*
^d *Departamento de Gastroenterología Pediátrica, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, Ciudad de México, México*
^e *Departamento de Endoscopia, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, Ciudad de México, México*
- * Autor para correspondencia. Félix Cuevas 540, Col del Valle Sur, Benito Juárez, 03104 Ciudad de México, México. Teléfono: +525587975137.
Correo electrónico: drmigueltgallardoluna@gmail.com (M.S. Gallardo-Luna).