

Pancreatite aguda e recorrente na criança

Critérios INSPPIRE, causas próprias da infância, gravidade pela NASPGHAN, hidratação, analgesia com opioide, nutrição enteral precoce e investigação da pancreatite recorrente e crônica

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A pancreatite aguda (PA) na criança é diagnosticada com **pelo menos 2 de 3 critérios (INSPPIRE): dor abdominal compatível, amilase e/ou lipase ≥ 3 vezes o limite superior da normalidade (LSN) e imagem compatível**. Predominam causas **biliares e anatômicas, medicamentos** (valproato, asparaginase, azatioprina), **trauma** (inclusive **maus-tratos**), **infecções, doenças sistêmicas, hipertrigliceridemia e predisposição genética**; cerca de um quarto fica sem causa definida. A maioria dos casos é **leve**, mas toda criança com suspeita de PA deve ser avaliada em **pronto-socorro e, em geral, internada (●)**: o tratamento é **hidratação venosa vigorosa** com cristalóide, **analgesia eficaz — opioide se necessário —**, **alimentação precoce pela boca ou por sonda, sem jejum prolongado**, e **antibiótico apenas na necrose infectada**. A gravidade é definida pela **disfunção de órgãos** (NASPGHAN): transitória (≤ 48 h) é moderadamente grave; persistente (> 48 h), grave. Até um terço tem novo episódio: **dois ou mais episódios** (pancreatite aguda recorrente) ou sinais de **pancreatite crônica** exigem **encaminhamento ao gastroenterologista pediátrico** para investigação genética, teste do suor e colangiorressonância.

1. O que é e como se apresenta

Inflamação aguda do pâncreas por ativação das enzimas digestivas, com edema e, nos casos graves, necrose e resposta inflamatória sistêmica.

Definições (INSPPIRE 2012; NASPGHAN 2017 e 2018):

ENTIDADE	DEFINIÇÃO
Pancreatite aguda	2 de 3: dor abdominal compatível; amilase e/ou lipase $\geq 3 \times$ LSN; imagem compatível (ultrassonografia, tomografia ou ressonância)
Pancreatite aguda recorrente	≥ 2 episódios distintos de PA, com retorno ao estado basal entre eles (sem dor e com enzimas normais), sem alterações estruturais irreversíveis
Pancreatite crônica	Alterações estruturais irreversíveis do pâncreas (calcificações, alterações ductais, atrofia) com dor típica, insuficiência exócrina ou endócrina (diabetes)

Quadro clínico: dor **epigástrica**, contínua, às vezes irradiada para o dorso, com **náuseas e vômitos** e posição antálgica (AEP 2023). No **lactente e no pré-escolar** o quadro é inespecífico — **irritabilidade**, vômitos, distensão, febre — e o diagnóstico exige alto grau de suspeição (NASPGHAN 2018).

Causas na criança (NASPGHAN 2018; AEP 2023):

- **Biliares e obstrutivas:** colelitíase e barro biliar (anemias hemolíticas, obesidade, nutrição parenteral, ceftriaxona), cisto de colédoco, má junção biliopancreática, pâncreas divisum.
- **Medicamentos:** valproato, L-asparaginase e pegaspargase (LLA), azatioprina e 6-mercaptopurina, mesalazina, análogos do GLP-1.
- **Trauma abdominal:** guidão de bicicleta, trânsito. **Em lactente ou pré-escolar sem história compatível, considerar maus-tratos** (trauma abdominal não acidental).
- **Infecções:** caxumba, Epstein-Barr, citomegalovírus, hepatite A, *Mycoplasma*; **migração de áscaris** para a via biliar ou pancreática.
- **Doenças sistêmicas:** sepse e choque, síndrome hemolítico-urêmica, vasculite por IgA, lúpus, doença inflamatória intestinal, cetoacidose diabética.
- **Metabólicas:** hipertrigliceridemia (em geral ≥ 1.000 mg/dL), **hipercalcemia**, erros inatos do metabolismo.
- **Genéticas:** mutações em **PRSS1** (pancreatite hereditária, autossômica dominante), **SPINK1**, **CFTR** (inclusive fibrose cística com suficiência pancreática) e **CTRC**, mais comuns na forma recorrente e na crônica.
- **Autoimune e idiopática** (cerca de 24%).

2. Classificação de gravidade

Gravidade da PA pela NASPGHAN (2017):

- **Leve:** sem disfunção de órgão nem complicação; resolve na primeira semana — a mais comum.
- **Moderadamente grave:** disfunção de órgão **transitória (≤ 48 h)** ou complicação local (coleção peripancreática, necrose) ou sistêmica (piora de doença prévia).
- **Grave:** disfunção de órgão **persistente (> 48 h)**, pelos critérios pediátricos de sepse por idade.

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Amilase ou lipase elevada sem dor compatível (achado de exame) em criança em bom estado; ou criança após a alta de PA leve, sem dor, comendo normalmente	Seguimento pelo pediatra: repetir enzimas, pensar em causa não pancreática; após a alta, rever a causa e orientar recorrência
● Moderada	Pancreatite aguda recorrente (≥ 2 episódios) ou suspeita de pancreatite crônica (dor recorrente com esteatorreia, perda de peso, calcificações, diabetes) fora de crise ; PA de causa não esclarecida	Encaminhar ao gastroenterologista pediátrico, com prioridade , com exames iniciais (ver Diagnóstico); crise de dor = ●
● Grave	Toda suspeita de pancreatite aguda (dor epigástrica com vômitos, com ou sem enzimas disponíveis); com mais urgência se houver choque, desidratação, hipoxemia, oligúria, alteração de consciência, icterícia com febre	Pronto-socorro e internação: hidratação venosa, analgesia, monitorização; UTI na disfunção de órgão (ver "Como encaminhar")

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Disfunção de órgão nas primeiras 48 h; síndrome da resposta inflamatória sistêmica (aumenta o risco de disfunção persistente — NASPGHAN 2017).
- **Lipase ≥ 7× LSN nas primeiras 24 h** (preditor ainda não validado — NASPGHAN 2018); fora isso, a enzima não mede a gravidade.
- **Hipertrigliceridemia**, doença sistêmica grave, trauma com lesão ductal, necrose na imagem.
- Idade < 7 anos e peso < 23 kg (escore de DeBanto, AEP 2023).

3. Diagnóstico no consultório

O pediatra suspeita; a confirmação costuma ser feita no pronto-socorro. **Não atrasar o encaminhamento à espera de exames.**

Enzimas:

- **Lipase** é preferível: mais específica, eleva-se em 4–6 h, pico em 24 h e permanece alta por 6–10 dias (AEP 2023).
- **Amilase** pode ser normal em 10–15% e normalizar em 2 dias; é pouco específica (salivar, intestino, ovário).
- Elevação **não pancreática**: insuficiência renal ou hepática, doença inflamatória intestinal, celíaca, cetoacidose, trauma craniano, **macroamilasemia** (NASPGHAN 2018).

Exames na primeira crise (NASPGHAN 2018, recomendação 1c; INSPPIRE 2012):

OBJETIVO	EXAMES
Confirmar	Lipase (e/ou amilase)
Causa	ALT, AST, GGT, fosfatase alcalina, bilirrubinas; triglicerídeos; cálcio; ultrassonografia abdominal (litíase, barro, dilatação de vias biliares, cisto de colédoco)
Gravidade e hidratação	Hemograma, eletrólitos, ureia e creatinina, glicemia, gasometria e lactato se grave, PCR; diurese; SpO ₂
Conforme o caso	Sorologias virais; radiografia de tórax; investigação de maus-tratos

Imagem (NASPGHAN 2018; NASPGHAN/SPR 2021): ultrassonografia é o exame inicial; **tomografia com contraste** só se o diagnóstico for duvidoso (apresentação tardia com enzimas já normais) ou se houver piora clínica — para avaliar necrose, idealmente **após 96 h** do início; **colangiorrressonância** para via biliar e ductos na suspeita de obstrução e na pancreatite recorrente.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: apendicite, úlcera perforada, colecistite e colangite, invaginação, volvo, cetoacidose diabética (**glicemia capilar**), pneumonia de base, gravidez ectópica, **trauma não acidental** (ver "Dor abdominal aguda").

4. Tratamento e seguimento

O tratamento da PA é hospitalar. O pediatra suspeita, estabiliza, encaminha e acompanha após a alta. Não há documento da **SBP** nem do **Ministério da Saúde** sobre o manejo da pancreatite na criança; o site segue o **relatório da NASPGHAN (2018)**, único documento específico para crianças, convergente com o **NICE (NG104, que inclui crianças)**.

1. Hidratação (NASPGHAN 2018, recomendações 2ai e 2aii):

- Cristalóide — **Ringer lactato ou soro fisiológico 0,9%**.
- Com **comprometimento hemodinâmico: bolus de 10–20 mL/kg**, repetido conforme a perfusão (no choque, seguir o padrão do site: SF 0,9% 20 mL/kg).
- Depois, **1,5 a 2 vezes a manutenção** (Holliday-Segar: 100 mL/kg/dia até 10 kg, + 50 mL/kg/dia de 10 a 20 kg, + 20 mL/kg/dia acima de 20 kg) **nas primeiras 24–48 h**, com controle de **diurese** (meta > 0,5–1 mL/kg/h), ureia e creatinina.
- Sinais vitais **pelo menos a cada 4 h nas primeiras 48 h**.

2. Analgesia — a dor deve ser controlada; opioide é permitido e **não há evidência de que a morfina prejudique o esfíncter de Oddi** (NASPGHAN 2018, recomendação 2ci). Antiemético: ondansetrona, nas doses do documento "Diarreia aguda e desidratação".

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Dipirona	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Padrão do site (SBP); não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula)
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor	Máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia (padrão do site, SBP); cautela no jejum e na desidratação (hepatotoxicidade)
Morfina IV	0,05–0,1 mg/kg/dose	4/4 h (titular a cada 10–20 min, se necessário)	Enquanto houver dor intensa	SBP 2024 (documento "Analgesia e sedação"); só no serviço, com monitorização; NASPGHAN 2018: opioide se não houver resposta a paracetamol ou AINE

- **AINE** (ibuprofeno): aceito pela NASPGHAN, mas **evitar enquanto houver desidratação ou risco de lesão renal** (padrão do site).

3. Nutrição — sem jejum prolongado:

- **NASPGHAN 2018 (2di)**: na PA leve, alimentação **oral ou enteral precoce, nas primeiras 48–72 h**, reduz internação e disfunção de órgão; não é preciso esperar a normalização das enzimas.
- **NICE NG104**: **não deixar em jejum** sem motivo claro (por exemplo, vômitos); na PA moderadamente grave ou grave, **enteral em até 72 h**.
- **Nutrição parenteral** só se a enteral for inviável por mais de 5–7 dias (NASPGHAN 2018, 2dii).
- A **SBP (Suporte Nutricional, 2018)** inclui a pancreatite entre as indicações de nutrição enteral.

4. Antibiótico — não usar profilaxia:

- **Antibiótico profilático não é recomendado**, nem na PA grave (NASPGHAN 2018, 2ei; NICE NG104).
- Reservar para **necrose infectada e infecções extrapancreáticas** (colangite, pneumonia, cateter) — escolha e doses do serviço.

5. Causa e complicações (no hospital):

- **Biliar**: CPRE na coledocolitíase com colangite ou icterícia obstrutiva; **colecistectomia antes da alta** na PA biliar leve (NASPGHAN 2018, 2li).
- **Hipertrigliceridemia**: tratamento hospitalar (ver "Dislipidemias").
- **Medicamento**: suspender o suspeito; na **LLA**, nova exposição à asparaginase é decisão do oncologista.

- **Coleções e necrose:** conservador; drenagem, se necessária, endoscópica ou percutânea, de preferência após 4 semanas (NASPGHAN 2018).
- **Não usar:** inibidores de protease, antioxidantes ou probióticos na PA (NASPGHAN 2018).

6. Seguimento pelo pediatra após a alta:

- Confirmar que a causa foi investigada e os medicamentos suspeitos, revistos.
- **Recorrência em 15–35%** (NASPGHAN 2018; AEP 2023): orientar a família a reconhecer a dor.
- Pseudocisto (sobretudo após trauma): dor persistente, massa, vômitos ou febre → reavaliação.

Pancreatite aguda recorrente e crônica — do gastroenterologista pediátrico (🟡):

- Investigação (INSPPIRE 2017): enzimas hepáticas, **lipídios em jejum, cálcio, teste do suor** (mesmo com triagem neonatal normal), **genética (PRSS1, SPINK1, CFTR, CTRC), colangiorressonância** (com secretina quando disponível), **triagem de doença celíaca**.
- Pancreatite crônica: avaliação **anual** de insuficiência exócrina, vitaminas lipossolúveis e insuficiência endócrina (INSPPIRE 2017); o NICE pede **HbA1c pelo menos a cada 6 meses** e densitometria a cada 2 anos.
- Enzimas pancreáticas, dor e procedimentos: centro de referência. **Pancreatite hereditária:** aconselhamento genético; evitar tabaco e álcool (NICE NG104).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Toda suspeita de pancreatite aguda:** dor epigástrica intensa com vômitos, sobretudo com fator de risco (colelitíase, trauma, valproato, asparaginase, azatioprina, hipertrigliceridemia, pancreatite prévia).
- Dor abdominal com **amilase ou lipase $\geq 3 \times$ LSN**.
- **Sinais de gravidade:** taquicardia, hipotensão, má perfusão, desidratação, oligúria, taquipneia ou $SpO_2 < 92\%$, alteração de consciência, distensão com íleo, **icterícia com febre** (colangite).
- **Triglicerídeos ≥ 1.000 mg/dL ou soro lipêmico** com dor abdominal (padrão do documento "Dislipidemias e hipercolesterolemia familiar").
- **Trauma abdominal** com dor epigástrica — e suspeita de **maus-tratos**.
- Criança com **pancreatite recorrente ou crônica em nova crise de dor**.

Como encaminhar

1. **Não atrasar** a remoção por exames.

2. **Avaliar ABC**; com sinais de choque ou desidratação importante, **acesso venoso e SF 0,9% 20 mL/kg**, quando disponível (padrão do site).
3. **Oxigênio** para manter **SpO2 94–98%** durante o encaminhamento.
4. **Analgesia antes da saída** (dipirona ou paracetamol), sem medo de mascarar o diagnóstico; **sem via oral** se houver vômitos ou suspeita cirúrgica.
5. **Glicemia capilar** (cetoacidose diabética; hiperglicemia da pancreatite grave).
6. **SAMU (192)** se houver choque, desconforto respiratório ou alteração de consciência; contato prévio com o serviço.
7. **Relatório**: início da dor, medicamentos, trauma, episódios e casos familiares, exames.
8. **Suspeita de maus-tratos**: documentar, **notificação obrigatória (compulsória)** e Conselho Tutelar, sem precisar de confirmação.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Depois da alta, a criança come normalmente; dieta especial só se o médico indicar (por exemplo, triglicerídeos altos)."
- "Algumas crianças têm nova crise; se a dor voltar, procure atendimento."
- **Procurar o pronto-socorro se houver**: dor forte na parte de cima da barriga ou que vai para as costas, vômitos repetidos, barriga inchada, febre (temperatura axilar $\geq 37,5$ °C) com dor, olhos ou pele amarelos, sonolência, falta de ar, pouca urina.
- **Retorno programado** com o pediatra depois da alta e encaminhamento ao gastroenterologista pediátrico se houver um segundo episódio.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Diagnóstico	Sem documen- to específico localizado	Sem protocolo localizado	Sem posição específica localizada	Lipase ou ami- lase; TC se en- zimas normais	Lipase mais específica	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Analgesia	Sem documento	—	—	Equipe multi- profissional da dor	Meperidina como analgési- co mais usado	Sem posição localizada	Sem posição localizada	Segue o NICE
Nutrição	Pancreatite en- tre indicações de nutrição en- teral (2018)	—	—	Sem jejum sem motivo; enteral em até 72 h se grave	Jejum e pa- renteral; dieta oral após nor- malizar amilase	Sem posição localizada	Sem posição localizada	Segue o NICE
Antibiótico	Sem documento	—	—	Nunca profilático	Profilaxia não indicada; uso precoce só na PA grave	Sem posição localizada	Sem posição localizada	Segue o NICE
Encaminha- mento	—	—	—	Criança: discu- tir com gastro pediátrico e centro de pâncreas	PAR e PC: ge- nética (PRS- S1, SPINK1, CFTR, CTRC)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: a **SBP** não tem documento específico (o de Suporte Nutricional, 2018, só inclui a pancreatite entre as indicações de nutrição enteral), o **Ministério da Saúde** não tem protocolo e a AAP não tem diretriz própria. Por isso, o site segue a **NASPGHAN (2017 e 2018)**, documentos pediátricos baseados no INSPPIRE, que convergem com o **NICE NG104** — diretriz que inclui crianças — em três pontos centrais: **hidratação com cristalóide, alimentação precoce sem jejum prolongado e nenhum antibiótico profilático**. A principal divergência é do **protocolo da AEP/SEGHNP (2023)**, que mantém **jejum, nutrição parenteral e dieta só após normalizar a amilase**, prefere a **meperidina** e admite antibiótico precoce na PA grave — condutas que o site não adota. Johns Hopkins e Harvard, sem posição específica localizada; Oxford e Cambridge seguem o NICE. **Posição adotada:** na falta de posição da SBP e do Ministério da Saúde, NASPGHAN 2018, em concordância com o NICE.

PONTOS PRÁTICOS

1. Pancreatite = 2 de 3: dor compatível, amilase ou lipase $\geq 3 \times$ LSN, imagem. Prefira a lipase; a altura da enzima não mede a gravidade.
2. Na criança, pense em via biliar, medicamentos (valproato, asparaginase, azatioprina), trauma — inclusive maus-tratos —, infecção, doença sistêmica, triglicerídeos e genética. Primeira crise: enzimas hepáticas, triglicerídeos, cálcio e ultrassonografia.
3. Suspeita de pancreatite aguda é pronto-socorro e internação (●); gravidade pela disfunção de órgão: transitória ≤ 48 h moderadamente grave, persistente > 48 h grave.
4. Hidratação com cristalóide (bolus 10–20 mL/kg se instável, depois 1,5–2 $\times$ manutenção), analgesia eficaz com opioide se necessário e alimentação precoce — sem jejum prolongado.
5. Sem antibiótico profilático; só na necrose infectada ou em infecção documentada.
6. Segundo episódio ou sinais de cronicidade: gastroenterologista pediátrico com prioridade, para teste do suor, genética e colangiorressonância.

Veja também, nesta Biblioteca: **Dor abdominal aguda** (Patologias do consultório); **Dislipidemias e hipercolesterolemia familiar** (Cardiologia); **Icterícia após o período neonatal, hepatopatia crônica e insuficiência hepática aguda** (nesta área — colelitíase); **Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)** (Oncologia); **Fibrose cística — da triagem neonatal ao seguimento** (Pneumologia); **Trauma pediátrico e Analgesia e sedação** (Urgências).

8. Fontes

- NASPGHAN. Abu-El-Haija M, Kumar S et al. The Management of Acute Pancreatitis in the Pediatric Population — Clinical Report From the NASPGHAN Pancreas Committee. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2018. [PDF](#)
- NASPGHAN. Abu-El-Haija M, Kumar S, Szabo F et al. Classification of Acute Pancreatitis in the Pediatric Population — Clinical Report From the NASPGHAN Pancreas Committee. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2017. [PDF](#)
- INSPPIRE. Morinville VD et al. Definitions of pediatric pancreatitis and survey of present clinical practices. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2012. [PubMed](#)
- INSPPIRE. Gariepy CE et al. Causal Evaluation of Acute Recurrent and Chronic Pancreatitis in Children — Consensus From the INSPPIRE Group. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2017. [PMC](#)

- NASPGHAN e Society for Pediatric Radiology. Trout AT et al. Noninvasive Imaging of Pediatric Pancreatitis, 2021 (resumo). [PubMed](#)
- NICE. Pancreatitis (NG104), 2018, atualizada em 2020. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk); recomendações. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP e SEGHN. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica — Otras enfermedades del páncreas exocrino, 2023 (atualizado em 2022). [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Suporte Nutricional. Nutrição enteral em pacientes pediátricos (notícia do documento científico), 2018. [sbp.com.br](https://www.sbp.com.br)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.