

Descripción del abordaje diagnóstico de las sospechas de apendicitis

Utilidad del *Pediatric Appendicitis Score* y la ecografía abdominal en el despistaje de apendicitis

M. Planella Cornudella, N. Pociello Almiñana, P. Llena Isla, E. Solé Mir

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Introducción

- El dolor en fosa iliaca derecha es una causa frecuente de consulta en urgencias.
- La apendicitis es la causa de mayor potencial de gravedad.
- Existen scores para el despistaje.
- Reto diagnóstico: clínico, analítico y pruebas de imagen

Objetivos

- Descripción abordaje diagnóstico de las sospecha de apendicitis
- Valorar el rendimiento de las pruebas complementarias

Tabla 1 *Pediatric Appendicitis Score* (Regla de predicción clínica de apendicitis pediátrica)

Variables	Puntos
Dolor a palpación en FID	2
Dolor en FID con la tos, el salto y/o la percusión	2
Migración del dolor hacia FID	1
Anorexia	1
Náuseas/vómitos	1
Temperatura > 37,3 °C	1
Leucocitos > $10,0 \times 10^9 /L$	1
Neutrófilos > $7,5 \times 10^9 /L$	1

FID: fosa iliaca derecha.

Tipo estudio

- Estudio prospectivo, longitudinal, observacional y analítico

Ubicación

- Julio 2017 a Enero 2018.
- Hospital Arnau de Vilanova, Servicio de Urgencias Pediátricas

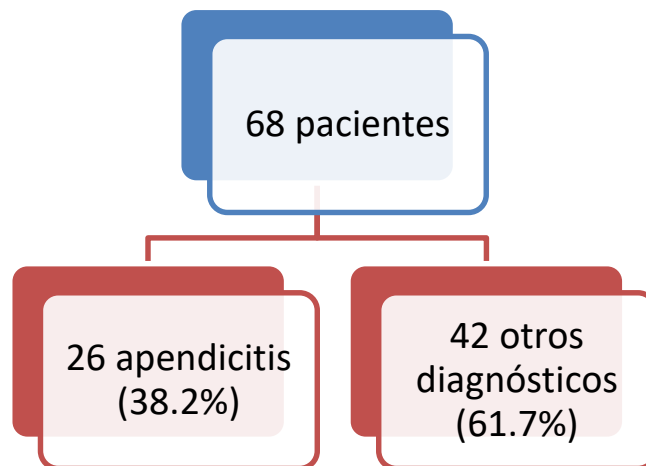
Inclusión

- Abdominalgia con sospecha de apendicitis
- Aplicación del Pediatric Appendicitis Score (PAS)

Exclusión

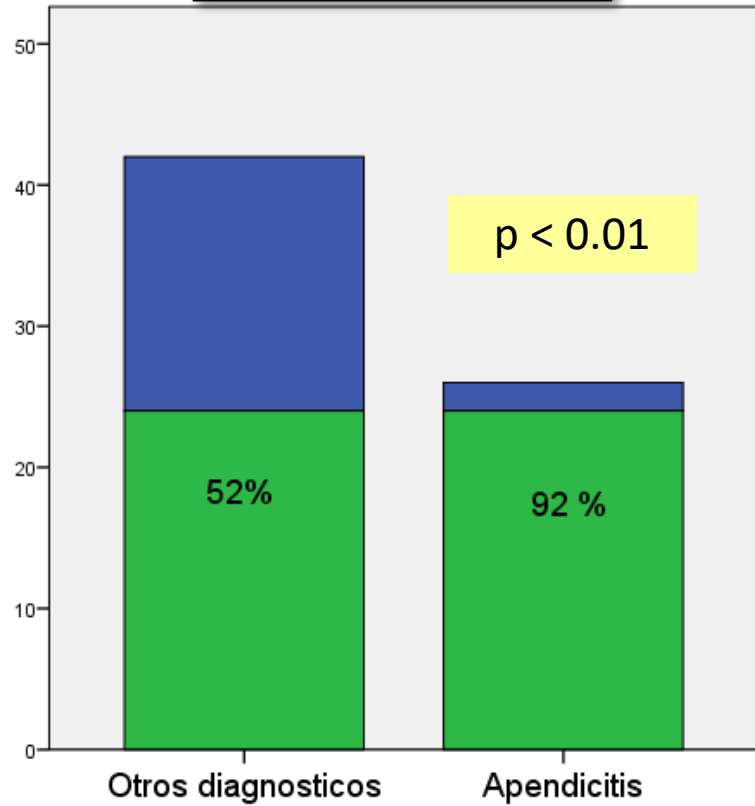
- Abdominalgia con otra sospecha etiológica, apendicetomía previa, falta de información

RESULTADOS

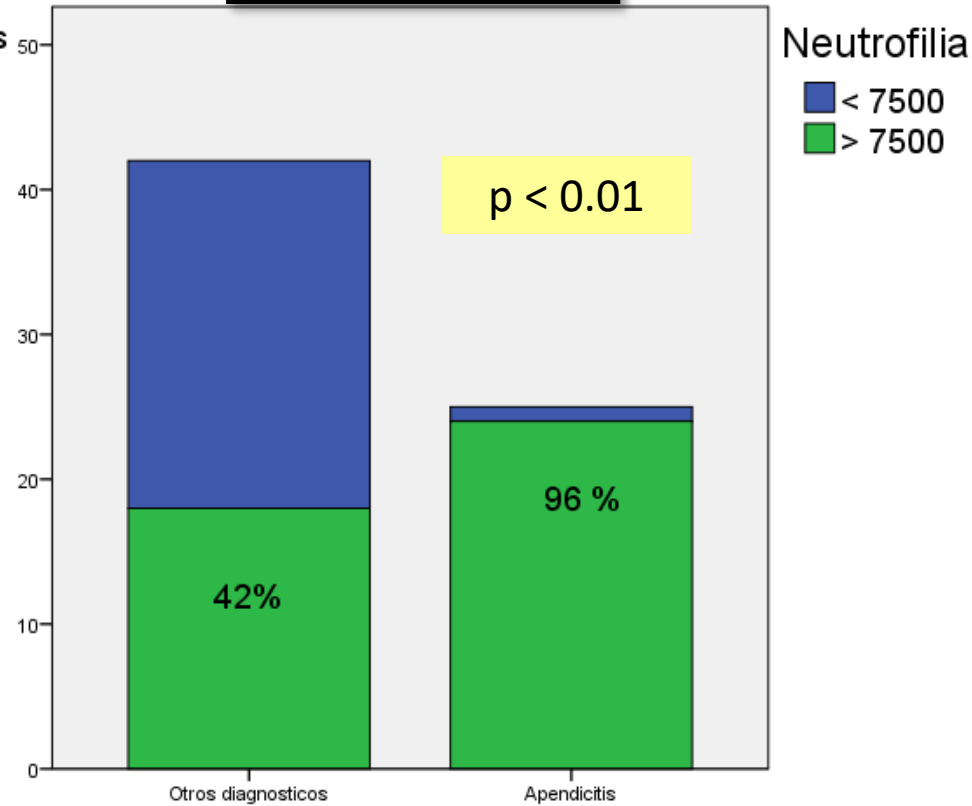


	Apendicitis	Otros diagnósticos	Valor p
Edad (años)	9.5 ± 2.9	10.4 ± 2.9	0.25
Sexo (% hombres)	52.4 %	65.4 %	0.29
Tiempo evolución (horas)	19.3	33.8	0.17
Procedencia (% derivado)	52.4 %	57.7 %	0.66

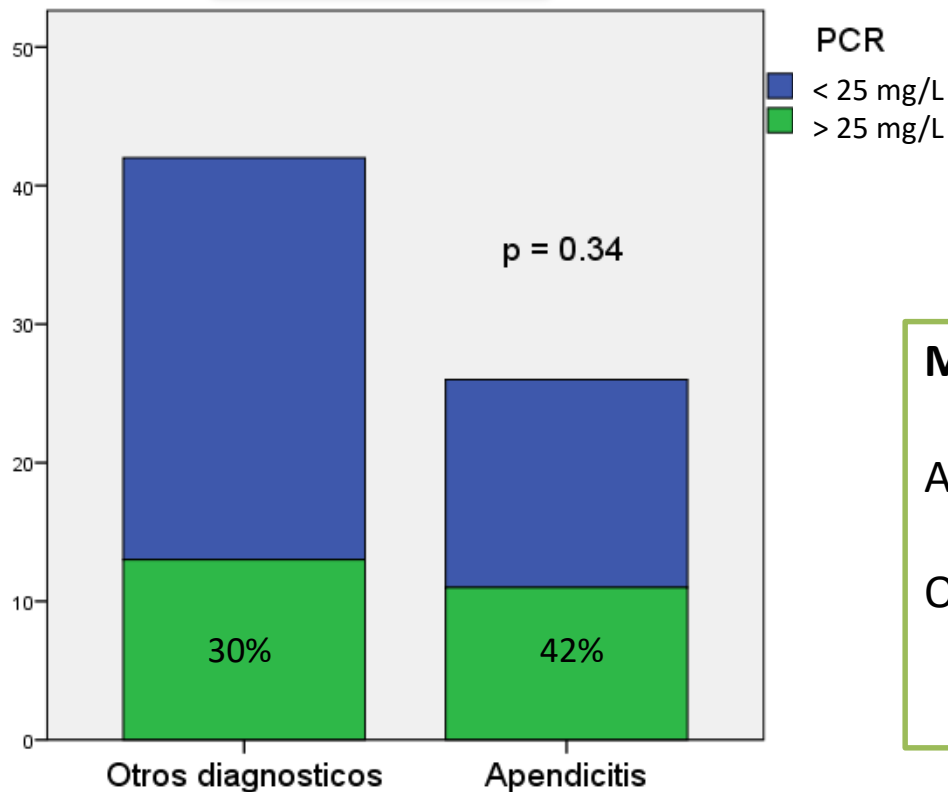
LEUCOCITOSIS



NEUTROFILIA



PCR (mg/L)



Medias Proteína C reactiva (PCR):

Apendicitis 44.3 ± 66.44 mg/L

Otros diagnósticos 24.2 ± 36.1 mg/L

p=0.1

- En el 22% (n=15) se realizó una **2a analítica de control**.
- Intervalo medio de 11.2 horas desde la 1a.
- El 18% de las 2a analíticas fueron de pacientes con apendicitis.



	Media 1ª analítica	Media 2ª analítica	Variación	Valor p
Leucocitos	13.390	9.748	-3.642	< 0.01
Neutrófilos	10.244	6.335	-3.908	< 0.01
PCR	47,3	54	+6,7	0.1

Tabla 1. Valores analíticos de los pacientes que se les realizó 2 analíticas (n=15).

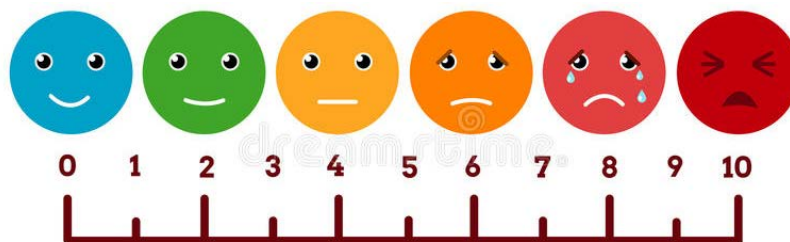
Pediatric
Appendicitis
Score (PAS)

Apendicitis:
 7.5 ± 1.8 puntos

$p < 0.01$

Otros
diagnósticos:
 5.48 ± 1.8 puntos

- El 55,9% se avaluó el dolor con una escala visual

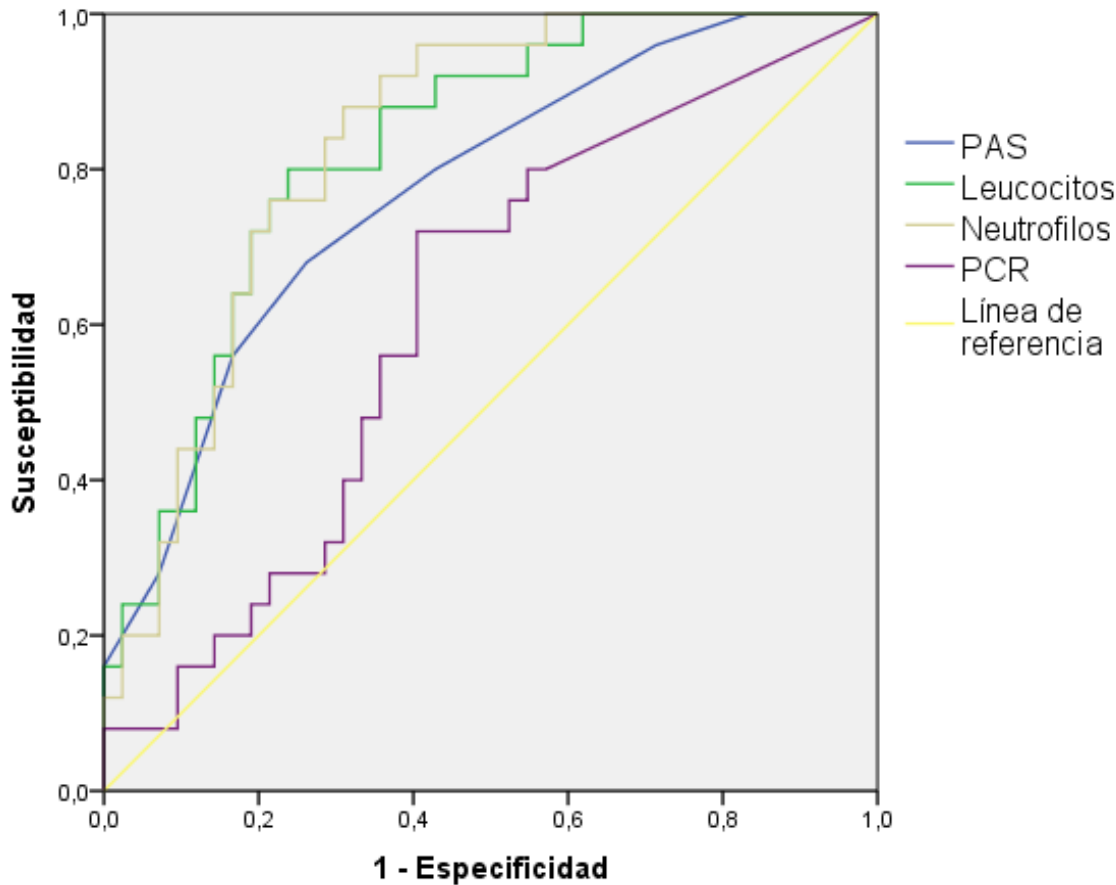


- Se administró analgesia en el 80,6% con un tiempo medio de 90 min des de su admisión en urgencias.

	PAS pre analgesia	PAS post analgesia	Modificación PAS	Valor p
Otros diagnósticos	5.48	4.46	-1.02 p	< 0.01
Apendicitis	7.5	7.34	- 0.15 p	0.27

Tabla 2. Variación del PAS antes y después de la analgesia en los dos grupos.

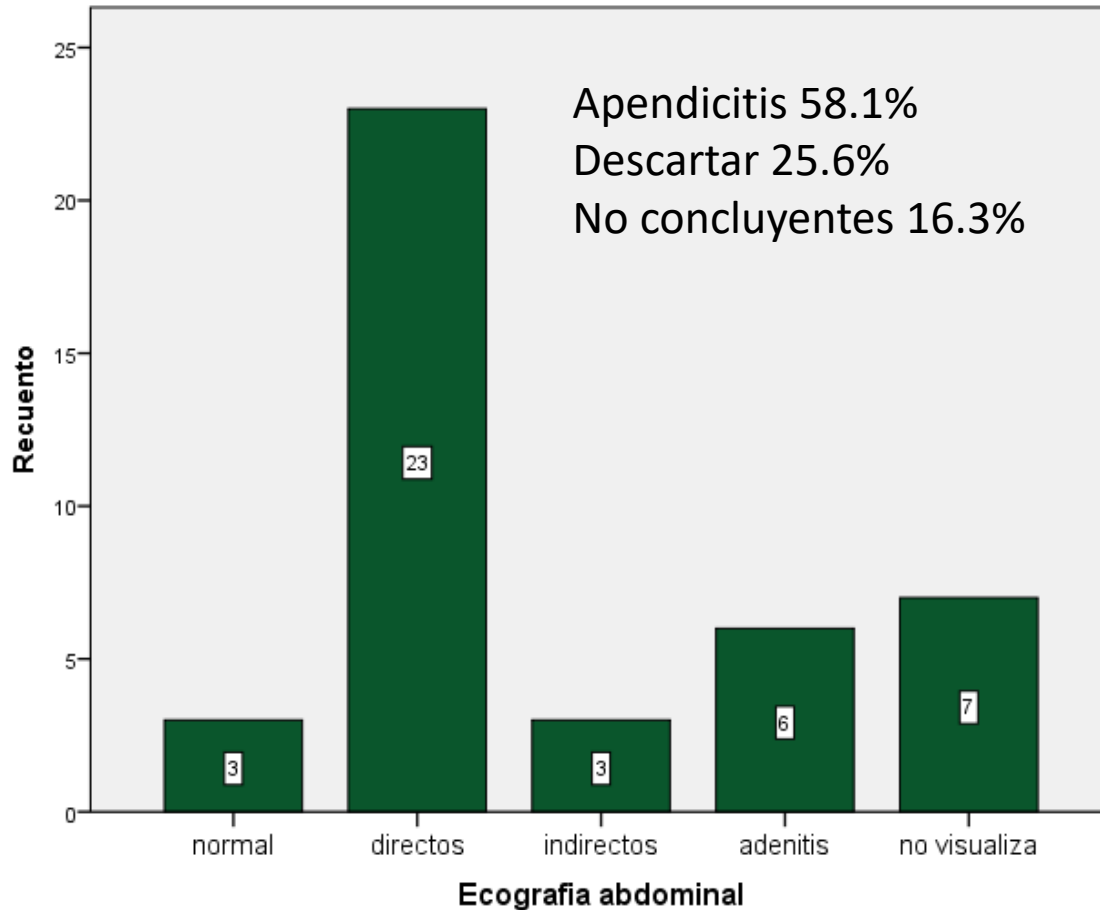
Curva ROC para el diagnóstico de apendicitis



Área bajo la curva ROC:
0.77 - PAS
0.82 - Leucocitos
0.83 - Neutrófilos
0.60 - PCR

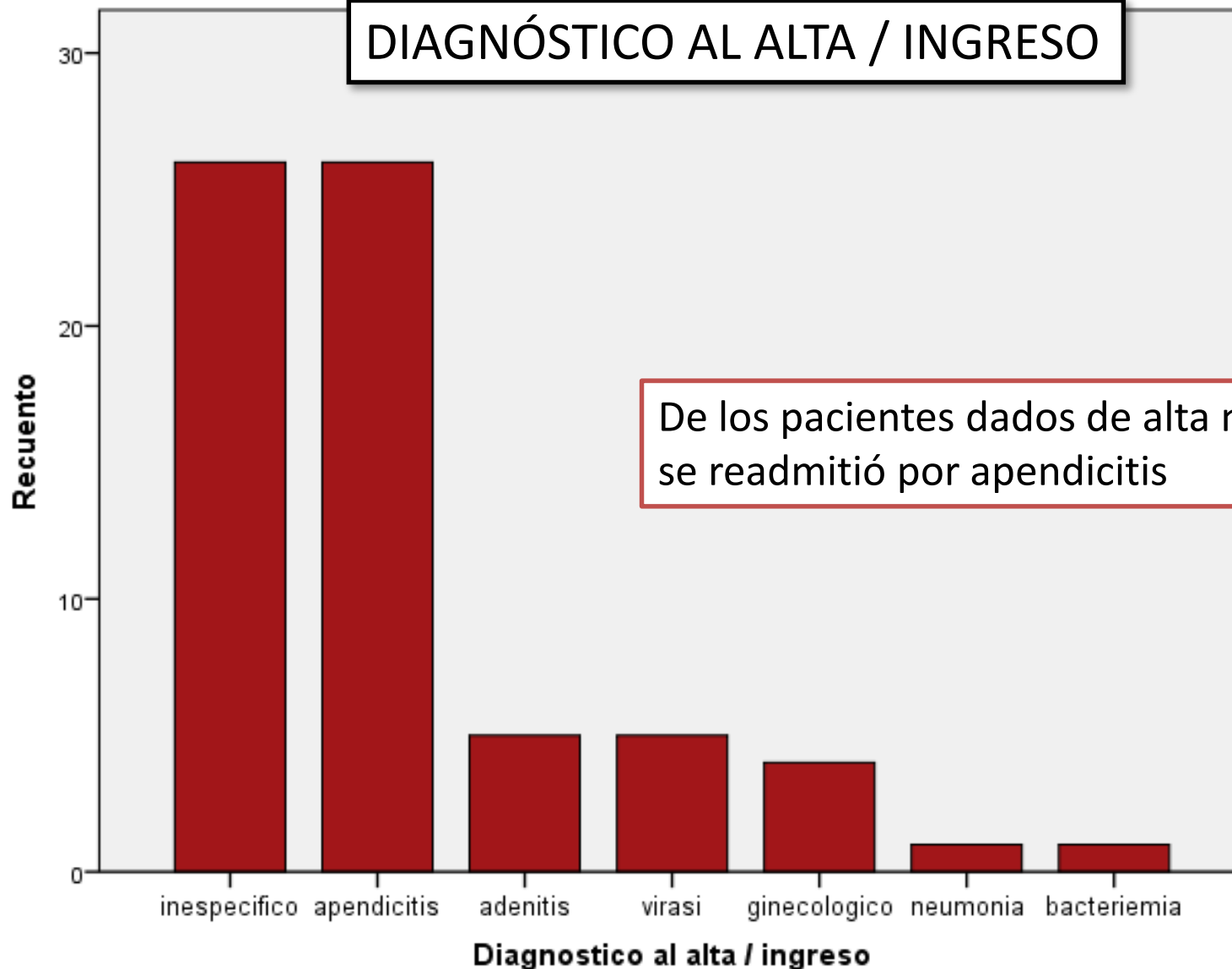
El punto de corte ideal del PAS sería ≥ 6 (S=0.8, E=0.57)

RESULTADOS ECOGRAFIA



- Ecografía al 70.5% de los pacientes con PAS ≥ 4 .
- Se repitió al 12% de los casos.
- Se realizaron 2 TAC.
- La ecografía diagnosticó el 96.1% de las apendicitis.

DIAGNÓSTICO AL ALTA / INGRESO



CRIBAJE DE APENDICITIS

	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo
PAS \geq 4p	100% [IC 95%: 86-100]	16.7%	42.6%	100%
PAS \geq 7p	69.2 % [IC 95%: 48-86]	73.8%	62%	79.5%
PAS \geq 4p con ecografía	96.2 % [IC 95%: 80-100]	94.1%	96.1%	94.1%
PAS \geq 7p con ecografía	65.4 % [IC 95%: 44-83]	100%	100%	65.4%

COMENTARIS

- Leucocitosis y neutrofilia son los marcadores que mejor se correlacionan.
- La PCR muestra diferencias entre los dos grupos, sin ser significativa en nuestra serie.
- Dudosa utilidad de los segundos controles analíticos.
- Administración de analgesia y valoración posterior del PAS por su implicación en la modificación del score.

LIMITACIONES

- Estudio unicéntrico
- Tamaño muestral pequeño (n=68)
- No se realizó ecografía al 100% de pacientes con riesgo medio-alto, aunque ninguno de los dados de alta se readmitió por apendicitis

CONCLUSIONES

- El PAS es útil en el despistaje de la apendicitis en Urgencias.
- El corte del PAS en ≥ 4 presenta buena sensibilidad pero baja especificidad. Incluyendo la ecografía se consigue mejorar notablemente la especificidad.
- Como cribado, la mejor opción sería la realización sistemática de una ecografía abdominal en los PAS ≥ 4 .



SITGES 19-21 de abril 2018