

Dificultades en el diagnóstico de la apendicitis aguda en el niño en la urgencia



Martínez Sebastián, A; Navío Anaya, M;
Mansilla Roig, B; Rodríguez Varela, A.;
Ballester Asensio, E; Pons Morales, S.

INTRODUCCIÓN

- **10%** de los casos de dolor abdominal evaluados en los Servicios de Urgencias
- Causa más común de abdomen agudo quirúrgico
- **Diagnóstico:** anamnesis, EF, marcadores inflamatorios, pruebas de imagen y escalas (PAS, Alvarado)...
- La tasa de fallo diagnóstico puede alcanzar el **30%**, debido a la poca especificidad de la presentación clínica y al amplio diagnóstico diferencial del dolor abdominal

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 "PIREXIA"	1
Leucocitos > $10,0 \times 10^9/L$	1
Neutrófilos > $7,5 \times 10^9/L$ " NEUTROFILIA"	1

FID: fosa iliaca derecha.

RIESGO :

LEVE 1-3 (DESCARTA)

MODERADO 4-6 (ECOGRAFÍA)

GRAVE > 6 = 7 (CIRUGÍA)

DATOS GENERALES

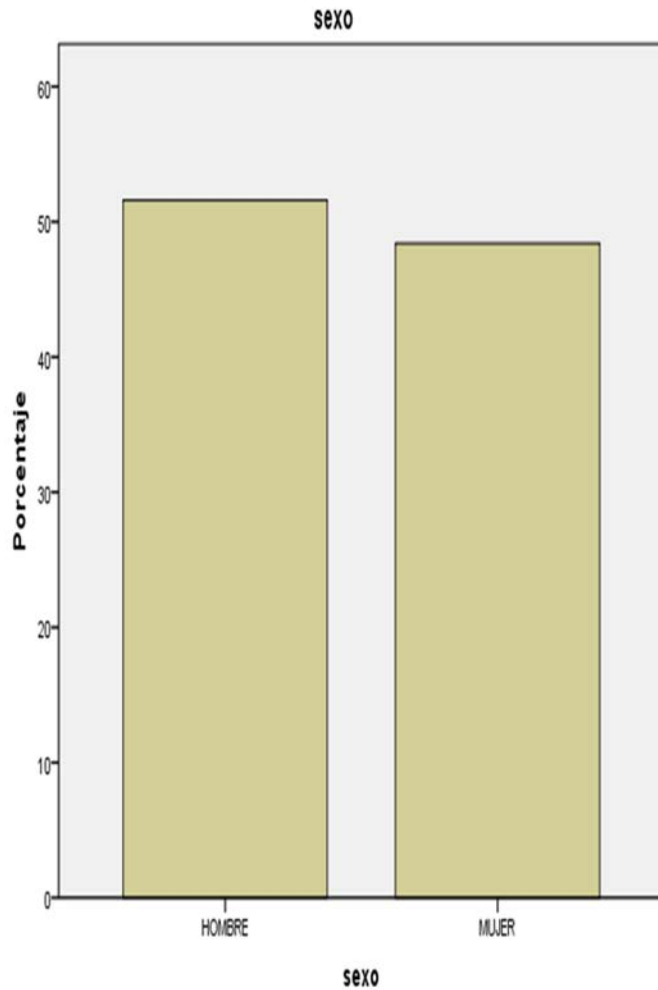
ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO desde 2013-18

N= 378 pacientes entre 0 y 15 años

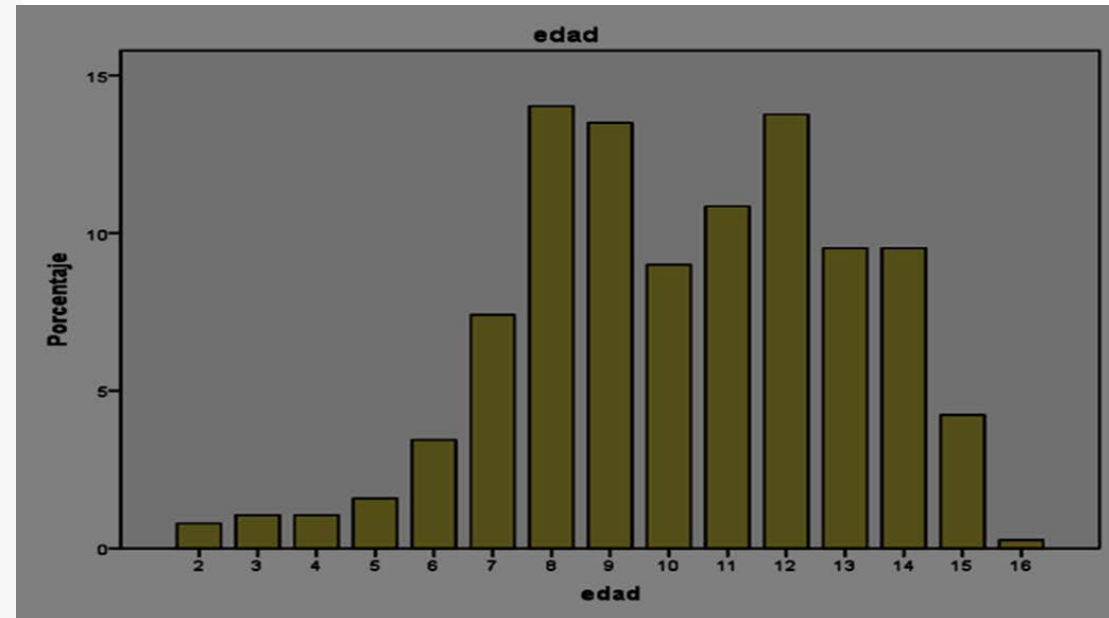
PARAMETROS: sexo, edad, PCR,
leucocitos, neutrófilos (%), horas de
dolor, fiebre, vómitos



N=378 con apendicitis aguda	Mujer 42.9% Hombre 57.1%
Sin fiebre ✗	85%
Sin vómitos	54%
Dolor abdominal	<2h (3.2%) <8h (23%) <12h(42.5%))
PCR > 5 mg/l	54.5%
>10.000 leucocitos	86.8%
>7.900 neutrófilos	49.1%

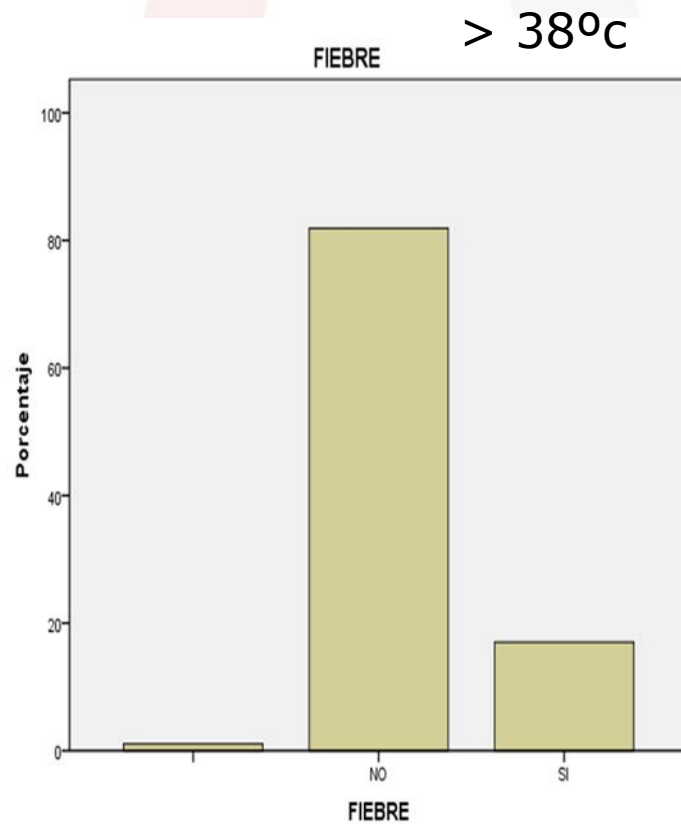


HOMBRE 57,1%, MUJER 42,9%

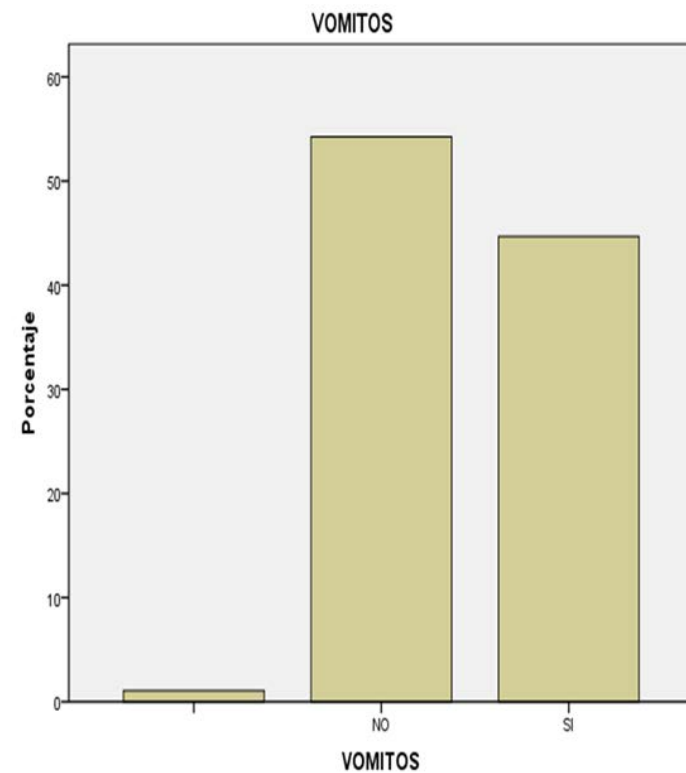


EDAD: 61,1 % entre 8 y 12 años

¿ Es la clínica (fiebre y vómitos) fiable para diagnosticar una apendicitis?

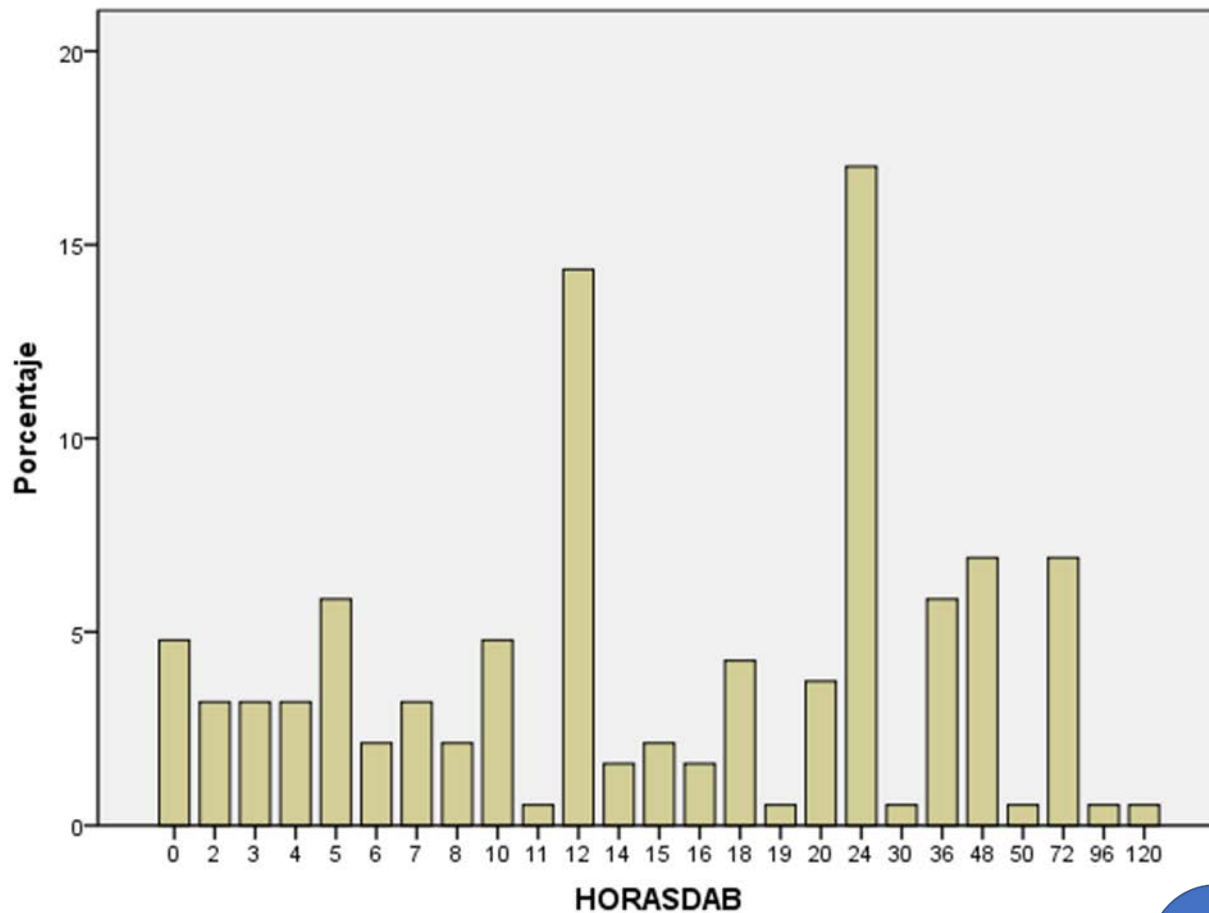


NO FIEBRE 85%



NO VOMITOS 54,2%

HORASDAB



5% DESCONOCIDO
3,2% < 2 HORAS DE DAB
23% < 8 HORAS DE DAB
42,5% < 12 HORAS DE DAB

¿ Y la analítica?

El **54.5%** de los pacientes elevaron la PCR (>5 mg/l) :
su consideración conjunta con la cifra de leucocitos y
neutrófilos es útil en el dg de apendicitis

El **86.8%** tenían más de 10.000 leucocitos (PAS)

El 54.5% tenían más de 15.000 leucocitos

El 17.2% tenían más de 20.000 leucocitos

El **49.1%** tenía más de 7900 neutrófilos (PAS)

Nuevos horizontes

Estudio multidisciplinar

- Pediatría
- Radiodiagnóstico
- Laboratorio

Inicio: Febrero 2019
n= 50

CLINICA		ANALITICA		ECOGRAFIA	
DOLOR PERIUMBILICAL		LEUCOS		PAS	
DOLOR FID		NEUTROS %		APENDICITIS	
HORAS EVOLUCION		NEUTROS		ADENITIS	
FIEBRE		LINFOS		NORMAL	
NAUSEAS		<u>Indice Neutr/linfo</u>		NO CONCLUYENTE	
VOMITOS		PCR		OTROS	
ANOREXIA		IL1			
SENSIBILIDAD FID		IL6			
BLUMBERG		IF y			
		TNF α			
		ADM			

EVOLUCION:

Orina: Alfa-2-glicoproteína rica en leucina

CIRUGIA

REPITE ECO
OPERADO
AP

DOMICILIO

RECONSULTA
REPITE ECO

INGRESO

REPITE ECO
DIAS INGRESO
DG ALTA

CONCLUSIONES

- El diagnóstico de apendicitis aguda en el niño puede ser muy complicado debido a la **poca especificidad clínica y analítica.**
- Podría ser recomendable **sustituir la temperatura en el PAS**, por el valor de PCR, analizándolo conjuntamente con la cifra de leucocitos y neutrófilos.
- Son necesarias **nuevas escalas clínica o marcadores** analíticos para aumentar la precisión en el diagnóstico, siendo todos los factores clínicos y analíticos evaluados, altamente inespecíficos.

Bibliografía:

1. Prada Arias, M., Salgado Barreira, A., Montero Sánchez, M., Fernández Eire, P., García Saavedra, S., Gómez Veiras, J., & Fernández Lorenzo, J. R. (2018). Apendicitis versus dolor abdominal agudo inespecífico: evaluación del Pediatric Appendicitis Score. *Anales de Pediatría*, 88(1), 32–38.
2. Arias, M. P., Barreira, A. S., Sánchez, M. M., Eire, P. F., Saavedra, S. G., Veiras, J. G., & Lorenzo, J. R. F. (2018, January). Apendicitis versus dolor abdominal agudo inespecífico: evaluación del Pediatric Appendicitis Score. In *Anales de Pediatría* (Vol. 88, No. 1, pp. 32-38). Elsevier Doyma.
3. Arias, M. P., Vázquez, J. L., Barreira, A. S., Veiras, J. G., Saavedra, S. G., Eire, P. F., ... & Lorenzo, J. F. (2017). Apendicitis versus dolor abdominal agudo inespecífico: rendimiento diagnóstico de la ecografía. *Cir Pediatr*, 30, 146-151.
4. Cuervo, J. (2014). Apendicitis aguda. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)*, 56(252), 15-31.
5. Caraballo, L. R., Palacios, M. C., Jerez, M. C., & Pradas, V. I. (2018). Evaluación de la redundancia de pruebas en la apendicitis aguda. *Cir Pediatr*, 31, 29-33.
6. Acharya, A., Markar, S. R., Ni, M., & Hanna, G. B. (2016). Biomarkers of acute appendicitis: systematic review and cost-benefit trade-off analysis. *Surgical Endoscopy*, 31(3), 1022–1031.

¡ Gracias por vuestra atención!

Murcia, 2019

