

¿Qué hay de nuevo en pediatría de AP?

Apendicitis aguda y la utilidad de las escalas de predicción clínica

B. Juanes de Toledo¹, M. V. Martínez Rubio²

¹CS Collado Villalba Pueblo. Madrid. España

²CS Los Fresnos. Torrejón de Ardoz. Madrid. España

APENDICITIS AGUDA Y LA UTILIDAD DE LAS ESCALAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA

El dolor abdominal (DA) es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría de Atención Primaria, y la apendicitis aguda (AA) constituye la causa más frecuente de abdomen agudo en la infancia. El cuadro típico de DA con migración a fosa iliaca derecha (FID), acompañado o no de fiebre, anorexia, náuseas y vómitos, nos va a plantear tres posibles actitudes según los hallazgos de la exploración abdominal:

- Este DA no es un abdomen agudo y puedo controlarlo en la consulta.
- Este DA es claramente sospechoso de un cuadro de AA, y lo mejor es enviarlo al hospital para que lo valore un cirujano pediátrico.

Sinceramente no sé si debería vigilarlo, pedir algún estudio de imagen o mandarlo directamente al hospital.

Es en este último supuesto donde las escalas de predicción clínica (EPC) podrían ayudar a identificar los pacientes susceptibles de intervención quirúrgica.

Recientemente Pogorelic¹ ha publicado un nuevo estudio comparando las escalas de Alvarado (EA) y la Pediatric Appendicitis Score de Samuel (PAS) (Tabla 1), que ha sido objeto de una valoración crítica y un comentario en *Evidencias en Pediatría*^{2,3}.

En este artículo se comparan las dos escalas en una serie de 311 niños intervenidos por sospecha de AA, en los que fue el cirujano el que realizó la indicación quirúrgica tras una valoración clínica y analítica. Llama la atención que solo se realizó ecografía en el 22% y tomografía axial computarizada (TAC) en el 0,6% de los niños con sospecha de AA. Se confirmó el diagnóstico histológico de AA tras la intervención en 265 pacientes (85,2%), siendo el apéndice histológicamente normal en 26 casos (9%). Los restantes 18 casos presentaron otras patologías, que probablemente sí eran subsidiarias de tratamiento quirúrgico

urgente. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo y se estableció el punto de corte óptimo en las dos escalas mediante curvas ROC.

El autor concluye:

- Que las dos escalas son equiparables y no existe diferencia significativa entre ellas.
- Que el punto de corte óptimo de 7 en ambas escalas daría lugar a un 5-7 % de pacientes con puntuación ≥ 7 que serían intervenidos sin necesidad, y a un 8-10% de AA con puntuación entre 5 y 7 que se dejarían sin operar.

Tabla 1. Escalas de predicción clínica de apendicitis aguda		
Alvarado Scoring System		
	Variable	Valor
Síntomas	Migración del dolor	1
	Anorexia	1
	Náuseas/vómitos	1
Signos	Sensibilidad en fosa iliaca derecha	2
	Signos de rebote	1
	Fiebre $\geq 37,3$ °C	1
Analítica	Leucocitosis $\geq 10\ 000/\text{mm}^3$	2
	% neutrófilos $\geq 75\%$	1
Pediatric Appendicitis Scoring System		
	Variable	Valor
Síntomas	Migración del dolor	1
	Anorexia	1
	Náuseas/vómitos	1
Signos	Sensibilidad en fosa iliaca derecha	2
	Signos de rebote	2
	Fiebre ≥ 38 °C	1
Analítica	Leucocitosis $\geq 10\ 000/\text{mm}^3$	1
	% neutrófilos $\geq 75\%$	1

- Que la utilización de estas escalas, por sí solas, no permite diagnosticar ni excluir una AA.

El diagnóstico de abdomen agudo es un diagnóstico clínico que se basa en la anamnesis y en la exploración clínica. La primera requiere un paciente colaborador, por lo que en niños menores de cuatro años será difícil valorar las características del cuadro y la migración del dolor; y la segunda requiere experiencia. Las EPC no pueden sustituir la valoración por el cirujano, pero pueden ayudar a identificar el subgrupo de pacientes que con más probabilidad serían subsidiarios de completar el estudio mediante pruebas de imagen, de mantener bajo vigilancia estrecha o de valoración quirúrgica. Si bien la TAC es la prueba de imagen más concluyente ante sospecha de AA, la radiación que conlleva debería reservarse para casos seleccionados. La ecografía, totalmente inocua, depende tanto del equipo como de la experiencia del ecografista.

Por lo tanto, ante un caso dudoso de AA podemos utilizar cualquiera de las EPC para orientar los pasos a seguir:

- Puntuación ≤ 3 : descartaría en principio AA.
- Puntuación ≥ 7 : indicaría tratamiento quirúrgico.
- Puntuación entre 3 y 7: nos obligaría a completar el estudio mediante ecografía y eventualmente TAC, o mantener al niño en observación.

Debemos recordar que existen otras causas distintas de la AA que originan un cuadro de abdomen agudo en FID, por lo que el objetivo es la indicación quirúrgica más que el diagnóstico final.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pogorelic Z, Rak S, Mrklic I, Juric I. Prospective validation of Alvarado Score and Pediatric Appendicitis Score for the diagnosis of acute appendicitis in children. *Pediatr Emer Care*. 2015;31:164-8.
2. Juanes de Toledo B, Martínez Rubio MV. Escalas de predicción clínica en apendicitis aguda: ¿son útiles? *Evid Pediatr*. 2015;11:45.
3. Fernandez Valadés R. Utilización de escalas diagnósticas para el diagnóstico de apendicitis aguda en niños. *Evid Pediatr*. 2015;11:49.