

Apendicitis aguda. ¿Siguen siendo válidas 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

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^{1,2}. 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 escenarios distintos en la consulta, según los signos exploratorios:

- Este DA no es un abdomen agudo y puedo controlarlo en la consulta.
- Este DA es claramente sospechoso 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 enviarlo directamente al hospital.

Para este tercer escenario podemos utilizar las escalas de predicción clínica (EPC)³. De todas ellas, las más validadas son la Pediatric Appendicitis Score System (PAS) y la EPC de Alvarado (Alvarado Scoring System) o MANTRELS por la inicial en inglés de cada uno de sus ítems: migración del dolor, anorexia, náuseas/vómitos, sensibilidad en FID (*tenderness*), rebote, elevación de la temperatura, leucocitosis, y desviación a la izquierda (*shift to left*) (Tabla 1).

En el artículo publicado por Pogorelic⁴ se concluyó que ambas EPC, por sí solas, no permiten diagnosticar ni excluir una AA. Que ambas son equiparables con un punto de corte óptimo de 7 en ambas escalas, que daría lugar a un 5-7% de pacientes con puntuación >7 que serían intervenidos sin necesidad (falsos positivos), y un 8-10% de AA con puntuación entre 5 y 7 que se dejarían sin operar. En este artículo solo se realizó ecografía abdominal en el 22% y tomografía computarizada (TC) en el 0,6% de los niños con sospecha de AA. Se confirmó el diagnóstico en el 85,2% de los casos.

El diagnóstico de abdomen agudo es un diagnóstico clínico que se basa en la anamnesis y en la exploración física. La primera requiere un paciente colaborador, por lo que en niños menores de 4-5 años será difícil valorar la migración del dolor y las características el cuadro; y la segunda requiere experiencia⁵.

Durante los últimos años, se han realizado esfuerzos para conseguir disminuir la tasa de apendicectomías negativas (en blanco) hasta un 2-4% mediante la incorporación de algoritmos² que, además de estratificar a los pacientes por medio de las EPC, utilizan la ecografía y el recuento leucocitario como herramientas de decisión. Todo ello sin aumentar el número de apendicitis complicadas con absceso o peritonitis.

Las EPC no pueden sustituir la valoración por el cirujano, pero son muy válidas como herramienta de cribado, para identificar pacientes de alto, moderado y bajo riesgo de AA, indicar la necesidad de estudios de imagen mediante ecografía, aumentar la precisión diagnóstica y reducir costes innecesarios.

Tabla 1. Escala de predicción clínica de apendicitis aguda.

Ítems	Alvarado	PAS
Migración del dolor	1	1
Anorexia	1	1
Náuseas/vómitos	1	1
Sensibilidad en FID (<i>tenderness</i>)	2	2
Rebote	1	2
Elevación de la temperatura	1	1
Leucocitosis	2	1
Desviación izquierda (<i>shift to left</i>)	1	1
Total	10	10

FID: fosa iliaca derecha; PAS: Pediatric Appendicitis Score System.

Cómo citar este artículo: Juanes de Toledo B, Martínez Rubio MV. Apendicitis aguda. ¿Siguen siendo válidas las escalas de predicción clínica? FAPap Monogr. 2018;4:37-8.

Hemos pasado de herramientas de decisión terapéutica a herramientas de estratificación del riesgo o de conducta que seguir ante un DA. De manera general, los pacientes se estratifican según la puntuación del PAS en^{1,2}:

- Bajo riesgo (1-3 puntos), que pueden ser dados de alta con seguimiento telefónico.
- Riesgo moderado (4-7 puntos), que serían subsidiarios de pruebas de imagen, fundamentalmente ecografía.
- Alto riesgo (8-10), que directamente necesitan valoración quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glass CC, Rangel S. Overview and diagnosis of acute appendicitis in children. *Semin Pediatr Surg.* 2016;25:198-203.
2. Rentea RM, St Peter SD. Contemporary management of appendicitis in children. *Adv Pediatr.* 2017;64:225-51.
3. Fernández Valadés R. Utilización de escalas diagnósticas para el diagnóstico de apendicitis aguda en niños. *Evid Pediatr.* 2015;11:49.
4. 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.
5. Juanes de Toledo B, Martínez Rubio MV. Escalas de predicción clínica en apendicitis aguda: ¿son útiles? *Evid Pediatr.* 2015;11:45.