



La evaluación clínica en la apendicitis aguda aún es un reto

Mario Enrique Rendón-Macías^{1,*}

¹ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, Instituto Mexicano del Seguro Social.

En este volumen, Avilés y colaboradores¹ presentan otra propuesta para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda en niños. Como es sabido el diagnóstico suele ser difícil en los pacientes pediátricos y sobre todo en menores de cinco años. Como se ha informado en diferentes estudios, el retraso puede ocasionar complicaciones, sin embargo, frecuentemente los niños son atendidos en distintas condiciones clínicas.²

Por lo anterior, mucho se ha investigado sobre el uso de tecnologías para obtener imágenes en fases tempranas y apoyar la decisión del acto quirúrgico.³ Estas técnicas como ultrasonido, tomografía axial computarizada de abdomen y resonancia magnética nuclear abdominal tienen el inconveniente de ser costosas, de no estar siempre disponibles y de no ser 100% válidas.⁴⁻⁸ Por ello la búsqueda de opciones sencillas basadas en la acuciosa exploración física será en todo momento bien recibida.

Tal como los autores comentan en su trabajo, el proceso apendicular es el resultado de una inflamación del apéndice vermiforme en la que se liberan diferentes mediadores causantes, entre otras condiciones, del aumento de la vasculatura local y por ende, del incremento de la temperatura. Con este principio proponen dar valor a una diferencia en la temperatura cutánea entre ambas fosas iliacas como ayuda para orientar el diagnóstico de apendicitis. Como puede

verse en el estudio, esta estrategia mostró una baja sensibilidad, lo cual puede interpretarse como una escasa observación en los pacientes con apendicitis aguda, e incluso sin diferencia en cuanto a las fases histopatológicas. Es evidente que esta temperatura podría relacionarse con el grado de respuesta inflamatoria, con la localización del apéndice y en los casos de perforación, con la formación de un absceso local. Estas condiciones no fueron específicamente exploradas por los autores.

Por otro lado, cuando una prueba diagnóstica es altamente específica, (es decir, con mayor utilidad para descartar una condición o enfermedad), el valor predictivo positivo suele ser alto y de utilidad clínica. Para esta propuesta y supuesto de una probabilidad preprueba o prevalencia de 50%, la posibilidad postprueba –basada en su sensibilidad de 38% y especificidad de 81%– sería de 67%. Por lo cual, su detección puede considerarse un dato más en el apoyo diagnóstico, por lo que este único dato no puede interpretarse de manera aislada. Más aún cuando en otro estudio reciente que también evaluó este signo no encontró diferencias estadísticamente significativas.⁹

Por el momento, la escala de Alvarado modificada para niños¹⁰ o la PAS (*Pediatric Appendicitis Score*)¹¹ siguen siendo las mejores herramientas clínicas para apoyar el diagnóstico.

www.medigraphic.org.mx

* Correspondencia: MERM, dr.mariorendon@gmail.com

Conflicto de intereses: El autor declara que no tiene.

Citar como: Rendón-Macías ME. La evaluación clínica en la apendicitis aguda aún es un reto. Rev Mex Pediatr 2017; 84(1):3-4.

[The clinical evaluation of acute appendicitis is still a challenge]

REFERENCIAS

1. Avilés-Martínez KI, González-Cortés LF, Aguirre-Jáuregui O. Diferencia térmica entre fosas ilíacas: diagnóstico y predicción de apendicitis aguda. *Rev Mex Ped.* 2017; 84 (1): 5-9.
2. Almaramhy HH. Acute appendicitis in Young children less than 5 years. Review article. *Ital J Pediatr.* 2017; 43 (1): 15. doi: 10.1186/s-13052-017-0335-2.
3. Gurien LA, Wyrick DL, Smith SD, Dassinger MS. Optimal timing of appendectomy in the pediatric population. *J Sur Res.* 2016; 202 (1): 126-131.
4. Guglietta MA, Magistrelli A, Martucci C, Casaza I, Toma P. Sonographic probabilities of appendicitis in children. *Pediatr Radiol.* 2017; doi: 10.1007/s0024-017-3822-0.
5. Scheinfeld MH, Moon JY, Fagan MJ, Davoudzadeh R, Wang D, Taragin BH. MEI usage in a pediatric emergency department: an analysis of usage and usage trends over 5 years. *Pediatr Radiol.* 2017; 47 (3): 327-332.
6. Petkovska I, Martin DR, Covington MF, Urbina S, Duke E, Daye ZJ et al. Accuracy of unenhanced MRI imaging in the detection of acute appendicitis: single-institution clinical performance review. *Radiology.* 2016; 279 (2): 454-460.
7. Inal M, Unal B, Bilgili YK. Better visualization of vermiform appendix with tissue harmonic imaging compared to conventional sonography. *Iran J Radiol.* 2014; 11 (4): e18114. doi: 10.5812/iranjrriol.18.114.
8. Koning JL, Naheedy JH, Kruk PG. Diagnostic performance of contrast-enhanced MR for acute appendicitis and alternative causes of abdominal pain in children. *Pediatr Radiol.* 2014; 44 (8): 948-955.
9. Prada AM, Salgado BA, Montero SM, Fernández EP, García SS, Gómez VJ et al. Appendicitis versus non-specific acute abdominal pain: pediatric appendicitis score evaluation. *An Pediatr (Barc).* 2017; doi: Q0.1016/j.anpedi.2017.01.006
10. Ohle R, O'Reilly F, Brien KK, Fahey T, Dimitrov BD. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. *BMC Med.* 2011; 9: 139.
11. Samuel M. Pediatric appendicitis score. *J Pediatr Surg.* 2002; 37: 877-881.