



QUÉ VALOR TIENE CADA HALLAZGO CUANDO SE SOSPECHA APENDICITIS AGUDA

Palabras claves: apendicitis aguda, diagnóstico.

Aproximadamente 3,4 millones de personas consultan a las salas de emergencias por año en los Estados Unidos por dolor abdominal. Existen varias causas de este dolor desde procesos benignos hasta enfermedades agudas que ponen en riesgo la vida.

La apendicectomía es la cirugía de emergencia abdominal más frecuentemente realizada. El diagnóstico de apendicitis en varones jóvenes con dolor abdominal no es complicado pero en mujeres premenopáusicas se debe ampliar las consideraciones diagnósticas con la misma presentación clínica. También es complicado en edades extremas de la vida donde es complicado obtener una historia clínica y examen físico exacto. La demora en el diagnóstico y tratamiento apropiado de la apendicitis incrementa el porcentaje de perforación, y con ello aumenta la morbi-mortalidad, de esto se desprende que este procedimiento es crucial realizarlo oportunamente.

Para minimizar el riesgo de perforación apendicular, los cirujanos aconsejan la laparotomía temprana, en ausencia de un diagnóstico de certeza, y en estos casos el 20% de los casos en que se realiza una laparotomía exploradora el apéndice es normal. Cuando el paciente presenta una edad extrema o el sexo es femenino los factores de confusión son mayores y el error diagnóstico es del 40%.

Con el objetivo de mejorar la exactitud diagnóstica el Dr. Paulson y col. realizaron un revisión del tema.

Con respecto a los síntomas y signos encontraron la siguiente especificidad y sensibilidad:

Hallazgo	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Signos		
Fiebre	67	69
Defensa	39-74	57-84
Dolor a la descompresión	63	69
Dolor indirecto (Signo de Rovsing)	68	58
Signo del Psoas	16	95
Síntomas		
Dolor en fosa ilíaca derecha	81	53
Náuseas	58-68	37-40
Vómitos	49-51	45-69
Comienzo del dolor antes de los vómitos	100	64
Anorexia	84	66

Los 3 signos y síntomas que son más predictivos de apendicitis aguda son el dolor en fosa ilíaca derecha, rigidez abdominal, y migración del dolor de la región periumbilical a la fosa ilíaca derecha.

En mujeres con apendicitis, los principales errores diagnósticos se realizan con enfermedad pélvica inflamatoria, gastroenteritis, dolor abdominal de origen desconocido, infección del tracto urinario, ruptura de folículo ovárico, y embarazo ectópico.

Las pruebas de laboratorio realizadas como evaluación inicial de dolor en fosa ilíaca derecha incluyen al recuento de leucocitos que se encuentran elevado en el 70-90% de los casos, pero presenta pobre especificidad para el diagnóstico de apendicitis aguda. En toda mujer en edad reproductiva se debe solicitar subunidad Beta de la gonatrofina coriónica humana para descartar embarazo ectópico y análisis de orina para descartar infección urinaria.

Si la presentación inicial no sugiere la necesidad de cirugía inmediata, el paciente puede ser observado de 6 a 10 horas, para aclarar el diagnóstico, y evitar una laparotomía innecesaria sin riesgo de un incremento del riesgo de perforación apendicular.

Si persisten las dudas el uso temprano de la tomografía computada (TC) de alta resolución presenta una sensibilidad del 90-100% y especificidad del 91-99%,. El diagnóstico laparoscópico es más efectivo en mujeres, para diferenciar y tratar causas ginecológicas.

La radiografía convencional presenta baja sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de apendicitis aguda. La ecografía o ultrasonografía presenta una sensibilidad del 75-90% y especificidad del 86-100%, y puede identificar diagnósticos alternativos como torsión de ovario o pioslapinx

OCT-2005

Bibliografía:

1. Paulson EK, Kalady MF, Pappas TN. Clinical practice. Suspected appendicitis. N Engl J Med. 2003 Jan 16;348(3):236-42. [\[Resumen\]](#)