

Original

¿Es suficiente la observación clínica en los casos dudosos de apendicitis aguda?

A. Bianchi Cardona, A. Heredia Budó, L.A. Hidalgo Grau, F. García Cuyàs, C. Admella Salvador*, X. Suñol Sala

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y *SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL DE MATARÓ. MATARÓ (BARCELONA).

RESUMEN

Introducción: El diagnóstico de apendicitis aguda sigue siendo uno de los problemas más habituales en los servicios de urgencias. El objetivo del presente estudio es evaluar los resultados de la observación clínica en pacientes con clínica dudosa de apendicitis aguda, comparándolos con los de una serie contemporánea de pacientes diagnosticados e intervenidos de inicio.

Métodos: Se estudia una serie de 547 pacientes intervenidos por apendicitis aguda en un período de 4 años divididos en 2 grupos: Grupo A, 310 pacientes diagnosticados de entrada de apendicitis aguda e intervenidos y Grupo B, 237 pacientes con diagnóstico dudoso sometidos a observación clínica y posteriormente intervenidos. Se analizan los datos demográficos, los datos cronológicos desde el inicio del cuadro al ingreso y a la intervención, y el número de apendicectomías innecesarias y de apendicitis gangrenosas-perforadas.

Resultados: No se evidenciaron diferencias significativas en las características generales de los 2 grupos, salvo un mayor número de mujeres en el grupo B, y un mayor porcentaje de pacientes sometidos a exploraciones complementarias. Con respecto a los datos cronológicos, existen diferencias significativas entre ambos grupos que evidencian un retraso diagnóstico, siendo el dato más importante que esta conducta de observación clínica no reduce el número de apendicectomías innecesarias (7,7% por 8,4%) ni de apendicitis gangrenosas-perforadas (25,2% por 37,1%).

Conclusiones: Aunque los resultados son en líneas generales aceptables, la actitud de observación clínica en pacientes de diagnóstico dudoso, con o sin exploraciones complementarias, no ha sido satisfactoria en nuestra experiencia. En los casos de duda debería seguirse una actitud diagnóstica más agresiva, posiblemente mediante la realización de tomografía axial computadorizada.

Palabras clave: *Apendicitis aguda. Diagnóstico clínico. Tomografía axial computadorizada.*

ABSTRACT

Is clinical observation enough in doubtful cases of acute appendicitis?

Introduction: Diagnosis of acute appendicitis is still one of the most usual problems in emergency departments. The aim of our study is to evaluate the results of clinical observation in patients with doubtful clinical features of acute appendicitis, comparing with a series of patients initially diagnosed and operated on.

Methods: A series of 547 patients operated with diagnosis of acute appendicitis in a period of 4 years are studied. Patients are divided in 2 groups: Group A, 310 patients initially diagnosed and operated and Group B, 237 patients with doubtful diagnosis and left under clinical observation and operated lately. Demographic data and chronological data (time elapsed since the begin of suymptomatology to operation) are analysed, and the number of unnecessary appendectomies and gangrenous-perforated appendicitis.

Results: There were not differences in general characteristics between both groups, except a higher incidence of women and radiological explorations in group B. There was a significative diagnostic delay in group B, the clinical observation do not decrease unnecessary appendectomies (7.7% in group A vs. 8.4% in group B) neither gangrenous-perforated appendicitis (25.2% in group A vs. 37.1% in group B).

Conclusions: Although our results could be considered as acceptable, clinical observation in doubtful cases, with or without radiological explorations have not been useful in our experience. In doubtful cases it had better a more aggressive diagnostic approach, probably performing an abdominal CT scan.

Key Words: *Acute appendicitis. Clinical diagnosis. Computed tomography.*

Correspondencia: Albert Bianchi Cardona
Hospital de Mataró. Cta. de Cirera, s/n. 08034 Mataró (Barcelona)
E-mail: cirurgia@csm.scs.es

Fecha de recepción: 11-3-2004
Fecha de aceptación: 27-6-2005



INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda (AA) es el proceso que causa mayor número de intervenciones quirúrgicas urgentes en nuestros hospitales. Su diagnóstico preoperatorio, a pesar de los grandes avances tecnológicos desarrollados en los últimos años, sigue planteando en muchas ocasiones serios problemas. Clásicamente se recomendaba el tratamiento quirúrgico en cualquier caso de dolor en FID en el que existiera una duda razonable de que se tratara de una AA, lo cual motivaba que el número de apendicectomías innecesarias fuera muy elevado¹. Desde el punto de vista opuesto, muchos autores recomiendan el realizar una tomografía computarizada (TAC) abdominal en todo paciente con dolor en FID, actuando en consecuencia según los hallazgos de esta exploración^{2,3}. En una situación intermedia están quienes defienden, en los casos de duda, el mantener a los pacientes bajo una estricta observación clínica, indicando exploraciones complementarias siempre que se considere necesario, y decidiendo en todo caso la intervención con criterios clínicos según sea la evolución⁴. Esta ha sido la posición de nuestro grupo hasta el momento.

En el presente estudio prospectivo valoramos los resultados obtenidos con la conducta especificada en el párrafo anterior, en una serie de pacientes intervenidos por AA durante un período de 4 años. Se analiza la influencia de esta postura en la demora del tratamiento quirúrgico, en el número de apendicectomías innecesarias y en el grado de evolución de la AA desde el punto de vista anatomopatológico.

MÉTODOS

En el período comprendido entre Enero de 1999 y Diciembre del 2002 se han intervenido en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Mataró 547 pacientes con el diagnóstico preoperatorio de AA. Se divide a los mismos en dos grupos. El Grupo A (310 casos) incluye los pacientes en los que en la primera valoración de urgencias se diagnosticó AA y se decidió tratamiento quirúrgico. El Grupo B (237 casos) incluye los pacientes con diagnóstico dudoso inicial de AA, y que fueron valorados en varias ocasiones en el Servicio de Urgencias y/o ingresaron en observación antes de decidir el tratamiento quirúrgico. Se comparan los siguientes parámetros entre ambos grupos: las características demográficas, biológicas (cifra de leucocitos en sangre periférica) y exploraciones complementarias realizadas (ecografía y/o TAC). Se hace lo propio con los datos cronológicos: tiempo de evolución desde el inicio del cuadro al ingreso (Intervalo I), tiempo de evolución desde el inicio del cuadro a la intervención quirúrgica (Inter-

valo II), y tiempo de evolución desde al ingreso a la intervención (Intervalo III). Por otra parte, consideramos el grado de evolución anatomopatológico del proceso apendicular mediante la comparación del porcentaje de apéndices normales y el de apéndices gangrenosos y/o perforados.

El análisis estadístico de los resultados se realiza mediante el test de la *t* de Student para variables cuantitativas y el del χ^2 para las cualitativas.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra la comparación de las características demográficas, la cifra de leucocitos y las exploraciones complementarias realizadas entre ambos grupos. Como puede apreciarse existen diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexos, con un mayor porcentaje de mujeres en el grupo B. Asimismo, en este grupo se constató un incremento significativo en los exámenes complementarios realizados.

En la Tabla 2 se expresan en horas los tiempos medios especificados en el apartado de Métodos. En todos los intervalos considerados, los tiempos son significativamente superiores en el Grupo B.

El estudio anatomopatológico rutinario de las piezas quirúrgicas arrojó la incidencia de grados histopatológicos extremos que constan en la Tabla 3. Junto a una cifra mayor de

TABLA 1. Datos demográficos, biológicos y exploraciones complementarias

	Grupo A	Grupo B	P
Sexo	217/93	121/116	0,05
Edad media	28,4	30,6	0,1
Leucocitos	18.500 ± 3993	16975 ± 4713	0,3
Eco/TAC	18/2	64/14	0,05

El sexo se expresa con la relación varones/mujeres y la cifra de leucocitos en forma de media ± desviación estándar.

TABLA 2. Datos cronológicos

	Grupo A	Grupo B	P
Intervalo I	23,9	40	0,05
Intervalo II	31,4	63,2	0,05
Intervalo III	7,4	21,9	0,05

Los tiempos medios de los intervalos se expresan en horas.

TABLA 3. Datos anatomopatológicos

	Grupo A	Grupo B	P
AN	24 (7,7%)	20 (8,4%)	0,04
AGP	78 (25,2%)	88 (37,1%)	0,01

AN = Apéndices normales. AGP = Apendicitis gangrenosas-perforadas.

falsas AA en el Grupo B, con significación estadística límite, se aprecia un incremento sustancial de AA evolucionadas en el mismo grupo, aunque, en este caso, con clara significación estadística.

DISCUSIÓN

A pesar de ser uno de los diagnósticos más frecuentes en los Servicios de Urgencias quirúrgicas, y considerado popularmente como de mayor facilidad y menor gravedad, la apendicitis aguda continúa planteándonos a los cirujanos del siglo XXI serios problemas diagnósticos y es causa de errores que pueden tener graves consecuencias para los pacientes, tanto por exceso de tratamiento como por defecto⁵. Ante esta problemática, hace no muchos años se aconsejaba intervenir a todo paciente que planteara una mínima duda diagnóstica de AA. Tanto era así que se aceptaban como válidas cifras de apendicectomías innecesarias (las denominadas "blancas") en caso de sospecha preoperatoria de AA de entre un 10 y un 20%, llegando algunos autores y escuelas a aceptar cifras de hasta un 30%^{1,6,7}. Cifras menores se consideraban peligrosas por el riesgo de progresión de la AA hacia fases gangrenosas y/o perforadas en caso de retraso diagnóstico.

En la actualidad disponemos de medios de diagnóstico por la imagen muy precisos; tanto es así, que existen autores que defienden la realización de una TAC para descartar o confirmar la existencia de una apendicitis en caso de duda diagnóstica. Hay quien llega incluso a aconsejar el realizar exploraciones complementarias aún en los casos en que el clínico no se plantea ninguna duda diagnóstica, alegando que aún en esta situación el porcentaje de errores puede ser muy elevado⁸.

A pesar de todos los avances, nosotros siempre hemos pensado que el diagnóstico de la apendicitis es esencialmente clínico, aún en nuestros días, defendiendo, sin embargo, que actualmente en caso de duda no está en absoluto indicado el tratamiento quirúrgico para despejarla, ya que disponemos de medios para hacerlo de una forma fiable y menos cruenta.

Pensando por consiguiente que el diagnóstico es eminentemente clínico, hemos defendido y practicado en los últimos

años el mantener a los casos dudosos bajo estricta observación clínica, repitiendo exploraciones, analíticas y solicitando pruebas complementarias siempre que lo considerásemos oportuno. Del análisis de los resultados que hemos obtenido con esta conducta podemos manifestar que hemos conseguido una cifra de apendicectomías "blancas" satisfactoria, inferior al 10% en cifras globales, con un porcentaje de apendicitis gangrenosas/perforadas razonable (hemos incluido en este grupo también las flemono-gangrenosas lo que eleva la cifra), lo que nos hace asumir que los resultados son aceptables desde el punto de vista global. Sin embargo, comparando los resultados entre los grupos A y B, vemos que con los pacientes que nos han planteado dudas diagnósticas de entrada, sometidos a una observación clínica intensiva, con o sin exploraciones complementarias como TAC o ecografía, no hemos conseguido disminuir el número de apendicectomías innecesarias y hemos operado un porcentaje mayor de pacientes con apendicitis histológicamente más graves, a costa de una demora diagnóstica y terapéutica mucho mayor que en el grupo A, por lo que el beneficio en líneas generales en el grupo B es inexistente, no sólo desde el punto de vista clínico, sino que también desde una vertiente de eficiencia en la gestión, por el consumo de mayores recursos humanos y horas de ingreso que conlleva este planteamiento.

Nos parece evidente, por tanto, que de todo ello debería desprenderse un cambio de actitud ante todos aquellos pacientes que de entrada nos plantean dudas diagnósticas (más aún si hemos de hacer hincapié que en este estudio no hemos incluido todos aquellos pacientes que han sido ingresados en observación y finalmente no han sido intervenidos), y solicitar una TAC sectorial de FID (no entramos a valorar las distintas técnicas que defienden las distintas escuelas radiológicas como la más adecuada) sin tener que sentirnos avergonzados como clínicos por este proceder, ya que se ha demostrado que esta conducta tiene indudable ventajas coste-beneficio⁹.

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos invitan a proponer una actitud diagnóstica más agresiva desde un primer momento, sin que ello nos lleve a renunciar a la creencia de que el diagnóstico de la apendicitis aguda es eminentemente clínico, y que la prueba diagnóstica, como la TAC, no será más que otro elemento a considerar dentro de la valoración global del paciente¹⁰, pero que dada su fiabilidad puede permitirnos reducir las horas de demora y por consiguiente el retraso en la aplicación del tratamiento adecuado, así como seleccionar de una manera más racional el número de pacientes que deben ser ingresados en observación en caso de duda.



BIBLIOGRAFÍA

- 1- Lewis FR, Holcroft JW, Boey J, Dunphy E. Appendicitis: a critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases. *Arch Surg* 1975;110:677-84.
- 2- Lane MJ, Liu DM, Huynh MD, Jeffrey RB, Mindelzun RE, Kats DS. Suspected acute appendicitis: nonenhanced helical CT in 300 consecutive cases. *Radiology* 1999;213:341-6.
- 3- Naoum JJ, Mileski WJ, Daller JA, Gomez GA, Gore DC, Kimbrough TD, et al. The use of abdominal computed tomography scan decreases the frequency of misdiagnosis in cases of suspected appendicitis. *Am J Surg*. 2002;184:587-90.
- 4- Paulson EK, Kaladis MF, Pappas ThN. Suspected appendicitis. *N Engl J Med* 2003;348:236-42.
- 5- Healfield R, Roe AM, Watkins R, Bodribb AJM, Brown C. Outcome of emergency surgical admission for non-specific abdominal pain. *Gut* 1990; 31:A1167(Abstract).
- 6- Walker SJ, West CR, Colmer MR. Acute appendicitis: does removal of a normal appendix matter, what is the value of diagnostic accuracy and its surgical delay important? *Ann R Coll Surg Engl* 1995;77:358-63.
- 7- Rao PM, Rhea JT, Rattner DW, Venus LG, Novelline RA. Introduction of appendiceal CT: impact on negative appendectomy and appendiceal perforation rates. *Ann Surg* 1999;229:344-9.
- 8- Rettenbacher T, Hollerweger A, Gritzmann N, Gotwald T, Schwamberger K, Ulmer H, et al. Appendicitis: Should diagnostic imaging be performed if the clinical presentation is highly suggestive of the disease? *Gastroenterology* 2002;123:992-8.
- 9- Rao PM, Rhea JT, Novelline RA, Mostafavi AA, McCabe CJ. Effect of computed tomography of the appendix on treatment of patients and use of hospital resources. *N Engl J Med* 1998;338:141-6.
- 10- Jones PF: Suspected acute appendicitis: trends in management over 30 years. *Br J Surg* 2001;88:1570-7.