

Apendicitis: cómo evitar un diagnóstico tardío

Esta transcripción ha sido editada para mayor claridad.

Justin L. Berk, MD, MPH, MBA: Bienvenido de nuevo a The Cribsiders . Este es uno de nuestros resúmenes en video de Medscape de un episodio de podcast reciente. Jessica, ¿qué tema estamos revisando hoy?

Jessica Hane, MD: Hoy vamos a hablar sobre la apendicitis. Recientemente discutimos esto con el Dr. Alex Hirsch y el Dr. Prathima Nandivada del Boston Children's Hospital y la Harvard Medical School. En este resumen de hoy, hablaremos sobre la fisiopatología, el diagnóstico y el tratamiento de la apendicitis de ese podcast, Apendicitis: consejos y trucos para cuando es el apéndice.

Berk: Comencemos con lo básico. ¿Qué es la apendicitis? ¿Puedes contarnos un poco sobre la fisiopatología?

Hane: La definición de apendicitis es bastante simple. Es la inflamación del apéndice. Como nos recordó el Dr. Nandivada, el nombre en realidad no especifica el motivo de la inflamación. Hay muchas causas diferentes de inflamación, incluida una obstrucción por fecalito, tumor o tejido linfoide, o inflamación secundaria por ileítis, colitis o peritonitis circundantes.

Berk: ¿Quién contrae apendicitis?

Hane: Es más común en adolescentes y adultos jóvenes, pero es importante recordar que se puede ver en cualquier edad. El riesgo de por vida de apendicitis es del 7% al 10%. Otra estadística interesante que discutimos fue que hasta el 8% de los niños que presentan dolor abdominal terminarán teniendo apendicitis.

Berk: Eso es una locura. Eso significa que 1 de cada 10 oyentes puede tener apendicitis en algún momento. Increíble. Entonces, si un niño presenta dolor abdominal y estamos considerando apendicitis porque hay un 8% de probabilidad, ¿qué otros signos y síntomas podría buscar?

Hane: La presentación clásica es la migración del dolor al cuadrante inferior derecho, disminución del apetito, náuseas, vómitos y fiebre. Pero también hablamos sobre el empeoramiento del dolor con tos o saltos, o esa historia de que tenían un dolor insoportable durante el viaje al hospital con cada bache. También discutimos lo difícil que es diagnosticar la apendicitis en los niños pequeños. Una señal de alerta a tener en cuenta en el grupo de niños

pequeños es la negativa a caminar o la dificultad para caminar, lo que podría indicar posibles signos peritoneales.

Por lo tanto, definitivamente tenga un umbral bajo para considerar la apendicitis porque puede simular muchos problemas pediátricos comunes, como gastroenteritis, estreñimiento y UTI.

Hablamos mucho sobre lo difícil que puede ser hacer este diagnóstico.

Berk: Hablemos del estudio. ¿Hay alguna forma de estratificar el riesgo de los pacientes? ¿Hay laboratorios que deberíamos obtener? ¿Qué recomiendan los expertos?

Hane: Hay una gran herramienta llamada puntuación de apendicitis pediátrica.

Es una buena herramienta en tiempo real para pensar qué tan probable es que un paciente tenga apendicitis.

Otra herramienta que discutimos se llama Calculadora de riesgo de apendicitis pediátrica. También está validado. Es un poco más preciso, pero no se puede hacer al lado de la cama. Necesita algunos números más del EMR en lo que respecta al trabajo.

Los laboratorios iniciales serían un CBC con diferencial para observar específicamente el recuento de glóbulos blancos y el recuento absoluto de neutrófilos.

Si el grado de sospecha de apendicitis es lo suficientemente alto, el Dr. Hirsch recomienda realizar análisis de laboratorio y comenzar a tomar imágenes al mismo tiempo, en lugar de esperar a que lleguen los resultados de laboratorio. La mayoría de los médicos comienzan con una ecografía, ya sea en el punto de atención o una ecografía formal, según su institución.

Pero si los resultados son equívocos, debe hacerse una tomografía computarizada o una resonancia magnética.

Por lo general, la TC se considera el estándar de oro, con una sensibilidad y una especificidad superiores al 90 %.

Pero algunas instituciones se están moviendo hacia la resonancia magnética para evitar la radiación en los niños.

La mayoría de las instituciones tienen su propia ruta de imágenes, por lo que puede seguirla dondequiera que esté

Berk: Digamos que hicimos todo esto y encontramos a alguien con apendicitis aguda. ¿Cuáles fueron las recomendaciones sobre cómo manejar la apendicitis?

Hane: Tan pronto como se haga el diagnóstico, los niños deben comenzar con antibióticos que cubran tanto las bacterias gramnegativas como las anaerobias.

Entonces, por ejemplo, podría usar piperacilina-tazobactam o ceftriaxona y metronidazol para la apendicitis no complicada.

El tratamiento de primera línea es la apendicectomía laparoscópica.

El riesgo operatorio es muy bajo y la cirugía es altamente exitosa.

De hecho, hablamos sobre cuántos niños realmente pueden irse a casa desde la sala de recuperación.

Pero, en ocasiones, las familias prefieren el manejo no quirúrgico con solo antibióticos.

En esta rara situación, el Dr. Nandivada recomendará tratar a los niños que parecen estar bien con un tratamiento de 7 días con amoxicilina y clavulanato y luego repetir los análisis de laboratorio e imágenes si no mejoran en unos pocos días.

Pero es realmente importante si está haciendo eso para obtener un seguimiento cercano. Y también es importante recordar que entre el 10 % y el 20 % de los niños tratados sin cirugía tendrán apendicitis recurrente.

También hablamos de la apendicitis complicada, que es la apendicitis perforada, el absceso periapendicular o la peritonitis.

Hay mucha más variabilidad en el manejo de la apendicitis complicada. Si el niño tiene un absceso perforado, el Dr. Nandivada aún recomienda ofrecer una apendicectomía urgente. Pero si tienen un absceso tapiado, la recomendación suele ser que la radiología intervencionista realice un drenaje y luego antibióticos intravenosos y una apendicectomía de intervalo en 6 a 8 semanas.

Berk: ¿Alguna otra perla final?

Hane: Una última cosa de la que hablamos fue sobre las disparidades de salud en la apendicitis y los resultados.

Es difícil medir las tasas de retraso en el diagnóstico de la apendicitis, pero los estudios que utilizaron la apendicitis complicada como indicador del retraso en el diagnóstico encontraron que los niños negros e hispanos tenían más probabilidades de ser diagnosticados con apendicitis complicada y perforada. Lamentablemente, tenían menos probabilidades de haberse sometido a un procedimiento laparoscópico y menos probabilidades de haber recibido analgésicos opioides.

Hablamos sobre el uso de la puntuación de apendicitis pediátrica y los algoritmos de apendicitis porque estas herramientas pueden reducir el sesgo implícito.

Berk: Esa es una gran perla. Tratamos de hablar de equidad en salud en cada episodio. Es una parte importante de nuestra misión.

Puede escuchar el podcast completo en **Apendicitis: consejos y trucos para cuando sea el apéndice** o descargarlo en cualquier reproductor de podcast.

<https://thecurbsiders.com/cribsiders/49>

Visite nuestro sitio web para obtener más información. Gracias por estar con nosotros.



Fuente:

Justin L. Berk, MD, MPH, MBA

Profesor Asistente, Departamento de Medicina; Profesor Asistente, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina Warren Alpert, Universidad de Brown, Providence, Rhode Island

Divulgación: Justin L. Berk, MD, MPH, MBA, ha declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

Dra. Jessica Hane

Profesor Asistente, Universidad de Minnesota; Hospitalista de Medicina Interna y Pediatría, Centro Médico de la Universidad de Minnesota, Minneapolis, Minnesota

Divulgación: Jessica Hane, MD, ha declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

Apendicitis: cómo evitar un diagnóstico tardío - Medscape - 20 de diciembre de 2022.