



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-336 - ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL FALLO DIAGNÓSTICO EN APENDICECTOMÍAS DE URGENCIA. REVISIÓN DE 5852 PACIENTES

Barragán Serrano, Cristina<sup>1</sup>; Arteaga Peralta, Vladimir<sup>2</sup>; Jiménez Álvarez, Laura<sup>3</sup>; García Amador, Cristina<sup>2</sup>; Mate Mate, Paloma<sup>1</sup>; de la Plaza Llamas, Roberto<sup>2</sup>; Prieto Nieto, Isabel<sup>1</sup>; Ramírez Ángel, José Manuel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara; <sup>3</sup>Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

### Resumen

**Objetivos:** Conocer el porcentaje de apendicectomías negativas (AN), y analizar las variables relacionadas con el fallo diagnóstico de la apendicitis aguda (AA) en 3 hospitales.

**Métodos:** Estudio descriptivo-transversal analítico, retrospectivo-multicéntrico de AN, de 2008 a 2016, en 3 hospitales (Hospital 1, 2 y 3). Revisamos 5852 pacientes consecutivos con intervención quirúrgica (IQ) por sospecha de AA. Las variables fueron: edad, sexo, gestación, Score de Alvarado (SA), pruebas radiología (PR) [ecografía y/o TC] y sus conclusiones, tipo IQ (laparoscópico y laparotómico) y reconversión.

**Resultados:** 253 pacientes (4,3%) presentaron el diagnóstico anatopatológico de apéndice normal. Las características clinicopatológicas, radiológicas y tipo IQ realizadas se resumen en la tabla. Análisis multivariante: acudir al Hospital 1 y 2 incrementa significativamente la probabilidad de realizar una PR ( $p = 0,000$ ), mientras que el sexo, edad o SA categorizado no influía de forma significativa. En pacientes SA 0-4, se realizó PR en el 47%, presentando diagnósticos radiológicos concluyentes de AA en el 81%; por ende, se realizó cirugía urgente. No se realizó PR y se intervino quirúrgicamente al 50% de pacientes SA 5-7 y al 48% de SA 8-10. Se observó una discordancia clínico-radiológica en el diagnóstico de AA (Kappa de -0,051). Obtener PR concluyentes era un factor de riesgo de laparotomía, multiplicándose por 2,32 ( $p = 0,04$ , OR 0,43; IC95% 0,19-0,98). La probabilidad de realizar laparoscopía aumentaba a mayor edad ( $p = 0,39$  OR 1,02 IC95% 1,001-1,037), así como acudir a los Hospitales 1 y 2 ( $p = 0,01$  y  $p = 0,11$ , respectivamente); sin embargo, el género no demostró diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,25$ ), realizando laparoscopía a un 30% de las mujeres, y a un 23% de los hombres. Definiendo la indicación correcta de apendicectomía como los pacientes con SA 5-10 a los que se realizó PR y estas fueron concluyentes, observamos que solo en el 28,4% actuamos de forma correcta.

### Características clinicopatológicas radiológicas y tipo IQ (n = 253)

AN (AA), prevalencia acumulada	253 (5852)	4,3
Hospital 1	63 (2106)	2,9

Hospital 2	23 (1759)	1,3
Hospital 3	167 (1987)	8,4
Mediana de edad, años (rango intercuartílico)	28 (21-38)	
Género		
Mujer	162	64
Edad fértil ( 45 años)	135	83
Gestante	4	2,5
Hombre	91	36
SA categorizado		
SA 0-4	55	22
SA 5-7	139	57
SA 8-10	52	21
Pruebas radiológicas		
Pedidas		
No	127	50
Sí	126	50
Tipo de prueba		
Ecografía abdominal	100	79

TC abdomino-pélvico	19	15
Ecografía + TC	7	6
<b>Concluyentes</b>		
Sí	94	75
No	32	32
<b>Cirugía</b>		
Laparotómica	183	73
Laparoscópica	67	27
Reconversión	2	1

**Conclusiones:** Nuestro porcentaje de AN (prevalencia acumulada 4,3%) se encuentra por debajo de las tasas históricas comunicadas (10-15%), realizándose principalmente en mujeres. Se encontró un exceso de IQ urgentes sin PR que avalen el diagnóstico de AA (independiente del SA), un uso excesivo de PR en pacientes con bajo riesgo de AA con una elevada discordancia clínico-radiológica, y falta de PR en pacientes de alto riesgo de AA.