



www.elsevier.es/cirugia

P-415 - ANÁLISIS CLÍNICO, ANALÍTICO Y RADIOLÓGICO DE LAS APENDICECTOMÍAS NEGATIVAS

García Amador, Cristina; Arteaga Peralta, Vladimir; López Marcano, Aylhin; de la Plaza Llamas, Roberto; Gonzales Aguilar, Jhonny David; Valenzuela Torres, José; Medina Velasco, Anibal; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Objetivos: La apendicitis aguda (AA) es la urgencia quirúrgica más frecuente. Su diagnóstico, aunque es básicamente clínico, ha mejorado con el uso más extendido de pruebas radiológicas. La tomografía computarizada (TC) ha contribuido a la disminución de la tasa de apendicectomías negativas (AN), sin embargo supone una alta exposición a radiación para pacientes, que en esta patología suelen ser jóvenes, y no se ha comprobado la disminución de las AA perforadas con su empleo. De esta manera, la incidencia de apendicectomías negativas (AN) actualmente admitida es menor de 10%. El objetivo es conocer la incidencia de AN en nuestro centro y evaluar las variables diagnósticas que inducen a este resultado.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de AN desde el 1 de mayo 2008 a 1 de mayo 2016, en un hospital de segundo nivel. Se revisaron 1.759 pacientes mayores de 15 años de edad, operados por abdomen agudo con sospecha de AA. Se consideraron AN las piezas quirúrgicas del apéndice cecal que no tenían ningún tipo de lesión histológica. Las variables fueron: anatomía patológica (AP), edad, sexo, Score de Alvarado (SA) y pruebas radiológicas.

Resultados: De 1.759 pacientes, 23 pacientes presentaron en la AP el diagnóstico de AN (1,25% en 8 años), 26,1% en hombres y 73,9% en mujeres. Tres pacientes fueron gestantes (13,1%). El rango de edad fue 16-87 años (mediana 30 años). El SA asociado a las pruebas radiológicas presentó la distribución que se muestra en la tabla. En los 2 casos de diagnóstico excluido según SA, se realiza ecografía, siendo concluyente para AA en uno de ellos. El 13,1% fue intervenido según la exploración física y analítica. En el 60,9% de los pacientes, la prueba radiológica fue solamente ecografía que en la mayoría de casos no fue concluyente. Del total de ecografías, 69,3% eran no concluyentes y el 30,7%, presentaban ecografía compatible con AA. En el 17,3% de pacientes se realizó ecografía y TC, concluyentes en el 8,7%. Las 3 gestantes tenían ecografía no concluyente y su SA fue de 7-8 y 5-6. Al realizar un análisis por SA, la mayor cantidad de pacientes se encontraba en los rangos SA 7-8.

SA	> 9	7-8	5-6	0-4	Total (%)
Ecografía	1	7	4	2	14 (60,9%)

TC	0	1	1	0	2 (8,7%)
Ecografía y TC	1	2	1	0	4 (17,3%)
No prueba radiológica	1	2	0	0	3 (13,1%)
Total (%)	3 (13,1%)	12 (52,1%)	6 (26,1%)	2 (8,7%)	23 (100%)

Conclusiones: Nuestra incidencia de AN se encuentra dentro de lo aceptado actualmente en la literatura. La mayor cantidad de mujeres con AN es explicable por la dificultad en el diagnóstico diferencial con la patología ginecológica. En el caso de las gestantes, tener un SA límite y una prueba radiológica no concluyente de AA, condicionó una actitud quirúrgica de tratamiento. En la mayoría de los casos, la prueba diagnóstica fue la ecografía.