



O-133 - MODELO PREDICTOR DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA: ¿UNA VÍA PARA MEJORAR LOS RESULTADOS DEL MANEJO CONSERVADOR DE LA APENDICITIS AGUDA?

García Marín, Andrés; Pérez López, Mercedes; Martínez Guerrero, Elena; Martínez García, Raquel; Rodríguez Cazalla, Lorena; Candela Gomis, Asunción; Morales Calderón, Miguel; Compañ Rosique, Antonio

Hospital Universitario del S.V.S. de San Juan, Sant Joan d'Alacant, Alicante.

Resumen

Objetivos: 1) Creación y validación de un modelo predictor clínico-radiológico de apendicitis aguda complicada (AAC). 2) Comparación con modelo de Atema [Br J Surg 2015;102:979-90].

Métodos: Estudio analítico, prospectivo, durante un período de 5 años (junio 2010-junio 2015). Criterios inclusión: sospecha clínica y radiológica (ecografía/TC abdominal) de apendicitis aguda. Criterios exclusión: cirugía con sospecha clínica exclusiva de apendicitis aguda (inicio, estudio radiológico no concluyente). Definición: AAC (gangrenosa y/o perforada). Análisis multivariante: regresión logística binaria.

Resultados: Se incluyeron 470 pacientes de las que 451 fueron apendicitis aguda (227 AAC [50,4%] y 224 apendicitis aguda no complicada [49,6%]). Se realizó ecografía en 310 casos (123 AAC) y tomografía en 233 (145 AAC), creándose dos modelos, ecográfico (evolución > 24 horas [OR 3,438] 3 puntos, SRIS [OR 3,429] 3 puntos, PCR > 10 [OR 4,328] 4 puntos, PCR 5-10 [OR 2,258] 2 puntos, apendicolito [OR 2,882] 3 puntos y aire libre [OR 4,163] 4 puntos) y tomográfico (evolución > 24 horas [OR 2,308] 2 puntos, SRIS [OR 1,799] 2 puntos, PCR > 10 [OR 3,784] 4 puntos, PCR 5-10 [OR 1,785] 2 puntos, apendicolito [OR 2,857] 3 puntos, líquido libre [OR 3,301] 3 puntos y aire libre [OR 9,517] 4 puntos), con ABC 0,776 (0,720-0,831) y 0,812 (0,755-0,869) respectivamente, ligeramente superior en ambos al de Atema (ABC ecográfico 0,768 [0,712-0,824] y ABC tomográfico 0,806 [0,748-0,863]). Los puntos de corte idóneos fueron de 4 en el ecográfico (sensibilidad 95%, especificidad 68%, VPP 66% y VPN 95%) y 5 en el tomográfico (sensibilidad 95%, especificidad 73%, VPP 85% y VPN 90%), validados posteriormente en cohorte prospectiva: ecográfico (ABC 0,877 [0,752-1,000]) y punto corte 4 (sensibilidad 92,3%, especificidad 90,3%, VPP 80% y VPN 96,6%); tomográfico (ABC 0,825 [0,671-0,980]) y punto corte 5 (sensibilidad 92%, especificidad 72,7%, VPP 88,5% y VPN 80%).

Conclusiones: Se diseñó y validó un modelo predictor de AAC basado en la combinación y ponderación del período de evolución de síntomas > 24 horas, SRIS, PCR 5-10 mg/dl y > 10 mg/dl, apendicolito, aire libre y líquido libre (sólo en el modelo tomográfico), cuyos puntos de corte idóneos fueron 4 (ecográfico) y 5 (tomográfico). Su capacidad discriminativa fue superior al modelo existente (Atema).