



PUNTAJE DE LINTULA EN LA SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA EN NIÑOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Pedro Rafael Casado Méndez¹, Rafael Salvador Santos Fonseca², Taimy Rodríguez Castillo³, Dania Jiménez Almaguer⁴, Zito Sambú⁵.

¹ Medicina General Integral y Cirugía General, Departamento de Cirugía General, Hospital General Mariano Pérez Balí, Manzanillo, Granma, Cuba. e-mail: rafaelmendezpinilla@gmail.com

² Medicina General Integral y Cirugía General, Departamento de Cirugía General, Hospital Provincial Universitario Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, Granma, Cuba.

³ Pediatría, Departamento de Gastroenterología, Hospital Pediátrico Provincial Universitario Hermanos Cordovés, Manzanillo, Granma, Cuba.

⁴ Medicina General Integral, Departamento de Investigaciones y Posgrado, Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, Granma, Cuba.

⁵ Medicina General Integral y Cirugía General, Departamento de Cirugía General, Hospital Regional de Bafata, Bafata, Guinea Bissau.

RESUMEN

Introducción: la apendicitis aguda es la principal causa de cirugía abdominal de urgencia en niños. **Objetivo:** evaluar la efectividad de la puntuación de Lintula en la atención primaria de salud. **Métodos:** se realizó un estudio cuantitativo transversal de evaluación de prueba diagnóstica, con enmascaramiento doble ciego en un universo de 36 pacientes, hasta quince años de edad con diagnóstico clínico de apendicitis aguda, perteneciente al Policlínico Universitario Bartolomé Masó Márquez de la provincia Granma. A todos los pacientes con sospecha diagnóstica de apendicitis aguda se les aplicó la puntuación de Lintula antes de su remisión y evaluación por el cirujano pediatra. Se determinó la capacidad diagnóstica de la puntuación. **Resultados:** la edad media fue 11,27 años predominando el sexo masculino. El 100 % de los pacientes tuvieron un



diagnóstico clínico, operatorio e histopatológico en el nivel secundario de salud, de apendicitis aguda. El puntaje de Lintula tuvo una sensibilidad de 96,77 %, una especificidad de 25 %, un valor predictivo positivo de 90,91 % y un valor predictivo negativo de 66,67 %. **Conclusiones:** la puntuación de Lintula resultó en patrones de sensibilidad y especificidad que la hacen recomendable para la práctica clínica en la atención primaria de salud.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda (AA) es uno de los mayores adelantos en salud pública de los últimos 150 años.¹⁻³ La enfermedad es la principal causa de cirugía abdominal de urgencia en niños y menos del 5 % de los pacientes en los que se diagnostica una AA son niños en edad preescolar, esto es, menores de cinco años.⁴ La prevalencia de la enfermedad según los distintos autores, es de 7 a 10 % entre los tres y los dieciocho años de edad.⁵⁻⁸ La morbilidad por AA en los niños es alta, con una frecuencia de perforación apendicular que oscila entre 10 y 30 %, en los niños de hasta cinco años de edad, disminuye a un 10 % a los doce años al ser variable con la edad.^{2,9-11}

La decisión clínica de la intervención quirúrgica a un paciente con sospecha diagnóstica de AA conduce a la eliminación de un apéndice sano en 10 a 20 % de los casos.^{1,12,13} Se estima que cada año se llevan a cabo 250 000 apendicetomías en niños y adolescentes. En EEUU su incidencia se estima entre uno a dos por cada 10 000 niños por año entre el nacimiento y a los cuatro años, al aumentar a 24 por 10 000 niños por año entre los 10 y 19 años de edad.^{2,5,8,14}

El diagnóstico preoperatorio de la AA es un problema no resuelto, sobre todo en edades extremas de la vida, con una presentación atípica, sin signos ni síntomas patognomónicos, ni un método diagnóstico específico.^{1,4,11} En este impreciso escenario surgen las escalas diagnósticas las cuales se formulan como estrategias para evaluar la posibilidad de presentación de AA en los escenarios clínicos de los servicios de urgencias. Son estrategias útiles, con diversos grados de complejidad y aplicabilidad que permiten la identificación rápida de individuos con riesgo de desarrollar la enfermedad y ayuda en la toma de decisiones.^{10,14-16}



Un método rápido, seguro y preciso para el diagnóstico de AA en los niños es una necesidad urgente.^{6,8,17} Los sistemas de puntuación clínica son grandes herramientas útiles basadas en la evidencia de los principales parámetros semiológicos descritos cuyo objetivo es reducir la incógnita diagnóstica ante los hallazgos atípicos de la población pediátrica, al mejorar la precisión en la toma de decisiones médicas y reducir al mínimo las pruebas diagnósticas potencialmente nocivas.^{7,13,18} Se han creado diversas puntuaciones predictoras de diagnóstico para niños y población pediátrica/adulta, de ellas las más representativas según cita Guevara JA et al.¹⁷ se mencionan a continuación: Kharbanda, Alvarado, Eskelinen, Fenyo-Lindberg, PAS, Ohmann, Christian, RIPASA y otras.

En 2005, Lintula H et al.¹⁹ crean un sistema de puntuación, reconocido con su epónimo, para diagnosticar AA en específico en niños. El puntaje consta de nueve reactivos con puntajes de 2, 3, 4 y 7 puntos indistintamente con un puntaje máximo de 32 puntos donde un puntaje de 21 o más se corresponde con una alta probabilidad de padecer AA. Este autor indica que cuando el puntaje es igual o menor a 15 puntos la probabilidad de estar enfermo de AA es bajo. En 2009 dicho autor publicó otro estudio donde validó dicha puntuación, al concluir que el uso del puntaje reducía el número de apendectomías necesarias.²⁰ El objetivo de la investigación fue evaluar la efectividad de la puntuación de Lintula (PL) en el diagnóstico de AA en la atención primaria de salud (APS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, de evaluación de prueba diagnóstica con enmascaramiento doble ciego; en un universo de 36 pacientes, de hasta quince años de edad, con diagnóstico clínico de AA, en la Policlínica Universitaria Bartolomé Masó Márquez. El enmascaramiento consistió en que el cirujano pediatra y el especialista en anatomía patológica desconocían del estudio y la aplicación de la puntuación.

A todo paciente con sospecha diagnóstica de AA se le aplicó el PL como medición única antes de su remisión y evaluación por el cirujano pediatra



independientemente de la puntuación obtenida. Se consideró que una puntuación igual o mayor a 21 puntos, en un máximo de 32, es diagnóstico de AA. Los resultados obtenidos se utilizaron en la determinación de la capacidad diagnóstica del PL al tener en cuenta el diagnóstico histopatológico.

Se determinó las frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central, de dispersión y de posición. Se determinaron los índices predictivos. Los datos fueron almacenados y procesados en Microsoft Excel 2003, y procesados mediante el programa estadística 4.2.

RESULTADOS

En un universo de 36 pacientes con diagnóstico, en la APS, de AA predominó el sexo masculino (63,89 %). La edad media fue de 11,27 años en un rango de 3-15 años con una distribución mesocúrtica de los datos respecto a la media (Tabla 1).

Tabla 1. Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda según edad y sexo.

| Variables | | Total n=36 | |
|-----------|---------------------|------------|-------|
| | | No. | % |
| Sexo | Masculino | 23 | 63.89 |
| | Femenino | 13 | 36.11 |
| Edad | Media | 11.27 | |
| | Desviación estándar | ±3.10918 | |
| | Rango | 3-15 | |

El 100 % de los pacientes tuvieron un diagnóstico clínico de AA en ambos niveles de atención y de ellos cuatro pacientes no tuvieron un diagnóstico operatorio concordante resultando que el 13,89 % de los especímenes de apéndice vermiforme enviados al departamento de anatomía patológica resultaron en un estudio histológico negativo a AA como se muestra en la (Tabla 2).



Tabla 2. Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda según diagnósticos clínico, operatorio e histopatológico.

| Nivel de atención | Tipo de diagnóstico | Diagnóstico de apendicitis | | | |
|-------------------|-----------------------------|----------------------------|-------|----------|-------|
| | | Positivo | | Negativo | |
| | | No. | % | No. | % |
| APS | Diagnóstico clínico | 36 | 100 | 0 | 0.0 |
| | Puntaje de Lintula | 34 | 94.44 | 2 | 55.56 |
| ASS | Diagnóstico clínico | 36 | 100 | 0 | 0.0 |
| | Diagnóstico operatorio | 32 | 88.89 | 4 | 11.11 |
| | Diagnóstico histopatológico | 31 | 86.11 | 5 | 13.89 |

Según los resultados del PL y el diagnóstico histopatológico la posibilidad que tiene el puntaje de detectar la enfermedad (sensibilidad) fue de un 96,77 % mientras que la posibilidad que tiene para detectar la ausencia de la enfermedad (especificidad) fue de un 25 %. Sus valores predictivos positivos y negativos fueron de 90.1% y 66.67% respectivamente (Tabla 3).

Tabla 3. Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda según concordancia diagnóstica entre el puntaje de Lintula y el diagnóstico histopatológico.

| Pruebas diagnósticas | | Diagnóstico histopatológico | | Total |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------|
| | | Positivo a apendicitis aguda | Negativo a apendicitis aguda | |
| Puntaje de Lintula | Positivo a apendicitis aguda | 30 | 3 | 33 |
| | Positivo a apendicitis aguda | 1 | 2 | 3 |
| | Total | 31 | 5 | 36 |



DISCUSIÓN

Los esfuerzos para reducir el tiempo necesario para el diagnóstico de AA, así como el número de apendicectomías innecesarias, han llevado al desarrollo de diferentes sistemas de puntaje diagnóstico para apendicitis en niños. El PL es uno de los diferentes sistemas de puntaje diagnóstico de AA propuestos que han demostrado su utilidad en salas de urgencias y constituye junto al puntaje de apendicitis pediátrica los únicos sistemas de puntuación, para niños, validados en la práctica clínica.^{7,21-23}

En la actualidad la AA es la enfermedad asociada con mayor cantidad de casos de cirugía de emergencia en pediatría e involucra del 1 al 2 % de los niños que consultan al servicio de emergencias y del 1 al 8 % de los pacientes pediátricos con dolor abdominal.^{1,6,10} La AA es más frecuente en los niños de mayor edad y en los adolescentes que en los niños más pequeños y en especial, que en los pacientes en edad preescolar.^{4,9,15}

En la APS se carece de medios diagnósticos sofisticados que ayuden a establecer el diagnóstico certero; por lo que la experiencia del médico de asistencia es crucial en el diagnóstico.^{1,2}

Autores como Sakellaris G et al.⁴ reconocen que a pesar de los avances importantes en los métodos de diagnóstico por imágenes y el tratamiento, la AA es la enfermedad de resolución quirúrgica urgente de mayor frecuencia en niños que aún constituye un desafío diagnóstico. La presentación y el diagnóstico tardíos de la AA en este grupo etario han motivado la mayor incidencia de perforación apendicular. Un retraso en el tratamiento de más de 48 horas tras la presentación del dolor abdominal se asocia con una incidencia de 73,3 % de perforación en los niños en edad preescolar, mientras que los pacientes de menor edad (uno a dos años) presentan la mayor tasa de perforación.

En un universo de 36 pacientes con diagnóstico en la APS, de AA predominó el sexo masculino (63,89 %) con una edad media de 11,27 años en un rango de 3-15 años. Mujica Guevara JA et al.¹⁷ en estudio comparativo entre la puntuación de apendicitis pediátrica y el PL examinaron un total de 100 pacientes resultando



en una media de 10,1 años con una desviación estándar de 3,1 (rango, 4-15 años). Estos autores encontraron que el 65 % de los pacientes eran del sexo masculino con una relación por sexo masculino-femenino de 1.8:1. Barrios Pérez GA et al.⁷ en un estudio sobre la concordancia clínico-patológica en AA en niños menores de doce años encontraron que el 60 % de los niños eran del sexo masculino predominando los niños entre nueve y once años de edad.

Tipán Barros JM et al.⁸ realizaron un estudio sobre el diagnóstico de AA en niños de cuatro a quince años de edad con una muestra de 161 pacientes, con sospecha diagnóstica de AA, donde predominó el sexo masculino (56,5 %) con una mediana de la edad de 12 años. Otros autores como Zúñiga RV et al.¹⁶ en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Río Ortega de Valladolid, España, en un universo de 101 pacientes encontraron un predominio del sexo masculino (54,45 %) y una media de edad de 9,51 años. Pogorelic Z et al.¹³ obtuvieron un predominio del sexo masculino (55,3 %) y una edad media de 11,7 años en un rango de 3 a 17. Mujica Guevara JA et al.¹⁷ reportaron un 2 % de apendicetomía negativa lo que se debió, según los autores, al elevado tiempo de espera lo que de-terminó un porcentaje alto de AA complicadas.

Todos los pacientes remitidos tuvieron un diagnóstico clínico de AA en ambos niveles de atención y de ellos cuatro pacientes no tuvieron un diagnóstico operatorio concordante, resultando que el 13,89 % de los especímenes de apéndice vermiforme enviados al departamento de anatomía patológica resultaron en un estudio histológico negativo a AA. Autores como Tipán Barros JM et al.⁸ encontraron una tasa de apendicectomías negativas, según estudio histológico, de 13,67 %. Pogorelic Z et al.¹³ encontraron una tasa de apendicetomías, con estudio histológico negativo del 9 %.

El PL es relativamente nuevo, hecho que determina que existan pocos estudios publicados sobre su confianza para asegurar el diagnóstico. Según los resultados del puntaje y el diagnóstico histopatológico, la posibilidad que tiene el sistema de puntuación confeccionado por Lintula H et al.¹⁹ para detectar la enfermedad (sensibilidad) fue de un 96,77 % mientras que la posibilidad para detectar la ausencia de la enfermedad (especificidad) fue de un pobre 25 %.



En el ensayo clínico realizado por Lintula H et al.²⁰ se reportó una sensibilidad de 83,9-100 %, especificidad de 88-96,4 %, valor predictivo positivo de 93-100 %, valor predictivo negativo de 83-91,4 %.

Autores como Ojuka D et al.²¹ en su estudio encontraron una sensibilidad del 60,8 %, especificidad del 60 % y un valor predictivo positivo de 79,5 % para el PL. Otros autores como Yoldas O et al.²² reportan una sensibilidad de 88,11 %, especificidad de 91,66 %, valor predictivo negativo de 64,7 % y valor predictivo positivo del 97,8 %. Mujica Guevara JA et al.¹⁷ encontraron que 20 puntos fue el mejor punto de corte a diferencia del proporcionado por Lintula.²¹ Estos autores encontraron que el PL tuvo una sensibilidad de 89,4 %, especificidad de 90,6 %, valor predictivo positivo de 89,3 % y un valor predictivo negativo de 90,5%. Estos resultados reflejan un valor predictivo positivo similar no así en los otros parámetros donde hay notables diferencias, a buen juicio, debido al tamaño del universo de estudio.

Sakellaris G et al.⁴ consideran que la historia clínica y los hallazgos del examen físico se consideran suficientes para el diagnóstico concluyendo que los sistemas de puntuación facilitan el diagnóstico, pero en general no se utiliza dado que aún existe el riesgo de diagnóstico erróneo o de apendicectomías innecesarias, en especial en niños con edad preescolar. Fernández Valadés R.²³ concluye que el uso de forma protocolizada de los sistemas de puntuación contribuiría a cribar los pacientes que precisen o no continuar con estudios o tratamiento.

CONCLUSIONES

El PL es una herramienta diagnóstica recomendable para apoyar la sospecha diagnóstica de AA, en niños, en la atención primaria de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casado Méndez PR. ¿Cómo elevar la efectividad diagnóstica en apendicitis aguda en la atención primaria? Arch Med Camagüey [Internet]. Jul-Ago 2017 [citado 11 Oct 2019];21(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4999>



2. Gonzales Lastres T, Casado Méndez PR, Garcés García AE, Santos Fonseca RS, Cordoví Álvarez LC, del Castillo Remón IL. La puntuación de apendicitis pediátrica en la atención primaria de salud. Rev Cubana Cir [Internet]. 2018 [citado 11 Oct 2019];57(3).
3. González de la Fé R, et al. Interacción universidad-sociedad en la atención al paciente apendicectomizado. Multimed [Internet]. Sep-Oct 2017 [citado 11 Oct 2019];21(5).
4. Sakellaris G, Partalis N, Dimopoulou D. Apendicitis aguda en niños de edad preescolar. Salud(i) Ciencia [Internet]. 2015 [citado 11 Oct 2019];21:[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/sic/213/126115.pdf>
5. Juanes de Toledo B, Martínez Rubio MV. Escalas de predicción clínica en apendicitis aguda: ¿Son útiles? Evid pediatr [Internet]. 2015 [citado 11 Oct 2019];11:[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://evidenciasenpediatria.es/files/41-12596-RUTA/045AVC.pdf>
6. Dae Yong Y, et al. Accuracy of low dose CT in the diagnosis of appendicitis in childhood and comparison with USG and standard dose CT. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2017 Dec [citado 11 Oct 2019];93(6).
7. Barrios Pérez GA. Apendicitis aguda en niños menores de doce años. Correlación clínico-patológica [Tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015 [citado 11 Oct 2019]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/2716/1/GUSTAVO%20ADOLFO%20BARRIOS%20P%C3%89REZ.pdf>
8. Tipán Barros JM, et al. Validación de la puntuación de apendicitis pediátrica (PAS) frente a la escala de Alvarado, para el diagnóstico de apendicitis en niños de 4 a 15 años de edad. Rev Fac Cienc Méd Univ Cuenca [Internet]. 2016 [citado 11 Oct 2019];34(3).
9. Moreno Samos M. Validación de la puntuación de apendicitis pediátrica frente a histología para el diagnóstico de apendicitis aguda en población infantil



- [Tesis de Maestría]. España: Universidad Inter-nacional de Andalucía; 2017 [citado 11 Oct 2019]. Disponible en: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/3849/0821_Moreno.pdf?sequence=1
10. Peyvasteh M, Askarpour S, Javaherizadeh H, Besharati S. Modified Alvarado score in children with diagnosis of appendicitis. ABCD Arq Bras Cir Dig [Internet]. 2017 Mar [citado 11 Oct 2019];30(1).
 11. Monsalve S, Ellwanger A, Montedonico S. White blood cell count and C-reactive protein together remain useful for diagnosis and staging of acute appendicitis in children. SAMJ S Afr Med J [Internet]. 2017 Sep [citado 11 Oct 2019];107(9).
 12. Sánchez Martínez I, Flores Pulido L, Adán Pimentel A, Ramírez Cruz F, Ochoa Montiel MR. Árboles de decisión ID3 para el diagnóstico de apendicitis aguda en niños. Res Comp Scien [Internet]. 2016 [citado 11 Oct 2019];113:[aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/b1e1/dc21bb00151b439662f261b54bd26ec56e1d.pdf>
 13. Pogorelic Z, Rak S, Mrklic I, Juric I. Prospective validation of Alvarado Score and Pediatric Sore for the diagnosis of acute apendicitis in children. Pediatr Emerg Care [Internet]. 2015 [citado 11 Oct 2019];31:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25706925>
 14. Samuel M. Pedíatric apendicitis score. J Pediatr Surg [Internet]. 2002 [citado 11 Oct 2019];37:[aprox. 5 p.]. Disponible en: [https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(02\)39793-8/pdf](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(02)39793-8/pdf)
 15. Miranda Hernández A, Camacho Guerrero I, Samano Pozos J, González Romero G, López Valdés JC. Evaluación de la escala pediátrica para apendicitis en una población mexicana. Acta Méd [Internet]. 2018 [citado 11 Oct 2019];16(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/actamedica>



16. Zúñiga RV, Arribas JL, Montes SP, Fernández MN, Abad CG, Martín LG, et al. Application of Pediatric Appendicitis Score on the emergency department of a secondary level hospital. *Pediatr Emerg Care*. 2012 Jun;28(6):489-92.
17. Mujica Guevara JA, Pierdant Pérez M, Gordillo Moscoso AA, Martínez Martínez MU, Ramírez Meléndez R. Comparación de los puntajes PAS y Lintula en la sospecha diagnóstica de apendicitis en niños. *Acta Pediatr Mex [Internet]*. 2018 [citado 11 Oct 2019];39(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v39n3/2395-8235-apm-39-03-209.pdf>
18. Salö M, Friman G, Stenström P, Ohlsson B, Arnbjörnsson E. Appendicitis in children: evaluation of the pediatric appendicitis score in younger and older children. *Surg Res Pract [Internet]*. 2014 [citado 11 Oct 2019].
19. Lintula H, Pesonen E, Kokki H, Vanamo K, Eskelinen M. A diagnostic score for children with suspected appendicitis. *Langenbecks Arch Surg*. 2005 Apr;390(2):164-70.
20. Lintula H, Kokki H, Kettunen R, Eskelinen M. Appendicitis score for children with suspected appendicitis. A randomized clinical trial. *Langenbecks Arch Surg*. 2009;394(6):999-1004.
21. Ojuka D, Sangoro M. Alvarado vs Lintula Scoring Systems in Acute Appendicitis. *Ann Afr Surg [Internet]*. 2017 [citado 11 Oct 2019];14(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: www.annalsof african surgery.com
22. Yoldas O, Karaca T, Tez M. External validation of Lintula score in Turkish acute appendicitis patients. *Int J Surg [Internet]*. 2012 [citado 11 Oct 2019];10(1).
23. Fernández Valadés R. Utilización de escalas diagnósticas para el diagnóstico de apendicitis aguda en niños. *Evid pediatr [Internet]*. 2015 [citado 11 Oct 2019];11.

Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto.