



APENDICITIS AGUDA DURANTE EL EMBARAZO

PREGNANCY AND ACUTE APENDICITIS

Fecha de presentación: septiembre, 2025

Fecha de aceptación: noviembre, 2025

Fecha de publicación: diciembre, 2025

Dr. Reinaldo Lino Rodríguez Varela ⁽¹⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9906-0374>

Contacto: reinaldoli@infomed.sld.cu

(01) Especialista I Grado en Cirugía General. Asistente.

Dr. C. Orestes Noel Mederos Curbelo ⁽²⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9783-1238>

Contacto: orestesno@infomed.sld.cu

(02) Especialista de II Grado en Cirugía General y Cirugía Oncológica. Profesor Titular, Doctor en Ciencias Médicas. Investigador Titular.

Dr. C. Armando Leal Mursuli ⁽³⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0632-9574>

Contacto: armandolm@infomed.sld.cu

(03) Especialista de II Grado en Cirugía General y Cirugía Oncológica. Profesor Titular, Doctor en Ciencias Médicas. Investigador Titular.

Dr. Javier Oliva Almanza ⁽⁴⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3395-6677>

Contacto: javierol@infomed.sld.cu

(4) Especialista de I Grado en Cirugía General.

Dr. Armando Leal Acosta ⁽⁵⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7740-9483>

Contacto: armandola@infomed.sld.cu

(5) Especialista de II Grado en Cirugía General

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Rodríguez Varela, R.L., Mederos Curbelo, O.N., Leal Mursuli, A., Oliva Almanza, J. & Leal Acosta, A. (2025). Apendicitis aguda durante el embarazo. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 4(8), 54-65.

RESUMEN

La apendicitis aguda la emergencia quirúrgica no obstétrica más frecuente durante el embarazo, se presenta un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo, tipo



serie de casos, sobre este tema. **Objetivo.** Caracterizar los casos de gestantes con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital Universitario *Dr. Miguel Enríquez*, en el período comprendido entre enero de 2020 a diciembre de 2022. **Resultados.** Se atendieron 223 mujeres embarazadas con dolor abdominal; 56 fueron operadas con diagnóstico de apendicitis aguda, universo del trabajo. Predominó el diagnóstico entre 21-25 años, seguido entre 18-20; la menor cantidad fue entre 31-39 años. La localización más frecuente del dolor fue la fosa iliaca derecha y la menor el hipocondrio derecho. La mayoría estaban en fase flemonosa, seguido por la fase catarral y la supurada. Predominó la leucocitosis, superior a los 10000 leucocitos y los signos de reacción peritoneal localizada. **Conclusiones.** Los signos sugestivos de embarazo, el examen clínico y los medios complementarios fueron determinantes en el diagnóstico. No se evidenció diferencia entre la vía de acceso quirúrgico y las complicaciones presentadas.

Palabras clave: apendicitis aguda; embarazo; apendicitis en el embarazo; laparoscopia; apendicectomía.

SUMMARY

Acute appendicitis, the most frequent non-obstetric surgical emergency during pregnancy, presents a retrospective longitudinal descriptive observational study, case series type, on this subject. **Objective.** To characterize the cases of pregnant women diagnosed with acute appendicitis at the Dr. Miguel Enríquez University Hospital in the period from January 2020 to December 2022. **Results.** 223 pregnant women with abdominal pain were treated, 56 were operated with a diagnosis of acute appendicitis, universe of work. The diagnosis predominated between 21-25 years, followed between 18-20, the least amount was between 31-39 years. The most frequent location of pain was the right iliac fossa and the lowest was the right hypochondrium. Most were in the phlegmonous phase, followed by the catarrhal and suppurative phase, leukocytosis of more than 10,000 leukocytes and signs of localized peritoneal reaction predominated. **Conclusions.** The signs suggestive of pregnancy, the clinical examination and the complementary means were decisive in the diagnosis. No difference was found between the surgical access route and the complications presented.

Keywords: acute appendicitis; pregnancy; appendicitis in pregnancy laparoscopy; appendectomy.

INTRODUCCIÓN

El 2% de las embarazadas requieren una intervención quirúrgica obstétrica, abdomen



agudo quirúrgico es la más frecuente, siendo la apendicitis aguda la emergencia quirúrgica no obstétrica más frecuente durante el embarazo. La incidencia de la apendicitis en la gestante varía, con tasas entre 1,8 y 41 por 10 000 embarazos. Se ha informado que la incidencia de apendicitis aguda es mayor durante el segundo trimestre, por encima del primero y el tercer trimestre del embarazo. ⁽¹⁻³⁾ Realizar el diagnóstico principalmente clínico de forma temprana basado en la anamnesis y los hallazgos del examen físico, nos debemos apoyar en los valores de los complementarios, en algunos casos de existir dudas diagnosticas, debemos acudir a los estudios de imagen. ^(1, 2)

La apendicitis aguda según se fisiopatología se define como la inflamación del apéndice cecal, siendo la obstrucción del lumen de diferentes etiologías, la causa más común en pacientes adultos. Entre las etiologías tenemos la hiperplasia de los tejidos linfoides, los coprolitos, cuerpos extraños, parásitos intestinales y los tumores de apéndice cecal. ^(1, 2) Al ser una afección que se presenta con dolor abdominal agudo como el síntoma principal, la apendicitis aguda tiene una gran cantidad de diagnósticos diferenciales y la valoración clínica es muy importante para realizar el diagnóstico definitivo.

El diagnóstico de apendicitis aguda durante el embarazo es un desafío debido a las dificultades asociadas con los síntomas abdominales inespecíficos y la leucocitosis fisiológica y los cambios anatómicos en el apéndice que ocurren durante el embarazo. ⁽⁴⁾ La dificultad para realizar la exploración abdominal es debido al crecimiento del uterino, a medida que este aumenta de tamaño empieza a comprimir y modificar la distribución de los órganos abdominales contiguos, generando dificultad en la localización del dolor. ⁽¹⁾ El tratamiento de elección es la apendicectomía. ⁽³⁾

La apendicitis aguda durante el embarazo se asocia con complicaciones que pueden afectar el producto de la gestación, incluida la pérdida fetal, el parto prematuro, con aumento de la morbilidad y la mortalidad perinatal. ⁽¹⁻³⁾ La pérdida fetal ocurre en el 20% de las mujeres con apendicitis complicada, en comparación con el 1,5% de las mujeres con apendicitis no complicada. Se ha informado que la tasa de parto prematuro se encuentra entre el 7,5 y el 30,0 %, y el parto prematuro presenta mayor frecuencia en mujeres con apendicitis perforada. ⁽⁴⁾

La apendicectomía convencional mediante una laparotomía se ha realizado en pacientes con apendicitis aguda, sin diferencia de géneros y edades, incluidas las mujeres embarazadas. Desde que se realizó la primera apendicectomía laparoscópica, en 1983, esta estrategia quirúrgica se ha convertido en un procedimiento efectivo para realizar la apendicectomía. ⁽⁵⁻⁸⁾



El objetivo del trabajo es realizar la caracterización de los casos de gestantes con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital Universitario *Dr. Miguel Enríquez*, en el período comprendido entre enero de 2020 a diciembre de 2022.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo, tipo serie de casos, en Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez en el período comprendido entre enero de 2020 a diciembre de 2022. El universo del trabajo estuvo constituido por 224 embarazadas atendidas en el hospital por presentar dolor abdominal agudo. De este grupo se seleccionaron 56 gestantes que fueron operadas con diagnóstico de una apendicitis aguda. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Paciente embarazada, intervenida por presentar una apendicitis aguda y los criterios de exclusión fueron los siguientes: Paciente embarazada operada por otra afección abdominal aguda. La fuente de la información fueron los expedientes clínicos tomados del archivo del hospital

Se estudiaron variables como edad, tiempo de gestación, localización del dolor abdominal, signos encontrados al examen físico, complementarios, acceso quirúrgico, complicaciones y resultados histopatológicos de la biopsia. Toda la información fue recolectada del expediente clínico archivado en el archivo del hospital. Los datos fueron procesados mediante el cálculo porcentual, se organizó la información en tablas y se realizó análisis estadístico de los resultados tomando para la prueba de hipótesis el test de chi-cuadrado con un nivel de significación mínima $p < 0,05$ y la prueba de comparaciones múltiples de Duncan adaptado por Font.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio, 2020-2022, se atendieron por cirugía general en el Hospital Universitario *Dr. Miguel Enríquez* 223 mujeres embarazadas con dolor abdominal; de estas, 56 fueron operadas con el diagnóstico de apendicitis aguda, representando el 25% del total. Predominó el diagnóstico en las edades comprendidas entre 21-25 años con un 32,14%, seguido por edades entre 18-20 años, la menor cantidad de embarazadas con apendicitis aguda se presentó entre 31-39 años donde se operaron 13 gestantes. Se observó un incremento del número de casos a medida que avanzó el embarazo, la mayor frecuencia se encontró en el tercer trimestre con el 58.9 %, contando un error estándar de 6.2 y una significación estadística $P < 0.001$ (Tabla 1).



Tabla 1:
“Distribución de gestantes operadas según grupos etarios y trimestre del embarazo”

Edad	Total	%(n56)	Primer	%(n56)	Segundo	%(n56)	Tercero	%(n56)
18-20	15	26,79	2	3,57	3	5,36	10	17,86
21-25	18	32,14	1	1,79	5	8,93	12	21,43
26-30	10	17,86	0	0,00	4	7,14	6	10,71
31-35	6	10,71	3	5,36	2	3,57	1	1,79
36-39	7	12,50	1	1,79	2	3,57	4	7,14
Total	56	100	7	12,5	16	28,5	33	58,9

Fuente: elaboración propia.

En el segundo trimestre 20 pacientes presentaron dolor en el flanco derecho para un 35,71%, siendo la localización más frecuente el dolor se localizó el dolor en Fosa Iliaca Derecha con 23 pacientes que representa el 41,07 %, distribuidos entre los tres trimestres equitativamente. La localización menos frecuente fue el hipocondrio derecho con 6 gestantes, 5 de ellas en el tercer trimestre, representando el 8,93% (Tabla 2)

Tabla 2:
“Distribución de la localización del dolor en los diferentes trimestres”

Trimestre	Localización del dolor					
	Fosa iliaca derecha		Flanco derecho		Hipocondrio derecho	
	Nº	%(n56)	Nº	%(n56)	Nº	%(n56)
Primer	7	12,50	0	0,00	0	0,00
Segundo	8	14,29	7	12,50	1	1,79
Tercer	8	14,29	20	35,71	5	8,93
Total	23	41,07	27	48,21	6	10,71

Fuente: elaboración propia.

El 60,71% de las pacientes (34 casos) fueron intervenidas estando la apendicitis aguda en fase flemonosa, seguido por la fase catarral con el 23,21 % y fase supurada con el 16,07 %, el test de embarazo fue positivo en 49 pacientes para un 87,50 %, y 53 pacientes presentaron



signos sugestivos de embarazo para un 94,64 % y 50 pacientes presentaron signos imagenológicos de embarazo para un 89,29%. El 8,93 % presentaron menos de 10000 leucocitos, el resto presentaban más de esta cifra (Tabla 3).

Tabla 3:
“Distribución de los medios complementarios y la fase de la apendicitis aguda”

Complementarios	Catarral	Flemonosa	Supurada	Nº	%(n56)
Total de casos	13 (23,21 %)	34 (60,71 %)	9 (16,07 %)	56	100
Test embarazo positivo	11	31	7	49	87,50
Signos sugestivos de embarazo	10	34	9	53	94,64
Imagenológicas de embarazo	9	33	8	50	89,29
Leucograma					
Menor 10000 leucocitos	2	3	0	5	8,93
10000-15000 leucocitos	5	9	2	16	28,57
15000-20000 leucocitos	4	18	3	25	44,64
Más de 20000 leucocitos	1	4	4	9	16,07

Fuente: elaboración propia.

El signo más relevante en el examen físico fue la reacción peritoneal con 51 paciente que representaba el 91,07 %, seguido por el dolor a palpación, presente en el 83,93% (47 casos), ambos signos fueron relevantes en la fase flemonosa. La febrícula fue el signo menos presente con 16 casos para un 28,57 %, es significativo que en el 50 % se observó la presencia de fiebre, acorde con estar el 60,71% de las pacientes en fase flemonosa y el 16,07 % en fase supurada (Tabla 4).

Tabla 4:
“Distribución de los principales signos del EF y la fase de la apendicitis aguda”

Signos al examen físico	Catarral	%(n56)	Flemonosa	%(n56)	Supurada	%(n56)	Total	%(n56)
Reacción peritoneal	8	14,29	34	60,71	9	16,07	51	91,07
Dolor a la percusión	3	5,36	32	57,14	9	16,07	44	78,57
Distensión abdominal	2	3,57	19	33,93	2	3,57	23	41,07
Dolor a la palpación	4	7,14	34	60,71	9	16,07	47	83,93



Contractura abdominal	2	3,57	15	26,79	6	10,71	23	41,07
Taquicardia	5	8,93	28	50,00	8	14,29	1	73,21
Febrícula	3	5,36	11	19,64	2	3,57	16	28,57
Fiebre	2	3,57	19	33,93	7	12,50	28	50,00

Fuente: elaboración propia.

Todos los pacientes fueron intervenidos de forma convencional, siendo las incisiones más utilizadas en orden de frecuencia, paramedia con el 67,86 %, seguido por las incisiones en fosa iliaca derecha (Mac Burney, Rocky Davis). La complicación postoperatoria más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico con 7 pacientes para un 12,5 %, relacionada con mayor frecuencia con la incisión paramedia derecha, el íleo adinámico prolongado se observó en 4 casos para un 7,14 %. Las infecciones respiratorias, el shock séptico en la fase hiperdinámica y el aborto que se presentó en un caso cada uno para un 1,79%.(Tabla 5)

Tabla 5:
“Distribución de las principales complicaciones y la incisión quirúrgica utilizada”

Complicaciones	Mac Burney	Rocky Davis	Paramedia	Nº	% (n56)
	14 (25,00 %)	4 (7,14 %)	38 (67,86 %)	56	
Infección respiratoria	0	0	1	1	1,79
Infección sitio quirúrgico	2	1	4	7	12,50
Íleo adinámico prolongado	1	0	3	4	7,14
Shock séptico	0	0	1	1	1,79
Aborto	0	0	1	1	1,79

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados con predominio de los casos entre los 21-25 años, es similar a la situación de países desarrollados, en los países subdesarrollados es más frecuente la apendicitis aguda en edades inferior a los 21 años, al aumentar la natalidad en este grupo etario. ^(9,10) En la serie se encontró que el trimestre más afectado fue el segundo con 32 casos, similar a la incidencia internacional, la localización frecuente en el flanco derecho se debe a las modificaciones que sufren las vísceras intraabdominales durante el crecimiento del útero, la localización menos frecuente fue el hipocondrio derecho con el 8,93%, similar a otros estudios. ⁽¹¹⁾



La mayor frecuencia en la serie de pacientes con apendicitis aguda intervenidas en fase flemonosa con un 60,71 %, está en relación con las dificultades diagnósticas que se presentan en la apendicitis aguda en la gestante, aspectos planteados en otras publicaciones.^(1-3,6,12) Los signos sugestivos de embarazo se evidenciaron en el 94,64% de las pacientes, los resultados obtenidos en los estudios imagenológicos y el test de embarazo respaldan la eficiencia de estos medios.^{(1-3), (5-8) (13)}

En el examen físico, predominó el signo de reacción peritoneal localizada (91,07 %), seguido por el dolor abdominal a la palpación y el dolor a la percusión, todos signos clásicos del síndrome peritoneal, resultados similares a los estudios sobre apendicitis aguda en cualquier forma de presentación.⁽¹³⁻¹⁶⁾ La persistencia del dolor, la presencia de náuseas y vómitos, febrícula y taquicardia, combinado con dolor a la palpación, son determinantes para sospechar una apendicitis aguda en una gestante. La fiebre y la taquicardia, aunque están presentes de forma variable, no son signos específicos. La ecografía transabdominal es un buen medio diagnóstico,⁽¹⁷⁾ aunque la tomografía axial computarizada (TAC) tiene una sensibilidad del 91% y una especificidad del 90%, no se debe utilizar por el alto riesgo de la exposición a la radiación para el feto.⁽¹⁸⁾ La resonancia magnética nuclear (RMN) es una buena alternativa cuando la ecografía inicial no ofrezca el diagnóstico, visualiza el apéndice cecal con una sensibilidad del 100 % y una especificidad del 98 %.⁽¹⁹⁾

El tratamiento de la apendicitis aguda en la mujer embarazada es eminentemente quirúrgico, siendo importante no retrasar la decisión terapéutica, debido a que las formas no complicadas pueden progresar rápidamente y suponer un riesgo significativo para la paciente y para el feto. La cirugía no debe demorarse más de 24 horas después del diagnóstico, independiente de la vía de acceso quirúrgico.^(7,8)

El acceso quirúrgico en la apendicitis aguda de la gestante, continúa siendo controversial, la decisión de la incisión quirúrgica será personalizada a la situación clínica del paciente, la mayoría de los trabajos sugieren una incisión transversa directamente sobre el punto de máximo dolor, otros sugieren una incisión media o paramedia derecha infraumbilical que ofrece un mayor campo quirúrgico y de ser necesario permite realizar una cesárea. En cualquiera de las situaciones se debe inclinar la mesa de operaciones 30° para la izquierda de la gestante para ayudar a mover el útero del sitio quirúrgico hacia el lado opuesto y mejorar el retorno venoso materno y el gasto cardíaco. En la serie todos los casos fueron operados por vías tradicionales, siendo la incisión más utilizada la paramedia derecha y la complicación por



operatoria más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico, la cual se manifestó en la fase supurativa de la enfermedad con un 12.5%, lo que se encuentra en relación con estadísticas internacionales. ^(4,12)

Aunque inicialmente el embarazo se consideró una contraindicación absoluta o relativa con la estrategia de video laparoscópica, en la actualidad es utilizada de forma rutinaria en mujeres embarazadas de acuerdo con las recomendaciones de las guías publicadas por la *Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons* (SAGES).⁽⁵⁾ En las revisiones sistemáticas se plantea que existe una evidencia de bajo grado que la apendicectomía laparoscópica en mujeres embarazadas podría estar asociada con un mayor riesgo de pérdida fetal. ^(4,6) La apendicetomía laparoscópica minimiza la manipulación uterina, con una buena exposición del campo quirúrgico, esto implica menor irritabilidad uterina y un menor riesgo de contracciones, aborto espontaneo, parto pretérmino y prematuridad.

CONCLUSIONES

El rango etario más afectado por una apendicitis aguda fue entre los 21-25 años, siendo más frecuente en el segundo trimestre del embarazo

La localización del dolor fue más frecuente entre en el cuadrante inferior derecho y el hipocondrio derecho. Predominaron los signos de reacción peritoneal localizada, el dolor abdominal a la palpación y el dolor a la percusión, todos signos clásicos del síndrome peritoneal.

Los signos sugestivos de embarazo, el examen clínico, los resultados de los complementarios y el test de embarazo fueron determinantes en el diagnóstico.

No se evidenció una diferencia significativa entre la vía de acceso quirúrgico y las complicaciones postoperatorias presentadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MFS, Coreas TR, González MC. Apendicitis aguda en el embarazo: desafío quirúrgico. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de mayo de 2023 [citado 18 de junio de 2023];8(5):e1040-e1040. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1040>



2. Astorga GJB, Moreno ACV, Va Quesada rgas RA. Apendicitis en el embarazo. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 18 de junio de 2023];5(7):e539-e539. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/539>
3. Urbina VG, Vázquez SR, Gutiérrez MT. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 18 de junio de 2023];4(12):e316-e316. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316>
4. Lee SH, Lee JY, Choi YY, Lee JG. Laparoscopic appendectomy versus open appendectomy for suspected appendicitis during pregnancy: a systematic review and updated meta-analysis. BMC Surg [Internet]. 25 de abril de 2019 [citado 18 de junio de 2023];19(1):41. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12893-019-0505-9>
5. Guidelines for the Use of Laparoscopy during Pregnancy - A SAGES Publication [Internet]. SAGES. 2022 [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.sages.org/publications/guidelines/guidelines-for-diagnosis-treatment-and-use-of-laparoscopy-for-surgical-problems-during-pregnancy/>
6. Rafiqovich Zokhirov Adkhamjon, Rakhmonov Shokhabbos Shukurjon, Abdugarimov Sarvarbek Azizbek, Anvarjonov Muxammadayubxon Sodirxon. SURGICAL TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANCY. 2023;14.
7. Caruso A, Mateo MP, Domingo ÁG, Cruz AP, Atalaya IF, Garrido MP. Diagnóstico y manejo quirúrgico del shock séptico por apendicitis aguda en una gestante. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 31 de enero de 2022 [citado 18 de junio de 2023];47(3). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/667>
8. Manuel V, Alfonso S. Comportamiento del Abdomen Agudo en Embarazadas y Puerperas en el Hospital Calixto García, periodo 2004-2008. En: Tercer Taller Virtual Nacional de Generalización [Internet]. 2023 [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: <https://generaeinnova2023.sld.cu/index.php/GeneraInnova2023/2023/paper/view/90>
9. Jurado AU, Ticora MAA, Martínez DO, Henao CAL. Novedades en el manejo quirúrgico de la apendicitis aguda en pacientes gestante: una revisión sistemática. Rev Neuronum [Internet]. 9 de agosto de 2020 [citado 24 de mayo de 2023]; 6(4):63-85. Disponible en: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/286>



10. Development of modern science: theory, methodology, practice. International Science Group; 2021. 222 p.
11. Cespedes Cespedes RM. Diagnóstico de apendicitis aguda en el tercer trimestre de embarazo [Internet]. Dip. Emergencias y Urgencias Médicas 7V; 2022 [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/handle/123456789/35215>
12. Cazorla G, Fiallos Castillo PP. Complicaciones en el embarazo por apendicitis aguda. Hospital Provincial General Docente. Riobamba, 2010-2020 [Internet] [bachelorThesis]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2021 [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7563>
13. Nakashima M, Takeuchi M, Kawakami K. Clinical Outcomes of Acute Appendicitis During Pregnancy: Conservative Management and Appendectomy. World J Surg [Internet]. 1 de junio de 2021 [citado 18 de junio de 2023];45(6):1717-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06010-w>
14. Moghadam MN, Salarzai M, Shahraki Z. Diagnostic accuracy of ultrasound in diagnosing acute appendicitis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Emerg Radiol [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 18 de junio de 2023];29(3):437-48. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10140-022-02021-9>
15. Vasileiou G, Eid AI, Qian S, Pust GD, Rattan R, Namias N, et al. Appendicitis in Pregnancy: A Post-Hoc Analysis of an EAST Multicenter Study. Surg Infect [Internet]. abril de 2020 [citado 18 de junio de 2023];21(3):205-11. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/sur.2019.102>
16. Gentles JQ, Meglei G, Chen L, Hague CJ, Melck AL. Is neutrophilia the key to diagnosing appendicitis in pregnancy? Am J Surg [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 18 de junio de 2023];219(5):855-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961020301744>
17. Fu J, Zhou X, Chen L, Lu S. Abdominal Ultrasound and Its Diagnostic Accuracy in Diagnosing Acute Appendicitis: A Meta-Analysis. Front Surg. 2021 Jun 28; 8:707160. doi: 10.3389/fsurg.2021.707160. PMID: 34262936; PMCID: PMC8273278.



-
18. Rud B, Vejborg TS, Rappeport ED, Reitsma JB, Wille-Jørgensen P. Computed tomography for diagnosis of acute appendicitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Nov 19;2019(11):CD009977. doi: 10.1002/14651858.CD009977.pub2. PMID: 31743429; PMCID: PMC6953397.

 19. Kave M, Parooie F, Salarzaei M. Pregnancy and appendicitis: a systematic review and meta-analysis on the clinical use of MRI in diagnosis of appendicitis in pregnant women. *World J Emerg Surg*. 2019 Jul 22; 14:37. doi: 10.1186/s13017-019-0254-1. PMID: 31367227; PMCID: PMC6647167.