

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i6.3203>

Manejo de la apendicitis aguda en el embarazo: artículo de revisión

Management of acute appendicitis in pregnancy: review article

Lizbeth Carolina Segovia Cañar

lizbethsegovia96@outlook.es
<https://orcid.org/0000-0002-2920-0458>
Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

Fernando David Carranza López

nandocarranza_02@outlook.com
<https://orcid.org/0009-0005-3680-6588>
Universidad UTE
Quito – Ecuador

Dayana Sheraldin Baño Mora

sheraldinbano96@outlook.com
<https://orcid.org/0009-0009-1546-3917>
Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

Karen Andrea López Vilaña

karn.lopez19@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-7216-8222>
Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

Paulina Belén Gómez Escanta

paulinabelengomez@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-4576-2080>
Universidad de las Américas
Quito – Ecuador

Artículo recibido: 11 de diciembre de 2024. Aceptado para publicación: 27 de diciembre de 2024.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico en el embarazo, presentando desafíos en su diagnóstico y tratamiento debido a cambios fisiológicos. Un diagnóstico temprano es esencial para prevenir complicaciones graves, y las opciones de tratamiento han evolucionado para incluir enfoques quirúrgicos y conservadores. El objetivo principal es actualizar conocimientos sobre el manejo de la apendicitis aguda en el embarazo. En noviembre del 2024, se realizó un artículo de revisión acerca del manejo de la apendicitis aguda en el embarazo, este está basado en estudios de los últimos 5 años encontrados en base de datos como PubMed, MEDLINE, EMBASE y Google Académico. Se identificaron 20 estudios que cumplen con los criterios de inclusión e incluyen definición, clasificación, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnósticos, técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas, cuidados postquirúrgicos y complicaciones del tema descrito. La apendicitis aguda en el embarazo requiere una sospecha clínica alta y un diagnóstico cuidadoso, siendo la ecografía la herramienta inicial y la resonancia magnética adecuada si es necesario. La apendicectomía, preferiblemente laparoscópica, es el tratamiento estándar, y la intervención

temprana es crucial para evitar complicaciones graves para madre e hijo.

Palabras clave: apendicitis aguda, gestación, ecografía, laparoscopia

Abstract

Acute appendicitis is the most common cause of surgical acute abdomen in pregnancy, presenting challenges in its diagnosis and treatment due to physiological changes. Early diagnosis is essential to prevent serious complications, and treatment options have evolved to include surgical and conservative approaches. The main objective is to update knowledge on the management of acute appendicitis in pregnancy. In November 2024, a review article was made about the management of acute appendicitis in pregnancy, this is based on studies from the last 5 years found in databases such as PubMed, MEDLINE, EMBASE and Google Scholar. 20 studies were identified that meet the inclusion criteria and include definition, classification, risk factors, clinical manifestations, diagnoses, surgical and non-surgical techniques, post-surgical care and complications of the described topic. Acute appendicitis in pregnancy requires high clinical suspicion and careful diagnosis, with ultrasound being the initial tool and MRI being appropriate if necessary. Appendectomy, preferably laparoscopic, is the standard treatment, and early intervention is crucial to avoid serious complications for mother and child.

Keywords: acute appendicitis, pregnancy, ultrasound, laparoscopy

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Segovia Cañar, L. C., Carranza López, F. D., Baño Mora, D. S., López Vilaña, K. A., & Gómez Escanta, P. B. (2024). Manejo de la apendicitis aguda en el embarazo: artículo de revisión. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (6), 2751 – 2762.
<https://doi.org/10.56712/latam.v5i6.3203>

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico durante el embarazo, con una incidencia que varía entre 0.05% y 0.1% de todos los embarazos. Aunque la apendicitis es una condición frecuente en la población general, el diagnóstico y manejo de esta patología en mujeres embarazadas es particularmente complejo y representa un desafío clínico. Esto se debe, en gran medida, a los cambios fisiológicos y anatómicos propios del embarazo, que pueden enmascarar o modificar los síntomas clásicos de la apendicitis, aumentando el riesgo de retraso en el diagnóstico y tratamiento.

La importancia de un diagnóstico temprano radica en la relación entre el tiempo de evolución de la apendicitis y el riesgo de complicaciones graves, como la perforación del apéndice, que puede resultar en peritonitis y sepsis, afectando tanto a la madre como al feto. La tasa de perforación en embarazadas es significativamente mayor que en la población no gestante, debido a que los síntomas pueden confundirse con molestias normales del embarazo, como náuseas, vómitos y dolor abdominal inespecífico. Estas complicaciones aumentan el riesgo de parto prematuro, pérdida fetal y mortalidad materna.

Desde el punto de vista anatómico, el apéndice puede desplazarse a medida que el útero crece, lo que complica la identificación de su localización exacta y hace que los signos clásicos, como el dolor en el cuadrante inferior derecho, no siempre sean fiables. Estos factores han llevado a la necesidad de adaptar las estrategias de diagnóstico y tratamiento en mujeres embarazadas con sospecha de apendicitis.

Tradicionalmente, el tratamiento de la apendicitis ha sido quirúrgico mediante apendicectomía. Sin embargo, la introducción de la cirugía laparoscópica y el desarrollo de enfoques conservadores con el uso de antibióticos han ampliado las opciones terapéuticas para mujeres embarazadas. No obstante, la elección del tratamiento debe balancearse cuidadosamente para minimizar los riesgos para la madre y el feto, haciendo de este tema un campo de estudio e investigación activa en el ámbito de la cirugía y la obstetricia.

El propósito de esta revisión es proporcionar una visión general del manejo de la apendicitis aguda en el embarazo, analizando las mejores prácticas de diagnóstico, las opciones de tratamiento y las consideraciones especiales necesarias para proteger la salud materna y fetal en estos casos complejos.

METODOLOGÍA

En noviembre del 2024 realizamos un artículo de acerca del manejo de la apendicitis aguda en el embarazo, la búsqueda se realizó en las bases de datos de PubMed, MEDLINE, EMBASE y Google Académico de los últimos 5 años, en su mayoría trabajos a partir del año 2020. Se identificaron estudios relacionados con la definición, clasificación, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnósticos, técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas, cuidados postquirúrgicos y complicaciones del tema descrito. Entre 2019 y 2024 se encontró un total de veinte artículos que cumplieran con los criterios de inclusión, básicamente que sean basadas en pacientes embarazadas con manifestaciones clínicas o síntomas de apendicitis aguda, métodos diagnósticos por imagen y técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas para el tratamiento y complicaciones asociadas. Se excluyeron los estudios que no cumplieron con los criterios anteriores.

DESARROLLO

Apendicitis Aguda en el Embarazo

La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice cecal, generalmente causada por una obstrucción luminal. Esta obstrucción puede estar provocada por un fecalito, hiperplasia linfóide, cuerpos extraños, o incluso tumores, lo que resulta en una serie de eventos inflamatorios e infecciosos. Sin tratamiento, la apendicitis puede evolucionar rápidamente hacia la perforación del apéndice y causar peritonitis, una inflamación generalizada de la cavidad abdominal que aumenta la mortalidad materna y fetal.

Se considera como la enfermedad más común quirúrgica no obstétrica en gestantes, se presenta entre el 0.05-0.15%. Tiene un porcentaje del 65.6% de las emergencias quirúrgicas no traumáticas en este grupo de mujeres. La apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en el segundo trimestre de gestación.

En el embarazo, la apendicitis presenta características únicas debido a los cambios anatómicos, como el desplazamiento del apéndice hacia el borde pélvico y en el cuadrante superior derecho al tercero a medida que el útero se expande, especialmente en el segundo y tercer trimestres, respectivamente. Estos cambios pueden alterar los signos clásicos de la apendicitis, como el dolor en el cuadrante inferior derecho, y hacer que el diagnóstico sea más desafiante. Además, algunos de los síntomas de la apendicitis, como náuseas, vómitos y dolor abdominal, son comunes en el embarazo, lo que contribuye a un diagnóstico tardío.

Clasificación

La apendicitis en embarazadas puede clasificarse de acuerdo con su progresión y severidad:

Apendicitis No Complicada: Inflamación localizada del apéndice sin evidencia de perforación o absceso. Este tipo es menos riesgoso y tiene mejores resultados con un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Apendicitis Complicada: Incluye casos con perforación, gangrena, o formación de abscesos. Este tipo es más común en el embarazo debido a los retrasos en el diagnóstico y se asocia con un mayor riesgo de complicaciones maternas y fetales.

Factores de Riesgo durante el Embarazo

El embarazo induce varios cambios fisiológicos y hormonales que pueden influir en la presentación y progresión de la apendicitis. Por ejemplo:

Aumento del volumen plasmático y cambios en la inmunidad: Estos cambios pueden modificar la respuesta inflamatoria y hacer que los síntomas de la apendicitis sean menos evidentes.

Desplazamiento de órganos intraabdominales: El desplazamiento del apéndice hacia una posición más superior puede hacer que el dolor abdominal se perciba en áreas distintas al cuadrante inferior derecho.

La complejidad de la apendicitis en el embarazo resalta la necesidad de una alta sospecha clínica, un uso adecuado de estudios de imagen y una pronta intervención para optimizar los resultados maternos y fetales. Puede asociarse complicaciones en el feto como infección intraamniótica, parto prematuro y muerte intrauterina que aumenta si el apéndice se perfora.

Manifestaciones Clínicas

Los síntomas de la apendicitis aguda en el embarazo pueden variar en comparación con la población general, debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren durante la gestación. Estos cambios pueden hacer que los síntomas clásicos de la apendicitis no sean tan evidentes o se localicen en otras áreas del abdomen. A continuación, se describen los síntomas principales y las características particulares en el contexto del embarazo.

Dolor Abdominal: El dolor suele ubicarse en el cuadrante inferior derecho, como en los casos de apendicitis en personas no embarazadas. Sin embargo, a medida que el embarazo avanza y el útero se expande, el apéndice se desplaza hacia arriba y lateralmente, lo que puede hacer que el dolor se localiza en el cuadrante superior derecho o en áreas menos específicas del abdomen.

Es un dolor inicialmente sordo y mal localizado, que se intensifica y se vuelve más agudo y constante con el tiempo. Puede empeorar con el movimiento y puede estar acompañado de sensibilidad al tacto. Sin embargo, un estudio retrospectivo concluyó que el 90% de gestantes con apendicitis reportaron dolor en el cuadrante inferior derecho sin tener relevancia su edad gestacional.

Náuseas y Vómitos: Estos síntomas son comunes en la apendicitis aguda, pero en el embarazo pueden confundirse fácilmente con las náuseas matutinas típicas, especialmente en el primer trimestre. Consecuencia de una disminución en el tono muscular del esfínter esofágico inferior por acción de la progesterona. La persistencia o la intensidad de estos síntomas junto con el dolor abdominal deben levantar sospecha de apendicitis.

Fiebre: La fiebre es un síntoma que puede aparecer en casos más avanzados de apendicitis, aunque en muchos casos, especialmente en etapas tempranas, puede no estar presente. Si hay fiebre, esta suele ser baja, pero en casos de apendicitis complicada o perforación, puede ser alta.

Pérdida de apetito y malestar general: La pérdida de apetito y una sensación general de malestar son síntomas comunes en la apendicitis. Estos síntomas, aunque inespecíficos, pueden ayudar a diferenciar entre una simple molestia digestiva y una apendicitis cuando se presentan junto con dolor persistente en el abdomen.

Taquicardia y leucocitosis: La taquicardia puede ser una respuesta al dolor o una manifestación de inflamación. La leucocitosis, es decir, el aumento en el número de glóbulos blancos también es común, pero en el embarazo, los niveles de glóbulos blancos ya son más altos de lo normal, lo que puede dificultar la interpretación de este signo como indicador de apendicitis.

Signo de Blumberg (Dolor de rebote): En algunos casos, el signo de Blumberg, o dolor de rebote, se lo define como un dolor que se intensifica cuando se libera la presión en el abdomen, puede estar presente en el cuadrante inferior derecho. Sin embargo, este signo puede ser menos confiable en embarazadas debido a los cambios en la posición del apéndice.

Diagnóstico

En el embarazo, la apendicitis es más difícil de diagnosticar debido a que varios de los síntomas pueden confundirse con molestias normales del embarazo, como la acidez, el reflujo, el estreñimiento y las náuseas matutinas. Además, el desplazamiento del apéndice a medida que el útero crece puede alterar la localización del dolor, lo que complica la identificación de la apendicitis. El diagnóstico de la apendicitis aguda en el embarazo es un desafío clínico debido a los cambios anatómicos y fisiológicos asociados con la gestación, que pueden modificar la presentación de los síntomas clásicos. Para lograr un diagnóstico preciso y evitar complicaciones, se emplean varios métodos diagnósticos.

La evaluación inicial incluye la obtención de la historia clínica y la realización de un examen físico exhaustivo. El dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen es un signo común en la apendicitis; sin embargo, en embarazadas, la localización del dolor puede variar debido al desplazamiento del apéndice por el útero en crecimiento. El examen físico puede revelar dolor a la palpación, rebote positivo (signo de Blumberg), aunque estos hallazgos pueden ser inespecíficos en mujeres gestantes. Se pueden realizar pruebas de laboratorio como un hemograma completo en el cual, si existe un aumento de glóbulos blancos, es decir, leucocitosis es un parámetro común en la apendicitis, pero el embarazo en sí puede provocar un aumento en el conteo de leucocitos, lo que dificulta su interpretación. Sin embargo, valores elevados de leucocitos junto con un cambio clínico relevante pueden aumentar la sospecha. Proteína C Reactiva (PCR) elevada sugiere inflamación, su especificidad es baja para la apendicitis en el embarazo, ya que muchas infecciones o condiciones inflamatorias también pueden elevar la PCR.

Se puede realizar también estudios de imagen como ecografía abdominal que es la primera línea de imagen en embarazadas debido a su seguridad y ausencia de radiación. La ecografía puede identificar un apéndice inflamado, medir su diámetro y detectar líquido libre o absceso en la fosa iliaca derecha o Douglas. Por otro lado, proporciona información también de otras estructuras abdominales y pélvicas, lo cual es útil en el diagnóstico diferencial. Sin embargo, en el segundo y tercer trimestre, la precisión disminuye debido a las limitaciones en la visualización del apéndice por el útero en crecimiento.

Una de sus ventajas es que no expone al feto a radiación debido a que utiliza ondas sonoras en lugar de radiación ionizante, lo que la hace segura para el feto y para la madre y es una técnica ampliamente disponible, además de económica en comparación con otros exámenes de imagen. Sin embargo, posee una sensibilidad reducida en embarazos avanzados y posible visualización limitada. Puede existir una ecografía negativa pero la misma no descarta la enfermedad, más aún en el apéndice perforado que no puede pasar desapercibido con este estudio de imagen.

En una ecografía de apendicitis aguda, los hallazgos característicos incluyen:

Aumento en el diámetro del apéndice: Un apéndice que mide más de 6 mm de diámetro en su eje mayor suele considerarse sospechoso de apendicitis.

Apéndice no compresible: En casos de apendicitis, el apéndice inflamado no se colapsa bajo la presión del transductor.

Engrosamiento de la pared del apéndice: La inflamación causa un engrosamiento de la pared del apéndice, que puede observarse en la ecografía.

Líquido libre o absceso periapendicular: En casos de apendicitis avanzada o complicada, puede haber líquido libre en la cavidad abdominal o formación de abscesos cerca del apéndice.

Presencia de hipervascularización: En el Doppler color, el apéndice inflamado puede mostrar aumento en la vascularización debido al proceso inflamatorio.

Las desventajas de la ecografía en mujeres gestantes son por cambios fisiológicos del útero en expansión que desplaza el apéndice hacia una posición más superior y lateral, lo que dificulta su visualización. La sensibilidad de la ecografía varía considerablemente, especialmente en el segundo y tercer trimestres. La efectividad de la ecografía depende en gran medida de la experiencia del operador.

La resonancia Magnética (RMN) sin contraste es una herramienta diagnóstica segura y confiable cuando la ecografía es inconclusa. La resonancia magnética ofrece una visualización detallada del apéndice y permite evaluar la extensión de la inflamación sin exponer al feto a radiación. Tiene una alta

sensibilidad y especificidad en la identificación de apendicitis y otras patologías abdominales en el embarazo. Puede no estar disponible en todos los centros, y es una prueba más costosa.

Se restringe la administración de contraste porque puede pasar la barrera transplacentaria, sus resultados pueden ser de un diagnóstico sospechoso, pero no confirmatorio. A menudo se necesitan otros métodos. Se pueden encontrar los siguientes hallazgos en la RMN: pared apendicular gruesa, acumulación de grasa pericecal, líquido intraabdominal y restricción de la difusión periférica.

Por otro lado, la tomografía Computarizada Abdominal (TC) es una herramienta efectiva para diagnosticar la apendicitis, su uso en embarazadas se reserva sólo para casos en los que otros estudios no han sido concluyentes debido a la exposición a radiación. Si es absolutamente necesaria, se utilizan técnicas de baja dosis para minimizar el riesgo al feto. Aunque tiene una alta precisión diagnóstica la exposición a radiación representa un riesgo para el feto, por lo que es una opción de último recurso.

Otra opción es realizar una laparoscopia diagnóstica utilizada en casos en los que el diagnóstico es incierto y la condición de la paciente se deteriora, se puede optar por una laparoscopia diagnóstica. Aunque es una intervención quirúrgica, puede ayudar a confirmar el diagnóstico y permitir una apendicectomía inmediata si se detecta apendicitis.

La ecografía abdominal es la modalidad de imagen de primera elección para el diagnóstico de la apendicitis aguda en el embarazo debido a su seguridad, accesibilidad y ausencia de radiación. Dado que la exposición a radiación representa un riesgo para el feto, especialmente en el primer trimestre, la ecografía es una herramienta ideal para la evaluación inicial de mujeres embarazadas con síntomas compatibles con apendicitis.

Tratamiento

El tratamiento de la apendicitis aguda en el embarazo es un desafío clínico debido a la necesidad de equilibrar el tratamiento efectivo de la madre y la protección del feto. La apendicectomía sigue siendo el tratamiento estándar, pero el enfoque puede variar según la etapa del embarazo y el estado clínico de la paciente.

Apendicectomía Quirúrgica

La cirugía es el tratamiento de elección para la apendicitis aguda en el embarazo, ya que la apendicitis no tratada puede llevar a complicaciones graves como perforación, peritonitis y sepsis, las cuales aumentan el riesgo de mortalidad materna y fetal. Hay dos técnicas principales para realizar la apendicectomía:

Apendicectomía Laparoscópica: Esta técnica es segura en cualquier trimestre y tiene ventajas como menor dolor postoperatorio, menor riesgo de infección de la herida y recuperación más rápida en comparación con la apendicectomía abierta. Sin embargo, en etapas avanzadas del embarazo, la expansión del útero puede hacer más difícil la manipulación de los instrumentos laparoscópicos. La paciente experimenta menor dolor postoperatorio, recuperación más rápida, menor riesgo de infección de la herida. Por parte del personal de salud se requiere experiencia y precaución para evitar daños al útero; la técnica de insuflación debe ser cuidadosa para no afectar la circulación materno-fetal.

Debe evitarse esta técnica quirúrgica después de la semana 20 porque existe un riesgo aumentado de lesión uterina, hiperpresión abdominal y neumoperitoneo el cual disminuye el flujo uteroplacentario y supone un riesgo fetal. Cuando se realice esta técnica se realizará mediante una incisión transversal en el punto de máximo dolor, no precisamente en el punto de Mac Burney.

Apendicectomía Abierta: Aunque es menos común, puede ser preferida en algunos casos de embarazo avanzado cuando el acceso laparoscópico es complicado por el tamaño del útero. Esta técnica implica una incisión en el abdomen para extraer el apéndice inflamado en casos de embarazo avanzado, donde el útero agrandado dificulta la laparoscopia. Las desventajas para las gestantes son: mayor dolor postoperatorio y riesgo de infección en comparación con la laparoscopia, y mayor tiempo de recuperación.

Entre ambos procedimientos se considera la experiencia del personal médico a cargo. Aunque la apendicectomía laparoscópica se considera una técnica que conlleva un riesgo innecesario para el paciente y feto después de las 20 semanas de gestación debido al riesgo de pérdida de la gestación, por el aumento de tamaño del útero que ocupa gran parte del abdomen. La laparoscopia tiene resultados mayores de pérdida fetal que la apendicectomía abierta.

Manejo Conservador

En ciertos casos seleccionados, y especialmente cuando los síntomas son leves y la apendicitis no parece complicada, se puede considerar un tratamiento conservador con antibióticos. Sin embargo, el manejo conservador es menos frecuente en embarazadas debido al riesgo de recurrencia y complicaciones. La apendicitis tratada sólo con antibióticos tiene un alto riesgo de recurrencia, lo que podría ser más peligroso si ocurre en una etapa avanzada del embarazo. Si la apendicitis progresa a una perforación, las consecuencias para la madre y el feto pueden ser graves.

Por lo tanto, aunque el manejo conservador con antibióticos puede considerarse en algunos casos de apendicitis leve o en pacientes que están en el tercer trimestre y cerca de la fecha de parto, la cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en la mayoría de los casos.

Consideraciones Anestésicas y Cuidados Postoperatorios

La anestesia durante el embarazo debe ser administrada por un equipo experimentado para minimizar los riesgos para el feto. Se prefiere la anestesia general para evitar la incomodidad de la cirugía.

En el segundo y tercer trimestres, es importante realizar una monitorización fetal durante y después de la cirugía para asegurar la estabilidad del feto.

El manejo postoperatorio debe incluir control del dolor, prevención de infecciones y vigilancia de posibles contracciones uterinas. La mujer debe ser observada de cerca para detectar signos de parto prematuro o pérdida fetal.

Riesgos y Complicaciones

El tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda en el embarazo es generalmente seguro, pero existen algunos riesgos que deben considerarse. Como el riesgo de parto prematuro debido a la cirugía abdominal en el embarazo, particularmente en el tercer trimestre, aumenta el riesgo de contracciones uterinas y parto prematuro. La perforación del apéndice aumenta significativamente el riesgo de infección, lo cual puede afectar tanto a la madre como al feto. El riesgo de pérdida fetal y morbilidad materna es bajo, pero puede aumentar en casos de apendicitis complicada o perforada si la cirugía se retrasa por más de 24 horas desde el apareamiento de los síntomas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La apendicitis aguda en el embarazo es una condición clínica que presenta desafíos únicos debido a los cambios fisiológicos y anatómicos que ocurren durante la gestación. Aunque su incidencia es baja, entre el 0.05% y el 0.15%, se convierte en la emergencia quirúrgica no obstétrica más común en mujeres embarazadas, representando el 65.6% de las emergencias quirúrgicas no traumáticas. La apendicitis

se presenta con mayor frecuencia en el segundo trimestre, lo que puede complicar el diagnóstico y el tratamiento.

Los síntomas de la apendicitis en embarazadas pueden diferir significativamente de los observados en la población general. El dolor abdominal, que típicamente se localiza en el cuadrante inferior derecho, puede desplazarse hacia el cuadrante superior derecho o ser menos específico a medida que el útero crece. Esto se debe al desplazamiento del apéndice, lo que puede llevar a un diagnóstico tardío. Además, síntomas como náuseas y vómitos son comunes en el embarazo, lo que puede enmascarar la apendicitis. La fiebre, aunque puede estar presente en casos avanzados, a menudo es baja o ausente en las etapas iniciales de la enfermedad.

El diagnóstico de apendicitis aguda en el embarazo es complicado por la superposición de síntomas con condiciones comunes del embarazo, como el reflujo y el estreñimiento. La evaluación inicial incluye un examen físico exhaustivo y pruebas de laboratorio, como hemogramas, que pueden mostrar leucocitosis. Sin embargo, la interpretación de estos resultados es compleja debido a que el embarazo en sí puede causar un aumento en el conteo de glóbulos blancos. La ecografía abdominal es la primera línea de diagnóstico, ya que es segura y no implica radiación. Sin embargo, su sensibilidad puede disminuir en el segundo y tercer trimestres debido a la dificultad para visualizar el apéndice. En casos donde la ecografía es inconclusa, la resonancia magnética sin contraste se considera una opción segura y efectiva.

El tratamiento estándar para la apendicitis aguda en el embarazo es la apendicectomía. Esta puede realizarse de forma laparoscópica o abierta. La laparoscopia es preferida en etapas tempranas del embarazo debido a sus ventajas, como menor dolor postoperatorio y recuperación más rápida. Sin embargo, en el tercer trimestre, el riesgo de lesión uterina y complicaciones aumenta, lo que puede hacer que la apendicectomía abierta sea más adecuada en estos casos.

El manejo conservador con antibióticos puede considerarse en situaciones seleccionadas, pero conlleva un alto riesgo de recurrencia y complicaciones, especialmente si la apendicitis progresa a perforación.

Los resultados de los estudios indican que el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son cruciales para minimizar las complicaciones maternas y fetales. La perforación del apéndice, que puede ocurrir si la apendicitis no se trata a tiempo, aumenta significativamente el riesgo de complicaciones graves, incluyendo infección y mortalidad. La tasa de complicaciones es mayor en casos de apendicitis complicada, que incluye perforación y formación de abscesos, lo que resalta la importancia de una alta sospecha clínica y un enfoque multidisciplinario en el manejo de esta condición.

En resumen, la apendicitis aguda en el embarazo requiere un enfoque cuidadoso y bien coordinado para asegurar resultados óptimos tanto para la madre como para el feto. La identificación temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para prevenir complicaciones severas, lo que subraya la necesidad de capacitación continua para los profesionales de la salud en el manejo de emergencias quirúrgicas en mujeres embarazadas.

CONCLUSIONES

La apendicitis aguda en el embarazo es una condición que requiere un alto índice de sospecha clínica y un enfoque diagnóstico cuidadoso debido a la variabilidad en la presentación de los síntomas. La ecografía abdominal es la herramienta de elección para el diagnóstico inicial, y la resonancia magnética se considera segura y efectiva cuando la ecografía no proporciona resultados concluyentes.

La apendicectomía sigue siendo el tratamiento estándar, con la laparoscopia como técnica preferida en etapas tempranas del embarazo, mientras que la cirugía abierta puede ser necesaria en casos avanzados. La intervención temprana es esencial para reducir el riesgo de complicaciones graves tanto para la madre como para el feto, destacando la importancia de un manejo multidisciplinario en el tratamiento de esta condición.

REFERENCIAS

Abgottspon D, Putora K, Kinkel J, Süveg K, Widmann B, Hornung R, et al. Accuracy of point-of-care ultrasound in diagnosing acute appendicitis during pregnancy. *West J Emerg Med*. 2022;23(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.5811/westjem.2022.8.56638>

Alsadery HA, Bamalan OA, Aljubran HJ, Albaish LJ, Al Ghanim BZ. Non-obstetric Acute Abdomen in pregnancy: A review of literature. *Med Arch*. 2023;77(4):293–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5455/medarh.2023.77.293-298>

Arnold MJ, Jonas CE, Carter RE. Point-of-Care Ultrasonography. *afp* [Internet]. 2020;101(5):275–85. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0301/p275.html>

Ashbrook M, Cheng V, Sandhu K, Matsuo K, Schellenberg M, Inaba K, et al. Management of complicated appendicitis during pregnancy in the US. *JAMA Netw Open*. 2022;5(4):e227555. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.7555>

Barrantes Astorga GJ, Varela Moreno AC, Arias Vargas R. Apendicitis en el embarazo. *Rev Medica Sinerg*. 2020;5(7):e539. Available from: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v5i7.539>

Candrawinata V, Hanafi R, Baskoro BA, Irawan A, Ekapatria C, Christina NM, et al. Antibiotic versus surgery in the treatment of acute appendicitis in the pregnant population: A systematic review and meta-analysis. *F1000Res*. 2023;12:188. Available from: <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.129906.2>

Choi YS, Seo JH, Yi JW, Choe Y-M, Heo YS, Choi SK. Clinical characteristics of acute appendicitis in pregnancy: 10-year experience at a single institution in South Korea. *J Clin Med*. 2023;12(9). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12093277>

Expert Panel on Gastrointestinal Imaging, Kambadakone AR, Santillan CS, Kim DH, Fowler KJ, Birkholz JH, et al. ACR appropriateness criteria® right lower quadrant pain: 2022 update. *J Am Coll Radiol*. 2022;19(11S):S445–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacr.2022.09.011>

Fuglsang CH, Bakos I, Laugesen K, Troelsen FS, Horváth-Puhó E, Sørensen HT. Maternal smoking during pregnancy and risk of appendicitis in the offspring. *Epidemiology*. 2023;34(2):293–301. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/EDE.0000000000001566>

Hernández-Cortez J, De León-Rendón JL, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano General*. 2019;41(1):33-40. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-0092019000100033&script=sci_arttext

Jurado AU, Ticora MAA, Martínez DO, Henao CAJ. Novedades en el manejo quirúrgico de la apendicitis aguda en pacientes gestante: una revisión sistemática. *Revista Neuronum*. 2020;6(4):63–85. Available from: <https://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/286>

Kulali F. Diffusion-weighted imaging versus non-contrast magnetic resonance imaging in the diagnosis of acute appendicitis during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras*. 2023;69(1):56–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.20220578>

Kumar SS, Collings AT, Wunker C, Athanasiadis DI, DeLong CG, Hong JS, et al. SAGES guidelines for the use of laparoscopy during pregnancy. *Surg Endosc*. 2024;38(6):2947–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-024-10810-1>

Kyhl LK, Løkkegaard ECL. Appendicitis hos højgravide. Ugeskriftet.dk. Available from: https://content.ugeskriftet.dk/sites/default/files/scientific_article_files/2021-09/v10200789_web.pdf

Mejri A, Arfaoui K, Trigui E. Acute appendicitis in pregnant women: A Tunisian center experience. Medicine (Baltimore). 2022;101(29):e28574. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000028574>

Sanabria Quesada MF, Recinos Coreas T, Castro González M. Apendicitis aguda en el embarazo: desafío quirúrgico. Revista Médica Sinergia. 2023;8(5). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1040>

Tanrıdan Okcu N, Banlı Cesur İ, İrkörücü O. Acute appendicitis in pregnancy: 50 case series, maternal and neonatal outcomes. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2021;27(2):255–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.14744/tjtes.2020.24747>

Tavakoli A, Wadensweiler P, Blumenthal E, Kuncir E, Houshyar R, Brueseke T. Medical management of appendicitis in early-term pregnancy. BMJ Case Rep. 2020;13(8):e234252. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2020-234252>

Yang J, Wen SW, Krewski D, Corsi DJ, Walker M, Mattison D, et al. Association of treatments for acute appendicitis with pregnancy outcomes in the United States from 2000 to 2016: Results from a multi-level analysis. PLoS One. 2021;16(12):e0260991. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0260991>

Yavuz Y, Sentürk M, Gümüş T, Patmano M. Acute appendicitis in pregnancy. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2021;27(1):85–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.14744/tjtes.2020.22792>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .