

APENDICITIS AGUDA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Letizia Allison Bighi García¹, Deisy Johana Méndez Aceros¹, Manuel Darío Rodríguez Martínez¹, Maria Isabel Saiz Figuérez¹, Ariadna Iniesta Sánchez¹, Jesús Julián Cortés Vela¹, Jorge Romero Martínez¹, Guillermo Giménez Hernández¹

¹Hospital Universitario de Cuenca, Cuenca.

RECUERDO ANATÓMICO

APÉNDICE VERMIFORME

Longitud: 6 a 9 cm
(rango descrito de 2 a 20 cm).

Estructura tubular ciega que se origina en la cara posteromedial del ciego, a unos 2-3 cm por debajo de la válvula ileocecal. Aunque su base es relativamente fija, la punta apendicular presenta una gran movilidad debido al mesoapéndice, lo que condiciona diversas variantes anatómicas:

Retrocecal (65%): La más frecuente; puede dificultar la visualización por ecografía debido al gas colónico.

Pélvica (30%): En contacto con estructuras anexiales o el recto.

Otras (5%): Preileal, retroileal, subcecal y paracecal.

Referencia de localización: El punto de McBurney (unión del tercio externo con los dos tercios internos de una línea imaginaria entre el ombligo y la espina ilíaca anterosuperior derecha) se correlaciona generalmente con la ubicación de la base apendicular.

Diámetro: Tradicionalmente se ha establecido el límite superior de la normalidad en 6 mm de diámetro transversal máximo. Sin embargo, estudios recientes demuestran que hasta un 42% de pacientes asintomáticos pueden presentar diámetros superiores (entre 6 y 10 mm) sin patología aguda.

RECUERDO ANATÓMICO

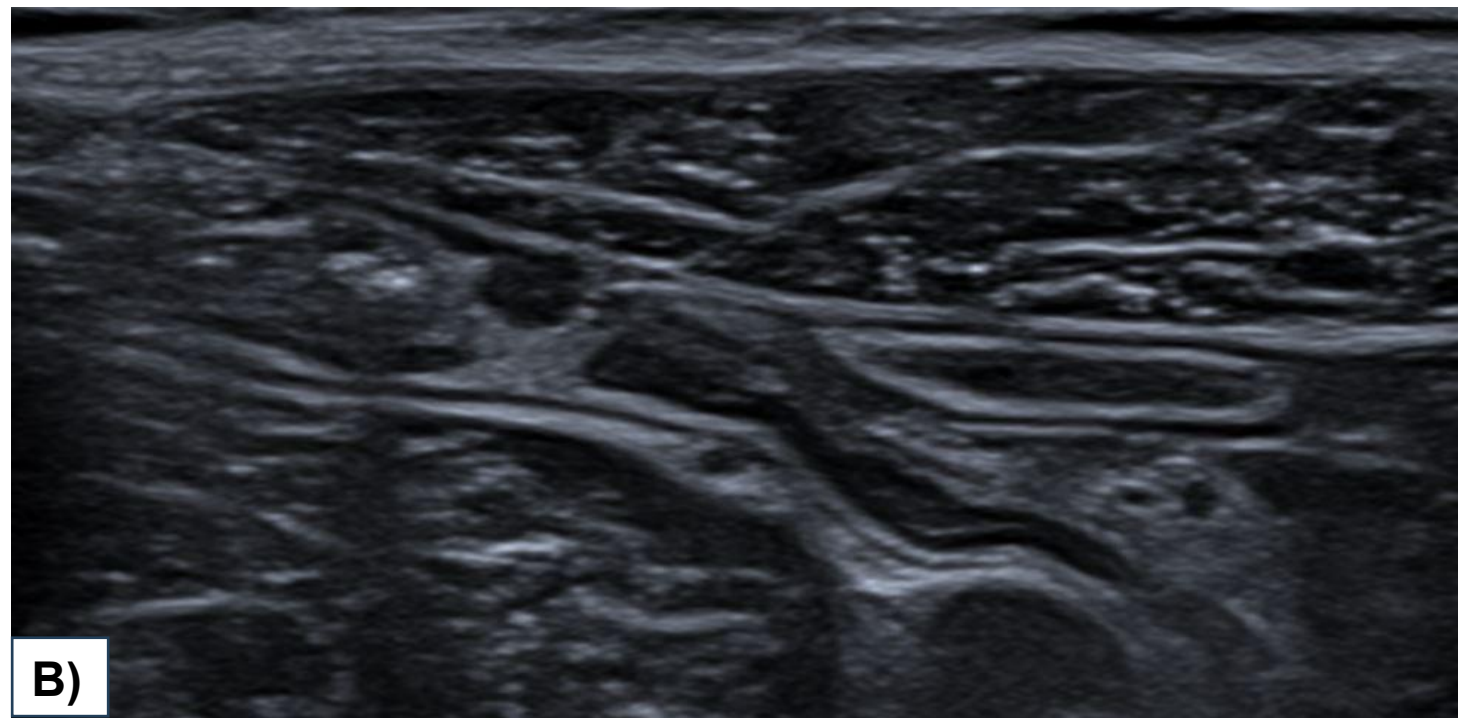
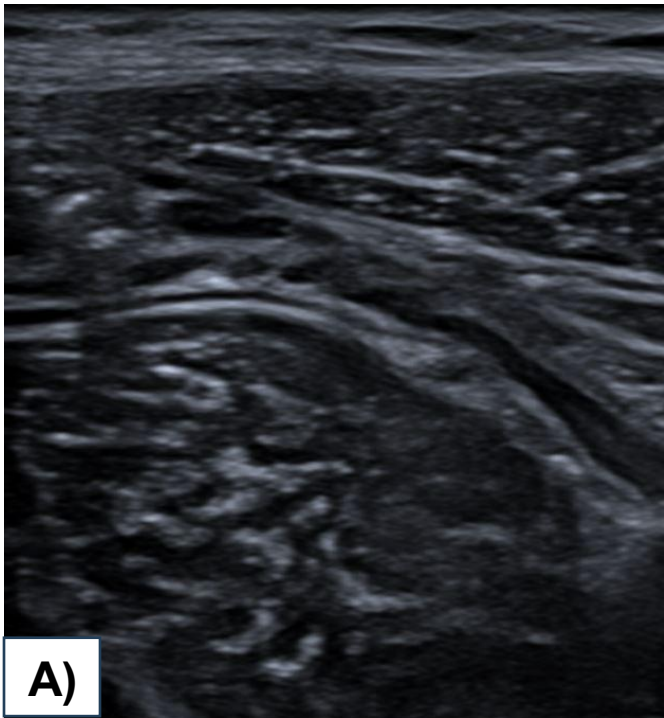


Figura 1. Apendicitis aguda de la punta. Ecografía abdominopélvica. A) y B) Corte longitudinal. Se observa el apéndice, como el resto del tubo digestivo, con sus 5 capas (de dentro hacia fuera): una capa más interna ecogénica, que representa la interfaz entre la mucosa y la luz , una capa hipoecogénica, que correspondería con la mucosa, una capa submucosa ecogénica, una capa muscular propia hipoecogénica y, por último, la capa más externa ecogénica que correspondería con la serosa.

RECUERDO ANATÓMICO

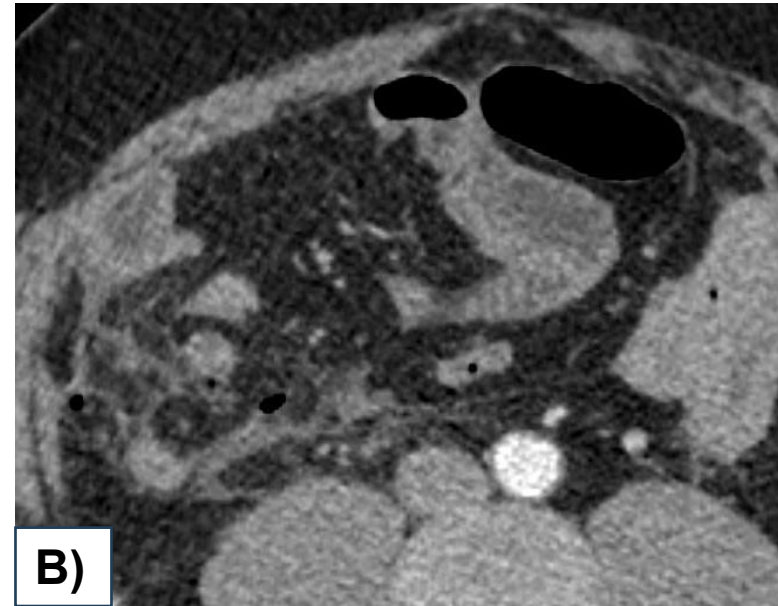
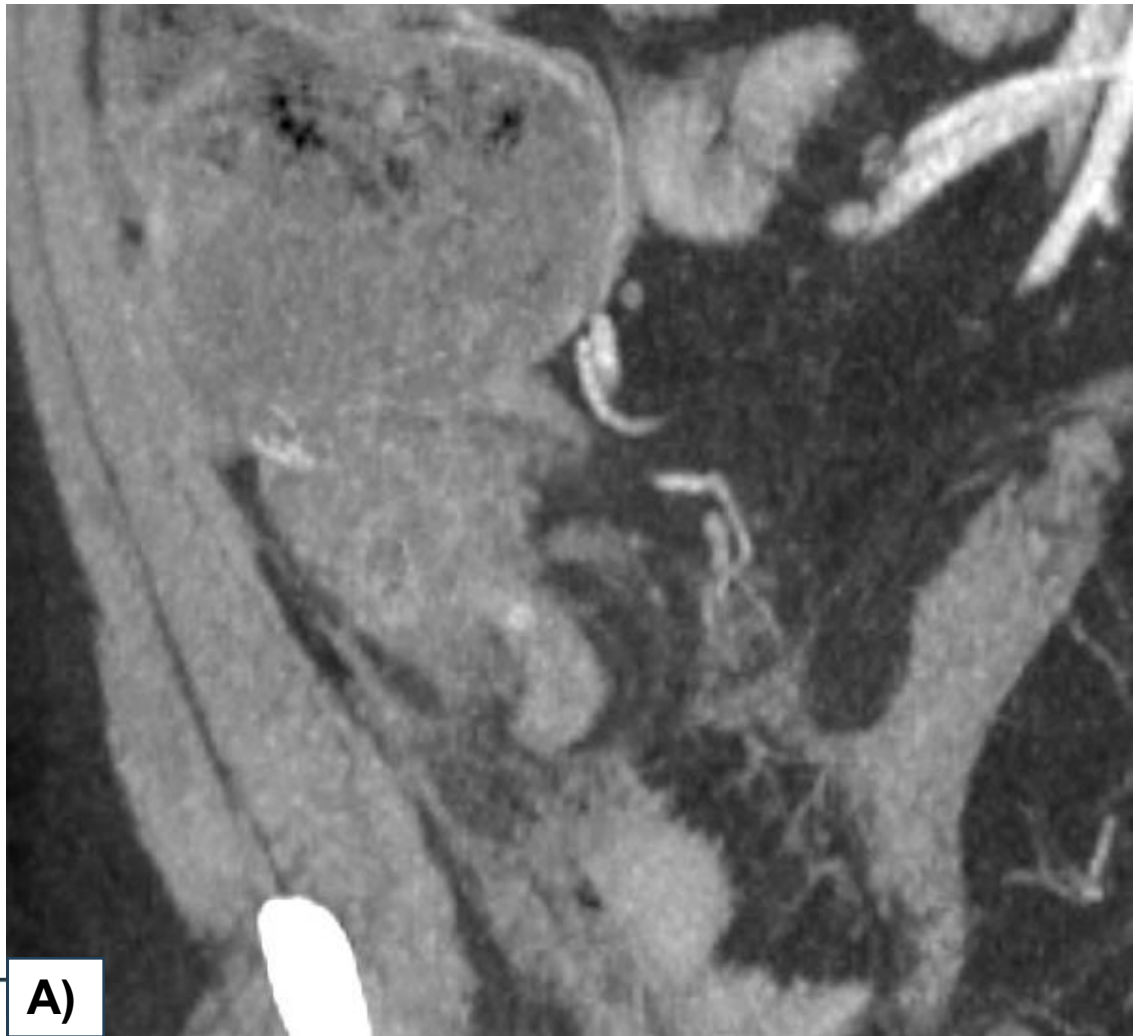


Figura 2. Apendicitis aguda retrocecal perforada. TC abdominal con CIV A) Corte coronal B) Corte axial. Observamos un apéndice cecal aumentado de calibre asociado a alteración de la grasa y burbujas de gas ectópico regionales con pequeña cantidad de liquido libre subhepático y en pelvis. En este estudio como vemos no se pueden diferenciar las capas entre sí, por lo cual seria un inconveniente de esta técnica diagnóstica.

APENDICITIS AGUDA

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Es la inflamación del apéndice vermiforme secundaria a la obstrucción de su luz, lo que produce un aumento de la presión intraluminal, isquemia y proliferación bacteriana. Es la causa más frecuente de **abdomen agudo quirúrgico** a nivel mundial y requiere un diagnóstico precoz para evitar complicaciones graves (perforación, peritonitis, etc..)

ESCALA DE ALVARADO:

- Migración dolor (1 ptos)
- Náuseas y vómitos (1 pto) Anorexia (1 pto).
- Fiebre (1 pto)
- Dolor en cuadrante inferior derecho (2 ptos)
- Signo de Blumberg positivo. (1 pto)
- Leucocitosis (2 ptos) con neutrofilia (1 pto)

PUNTUACIÓN:

0-3 PUNTOS: Probabilidad baja.
Considerar otros diagnósticos.

4-6 PUNTOS: Probabilidad intermedia.
Prueba de imagen (ECO o TC).

7-9 PUNTOS: Probabilidad alta. Prueba de imagen o cirugía.

APENDICITIS AGUDA

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS DIRECTOS :

- ☐ **Diámetro trasverso aumentado:** >6-7 mm medido de pared externa a pared externa.
- ☐ **Apéndice no compresible.**
- ☐ **Signo de la "Diana":** Visualización en el plano transversal de las capas de la pared apendicular por edema submucoso.
- ☐ **Apendicolito.**
- ☐ **Hiperemia de la pared:** Aumento de la señal en el estudio Doppler color (signo de inflamación activa).

ECOGRAFÍA

SIGNOS INDIRECTOS:

- ☐ **Hiperecogenicidad de la grasa:** La grasa pericecal y del mesoapéndice aparece hiperecogénica por la inflamación.
- ☐ **Líquido libre:** Pequeña cantidad de líquido en la fosa ilíaca derecha o fondo de saco de Douglas.
- ☐ **Íleo regional:** Ausencia de peristaltismo en las asas de intestino delgadas adyacentes.
- ☐ **Adenopatías mesentéricas:** Ganglios locorregionales aumentados de tamaño de forma reactiva al proceso.

PRUEBA DE PRIMERA ELECCIÓN

Muy útil en embarazadas y población pediátrica.

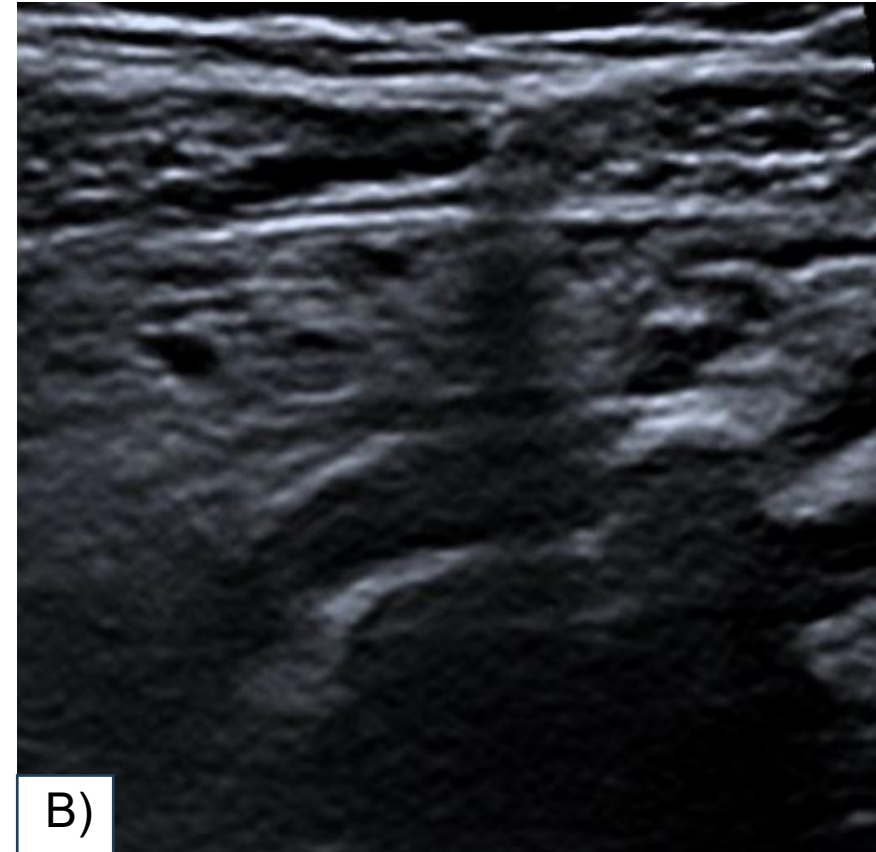
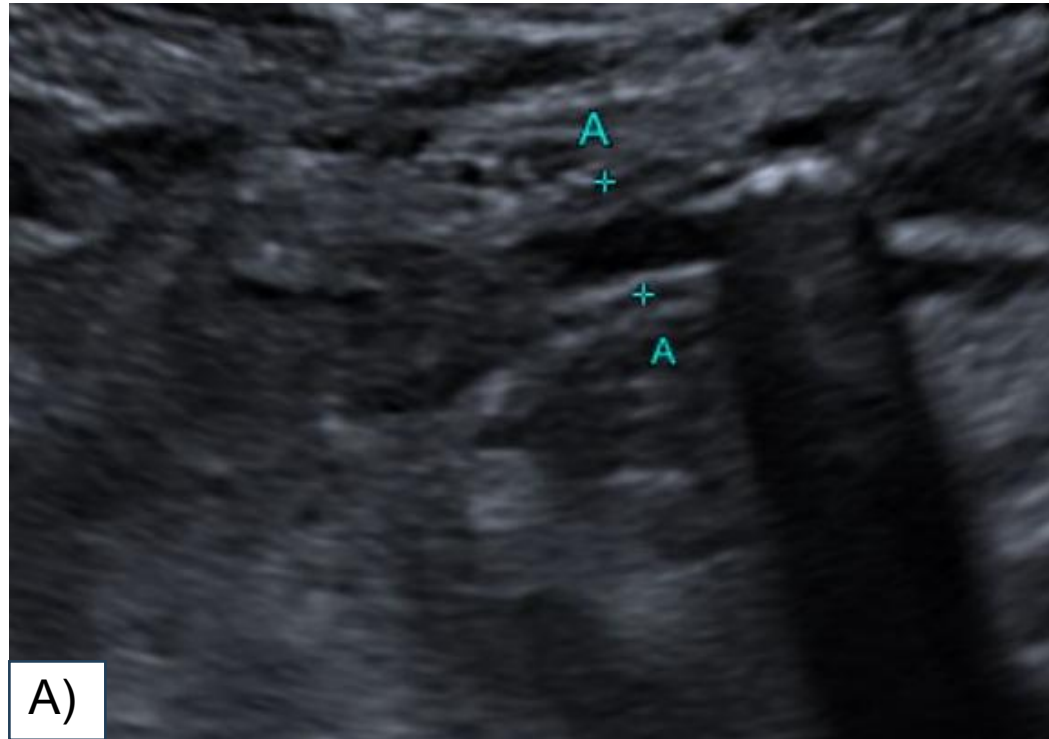


Figura 3. Apendicitis aguda flemonosa. Ecografía abdominopélvica A) y B) Corte longitudinal. Se observa estructura correspondiente sugestiva de apéndice cecal de unos 11 mm de calibre, mantiene su estructura en capas, con apendicolito localizado en la punta, de 10 mm y con un discreto aumento de la ecorrefringencia de la grasa del mesoapéndice como signo inflamatorio secundario al proceso locorregional.

APENDICITIS AGUDA

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS DIRECTOS :

- ☐ **Engrosamiento parietal:** Pared apendicular con un grosor superior a 2-3 mm.
- ☐ **Realce parietal aumentado:** Captación intensa de contraste por la mucosa/pared apendicular ("vivid enhancement"), signo de hiperemia inflamatoria.
- ☐ **Defecto de realce focal:** Áreas de la pared que no captan contraste, lo cual es un signo altamente predictivo de apendicitis gangrenosa o necrosis inminente

PRUEBA GOLD STANDARD

Sensibilidad: 94-99% / **Especificidad:** 90-98%

TC CON CIV EN FASE PORTAL



Además de los hallazgos ecográficos anteriormente descritos

SIGNOS INDIRECTOS:

- ☐ **Edema de la grasa periapendicular:** Sustitución de la densidad grasa normal (-100 UH) por bandas de densidad de partes blandas ("fat stranding").
- ☐ **Signo de la "banda":** Engrosamiento de la fascia renal anterior derecha o de las fascias paracolónicas por vecindad.
- ☐ **Apéndice no visualizado con colección:** En casos de perforación, el apéndice puede estar desestructurado y solo observarse una colección con gas extraluminal (absceso).

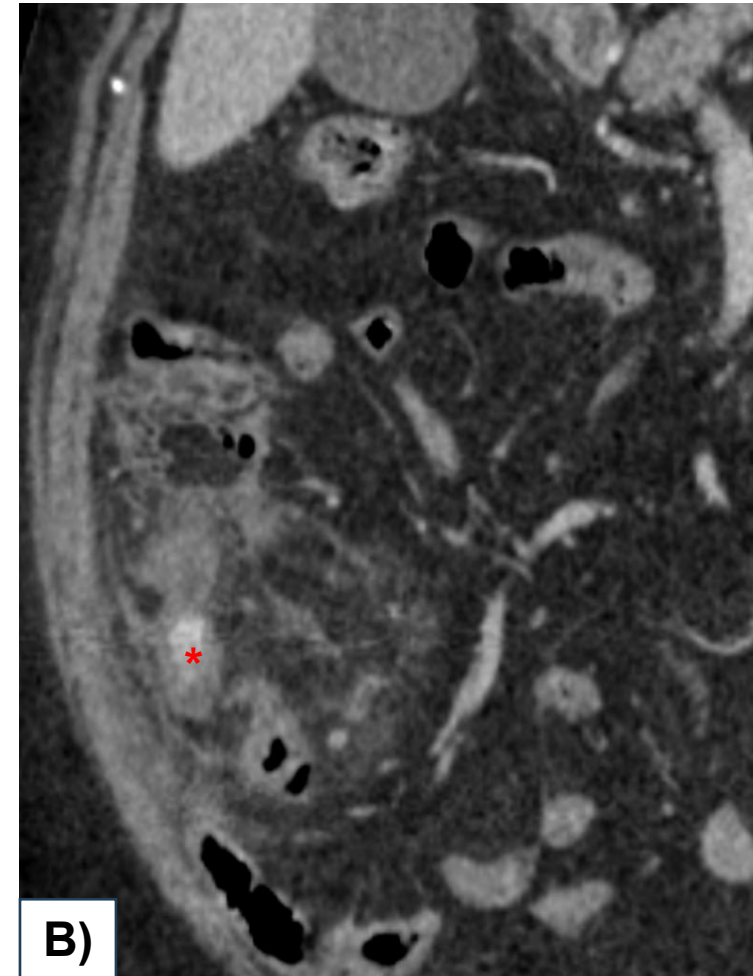
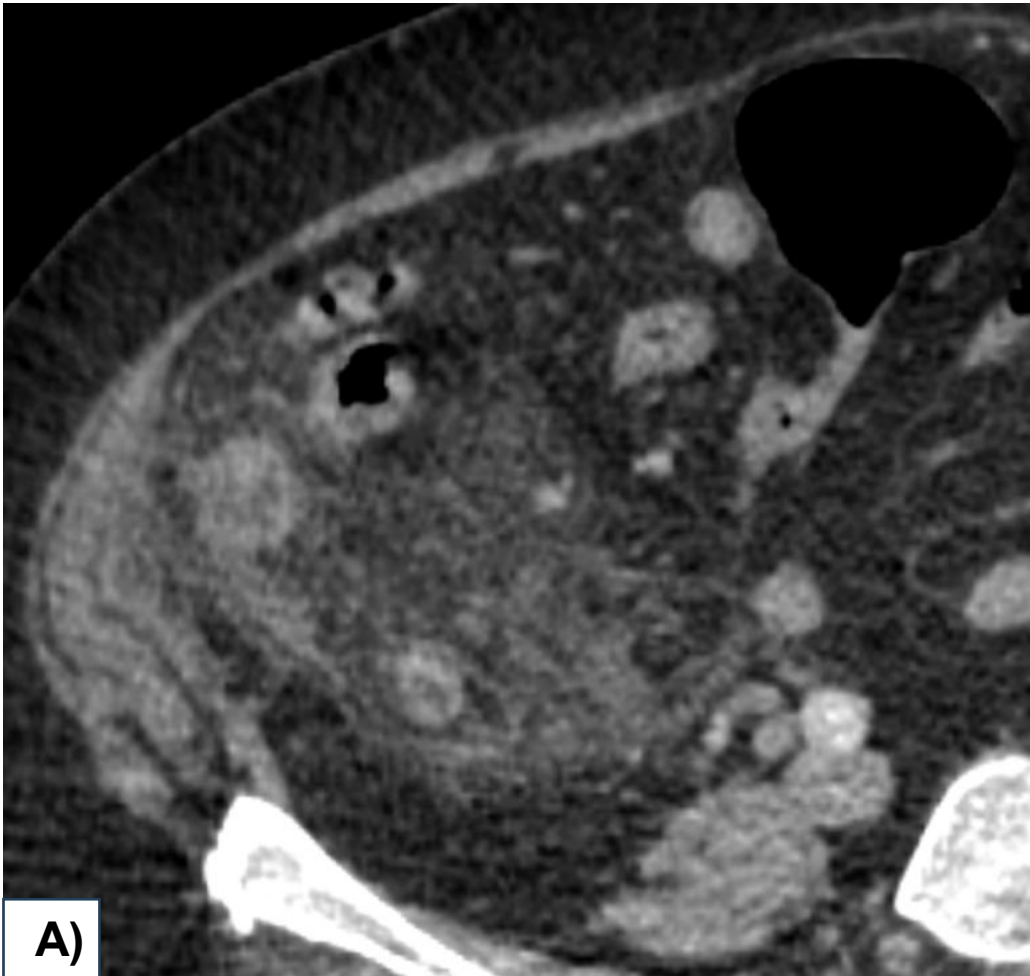


Figura 4. Apendicitis aguda flemonosa. TC abdominal con contraste IV. A) Corte axial. Se observa un apéndice de localización retrocecal alta aumentado de calibre y asociado a cambios inflamatorios en la grasa adyacente. B) Corte coronal. Se observa un apendicolito (*) en el origen asociado a cambios inflamatorios en la grasa adyacente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

PATOLOGÍA INTESTINAL Y MESENTERIO

- ☐ DIVERTICULITIS CECAL DERECHA
- ☐ ILEÍTIS
- ☐ ADENITIS MESENTÉRICA
- ☐ APENDAGITIS EPIPLOICA
- ☐ INFARTO OMENTAL

Es el grupo más heterogéneo y el que más frecuentemente simula una apendicitis en el varón y en la edad pediátrica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DIVERTICULITIS CECAL DERECHA

Es mucho más prevalente en poblaciones asiáticas. A diferencia de la diverticulitis izquierda (que suele ser por divertículos de pulsión/falsos), la diverticulitis derecha suele afectar a **pacientes más jóvenes** y, en muchos casos, los divertículos son **congénitos/verdaderos** (contienen todas las capas de la pared).

- Criterios diagnósticos diferenciales en TC:
 - **Identificación del divertículo:** Presencia de una pequeña evaginación de la pared del ciego o colon ascendente/transverso derecho con contenido aéreo, fecalito o contraste.
 - **Localización de la inflamación:** El edema de la grasa se centra alrededor del divertículo y no en la base apendicular.
 - **Engrosamiento parietal cecal y menor frecuencia de asociar ganglios reactivos.**

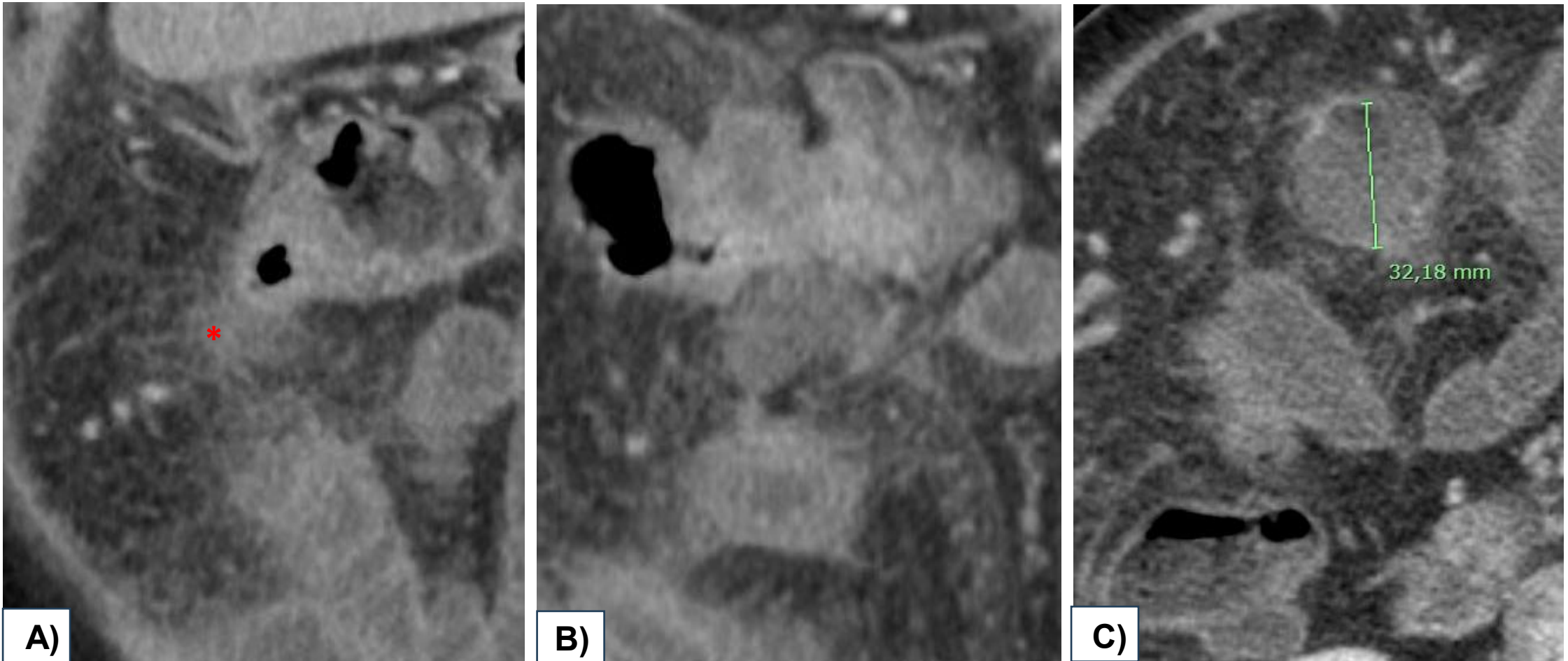


Figura 5. Diverticulitis cecal derecha complicada. TC abdominal con contraste IV. A) y B) Corte coronal. Se aprecia en paciente con dolor en hemiabdomen derecho, un segmento de colon transverso derecho y de unos 42 mm de longitud, con engrosamiento parietal hiperrealzante, con presencia de divertículos parietales y edema de la grasa mesentérica (*) que lo rodea y láminas de líquido libre. C) Corte axial. Se observa asociada también una colección caudal de unos 32 mm de diámetro.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ILEÍTIS

Es el hallazgo radiológico más característico de la **Enfermedad de Crohn**, presentándose en el **70-80%** de los pacientes con esta patología en algún momento de su evolución. Aunque existen ileítis de causa infecciosa o isquémica, ante un engrosamiento transmural segmentario con afectación mesentérica, un brote de esta es el diagnóstico primario más frecuente.

- Criterios diagnósticos diferenciales en TC:
 - **Engrosamiento parietal segmentario:** Afecta al íleon terminal (típicamente >4 mm). Es un engrosamiento concéntrico y suele ser más extenso longitudinalmente que la base apendicular.
 - **Signo de la "Diana":** Realce intenso de la mucosa y serosa con la submucosa hipodensa por el edema.
 - **Signo del Peine:** Dilatación y tortuosidad de los vasos rectos que alimentan el segmento de íleon inflamado. Es un signo de alta actividad inflamatoria.
 - **Proliferación fibroadiposa (Fat creeping):** Aumento de la grasa mesentérica que "abraz" y separa las asas intestinales. Es muy característico del Crohn crónico reagudizado.

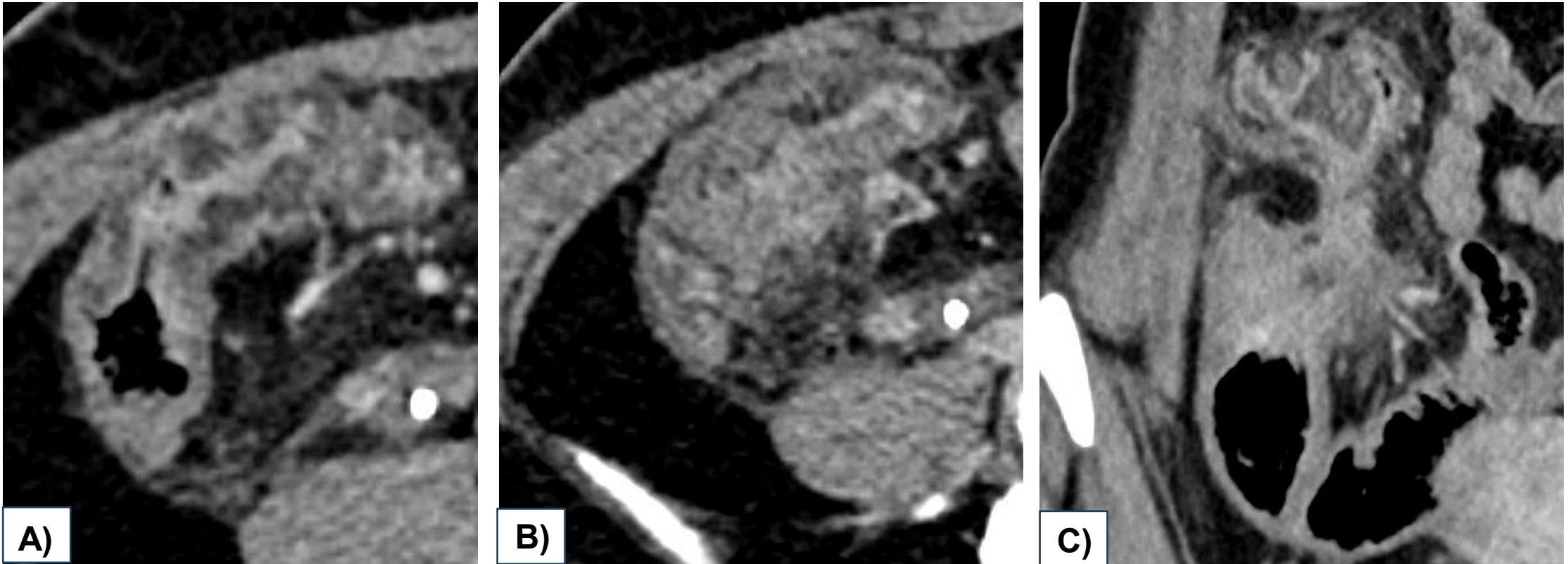


Figura 6. Ileítis. TC abdominal con contraste IV. A) y B) Corte axial. C) Corte coronal. Se aprecia en paciente con antecedente de Enfermedad de Crohn en la FID un segmento largo de íleon terminal con un marcado engrosamiento mural difuso, concéntrico y homogéneo, así como una marcada trabeculación de la atenuación de la grasa adyacente y alguna cuña de líquido libre regional.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ADENITIS MESENTÉRICA

Se define como la inflamación autolimitada de los ganglios linfáticos del mesenterio, generalmente secundaria a una infección viral de las vías respiratorias superiores o una gastroenteritis. Es la causa del **15-20%** de los ingresos por sospecha de apendicitis en niños.

- Criterios diagnósticos diferenciales en TC:
 - **Conglomerado de adenopatías:** Presencia de **3 o más ganglios** linfáticos en el cuadrante inferior derecho.
 - **Tamaño ganglionar:** El eje corto de los ganglios debe ser **>8 mm** aproximadamente.
 - **Morfología:** Los ganglios suelen ser ovalados, con hilio graso conservado y moderadamente hipervasculares en el estudio Doppler.
 - **Apéndice Normal (Clave diagnóstica):** El apéndice debe visualizarse con un diámetro **<6 mm**, compresible y sin cambios inflamatorios en la grasa circundante.
-

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

APENDAGITIS EPIPLOICA

Es un proceso inflamatorio poco frecuente y autolimitado de los apéndices epiploicos (pequeñas bolsas de grasa peritoneal adheridas a la superficie externa del colon). Se produce por la **torsión espontánea** o la **trombosis venosa** de su irrigación, provocando isquemia e infarto graso.

- Criterios diagnósticos diferenciales en TC:
 - **Lesión ovalada de densidad grasa:** Masa pequeña (típicamente <5 cm) adyacente a la pared anterior o lateral del colon (frecuente en sigma y ciego).
 - **Anillo hiperdenso periférico (Rim sign):** Representa la serosa inflamada que rodea la grasa infartada.
 - **Signo del "Punto central" (Dot sign):** Pequeño foco de alta atenuación en el centro de la grasa, que corresponde al vaso trombosado. Es el hallazgo más específico en TC.
 - **Efecto de masa local:** Desplazamiento de las asas de intestino delgadas adyacentes, pero con un colon subyacente que no suele presentar un engrosamiento parietal marcado (a diferencia de la diverticulitis).

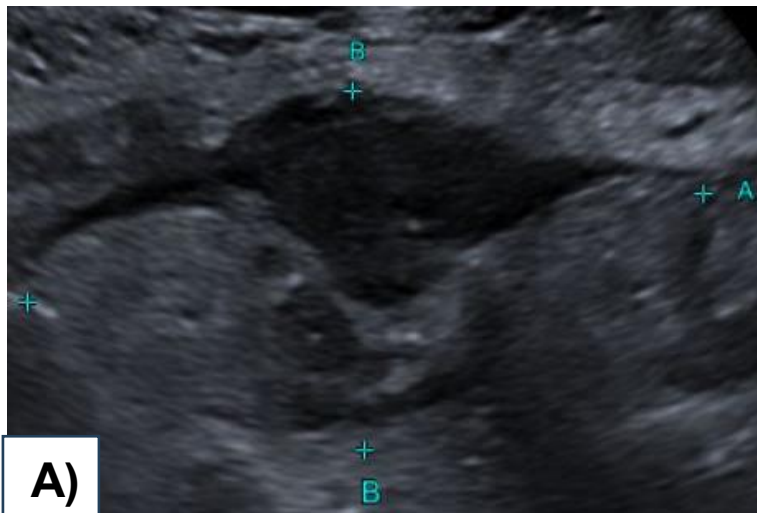


Figura 7. Apendagitis epiploica. A) Ecografía abdominopélvica. Corte axial. Se aprecia área heterogénea hiperecogénica en su periferia e hipoecoica en su centro, en contacto con la pared abdominal. B) y C) TC abdominal con contraste IV. Corte axial y coronal. Se aprecia en flanco derecho, en el seno de la grasa omental, con extensión a la pared abdominal anterior, una estructura ovoide con centro hipodenso y anillo hiperdenso periférico con aumento de la atenuación de grasa epiploica de 45 x 35 mm (APxT) de diámetro.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

INFARTO OMENTAL

Consiste en la necrosis isquémica de un segmento del epiplón mayor, secundaria a una torsión o a una trombosis venosa espontánea. Afecta típicamente al lado derecho (90% de los casos), ya que el omento es más largo y móvil en esta zona, lo que simula perfectamente una apendicitis.

- Criterios diagnósticos diferenciales en TC:
 - **Masa grasa heterogénea:** Gran masa de densidad grasa con estriación interna, localizada entre el colon transverso/ascendente y la pared abdominal anterior.
 - **Tamaño:** Suele ser más grande que la Apendagitis (>5 cm) y carece de la morfología ovalada definida.
 - **Efecto de masa:** Desplaza las asas intestinales hacia la izquierda y hacia atrás.
 - **Ausencia de "Punto central":** No suele presentar el signo del Punto central (trombosis venosa focal) de la apendagitis, sino una trabeculación grasa más difusa.
-

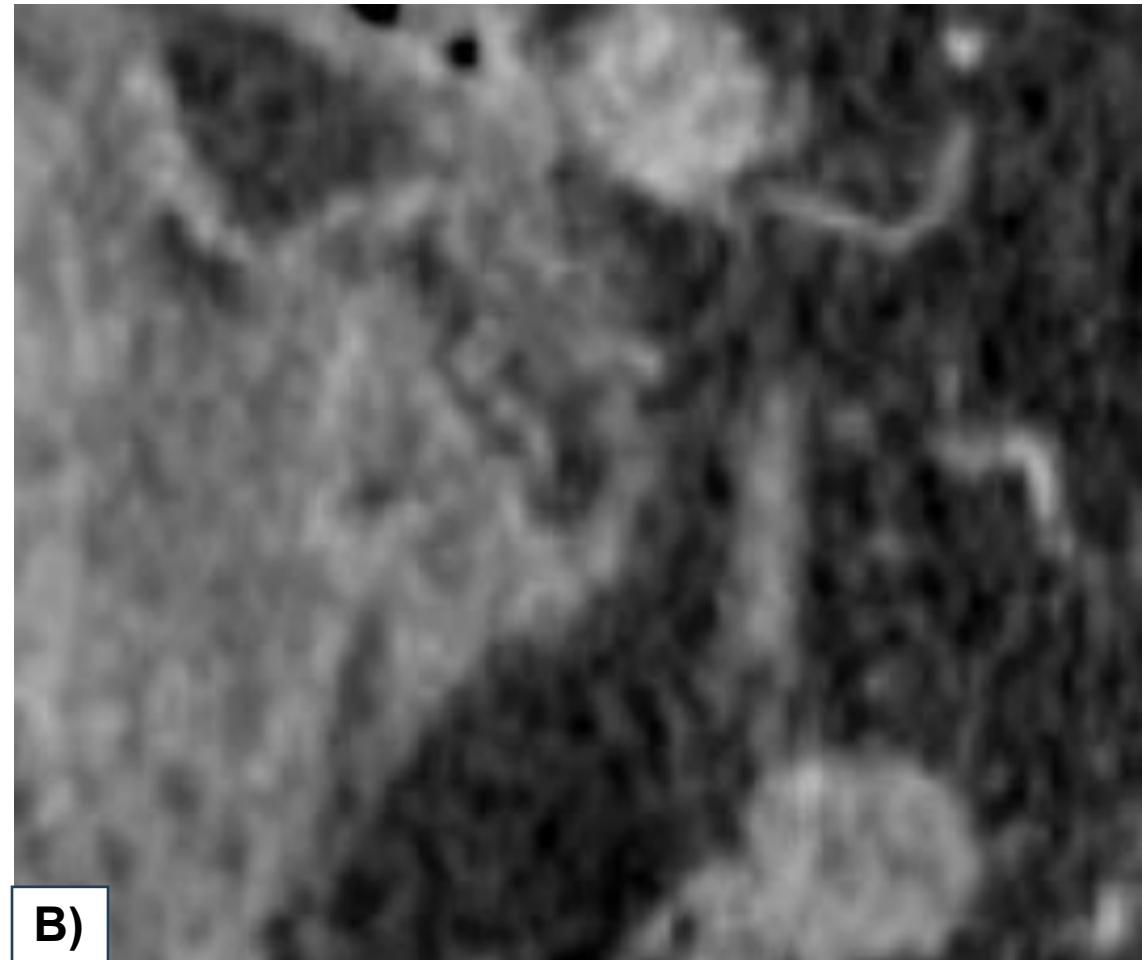
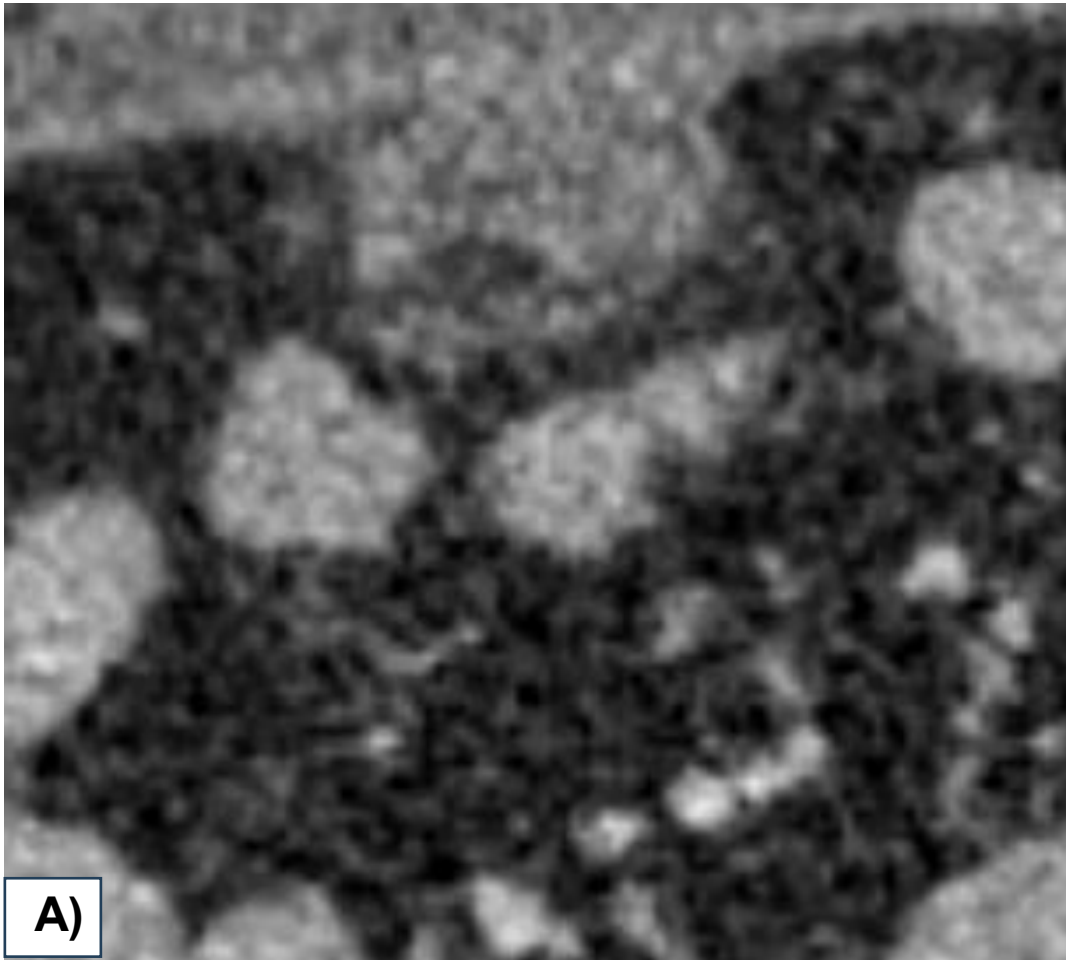


Figura 8. Infarto omental. TC abdominal con contraste IV. A) Corte axial. B) Corte sagital. En paciente con antecedentes postquirúrgicos recientes de pared abdominal, se observa en la grasa epiploica del mesogastrio (en profundidad a los cambios postquirúrgicos), una lesión redondeada con presencia de grasa edematosa, así como preservada (de disposición no central), con cápsula periférica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA

- ☐ TORSIÓN OVÁRICA
 - ☐ ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
 - ☐ ENDOMETRIOMA OVÁRICO
 - ☐ CUERPO LÚTEO HEMORRÁGICO / FOLÍCULO ROTO
-

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TORSIÓN OVÁRICA

Se produce por la rotación total o parcial del ovario sobre su pedículo vascular (ligamentos suspensorio y ancho). Esto provoca inicialmente una obstrucción del retorno venoso y linfático, derivando en edema masivo, y finalmente en isquemia arterial y necrosis hemorrágica.

■ Criterios diagnósticos diferenciales en TC:

- **Aumento de tamaño ovárico:** Es el hallazgo más constante. El ovario suele medir >4 cm de diámetro mayor debido al edema estromal.
- **Foliculos periféricos:** Visualización de múltiples folículos desplazados hacia la corteza ovárica por el edema central del estroma (aspecto de "collar de perlas" o "rueda de carro").
- **Signo del Remolino (Whirlpool Sign):** Es el hallazgo patognomónico. Consiste en la visualización de las estructuras del pedículo (vasos y trompa) enrolladas sobre sí mismas.
- **Desviación uterina:** El útero suele estar desplazado hacia el lado de la torsión.
- **Líquido libre pélvico:** Muy frecuente, rodeando al ovario afectado.
- **Ausencia de flujo Doppler:** Es un signo específico pero poco sensible (tardío)

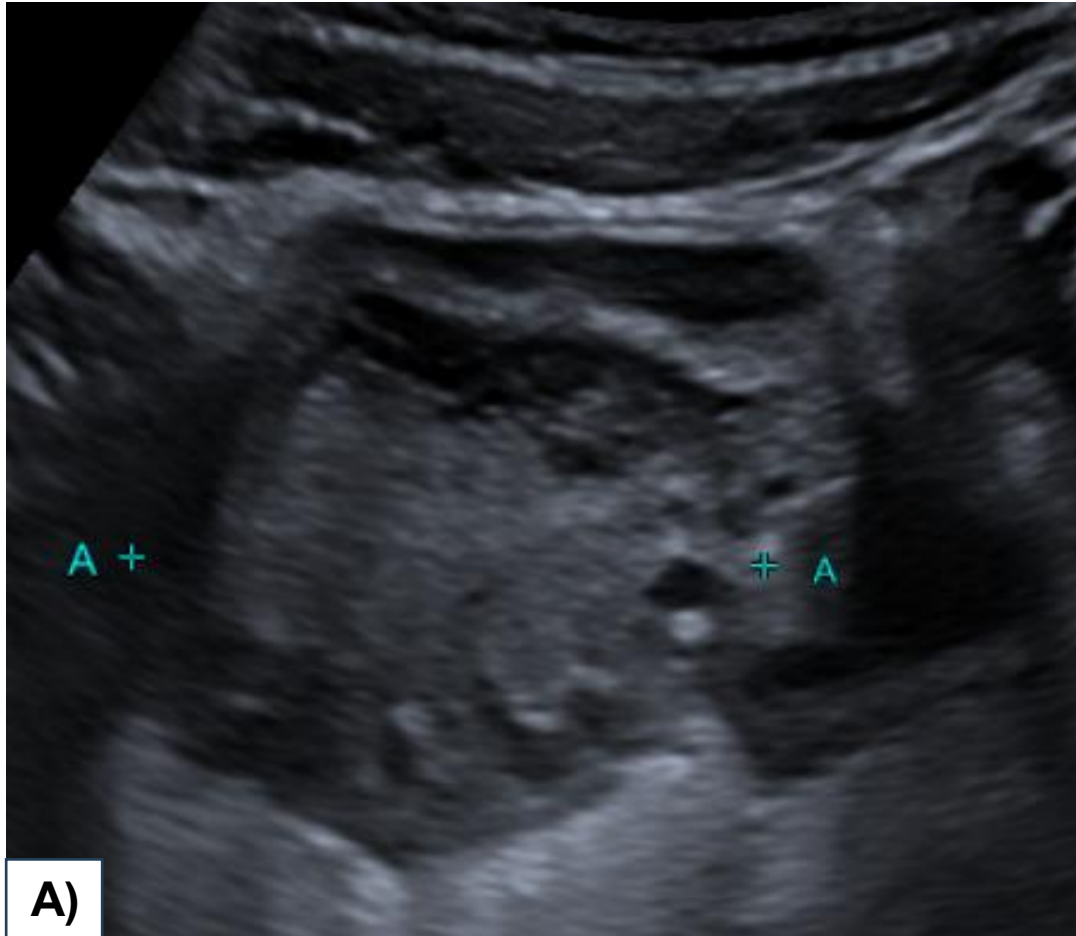


Figura 9. Torsión ovárica derecha. Ecografía abdominopélvica. A) Corte axial. B) Corte sagital. En paciente de 9 años con intenso dolor en FID, se visualiza en el teórico lugar del anexo derecho, una imagen nodular de casi 5 cm de diámetro máximo heterogénea, con algún pequeño quiste folicular periférico, sin lograr visualizar el útero, posiblemente traccionado por esta, y con pequeña cuña de líquido libre en pelvis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

■ Criterios diagnósticos diferenciales en TC:

- **Salpingitis / Hidrosálpinx:** Estructuras tubulares de pared gruesa que realzan tras el contraste, con pliegues endosalpingeos prominentes (signo de la "rueda dentada" en cortes transversales).
- **Piosálpinx:** Trompa dilatada con contenido hiperdenso en su interior o ecos internos en ecografía, indicando material purulento.
- **Absceso Tuboovárico:** Masa pélvica compleja, multiloculada, con paredes gruesas e irregulares que presentan un realce intenso. Puede contener niveles hidroaéreos o burbujas de gas (signo muy específico de infección).

Es una infección ascendente del tracto genital femenino. Su progresión puede generar una salpingitis (inflamación tubárica), que si se obstruye deriva en hidrosálpinx (líquido seroso) o piosálpinx (pus), culminando en un absceso tuboovárico cuando la arquitectura del ovario y la trompa se pierde en una masa inflamatoria.

- **Afectación de la grasa pélvica:** Borramiento difuso de los planos grasos perianexiales (estriación de la grasa), mucho más extenso que el que suele producir una apendicitis simple.
- **Líquido en el fondo de saco de Douglas:** Muy frecuente, a menudo con detritus.

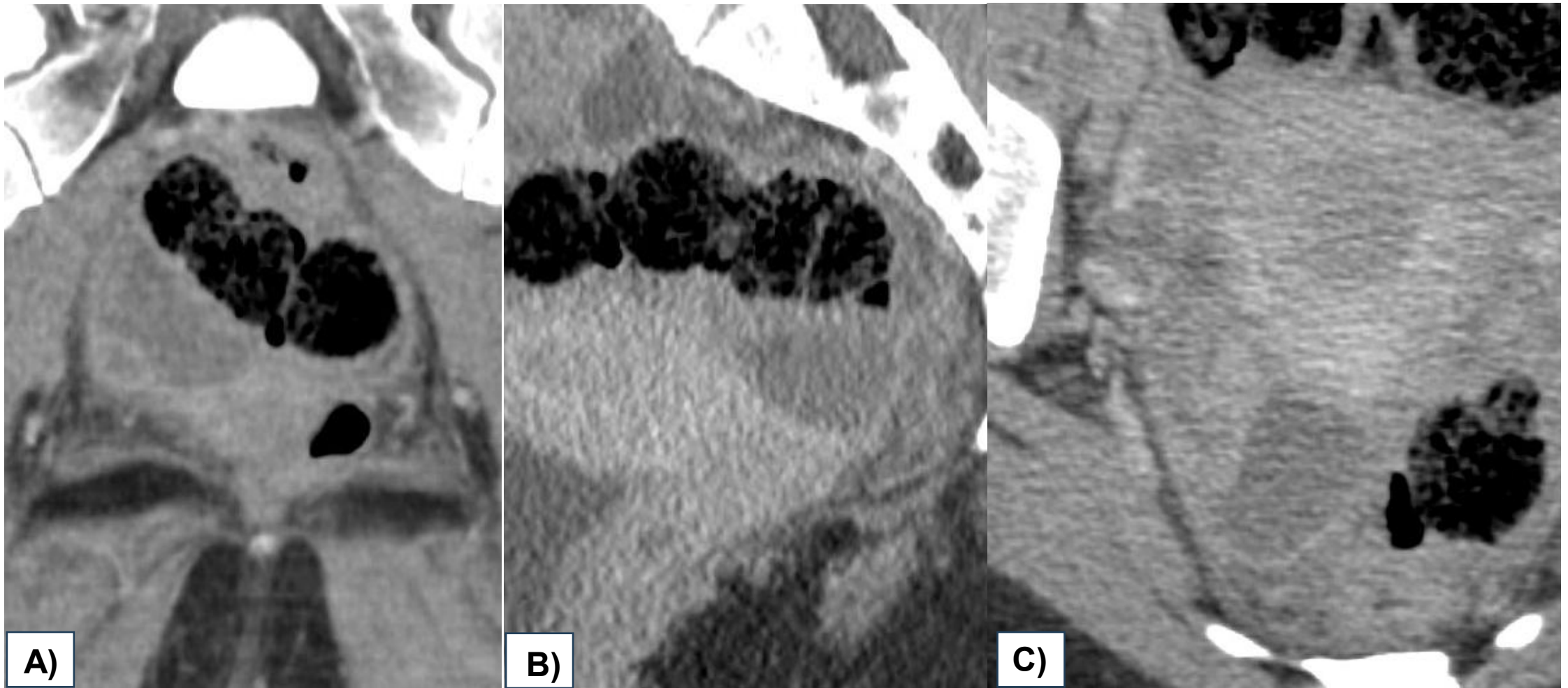


Figura 10. Absceso tuboovárico derecho. TC abdominal con contraste IV. A) Corte coronal. B) Corte sagital. C) Corte axial. Se visualiza en la región anexial derecha una estructura tubular, de hasta 20 mm de calibre, con contenido líquido y paredes ligeramente hiperrealzantes, asociado a líquido libre ligeramente denso en pelvis e interasas en fosa ilíaca derecha.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ENDOMETRIOMA OVÁRICO

Quiste de tejido endometrial ectópico en el ovario que responde a los estímulos hormonales, acumulando sangre degradada en su interior. En el contexto de urgencias, el dolor agudo suele deberse a la **fuga de contenido hemático** irritante hacia el peritoneo o al aumento brusco de presión intraquística.

- Criterios diagnósticos diferenciales en TC (sin ser la técnica de elección, pero utilizada en Urgencias):
 - **Masa quística:** Densidad superior a la del agua, típicamente entre 30-60 UH (debido restos hemáticos crónicos). La pared suele ser gruesa y puede presentar realce.
 - **Afectación Peritoneal:** Si hay rotura, se observará líquido libre de alta densidad en la pelvis (hemoperitoneo) y una pérdida de la definición de los planos grasos adyacentes.
 - **Ecografía (técnica de elección):** Masa quística unilocular que presenta ecos internos de baja ecogenicidad y distribución homogénea, conocido como patrón en "vidrio esmerilado". No presenta flujo Doppler interno.
-

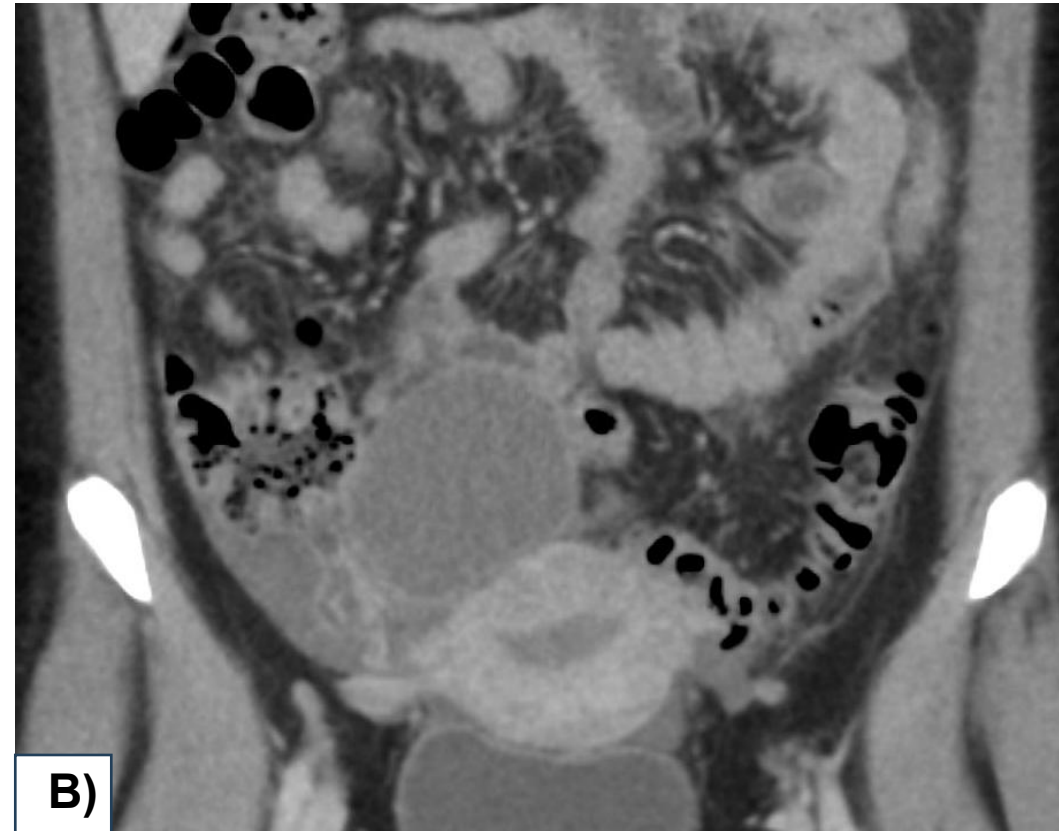
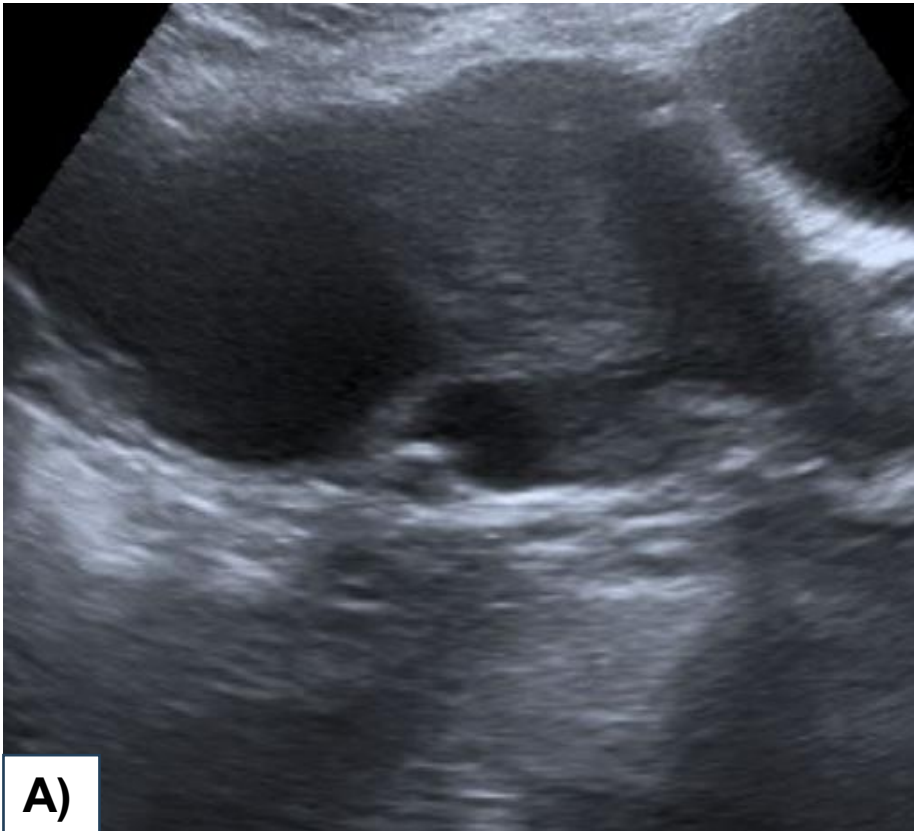


Figura 11. Endometrioma ovárico. A) Ecografía abdominopélvica. Corte longitudinal. Se visualiza una colección retrouterina encapsulada de unos 10 cm de longitud junto con abundante líquido en FID. B) TC abdominal con contraste IV. Corte coronal. Lesión quística de 8.6x6.2x7 cm (APxTxCC), cuyo contenido parece líquido de densidades medias, con alguna calcificación puntiforme dispersa en su pared, discretamente engrosada y con realce.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CUERPO LÚTEO HEMORRÁGICO

Tras la ovulación, el folículo se colapsa y se convierte en el cuerpo lúteo. Si los vasos de la teca interna se rompen hacia la cavidad quística, se forma un hematoma. Si este quiste se rompe hacia el peritoneo, provoca un **hemoperitoneo** que causa un dolor súbito y agudo en la fosa ilíaca derecha.

- Criterios diagnósticos diferenciales en TC:
 - **Quiste anexial:** con una pared gruesa que realza de forma muy intensa (hipervascular) y contenido de densidad hemática (30-50 UH).
 - **Patrón Reticular:** El contenido interno suele tener un aspecto de "red de pesca" o "tela de araña" debido a las bandas de fibrina del coágulo en formación.
 - **Hemoperitoneo:** Si hay rotura, se identifica líquido libre de alta densidad, frecuentemente localizado en el fondo de saco de Douglas y rodeando al ovario afecto.
 - **Ecografía:** Masa quística de pared gruesa e irregular con una vascularización periférica muy intensa en el estudio Doppler color (Signo del "Anillo de fuego")

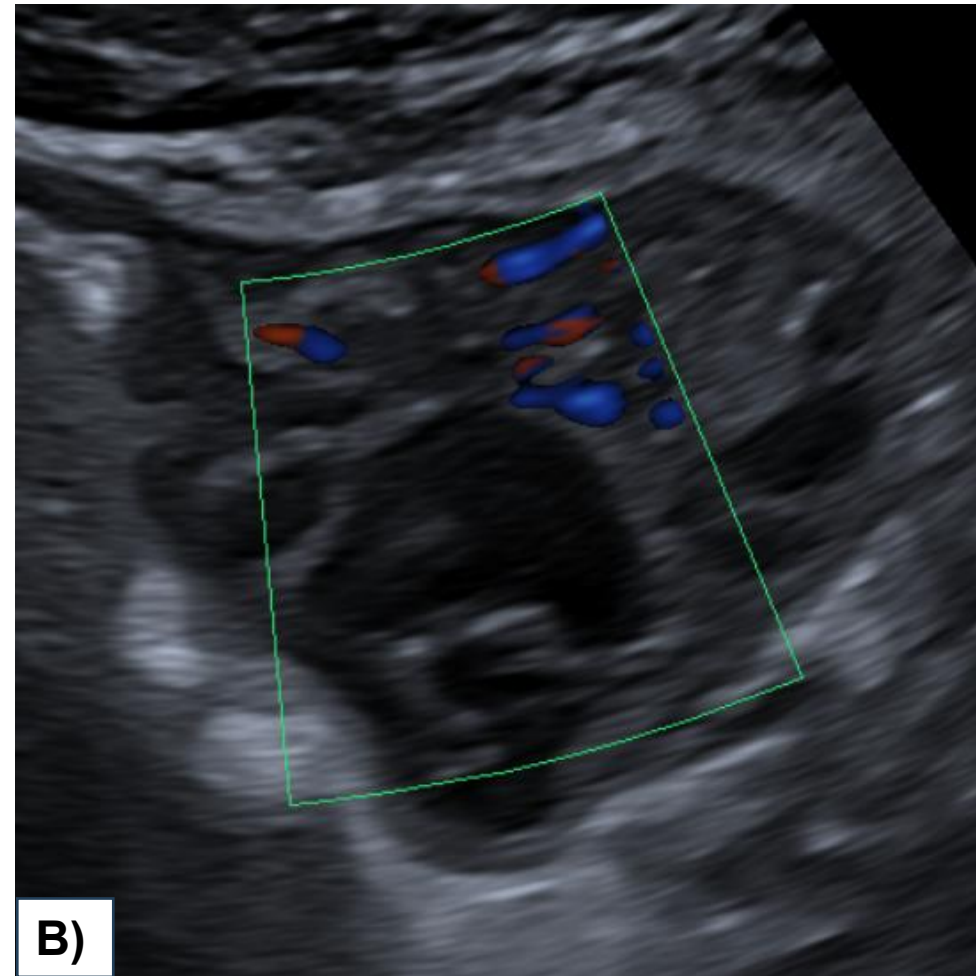
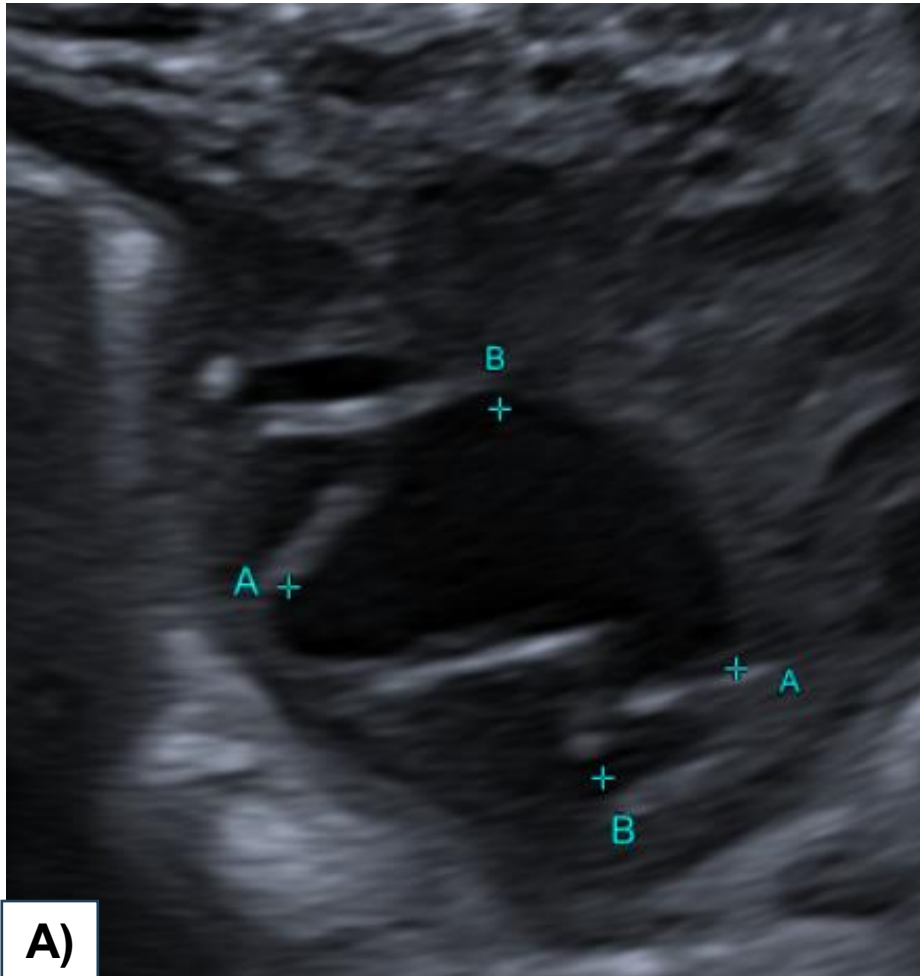


Figura 12 . A) y B) Ecografía abdominopélvica. Joven con dolor en FID, se identifica en área anexial derecha, una imagen redondeada y bien delimitada, de unos 22 mm de diámetro, con apariencia quística y contenido parcialmente ecogénico en su porción declive, el cual no presenta señal Doppler color (sugestivo de restos hemáticos), con pared de grosor uniforme de hasta 2 mm de espesor y signo del "anillo de fuego" con el Doppler color.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

PATOLOGÍA TUMORAL

- ☐ MUCOCELE APENDICULAR / NEOPLASIA MUCINOSA
 - ☐ ADENOCARCINOMA DE CIEGO
-

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

MUCOCELE APENDICULAR

Dilatación progresiva de la luz apendicular debido a la acumulación anormal de moco. Puede ser causado por procesos benignos (cistadenoma mucinoso, hiperplasia mucosa) o malignos (cistoadenocarcinoma).

- Criterios diagnósticos diferenciales en TC:
 - **Masa quística:** Se observa una estructura tubular o redondeada en el ciego con densidad de líquido/moco (10-25 UH) y con un diámetro suele ser significativamente mayor que en una apendicitis, superando frecuentemente los 15-20 mm.
 - **Calcificaciones parietales (Signo de la "Cáscara de huevo"):** Es el hallazgo más sugerente. Aparecen calcificaciones curvilíneas en la pared del mucocoele en menos del 50% de los casos, pero son muy específicas.
 - **Ausencia de inflamación periapendicular:** A diferencia de la apendicitis, la grasa circundante suele estar limpia, a menos que haya una sobreinfección o rotura.
 - **Signo de la "Impronta cecal":** La masa desplaza la pared medial del ciego de forma extrínseca, creando un defecto de llenado liso.

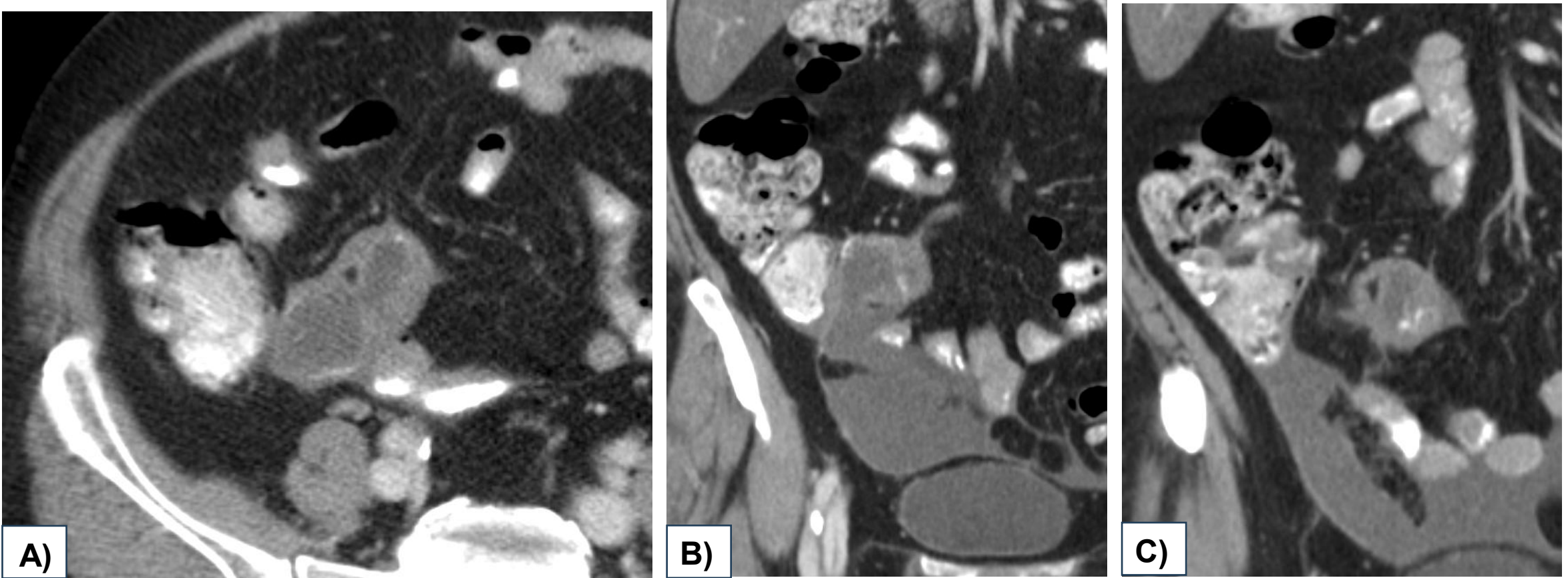


Figura 13. TC abdominal con contraste IV. A) Corte axial. B) y C) Corte coronal. Se aprecia imagen quística tubular de en FID de 3 cm de diámetro, asociado a moderada cantidad de líquido libre intraperitoneal pélvico con trabeculación de la grasa adyacente y engrosamiento algo irregular del peritoneo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ADENOCARCINOMA DE CIEGO

Es la neoplasia maligna más frecuente del colon derecho. Su crecimiento suele ser exofítico (hacia fuera) y puede alcanzar grandes tamaños antes de dar síntomas obstructivos debido al mayor calibre del ciego.

- Criterios diagnósticos diferenciales en TC:
 - **Engrosamiento parietal asimétrico:** Engrosamiento de la pared del ciego de carácter irregular, mamelonado y generalmente superior a 15 mm.
 - **Pérdida de las haustras:** El patrón normal del colon desaparece en el segmento afectado.
 - **Estenosis de la luz:** Estrechamiento irregular de la luz del ciego (signo de la "manzana mordida").
- **Adenopatías regionales:** Presencia de ganglios linfáticos pericoledocianos redondeados, de mayor tamaño y con pérdida del hilio graso.
- **Invasión de la grasa (Stranding "sucio"):** A diferencia de la apendicitis, la infiltración de la grasa suele ser más nodular y heterogénea.
- **Signos de cronicidad:** Puede asociarse a anemia ferropénica clínica o metástasis hepáticas sincrónicas en el estudio de extensión.

CONCLUSIONES

- La sospecha de apendicitis en FID es un reto que exige descartar patologías **isquémicas** (apendagitis, infarto omental), **inflamatorias** (Crohn, diverticulitis), **ginecológicas** (torsión, quistes) y **neoplásicas**.
 - Tanto la **Ecografía** como la **TC** son herramientas esenciales que, integradas con la clínica y los antecedentes, permiten un diagnóstico certero y evitan cirugías innecesarias.
 - Una correcta localización del **apéndice** y búsqueda de hallazgos radiológicos **extra apendiculares** son determinantes para el éxito del diagnóstico diferencial de esta patología.
-

BIBLIOGRAFÍA

- Moris D, Paulson EK, Pappas TN. Diagnosis and management of acute appendicitis in adults: A review. JAMA. 2021;326:2299-311.
 - Puylaert JB. Acute appendicitis: US evaluation using graded compression. Radiology. 1986;158(2):355-60.
 - Pinto Leite N, Pereira JM, Cunha R, Pinto P, Sirlin C. CT evaluation of appendicitis and its complications: imaging findings and differential diagnosis. AJR Am J Roentgenol. 2005;185(6):1555-64.
 - Mostbeck G, Adam EJ, Nielsen MB, Claudon M, Clevert D, Nicolau C, et al. How to diagnose acute appendicitis: ultrasound first. Insights Imaging. 2016;7(2):255-63.
 - Tsuboi M, Takada T, Takagi T, Shinga K, Sugaya Y, Yoshimura S, et al. Computed tomography for the diagnosis of acute appendicitis: a systematic review and meta-analysis. Eur Radiol. 2023;33(10):7112-24.
 - Singh AK, Rhea JT, Raju S, Gervais DA, Mueller PR. CT appearance of acute appendagitis. AJR Am J Roentgenol. 2005;184(4):1179-83.
 - Sabatino G, Antonelli A. Differential diagnosis of acute appendicitis: the role of imaging. Radiologia. 2018;60(3):201-10.
 - Di Saverio S, Podda M, de Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. W J Emer Surg. 2020;15:27.
 - Murúa O., González A. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. Rev Med UAS; Vol. 10: No. 4. 2020.
 - Heller MT, Hattoum A. (2012). Imaging of acute right lower quadrant abdominal pain: differential diagnoses beyond appendicitis. Emerg Radiol, 19(1): 61–73.
 - Bennett GL, Slywotzky CM, Canter M, Birnbaum BA. Gynecologic causes of acute pelvic pain: spectrum of CT findings. Radiographics. 2002;22(4):785-801.
 - Lee SS, Kim AY, Yang SK, et al. Crohn Disease of the Small Bowel: Comparison of CT Enterography, MR Enterography, and Small-Bowel Follow-through as Diagnostic Techniques. Radiology. 2009;251(3):751-61.
 - Wang H, et al. Appendiceal mucocele: A diagnostic dilemma. J Cancer Res Ther. 2015;11(3):660.
-