



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,
Volumen 10, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4

APENDICITIS DE MUÑÓN CON PLASTRÓN SIETE AÑOS DESPUÉS: REPORTE DE CASO

**STUMP APPENDICITIS WITH INFLAMMATORY MASS
SEVEN YEARS LATER: CASE REPORT**

Diana Marcela Sanabria Romero
Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Salim José Barrios Marengo
Fundación Universitaria San Martín

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4.25225

Apendicitis de Muñón con Plastrón Siete Años Después: Reporte de Caso

Diana Marcela Sanabria Romero¹dmsanabriad@unal.edu.co<https://orcid.org/0009-0003-1186-0487>Universidad Nacional de Colombia
Colombia**Salim José Barrios Marengo**salimbarrios@gmail.com<https://orcid.org/0000-0002-4385-0780>

Fundación Universitaria San Martín

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 24 años con antecedente de apendicectomía abierta realizada siete años antes, quien consultó por cinco días de dolor abdominal urente, inicialmente generalizado y con predominio en hemiabdomen inferior, asociado a disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Al ingreso estaba hemodinámicamente estable y afebril, sin signos francos de irritación peritoneal. Los estudios mostraron leucocitosis leve, neutrofilia y elevación marcada de la proteína C reactiva; el uroanálisis inicial fue equívoco y orientó transitoriamente hacia una infección urinaria complicada. Debido a la persistencia del dolor se realizó tomografía computarizada de abdomen y pelvis, que evidenció edema y estriación extensa de la grasa mesentérica en flanco y fosa ilíaca derecha, compatible con plastrón apendicular. La incertidumbre diagnóstica y la evolución clínica motivaron una laparoscopia diagnóstica, convertida a laparotomía por la presencia de un plastrón cecal. Durante la intervención se identificó un remanente apendicular de aproximadamente 2 cm con inflamación local; se practicó apendicectomía de completación, liberación del plastrón, resección del tejido inflamatorio, lavado y drenaje. La histopatología confirmó inflamación aguda y crónica transmural, necrosis y peritonitis aguda, sin evidencia de malignidad. El caso resalta que una apendicectomía previa no excluye la posibilidad de apendicitis de muñón y que los hallazgos tomográficos deben integrarse activamente con la evolución clínica, incluso cuando existen síntomas urinarios que puedan desviar la sospecha inicial.

Palabras clave: apendicitis, apendicectomía, tomografía computarizada por rayos X, laparotomía, informes de casos

¹ Autor principal

Correspondencia: dmsanabriad@unal.edu.co

Stump Appendicitis with Inflammatory Mass Seven Years Later: Case Report

ABSTRACT

We report the case of a 24-year-old woman with a remote open appendectomy who presented with five days of generalized abdominal pain, lower abdominal predominance, and urinary symptoms. Inflammatory markers were elevated and the initial urinalysis was equivocal. Computed tomography showed mesenteric fat stranding and edema in the right flank and iliac fossa, consistent with an appendiceal inflammatory mass. Because pain persisted and diagnostic uncertainty remained, diagnostic laparoscopy was performed and converted to laparotomy due to a cecal inflammatory mass. A 2-cm appendiceal remnant with local inflammation was identified; completion appendectomy, inflammatory mass release, and drainage were performed. Histopathology confirmed acute and chronic transmural inflammation, necrosis, acute peritonitis, and no malignancy. This case emphasizes that a history of appendectomy does not exclude appendicitis and that imaging must be interpreted actively in the clinical context.

Keywords: appendicitis, appendectomy, tomography, X-Ray Computed, Laparotomy, Case Reports

Artículo recibido 20 mayo 2026

Aceptado para publicación: 20 junio 2026



INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda continúa siendo una de las urgencias quirúrgicas abdominales más frecuentes y supone un reto cuando la presentación se aparta del patrón clásico. El dolor puede ser difuso, la fiebre estar ausente y los síntomas urinarios, ginecológicos o gastrointestinales orientar hacia otros diagnósticos. Por ello, la valoración debe integrar evolución clínica, examen físico seriado, hemograma, reactantes inflamatorios e imagen. La ecografía puede ser útil como estudio inicial, especialmente en pacientes jóvenes o cuando se busca limitar la radiación, aunque su rendimiento depende de la ventana acústica, la localización y la complejidad inflamatoria. La tomografía computarizada permite delimitar la inflamación pericecal, reconocer abscesos o plastrones y explorar diagnósticos alternativos. Las guías de la World Society of Emergency Surgery y revisiones contemporáneas respaldan el uso racional de estas herramientas y la reevaluación clínica oportuna para reducir retrasos diagnósticos y complicaciones.³⁻⁶

La apendicitis de muñón apendicular corresponde a la inflamación del tejido que permanece después de una apendicectomía incompleta. Aunque es infrecuente, el antecedente quirúrgico puede generar una falsa sensación de exclusión diagnóstica. El intervalo entre la operación inicial y el nuevo episodio abarca desde meses hasta décadas, y la clínica puede imitar una apendicitis primaria o manifestarse de forma atípica. Entre los factores descritos se incluyen la identificación incompleta de la base, las variaciones anatómicas, la inflamación intensa durante la primera intervención y un remanente largo susceptible de obstrucción. En imagen, un segmento tubular inflamado unido al ciego, la estriación de la grasa pericecal, el engrosamiento cecal, el líquido, el absceso o el plastrón deben despertar la sospecha, aun cuando el muñón no se visualice directamente. El reconocimiento tardío favorece perforación, peritonitis, absceso, plastrón y procedimientos quirúrgicos más extensos.⁷⁻¹²

En este contexto, se presenta el caso de una mujer joven con apendicectomía abierta siete años antes, cuyo dolor abdominal bajo y síntomas urinarios orientaron inicialmente hacia infección urinaria. La persistencia del dolor, la proteína C reactiva elevada y la inflamación pericecal en tomografía obligaron a reconsiderar una causa quirúrgica. La laparoscopia diagnóstica, convertida a laparotomía por plastrón cecal, permitió reseca un remanente apendicular inflamado de aproximadamente 2 cm, confirmado por histopatología. El reporte resalta la integración entre imagen y evolución clínica y recuerda que la



apendicitis de muñón debe mantenerse en el diagnóstico diferencial pese a una apendicectomía previa. El manuscrito se estructuró de acuerdo con la guía Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline, abreviada como CARE por su nombre en inglés, para reportes de caso.^{1,2}

Presentación del caso

Mujer de 24 años, sin antecedentes patológicos, farmacológicos, alérgicos ni familiares relevantes documentados. Tenía antecedente de apendicectomía abierta remota, referida para este manuscrito como realizada siete años antes. Consultó por cinco días de dolor abdominal urente, intensidad máxima referida de 8/10, inicialmente generalizado y con predominio en hemiabdomen inferior. Asociaba disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Negaba fiebre, hematuria y otros síntomas sistémicos relevantes. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, afebril y sin signos de dificultad respiratoria. El abdomen estaba distendido, depresible, con ruidos intestinales presentes y dolor a la palpación en hemiabdomen inferior, sin signos francos de irritación peritoneal. En la revaloración persistió dolor abdominal con defensa generalizada dudosa, sin choque ni criterios clínicos de respuesta inflamatoria sistémica.

Los laboratorios mostraron leucocitosis leve de 12.070/ μ L, neutrófilos 78,4%, hemoglobina 14,2 g/dL, plaquetas 287.000/ μ L, creatinina 0,56 mg/dL, nitrógeno ureico 9 mg/dL y proteína C reactiva de 174,6 mg/L. La prueba de embarazo fue negativa. El uroanálisis inicial fue reportado como contaminado y luego patológico, con bacteriuria y leucocituria, por lo que se consideró inicialmente infección del tracto urinario complicada o pielonefritis probable. La radiografía simple de abdomen no evidenció obstrucción, neumoperitoneo ni distensión de asas.

La tomografía computarizada de abdomen y pelvis evidenció extenso edema y estriación de la grasa mesentérica, predominante en flanco y fosa ilíaca derecha, de contornos irregulares y mal definidos, interpretados como imagen compatible con plastrón apendicular en primera instancia. No se describieron dilataciones pielocaliciales, litiasis urinaria, neumoperitoneo ni otros hallazgos patológicos mayores. El diagnóstico diferencial incluyó infección del tracto urinario complicada, patología ginecológica, ileítis, diverticulitis cecal y procesos inflamatorios pericecales no apendiculares. Los hallazgos de estriación pericecal y remanente apendicular inflamado son claves radiológicas descritas para apendicitis de muñón, aunque pueden simular otras entidades ileocecales.¹³⁻²¹



Tabla 1. Línea de tiempo clínica del episodio. Fuente: elaboración propia con datos de la historia clínica anonimizada

Momento relativo	Dato clínico o paraclínico	Interpretación/decisión
Día -5 a día 0	Dolor abdominal urente generalizado con predominio inferior; disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.	Síntomas compatibles con abdomen agudo de causa quirúrgica o urinaria.
Día 0	Paciente estable y afebril; abdomen doloroso sin irritación peritoneal franca. Radiografía abdominal sin obstrucción ni neumoperitoneo.	Observación, analgesia, hidratación y solicitud de laboratorios e imágenes.
Día 1	Leucocitos 12.070/ μ L, neutrófilos 78,4%, proteína C reactiva 174,6 mg/L; uroanálisis inicial contaminado y posterior patológico.	Persistencia de dolor y reactantes elevados; interconsulta a cirugía general.
Día 1	Tomografía computarizada con edema y estriación de grasa mesentérica en flanco y fosa ilíaca derecha, compatible con plastrón apendicular.	Se reconsideró patología quirúrgica pese al antecedente de apendicectomía.
Día 2	Laparoscopia diagnóstica convertida a laparotomía; plastrón cecal y remanente apendicular de aproximadamente 2 cm.	Apendicectomía de completación, liberación de plastrón, resección de tejido inflamatorio y drenaje.
Posoperatorio inmediato	Ampicilina/sulbactam 3 g cada seis horas, metronidazol 500 mg cada ocho horas, analgesia y cuidados de herida/dren.	Manejo de apendicitis complicada con plastrón y peritonitis local.
Seguimiento histopatológico	Remanente con hemorragia extensa, necrosis, inflamación aguda y crónica transmural; peritonitis aguda. Tejido fibroadiposo con inflamación severa; ganglios reactivos; sin malignidad.	Confirmación histopatológica de apendicitis de muñón complicada y descarte de neoplasia en las muestras enviadas.

Intervención terapéutica

Por persistencia del dolor, elevación marcada de reactantes inflamatorios e imagen compatible con plastrón apendicular, se decidió laparoscopia diagnóstica. Durante la revisión inicial se identificó plastrón a nivel del ciego y proceso inflamatorio, por lo cual se convirtió a laparotomía exploratoria. Se evidenció proceso inflamatorio que comprometía el ciego y remanente de muñón apendicular de aproximadamente 2 cm, con base ancha y proceso inflamatorio local. Se disecó la gotera parietocólica derecha, se liberó el plastrón, se identificó la base apendicular, se realizó ligadura del remanente, invaginación con jareta, resección completa de la carcasa inflamatoria posterior al ciego y toma de adenopatía pericólica para patología. Se realizó lavado con solución salina, verificación de hemostasia, colocación de dren abdominal y cierre por planos. No se registraron complicaciones intraoperatorias.

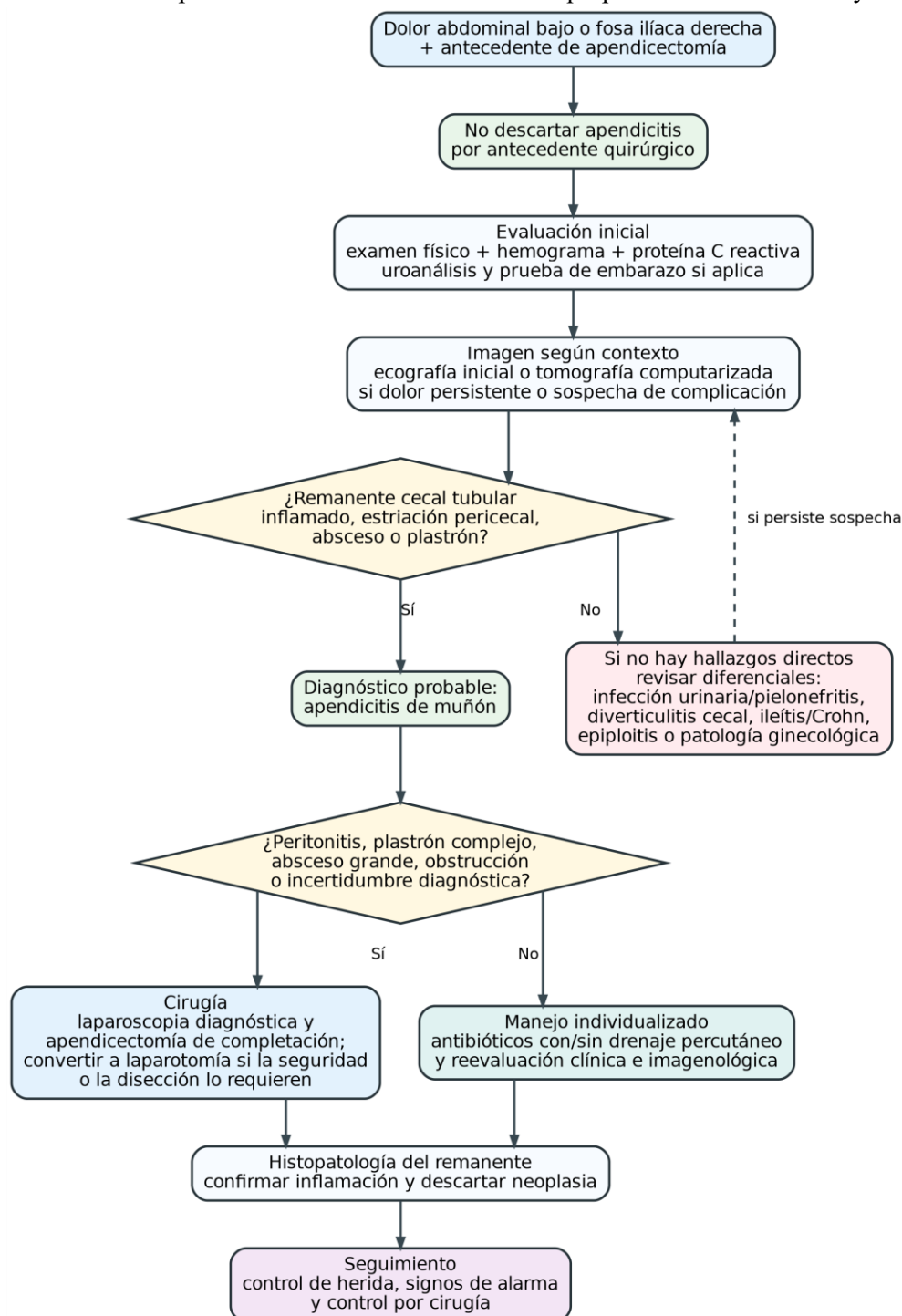
El manejo posoperatorio incluyó hospitalización por cirugía general, cuidados de herida y dren, ampicilina/sulbactam 3 g cada seis horas, metronidazol 500 mg cada ocho horas, analgesia con tramadol y líquidos intravenosos. La indicación de cirugía de completación se alinea con la literatura que recomienda resecar el remanente inflamado cuando existe confirmación o alta sospecha de apendicitis de muñón, especialmente en escenarios de plastrón, peritonitis o incertidumbre diagnóstica.^{7-12,22-24}

Seguimiento y desenlaces

La histopatología confirmó en el muñón apendicular/pared colónica áreas extensas de hemorragia, necrosis, inflamación aguda y crónica transmural y peritonitis aguda. En el plastrón se describió tejido fibroadiposo con inflamación aguda y crónica severa. Dos ganglios linfáticos pericólicos presentaron hiperplasia folicular reactiva. No se observó malignidad en las muestras enviadas. No se identificaron complicaciones intraoperatorias ni eventos adversos inesperados durante el posoperatorio inmediato. No se dispone de una descripción de seguimiento ambulatorio tardío ni de perspectiva directa de la paciente.

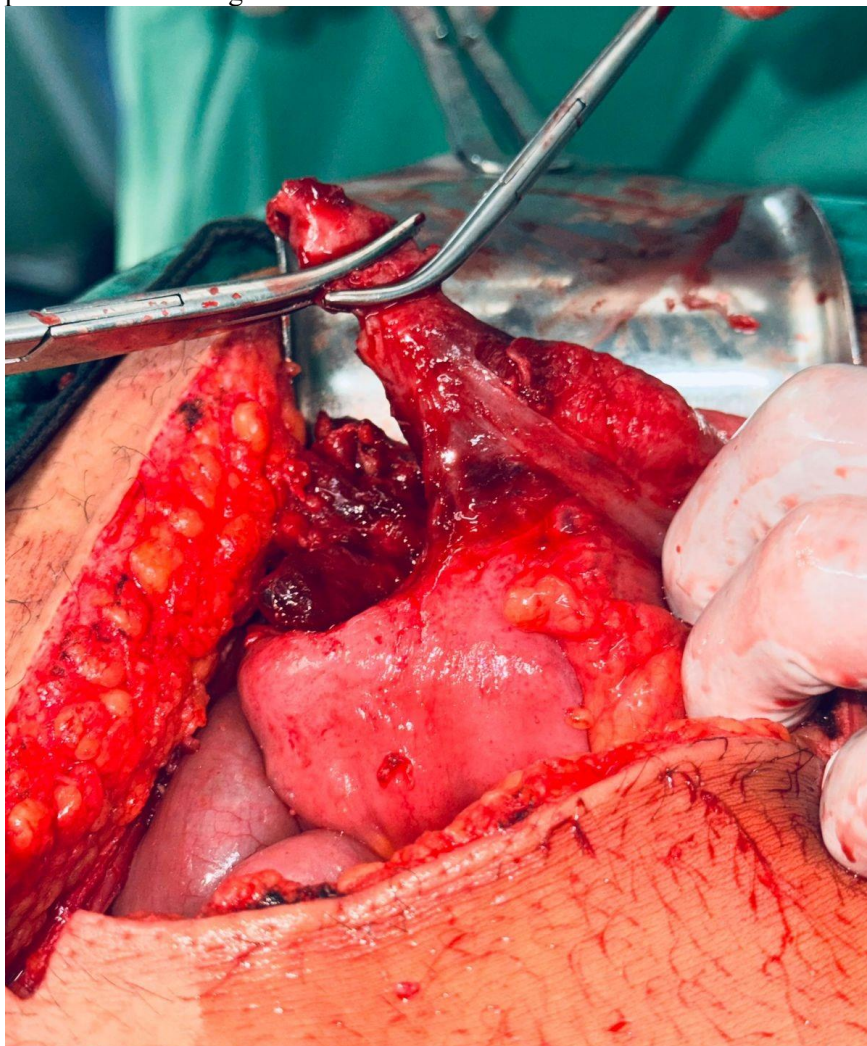


Figura 1. Algoritmo diagnóstico-terapéutico propuesto para dolor abdominal bajo en pacientes con antecedente de apendicectomía. Fuente: elaboración propia con base en el caso y literatura revisada



Nota: la tomografía computarizada es especialmente útil cuando existe dolor persistente, reactantes inflamatorios elevados, presentación atípica o sospecha de complicación. El algoritmo no reemplaza el juicio clínico ni las guías institucionales.

Figura 2. Imagen intraoperatoria del proceso inflamatorio pericecal con plastrón y remanente apendicular. Fuente: archivo de los autores; requiere consentimiento informado específico para publicación de imágenes clínicas



La imagen se incluye sin datos identificables visibles; antes del envío editorial debe confirmarse autorización escrita de la paciente para uso de la imagen.

DISCUSIÓN

La principal enseñanza clínica es que una apendicectomía previa no excluye apendicitis. La apendicitis de muñón puede aparecer meses o décadas después de la cirugía inicial, y su presentación clínica suele ser indistinguible de una apendicitis primaria. La sospecha disminuida por el antecedente quirúrgico puede retrasar la tomografía computarizada, la valoración quirúrgica o la intervención, con aumento del riesgo de perforación, absceso, plastrón y resecciones más extensas.^{7-12,25-32}

En este caso, la coexistencia de síntomas urinarios, uroanálisis alterado y ausencia inicial de irritación peritoneal franca generó un razonamiento diagnóstico plausible hacia infección del tracto urinario complicada. Sin embargo, la proteína C reactiva marcadamente elevada, el dolor persistente y la

tomografía computarizada con inflamación pericecal obligaron a reabrir el diagnóstico quirúrgico. Esta secuencia ilustra un sesgo frecuente: considerar que el antecedente de apendicectomía descarta de forma definitiva una patología apendicular.¹³⁻²¹

Los factores predisponentes descritos incluyen identificación incompleta de la base apendicular, apéndice retrocecal o subseroso, inflamación severa durante la primera cirugía, exposición limitada, variaciones anatómicas y remanentes largos. Diversos autores recomiendan una visualización crítica de la base apendicular y dejar un remanente corto, idealmente menor de 3 a 5 mm, aunque no todos los casos reportados documentan la longitud del muñón original. El remanente de 2 cm identificado en la cirugía de esta paciente es consistente con una longitud susceptible de obstrucción e inflamación recurrente.^{7-12,25,26}

Tabla 2. Comparación entre apendicitis aguda primaria y apendicitis de muñón. Fuente: elaboración propia con base en literatura revisada

Dominio	Apendicitis primaria	aguda	Apendicitis de muñón	Aplicación al caso
Antecedente clave	Sin apendicectomía previa.		Apendicectomía previa abierta o laparoscópica; el antecedente puede inducir falso descarte.	Antecedente de apendicectomía abierta remota.
Mecanismo	Obstrucción luminal del apéndice con inflamación progresiva.		Obstrucción e inflamación del tejido apendicular remanente.	Remanente de aproximadamente 2 cm con inflamación local.
Presentación clínica	Dolor periumbilical o abdominal bajo, náusea, fiebre variable, defensa o irritación.		Síntomas similares; puede haber presentación atípica o confusión con patología urinaria/ginecológica.	Dolor abdominal bajo y síntomas urinarios, afebril.
Imagen	Apéndice dilatado, engrosado, estriación de grasa, apendicolito o líquido pericecal.		Remanente tubular cecal inflamado, clips o cambios posquirúrgicos, estriación pericecal, absceso o plastrón.	Tomografía con edema/estriación en fosa ilíaca derecha compatible con plastrón.
Tratamiento	Apendicectomía o manejo no operatorio seleccionado según gravedad y guías.		Apendicectomía de completación; manejo individualizado si absceso/plastrón estable.	Laparoscopia diagnóstica convertida a laparotomía y resección del muñón.
Riesgo de complicación	Perforación, absceso, peritonitis si diagnóstico tardío.		Mayor riesgo de retraso por baja sospecha; puede requerir conversión o resección ileocecal.	Plastrón cecal, aguda peritonitis sin histología, sin malignidad.

Desde el punto de vista radiológico, la tomografía computarizada tiene valor porque delimita el compromiso pericecal, evalúa abscesos o plastrón, identifica diagnósticos alternativos y puede sugerir directamente la presencia del muñón inflamado. La ecografía puede ser útil como primer enfoque, en especial en pacientes jóvenes o cuando se desea disminuir radiación, pero su rendimiento depende de la ventana acústica, el operador, la localización del remanente y la complejidad inflamatoria.¹³⁻²¹

Tabla 3. Diagnósticos diferenciales de inflamación pericecal en tomografía computarizada. Fuente: elaboración propia con base en literatura revisada

Entidad	Datos que pueden apoyar el diagnóstico	Claves en tomografía computarizada	Elementos del caso que orientaron la decisión
Apendicitis muñón	de Dolor abdominal bajo o en fosa ilíaca derecha en paciente apendicetomizado.	Remanente tubular unido al ciego, estriación pericecal, engrosamiento cecal, plastrón, absceso o apendicolito.	Plastrón en fosa ilíaca derecha y remanente de 2 cm confirmado en cirugía.
Infección urinaria complicada o pielonefritis	Disuria, polaquiuria, tenesmo, bacteriuria, dolor lumbar o fiebre.	Engrosamiento urotelial, estriación perirrenal, alteración nefrográfica; ausencia de foco pericecal dominante.	Síntomas urinarios y uroanálisis alterado; no hubo hallazgos renoureterales en la tomografía.
Diverticulitis cecal	Dolor en fosa ilíaca derecha, fiebre variable, leucocitosis.	Divertículo inflamado, engrosamiento cecal focal, estriación grasa centrada en divertículo.	La cirugía identificó muñón apendicular inflamado y no divertículo cecal como foco.
Ileítis o enfermedad de Crohn	Diarrea, dolor crónico o recurrente, pérdida de peso, manifestaciones extraintestinales.	Engrosamiento segmentario ileal, realce mural, signo del peine, fistulas o afectación multifocal.	No se describió engrosamiento ileal segmentario ni datos clínicos crónicos.
Epiploitis apendagítica	Dolor focal, usualmente menor toxicidad sistémica.	Lesión oval grasa con halo hiperatenuante y punto central; mínima afectación intestinal.	Reactantes elevados y plastrón complejo hicieron menos probable esta entidad.
Patología ginecológica inflamatoria/anexial	Dolor pélvico, flujo, alteración menstrual, masa anexial o prueba de embarazo positiva según entidad.	Masa o colección anexial, trompas engrosadas, líquido pélvico complejo; embarazo ectópico si aplica.	Prueba de embarazo negativa y anexos sin lesión ocupante descrita.

La decisión de iniciar por laparoscopia diagnóstica fue razonable por el valor de la visualización directa en una paciente estable, pero con diagnóstico no completamente claro. La conversión a laparotomía se justificó por el plastrón cecal y la necesidad de disección segura del remanente y tejidos inflamatorios. En apendicitis complicada con absceso o plastrón, la literatura de apendicitis aguda primaria permite

estrategias no operatorias seleccionadas; sin embargo, en apendicitis de muñón la persistencia de un remanente inflamado y la incertidumbre diagnóstica suelen inclinar hacia apendicectomía de completación cuando el paciente es candidato quirúrgico.²²⁻²⁴

La fortaleza de este caso es la concordancia entre la sospecha radiológica de plastrón, la identificación operatoria del muñón y la confirmación histopatológica, además del descarte de malignidad. Las limitaciones incluyen la ausencia de imágenes tomográficas originales para relectura, falta de informe de la apendicectomía inicial, ausencia de seguimiento ambulatorio tardío documentado y ausencia de perspectiva directa de la paciente. Estas limitaciones son relevantes para la interpretación causal, pero no comprometen la confirmación de apendicitis de muñón en el episodio actual.

CONCLUSIONES

La apendicitis de muñón debe mantenerse de manera activa en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal bajo o de la fosa ilíaca derecha, incluso cuando el paciente refiere una apendicectomía previa realizada años atrás. Este antecedente no elimina la posibilidad de que persista tejido apendicular susceptible de obstrucción e inflamación y, por el contrario, puede favorecer un retraso diagnóstico si se acepta como criterio de exclusión. En el caso presentado, los síntomas urinarios y el uroanálisis alterado ofrecieron una explicación inicial plausible; sin embargo, la persistencia del dolor, la elevación marcada de los reactantes inflamatorios y el patrón pericecal observado en la tomografía computarizada hicieron necesario reconsiderar una causa quirúrgica. La concordancia entre la imagen compatible con plastrón, la identificación intraoperatoria de un remanente apendicular de aproximadamente 2 cm y la confirmación histopatológica permitió establecer el diagnóstico de apendicitis de muñón complicada. Ante hallazgos de plastrón, peritonitis, deterioro clínico o incertidumbre diagnóstica relevante, la valoración temprana por cirugía y la selección individualizada del abordaje son fundamentales. La apendicectomía de completación permite eliminar el foco inflamatorio, obtener tejido para estudio patológico y descartar otras causas, incluida una neoplasia. Desde la perspectiva radiológica, la tomografía no debe interpretarse de forma aislada: su mayor utilidad surge al correlacionar la estriación de la grasa, el compromiso cecal y la posible visualización del remanente con la historia y la evolución del paciente. Reconocer esta entidad poco frecuente puede acortar el tiempo hasta el tratamiento y reducir el riesgo de perforación, absceso, peritonitis o resecciones más extensas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. *J Clin Epidemiol.* 2014;67(1):46-51. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.08.003.
2. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol.* 2017;89:218-235. doi:10.1016/j.jclinepi.2017.04.026.
3. 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. *World J Emerg Surg.* 2020;15(1):27. doi:10.1186/s13017-020-00306-3.
4. Bhangu A, Soreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet.* 2015;386(10000):1278-1287. doi:10.1016/S0140-6736(15)00275-5.
5. Ferris M, Quan S, Kaplan BS, Molodecky N, Ball CG, Chernoff GW, et al. The Global Incidence of Appendicitis: A systematic review of population-based studies. *Ann Surg.* 2017;266(2):237-241. doi:10.1097/SLA.0000000000002188.
6. Baird DLH, Simillis C, Kontovounisios C, Rasheed S, Tekkis PP. Acute appendicitis. *BMJ.* 2017;357:j1703. doi:10.1136/bmj.j1703.
7. Subramanian A, Liang MK. A 60-year literature review of stump appendicitis: the need for a critical view. *Am J Surg.* 2012;203(4):503-507. doi:10.1016/j.amjsurg.2011.04.009.
8. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis: a comprehensive review of literature. *Am Surg.* 2006;72(2):162-166.
9. Kanona H, Al Samaraee A, Nice C, Bhattacharya V. Stump appendicitis: a review. *Int J Surg.* 2012;10(9):425-428. doi:10.1016/j.ijssu.2012.07.007.
10. Roberts KE, Starker LF, Duffy AJ, Bell RL, Bokhari J. Stump appendicitis: a surgeon's dilemma. *JSLs.* 2011;15(3):373-378. doi:10.4293/108680811X13125733356954.
11. Manatakis DK, Aheimastos V, Antonopoulou MI, Agalianos C, Tsiaoussis J, Xynos E. Unfinished Business: A systematic review of stump appendicitis. *World J Surg.* 2019;43(11):2756-2761.



doi:10.1007/s00268-019-05101-z.

12. Dikicier E, Altintoprak F, Ozdemir K, Gundogdu K, Uzunoglu MY, Cakmak G, et al. Stump appendicitis: a retrospective review of 3130 consecutive appendectomy cases. *World J Emerg Surg.* 2018;13:22. doi:10.1186/s13017-018-0182-5.
13. Enzerra MD, Ranieri DM, Pickhardt PJ. Stump Appendicitis: Clinical and CT Findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2020;215(6):1363-1369. doi:10.2214/AJR.20.22911.
14. Johnston J, Myers DT, Williams TR. Stump appendicitis: surgical background, CT appearance, and imaging mimics. *Emerg Radiol.* 2015;22(1):13-18. doi:10.1007/s10140-014-1253-x.
15. Shin LK, Halpern D, Weston SR, Meiner EM, Katz DS. Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;184(3 Suppl):S62-S64.
doi:10.2214/ajr.184.3_supplement.01840s62.
16. Levine CD, Aizenstein O, Wachsberg RH. Pitfalls in the CT diagnosis of appendicitis. *Br J Radiol.* 2004;77(921):792-799. doi:10.1259/bjr/95663370.
17. Pinto Leite N, Pereira JM, Cunha R, Pinto P, Sirlin C. CT evaluation of appendicitis and its complications: imaging techniques and key diagnostic findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;185(2):406-417. doi:10.2214/ajr.185.2.01850406.
18. Birnbaum BA, Wilson SR. Appendicitis at the millennium. *Radiology.* 2000;215(2):337-348. doi:10.1148/radiology.215.2.r00ma24337.
19. Doria AS, Moineddin R, Kellenberger CJ, Epelman M, Beyene J, Schuh S, et al. US or CT for diagnosis of appendicitis in children and adults? A meta-analysis. *Radiology.* 2006;241(1):83-94. doi:10.1148/radiol.2411050913.
20. van Randen A, Bipat S, Zwinderman AH, Ubbink DT, Stoker J, Boermeester MA. Acute appendicitis: meta-analysis of diagnostic performance of CT and graded compression US related to prevalence of disease. *Radiology.* 2008;249(1):97-106. doi:10.1148/radiol.2483071652.
21. Gaitini D. Imaging acute appendicitis: state of the art. *J Clin Imaging Sci.* 2011;1:49. doi:10.4103/2156-7514.85778.
22. Andersson RE, Petzold MG. Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or phlegmon: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg.* 2007;246(5):741-748.



23. Simillis C, Symeonides P, Shorthouse AJ, Tekkis PP. A meta-analysis comparing conservative treatment versus acute appendectomy for complicated appendicitis (abscess or phlegmon). *Surgery*. 2010;147(6):818-829. doi:10.1016/j.surg.2009.11.013.
24. Gomes CA, Sartelli M, Di Saverio S, Ansaloni L, Catena F, Coccolini F, et al. Acute appendicitis: proposal of a new comprehensive grading system based on clinical, imaging and laparoscopic findings. *World J Emerg Surg*. 2015;10:60. doi:10.1186/s13017-015-0053-2.
25. Burbano D, Garcia AF, Chica Yanten J, Salazar C, Toro JS, Bravo JC. Stump appendicitis, a case report and a review of the literature. Is it as uncommon as it is thought? *Int J Surg Case Rep*. 2020;68:88-91. doi:10.1016/j.ijscr.2020.02.016.
26. Kumar A, Sharma A, Khullar R, Soni V, Bajjal M, Chowbey PK. Stump appendicitis: a rare clinical entity. *J Minim Access Surg*. 2013;9(4):173-176. doi:10.4103/0972-9941.118835.
27. O'Leary DP, Myers E, Coyle J, Wilson I. Case report of recurrent acute appendicitis in a residual tip. *Cases J*. 2010;3:14. doi:10.1186/1757-1626-3-14.
28. Ismail I, Iusco DR, Jannaci M, Navarra G, Grassi A, Virzi S. Prompt recognition of stump appendicitis is important to avoid serious complications: a case report. *Cases J*. 2009;2:7415. doi:10.4076/1757-1626-2-7415.
29. Waseem M, Devas G. A child with appendicitis after appendectomy. *J Emerg Med*. 2008;34(1):59-61. doi:10.1016/j.jemermed.2007.04.011.
30. Erzurum VZ, Kasirajan K, Hashmi M. Stump appendicitis: a case report. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 1997;7(6):389-391. doi:10.1089/lap.1997.7.389.
31. Hadrich Z, Mroua B, Zribi S, Bouassida M, Touinssi H. Stump appendicitis, a rare but serious complication of appendectomy: a case report. *Clin Case Rep*. 2021;9(9):e04871. doi:10.1002/ccr3.4871.
32. Lopez-Aguirre G, Sosa-Canche AJ, Briones-Aranda A, Ramirez-Lopez R, Bershneister-Morales S. Apendicitis del muñón. *Cir Gen*. 2024;46(2):114-117. doi:10.35366/118280.

