

REPORTE DE CASO

Síndrome apendicular asociado a *Enterobius vermicularis*: reporte de caso

Franklin Saavedra Idrogo¹, Luis Fernando Sánchez Rubio¹, Leslie Saavedra Paredes²¹ Servicio de Cirugía, Departamento de Cirugía, Hospital II EsSalud, Cajamarca 06002, Perú.² Servicio de Medicina, Departamento de Medicina, Hospital II EsSalud, Cajamarca 06002, Perú.

RESUMEN

Antecedentes: La apendicectomía es la cirugía de urgencia más común en el mundo. La etiología más aceptada es la obstrucción de la luz apendicular; sin embargo, la etiología por parásitos es poco frecuente. Se reporta el caso de una paciente pediátrica en quien se observaron parásitos activos compatibles con *Enterobius vermicularis* al seccionar el apéndice cecal.

Descripción del caso: Se planteó el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda en una niña de 2 años que ingresó al Servicio de Emergencia por dolor abdominal. Al examen se determinó resistencia muscular y dolor en hemiabdomen inferior; el hemograma demostró leucocitosis. Se realizó una cirugía laparoscópica, durante la cual se encontraron parásitos móviles compatibles con *E. vermicularis* emergiendo del muñón apendicular. El informe anatomopatológico confirmó la presencia de *E. vermicularis* en la luz apendicular, sin compromiso inflamatorio del apéndice.

Conclusiones: La visualización intraoperatoria de parásitos móviles emergiendo del muñón apendicular constituye un hallazgo inusual. En pacientes pediátricos con dolor abdominal y manifestaciones sugestivas de apendicitis aguda, es importante ampliar los antecedentes médicos y familiares, considerando la parasitosis intestinal como diagnóstico diferencial relevante en zonas con deficiente saneamiento básico intradomiciliario y hacinamiento.

Palabras clave: Apendicectomía; Laparoscopia; *Enterobius vermicularis*; Oxiuros (Fuente: DeCS)

Citar como:

Saavedra Idrogo F, Sánchez Rubio LF, Saavedra Paredes L. Síndrome apendicular asociado a *Enterobius vermicularis*: reporte de caso. Investig Innov Clin Quir Pediatr. 2026;4(2):68-73. doi: 10.59594/iicqp.2026.v4n2.174

Autor correspondal:

Franklin Saavedra Idrogo
Correo electrónico:
fsaavedra01@gmail.com

ORCID iDs

Franklin Saavedra Idrogo
 <https://orcid.org/0000-0003-0951-5441>
Luis Fernando Sánchez Rubio
 <https://orcid.org/0000-0002-6756-5028>
Leslie Saavedra Paredes
 <https://orcid.org/0000-0001-5741-7331>

Recibido : 08/05/2025

Aprobado : 17/06/2026

Publicado : 28/08/2026



Esta es una publicación con licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Copyright © 2026, Investigación e Innovación Clínica y Quirúrgica Pediátrica.

Appendiceal syndrome associated with *Enterobius vermicularis*: a case report

ABSTRACT

Background: Appendectomy is the most common emergency surgical procedure worldwide. The most widely accepted etiology is obstruction of the appendiceal lumen; however, parasitic etiology is uncommon. This report describes the case of a pediatric patient in whom active parasites compatible with *Enterobius vermicularis* were observed during transection of the cecal appendix.

Case description: A preoperative diagnosis of acute appendicitis was considered in a 2-year-old girl admitted to the Emergency Department for abdominal pain. On examination, muscle guarding and pain in the lower hemiabdomen were identified; the complete blood count showed leukocytosis. Laparoscopic surgery was performed, during which motile parasites compatible with *E. vermicularis* were found emerging from the appendiceal stump. The histopathological report confirmed the presence of *E. vermicularis* in the appendiceal lumen, without inflammatory involvement of the appendix.

Conclusions: Intraoperative visualization of motile parasites emerging from the appendiceal stump is unusual. In pediatric patients with abdominal pain and manifestations suggestive of acute appendicitis, it is important to obtain a more detailed medical and family history and to consider intestinal parasitosis as a relevant differential diagnosis in areas with deficient basic household sanitation and overcrowding.

Keywords: Appendectomy; Laparoscopy; *Enterobius vermicularis*; Enterobius (Source: MeSH)

INTRODUCCIÓN

La apendicectomía es la cirugía abdominal de urgencia más realizada a nivel mundial. En niños menores de 5 años, el riesgo de someterse a esta intervención quirúrgica se ha estimado en 12 % para varones y 23 % para mujeres (1). Desde el punto de vista fisiopatológico, la apendicitis

aguda se atribuye a la obstrucción de la luz apendicular por múltiples causas, siendo la parasitosis intestinal una de ellas (0,05–3 % de los casos) (2). El diagnóstico definitivo de la apendicitis se establece con los estudios histopatológicos. Sin embargo, se ha reportado ausencia de inflamación en un 10–20 % de los casos, correspondientes a las denominadas apendicectomías negativas o “en blanco”, definidas como la extirpación quirúrgica de un apéndice, que se confirma como sano en el examen histopatológico (3).

La enterobiasis u oxiuriasis es una infección familiar producida por *Enterobius vermicularis* que provoca prurito anal nocturno, prurito vulvar y escozor nasal, así como trastornos gastrointestinales y neurológicos que afectan principalmente a la población infantil (4). *E. vermicularis* es un nematodo pequeño, filiforme y blanquecino de la clase Secernentea, familia Oxyuridae, conocido también como oxiuro, responsable de la infestación parasitaria más común a nivel mundial, con más de 200 millones de personas afectadas (5). Predomina en países tropicales en desarrollo (6). En Perú, la prevalencia de helmintiasis continúa siendo relevante, con predominio en la selva, seguida de la sierra norte y centro del país. No obstante, en los últimos años se ha observado una reducción progresiva, con una tendencia descendente promedio anual de 13 % (7). Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino y en familias con deficiencias en el saneamiento básico intradomiciliario. Otros factores de riesgo asociados incluyen la convivencia de seis o más personas en una misma vivienda, la onicofagia y el contacto frecuente (juego) con tierra o mascotas (8).

El ciclo evolutivo de *E. vermicularis* es directo y la transmisión ocurre por vía ano-mano-boca. Los huevos ingresan por vía oral o respiratoria; luego, en el duodeno se liberan las larvas y se transforman en adultos. Estos se alojan en el íleon, ciego, colon ascendente y en el apéndice cecal; en esta última localización, se ha descrito que pueden tener un papel fisiopatológico en la aparición de cuadros compatibles con apendicitis aguda. Finalmente, las hembras fecundadas se dirigen al recto, atraviesan el esfínter anal y oviponen en el medio externo (4).

La enterobiasis es la causa más común de apendicitis aguda producida por parásitos, con una incidencia del 2 % en América. La asociación de *E. vermicularis* con esta patología se ha reportado en 0,2–3,8 % (9), y puede presentarse con síntomas similares a los de una apendicitis aguda clásica; sin embargo, el mecanismo fisiopatológico no implica la invasión o daño de la mucosa por el parásito (10). Algunos estudios describen que la presencia de *E. vermicularis* en muestras histológicas alcanza al 0,5 % de casos (11). No obstante, en la mayoría de estas piezas anatomopatológicas, es más frecuente encontrar una histología normal del apéndice (12), tal como ocurrió en el presente caso clínico.

La asociación entre la infestación parasitaria por *E. vermicularis* y la apendicitis aguda continúa en debate. Es importante considerar el posible papel del parásito en el desarrollo de procesos apendiculares o en la presencia de sintomatología similar (síndrome apendicular), sobre todo en regiones donde la parasitosis es prevalente, con el objetivo de prescribir una terapia antihelmíntica complementaria.

Se presenta el caso de una niña de 2 años de edad con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda, tratada quirúrgicamente mediante apendicectomía laparoscópica. Como hallazgo incidental, se visualizaron varios parásitos activos emergiendo a través del *ostium* del muñón apendicular.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 2 años y 3 meses de edad, procedente de una vivienda compartida con otras dos familias, con saneamiento básico deficiente, ubicada en la zona este de la periferia de la ciudad de Cajamarca, Perú. Como antecedentes, presentó infección urinaria dos meses antes de su ingreso y bronquitis aguda dos semanas previas al presente episodio patológico. Ingresó al Servicio de Emergencia acompañada por sus padres. Según el relato materno, la niña había manifestado dolor abdominal de 40 horas de evolución. El dolor era de tipo cólico, se localizaba en los cuatro cuadrantes abdominales y cedía parcialmente luego de las deposiciones semilíquidas. Doce horas después del inicio del dolor abdominal, se agregó distensión abdominal, acompañada de deposiciones semilíquidas de consistencia pastosa y grumosa, hiporexia, decaimiento generalizado y picos febriles. Ante los síntomas, los padres la automedicaron con jarabes (que la madre no recordaba), aliviando temporalmente la sintomatología. Seis horas antes del ingreso a la emergencia, se agudizó el malestar abdominal asociado a fiebre, somnolencia e hiporexia (Figura 1).

Al ingreso, fue evaluada en el Servicio de Emergencia Pediátrica, consignándose en la historia clínica dolor abdominal, deposiciones líquidas, hiporexia e irritabilidad. Ante el incremento del dolor abdominal y la fiebre fue transferida al Servicio de Cirugía, donde se mostró quejumbrosa e irritable. La frecuencia cardíaca fue de 98 latidos por minuto, la frecuencia respiratoria de 28 respiraciones por minuto y la temperatura axilar de 39,4 °C. Presentó un peso de 10,6 kg y una talla de 80,6 cm. El aparato respiratorio no mostró alteraciones. En la evaluación abdominal se evidenció distensión, ruidos hidroaéreos normales y dolor en fosa ilíaca derecha a la palpación profunda, lo que exacerbaba el llanto de la paciente. Además, se observó resistencia muscular en hemiabdomen inferior. Es importante mencionar que no se realizó una anamnesis dirigida a indagar parasitosis, debido a que el cuadro clínico orientaba a una patología quirúrgica apendicular.

Los exámenes auxiliares evidenciaron un recuento de leucocitos de 16 520 células/mm³ sin desviación izquierda, con 65,0 % de segmentados y 3,0 % de eosinófilos. La hemoglobina fue de 13,4 g/dL, el hematocrito de 39,7 %, la glucosa de 73,6 mg/dL y la creatinina de 0,36 mg/dL. El grupo sanguíneo y factor correspondieron a O positivo. Asimismo, las pruebas de coagulación evidenciaron un tiempo de protrombina (TP) de 21,3 segundos, tiempo de tromboplastina parcial (TTP) de 53 segundos e índice internacional normalizado (INR) de 1,48. El examen de orina no mostró alteraciones. La ecografía abdominal evidenció un apéndice cecal localizado en fosa ilíaca derecha, con diámetro anteroposterior de hasta 7 mm, compresible, con incremento de la ecogenicidad de la grasa peritoneal, líquido laminar escaso entre asas y peristaltismo

disminuido. Sobre la base de la evaluación clínica y los estudios de laboratorio, el Servicio de Cirugía planteó el diagnóstico de apendicitis aguda, por lo que se obtuvo el consentimiento informado de los padres y se inició la preparación preoperatoria para una apendicectomía laparoscópica.



Figura 1. Línea de tiempo de la evolución clínica de la paciente

FC: frecuencia cardíaca; FR: frecuencia respiratoria; T: temperatura.

El procedimiento quirúrgico se realizó bajo anestesia general inhalatoria, con tres puertos: el umbilical para la óptica, un suprapúbico y otro en el flanco izquierdo. Como hallazgo intraoperatorio, se encontró un apéndice cecal en posición pélvica, de 7,0 × 0,7 cm, aparentemente congestivo en el tercio distal, con base en buen estado y sin evidencia de líquido libre. En el momento de la sección de la base apendicular emergieron, a través del *ostium*, 4 parásitos activos fusiformes compatibles con *Enterobius* spp. (Figura 2), los cuales fueron eliminados por desecación térmica (Video 1). Seguidamente, se realizó un lavado y aspiración de la fosa ilíaca derecha con cloruro de sodio para eliminar cualquier resto de los parásitos. No se obtuvo muestra de los parásitos observados intraoperatoriamente para estudio parasitológico.

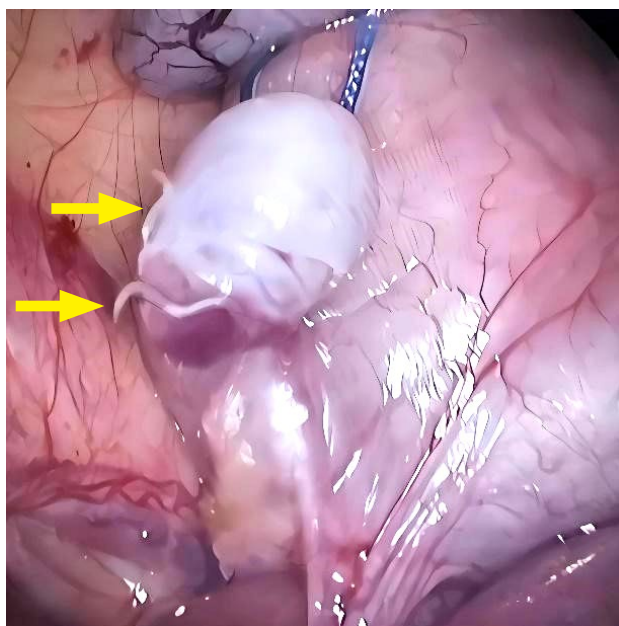
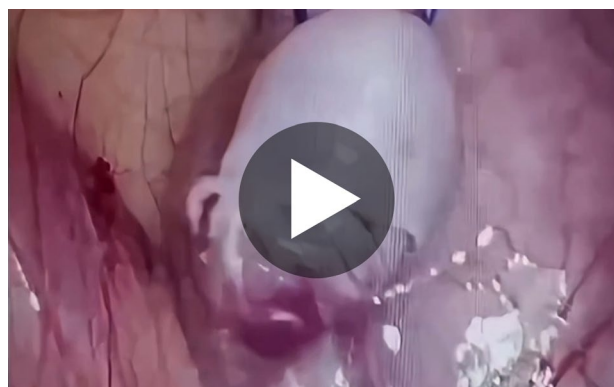


Figura 2. Fotografía intraoperatoria que muestra parásitos emergiendo del muñón apendicular (flechas amarillas)



Video 1. Parásitos activos emergiendo del muñón apendicular

El informe histopatológico reveló un apéndice cecal con epitelio levemente denudado e hiperplasia folicular linfoide extensa; la capa muscular propia no presentó infiltrado inflamatorio agudo, por lo que se descartó apendicitis aguda. Además, en la luz apendicular se identificó un ejemplar de *E. vermicularis*, que en su interior presentaba múltiples huevos fecundados en forma de "D", característicos de esta especie (Figura 3).

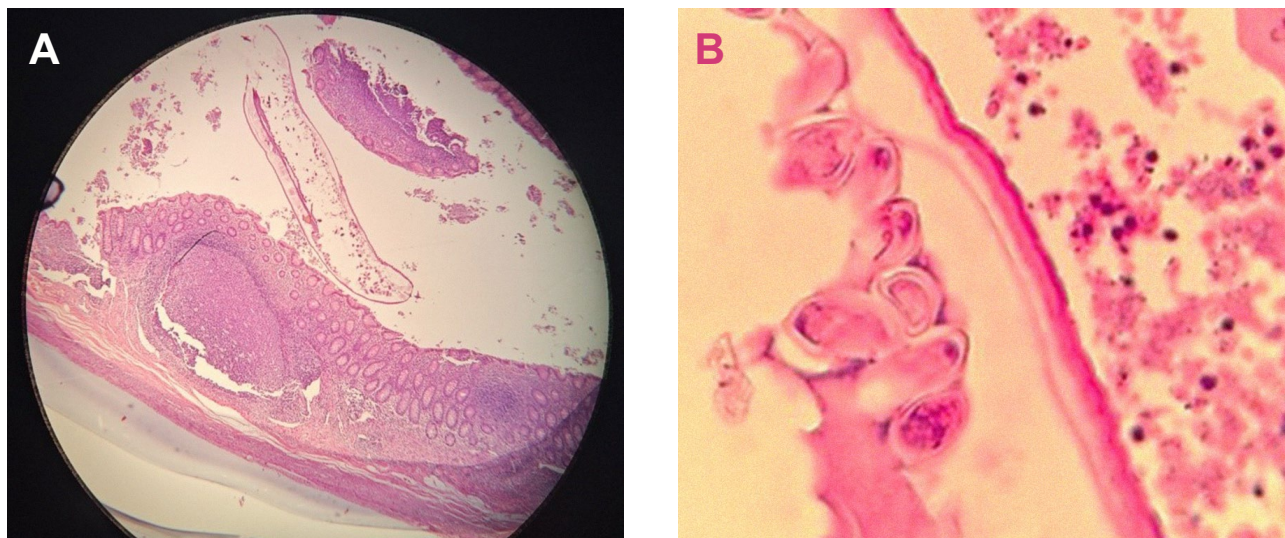


Figura 3. Hallazgos histopatológicos del apéndice cecal con presencia de *E. vermicularis*

A. Se observa el cuerpo del parásito hembra en la luz apendicular, la pared del apéndice con la mucosa íntegra e hiperplasia folicular linfoide; en la capa muscular propia no se evidencia infiltrado inflamatorio agudo (H&E $\times 40$).
B. Huevos de *E. vermicularis* en forma de "D" en el interior del parásito (H&E $\times 400$). H&E: hematoxilina y eosina.

Durante el primer día posoperatorio, la paciente evolucionó favorablemente; se encontraba activa y con funciones vitales conservadas; toleró líquidos y, posteriormente, dieta blanda. El abdomen se encontró blando y depresible, con leve dolor en las heridas de los puertos laparoscópicos. Se indicó una dosis única de 400 mg de albendazol por vía oral, en presentación de jarabe, con la indicación de repetir la dosis en 2 semanas. Se explicó a los padres la necesidad de tratamiento antiparasitario para toda la familia y el cumplimiento de medidas higiénicas apropiadas para evitar la recurrencia. En la cita de seguimiento al séptimo día, la niña se encontraba bien y sin molestias; a los 15 días, la familia cumplió con la segunda dosis del antiparasitario.

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la madre de la paciente para la publicación científica de los datos clínicos, las imágenes y el vídeo grabado. Asimismo, el video fue compartido con la madre en el momento del informe posoperatorio.

DISCUSIÓN

La apendicitis aguda está definida como la inflamación del apéndice cecal, caracterizada por dolor abdominal migratorio asociado a otros síntomas digestivos como náuseas, vómitos o hiporexia. Para el diagnóstico se consideran fundamentalmente la historia clínica, la exploración física, las pruebas de laboratorio y, en algunos casos, las pruebas de imagen (13). El examen histopatológico de la pieza operatoria permite confirmar el diagnóstico clínico.

La etiología de la apendicitis no está completamente esclarecida; sin embargo, se han propuesto diversas teorías para explicar esta patología, siendo la obstrucción de la luz apendicular la más aceptada. Entre las causas descritas se incluyen la hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores, cuerpos extraños y parásitos intestinales. Otros estudios han descrito procesos inflamatorios locales secundarios a agentes infecciosos como *Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella*, virus de la parotiditis, *Actinomyces*, entre otros (3,13).

La apendicitis aguda causada por parásitos es poco frecuente; entre los parásitos asociados se encuentran *Enterobius*, *Ascaris*, *Giardia* y *Entamoeba histolytica* (14). El papel de *E. vermicularis* en la patogénesis de la apendicitis ha sido objeto de controversia durante muchos años, desde que Fabrius descubrió la presencia de este parásito en la luz apendicular en 1634 (15). Otros reportes sugieren que este parásito podría irritar la mucosa apendicular y producir microtraumatismos, lo que facilitaría el ingreso de microorganismos en la pared apendicular y desencadenaría el proceso inflamatorio característico del cuadro de apendicitis (2,16). Por otro lado, se han descrito casos con la presencia de *Enterobius* en la luz apendicular sin provocar inflamación (17). La presencia de estos parásitos en piezas anatomopatológicas de apendicectomía se ha reportado en 1,53–4,2 % (2,4,17,18). Se ha propuesto que los elementos parasitarios pueden obstruir la luz apendicular y causar el denominado "cólico apendicular" sin desencadenar una respuesta inflamatoria en el apéndice cecal (17,18). Asimismo, algunos reportes señalan que la localización apendicular de *Enterobius* favorecería la formación de fecalitos en la luz y la proliferación de microorganismos en la pared, lo que podría contribuir al desarrollo de apendicitis

(4). En el presente caso, aunque se identificó *E. vermicularis* en la luz apendicular, el estudio histopatológico no evidenció compromiso inflamatorio del apéndice, por lo que no puede establecerse que el parásito haya causado apendicitis aguda.

El carácter inusual del caso radica no solo en la identificación del parásito en la pieza anatomopatológica, sino también en la visualización intraoperatoria de parásitos móviles que emergían del muñón apendicular durante la apendicectomía laparoscópica. Este hallazgo permitió documentar de manera directa la presencia intraluminal del parásito durante el procedimiento quirúrgico.

El diagnóstico de apendicitis aguda es fundamentalmente clínico; sin embargo, a pesar de la disponibilidad de herramientas diagnósticas modernas, se ha reportado que 15–20 % de las apendicectomías no presentan evidencia patológica de apendicitis aguda (17,19). El tratamiento continúa siendo la apendicectomía, mediante abordaje abierto o laparoscópico. La apendicectomía laparoscópica tiene amplia aceptación debido a que ofrece ventajas, entre ellas menor incidencia de infecciones de herida operatoria, menor dolor posoperatorio y recuperación más rápida en comparación con la cirugía abierta (20). Si bien en el caso clínico presentado se observó que el cuadro clínico no era típico de apendicitis aguda, se decidió realizar apendicectomía laparoscópica por la presencia de dolor y resistencia muscular en la fosa ilíaca derecha, además de leucocitosis en el hemograma, para reducir el riesgo de complicaciones, como peritonitis (5).

La principal limitación del presente reporte fue la imposibilidad de realizar estudios diagnósticos previos específicos (como la prueba de Graham) debido al contexto de la emergencia médica. Como limitaciones adicionales, la información clínica sobre el entorno familiar y social fue limitada, y no se contó con estudios de imagen prequirúrgicos adicionales, como tomografía, que complementarían el diagnóstico presuntivo. Por otro lado, las principales fortalezas fueron la posibilidad de realizar un seguimiento clínico del caso, confirmando la efectividad del tratamiento antiparasitario en la familia de la paciente, así como contar con estudios anatomopatológicos e imágenes proporcionadas por el Servicio de Patología del hospital.

En cuanto a los estudios preoperatorios, la sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico de apendicitis es variable (59–96 %). En el presente caso, el informe ecográfico describió un apéndice compresible de 7 mm, hallazgo no sugestivo de inflamación apendicular. Sin embargo, este examen no debe interpretarse de forma aislada ni reemplazar la evaluación clínica al considerar la indicación de una cirugía de emergencia.

La ausencia de eosinofilia en la paciente podría explicarse por la falta de invasión tisular, dado que el parásito fue hallado en la luz apendicular. Además, el recuento de eosinófilos en el hemograma aumenta principalmente en las infecciones causadas por helmintos tisulares (21). En cuanto a las alteraciones del perfil de coagulación, no se identificó una explicación fisiopatológica evidente en la paciente; por ello, los análisis no fueron repetidos antes de su ingreso a sala de operaciones.

Es importante mencionar que la paciente había presentado consultas previas en pediatría por cuadros de dolor abdominal e infección de vías urinarias, las cuales podrían haber estado relacionadas con una enterobiasis no diagnosticada. Asimismo, dadas las condiciones socioeconómicas de la familia, el hacinamiento y el deficiente saneamiento ambiental de la vivienda, condiciones frecuentes en contextos de vulnerabilidad social, debería considerarse el tratamiento antiparasitario complementario en la población infantil con diagnóstico de parasitosis intestinal.

CONCLUSIÓN

La visualización intraoperatoria de parásitos móviles emergiendo del muñón apendicular constituye un hallazgo inusual. En pacientes pediátricos con dolor abdominal y manifestaciones sugestivas de apendicitis aguda, es importante ampliar los antecedentes médicos y familiares, y considerar la parasitosis intestinal dentro del diagnóstico diferencial, especialmente en contextos de hacinamiento y deficiente saneamiento básico intradomiciliario.

Contribuciones de autoría

FSI: Conceptualización, Investigación, Curación de datos, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición. LFSR y LSP: Visualización, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Conflictos de interés

Los autores no tienen intereses financieros o no financieros relevantes que declarar.

Financiamiento

El presente estudio no recibió financiamiento externo.

Disponibilidad de datos

Los datos que respaldan los hallazgos de este reporte están disponibles previa solicitud al autor correspondiente.

Aspectos éticos

El reporte cuenta con el consentimiento informado otorgado por la madre de la paciente para la publicación científica de los datos clínicos, las imágenes clínicas y el video registrados.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los profesionales integrantes del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital II EsSalud Cajamarca por el cuidado de las muestras y la obtención de las imágenes para el presente reporte de caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol*. 1990;132(5):910-25. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a115734
2. Echazarreta-Gallego E, Córdoba-Díaz de Laspra E, Mejía-Urbaz E, Hernández-Arroz A, Sánchez-Blasco L, Elía-Guedea M. Apendicitis y parásitos: a propósito de 2 casos. *Rev Chil Cir*. 2016;68(5):373-375. doi: 10.1016/j.rchic.2016.03.003
3. Cuervo JL. Apendicitis aguda. *Rev Hosp Niños (B Aires)*. 2014;56(252):15-31. Disponible en: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2014/04/15-31-Apendicitis.pdf>
4. Spitale Santos L, Pizzi RD, Tomas A, Paez Rearte MG, Pizzi HL. Rol del enteroparásito *Enterobius vermicularis* en la apendicitis cecal. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2017;74(3):277-80. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/16860>
5. Hasan A, Nafie K, El-Sayed S, Nasr M, Abdulmohaymen A, Baheeg M, et al. *Enterobius vermicularis* in appendectomy specimens; clinicopathological assessment: cross sectional study. *Ann Med Surg*. 2020;60:168-72. doi: 10.1016/j.amsu.2020.10.057
6. Moosazadeh M, Abedi G, Afshari M, Mahdavi SA, Farshidi F, Kheradmand E. Prevalence of *Enterobius vermicularis* among children in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Osong Public Health Res Perspect*. 2017;8(2):108-15. doi: 10.24171/j.phrp.2017.8.2.02
7. Vidal-Anzardo M, Yagui Moscoso M, Beltrán Fabian M. Parasitosis intestinal: helmintos. Prevalencia y análisis de la tendencia de los años 2010 a 2017 en el Perú. *An Fac Med*. 2020;81(1):26-32. doi: 10.15381/anales.v81i1.17784
8. Quiñones-Laveriano DM, Grandez-Castillo G, Pichardo-Rodríguez R, Grandez-Urbina JA, Inga-Berrospe F. Factores asociados a enterobiosis en niños de dos comunidades nativas Ese'Eja del departamento Madre de Dios, Perú. *Rev Cubana Med Trop*. 2021;73(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10030293>
9. Sah SP, Bhadani PP. *Enterobius vermicularis* causing symptoms of appendicitis in Nepal. *Trop Doct*. 2006;36(3):160-2. doi: 10.1258/004947506777978361
10. Martínez-Criado Y, Millán-López A, Galán N, De-Agustín-Asensio JC. Acute appendicitis by *Enterobius vermicularis*, an unusual etiology in children. *Rev Esp Enferm Dig*. 2012;104(7):393-4. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082012000700016&script=sci_arttext&tlng=es
11. Escudero-Sepúlveda AF, Alzuri EV, Campos S, Lapertosa LB, Campos S. Parasitosis por *Enterobius vermicularis* como causa de apendicitis aguda. *Rev Argent Coloproctol*. 2024;35(2):12-15. doi: 10.46768/racp.v35i2.148
12. Alejandro Villalobos C, Fernández-SanMillán D, López-Tomassetti Fernández E, Hernández Hernández JR. Apendicitis aguda por parasitosis. *Cir Esp*. 2018;96(5):306-8. doi: 10.1016/j.ciresp.2017.09.007
13. Garro Urbina V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Rev Medica Sinerg*. 2019;4(12):e316. doi: 10.31434/rms.v4i12.316
14. Waseem M, Simha S. Appendicitis: a rare cause. *J Emerg Med*. 2011;41(1):e9-e11. doi: 10.1016/j.jemermed.2007.11.044
15. Taghipour A, Olfatfar M, Javanmard E, Norouzi M, Mirjalali H, Zali MR. The neglected role of *Enterobius vermicularis* in appendicitis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(4):e0232143. doi: 10.1371/journal.pone.0232143
16. Moya Sánchez E, Pérez Naranjo P, García Espinosa J. Acute appendicitis due to infection by *Enterobius vermicularis*. *RAPD Online*. 2020;43(4):165-7. Disponible en: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=76009899>
17. Tapia Ó, Muñoz C. Oxiuriasis apendicular: estudio de prevalencia y descripción clínico-morfológica. *Rev Chil Cir*. 2011;63(6):599-603. doi: 10.4067/S0718-40262011000600009
18. Budd JS, Armstrong C. Role of *Enterobius vermicularis* in the aetiology of appendicitis. *Br J Surg*. 1987;74(8):748-9. doi: 10.1002/bjs.1800740834
19. Ricci LE, Ferreyra CM, Córdoba MR, Rios A, Stat MA. Apendicitis aguda según los criterios de Alvarado. *Rev Argent Cir*. 2015;107(2):57-62. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250-639X2015000200003&script=sci_arttext
20. Flores-Marín K, Rodríguez-Parra A, Trejo-Ávila M, Cárdenas-Lailson E, Delano-Alonso R, Valenzuela-Salazar C, et al. Apendicectomía laparoscópica en pacientes con apendicitis aguda complicada con base apendicular comprometida: estudio de cohorte retrospectivo. *Cir Cir*. 2021;89(5):651-6. doi: 10.24875/ciru.200009051
21. Suárez-Díaz O, Atencio A, Carruyo M, Fernández P, Villalobos R, Rivero Z, et al. Parasitosis intestinales y tisulares y su relación con la eosinofilia en una comunidad indígena Yukpa de la Sierra de Perijá, Estado Zulia. *Kasmera*. 2013;41(1):42-9. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0075-52222013000100004&lng=es