Pediatric Surgery LATAM

Acceso abierto · CC BY 4.0
pediatricsurgerylatam.org
Vol. 1, Núm. 1 · 2026
ISSN 2838-5608
doi: https://doi.org/10.68838/psl.2026.00004

REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Apendagitis epiploica en niños y adolescentes: revisión de alcance

María Isabel Agila Guamán[a,*], Dora del Cisne Ochoa Jaya[b], Dayanna Yamirle Eras Palta[b], Mercy Maribel Masaco Pinta[b]

a Hospital Municipal Rodolpho Perissé, Río de Janeiro
b Loja, Ecuador
* Autor de correspondencia: María Isabel Agila Guamán (mariitaisabel19ab@gmail.com)

DATOS DEL ARTÍCULO

Historial
Recibido 2 de septiembre de 2026
Aceptado 12 de octubre de 2026
Publicado en línea 28 de octubre de 2026

Palabras clave
Abdomen Agudo
Apendicitis
Niño
Adolescente
Diagnóstico Diferencial
Tomografía Computarizada por Rayos X

Keywords
Abdomen
Acute
Appendicitis
Child
Adolescent
Diagnosis
Differential
Tomography
X-Ray Computed

Licencia
CC BY 4.0

RESUMEN

Introducción: La apendagitis epiploica (AE) es una causa infrecuente y autolimitada de dolor abdominal agudo, descrita sobre todo en adultos. En niños puede simular una apendicitis y motivar cirugías evitables.
Objetivo: Mapear la evidencia publicada sobre la presentación clínica, el diagnóstico, el manejo y los desenlaces de la AE en menores de 18 años.
Métodos: Revisión de alcance según la guía del Joanna Briggs Institute y PRISMA-ScR. Se buscó en PubMed/MEDLINE, Scopus y SciELO hasta el 31 de agosto de 2026 y en las referencias de los estudios incluidos. Dos revisores cribaron de forma independiente; los datos se extrajeron por paciente y se resumieron de forma descriptiva.
Resultados: De 232 registros (156 únicos) se incluyeron 34 estudios, todos reportes o series de casos, con 39 pacientes (mediana de edad: 11 años; 22 varones). El dolor se localizó en la fosa ilíaca derecha en 27/36 pacientes y la sospecha inicial fue apendicitis en 23/27. La AE afectó al colon derecho en 22/30. El diagnóstico fue preoperatorio en 28/39 (por tomografía computarizada en 23) e intraoperatorio en 11. Veinte pacientes recibieron manejo conservador y 17 fueron operados, 11 de ellos sin diagnóstico preoperatorio. No se informaron muertes ni recurrencias.
Conclusiones: La evidencia pediátrica se limita a casos aislados. A diferencia del adulto, la AE en niños predominó en el colon derecho y simuló una apendicitis; cuando se reconoció por imagen, el manejo conservador fue la norma. Se necesitan series pediátricas con un reporte homogéneo y una mejor caracterización ecográfica.

ABSTRACT

Epiploic appendagitis in children and adolescents: a scoping review

Introduction: Epiploic appendagitis (EA) is an uncommon, self-limiting cause of acute abdominal pain that has been described mainly in adults. In children it can mimic acute appendicitis and lead to avoidable surgery.
Objective: To map the published evidence on the clinical presentation, diagnosis, management and outcomes of EA in patients younger than 18 years.
Methods: Scoping review following the Joanna Briggs Institute guidance and PRISMA-ScR. PubMed/MEDLINE, Scopus and SciELO were searched up to 31 August 2026, together with the reference lists of included studies. Two reviewers screened records independently; data were charted at the patient level and summarised descriptively.
Results: Of 232 records (156 unique), 34 studies were included, all case reports or case series, describing 39 patients (median age: 11 years; 22 boys). Pain was located in the right iliac fossa in 27/36 patients, and appendicitis was the initial suspected diagnosis in 23/27. EA involved the right colon in 22/30. Diagnosis was made before surgery in 28/39 (by computed tomography in 23) and at surgery in 11. Twenty patients were managed conservatively and 17 underwent surgery, 11 of them without a preoperative diagnosis. No deaths or recurrences were reported.
Conclusions: Paediatric evidence is limited to isolated cases. Unlike the adult pattern, paediatric EA mainly involved the right colon and mimicked appendicitis; when recognised on imaging, conservative management was the rule. Paediatric case series with standardised reporting and a better ultrasonographic characterisation are needed.

Cómo citar: Agila Guamán MI et al., Apendagitis epiploica en niños y adolescentes: revisión de alcance. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–10. doi:10.68838/psl.2026.00004

Introducción

Los apéndices epiploicos son pequeñas proyecciones de grasa cubiertas de peritoneo que se disponen a lo largo del colon. Su pedículo es estrecho y su irrigación depende de una o dos arteriolas y de una vena central, por lo que la torsión o la trombosis venosa espontánea pueden producir un infarto isquémico con inflamación localizada (1,2). Este cuadro se denomina apendagitis epiploica (AE) primaria, para distinguirlo de las formas secundarias a procesos inflamatorios vecinos, como la diverticulitis o la apendicitis (1).

En adultos, la AE se manifiesta como dolor abdominal agudo y focal, con mayor frecuencia en el hemiabdomen inferior izquierdo, en pacientes en general afebriles y con escasa alteración analítica; por ello se confunde sobre todo con la diverticulitis aguda (3,4). En la tomografía computarizada (TC) se observa una lesión ovalada de densidad grasa, de 1,5 a 3,5 cm, adyacente al colon y rodeada por un anillo hiperdenso, que a veces contiene un punto central hiperdenso correspondiente a la vena trombosada (1,5). En la ecografía aparece como una masa ovoide, ecogénica y no compresible, adyacente al colon (3). Cuando se reconoce por imagen, la enfermedad suele resolverse en pocos días con analgésicos o antiinflamatorios y sin cirugía (2,3).

En la edad pediátrica la AE se considera excepcional y su conocimiento procede de reportes aislados. En una revisión de los casos pediátricos publicados hasta 2015, Redmond et al. reunieron nueve pacientes: el 78 % había sido operado y el 67 % tenía afectación del ciego (6). Esta localización la sitúa en el diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda, la indicación más frecuente de cirugía abdominal urgente en niños (7). En este contexto, las guías recomiendan la ecografía como primera prueba de imagen ante la sospecha de apendicitis y limitar el uso de la TC, por el riesgo asociado a la radiación ionizante en la infancia (8,9). Revisiones narrativas posteriores han reiterado estas observaciones (10,11), pero no se dispone de un mapeo sistemático de la evidencia pediátrica que describa cómo se presenta, se diagnostica y se trata la AE en niños ni qué vacíos de conocimiento persisten.

Se eligió una revisión de alcance porque la literatura sobre el tema es heterogénea y está formada principalmente por reportes de casos, lo que impide una síntesis cuantitativa y hace más útil un mapeo de la evidencia (12,13). El objetivo fue mapear la evidencia publicada sobre la AE en niños y adolescentes menores de 18 años en cuanto a su presentación clínica, el abordaje diagnóstico, el manejo y los desenlaces, e identificar vacíos de conocimiento para la práctica y la investigación.

Métodos

Diseño y protocolo

Se realizó una revisión de alcance según el marco de Arksey y O'Malley (12), con las recomendaciones de Levac et al. (14) y la guía metodológica del Joanna Briggs Institute (JBI) (13). El informe sigue la extensión de PRISMA para revisiones de alcance (PRISMA-ScR) (15); la lista de verificación se presenta en el Material suplementario S2. El protocolo, con la pregunta, los criterios de elegibilidad y las estrategias de búsqueda, se elaboró antes de la búsqueda. No se realizó un registro prospectivo del protocolo en una plataforma pública.

Pregunta de revisión y criterios de elegibilidad

La pregunta de revisión fue: ¿qué evidencia existe sobre la presentación clínica, el abordaje diagnóstico, el manejo y los desenlaces de la AE en niños y adolescentes? Los criterios se definieron con el marco población, concepto y contexto. La población fueron los pacientes menores de 18 años; se aceptaron series con adultos si los casos pediátricos se describían por separado. El concepto fue la AE primaria (torsión, infarto o necrosis de un apéndice epiploico) confirmada por imagen, cirugía o histopatología. El contexto incluyó cualquier país, nivel de atención o servicio clínico.

Se incluyeron estudios de cualquier diseño con datos clínicos de pacientes (reportes y series de casos, cartas o imágenes clínicas con casos, estudios observacionales o ensayos), publicados en español, inglés o portugués hasta el 31 de agosto de 2026. Se excluyeron la AE secundaria, el infarto omental aislado y la torsión del ligamento falciforme, las revisiones sin casos nuevos, los editoriales o cartas sin datos clínicos, los estudios en animales o anatómicos y los artículos cuyo texto completo no pudo obtenerse.

Fuentes de información y búsqueda

Se buscó en PubMed/MEDLINE, Scopus y SciELO desde el inicio de cada base hasta el 31 de agosto de 2026; las búsquedas se ejecutaron el 12 de octubre de 2026. El protocolo preveía buscar en LILACS, pero el portal de la Biblioteca Virtual en Salud no estuvo disponible en la fecha de búsqueda y se sustituyó por SciELO, que también indexa revistas latinoamericanas. Como no existe un descriptor MeSH ni DeCS específico para la AE, el concepto se buscó con texto libre (sinónimos y truncamientos de epiploic appendagitis, appendix epiploica, appendicitis epiploica y epiploitis). En PubMed y Scopus se combinó con un filtro pediátrico sensible que unía descriptores de edad y texto libre; en SciELO no se aplicó filtro de edad. No se restringió el idioma en la búsqueda. Las estrategias completas se presentan en el Material suplementario S1. El 13 de octubre de 2026 se revisaron manualmente las listas de referencias de los estudios incluidos.

Selección de las fuentes de evidencia

Los registros se unificaron y se eliminaron los duplicados por DOI, PMID, título idéntico o coincidencia de autor, año, volumen y página. Dos revisores (revisor 1: M.A.; revisor 2: F.A.) cribaron de forma independiente los títulos y resúmenes, con las categorías incluir, excluir o dudoso. Como apoyo, el revisor 1 dispuso, para cada registro, de una sugerencia preliminar generada con un modelo de lenguaje (Claude, Anthropic); la sugerencia era orientativa y el revisor la confirmó o la modificó. El revisor 2 trabajó en un archivo separado, sin acceso a esa sugerencia ni a las decisiones del revisor 1. La concordancia se midió con el porcentaje de acuerdo y el coeficiente kappa de Cohen (16), y las discrepancias se resolvieron por consenso.

Los registros incluidos o dudosos pasaron a la lectura del texto completo, que ambos revisores realizaron de forma independiente cuando ambos obtuvieron el artículo, con reso-

Cómo citar: Agila Guamán MI et al., Apendagitis epiploica en niños y adolescentes: revisión de alcance. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–10. doi:10.68838/psl.2026.00004

lución de las discrepancias por consenso. Cuando solo uno de ellos pudo obtener el texto completo, la decisión la tomó ese revisor. Los artículos que ninguno pudo obtener se registraron como no recuperados. Ambos revisores (M.A. y F.A.) revisaron y aprobaron las decisiones finales de selección.

Extracción de los datos

Se elaboró un formulario de extracción en una hoja de cálculo, con un diccionario de variables y valores permitidos, en dos niveles. En el nivel del estudio se registraron el país, el idioma, el diseño, el número total de pacientes y de pacientes pediátricos con AE, el servicio que reportó el caso y el enfoque principal. En el nivel del paciente se registraron la edad, el sexo, el sobrepeso u obesidad, las comorbilidades, la duración de los síntomas, la localización del dolor, la fiebre, las náuseas o vómitos, los signos peritoneales, el recuento de leucocitos, la proteína C reactiva, la sospecha diagnóstica inicial, las pruebas de imagen y sus hallazgos, el momento del diagnóstico, la localización y el mecanismo de la AE, el manejo, el motivo de la cirugía, la apendicectomía asociada, la histología, el tratamiento farmacológico, la estancia hospitalaria, las complicaciones, la recurrencia y el seguimiento.

El revisor 1 (M.A.) extrajo los datos de los textos completos con la asistencia del mismo modelo de lenguaje y verificó cada dato frente al artículo original. Ambos revisores (M.A. y F.A.) aprobaron la base final de extracción, los resultados y la versión final del manuscrito. Los datos no informados se registraron como tales. Se consideró diagnóstico preoperatorio el establecido o sugerido por imagen antes de cualquier intervención, y diagnóstico intraoperatorio el realizado durante la cirugía. De acuerdo con la metodología de las revisiones de alcance, no se evaluó la calidad metodológica de los estudios (13).

Síntesis de los resultados

Los resultados se presentan de forma narrativa, en tablas y en figuras. El flujo de selección se representó con el modelo de diagrama de PRISMA 2020, que incluye la identificación por otros métodos (17). Las variables categóricas se expresan como n/N (%), donde N es el número de pacientes con el dato informado, y las continuas como mediana, rango intercuartílico (RIC) y rango. Para explorar cambios en el tiempo, los pacientes se agruparon según el año de publicación del estudio en tres periodos (1982–2009, 2010–2017 y 2018–2026), definidos para obtener grupos de tamaño similar. Los análisis se realizaron con Python (biblioteca pandas).

Consideraciones éticas

Al tratarse de una revisión de datos publicados, el estudio no requirió la aprobación de un comité de ética ni consentimiento informado.

Resultados

Selección de las fuentes de evidencia

Se identificaron 232 registros (PubMed/MEDLINE, 78; Scopus, 114; SciELO, 40). Tras eliminar 76 duplicados se cribaron 156 títulos y resúmenes, de los cuales se excluyeron 86, principalmente por tratarse de población adulta (n = 27), por estar publicados en un idioma no elegible (n = 17), por no corresponder a una AE (n = 16) o por ser revisiones sin casos nuevos (n = 15) (Figura 1). En el cribado, el acuerdo entre revisores fue del 80,8 % (kappa = 0,69) y, para la decisión de excluir frente a pasar a texto completo, del 87,8 % (kappa = 0,76).

Se buscaron 70 textos completos, de los cuales 18 no pudieron recuperarse. De los 52 evaluados, 23 se decidieron por consenso de ambos revisores, 23 solo por el revisor 1 y 6 solo por el revisor 2. Se excluyeron 19, sobre todo por tratarse de adultos (n = 13) o por no presentar los datos pediátricos por separado (n = 4), y se incluyeron 33. La revisión de las listas de referencias identificó cuatro informes adicionales: uno se incluyó, otro se excluyó por tratarse de adultos y dos no pudieron recuperarse o localizarse. En total se incluyeron 34 estudios con 39 pacientes pediátricos. Además, siete reportes pediátricos se excluyeron solo por el idioma de publicación. Los informes excluidos, con sus motivos, y los no recuperados se detallan en el Material suplementario S3.

Características de las fuentes de evidencia

Los 34 estudios incluidos (6,7,10,11,18–47) se publicaron entre 1982 y 2026 (Tabla 1); 24 (70,6 %) aparecieron desde 2010 y 11 (32,4 %) desde 2018. Hubo 18 reportes de caso, 8 cartas o imágenes clínicas con un caso, 6 series de casos y 2 revisiones o ensayos pictóricos con casos propios. Treinta y un estudios aportaron un solo paciente pediátrico y ninguno aportó más de tres; en tres series que incluían adultos se extrajo únicamente el caso pediátrico (19,21,25). Los estudios procedían de 17 países, con predominio de Estados Unidos (n = 12), seguido de la India y Turquía (n = 3 cada uno); solo uno procedía de América Latina (México) (36). Todos se publicaron en inglés, salvo uno en español. Los casos fueron comunicados por servicios de cirugía pediátrica (n = 8), pediatría o urgencias pediátricas (n = 8), radiología (n = 5), gastroenterología (n = 4) y cirugía general (n = 3); en los seis restantes, el servicio era otro o no se especificó. El enfoque principal fue el diagnóstico por imagen en 15 estudios, el diagnóstico diferencial en 10, la presentación clínica en 5 y el manejo en 4.

Características clínicas de los pacientes

La mediana de edad fue de 11 años (RIC 8–15; rango 5–17); 15 pacientes (38,5 %) tenían menos de 10 años y 22 (56,4 %) eran varones (Tabla 2). Se informó sobrepeso u obesidad en 10 de los 15 pacientes con ese dato. Entre los antecedentes destacaron un lupus eritematoso sistémico tratado con corticoides e inmunosupresores (18) y la escleroterapia de una malformación arteriovenosa dos días antes del cuadro (47); en otro paciente la AE coincidió con una gastroenteritis aguda (32).

La mediana de duración de los síntomas fue de 2 días (RIC 1–4; n = 29), con un caso de dolor recurrente durante casi dos años (38). El dolor se localizó en la fosa ilíaca derecha en 27/36 (75,0 %) pacientes y en el hemiabdomen izquierdo en 4. Hubo fiebre en 6/29 (20,7 %), náuseas o vómitos en 15/27 (55,6 %) y signos peritoneales en 17/28 (60,7 %). La mediana del recuento de leucocitos fue de $11{,}5 \times 10^3/\mu L$ (RIC 9,2–12,9;

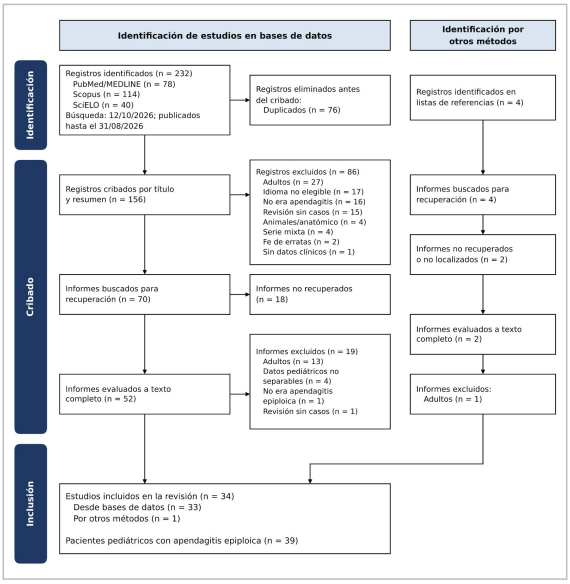


Fig. 1. Diagrama de flujo de la selección de las fuentes de evidencia según PRISMA-ScR, con identificación en bases de datos y por otros métodos (listas de referencias). Adaptado del modelo de diagrama de PRISMA 2020 (17).

n = 19), con valores superiores a $11 \times 10^3/\mu L$ en 11 pacientes; la proteína C reactiva se informó solo en 8. La sospecha diagnóstica inicial fue apendicitis aguda en 23/27 (85,2 %) pacientes con el dato.

Diagnóstico por imagen y localización

Se realizó ecografía en 27/30 (90,0 %) pacientes, y sugirió el diagnóstico de AE en 9/26 (34,6 %) de los casos con el resultado informado. En los demás, la ecografía no visualizó el apéndice, mostró solo líquido libre o grasa inflamada inespecífica, o se interpretó como apendicitis (11,23,35,44). Se realizó TC en 25/37 (67,6 %), con los signos característicos de la AE en 21/23 (91,3 %), y resonancia magnética (RM) en 4 pacientes (34,35,37). El diagnóstico fue preoperatorio en 28/39 (71,8 %) pacientes, establecido por TC en 23, por ecografía en 3 y por RM en 2, e intraoperatorio en 11/39 (28,2 %). En siete de los 11 pacientes con diagnóstico intraoperatorio no se había realizado TC, en dos no se informó y en otros dos la TC fue equívoca o se interpretó como apendicitis (20,40).

La AE se localizó en el colon derecho en 22/30 (73,3 %) pacientes con el dato: en el ciego en 15, en el colon ascendente en 5 y en el ángulo hepático en 2. Las demás se localizaron en el sigma (5) y en el colon transverso (3). Se documentó torsión del apéndice epiploico en 11 pacientes, todos ellos operados.

Manejo y desenlaces

De los 37 pacientes con el dato, 20 (54,1 %) recibieron manejo conservador, con analgésicos o antiinflamatorios en 13 y antibióticos en 4; todos tenían un diagnóstico preoperatorio por imagen. Fueron operados 17 pacientes (45,9 %): 8 por laparoscopia, 6 por cirugía abierta y 3 sin especificar el abordaje. Los motivos fueron la sospecha de apendicitis (9), el diagnóstico incierto (4) y la falta de respuesta al tratamiento conservador (3); en uno no se informó. Seis de los pacientes operados tenían un diagnóstico preoperatorio de AE (7,24,33,35,36,38). Se realizó apendicectomía concomitante en 11 de los 13 operados con el dato, y el apéndice fue histológicamente normal en 7 de los 9 con informe. La histología confirmó la AE en 13 de los 17 pacientes operados; en los restantes no se informó.

La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días (RIC 1,6–3,0; rango 0–7; n = 18). No se informaron muertes ni complicaciones postoperatorias en los 12 operados con el dato. Las únicas complicaciones descritas fueron una urticaria por ceftriaxona (45), una lesión renal aguda atribuida a la escleroterapia previa (47) y dolor persistente durante dos meses en un paciente tratado de forma conservadora (39). Ninguno de los 11 pacientes con información sobre recurrencia la presentó, aunque la duración del seguimiento se informó solo en 8 (mediana 7 meses; rango 0,5–12).

Cambios en el tiempo

La proporción de pacientes con diagnóstico preoperatorio pasó de 4/10 en 1982–2009 a 14/16 en 2010–2017 y 10/13 en 2018–2026, en paralelo con un mayor uso de la TC (4/10, 11/16 y 10/13, respectivamente). En los mismos periodos, el manejo conservador aumentó de 2/10 a 8/16 y 10/13, y la cirugía disminuyó de 8/10 a 6/16 y 3/13 (Figura 2).

Discusión

Esta revisión de alcance reunió 34 estudios con 39 niños y adolescentes con AE, publicados a lo largo de más de cuatro décadas. La evidencia procede en su totalidad de reportes y series pequeñas de casos. En conjunto, describe una enfermedad de escolares y adolescentes que afecta sobre todo al colon derecho, que se presenta como dolor en la fosa ilíaca derecha con sospecha de apendicitis y que, cuando se diagnostica antes de la cirugía, se reconoce principalmente por TC. Los pacientes con diagnóstico por imagen evolucionaron bien en su mayoría sin cirugía, mientras que la mayor parte de las intervenciones se realizó por sospecha de apendicitis.

El patrón anatómico difiere del descrito en adultos, en quienes predominan el dolor en el hemiabdomen inferior izquierdo y la afectación del sigma: 11 de 14 pacientes en la

Cómo citar: Agila Guamán MI et al., Apendagitis epiploica en niños y adolescentes: revisión de alcance. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–10. doi:10.68838/psl.2026.00004

Tabla 1. Características de los 34 estudios incluidos y de sus 39 pacientes pediátricos, en orden cronológico de publicación.

Ref.	Estudio (país)	Diseño	n*	Edad (años), sexo	Localización	Diagnóstico preoperatorio	Manejo	Evolución
18	Schikler 1982 (Estados Unidos)	Carta/imagen clínica	1	15 F	Sigma	No (intraop.)	Cirugía abierta	NI
19	Aronsky 1997 (Suiza)	Serie de casos	1 (6)	16 F	Sigma	No (intraop.)	Laparoscopia	Sin complicaciones, sin recurrencia
20	O'Rourke 2001 (Estados Unidos)	Reporte de caso	1	9 M	C. transv.	No (intraop.)	Laparoscopia	Sin complicaciones, estancia 1 d
21	Sangha 2004 (Estados Unidos)	Serie de casos	1 (3)	15 F	Ciego	Sí (TC)	Conservador	Sin complicaciones, estancia 2 d
22	Gupta 2008 (Kuwait)	Reporte de caso	1	8 M	Ciego	No (intraop.)	Cirugía abierta	Sin complicaciones, estancia 2 d
23	Christianakis 2009 (Grecia)	Reporte de caso	1	8 F	Ciego	No (intraop.)	Cirugía (NE)	Sin complicaciones, estancia 3 d
24	Fraser 2009 (Estados Unidos)	Carta/imagen clínica	1	8 M	NI	Sí (TC)	Laparoscopia	Sin complicaciones, estancia 1 d
25	Görg 2009 (Alemania)	Serie de casos	1 (15)	11 F	NI	Sí (Eco)	Conservador	NI
26	Khizer 2009 (Arabia Saudita)	Reporte de caso	1	12 M	Ciego	No (intraop.)	Cirugía abierta	Sin complicaciones, estancia 2 d
7	Maxfield 2009 (Estados Unidos)	Revisión/ensayo pictórico	1	6 F	NI	Sí (TC)	Cirugía (NE)	NI
27	Coulier 2010 (Bélgica)	Revisión/ensayo pictórico	1	8 M	NI	Sí (TC)	Conservador	Sin complicaciones
28	Jackson 2010 (Reino Unido)	Reporte de caso	1	12 M	Ciego	No (intraop.)	Laparoscopia	Sin complicaciones, estancia 1,5 d
29	Matsunaga 2010 (Japón)	Carta/imagen clínica	1	5 F	Ciego	Sí (TC)	NI	NI
30	Goh 2011 (Estados Unidos)	Carta/imagen clínica	1	17 M	NI	Sí (TC)	NI	NI
31	Rashid 2012 (India)	Reporte de caso	1	7 M	Ciego	No (intraop.)	Cirugía abierta	Sin complicaciones, estancia 2 d
32	Cho 2014 (Corea del Sur)	Reporte de caso	1	8 F	C. asc.	Sí (TC)	Conservador	Sin complicaciones, estancia 5 d
33	Toprak 2014 (Turquía)	Carta/imagen clínica	1	8 F	Sigma	Sí (TC)	Laparoscopia	NI
34	Joshi 2015 (Estados Unidos)	Serie de casos	3	16 M; 15 M; 15 F	C. asc.; NI; NI	Sí (TC); Sí (TC); Sí (Eco)	Conservador (×3)	Sin complicaciones; sin complicaciones, estancia 3 d; sin complicaciones, estancia 2 d
6	Redmond 2015 (Estados Unidos)	Reporte de caso	1	9 M	C. asc.	Sí (TC)	Conservador	Sin complicaciones, sin recurrencia (8 m)
35	Boscarelli 2016 (Italia)	Serie de casos	2	7 M; 5 M	Áng. hep.; Sigma	Sí (RM) (×2)	Laparoscopia; Conservador	Sin complicaciones, estancia 3 d, sin recurrencia (12 m) (×2)
36	Solórzano-Morales 2016 (México)	Reporte de caso	1	9 M	C. transv.	Sí (TC)	Cirugía abierta	NI
37	Hoffmann 2017 (Estados Unidos)	Reporte de caso	1	11 F	Ciego	Sí (TC)	Conservador	Sin complicaciones, alta desde urgencias, sin recurrencia (1 m)
38	Ullah 2017 (Estados Unidos)	Carta/imagen clínica	1	10 M	NI	Sí (TC)	Laparoscopia	Sin complicaciones, sin recurrencia
39	Kim 2018 (Corea del Sur)	Reporte de caso	1	15 M	C. asc.	Sí (TC)	Conservador	Dolor persistente 2 meses, sin recurrencia (2 m)
40	Liveris 2018 (Estados Unidos)	Reporte de caso	1	12 M	Ciego	No (intraop.)	Laparoscopia	Sin complicaciones, estancia 1 d

Cómo citar: Agila Guamán MI et al., Apendagitis epiploica en niños y adolescentes: revisión de alcance. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–10. doi:10.68838/psl.2026.00004

41	Ozturk 2018 (Turquía)	Serie de casos	3	15 M; 17 F; 10 M	C. transv.; Ciego; Ciego	Sí (TC) (×3)	Conservador (×3)	Sin complicaciones; sin complicaciones, estancia 3 d; sin complicaciones
42	Baajlan 2020 (Arabia Saudita)	Reporte de caso	1	10 M	Áng. hep.	Sí (TC)	Conservador	Sin complicaciones
10	Bianchi 2021 (España)	Reporte de caso	1 (2)	16 F	Ciego	Sí (Eco)	Conservador	Sin complicaciones, sin recurrencia (8 m)
43	Rustogi 2022 (India)	Carta/imagen clínica	1	11 M	NI	Sí (TC)	Conservador	Sin complicaciones, sin recurrencia (0,5 m)
44	Tahir 2023 (Pakistán)	Reporte de caso	1	8 F	Ciego	No (intraop.)	Cirugía abierta	Sin complicaciones, estancia 4 d
45	Çiçek 2023 (Turquía)	Reporte de caso	1	16 M	Ciego	Sí (TC)	Conservador	Urticaria por ceftriaxona, estancia 7 d, sin recurrencia (6 m)
11	Ademaj 2026 (Kosovo)	Reporte de caso	1	12 F	Ciego	No (intraop.)	Cirugía (NE)	NI
46	Bouabida 2026 (Estados Unidos)	Reporte de caso	1	17 F	Sigma	Sí (TC)	Conservador	Sin complicaciones, sin recurrencia
47	Singh 2026 (India)	Carta/imagen clínica	1	17 F	C. asc.	Sí (TC)	Conservador	Lesión renal aguda por la escleroterapia

* Pacientes pediátricos con apendagitis epiploica; entre paréntesis, total de pacientes del estudio cuando incluía adultos u otras entidades. Áng. hep.: ángulo hepático; C. asc.: colon ascendente; C. transv.: colon transverso; d: días; Eco: ecografía; F: femenino; intraop.: diagnóstico intraoperatorio; M: masculino; m: meses de seguimiento; NE: abordaje no especificado; NI: no informado; Ref.: número de referencia; RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada.

serie de Rioux y Langis y 8 de 10 en la de Sand et al. (1,3,4). En esta revisión, en cambio, tres de cada cuatro casos con localización conocida afectaban al colon derecho, en concordancia con la revisión pediátrica de Redmond et al. (6). Esta distribución puede reflejar en parte un sesgo de publicación, ya que es más probable que se publique un caso que simuló una apendicitis y fue operado, y no permite estimar la frecuencia real por segmento. Aun así, tiene una implicación práctica: en un niño con dolor en la fosa ilíaca derecha, la AE compite directamente con la apendicitis, y la ausencia de fiebre o una leucocitosis leve no permiten distinguirlas.

La TC fue la prueba que con más frecuencia permitió el diagnóstico preoperatorio y, cuando se informó, mostró en casi todos los casos los signos descritos en adultos, como la lesión ovalada de densidad grasa con anillo hiperdenso y punto central (1,5). En cambio, la ecografía, que es la primera prueba de imagen recomendada en niños con sospecha de apendicitis (8), sugirió la AE solo en un tercio de los casos con el resultado informado. Varios informes describen ecografías que no visualizaron el apéndice o solo mostraron líquido libre (11,23,44), y en un caso el diagnóstico se alcanzó tras la RM y la relectura de dos TC informadas inicialmente como normales (34). Dado el riesgo asociado a la radiación de la TC en la infancia (9), resulta relevante que en algunos estudios la ecografía o la RM permitieran el diagnóstico sin TC (10,25,35). La búsqueda dirigida de una masa ovoide, no compresible y adyacente al colon, descrita en adultos (3), podría incorporarse de forma explícita a la evaluación ecográfica del niño con dolor en la fosa ilíaca derecha y apéndice no visualizado.

Los pacientes con diagnóstico por imagen recibieron en su mayoría manejo conservador con analgésicos o antiinflamatorios, y ninguno con información de seguimiento presentó recurrencia, lo que coincide con el curso autolimitado descrito en adultos (2). La cirugía se indicó sobre todo cuando no se sospechaba la AE, y en esos casos el apéndice vermiforme resecado fue con frecuencia normal. Una minoría fue operada pese al diagnóstico por imagen, por persistencia o empeoramiento del dolor o por incertidumbre diagnóstica (7,24,33,35,36,38); en varios casos, la laparoscopia permitió confirmar el diagnóstico y resecar el apéndice epiploico (20,24,28). La torsión solo se documentó en pacientes operados, ya que únicamente puede comprobarse durante la cirugía, por lo que su frecuencia real es desconocida. El uso de antibióticos fue esporádico y los datos no permiten valorar su utilidad.

La revisión pone de manifiesto varios vacíos de conocimiento. No hay estudios de incidencia ni series pediátricas consecutivas, de modo que la evidencia depende de casos publicados por su interés, lo que sobrerrepresenta las presentaciones atípicas y los pacientes operados. El reporte fue heterogéneo: el índice de masa corporal, los marcadores inflamatorios, el tratamiento farmacológico y la duración del seguimiento faltaron en la mayoría de los casos, y el sobrepeso u obesidad no se registró en 24 de los 39 pacientes, por lo que no puede valorarse su posible asociación. Ningún estudio evaluó de forma sistemática el rendimiento de la ecografía o de la RM en niños. Además, solo un estudio procedía de América Latina, pese a que SciELO aportó 40 registros, en su mayoría de adultos. Para avanzar se necesitan registros multicéntricos pediátricos, series de imagen en niños con dolor en la fosa ilíaca derecha y apéndice no visualizado, y la aplicación de guías de reporte como CARE, que homogeneicen los datos de los casos publicados (48).

Fortalezas y limitaciones

Entre las fortalezas destacan la búsqueda en tres bases de datos y en las listas de referencias, el cribado por dos reviso-

Cómo citar: Agila Guamán MI et al., Apendagitis epiploica en niños y adolescentes: revisión de alcance. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–10. doi:10.68838/psl.2026.00004

Tabla 2. Características clínicas, diagnóstico, manejo y desenlaces de los 39 pacientes pediátricos con apendagitis epiploica.

Característica	Valor
Datos demográficos	
Edad, años, mediana (RIC); rango	11 (8–15); 5–17
< 10 años	15/39 (38,5 %)
10–14 años	10/39 (25,6 %)
15–17 años	14/39 (35,9 %)
Sexo masculino	22/39 (56,4 %)
Sobrepeso u obesidad	10/15 (66,7 %)
Presentación clínica	
Duración de los síntomas, días, mediana (RIC) [n]	2 (1–4) [29]
Dolor en la fosa ilíaca derecha	27/36 (75,0 %)
Fiebre	6/29 (20,7 %)
Náuseas o vómitos	15/27 (55,6 %)
Signos peritoneales	17/28 (60,7 %)
Leucocitos, $\times 10^3/\mu L$, mediana (RIC) [n]	11,5 (9,2–12,9) [19]
Leucocitos $> 11 \times 10^3/\mu L$	11/19 (57,9 %)
Sospecha inicial de apendicitis aguda	23/27 (85,2 %)
Imagen y diagnóstico	
Ecografía realizada	27/30 (90,0 %)
Sugestiva de AE	9/26 (34,6 %)
TC realizada	25/37 (67,6 %)
Con signos característicos de AE	21/23 (91,3 %)
RM realizada	4/38 (10,5 %)
Diagnóstico preoperatorio	28/39 (71,8 %)
Por TC / ecografía / RM	23 / 3 / 2
Diagnóstico intraoperatorio	11/39 (28,2 %)
Localización: colon derecho	22/30 (73,3 %)
Ciego / colon ascendente / ángulo hepático	15 / 5 / 2
Colon transverso	3/30 (10,0 %)
Sigma	5/30 (16,7 %)
Torsión documentada (en operados)	11/17 (64,7 %)
Manejo	
Conservador	20/37 (54,1 %)
Con analgésicos o AINE / con antibióticos	13 / 4
Quirúrgico	17/37 (45,9 %)
Laparoscopia / abierta / no especificado	8 / 6 / 3
Por sospecha de apendicitis	9/16
Con diagnóstico preoperatorio de AE	6/17
Apendicectomía concomitante	11/13
Apéndice histológicamente normal	7/9
Confirmación histológica de AE informada	13/17
Desenlaces	
Estancia hospitalaria, días, mediana (RIC) [n]	2 (1,6–3,0) [18]
Sin complicaciones	28/31 (90,3 %)
Recurrencia	0/11
Seguimiento, meses, mediana (rango) [n]	7 (0,5–12) [8]

Cómo citar: Agila Guamán MI et al., Apendagitis epiploica en niños y adolescentes: revisión de alcance. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–10. doi:10.68838/psl.2026.00004

Muertes	0

Valores expresados como n/N (%), donde N es el número de pacientes con el dato informado, salvo indicación en contrario; en las filas con sangría el denominador es el subgrupo de la fila superior. AE: apendagitis epiploica; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; RIC: rango intercuartílico; RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada.

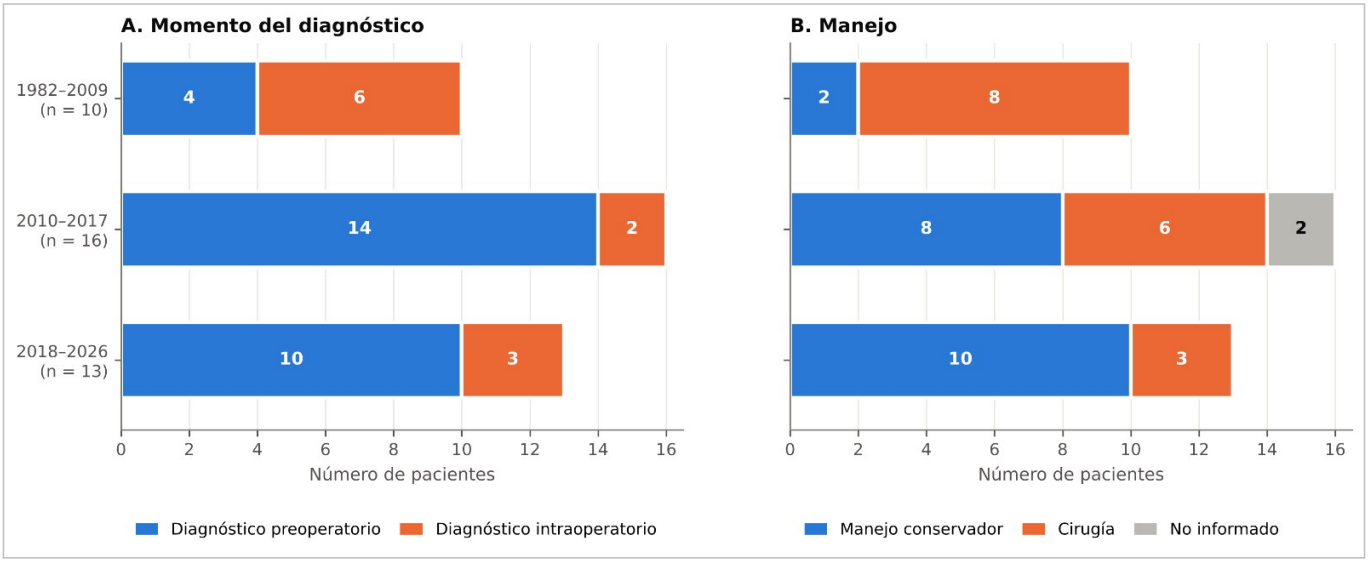


Fig. 2. Momento del diagnóstico (A) y manejo (B) de los 39 pacientes pediátricos con apendagitis epiploica, según el periodo de publicación del estudio. Los números dentro de las barras indican pacientes; «No informado» corresponde a dos pacientes sin datos sobre el manejo.

res independientes con una concordancia sustancial y la extracción de datos por paciente con un diccionario de variables, que permitió una síntesis más detallada que la habitual en revisiones narrativas.

Esta revisión tiene limitaciones. Primero, la restricción idiomática excluyó siete reportes pediátricos publicados en otros idiomas, y LILACS no pudo consultarse, por lo que pudo perderse literatura regional. Segundo, 18 textos completos no pudieron recuperarse, y al menos dos de ellos describían, según su título, pacientes pediátricos. Tercero, 29 de las 52 decisiones a texto completo las tomó un solo revisor (en una de ellas, una serie de cuatro casos excluida por tratarse de adultos, no pudo verificarse la edad de uno de ellos), y la extracción fue asistida por un modelo de lenguaje y verificada frente a las fuentes originales por el revisor 1 (M.A.); la aprobación final de ambos revisores no sustituye una extracción independiente por duplicado. Cuarto, algunos informes aportaron datos clínicos mínimos, como los ensayos pictóricos (7,27); en otro no puede descartarse una forma secundaria o un infarto omental (29), y un informe presenta una redacción muy similar a la de publicaciones previas, aunque describe un paciente distinto (10). Por último, los denominadores varían entre variables por los datos no informados, y el protocolo no se registró de forma prospectiva.

Conclusiones

La evidencia sobre la AE en niños y adolescentes se limita a reportes y series pequeñas de casos. En los casos publicados, la enfermedad afectó con mayor frecuencia al colon derecho, simuló una apendicitis y se diagnosticó antes de la cirugía sobre todo por TC; cuando se reconoció por imagen, el manejo conservador fue la norma y no se describieron recurrencias. Ante un niño con dolor en la fosa ilíaca derecha y un apéndice no visualizado o normal, conviene considerar la AE y buscar sus signos en la ecografía antes de indicar una cirugía. Se necesitan series pediátricas con un reporte homogéneo y estudios que evalúen el rendimiento de la ecografía y de la RM.

Consideraciones éticas

No aplica. Revisión de alcance de literatura ya publicada, sin reclutamiento de pacientes ni acceso a historias clínicas ni a datos identificables. No requiere aprobación de un comité de ética.

Consentimiento informado. No aplica. Los datos provienen exclusivamente de publicaciones previas; no se contactó ni se recogió información directamente de pacientes, padres o tutores.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Financiación

Esta investigación no recibió financiamiento específico de organismos públicos, comerciales ni sin fines de lucro.

Contribución de los autores (CRediT)

María Isabel Agila Guamán: Conceptualización, metodología, investigación, recopilación de datos, redacción del borrador original y revisión y edición del manuscrito.

Dora del Cisne Ochoa Jaya: Metodología, investigación, recopilación de datos, análisis formal, interpretación de resultados y revisión y edición del manuscrito.

Cómo citar: Agila Guamán MI et al., Apendagitis epiploica en niños y adolescentes: revisión de alcance. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–10. doi:10.68838/psl.2026.00004

Dayanna Yamirle Eras Palta: Conceptualización, investigación, análisis formal, interpretación de resultados, redacción del borrador original y revisión y edición del manuscrito.

Mercy Maribel Masaco Pinta: Metodología, investigación, recopilación de datos, validación de resultados, redacción del borrador original y revisión y edición del manuscrito.

Todas las autoras participaron activamente en el desarrollo del trabajo, realizaron una revisión crítica de su contenido científico y aprobaron la versión final del manuscrito.

Uso de inteligencia artificial generativa

No uso de IA.

Disponibilidad de datos

La base de datos de cribado y extracción (hoja de cálculo con el registro de decisiones y los datos por paciente) está disponible a solicitud razonable a la autora de correspondencia.

Material suplementario

Disponible en la página web del artículo: Material suplementario: estrategias de búsqueda, lista de verificación PRISMA-ScR y fuentes de evidencia excluidas.

Referencias

1. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendagitis and its mimics. Radiographics. 2005;25(6):1521-34. doi: 10.1148/rg.256055030
2. Schnedl WJ, Krause R, Tafeit E, Tillich M, Lipp RW, Wallner-Liebmann SJ. Insights into epiploic appendagitis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2011;8(1):45-9. doi: 10.1038/nrgastro.2010.189
3. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: clinical, US, and CT findings in 14 cases. Radiology. 1994;191(2):523-6. doi: 10.1148/radiology.191.2.8153333
4. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Wiese TH, Steinstraesser L, et al. Epiploic appendagitis--clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. BMC Surg. 2007;7:11. doi: 10.1186/1471-2482-7-11
5. Giambelluca D, Cannella R, Caruana G, Salvaggio L, Grassedonio E, Galia M, et al. CT imaging findings of epiploic appendagitis: an unusual cause of abdominal pain. Insights Imaging. 2019;10(1):26. doi: 10.1186/s13244-019-0715-9
6. Redmond P, Sawaya DE, Miller KH, Nowicki MJ. Epiploic appendagitis: a rare cause of acute abdominal pain in children. Report of a case and review of the pediatric literature. Pediatr Emerg Care. 2015;31(10):717-9. doi: 10.1097/PEC.0000000000000565
7. Maxfield CM, Bayindir P. Fat-containing lesions revealed by CT in children with right lower quadrant pain. Pediatr Radiol. 2009;39(4):371-6. doi: 10.1007/s00247-008-1110-8
8. 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
9. Pearce MS, Salotti JA, Little MP, McHugh K, Lee C, Kim KP, et al. Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. Lancet. 2012;380(9840):499-505. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60815-0
10. Bianchi F, Leganés Villanueva C, Brun Lozano N, Goruppi I, Boronat Guerrero S. Epiploic appendagitis and omental infarction as rare causes of acute abdominal pain in children. Pediatr Rep. 2021;13(1):76-85. doi: 10.3390/pediatric13010010
11. Ademaj I, Kurshumliu F, Gjonbalaj N, Ademaj A. Cecal epiploic appendage torsion in children and its diagnostic difficulties: a case report and review of literature. J Surg Case Rep. 2026;2026(2):rjag033. doi: 10.1093/jscr/rjag033
12. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
13. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. JBI Evid Synth. 2020;18(10):2119-26. doi: 10.11124/JBIES-20-00167
14. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implement Sci. 2010;5:69. doi: 10.1186/1748-5908-5-69
15. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-73. doi: 10.7326/M18-0850
16. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. Biochem Med (Zagreb). 2012;22(3):276-82. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23092060/
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
18. Schikler KN, Nagaraj HS, Hodge KM. Torsion of appendix epiploica and acute abdominal pain in systemic lupus erythematosus. Am J Dis Child. 1982;136(8):748. doi: 10.1001/archpedi.1982.03970440092032
19. Aronsky D, Z'graggen K, Banz M, Klaiber C. Abdominal fat tissue necrosis as a cause of acute abdominal pain. Laparoscopic diagnosis and therapy. Surg Endosc. 1997;11(7):737-40. doi: 10.1007/s004649900439
20. O'Rourke RW, Saito JM, Albanese CT. Laparoscopic diagnosis and resection of pediatric appendicitis epiploicae: case report and literature review. Pediatr Endosurg Innov Tech. 2001;5(3):319-22. doi: 10.1089/10926410152634475
21. Sangha S, Soto JA, Becker JM, Farraye FA. Primary epiploic appendagitis: an underappreciated diagnosis. A case series and review of the literature. Dig Dis Sci. 2004;49(2):347-50. doi: 10.1023/b:ddas.0000017463.46961.94
22. Gupta V, Kumar S. Appendicitis epiploicae: an unusual cause of acute abdomen in children. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2008;13(2):83-4. doi: 10.4103/0971-9261.43035
23. Christianakis E, Paschalidis N, Filippou G, Smailis D, Chorti M, Rizos S, et al. Cecal epiploica appendix torsion in a female child mimicking acute appendicitis: a case report. Cases J. 2009;2:8023. doi: 10.1186/1757-1626-2-8023
24. Fraser JD, Aguayo P, Leys CM, St Peter SD, Ostlie DJ. Infarction of an epiploic appendage in a pediatric patient. J Pediatr Surg. 2009;44(8):1659-61. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2009.04.030
25. Görg C, Egbring J, Bert T. Contrast-enhanced ultrasound of epiploic appendagitis. Ultraschall Med. 2009;30(2):163-7. doi: 10.1055/s-2008-1027891
26. Khizer M, Samujh R, Khan A. A rare cause of right iliac fossa pain. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2009;14(1):34-5. doi: 10.4103/0971-9261.54812
27. Coulier B. Contribution of US and CT for diagnosis of intraperitoneal focal fat infarction (IFFI): a pictorial review. JBR-BTR. 2010;93(4):171-85. doi: 10.5334/jbr-btr.276
28. Jackson CR, Hosie GP. Torted caecal appendix epiploica mimicking acute appendicitis in childhood. Scott Med J. 2010;55(2):58. doi: 10.1258/rsmsmj.55.2.58f
29. Matsunaga H, Fujii Y, Taniguchi N. Ultrasonographic findings in epiploic appendagitis. J Med Ultrason (2001). 2010;37(1):31-2. doi: 10.1007/s10396-009-0237-z
30. Goh VL, Rudolph CD. Epiploic appendagitis. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2011;53(1):1. doi: 10.1097/MPG.0b013e31820c5f59
31. Rashid A, Nazir S, Hakim SY, Chalkoo MA. Epiploic appendagitis of caecum: a diagnostic dilemma. Ger Med Sci. 2012;10:Doc14. doi: 10.3205/000165

Cómo citar: Agila Guamán MI et al., Apendagitis epiploica en niños y adolescentes: revisión de alcance. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–10. doi:10.68838/psl.2026.00004

32. Cho MS, Hwang-Bo S, Choi UY, Kim HS, Hahn SH. A case of epiploic appendagitis with acute gastroenteritis. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2014;17(4):263-5. doi: 10.5223/pghn.2014.17.4.263
33. Toprak H, Yildiz S, Kilicarslan R, Bilgin M. Epiploic appendagitis. JBR-BTR. 2014;97(3):174-5. doi: 10.5334/jbr-btr.70
34. Joshi DS, Fleming AE, Spottswood SE. It's not appendicitis...? Consideration of a benign mimicker. Hosp Pediatr. 2015;5(2):101-5. doi: 10.1542/hpeds.2014-0032
35. Boscarelli A, Frediani S, Ceccanti S, Falconi I, Masselli G, Casciani E, et al. Magnetic resonance imaging of epiploic appendagitis in children. J Pediatr Surg. 2016;51(12):2123-5. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2016.09.052
36. Solórzano-Morales SA, Castillo-Rodríguez SA, Laurindo-Mariano de Oliveira G, Arredondo-Villanueva JG, Ridaura-Sanz C. Apendicitis epiploica. Causa poco común de abdomen agudo en niños. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Acta Pediatr Mex. 2016;37(2):88-93. doi: 10.18233/apm37no2pp88-93
37. Hoffmann JA, Capraro A, Macnow T. A rare cause of right lower quadrant pain in an 11-year-old female. Clin Pediatr (Phila). 2017;56(14):1368-71. doi: 10.1177/0009922816674523
38. Ullah I, Mahajan L, Magnuson D. Epiploic appendagitis: a rare cause of chronic right lower quadrant pain in a child. J Pediatr. 2017;182:400-400.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.11.066
39. Kim HJ. Epiploic appendagitis with chronic abdominal pain in an obese adolescent. Hong Kong J Paediatr. 2018;23(4):305-7. Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/85055166301
40. Liveris A, Borenstein SH. Cecal epiploic appendagitis mimicking appendicitis. J Pediatr Surg Case Rep. 2018;37:27-9. doi: 10.1016/j.epsc.2018.07.002
41. Ozturk M, Aslan S, Saglam D, Bekci T, Bilgici MC. Epiploic appendagitis as a rare cause of acute abdomen in the pediatric population: report of three cases. Eurasian J Med. 2018;50(1):56-8. doi: 10.5152/eurasianjmed.2018.17247
42. Baajlan O, Bokhari H, AlGhamdi K, Zidan M. A pediatric case report of epiploic appendagitis presented with abdominal pain. Int J Surg Case Rep. 2020;70:13-6. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.03.033
43. Rustogi D, Khare C, Kumar K. Epiploic appendagitis: not so unusual cause of paediatric abdominal pain. Int J Pediatr Adolesc Med. 2022;9(4):225-6. doi: 10.1016/j.ijpam.2023.01.001
44. Tahir MA, Zahid H, Janjua A, Sharif M, Ahmad E. Cecal epiploic appendagitis mimicking acute appendicitis in an 8-year-old child: a case report. J Pediatr Surg Case Rep. 2023;96:102684. doi: 10.1016/j.epsc.2023.102684
45. Çiçek M, Özpınar Ş, Doğan S, Kalaycık Şengül Ö. Epiploic appendicitis in differential diagnosis of acute abdominal pain: a pediatric case. Turk J Pediatr Emerg Intensive Care Med. 2023;10(2):154-7. doi: 10.4274/cayd.galenos.2022.26213
46. Bouabida K, Okang M. Incidental epiploic appendagitis with contralateral anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in an adolescent. ACG Case Rep J. 2026;13(7):e02221. doi: 10.14309/crj.0000000000002221
47. Singh P, Rangaswamy DR, Vyas V, Mittal A. Epiploic appendagitis and acute kidney injury after sclerotherapy in an adolescent. Indian J Pediatr. 2026;93(7):775. doi: 10.1007/s12098-026-06221-w
48. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. Glob Adv Health Med. 2013;2(5):38-43. doi: 10.7453/gahmj.2013.008

Derechos de autor y licencia

Derechos de autor © 2026 María Isabel Agila Guamán, Dora del Cisne Ochoa Jaya, Dayanna Yamirle Eras Palta, Mercy Maribel Masaco Pinta.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0 (CC BY 4.0): https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/. Los autores conservan los derechos de autor y ceden a la revista el derecho de la primera publicación; terceros pueden utilizar lo publicado siempre que mencionen la autoría del trabajo y la primera publicación en esta revista. Los autores pueden realizar otros acuerdos independientes para la distribución no exclusiva de la versión publicada, indicando que se publicó por primera vez en esta revista.

Cómo citar: Agila Guamán MI et al., Apendagitis epiploica en niños y adolescentes: revisión de alcance. Pediatr Surg Latam (2026) 1(1):1–10. doi:10.68838/psl.2026.00004