

Coledocolitiasis en un lactante de 7 meses: una presentación infrecuente y un reto diagnóstico

Choledocholithiasis in a 7-Month-Old Infant: A Rare Presentation and Diagnostic Challenge

<https://doi.org/10.58995/redlic.rmic.v4.n3.a161>



Elena Cristina Albuja González ¹, Viviana Soledad Álvarez Alvarado ²,
María Isabel Sánchez Dávila ³

¹ Médico Posgradista de Pediatría, Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde; Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; cristinaalbuja@gmail.com. Guayaquil, Ecuador.

² Médico Posgradista de Pediatría, Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde; Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; vivianaalvareza@outlook.com. Guayaquil, Ecuador.

³ Pediatra, Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde; issasanchezd@hotmail.com. Guayaquil, Ecuador.

¿Como citar?

Albuja González , E. C. ., Álvarez Alvarado , V. S. ., & Sánchez Dávila, M. I. . (2026). Coledocolitiasis en un lactante de 7 meses: una presentación infrecuente y un reto diagnóstico. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea*, 4(3).103-114. <https://doi.org/10.58995/redlic.rmic.v4.n3.a161>

Recibido: 03-08-2025

Aceptado: 12-04-2026

Publicado: 01-07-2026

Nota del editor

REDLIC se mantiene neutral con respecto a reclamos jurisdiccionales en mensajes publicados y afiliaciones institucionales.

Editorial

Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea (REDLIC)
www.editorialredlic.com

Fuentes de financiamiento

La investigación fue realizada con recursos propios

Conflictos de interés

No presentan conflicto de intereses.



Este es un artículo de acceso abierto, bajo licencia [Creative Commons \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) de Atribución 4.0 Internacional

Resumen

La coledocolitiasis corresponde a la presencia de cálculos en el conducto colédoco y constituye una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, con una incidencia estimada menor al 1–2 % de las patologías biliares en lactantes. Su diagnóstico puede retrasarse debido a la inespecificidad de las manifestaciones clínicas, lo que incrementa el riesgo de complicaciones hepatobiliares y pancreáticas. Se presenta el caso de un lactante masculino de 7 meses que acudió con tres días de evolución caracterizados por irritabilidad persistente, rechazo a la alimentación, vómito bilioso y deposiciones hipoacólicas progresivas a acolia. En la evaluación clínica se evidenció tinte icterico escleral y dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho durante la exploración física. Los estudios de laboratorio mostraron hiperbilirrubinemia directa y elevación de enzimas hepáticas. La ecografía abdominal reveló dilatación del colédoco con litiasis intraluminal. Se instauró manejo conservador con soporte sintomático y seguimiento especializado, observándose evolución clínica favorable. Este caso resalta la importancia del diagnóstico oportuno mediante ecografía y del seguimiento clínico estrecho en lactantes con sospecha de obstrucción biliar.

Palabras clave: coledocolitiasis, lactante, ictericia, dolor abdominal, litiasis biliar.

Abstract

Choledocholithiasis refers to the presence of stones in the common bile duct and represents an uncommon condition in the pediatric population, with an estimated incidence of less than 1–2% of biliary disorders in infants. Its diagnosis may be delayed due to the nonspecific nature of clinical manifestations, increasing the risk of hepatobiliary and pancreatic complications. We report the case of a 7-month-old male infant who presented with a three-day history of persistent irritability, feeding refusal, bilious vomiting, and pale stools progressing to acholia. Physical examination revealed scleral icterus and abdominal tenderness in the right upper quadrant during palpation. Laboratory tests demonstrated direct hyperbilirubinemia and elevated liver enzymes. Abdominal ultrasound showed dilation of the common bile duct with intraluminal lithiasis. Conservative management with supportive care and specialized follow-up was implemented, resulting in favorable clinical evolution. This case highlights the importance of early diagnosis using ultrasonography and close clinical monitoring in infants with suspected biliary obstruction.

Keywords: choledocholithiasis, infant, jaundice, abdominal pain, biliary stones.

1. Introducción

La coledocolitiasis, definida como la presencia de cálculos en el conducto colédoco, constituye una causa infrecuente de ictericia obstructiva en la infancia, especialmente durante el primer año de vida. En la mayoría de los casos en pediatría,

curso de manera asintomática o con síntomas inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico temprano y puede conllevar complicaciones como colangitis, pancreatitis o sepsis biliar [1]. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, posiblemente

te debido a una mayor disponibilidad de ecografía abdominal en salas de urgencia, así como al incremento en la sobrevivencia de neonatos con comorbilidades graves [2].

En lactantes menores de un año, aproximadamente un 40 % de los casos tienen un origen idiopático; sin embargo, también se han descrito asociaciones con enfermedades hemolíticas, prematuridad, nutrición parenteral, fibrosis quística, infecciones sistémicas y uso de ciertos fármacos [3,4]. En lactantes, las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas e incluyen irritabilidad, llanto inconsolable, rechazo a la alimentación, vómitos biliosos y alteraciones en la coloración de las heces como hipocolia o acolia. La presencia de dolor abdominal se infiere generalmente a partir de signos indirectos durante la exploración física, como hipersensibilidad o respuesta dolorosa a la palpación en el hipocondrio derecho. En algunos pacientes, la coledocolitiasis puede diagnosticarse de manera incidental mediante estudios de imagen solicitados por otras causas [5].

La ecografía abdominal constituye el método diagnóstico inicial de elección en la evaluación de la patología biliar en la población pediátrica, debido a su amplia disponibilidad, carácter no invasivo y ausencia de radiación. Diversos estudios han reportado una sensibilidad aproximada del 85–95 % y una especificidad cercana al 90 % para la detección de litiasis en la vía biliar. Este método permite identificar cálculos como imágenes hiperecogénicas con sombra acústica posterior, así como dilatación del colédoco o la presencia de barro biliar, hallazgos que orientan al diagnóstico de obstrucción biliar [6]. En casos con hallazgos dudosos, se puede emplear colangiografía resonancia, aunque su uso en lactantes está limitado por requerimientos

técnicos y la necesidad de sedación. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), aunque poco frecuente en menores de un año, se reserva para casos seleccionados, especialmente cuando existe obstrucción persistente o complicaciones clínicas [7].

El abordaje terapéutico de la coledocolitiasis en lactantes continúa siendo un tema sujeto a discusión en la práctica clínica. Se ha documentado resolución espontánea de litiasis en neonatos y lactantes asintomáticos, lo cual permite una conducta expectante. En casos sintomáticos, el abordaje puede incluir tratamiento médico con ácido ursodeoxicólico, o intervenciones quirúrgicas y endoscópicas como la colecistectomía laparoscópica o la CPRE [4,8].

Este artículo tiene como objetivo presentar el caso clínico de un lactante menor con coledocolitiasis sintomática, cuyo diagnóstico se realizó mediante ecografía abdominal y que fue manejado de forma conservadora, resaltando la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de ictericia colestásica en la primera infancia.

2. Caso clínico

Se presenta el caso de un lactante masculino de siete meses de edad, sin antecedentes quirúrgicos y con calendario vacunal completo conforme al esquema del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Nació por cesárea a las 38 semanas de gestación en una clínica particular debido a sífilis materna, condición por la cual recibió tratamiento completo con penicilina G Benzatínica (una aplicación semanal por tres semanas). Fue hospitalizado durante dos días en el periodo neonatal. Presentó ic-

tericia neonatal con hiperbilirrubinemia indirecta, que se resolvió antes del mes de vida. Como tratamiento previo, había recibido domperidona a razón de 15 gotas diarias durante tres días.

Acudió al servicio de emergencia tras tres días de evolución caracterizados por irritabilidad persistente y episodios de llanto inconsolable, compatibles con dolor abdominal en lactantes, parcialmente aliviados con medicación. El cuadro se acompañó de vómito de contenido biliar en una ocasión y deposiciones pastosas en número de tres por día, inicialmente hipoacólicas con posterior evolución a acolia. Asimismo, se observó rechazo a la alimentación y disminución de la actividad habitual. Al ingreso, se encontraba irritable, con palidez generalizada, leve tinte icterico en escleras y signos clínicos de deshidratación moderada (mucosas semihúmedas, llenado capilar de tres segundos). Durante la exploración física se observó irritabilidad y respuesta dolorosa a la palpación en el hipocondrio derecho, manifestada por llanto y aumento de la sensibilidad abdominal. En lactantes, la valoración del dolor se realiza mediante signos indirectos durante el examen físico. Debido a la intensidad del cuadro clínico, el riesgo de complicaciones y la edad del paciente, se decidió hospitalización inmediata para vigilancia y manejo especializado.

Fue valorado por el servicio de hepatología, que recomendó colangiorresonancia magnética (CRM) para evaluación detallada. Cinco días después del ingreso, los estudios complementarios mostraron: haptoglobina 147 mg/dL, bilirrubina total 0.45 mg/dL (directa 0.19, indirecta 0.26), LDH 453 U/L, colesterol total 179

mg/dL, HDL 43 mg/dL y reticulocitos 1.7 %. La colangiorresonancia magnética no evidenció dilatación ni litiasis en las vías biliares intra ni extrahepáticas, lo que sugiere resolución espontánea del proceso obstructivo previamente identificado por ecografía. Esta discrepancia entre estudios de imagen puede explicarse por la migración o expulsión espontánea del cálculo hacia el duodeno, fenómeno descrito en la literatura pediátrica. Diversos estudios reportan que entre el 30 % y 60 % de los casos de coledocolitiasis en niños pueden resolverse espontáneamente, especialmente cuando se trata de cálculos pequeños o barro biliar. Asimismo, la realización de estudios de imagen en distintos momentos evolutivos del cuadro puede explicar la ausencia de hallazgos obstructivos en la colangiorresonancia posterior.

Al cumplirse el octavo día de hospitalización, se realizó una nueva valoración clínica por parte del equipo médico responsable. Se encontraba asintomático, con pruebas hepáticas normales y resolución clínica completa. Se inició tratamiento ambulatorio con ácido ursodesoxicólico 64 mg cada 12 horas (15 mg/kg/día) durante un mes. En el control ambulatorio al mes, persistía la normalización del hepatograma y la resolución clínica. Se indicó continuar la medicación por tres meses más y seguimiento por pediatría general.

3. Figuras, Tablas y Esquemas

3.1.1.

Tabla 1.

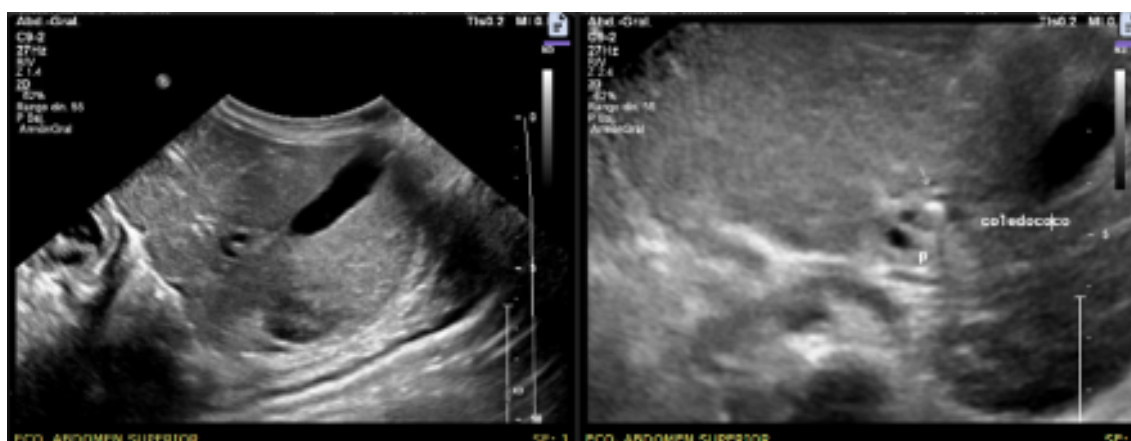
Exámenes auxiliares realizados al paciente

EXÁMENES DE LABORATORIO	RESULTADO AL INGRESO	VALOR REFERENCIAL
Glóbulos blancos (mil/mm ³)	9.42 mil/mm ³	5.0 - 14.5 mil/mm ³
Linfocitos (%)	51.3 %	30 - 60 %
Neutrófilos (%)	31 %	30 - 60 %
Plaquetas (mm ³)	325,000 /mm ³	150,000 - 450,000 /mm ³
TGO (AST) (U/L)	132 U/L	0 - 40 U/L
TGP (ALT) (U/L)	159 U/L	0 - 40 U/L
GGT (U/L)	476 U/L	7 - 60 U/L
Colinesterasa (U/L)	7770 U/L	5,300 - 12,900 U/L
Fosfatasa alcalina (U/L)	389 U/L	150 - 420 U/L
Bilirrubina total (mg/dL)	2.51 mg/dL	0.3 - 1.2 mg/dL
Bilirrubina directa (mg/dL)	2.14 mg/dL	0.0 - 0.4 mg/dL
Proteínas totales (g/dL)	6.5 g/dL	6.0 - 8.0 g/dL
Albumina (g/dL)	4.4 g/dL	3.5 - 5.0 g/dL
PCR (mg/L)	3.49 mg/L	<5 mg/L
Lipasa (U/L)	11 U/L	0 - 60 U/L
Amilasa (U/L)	13 U/L	30 - 110 U/L
Glucosa (mg/dL)	119 mg/dL	70 - 140 mg/dL
Urea (mg/dL)	18 mg/dL	10 - 40 mg/dL
Creatinina (mg/dL)	0.4 mg/dL	0.3 - 0.7 mg/dL
Nitrógeno ureico (mg/dL)	8.4 mg/dL	5 - 18 mg/dL
Examen de Laboratorio Control	Resultado	Valor Referencial
TGO (AST) (U/L)	41 U/L	0 - 40 U/L
TGP (ALT) (U/L)	48 U/L	0 - 40 U/L
GGT (U/L)	63 U/L	7 - 60 U/L
Colinesterasa (U/L)	8321 U/L	5,300 - 12,900 U/L
Fosfatasa alcalina (U/L)	349 U/L	150 - 420 U/L
Bilirrubina total (mg/dL)	0.45 mg/dL	0.3 - 1.2 mg/dL
Bilirrubina directa (mg/dL)	0.19 mg/dL	0.0 - 0.4 mg/dL
Proteínas totales (g/dL)	6.3 g/dL	6.0 - 8.0 g/dL
Albumina (g/dL)	4.3 g/dL	3.5 - 5.0 g/dL
LDH (U/L)	453 U/L	135 - 225 U/L

Colesterol total (mg/dL)	179 mg/dL	< 200 mg/dL
Colesterol HDL (mg/dL)	43 mg/dL	> 40 mg/dL
Reticulocitos (%)	1.7 %	0.5 - 1.5 %
Haptoglobina (mg/dL)	147 mg/dL	30 - 200 mg/dL

Figura 1. Ecografía abdominal superior en un lactante de 7 meses con cuadro clínico de colestasis.

En la imagen se observa un hígado de ecogenicidad homogénea y tamaño normal para la edad (lóbulo derecho mide 7.18 cm). Se evidencia dilatación del colédoco (7.3 mm) con la presencia de una imagen hiperecogénica compatible con cálculo biliar (0.54 cm), que proyecta sombra acústica posterior, sugestiva de litiasis en la vía biliar extrahepática. La vesícula biliar es de forma y tamaño conservado, con paredes finas y sin litiasis. Cabeza, cuerpo y cola del páncreas se visualizan sin alteraciones estructurales aparentes.



Fuente: autores 2025

4. Discusión

La coledocolitiasis en lactantes es una entidad clínica rara, pero su detección ha aumentado gracias al uso extendido de herramientas diagnósticas sensibles como la ecografía y la colangiorresonancia magnética [9, 10]. Aunque su incidencia es baja, estudios indican que alrededor del 70 % de los pacientes pediátricos con litiasis biliar presentan hallazgos compatibles con colecistitis crónica y un 10 % pueden evolucionar a formas agudas [9]. De igual manera, en lactantes menores de un año,

cerca del 40 % de los casos no tienen una causa identificable [10].

En este caso, el lactante de 7 meses presentó ictericia neonatal previa y un cuadro de colestasis aguda con irritabilidad, dolor en hipocondrio derecho, vómito bilioso y acolia. Estos síntomas se corresponden con una obstrucción biliar, definida como aumento de bilirrubina conjugada por interrupción del flujo biliar, lo cual da lugar a depósito de bilirrubina, ácidos biliares y colesterol en sangre [11].

La ecografía reveló una dilatación del colédoco de 0.70 cm con presencia de un cálculo de 0.54 cm en su interior, hallazgo compatible con lo reportado por Walker *et al.*, quienes subrayan la efectividad del ultrasonido como método diagnóstico inicial ante la sospecha de obstrucción biliar en pacientes pediátricos [12].

Se adoptó un manejo conservador con dieta hipograsa y ácido ursodesoxicólico (15 mg/kg/día). La evidencia sugiere que hasta el 60 % de los casos pediátricos pueden resolverse sin cirugía o endoscopia, especialmente cuando son asintomáticos o con cuadros leves [13,14]. En este paciente, una colangiorresonancia realizada cinco días después mostró resolución del cálculo, lo que indica expulsión espontánea.

Una limitación significativa fue la imposibilidad de confirmar éticamente esta expulsión, ya que la colangiorresonancia se efectuó varios días después del diagnóstico ecográfico. Esta discrepancia cronológica entre estudios es común en la práctica clínica pediátrica [15]. Adicionalmente, la falta de disponibilidad de técnicas como la CPRE en lactantes representa un desafío diagnóstico y terapéutico en muchos centros, haciendo indispensable el trabajo multidisciplinario [16].

Las causas de colestasis neonatal abarcan atresia biliar, déficit de alfa-1 antitripsina o colestasis familiar progresiva, pero en lactantes sin estas condiciones, la coledocolitiasis debe considerarse en el diagnóstico diferencial de colestasis inexplicada [10].

Respecto a los factores de riesgo, Palasciano *et al.* [17] detectaron una asociación entre IMC elevado y presencia de litiasis en niños mayores de 6 años. En menores de 1 año, una proporción considerable

de los casos hasta el 37 % no presenta una causa identificable, como lo señalan Friesen y Roberts [18]. De igual forma, un estudio retrospectivo llevado a cabo por Abu-El-Haija *et al.* [19] en el Cincinnati Children's Hospital, que analizó a 31 pacientes pediátricos con diagnóstico de coledocolitiasis, reportó que el abordaje conservador tuvo una tasa de éxito del 83 % en lactantes menores de 12 meses, por el contrario, en pacientes pediátricos de mayor edad fue más habitual recurrir a intervenciones invasivas, tales como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) o la realización de colecistectomía. Esta diferencia se relacionó con la tendencia en los lactantes a presentar cuadros más simples, con menor número de cálculos y menos complicaciones asociadas, lo que facilita una resolución espontánea sin intervención quirúrgica. Estos resultados coinciden con el manejo exitoso del caso presentado, donde la resolución espontánea se logró sin necesidad de intervención invasiva.

Por otro lado, un análisis multicéntrico realizado en hospitales de Alemania y Austria reveló que, si bien la mayoría de los pacientes pediátricos con litiasis biliar fueron tratados quirúrgicamente, el 24 % de los casos se trató mediante observación clínica y control por imágenes, sin que se reportaran complicaciones a largo plazo [20]. Este estudio respalda la estrategia expectante en pacientes estables, especialmente cuando no se dispone de acceso inmediato a técnicas endoscópicas o quirúrgicas. Comparado con el presente caso, la evolución favorable sin intervención demuestra que la selección adecuada del paciente y el monitoreo continuo permiten evitar procedimientos invasivos, sin comprometer la seguridad del tratamiento.

Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha cuando aparecen síntomas digestivos atípicos en lactantes. El manejo conservador, con seguimiento clínico y por imágenes, puede ser eficaz y seguro, evitando intervenciones invasivas innecesarias.

5. Conclusiones

La coledocolitiasis en lactantes menores de un año constituye una entidad poco frecuente, cuya prevalencia ha incrementado en los últimos años debido a la disponibilidad de herramientas diagnósticas más sensibles, como la ecografía abdominal y la colangiorresonancia magnética. Esta tendencia ha permitido una mejor identificación de casos en etapas tempranas, incluso en pacientes con sintomatología atípica o leve.

La presentación clínica de esta patología en la población lactante puede ser inespecífica, por lo que resulta fundamental mantener un alto índice de sospecha ante signos como irritabilidad persistente, vómito bilioso, dolor abdominal y deposiciones acólicas. Este enfoque diagnóstico se vuelve aún más relevante en pacientes con antecedentes de hiperbilirrubinemia neonatal, como se evidenció en el caso analizado.

El manejo conservador con dieta hipograsa y ácido ursodesoxicólico, complementado con seguimiento clínico e imagenológico, puede ser eficaz y seguro en casos seleccionados, particularmente cuando no existen signos de colangitis ni deterioro clínico progresivo. Este abordaje permite evitar intervenciones quirúrgicas o endoscópicas innecesarias, reduciendo el riesgo de complicaciones en una población vulnerable.

Una limitación importante en este caso fue el desfase temporal entre los estudios de imagen, lo cual impidió confirmar de forma directa la expulsión espontánea del cálculo. Este tipo de situación es frecuente en la práctica clínica y evidencia la necesidad de fortalecer el trabajo en equipos multidisciplinarios, así como mejorar el acceso a tecnologías avanzadas en centros que manejan pacientes pediátricos complejos.

Finalmente, este caso subraya la importancia de fomentar nuevas investigaciones en el ámbito pediátrico, que permitan establecer protocolos diagnósticos y terapéuticos estandarizados para la coledocolitiasis en lactantes, definiendo con mayor claridad los factores de riesgo, indicaciones de tratamiento conservador versus quirúrgico y estrategias de seguimiento a largo plazo.

6. Contribución de los autores

ECAG: Participó en la recolección de datos clínicos, redacción del caso, revisión bibliográfica y elaboración de las tablas e imágenes del manuscrito. Además, colaboró en la redacción del resumen, discusión y conclusiones.

VSAA: Realizó la supervisión académica, corrección crítica del contenido, y la revisión final del manuscrito, aportando criterios técnicos y clínicos para la validación del caso presentado.

MISD: Contribuyó en el diseño del caso clínico, redacción y edición del artículo, así como en la estructuración del documento final para su publicación.

7. Consideración éticas

Los autores declaran que el presente reporte de caso clínico se ha realizado siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado y asentimiento por escrito de su representante legal para la publicación de su caso y de las imágenes radiográficas/clínicas adjuntas. Se han tomado todas las medidas necesarias para garantizar la privacidad y el anonimato, eliminando cualquier dato identificativo del historial clínico o de los estudios de imagen.

8. Referencias

1. Uc A, Petersen NJ. Gallstones and biliary sludge in children and adolescents. *Curr Gastroenterol Rep.* 2021;23(3):9. <https://doi.org/10.1007/s11894-021-00808-3>
2. Jeanty C, Cohn JA, Caniano DA. Pediatric biliary disease: contemporary management and outcomes. *J Pediatr Surg.* 2020;55(4):682–688. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2019.10.015>
3. Çakar S, Eren G, Erdur CB, et al. Cholelithiasis in Infants: Risk Factors, Management, and the Role of Urso-deoxycholic Acid. *Children (Basel).* 2024;11(12):1553. DOI: <https://doi.org/10.3390/children11121553>
4. Sweeny KF, et al. Management of choledocholithiasis in children: a systematic review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2021;72(1):119–125. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003071>
5. Gómez MK, Bosley ME. Endoscopic and surgical approaches in the management of pediatric gallstone disease: A review of associated complications. *Semin Pediatr Surg.* 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semped-surg.2025.151497>
6. Walker JL, et al. Role of ultrasonography in the diagnosis of pediatric biliary obstruction. *Ultrasound Q.* 2023;39(1):15–20. <https://doi.org/10.1097/RUQ.0000000000000702>
7. Shah SA, et al. ERCP in infants and toddlers: indications, success and safety. *Gastrointest Endosc.* 2021;93(5):1151–1158. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.08.029>
8. Kohli R, et al. Medical management of gallstones in infants: current concepts. *Hepatol Commun.* 2020;4(7):979–985. <https://doi.org/10.1002/hep4.1548>
9. Xu ZR, Dan HL, Yu F. Risk factors, manifestations, diagnosis and treatment of cholelithiasis in children. *World J Meta-Anal.* 2021;9(1):54–63. <https://doi.org/10.13105/wjma.v9.i1.54>
10. Lewindon PJ, Chait P. Cholelithiasis and choledocholithiasis in children. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2020;23(1):1–10. <https://doi.org/10.5223/pghn.2020.23.1.1>
11. Gallbladder Stones in Pediatric Age: An Emerging Problem. *Children.* 2023;10(9):1544. <https://doi.org/10.3390/children10091544>
12. Frybova B, Drabek J, Lochmannova J, Douda L, Hlava S, Zemkova D, et al. Cholelithiasis and choledocholithiasis in children: risk factors for development. *PLoS One.* 2018;13(5):e0196475. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196475>
13. Palasciano G, et al. Prevalence and risk factors for gallstones in children: an

- ultrasonographic population survey. *J Clin Gastroenterol*. 2000;31(4):370–373. <https://doi.org/10.1097/00004836-200010000-00013>
14. Lee YJ, Park YS, Park JH. Cholecystectomy is feasible in children with small-sized or large numbers of gallstones and in those with persistent symptoms despite medical treatment. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2020;23(5):430–439. <https://doi.org/10.5223/pghn.2020.23.5.430>
15. Abu-El-Haija M, Lin TK, Palermo JJ, et al. Pediatric choledocholithiasis: characteristics and management in infants versus older children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2020;70(3):319–325. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002570>
16. Schimpl G, Sauer H, Schober PH, et al. Gallstone disease in childhood: a multicenter study of the German and Austrian Pediatric Surgical Association. *Eur J Pediatr Surg*. 2021;31(4):319–325. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714212>
17. Palasciano G, Portincasa P, Vinciguerra V, Velardi A, Di Ciaula A, Van Erpecum KJ. Prevalence and risk factors for gallstones in children: an ultrasonographic population survey. *J Clin Gastroenterol*. 2000;31(4):370–373. <https://doi.org/10.1097/00004836-200010000-00013>
18. Friesen CA, Roberts CC. Gallbladder disease in children. *Am Fam Physician*. 2004;69(3):623–630. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14971885>
19. Abu-El-Haija M, Lin TK, Palermo JJ, et al. Pediatric choledocholithiasis: characteristics and management in infants versus older children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2020;70(3):319–325. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002570>
20. Schimpl G, Sauer H, Schober PH, et al. Gallstone disease in childhood: a multicenter study of the German and Austrian Pediatric Surgical Association. *Eur J Pediatr Surg*. 2021;31(4):319–325. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714212>

Copyright (c) 2026. Elena Cristina Albuja González, Viviana Soledad Álvarez Alvarado,
María Isabel Sánchez Dávila.



Este es un artículo de acceso abierto, bajo licencia [Creative Commons](#)
(CC BY 4.0) de Atribución 4.0 Internacional

Caso clínico. Vol. 4 - No. 3, pp. 114 - 132. Julio, 2026. E-ISSN: 2960-8015

Intervención de enfermería en el control prenatal. Una revisión sistemática

Nursing intervention in prenatal care. A Systematic Review

<https://doi.org/>



Rosa Elvira Minchala Urgilés  ¹, Nancy Elizabeth Aucancela Saldaña ²,
Felipe Leonel Minchala Carangui ³

¹ Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues; nancy.aucancela@ucacue.edu.ec.
Azogues, Ecuador.

² Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues; felipe.minchala.74@est.ucacue.edu.ec.
Azogues, Ecuador.

³ Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues; issasanchezd@hotmail.com.
Azogues, Ecuador.

¿Como citar?

S

Recibido: 02-02-2026

Aceptado: 18-04-2026

Publicado: 01-07-2026

Nota del editor

REDLIC se mantiene neutral con respecto a reclamos jurisdiccionales en mensajes publicados y afiliaciones institucionales.

Editorial

Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea (REDLIC)
www.editorialredlic.com

Fuentes de financiamiento

La investigación fue realizada con recursos propios

Conflictos de interés

No presentan conflicto de intereses.



Este es un artículo de acceso abierto, bajo licencia Creative Commons (CC BY 4.0) de Atribución 4.0 Internacional