

María A. Castrillón, MD<sup>1\*</sup>, Hernán D. Herrera, MD<sup>1\*</sup>, Juliana Jaramillo, MD<sup>2</sup>, Jaime Escobar, MD<sup>2</sup>

1. Residente de Pediatría Universidad CES. 2. Docente de Pediatría Universidad CES – Hospital Manuel Uribe Ángel

\* Estos autores trabajaron por igual

## INTRODUCCIÓN

La infección urinaria es una patología frecuente en niños, ocasionada en un 80% de los casos por E.coli y en un porcentaje muy bajo por otros gérmenes gram negativos como proteus, enterobacterias y un 10% por bacterias gram positivas como enterococo. En niños menores de 1 año es más frecuente en hombres y después del año es más frecuente en mujeres. Dentro de los factores predisponentes más importantes está la obstrucción anatómica o funcional que genera estasis y posterior reflujo vesicoureteral. En estos casos la infección urinaria se presenta en los primeros meses de vida. En niños más grandes factores de riesgo como estreñimiento, pobre higiene y control de esfínteres cobran importancia.

Entre las principales causas anatómicas encontramos el RVU el cual predispone a la presencia de ITU a repetición y la presentación de valvas uretrales posteriores las cuales al obstruir el flujo de orina y estasis de la misma, favorece la colonización y posteriormente el desencadenamiento de ITU. Pueden presentarse ambas patologías concomitantemente lo cual predispone al paciente a infecciones recurrentes. Considerando lo anterior es necesario luego de presentarse una ITU en un grupo etéreo poco frecuente, realizar estudios que puedan verificar compromiso estructural de la vía urinaria. La ecografía nos permite diferenciar la anatomía renal y parte de la vía urinaria, en cuanto la cistouretrografía miccional permite ver de manera indirecta defectos de la salida de la uretra como valvas posteriores y evaluar presencia de alteraciones anatómicas de la vejiga y presencia de reflujo vesicoureteral. La presencia de cicatrices en el parenquima renal secundarias a ITU causadas por compromiso anatómico o funcional del tracto urinario logra ser evidenciado por la gramografía con DSMA, se ha descrito pérdida funcional a nivel renal con la acumulación de lesiones cicatrizales.

En consecuencia con lo anterior y el impacto que tiene en la etapa pediátrica, vemos la necesidad de reportar un caso de ITU atípico en preescolar de 3 años, asintomático previamente.

## OBJETIVOS

Describir un caso atípico de infección urinaria a repetición en un niño de 3 años previamente sano

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 3 años previamente sano con antecedente de infección urinaria por *Proteus mirabilis* en diciembre de 2014, diagnosticada por fiebre alta y urocultivo positivo con >100,000 UFC, tratada por 7 días con ceftriaxona con salud en casa y resolución completa de los síntomas; y otra en enero de 2015 con síntomas similares gram de orina que mostró cocos gram positivos y bacilos gram negativos y un urocultivo positivo para *Enterococcus faecalis* >100,000 UFC por lo que fue manejada con ampicilina 200mg/kg/día y amikacina 15mg/kg/día por 10 días hospitalizado.

Reingresa 21 días después de la última hospitalización con cuadro 1 día de evolución de fiebre alta hasta 40°C manejada con acetaminofén, tos, dificultad respiratoria, congestión nasal, hiporexia, malestar general, irritabilidad. Ingresó en regulares condiciones generales, febril con tirajes supraesternales y subcostales, con crépitos en base pulmonar derecha. Se solicita Rx de tórax y paraclínicos (ver tabla) y se inicia manejo con oxígeno, salbutamol, prednisolona, bromuro ipratropio y claritromicina por sospecha de neumonía por gérmenes atípicos. Por antecedente de ITUs previas se solicita uroanálisis que está contaminado, gram de orina que reporta cocos gram positivos y urocultivo positivo para *Enterococcus faecalis* >100.000UFC.

Se considera iniciar nuevo ciclo de tratamiento con ampicilina 200mg/kg/día. Se solicita cistouretrografía retrógrada durante la hospitalización por ser la tercera infección urinaria en 2 meses. Reporta hallazgos radiológicos que sugieren valvas uretrales posteriores que generan residuo urinario patológico y reflujo vesicoureteral bilateral tanto en la fase de repleción como de esfuerzo miccional GIII-IV, por lo que se interconsulta a cirugía pediátrica y urología para manejo posterior.

Hasta la publicación de este trabajo, el paciente sale de la hospitalización con la orden para cistografía y cirugía de fulguración de valvas, profilaxis con cefalexina 3cc vo cada 24 horas y orden de gammagrafía en 4 meses.

## PARACLÍNICOS E IMÁGENES

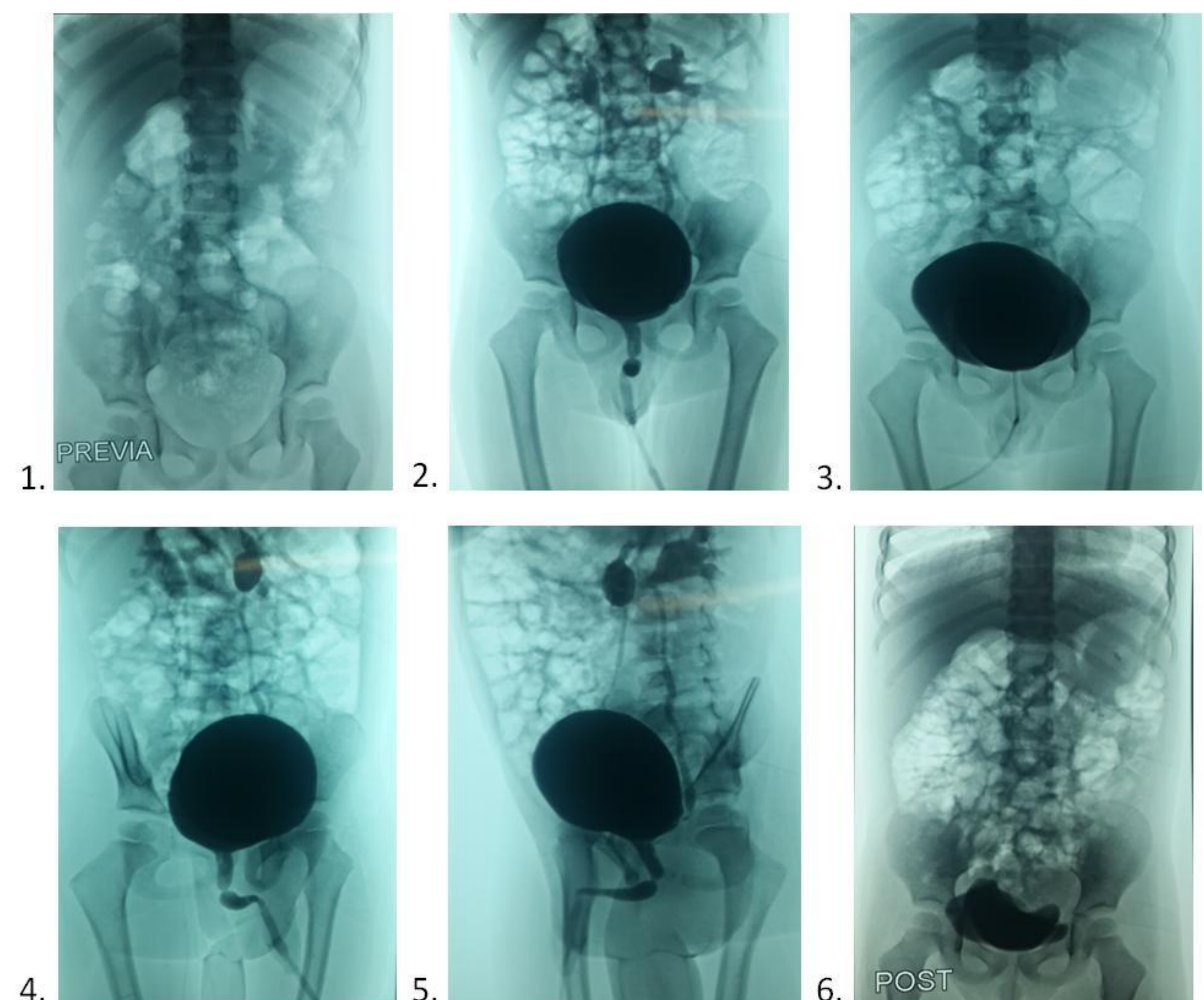
### PARACLÍNICOS ÚLTIMA HOSPITALIZACIÓN

	06.02.15	09.02.15	11.02.15	20.02.15
<b>Hemograma</b>				
Leucocitos (No.)	11,690	-	-	10,600
Neutrófilos (%)	64	-	-	79
Linfocitos (%)	23	-	-	13
Hemoglobina (mg/dl)	13	-	-	14
Hematocrito (%)	41	-	-	43
Plaquetas (No.)	306,000	-	-	527,000
<b>PCR</b>	7.3	-	-	1.07
<b>Uroanálisis</b>	Lig. Turbio No estearasa No nitritos Moco	-	-	-
<b>Gram de orina</b>	Cocos gram positivos	-	-	-
<b>Urocultivo</b>	-	Enterococcus faecalis >100,000 UFC*	Negativo	

### UROCULTIVOS POSITIVOS

	21.12.14	11.01.15	09.02.15
<b>Urocultivo</b>	<i>Proteus mirabilis</i> >100,000UFC	<i>Enterococcus faecalis</i> >100,000 UFC	<i>Enterococcus faecalis</i> >100,000 UFC

### CISTOURETROGRAFÍA MICCIONAL RETROGRADA



Cistourethrografía retrógrada tomada 16.02.2015. Valvas uretrales posteriores con reflujo vesicoureteral GIII-IV bilateral.

## CONCLUSIONES

- De acuerdo a la literatura, no se encuentra frecuentemente un niño de 3 años, previamente sano con una primera infección urinaria y por gérmenes poco frecuentes
- En todos los niños con infecciones urinarias es necesario hacer exámenes de extensión para determinar si hay causas anatómicas y/o funcionales que sean las causantes de la infección.
- Para hacer una aproximación a la posible causa de infecciones urinarias en niños es importante investigar factores de riesgo como estreñimiento, mala higiene y retención urinaria.

\* Trabajo aprobado por el Comité de Ética del Hospital Manuel Uribe Ángel, Envigado-Antioquia