



Niña con disuria y multistix en orina alterado ¿infección urinaria?

M^a Ángeles Suárez Rodríguez
Enero 2015



Paciente de 5 años.

Antecedente de hipotiroidismo primario autoinmune diagnosticado a los 3 años. En tratamiento con eutirox desde entonces.

Asma con sensibilización a gramíneas.

Desarrollo psicomotor y ponderoestatural normal.

Acude a consulta con volante de urgencias de hospital para recogida de urocultivo por clínica de disuria intensa y hematuria sin fiebre ni otra clínica.

En urgencias el multistix presentaba alteraciones en forma de sangre +++++. Leucos +++. Proteínas: negativo. No aporta sedimento



Ante la clínica y los hallazgos en orina se decide recoger urocultivo y se pauta cefixima 7 días.

Se controla evolución de la paciente al cabo de una semana: la hematuria cedió en tira de orina realizada a las 24 hs y la disuria en tres días. Afebril en todo momento.

Se informa sobre resultado de urocultivo recogido por chorro a mitad de micción: negativo.



Se revisa historia de la paciente y se recogen episodios previos de falta de control de la micción durante el día cuando tenía 4 años de edad, siendo derivada entonces a Nefrología que no encontró patología asociada a esta clínica.

Se solicita tras tratamiento nuevo urocultivo y determinación de sedimento en orina con valores de calcio/creatinina en micción aislada: 0.3 mg:mg (alto). Urocultivo: negativo. Eco renal: normal.



Se informa sobre este resultado a la familia y se explica sobre la necesidad de realizar determinación de valores de calcio en orina de 24 horas, pero finalmente se decide, por petición familiar, la derivación a consultas de nefrología.

Se le realizan determinaciones en orina de 24 hs con niveles de calcio: 7 mg/kg /día (Normal: < 4 mg/Kg), creatinina : 13mg/Kg/día (normal), fósforo: 19,5 mg/Kg/día (normal), sodio:1,6 mmol/Kg/día (normal), magnesio y ácido úrico: valores de referencia normales.

La clínica y los resultados en orina de 24 hs son compatibles con hipercalciuria idiopática.



Como tratamiento recibió la recomendación de ingesta abundante de agua diaria (hasta 2 litros y medio) y reducir el consumo de sal.

Tras esta valoración, la paciente presentó en la consulta síntomas miccionales en dos ocasiones en forma de **disuria con multistix alterado (hematíes y leucos positivos), sin confirmar diagnóstico de infección urinaria por cultivo en ninguno de estos procesos.**

En el momento actual la paciente mantiene niveles altos de calcio en orina, sin clínica miccional desde hace casi un año. No hay presencia de cálculos renales en controles ecográficos.



La clínica miccional en el niño es un motivo de consulta que debe hacer reflexionar al pediatra sobre las causas subyacentes, teniendo en cuenta que no siempre es sinónimo de infección urinaria a tratar.

Este es el caso de la hipercalciuria idiopática.

La hipercalciuria idiopática es una anomalía metabólica de origen genético que se caracteriza por una eliminación alta de calcio en orina sin hipercalcemia u otras causas de calciuria.



Se diagnostica con valores de calcio en orina superiores a 4mg/Kg/día en orina de 24 horas, siendo una alternativa de diagnóstico más sencilla la determinación de los índices calcio/creatinina en micción aislada superiores a 0.2 mg:mg en mayores de dos años.

Se necesitan dos determinaciones en ayunas y a mitad de la mañana.

La clínica de la hipercalciuria puede incluir: hematuria macro y microscópica, síntomas miccionales con o sin infección urinaria, enuresis nocturna e incontinencia, dolor abdominal crónico asociado



Según la clínica y evolución de los pacientes pueden ser necesarios otros estudios en sangre para determinar creatinina, calcio, cloro, fosfato, magnesio, fosfatasa alcalina, calcitriol y equilibrio ácido base.

También puede ser necesaria la densitometría, la edad ósea en pacientes de talla baja y marcadores más complejos de resorción ósea.

El control de la calciuria no es objetivo obligado, pues oscilará con los años.



El tratamiento se apoya en la ingesta de abundantes líquidos (entre 2-3 litros diarios) para reducir el riesgo de cristalización.

No se debe abusar de lácteos ni tampoco contraindicarlos de forma absoluta.

La reducción de la sal en el menú diario, con la desaparición del salero de la mesa, es la medida dietética de mayor impacto en la excrección urinaria de calcio.

Se aconseja reducir la ingesta de carne y aumentar el consumo de frutas y verduras por su mayor contenido en potasio y magnesio.



El tratamiento con fármacos se limita a los pacientes con clínica urológica mantenida, litiasis y osteopenia importante.

Los fármacos empleados son: citrato potásico, tiacidas y bifosfonatos (estos últimos en caso de hipercalciuria y osteoporosis).

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_litiasis_hipercalciur