



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 216/22 - Calcificaciones en trígono vesical en un niño

*N. Salva Ortiz<sup>a</sup>, F.M. Bermúdez Torres<sup>a</sup>, J.A. Rodríguez Briosob, L. González Contero<sup>a</sup>, A.J. Delgado Sousa<sup>a</sup> y A.J. Bascuñana Quirell<sup>c</sup>*

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>Médico General; <sup>c</sup>Médico Internista. Hospital General Santa María del Puerto. El Puerto de Santa María. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 2 años que acude a urgencias por cuadro de vómitos incoercibles y diarrea de 5 días de evolución que no ceden tras intento de hidratación oral con suero. Refieren los padres 48 horas antes de acudir a urgencias eliminación de orina aparentemente hematúrica por lo que su pediatra inició tratamiento empírico con amoxicilina. El paciente queda ingresado en planta de Pediatría, mejorando el cuadro gastrointestinal a las 24 horas del ingreso; Sin embargo se objetiva en las primeras orinas emitidas, hematuria significativa de apariencia glomerular que se normaliza a las 48-72 horas del ingreso.

**Exploración y pruebas complementarias:** Peso: 11,2 kilos, talla: 81 cm, saturación de oxígeno basal 100%, tensión arterial 85/55 mmHg, regular estado general, palidez de piel, relleno capilar 2-3 segundos. Auscultación cardiaca: tonos puros y rítmicos sin ruidos añadidos, auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con buena aireación de campos pulmonares, Abdomen: blando y depresible sin masas ni megalías, no signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica sin patología evidente, signos meníngeos negativos, no exantemas ni petequias en piel. Hemograma: hemoglobina 11,7 g/dl, leucocitos 10.800 (65% neutrófilos), plaquetas 453.000. Bioquímica: sodio 130, glucosa 78, urea 11, creatinina 0,27, potasio 4,7, proteína C reactiva 23. Gasometría venosa normal. ASLO 200 UI/ml, factor reumatoide negativo, estudio del complemento normal, exudado faríngeo negativo, urocultivo negativo. Sedimento de orina: densidad 1.015, pH 6,5, leucocitos positivos, nitritos negativos, proteínas positivas, glucosa negativa, hematíes positivos. Normalización del sedimento a las 48 horas. Mantoux negativo. Ecografía abdominal: hígado de tamaño normal y ecoestructura homogénea, sin visualizar lesiones ocupantes de espacio, vesícula biliar no visible, no dilatación de vías biliares. Bazo normal, ambos riñones muestran un tamaño y una morfología normal, no observándose imágenes de litiasis. Hidronefrosis bilateral grado II, vejiga urinaria con calcificaciones inmóviles a nivel del trígono muy llamativas. No se observan dilatados los uréteres distales. Cistouretrografía miccional seriada: vejiga normal, capacidad habitual, no reflujo vésico ureteral durante el relleno. Micción: reflujo vésico ureteral izquierdo grado 1.

**Juicio clínico:** Infección de tracto urinario. Reflujo vésico ureteral izquierdo grado 1.

**Diagnóstico diferencial:** Infecciones víricas, bacterianas y parasitarias, hidatosis, pólipos, tumores.

**Comentario final:** La ecografía de vías urinarias es una técnica inocua de fácil acceso que nos permite orientar acerca de la cronología del daño renal (crónico o agudo) y de su etiología (obstructivo o vascular), útil para valorar la forma y el tamaño renal, detecta dilataciones de la pelvis renal y de las vías urinarias y es útil para descubrir malformaciones, y es la primera prueba recomendada a realizar en un niño con un primer

episodio de infección del tracto urinario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. UTI Guideline Team. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for medical management of first time acute urinary tract infection in children 12 years of age or less.
2. Ordóñez FA, Santos F, Málaga S. Actualización en el manejo de infecciones por el pediatra de atención primaria: infección del tracto urinario. Ponencia del 55 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Valencia, 2006.
3. Arístegui Fernández J, Rodrigo Gonzalo de Liria C. Infección urinaria. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Asociación Española de Pediatría, 2001.