

Infecção do Tracto Urinário no Lactente com Febre

DULCE OLIVEIRA, ROSA LIMA, PAULA MATOS

Hospital Geral de Santo António
Serviço de Pediatria - Serviço de Urgência - Consulta de Nefrologia

Resumo

Com o objectivo de avaliar a prevalência da infecção urinária no pequeno lactente com febre, os autores realizaram um estudo prospectivo em 51 lactentes, com idade inferior a 6 meses que recorreram ao serviço de urgência por febre. Em todos os casos foi feita colheita de urina e realizado Combur 10^R e Urocultura^R. O diagnóstico de infecção urinária foi feito em 8 crianças (15,7%). O teste Combur 10^R teve neste estudo uma sensibilidade de 12,5% e uma especificidade de 86%. Dada a dificuldade de detecção de infecção urinária e a gravidade clínica que pode assumir nesta faixa etária, este diagnóstico deverá ser sempre ponderado em todo o lactente com febre.

Palavras-Chave: Lactente; febre; infecção urinária.

Summary

Urinary Tract Infections in Young Children

The aim of this study was to determine the prevalence of urinary tract infection in febrile infants aged < 6 months (n=51). All children done uroculture and Combur 10 Test. We diagnosed urinary tract infection in 8 (15,7%) of febrile infants. The specificity of urinalysis (Combur 10) was 86%, but the sensitivity was only 12,5%. We conclude that clinicians should be alert to the possibility that febrile infants may have urinary tract infection, since this infection may cause permanent renal damage.

Key-Words: Infants; fever; urinary tract infection.

Introdução

A infecção do tracto urinário (ITU) é uma situação frequente em idade pediátrica, surgindo em todos os grupos etários e acarretando morbilidade considerável⁽¹⁻⁵⁾.

A inespecificidade dos sintomas, sobretudo na criança mais pequena, dificulta e atrasa o diagnóstico de ITU e a detecção de uma possível uropatia malformativa subjacente. Por outro lado, o risco de lesão renal é tanto maior, quanto menor for a idade da criança⁽¹⁻⁵⁾.

O objectivo deste estudo foi avaliar a prevalência da ITU em lactentes com febre, de idade inferior a 6 meses.

Metodologia

Foi feito um estudo prospectivo em 51 lactentes que recorreram ao Serviço de Urgência do HGSA por febre, de Outubro de 96 a Junho de 97, num período de urgência semanal de 24 horas.

Em todos os casos foi realizado Combur 10^R e Uricult^R (colheita de urina por saco colector), para além de outros estudos analíticos sugeridos pelos sinais e sintomas que acompanhavam o quadro febril.

Considerámos sugestivo de ITU a presença no Combur 10^R de leucócitos e/ou eritrócitos e teste de nitritos positivo. O critério utilizado para definir ITU foi o crescimento de uma só estirpe com número de colónias > 10⁵/ml na amostra de urina colhida por saco colector.

A nenhuma das crianças tinha sido previamente instituída antibioterapia. Nos lactentes cuja gravidade clínica justificou internamento, foi efectuada uma segunda urocultura antes de iniciar antibioterapia endovenosa.

Todas as crianças foram posteriormente vigiadas e estudadas na Consulta de Pediatria do HGSA.

Resultados

Foram estudados 51 lactentes que recorreram ao Serviço de Urgência com febre, tendo sido diagnosticado infecção do tracto urinário em 8 crianças (15,7%).

A prevalência da ITU em relação ao sexo, idade e temperatura máxima estão ilustrados na tabela 1. Esta foi

Correspondência: Dulce Oliveira
Rua Vasco da Gama, 126 - 4.º Esq. Fte.
4420 Fanzeres - Gondomar

Aceite para publicação em 12/06/2001.
Entregue para publicação em 27/04/1999.

semelhante em ambos os sexos, superior nos recém-nascidos (28,5%) em relação aos lactentes entre 1 e 6 meses (13,6%) e no grupo dos lactentes com temperatura rectal > 39°C (20,7%), relativamente aos que tinham < 39°C (9%).

TABELA 1
Prevalência da ITU em relação à idade, ao sexo e à temperatura máxima

	total	<u>Urocultura+</u> n	%
SEXO			
Masculino	27	4	14,8%
Feminino	24	4	16,6%
IDADE			
Recém-nascido	7	2	28,5%
1 - 6 meses	44	6	13,6%
TEMPERATURA máxima			
< 39° C	22	2	9%
> 39° C	29	6	20,7%

Em 15 casos a febre era o único sintoma que motivou a vinda ao serviço de urgência, tendo em média uma evolução de 32 horas (mínimo-2h e máximo-48h).

A prevalência da ITU em relação a sintomas acompanhantes está ilustrado na tabela 2. A ITU ocorreu em 33,3% dos casos que apresentavam febre isolada; no entanto em crianças com sintomas inespecíficos e não relacionados com o tracto urinário (vómitos, tosse e obstrução nasal) foi igualmente detectada infecção urinária (8%).

TABELA 2
Prevalência da ITU em relação a sintomas acompanhantes

	total	<u>Urocultura+</u> n	%
<i>Febre isolada</i>	15	5	33,3%
<i>Febre associada a:</i>			
vómitos	8	1	12,5%
tosse / rinorreia	14	2	6,25%
diarreia	8	—	—
gemido	3	—	—
irritabilidade	3	—	—

Foi detectada ITU em 18,5% dos que não apresentavam origem aparente para a febre e em 13% dos que tinham uma causa provável para a febre: otite média aguda, gastroenterite e infecção respiratória (tabela 3).

TABELA 3
Prevalência da ITU em relação à origem da febre

	total	<u>Urocultura+</u> n	%
sem origem	27	5	18,5%
causa provável *	23	3	13%
causa inequívoca **	1	—	—

* Causa provável – otite média aguda; gastroenterite; infecção respiratória.

** Causa inequívoca – sépsis com meningite por *Proteus*

Apenas três lactentes apresentavam alterações no Combur 10^R (hematúria ou leucocitúria e nitritos+) e destes, em apenas um caso a urocultura foi positiva. Neste estudo, a sensibilidade do teste Combur 10^R foi de 12,5% e a especificidade foi de 86%.

Pela gravidade do quadro clínico e resultados dos exames complementares, cinco lactentes foram internados e foi instituída antibioterapia endovenosa, após colheita de segunda urocultura (Tabela 4). Os restantes foram contactados após conhecimento do resultado do Uricult^R. Como agente infectante foi isolado *Escherichia coli* em seis casos e *Klebsiella* em dois. Em todos os casos foi realizada ecografia reno-pélvica, que não mostrou alterações.

Todos os lactentes com diagnóstico de infecção urinária foram orientados para a Consulta de Pediatria, sendo o tempo médio de seguimento de 20 meses (mínimo-16 meses; máximo-24 meses).

Como parte do protocolo de estudo da ITU, todos efectuaram cistouretrografia miccional seriada que foi negativa para refluxo vesicoureteral.

Uma das crianças tinha diagnóstico pré-natal de dilatação pielocalicial tendo realizado posteriormente urografia endovenosa e ecografia reno-pélvica de controle, que se revelaram normais.

Das oito crianças com diagnóstico de ITU, três tiveram alta passando a ser vigiadas no médico assistente, duas abandonaram a consulta e três mantêm-se na consulta, tendo apenas uma destas tido um novo episódio de infecção urinária afebril.

Discussão

O risco de lesão do parênquima renal traduzido pela formação de cicatrizes renais está, segundo vários autores, relacionado com a idade da infecção urinária sendo maior na primeira infância (1, 5, 7, 8, 9).

Neste estudo, em lactentes com menos de 6 meses, a prevalência da ITU foi de 15,7%, sendo superior ao que

TABELA 4
Exames auxiliares e tratamento efectuado

ITU	Idade	Combur	Gravidad	Leucogr.	Internam.	Dias Int.	Trat. EV	Trat. vo
1	1,5M	N	Sim	leuc/neut	Sim	10	cefal. 3. ^a G	-
2	5,5M	N	Sim	leuc/neut	Sim	5	cefal. 3. ^a G	-
3	RN	N	Sim	N	Sim	10	Amp/Gen	-
4	3M	N	Sim	N	Sim	5	cefal. 3. ^a G	-
5	RN	alterado	Sim	N	Sim	10	Amp/Gen	-
6	5,5M	N	Não	-	Não	-	-	amox/a.cl
7		N	Não	-	Não	-	-	amox/a.cl
8	5M	N	Não	-	Não	-	-	amox/a.cl

RN - recém-nascido; M - mês; N - normal; Leuc/neut - leucocitose/neutrofilia; Cefal. 3.^a G - cefalosporina 3.^o geração; Amp/Gen - ampicilina/gentamicina; Amox/a.cl - amoxicilina/ácido clavulânico; Dias int - dias de internamento; Trat EV - tratamento endovenoso; Trat v.o. - tratamento via oral

vem descrito na literatura (4,1-7,5%)⁽¹⁾. A colheita de urina no serviço de urgência é feita normalmente por saco colector, facto que pode constituir uma importante limitação neste estudo.

Notou-se uma maior prevalência de infecção nos casos com temperatura superior ou igual a 30°C, embora não haja outros estudos que apontem para esse facto.

Não houve predomínio do sexo masculino ao contrário do que referem alguns trabalhos⁽⁹⁾.

Nesta faixa etária, a sintomatologia da ITU é normalmente inespecífica^(1, 3, 6, 8, 9), e neste estudo a urocultura foi positiva em 33,3% dos que apresentavam febre isolada e em 18,75% dos que tinham outros sintomas associados.

Poder-se-á, no entanto, levantar a questão, se a origem da febre será a ITU, ou se haverá outra infecção concomitantemente com bacteriúria assintomática⁽²⁾. Neste estudo é relevante o facto de em 13% das crianças com uma etiologia provável para a febre ter sido diagnosticado infecção urinária.

O teste de Combur 10^R, ao contrário do que outros autores apontam teve neste trabalho baixa sensibilidade e especificidade.

Em nenhuma destas crianças foi feito o diagnóstico de refluxo vesicoureteral, contudo uma delas apresentou uma alteração morfológica (dilatação pielocalicial) com evolução favorável.

Os autores concluem que dado os riscos duma ITU num lactente com febre, deverá ser efectuada uma urocultura, excepto se a origem da febre for inequívoca.

Bibliografia

- Hoberman A. Prevalence of urinary tract infection in febrile infants. *The Journal of Pediatrics* 1993; 123 (1): 17-23.
- Hoberman A. Urinary Tract Infections in young febrile children. *Ped Inf Dis Journal* 1997; 16 (1): 11-17.
- Crain E. Urinary Tract Infections in febrile Infants younger than 8 weeks of age. *Pediatrics* 1990; 86 (3): 363-7.
- Mary P. Andrich. Diagnostic Imaging in the Evaluation of the first urinary tract infection in Infants and very young children. *Pediatrics* 1992; 90: 436-41.
- Benador D. et al. Are younger children at highest risk of renal sequelae after pyelonephritis? *Lancet* 1997; 349: 17-9.
- Pinto E et al. Uropatia na criança: do sintoma ao diagnóstico. *Rev Port Pediatr* 1994; 25: 99-101.
- Gordon I. Vesico-Ureteric reflux, urinary tract infection, and renal damage in children. *The Lancet* 1995; 346: 489-90.
- Smellie J. Retrospective study of children with renal scarring associated with reflux and urinary infection. *BMJ* 1994; 308: 1193-6.
- Rushton H. et al. Urinary Tract Infections in Children. *Pediatrics Clinics of North America* 1997; 44(5): 1133-69.
- Hoberman A. et al. Is urine culture necessary to rule out urinary tract infection in young febrile children? *Ped Inf Dis Journal* 1996; 15 (4): 304-9.
- Raymond J. et al. Diagnostic microbiologique des infections urinaires chez l'enfant. Intérêt des tests rapides. *Arch pediatr* 1998; 5 suppl 3: 260-5.
- Benador D. Cortical scintigraphy in the evaluation of renal parenchymal changes in children with pyelonephritis. *The Journal of Pediatrics* 1994(1): 17-20.
- Stockland E. et al. Renal damage one year after first urinary tract infection: Role of DMSA. *The Journal of Pediatrics* 1996; 129(6): 815-20.
- Girardin E. et al. Rôle de la scintigraphie au DMSA dans la prise en charge des pyélonéphrite de l'enfant. *Arch Pediatr* 1998; 5 suppl 3: 285-9.