

Enuresis primaria

Dres. Marina Caggiani ¹, Margarita Halty ², Guillermo Gazzara ³

Definición

Es la micción involuntaria y reiterada durante el sueño, en un niño mayor de 5 años que no permaneció previamente seco durante un periodo mayor a 6 meses. La frecuencia en que debe ocurrir el trastorno para ser incluido en la definición es de dos veces por semana durante un período de tres meses.

El límite de los 5 años se toma en forma arbitraria, ya que a esta edad el 85% de los niños normales adquieren el control esfinteriano nocturno.

El trastorno predomina en los varones con una relación de 3:1.

A los 10 años, aproximadamente, el 7% de los niños presenta enuresis.

Se denomina enuresis secundaria a la pérdida del control esfinteriano ya adquirido y luego de un período seco mayor de 6 meses.

La pérdida de orina durante la vigilia que se acompaña de urgencia miccional, micción imperiosa y polaquiuria responde a una etiopatogenia diferente a la de la enuresis primaria aislada. Un 25% de los niños enuréticos también presentan síntomas diurnos.

Etiopatogenia

No se puede considerar un único factor responsable de este trastorno, los más relevantes son los siguientes:

- Un retraso en el proceso madurativo del control miccional a nivel del sistema nervioso central, con una capacidad reducida para inhibir la contracción vesical durante el sueño.
- La incidencia familiar (padres, hermanos) apoya la posibilidad de una base genética. Si uno de los padres padeció enuresis, el 44% de los hijos también la sufrirá; y si la padecieron ambos, la tendrá el 77% de los hijos. Datos aún no confirmados proponen la

existencia de una transmisión autosómica a nivel de dos loci ligados, en los cromosomas 12q y 13q.

- Una alteración en el ritmo circadiano para la secreción de ADH, con una falta de incremento normal durante la noche en estos niños. Esto generaría un aumento de la diuresis durante las horas nocturnas. Las dosificaciones hormonales no lo han confirmado en todos los casos.
- Los factores socioeconómicos y ambientales (medio socioeconómico deficitario) pueden tener un rol patogénico coadyuvante, así como la educación en el control de esfínteres demasiado temprana y severa o demasiado permisiva.

El paciente exclusivamente enurético no presenta alteraciones en la urodinamia.

El otro grupo de pacientes con síntomas diurnos concomitantes (disuria, polaquiuria, micción imperiosa), tienen una vejiga inestable. Esta enfermedad puede verse en niños normales o en casos de trastornos conductuales o retardo mental.

En relación a la enuresis secundaria, toman aquí jerarquía como desencadenantes factores psicológicos y orgánicos. Entre los primeros deben buscarse cambios en el entorno familiar, en la escuela, etcétera. Entre los segundos, se deben descartar una infección urinaria, poliuria secundaria a diabetes o a insuficiencia renal.

Diagnóstico

Se deben investigar en la **anamnesis**:

- Frecuencia de noches "húmedas", número de micciones involuntarias durante la noche, actitud de los padres, actitud del niño.
- Diario miccional: frecuencia y volumen de las micciones durante el día, presencia de incontinencia, micción imperiosa, polaquiuria.
- Características del chorro miccional.

1. Ex Profesor Adjunto de Clínica Pediátrica C. Facultad de Medicina. Montevideo. Nefrólogo. Docente Honorario Especializado de Facultad de Medicina, UDELAR.

2. Ex Asistente de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay. Nefrólogo. Intensivista de Unidad de Cuidados Intensivos de Niños (UCIN). Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

3. Ex Prof. Agregado de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR. Nefrólogo. Ex Jefe de Policlínica Nefrológica del CHPR.

- Presencia de síndrome urinario bajo.
- Tránsito digestivo bajo: estreñimiento, encopresis.
- Factores que desencadenan estrés: enfermedad o fallecimiento de un familiar, separación de los padres, nacimiento de un hermano, cambio de escuela, etc.

Entre los antecedentes interesan:

- Crecimiento y desarrollo, rendimiento escolar.
- Edad de adquisición del control esfinteriano.
- Infecciones urinarias.
- Antecedentes familiares de enuresis. El 60% de estos niños tienen un familiar directo que presenta o presentó enuresis.

En el **examen físico** debemos destacar:

- La calidad de la relación madre-hijo.
- En piel y osteoarticular, la presencia de elementos sugestivos de espina bífida oculta: fosita sacra pilonidal, nevus, lipoma sacro. En miembros inferiores: hipotrofia de masas musculares, pie cavo.
- En abdomen y fosas lumbares, interesan los puntos lumbares y ureterales; la existencia de un globo vesical.
- Debe realizarse la semiología del chorro urinario

Exámenes de laboratorio

- **Examen de orina:** una densidad baja en la primera orina de la mañana puede significar una alteración en la capacidad de concentración renal. Buscar glucosuria y elementos de lesión y de infección.
- **Urocultivo.**
- **Ecografía de aparato urinario:** evaluar ambos riñones, sus características y la existencia de residuo vesical postmiccional.
- **Glicemia.**
- **Función renal.**

En algunas situaciones pueden requerirse estudios más específicos, que serán solicitados por el especialista.

Aquellos niños con enuresis primaria que presenten un examen clínico y estudios de laboratorio normales se consideran portadores de una enuresis no complicada y no requieren más estudios.

Aquellos que tengan alguna alteración en la evaluación antedicha o diagnóstico de enuresis secundaria requieren una valoración más profunda de acuerdo a cada situación.

Tratamiento

El pediatra tratante es el encargado de dirigir el tratamiento del niño enurético y solicitar las consultas con especialistas cuando las crea pertinentes.

El tratamiento suele ser prolongado y la respuesta al mismo puede demorar meses en hacerse ostensible. Muchas veces se requieren medidas simultáneas para lograr un resultado efectivo.

Es de gran importancia el vínculo médico-paciente y médico-familia, como en todas las enfermedades crónicas.

Apoyo psicológico y familiar

El niño y la familia deben comprender que se trata de un trastorno benigno, debido a un retraso en la adquisición de la maduración neurológica del control esfinteriano nocturno y no de una enfermedad. Debe lograrse la colaboración del paciente. Los padres deben evitar un clima hostil o de censura.

Medidas generales

Se recomienda reducir el volumen de líquidos a ingerir luego de las 18 horas y durante la cena, suprimiéndolos luego de la cena; evitar las bebidas colas y café en el horario antedicho.

El niño debe orinar inmediatamente antes de acostarse.

El despertar al niño durante la noche para orinar es eficaz en aquellos que se mojan una vez en la noche y a la misma hora.

Se puede proteger el colchón con impermeables.

El niño debe registrar en un calendario las noches secas para poder apreciar una modificación en la frecuencia que lo estimule una vez iniciadas las medidas terapéuticas.

Tratamiento farmacológico

Se emplean una vez que las medidas anteriores solas han fracasado y nunca antes de los 6 años.

Previo a iniciar el tratamiento debe individualizarse el tipo de enuresis a tratar, si es monosintomática o con síntomas diurnos concomitantes.

1) *Desmopresina*

Es el análogo sintético de la vasopresina. Tiene mayor efecto antidiurético que ésta pero sin su acción presora. La dosis inicial es de dos inhalaciones (uno en cada nariz: 20 µg) en la noche. La hiponatremia por aumento de la reabsorción de sodio se evita no ingiriendo líquidos en las 6–8 horas siguientes a la inhalación. Otros efectos secundarios más frecuentes son el enrojecimiento facial y la rinitis.

De no obtener resultado al mes, puede incrementarse lentamente la dosis.

El éxito terapéutico se alcanza casi en el 70%.

La respuesta es favorable fundamentalmente en la enuresis monosintomática.

2) Oxibutinina

Es un fármaco anticolinérgico que actúa reduciendo las contracciones no inhibidas del detrusor e incrementando la capacidad vesical.

Son especialmente útiles en los casos de enuresis con síntomas diurnos y alteraciones urodinámicas.

La dosis habitual es de 5 mg cada 8-12 horas lejos de las comidas o 3- 6 mg/kg/día.

Como efectos colaterales pueden presentarse sequedad de las mucosas, estreñimiento y visión borrosa.

La imipramina es un antidepresivo tricíclico que se ha usado extensamente en el tratamiento de la enuresis con acción anticolinérgica y simpaticomimética a nivel vesical, estimula la liberación hipotalámica de la hormona antidiurética y disminuye la profundidad del sueño durante el último tercio de la noche permitiendo que el niño se despierte ante el estímulo de vejiga llena.

Actualmente no se justifica su uso para una entidad benigna como la enuresis, dado sus efectos secundarios: sequedad de mucosas, náuseas, temblores, trastornos de la alimentación, ansiedad, insomnio, arritmias cardíacas graves.

En algunas situaciones pueden combinarse la desmopresina y la oxibutinina, reduciendo las dosis individuales de cada uno y mejorando los resultados.

Tratamiento psicológico

Tiene indicación fundamentalmente en la enuresis secundaria de causa psicológica.

También puede ser necesario en situaciones en las que este trastorno no sea aceptado por el niño y el entorno familiar o que le altere la autoestima y la inserción social.

De una actitud comprensiva y respetuosa del entorno familiar y del profesional depende en gran parte que el niño pueda asumir su trastorno y sobrellevarlo sin peso y

sin opacar las demás experiencias gratificantes de esta etapa de su vida.

Alarmas

Son dispositivos con un sensor que se coloca en la ropa interior del paciente y se activa ante una mínima cantidad de orina. El niño se despierta y contrae el esfínter vesical externo mientras se levanta al baño para terminar la micción.

Son efectivas y tienen una baja tasa de recidivas, pero el efecto terapéutico puede demorar entre 3 y 4 semanas.

Referencias bibliográficas

1. **Boris N W, Dalton R.** Enuresis. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17 ed. Philadelphia: Saunders, 2004: 74-5.
2. **Elder JE.** Voiding dysfunction. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17 ed. Philadelphia: Saunders, 2004: 1808-12.
3. **Gordillo de Anda R.** Actualización en el estudio y tratamiento de la enuresis primaria nocturna. Arch Latinoam Nefrol Pediatr 2003; 3: 37-46.
4. **Rendón A, Joseph DB.** Urinary incontinence. Pediatr Clin North Am 2006; 53: 363-77.
5. **Medel R.** Incontinencia de orina. En: Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Nefrología Pediátrica. Nefrología Pediátrica. Buenos Aires: Ideográfica, 2003: 397-410.
6. **Rodríguez Fernández LM, Marugán Miguelsanz JM, Lapeña López de Armentia S.** Enuresis nocturna. En: García Nieto V, Santos F. Nefrología Pediátrica. Madrid: Aula Médica, 2000: 239-47
7. **Atala A, Bauer S.** Bladder dysfunction. En: Barratt TM, Avner ED, Harmon WE. Pediatric Nephrology. 4 ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 913-31.