

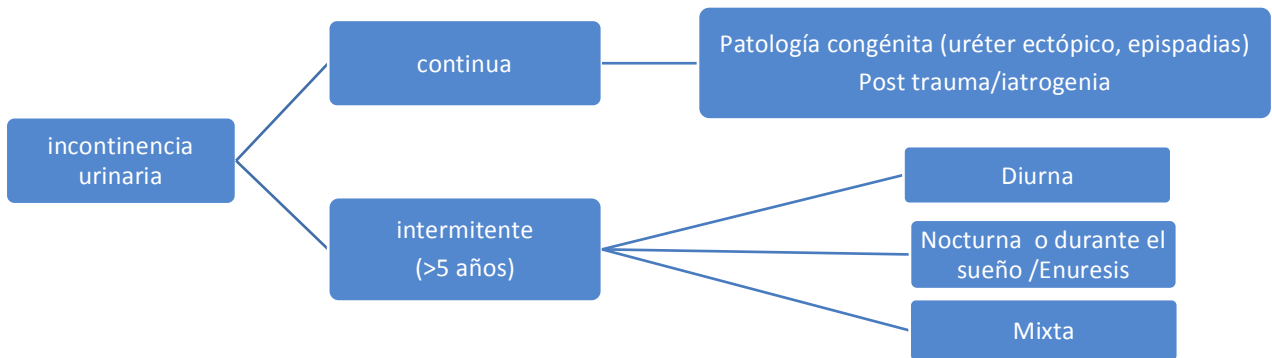
ENURESIS

Dra. Francisca Yankovic B.
Uróloga Pediátrica

Definición

Se define como enuresis a la pérdida de orina involuntaria durante el sueño mayor o igual a tres veces a la semana, en un niño mayor de 5 años. Tiene una prevalencia aproximada del 5% y es más frecuente en el sexo masculino. Esta condición tiene una asociación familiar y se estima que, si ambos padres tienen antecedente de enuresis, la posibilidad de tener un hijo con esta condición es cercana al 80%.

Tabla 1. Clasificación de la incontinencia urinaria (modificado de Neveus et al, 2006)



Clínica y Diagnóstico

Si bien el diagnóstico es por su historia de “mojar la cama (casi) todas las noches”, es necesario investigar otros hechos

a) **Historia clínica:**

1. Hábito miccional/intestinal: Frecuencia diaria reportada, ingesta de líquidos (tipos), inicio del control de esfínter, consistencia de deposiciones (recomendamos utilizar escala de Bristol), alimentación en general. Se interrogará en forma dirigida por síntomas urinarios asociados tales como: Urgencia miccional, Latencia miccional, Dificultad para vaciamiento vesical,

chorro débil, Polaquiuria, Tenesmo, Presencia o no de incontinencia nocturna (enuresis), maniobras de retención urinaria/fecal (cruzar piernas, movimientos de extremidades, etc), goteo post miccional.

2. Historia familiar de incontinencia urinaria nocturna (enuresis). Calidad y hábitos del sueño.
3. Concomitancia con infecciones del tracto urinario altas o bajas y/o otra patología urológica

b) Examen Físico:

Pese a que la mayor parte de los niños que consultan por enuresis son sanos, es importante no olvidar realizar un examen físico completo, determinando el estado general y nutricional del paciente. En forma dirigida se explorará el abdomen en busca de masas (hidronefrosis/tumores) y/o vejiga palpable (vejiga neurogénica). El examen genital debe consignar la ubicación del meato, la existencia de malformaciones anatómicas evidentes (epispadias, seno urogenital, uréter ectópico), la apariencia del introito vaginal en niñas, descartando la presencia de sinequias de labios menores y consignado la presencia/no de eritema vulvar. Se debe explorar la región lumbosacra en búsqueda de estigmas de alguna disrrafia medular oculta (hemangiomas, manchas pilosas, fosita pilonidal).

c) Estudio básico:

1. Cartilla miccional/defecatoria: Elemento fundamental en la evaluación de la incontinencia urinaria en el niño. La tabla 2 enumera los elementos a considerar al elaborar un registro miccional/defecatorio.
2. Ecografía renal y vesical pre-post miccional: Se solicita en todos los pacientes, permite evaluar la presencia de malformaciones renales (doble sistema con uréter ectópico, hidro ureteronefrosis) y/o vesicales como engrosamiento vesical, residuo post miccional aumentado y/o signos sugerentes de vejiga neurogénica.

Tabla 2: Cartilla miccional/defecatoria (modificado de Neveus et al, 2006)

DATOS	PERIODO	INFORMACION
Hora y volumen (ml) urinario	Mínimo 48 horas	Frecuencia miccional
Episodios de incontinencia	14 días	
Episodios de Enuresis	14 días	
Volumen Enuresis (peso pañal)	7 días	Presencia poliuria nocturna
Hábito intestinal	14 días	Asociación con constipación
Hora de acostarse/levantarse	14 días	Horas totales de sueño

La enuresis a su vez se clasifica en:

- a. **Primaria monosintomática:** La sociedad Internacional de Incontienencia lo define como cualquier paciente mayor de 5 años que no ha logrado continencia nocturna o del sueño por período mayor a 6 meses. A la exploración dirigida, no hay ninguna evidencia de sintomatología de disfunción del tracto urinario (urgencia, retención, disuria, tenesmo, polaquiuria, volumen urinario bajo) y/o incontinencia diurna. Generalmente es prudente esperar hasta que el paciente cumpla los 6 años antes de iniciar alguna terapia específica.
- b. **Primaria no monosintomática o mixta:** La enuresis mixta es la más frecuente. Se presenta en pacientes mayores de 5 años que no ha logrado continencia nocturna o del sueño por período mayor a 6 meses. A la exploración dirigida, hay evidencia de sintomatología de disfunción del tracto urinario (urgencia, retención, disuria, tenesmo, polaquiuria, volumen urinario bajo) y/o incontinencia diurna.
- c. **Enuresis secundaria:** Infrecuente, se diagnostica en pacientes mayores de 5 años que han pasado por un período mayor a 6 meses de continencia nocturna completa. Se deben descartar factores psicológicos y/o abuso infantil.

Tratamiento e indicaciones de derivación

La base de tratamiento de la enuresis es la motivación personal del niño, sin ella la tasa de éxito disminuye considerablemente

1. *Uroterapia*: Conjunto de medidas no farmacológicas en relación con los hábitos del paciente. Se debe insistir en la importancia en la ingesta de agua, el consumo de frutas y verduras y el aseo genital adecuado. Se instará a tener un patrón miccional/defecatorio conocido, sin postergar el deseo miccional, orinando cada 2-3 horas y evacuando deposiciones blandas todos los días. Ideal el no tener ingesta de líquidos 2 hrs. antes de irse a dormir.
2. *Alarmas Enuréticas*: Es la terapia de elección en pacientes con enuresis monosintomática. Requiere alta motivación tanto del paciente como de su entorno familiar. Funciona con un sensor de humedad que activa una chicharra, lo que permite que el paciente despierte y orine en el baño. Su efectividad es cercana al 70% y tiene baja tasa de recidiva.
3. *Terapia farmacológica*
 - a. *Anticolinérgicos*: La terapia anticolinérgica es una de las formas de tratamiento más habitual para la vejiga hiperactiva. En pediatría el anticolinérgico más utilizado es la oxibutinina en su presentación clásica (dosificada cada 8 horas) y en liberación prolongada. Hay que tener precaución sobre la aparición de efectos secundarios (sequedad bucal, constipación, rubor facial), los que son dosis dependientes. También es importante evaluar el vaciamiento vesical del paciente, pues puede empeorar al iniciarse la terapia con anticolinérgicos. Esta indicada en pacientes con Enuresis mixta o en aquellos en que sospecha hiperactividad del detrusor nocturna.
 - b. *Desmopresina*: Análogo de la hormona antidiurética, es altamente eficaz (60-80%) en pacientes con enuresis monosintomática. Especialmente indicado en aquellos que presentan poliuria nocturna. El mayor problema es que se trata de un tratamiento sintomático, por lo que presenta una recidiva cercana al 40% al discontinuar su uso.

Pronóstico:

Un adecuado enfrentamiento de la enuresis en el niño permitirá resolver la mayoría de los pacientes que consultan por esta sintomatología. El médico de atención

primaria puede realizar casi todas las acciones que se realizan para tratar esta condición, brindando la posibilidad de resolución local de esta condición.

Criterios de derivación:

1. Sospecha de disrafia medular
2. Presencia de hidronefrosis y/o otras alteraciones ecográficas
3. Paciente refractario al tratamiento médico bien llevado

Lectura recomendada

1. Tekgul S., Nijman RJM., Hoebeke P., Canning D., Bower W., Von Gontard A. Diagnosis and Management of Urinary Incontinence in Childhood. International Continence Society. Retrieved from https://www.ics.org/Publications/ICI_4/files-book/Comite-9.pdf
2. Austin PF., Bauer SB., Bower W. et al The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. J Urol 2014 Jun;191(6):1863-1865