

INCONTINENCIA URINARIA

Dra. Francisca Yankovic B.
Uróloga Pediátrica

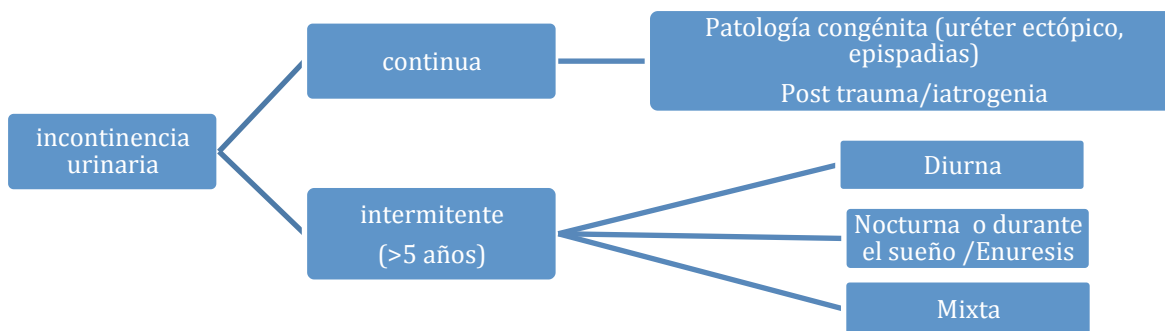
Definición

La incontinencia urinaria diurna pediátrica es una entidad clínica muy frecuente; 10-15% de los niños mayores de 5 años presentan incontinencia urinaria diurna y/o nocturna. Esto motiva una demanda importante de la consulta, sin embargo, suele ser diagnosticado y tratado de manera inadecuada, generando frustración en los pacientes y sus familiares.

La gran mayoría de las veces el “niño que se moja” representa un problema de carácter benigno que se resolverá en forma espontánea junto con el crecimiento y maduración del paciente. No obstante, en ocasiones puede ser la manifestación de una enfermedad urológica subyacente. Las manifestaciones clínicas son variadas y deben ser exploradas acuciosamente en la historia clínica.

La terminología con la que se ha investigado y tratado este tema muchas veces ha sido confusa. Por esta razón, en el año 2006, la Sociedad Internacional de Continencia Infantil (ICCS) ha propuesto una estandarización, la que resulta fundamental para un adecuado diagnóstico y tratamiento. La tabla 1 resume los principales elementos para clasificar la incontinencia urinaria en niños.

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



Clínica y Diagnóstico

Lo más habitual que el motivo de consulta sea “esta mojado todo el día” o que “va mucho al baño”. Por eso es vital tomarse el tiempo para poder hacer una buena anamnesis y examen físico:

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 incontinencia urinaria 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

Clasificación / Tipos de incontinencia diurna:

- a. Vejiga Hiperactiva: El síntoma cardinal es la urgencia miccional y se asocia frecuentemente a incontinencia diurna de cuantía variable. Muchas veces se observa un aumento de la frecuencia miccional y la cartilla revela volúmenes urinarios pequeños.
- b. Retenedores/vejiga “floja”: Pacientes que tienen la frecuencia miccional disminuida, asociado/no a maniobras de retención urinaria. Generalmente tienen la capacidad vesical aumentada para la edad y se puede asociar a residuo post miccional elevado. Frecuentemente se asocia a distintos grados de constipación.

- c. Disfunción miccional / Disinergia detrusor esfinteriana: Paciente que presenta contracción esfinteriana durante la micción. Pueden o no presentar síntomas de hiperactividad y/o retención. La curva de la uroflujometría revela un patrón en stacatto. La ecografía puede mostrar residuo post miccional elevado.
- d. Incontinencia de esfuerzo: Extremadamente rara en niños, frecuentemente se trata de pacientes con vejiga hiperactiva y/o pacientes con incontinencia durante la risa.
- e. Reflujo Uretrovaginal: Pacientes que presentan característicamente goteo post miccional y/o incontinencia post micción. No hay síntomas de urgencia. El examen físico puede revelar un introito profundo en pacientes obesas o la presencia de sinequias de labios menores.

Tratamiento e indicaciones de derivación

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.
2. Kinesioterapia de piso pelviano: Indicada en pacientes mayores de 4 años que puedan colaborar con la terapia. Permite reforzar los hábitos de uroterapia, mejorar la localización de la musculatura del piso pelviano y optimizar el vaciamiento vesical. Puede ser indicada como monoterapia o como complemento a las terapias farmacológicas. La técnica de *miobiofeedback* permite a los niños la visualización de la actividad muscular del piso pelviano y está especialmente indicada en pacientes con disinergia detrusor esfinteriana.
3. 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

Pronóstico:

Un adecuado enfrentamiento de la incontinencia urinaria 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 terapéuticas planteadas, 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