

El niño que se moja

DRES. GUILLERMO GAZZARA ¹, JORGE PASTORINI ²

¿Cuándo debemos pensar que un niño se moja en forma anormal?

Aceptamos que es anormal que los niños mojen la cama luego de cumplidos los 5 años, y que mojen la ropa interior durante el día luego de los 3 años.

¿A qué llamamos enuresis?

Denominamos enuresis la presencia de micciones durante el sueño con todas las características de una micción normal, excepto que no están regidas por la voluntad.

Es una micción completa, no acompañada de disuria y realizada con presiones vesicales normales.

¿A qué llamamos incontinencia urinaria?

En forma amplia corresponde esta denominación a toda pérdida anormal de orina, por lo que englobaría a la enuresis, pero en la práctica lo usamos cuando se producen pérdidas de orina durante la vigilia, que son muy diferentes a las enuréticas. Estos escapes urinarios son generalmente de pequeño volumen, mojando la ropa interior, producidos por contracciones vesicales de presión aumentada (contracciones no inhibidas), que se autolimitan al ponerse en funcionamiento los controles corticales de regulación de la micción al sentirse el niño mojado.

¿Qué causa la enuresis?

La patogenia de la enuresis es discutida. Se acepta por muchos autores, que la enuresis sería debido a un retardo integracional entre múltiples circuitos neuronales (corteza, mesencéfalo, núcleos basales, centros medulares). Integración que se obtiene en forma paulatina hasta alcanzar la socialización completa y adecuada del ritmo miccional. Otros autores plantean la existencia de una alteración del ritmo circadiano normal en la liberación de hormona antidiurética. Normalmente, la cantidad de esta hormona liberada sería mayor durante la noche que en el curso del día; si esta condición fisiológica

se invierte, el volumen urinario formado durante la noche será mayor y su manejo por la vejiga más dificultoso.

Años atrás se atribuía una causa psicógena, lo que hoy en día está absolutamente descartado. Las alteraciones emocionales tan promocionadas (separación de los padres, cambios en los estilos de vida, etcétera) no constituyen causa de enuresis, aunque pueden determinar en algunos niños que ya estaban "secos" la reaparición de la cama mojada. Estas alteraciones emocionales actuarían simplemente desequilibrando mecanismos de control neurológicos ya existentes dentro de los muy complejos circuitos neuronales integrados en el control definitivo de la micción.

¿Qué evolución tiene la enuresis?

La enuresis no debe interpretarse nunca como una enfermedad sino como un síntoma. Su historia natural presenta una evolución espontánea a la mejoría y a la desaparición, aunque no debemos ignorar que un pequeño número de enuréticos lo siguen siendo en la edad adulta. Aproximadamente un 10% de los niños enuréticos deja de serlo espontáneamente en el curso de cada año, lo que hace que la necesidad de su tratamiento farmacológico deba siempre ser meditada.

¿Qué causa la incontinencia urinaria diurna?

La incontinencia urinaria diurna está motivada por lo que llamamos una vejiga inestable. Este concepto es clínico y urodinámico. Clínicamente los portadores de este síndrome presentan polaquiuria, micción imperiosa e incontinencia urinaria. Si se realiza un estudio urodinámico se comprobará que presenta contracciones no inhibidas, cada una de las cuáles se acompañará de los síntomas clínicos ya señalados. Lo habitual es que las personas presenten vejigas estables en las cuales los controles neurológicos superiores determinen la inhibición de estas contracciones y de los síntomas clínicos que ellas provocan. Las vejigas inestables son generalmente pri-

1. Jefe de la Unidad de Nefrología de CHPR. Ex Profesor Agregado de Clínica Pediátrica "A".

2. Asistente de Clínica Pediátrica "A".

mitivas y de evolución prolongada, aunque pueden corresponder secundariamente a alguna causa inflamatoria regional, habitualmente la cistitis en el niño. En estos casos mejoran con la desaparición del proceso determinante.

¿Qué evolución tiene la incontinencia?

La incontinencia diurna también tiene una evolución espontánea a la mejoría, aunque el porcentaje de adultos, sobre todo del sexo femenino, que la presentan es mayor que aquellos que persisten con enuresis, determinando reiteradas consultas a urólogos y ginecólogos tratantes.

¿Qué relación tienen la enuresis y la incontinencia urinaria con la encopresis?

Algunas veces la enuresis y la incontinencia urinaria se asocian a la encopresis. Así como existen dudas patogénicas sobre las pérdidas anormales de orina, también existen sobre las vinculaciones entre ambas. Podrían estar vinculadas a problemas comunes de retardos madurativos. Si la encopresis es importante debe referirse al gastroenterólogo pediatra para su tratamiento.

¿Qué exámenes debemos pedir?

Muy pocos. Antes de pedirlos es fundamental la valoración clínica del niño y la semiología cuidadosa de la región lumbosacra buscando posibles causas orgánicas de su problema. Un examen de orina y un urocultivo permitirán descartar una vejiga inestable secundaria a infección. Los estudios imagenológicos se pedirán únicamente si existen dudas de enfermedad neurológica o de una posible uropatía.

La urodinamia debe postergarse y se pedirá si la evolución no es la esperada.

¿Qué tratamiento debe realizarse?

El primer tratamiento debe ser la información completa de su problema al niño y a los padres, quienes deben sa-

ber que no están frente a una enfermedad sino a un síntoma que es desagradable, pero cuya evolución espontánea es hacia la regresión en la mayoría de los casos.

Luego de los 7 años de edad, si no mejora, se comienza el tratamiento farmacológico. Su inicio previo a esta edad puede darse ante la exigencia del niño o de los padres de una conducta activa. No tenemos experiencia con la alarma sonora.

Si el niño presenta elementos clínicos que sugieran una vejiga inestable usaremos oxibutinina 5 mg dos veces al día, lejos de la comida. Si su día está absolutamente libre de síntomas, esta medicación probablemente no sea útil y se indicará imipramina 25 mg dos veces al día, con dosis máxima de 2,5 mg/k/día, informando previamente a los padres su posible toxicidad, y bajo el estricto control de los mismos. Si este tratamiento no es efectivo, puede utilizarse hormona antidiurética, la que disponemos solamente en forma inhalatoria nasal, comenzando con 40 mcg cada noche, para posteriormente ir reduciendo según respuesta. Su efectividad es mayor luego de los 10 años de edad. Un problema limitante es su costo.

¿Qué papel tiene el pediatra en este tratamiento?

El principal. Nadie mejor que él para dar la información completa sobre el problema que el niño presenta, tranquilizando a la familia y quitándole al problema el drama que muchas veces lo rodea. Esta información permite lograr muchas veces el tiempo necesario para que el síntoma retroceda. Si no tiene éxito podrá comenzar el tratamiento farmacológico, o si lo cree necesario, realizar alguna consulta con otro colega de mayor experiencia.

¿Qué papel tiene el psicólogo en el tratamiento?

La enuresis o la incontinencia pueden causar alteraciones emocionales en el niño, las que deben ser atendidas por especialistas en salud mental. Su rol no es el tratamiento de la incontinencia sino que es en las consecuencias que ésta ha provocado.

Los artículos publicados en Archivos de Pediatría del Uruguay pueden ser reproducidos en las respectivas Revistas Científicas de las Sociedades de Pediatría del Cono Sur, cuyos integrantes son, además de Uruguay, Argentina, Chile, Bolivia, Paraguay y Brasil, autorizándose a esta última la traducción al portugués. Solo se requiere comunicarlo por escrito al Director de Archivos de Pediatría.
