

ENURESIS NOCTURNA

Jueves Pediátrico: Noviembre del 2001

Moderadora: Dra. Frida Oblitas Baldarrago
Ponentes: Dr. Daniel Koc Gonzales
Dr. Gregorio Sehgelmeble
Dr. Juan Corrales Rivero

DEFINICIÓN

Eliminación normal de orina que ocurre en un momento inapropiado o involuntario, en un lugar socialmente inaceptable. Se debe diferenciar la forma nocturna de la diurna. La Asociación Psiquiátrica Americana define la enuresis nocturna a la micción que ocurre en el sueño en niños mayores de 5 años. Actualmente se acepta que entre el 15 al 20% de niños presentarán enuresis a los 5 años con una resolución espontánea de 15% al año. De tal manera un 1 a 2 % de adolescentes de 15 años aún mojará la cama.

ETIOLOGÍA

Se debe considerar que la enuresis nocturna primaria es un diagnóstico de exclusión, todas las demás causas deben ser descartadas. Ellas incluyen, vejiga neurogénica en asociación con anomalías de la médula espinal, infecciones del tracto urinario y la presencia de válvulas uretrales posteriores ó uréter ectópico en niñas.

- a) Retardo de la maduración: Hay disminución de la habilidad de inhibir el vaciamiento de la vejiga durante la noche, no habría control central cortical sobre la contracción del esfínter urinario.
- b) Factores genéticos: Si un padre ha tenido enuresis nocturna se afectarán el 44%, si ambos padres lo tuvieron el 77% padecerá el problema. Se ha identificado un gen de la enuresis localizado en el cromosoma 13, sin embargo falta señalar el locus.
- c) Desórdenes del sueño: Existe un incremento de actividad cerebral lenta en niños con enuresis durante el sueño, además presentan dificultad para despertar. Pueden ocurrir en diferentes etapas del sueño. También se ha correlacionado con obstrucción de las vías aéreas superiores, aliviándolas mejoran el 76% de pacientes.
- d) Factores psicológicos y de comportamiento: Los perfiles psicológicos no difieren entre niños que presentan enuresis nocturna primaria y aquellos que no la padecen. Sin embargo los niños que tienen enuresis sufren de una autoestima baja y rechazo del entorno.
- e) Factores anatómicos: Usualmente no se encuentran alteraciones, deben buscarse en aquellos niños que tienen infecciones del tracto urinario.

- f) Secreción de hormona antidiurética (HAD): Hay estudios que demuestran una disminución en la secreción de HAD durante la noche. Normalmente la HAD aumenta en periodos de sueño.

EVALUACIÓN:

- Edad del paciente.
- Severidad del problema dentro de la familia.
- Respuesta al tratamiento.
- Descartar anomalías anatómicas.
- Examen completo de orina.

ENFOQUE NEUROLÓGICO:

Como diagnóstico diferencial de cuadros convulsivos, no representa mayores retos, porque es infrecuente la relajación de esfínteres durante las crisis que se producen en el sueño, además se aprecian otras características que van con las crisis epilépticas. Otras entidades a estudiar son los disrafismos, obviamente aquellos ocultos, tales como la espina bífida oculta y el síndrome de médula anclada, para lo cual en el examen se procederá a buscar malformaciones cutáneas a nivel de la lesión, pelos, manchas, fístula ciega, cicatrices, y en el examen neurológico signos de lesión medular.

TRATAMIENTO:

No farmacológico: Terapia motivacional. Comportamiento condicionado (alarmas). Entrenamiento vesical.
Farmacológico: Ninguno "cura" la enuresis.

A) Antidepresivos tricíclicos: La imipramina, actuaría alterando el mecanismo del despertar del sueño, tiene además efecto anticolinérgico periférico, y alteraría la secreción de la HAD. Dosis inicial de 25mg, 1 hora antes de dormir, por 3 a 6 meses. Sin embargo presenta demasiados efectos adversos.

B) Terapia anticolinérgica: Hiosciamina y oxibutina, actúan directamente sobre la musculatura lisa y reducen la capacidad de la vejiga para contraerse. No existen evidencias claras de su eficacia.

C) Desmopresina: Análogo sintético de la vasopresina, se administra por vía intranasal por 3 a 6 meses. Buena respuesta.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Marc Cendron . Primary nocturnal enuresis: current concepts. American Family Physician, vol 59, 5, Mar, 1999.
- 2) Paúl F. Austin. Dysfunctional voiding. Pediatrics in review, vol 21, 10, Oct 2000.
- 3) Natalio Fejerman. Neurología Pediátrica. Editorial El Ate neo. 1988.
- 4) Menkes. Textbook of Pediatric Neurology. Saunders. 2000.