

Enuresis: ¿qué queda de lo clásico, qué hay de moderno?

Dr. Ricardo Medel

El término "Enuresis" deriva del vocablo griego "enourein" que significa eliminar orina independientemente del momento que se realice, la literatura médica ha generalizado su empleo como un sinónimo de "mojar la cama durante la noche". Hoy en día el término correcto a utilizar debe ser "Enuresis Nocturna", incluyendo en él todos los pacientes que presentan como único síntoma mojar la cama durante la noche, reservando el de "incontinencia de orina diurna y nocturna" para quienes además de mojar la cama tengan síntomas diurnos.

Dormir y despertar en un lecho seco es una habilidad del ser humano independientemente de su raza, cultura, grado de socialización, nivel intelectual, evolución científica, religión, etc. Desde los primeros tiempos el hombre supo mantener libre de excrementos (orina y heces) los lugares destinados a preparar la comida y descansar, el orinar o defecar durante el sueño nunca fue considerado normal. Es así como ya en el papiro de Ebers, uno de los textos médicos más antiguos, se menciona como anormalidad el mojar la cama durante el sueño.

Durante la Edad Media en la Europa occidental se generaliza, especialmente en las casas de campo, el uso de una letrina ubicada en los establos. Sin embargo, en las ciudades las bacinillas o tazas de noche se vaciaban en los drenajes o simplemente en la vía pública. Los perfumes, el tabaco y las fragancias de distintas esencias ayudaban a suavizar los olores propios de los antiguos conglomerados urbanos. En este contexto, no es difícil imaginar cómo los olores derivados del lecho mojado (paja o colchón) con orina pasaban desapercibidos y no controlar la orina durante la noche era un problema básicamente social para los adultos jóvenes y no para los niños. La evolución sociocultural, económica y de la arquitectura urbanística y fundamentalmente la construcción de cloacas mejoró el ambiente ciudadano, poniendo en evidencia lo desagradable que representaba para una familia que alguno de sus miembros orinara en su cama durante la noche. Así, los primeros relatos sobre el tema se relacionan con el problema de la cama mojada y no con el sujeto (niño/a o adulto) que lo padece.

Para fines del siglo XIX los niños y sus enfermedades son reconocidos como una especialidad médica diferente de la medicina del adulto. Una de las primeras citas en relación con la continencia de orina en el niño la podemos encontrar en el libro de L.E. Hols (1897) quien cita en su texto 73 pacientes que presentaban incontinencia de orina solamente nocturna.¹

Para las primeras décadas del siglo XX la ausencia del control nocturno de la micción comienza a ser considerado un problema médico. Las diferentes especialidades al ocuparse del tema, aportan diferentes explicaciones y tratamientos para el mismo síntoma.

En la década del 50' la observación familiar de que los enuréticos eran difíciles de despertar conduce, sin resultados positivos, los primeros estudios sobre el sueño en estos pacientes.

Para la misma época, quienes estudiaron a estos pacientes desde la Psiquiatría y la Psicología describieron y trataron como causales de la enuresis, los problemas emocionales asociados con la cama mojada.

En la década de los 60 el invalorable aporte de la cistouretrografía miccional como

metodología fundamental para el estudio de los pacientes pediátricos con problemas urinarios, permitió diagnosticar la mayoría de las anomalías del tracto urinario inferior que presentaban como sintomatología la incontinencia de orina diurna y/o nocturna. La obstrucción infravesical y la disfunción vesical neurogénica fueron probablemente sobre-diagnosticadas hasta que, en la década del 80, el desarrollo de la urodinamia infantil proporcionó los conocimientos básicos sobre la función vesical del niño y su evolución madurativa.²

Así fue como los estudios urodinámicos aplicados a niños/as necrológicamente sanos con antecedentes de incontinencia de orina diurna y/o nocturna permitieron establecer una primera y gran diferencia entre quienes sólo mojan la cama de noche y quienes además de mojar la cama, mojan la ropa durante el día. Hoy sabemos que ocho de cada diez pacientes de los que mojan la cama de noche y la ropa de día sufren una disfunción vesical transitoria, muy frecuente en la infancia, conocida como "vejiga inestable infantil".³

Clínicamente entonces, la existencia de sintomatología diurna (imperiosidad miccional, polaquiuria, maniobras de retención, pinzamiento del pene) constituye evidencia suficiente para diagnosticar y tratar con anticolinérgicos la vejiga inestable infantil. Actualmente la evaluación urodinámica de pacientes con esta sintomatología sólo está indicada luego del fracaso del tratamiento inicial con anticolinérgicos.

En cambio, los estudios urodinámicos en pacientes con enuresis nocturna (mojan la cama de noche) no han demostrado alteraciones funcionales significativas de la vejiga o sus esfínteres. Más aún, en combinación con estudios del sueño se demostró que funcionalmente el evento enurético es una verdadera micción.⁴ A pesar de ello, la mitad de estos pacientes pueden presentar evidencias urodinámicas de inestabilidad vesical.³ Si bien el efecto causal de una inestabilidad vesical subclínica con la enuresis nocturna es discutido, de existir, debe ser considerada como un factor predisponente o facilitador de la micción involuntaria e inconsciente durante el sueño.

Dormir toda la noche sin tener que levantarse para vaciar la vejiga es el resultado de un balance entre la capacidad vesical y la diuresis nocturna. Que el ser humano produce menos orina de noche que de día es sabido desde hace más de un siglo y que los niños enuréticos producen mucha orina durante la noche fue publicado a mediados del siglo XX.⁵⁻⁶ Sin embargo, recién en la década del 80 se comienza a investigar sobre la diuresis nocturna de los pacientes enuréticos. En 1989 se publican investigaciones realizadas en el Centro Internacional para la Investigación de la Enuresis de la Universidad

de Aarhus, Dinamarca, demostrando en pacientes con enuresis nocturna, una excesiva producción nocturna de orina de baja densidad asociada con bajos niveles plasmáticos nocturnos de hormona antidiurética.⁷ Años más tarde estos hallazgos fueron confirmados por varios investigadores en diferentes poblaciones de niños/as con enuresis nocturna.⁸⁻⁹ Por primera vez se conocía una explicación fisiológica coherente sobre la enuresis o por lo menos sobre lo que le sucede a la mayor parte de los niños/as que mojan la cama durante la noche.

Este hallazgo permitió el uso de un potente anti-diurético, sintetizado en 1967 por investigadores de la Academia Checa de Ciencias, el acetato de desmopresina.¹⁰ Este análogo sintético de la hormona antidiurética es el resultado de pequeñas modificaciones a la estructura química de la vasopresina humana que le otorgan un potente efecto anti-diurético, sin efectos vasopresores u oxitócicos.

En la década del 90, la introducción de la desmopresina (spray o comprimidos) como tratamiento de primera línea en pacientes con enuresis nocturna, representó un avance sustancial en las posibilidades terapéuticas de estos pacientes, permitiendo corregir o mejorar sustancialmente el síntoma en el 70-80% de los enuréticos nocturnos.¹¹⁻¹²⁻¹³

Otra área en la investigación de la enuresis nocturna que ha progresado sustancialmente en la última década, es la relacionada con la genética de la enuresis. Diferentes anomalías cromosómicas han sido descriptas en varias familias de enuréticos nocturnos y pacientes con incontinencia diurna y nocturna. Sin embargo, no se ha podido establecer relaciones entre el tipo de anomalía cromosómica y el tipo de enuresis, la poliuria relativa nocturna, la inestabilidad vesical, la respuesta al tratamiento, la edad de resolución del síntoma, etc.¹⁴

A pesar de todo lo que se ha avanzado en otros campos, poco o nada se ha aclarado en relación con el sueño y el despertar en estos pacientes. Sin embargo, las familias de quienes mojan la cama de noche continúan insistiendo que son niños/as difíciles de despertar.¹⁵ Teniendo en cuenta que el evento enurético está caracterizado por una micción funcionalmente normal, en estos pacientes podrían fallar los mecanismos intrínsecos que permiten el despertar cuando la vejiga está llena o, la contracción vesical se desencadenaría con un volumen de orina menor al que provoca el despertar. Investigaciones en curso relacionadas con los mecanismos del despertar, el volumen de orina con el que se desencadena la enuresis y la función vesical durante el sueño aclararán probablemente, en el futuro cercano, los conocimientos actuales sobre el sueño y el despertar en pacientes enuréticos.

Como consecuencia de todas estas investigaciones que demuestran el origen orgánico o funcional de la enuresis, el concepto hasta hoy indudable de que la enuresis nocturna era el resultado de problemas psicológicos o psiquiátricos, ha quedado limitado a casos especiales. Estudios actualizados sobre el estado emocional de pacientes enuréticos han demostrado que los problemas psicológicos asociados a la cama mojada son la consecuencia y no la causa del síntoma. La repercusión emocional de la enuresis nocturna es indudable, quienes no pueden dormir sin despertar en una cama mojada con orina están expuestos a mayor estrés que sus pares no enuréticos. La visión moderna de la enuresis reconoce a la cama mojada como una experiencia humillante generadora de sentimientos de vergüenza e inferioridad que disminuyen la autoestima, aún a niveles inferiores a los observados en pacientes discapacitados o con enfermedades crónicas.¹⁶⁻¹⁷ La repercusión emocional es sin duda la consecuencia principal de la enuresis y evitarla la razón fundamental para su tratamiento, tanto más si tenemos en cuenta que luego del tratamiento efectivo se ha observado normalización de la autoestima.¹⁸

Esta nueva visión organicista de la enuresis nocturna ha permitido establecer pautas de tratamiento basadas en los síntomas que presenta cada paciente en particular. El interrogatorio y la cartilla miccional han pasado a ser los elementos fundamentales para decidir el tratamiento. De esta forma, en pacientes con síntomas diurnos y nocturnos y diagnóstico clínico de inestabilidad vesical, los anticolinérgicos serán la primera línea de tratamiento. Por el contrario, en quienes sólo mojan la cama durante la noche, la poliuria relativa nocturna debe ser considerada como la causa más frecuente y el acetato de desmopresina será recomendado como tratamiento inicial. Existen pacientes que responden parcialmente a este esquema inicial, en ellos se debe tener presente que pueden coexistir en el mismo niño/a la inestabilidad vesical y la poliuria relativa nocturna, en ellos la combinación de anticolinérgicos y desmopresina debe ser tenida en cuenta.

A pesar de los esfuerzos que se realicen, 2 o 3 de cada 10 pacientes persistirán con el síntoma, son ellos el motivo de actuales y futuras investigaciones que seguramente permitirán aclarar aún más esta intrigante y molesta entidad médica.

Basados en la creencia de que la enuresis es un problema de conducta personal del cual el paciente debe ser responsable, se han recomendado desde hace muchos años diferentes terapias conductuales. Premios y castigos, almanaques marcando noche seca y noche mojada han tenido escasos o nulos resultados. Contra-

riamente a lo esperado, al enfrentar al paciente con una realidad que no puede modificar a voluntad, estas propuestas suelen ser contraproducentes. Basados en el mismo concepto de la responsabilidad personal y teniendo en cuenta que estos niños/as no se despiertan para orinar durante la noche, en otros ambientes pediátricos se recomienda el uso de alarmas para la enuresis. Estos dispositivos que suenan cuando se mojan, tienen como principal inconveniente requerir para su implementación gran motivación personal y familiar. Sus resultados varían según los diferentes autores y tanto su verdadera eficacia como su mecanismo de acción son dos interrogantes que todavía deben ser aclarados. Probablemente hoy en día, la indicación de las alarmas para la enuresis deba limitarse a aquellos pacientes en los que han fracasado otras terapéuticas o para familias que no sean partidarias de la medicación.

Como sucede con otras habilidades del hombre, dormir y despertarse en una cama seca sólo se valora cuando falta. Basta ver los cambios positivos que se operan en los pacientes que superan la enuresis nocturna para comprender lo importante que es su tratamiento.

Si bien la enuresis nocturna es un síntoma que se resolverá espontáneamente, la probabilidad de que un determinado paciente mayor de 7 años lo resuelva en el curso del próximo año, no supera el 15%.

Involucrarse con la problemática del enurético y de su familia es una obligación del médico tratante, el hecho de que no existe repercusión orgánica del síntoma no invalida el concepto de enfermedad o problema médico. La OMS define a "la salud" como "un verdadero estado de bienestar físico, psíquico y social"; no es difícil entender que quienes sufren de enuresis nocturna o incontinencia de orina diurna y nocturna, podrán estar físicamente bien, pero sin duda no lo estarán ni psíquica ni socialmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Holt L.E.: The diseases of infancy and childhood. New York. D. Appleton and Co. 1897. pp 645-657. (citado por Bloom D. A. y col. En Comments on enuresis. Particularly the nocturnal type. *Scan. J. Urol and Nephrol*. Suplemento 163, 1994).
2. Ruarte, A.; Quesada, E.M.: Urodynamic evaluation in children. *Pediatric Urology* Editores Retik, A.B., Cucnier, J. Williams and Wilkins 1987.
3. Medel, R.; Podestá, M.; Castera, R.; Ruarte, A.; Quesada, E.: Incontinencia de orina en niños sin anomalías urológicas. *Rev. Hosp. de Niños de Buenos Aires* 36: 347, 1994.
4. Norgaard, J.P. y col.: Simultaneous registration of sleep stages and bladder activity in enuresis. *Urology* 1985; 26: 316-319.
5. Vogel, H: *Arch. Ver. Arb.* 1: 96, 1854.

6. Poulton, E.M. y col.: "Relative nocturnal polyuria as a factor in enuresis" *Lancet* 2: 906,1952.
7. Rittig, S.; Knudsen, U.B., Nørgaard, J.P. y col.: Abnormal diurnal rhythm of plasma vasopressin and urinary output in patients with enuresis. *Am. J. Physiol.* 256: 664, 1989.
8. Medel, R., Dieguez, S.; Brindo, M.; Ayuso, S.; Cánepa, C.; Ruarte, A.C.; Podestá, M.L.: Monosymptomatic primary enuresis: differences between patients responding or not responding to oral desmopressin. *Br. J. Urol.* 81 (suppl. 3): 46-49, 1998.
9. Aikawa, T.; Kasahara, T.; Uchiyama, M.: Circadian variation of plasma arginine vasopressin concentration in enuresis. *Scan. J. Urol. Nephrol.* 33 (supl. 202): 47, 1999.
10. Zaoral, R. y col.: *College of Czechoslovak Chemical Communications* 32: 1250, 1967.
11. Tevumo, T.: DDAVP in childhood nocturnal enuresis. *Acta Paediatr. Scand* 67: 753, 1978.
12. Terho, P. y col.: Management of nocturnal enuresis with a vasopressin analogue. *J. Urol.* 131: 925, 1984.
13. Medel, R.; Herrera, M.; Castera, R.; Podestá, M.L.: Evaluación y tratamiento sistematizado del paciente con Enuresis Primaria Monosintomática: tres años de experiencia con Desmopresina oral. *Rev. Hosp. de Niños de Buenos Aires* 43: 142, 2001.
14. Von Gontard, A.; Schaumburg, H.; Hollmann, E. y col.: The genetics of enuresis: a review. *J. Urol.* 166: 2438, 2001.
15. Wille, S.: Nocturnal enuresis: sleep disturbance and behavioral patterns. *Acta Paediatr.* 83: 772, 1994.
16. Schulpen, T.W.J.: The burden of nocturnal enuresis. *Acta Paediatr.* 86: 923,1997.
17. Butler, R.J.: Impact of nocturnal enuresis on children and young people. *Scand. J. Urol. Nephrol.* 35: 169,2001.
18. Hagglof, B. y col.: Self-esteem before and after treatment in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence. *Scand. J. Urol. Nephrol.* 31 (supl. 183): 79, 1997.