

Enfoque terapéutico de la enuresis basándose en la diferenciación del síndrome enurético y la enuresis monosintomática

M. García Palacios, I. Somoza, A. Lema, M.E. Molina, J. Gómez Veiras, M. Tellado, T. Dargallo, E. Pais, D. Vela

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN

Introducción: La enuresis afecta al 15% de los niños a los de 5 años de edad. Se han descrito diversas etiopatogenias que intentan explicar el mecanismo de producción de enuresis nocturna y que han llevado a diversos enfoques terapéuticos.

Material y métodos: Sobre una serie de 544 niños tratados en nuestro Centro en los últimos 12 años, realizamos una revisión de los 2 últimos con un total de 124 pacientes. Presentamos el protocolo terapéutico empleado y analizamos los resultados. El enfoque terapéutico inicial lo basamos en la diferenciación entre enuresis monosintomática y síndrome enurético.

Resultados: Estudiamos un total de 120 pacientes (89 niños y 31 niñas). El 63% presentaba enuresis monosintomática y el 37% síndrome enurético. En el grupo de pacientes con enuresis monosintomática el 87% se resolvieron con desmopresina (sola en el 65% o combinada con oxibutinina en el 35%). El 71% de los pacientes con síndrome enurético se resolvieron con oxibutinina (sola en el 46% o combinada con desmopresina en el 54%). El 15% de nuestra serie asociaba sueño profundo o dificultades para el despertar. El porcentaje de resolución total de la enuresis fue del 92%.

Conclusiones: El tratamiento y resolución de la enuresis mejora la autoestima del niño y la ansiedad que causa en la familia. La realización de una buena historia clínica diferenciando entre síndrome enurético y enuresis monosintomática, nos orienta a un adecuado enfoque terapéutico, permitiéndonos encontrar más precozmente el tratamiento adecuado para cada tipo de paciente.

PALABRAS CLAVE: Enuresis nocturna; Enuresis monosintomática; Síndrome enurético.

Correspondencia: Dra. María García Palacios. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. As Xubias 84. 15006 A Coruña
E-mail: maria.garcia.palacios@sergas.es

Trabajo presentado en el IV Congreso Ibérico de Cirugía Pediátrica. Zaragoza, 2008

Recibido: Junio 2008

Aceptado: Junio 2009

THERAPEUTIC APPROACH OF EURESIS BASED ON THE DIFFERENTIATION OF THE ENURETIC SYNDROME AND MONOSYMPTOMATIC ENURESIS

SUMMARY

Introduction: Enuresis affects 15% of the children under 5. Possible etiopatogeny explaining the mechanism of production of nocturnal enuresis has been described, resulting in different therapeutic approaches; however, we cannot speak up to now of general guidelines for its treatment.

Materials and methods: On the basis of 544 children who were treated in our hospital in the last 12 years, we analysed a sample of 124 patients corresponding to the last two years. We now present the therapeutic protocol used and analyse the results. In the initial therapeutic approach a distinction is made between monosymptomatic enuresis and enuretic syndrome.

Results: We studied a total of 120 patients (89 boys and 31 girls). 63% of them showed monosymptomatic enuresis while 37% suffered from enuretic syndrome. In the case of 15% of them, this was associated with heavy sleep and difficulties to wake up. 92% was the general percentage of recovery. In the patients suffering from monosymptomatic enuresis, the problem was solved with desmopressin in 87% of them (desmopressin on its own in 65% or in combination with oxibutinine in the remaining 35%). In the group of enuretic syndrome, the problem was solved with oxibutinine in 71% (on its own in 40% or in combination with desmopressin in 54%).

Conclusions: The treatment and solution of enuresis improve the child's self-esteem and the anxiety caused in the family. A good medical history with a clear distinction between enuretic syndrome and monosymptomatic enuresis leads us to a suitable therapeutic approach for every patient, allowing us to find earlier the right treatment for every individual.

KEY WORDS: Nocturnal enuresis; Monosymptomatic enuresis; Enuretic syndrome.

INTRODUCCIÓN

La enuresis se define como la micción involuntaria que ocurre durante el sueño al menos cuatro veces al mes en niños que han cumplido ya los cinco años.

Es un problema eminentemente benigno donde en pocos casos nos encontramos ante una causa orgánica subyacente.

La frecuencia de este trastorno es 1,5-2 veces más frecuente en niños⁽¹⁾. Su prevalencia en pacientes de 6 años es del 13%. La tasa de resolución anual está en torno al 15%, persistiendo todavía el 1% en la edad adulta.

Esta situación genera un desajuste social tanto en el niño como en el núcleo familiar. En el niño causa entre otras una situación de estrés y una disminución de su autoestima y a los padres les genera una gran ansiedad.

La enuresis se puede clasificar en función a varios parámetros; primaria vs. secundaria (paciente que ha permanecido más de 6 meses sin mojar la cama), nocturna vs. diurna o enuresis monosintomática vs. síndrome enurético (paciente que asocia polaquiuria, urgencia miccional y alteración del flujo urinario).

Es por esta gran cantidad de matices por lo que existen múltiples subtipos de enuresis, siendo muchas veces difícil diferenciar a un paciente poliúrico de un paciente con detrusor hiperactivo o con problemas de sueño profundo.

El objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre la orientación fisiopatológica según se trate de enuresis monosintomática o síndrome enurético y la respuesta al tratamiento que aplicamos según nuestro protocolo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sobre una serie de 544 niños tratados en nuestro Centro durante 12 años realizamos un estudio prospectivo de los dos últimos con un total de 124 pacientes.

Tras descartar las enuresis secundarias que correspondían a un 3% de nuestra serie, estudiamos un total de 120 pacientes, 89 niños (74 %) y 31 niñas (24%). La media de edad de atención en nuestra consulta fue de 7,8 años (R: 5-16 años).

Para la recogida de datos configuramos un dossier de enuresis donde recogemos antecedentes familiares y personales, una historia clínica detallada general y urológica (hábito intestinal, calidad del chorro miccional, número de noches que moja la cama y número de veces, si es difícil despertarlo, uso de pañal...) y una exploración física por aparatos. Como pruebas complementarias solicitamos un urocultivo y una ecografía.

Con la reunión de estos datos establecemos dos grupos diferentes: enuresis monosintomática, que corresponde al 63% de nuestra serie y síndrome enurético el 37%.

Presentamos el protocolo terapéutico en el cual el enfoque inicial lo basamos en las diferencias existentes entre ambos grupos.

RESULTADOS

Nuestra serie se compone de 120 pacientes. El 63% de ellos corresponden al grupo de enuresis monosintomática mientras que el 37% de los pacientes de nuestra serie se catalogaron dentro del grupo de síndrome enurético.

- **Grupo de enuresis monosintomática:** el 34% presentan antecedentes familiares en su historia clínica. La distribución de sexos en este grupo se repartía en el 76% niños y el 23% niñas. Un 15 % de estos pacientes presentaban alteraciones en el despertar por sueño profundo. En cuanto al tratamiento farmacológico aplicado el 65% recibió exclusivamente desmopresina, el 35% desmopresina con anticolinérgicos, el 15% precisó otras asociaciones. Un 4% no respondió a ningún tratamiento farmacológico. Se concluye que el 87% de los pacientes de este grupo precisó tratamiento con desmopresina. La tasa de curación de este grupo de enuresis monosintomática fue de un 97%.
- **Grupo de síndrome enurético:** En este grupo el porcentaje de antecedentes familiares era de un 32%. En cuanto a la distribución por sexos el 76% eran niños y el 24% niñas. Un 22% de ellos habían recibido previamente desmopresina sin ser eficaz en ningún caso. La distribución de la administración farmacológica fue la siguiente: el 46% recibió anticolinérgicos, el 54% precisó asociación entre anticolinérgicos y desmopresina, el 14% necesitó asociación de otros fármacos. En un 5% no se consiguió ninguna respuesta. Un 48% de los pacientes de este grupo precisaron añadir a su pauta farmacológica anticolinérgicos de manera diurna. Se concluye que el 71% de los pacientes con síndrome enurético precisaron anticolinérgicos. La tasa de curación de este grupo fue de un 85%.
No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto a los antecedentes familiares y a la distribución de sexos.

DISCUSIÓN

La enuresis se define como la emisión involuntaria y repetida de orina pasados los cinco años de edad cronológica y mental como mínimo durante dos o tres veces por semana durante un período de tres meses consecutivos⁽²⁾.

Es un problema que afecta a entre el 15 y el 20% de los niños con cinco años de edad⁽³⁾. A pesar de que la tasa de curación anual es del 15% se recoge que hasta un 1% persisten con este problema en la edad adulta^(4,5).

Es un problema eminentemente benigno que tiende hacia la resolución espontánea; sin embargo causa tanto en los niños como en los padres problemas psicosociales por lo que es un motivo muy frecuente de consulta.

La causa de tantos y tan dispares tratamientos se debe al desconocimiento de los mecanismos que lo originan.

Los tres mecanismos fisiopatológicos que más se han relacionado con la enuresis son: la producción de orina nocturna, la función vesical nocturna y el mecanismo del despertar⁽⁶⁾.

Durante el sueño el organismo pone mecanismos en marcha para controlar la orina nocturna. Durante la noche se produce una reducción de la diuresis nocturna, una inhibición de

contracciones del detrusor y se tiene capacidad para despertar cuando la vejiga está llena⁽⁷⁾.

Si se produce un aumento en la producción de orina y la capacidad vesical disminuye entonces el niño se despierta por la noche y se produce un hecho socialmente aceptado, la nicturia. Si, por el contrario, no se despierta, estaremos ante una enuresis.

Los niños con poliuria nocturna pertenecen al grupo de enuresis monosintomática. Como características este grupo presenta una micción abundante y única durante la noche y no suelen tener síntomas diurnos. Los niños de este grupo responden a tratamiento con desmopresina que actúa como anti-diurético. Se recoge que hasta 1/3 de estos pacientes presentan hiperactividad vesical durante la noche por lo que este subgrupo deberá llevar asociado a su tratamiento anticolinérgicos⁽¹⁾.

Los pacientes con disminución de la capacidad vesical asocian, la mayoría, durante el día urgencia miccional, alta frecuencia en el número de micciones, varios episodios enuréticos durante la noche... Este grupo responderá al tratamiento con anticolinérgicos.

Ambos grupos deben recibir el tratamiento durante un período por lo menos de tres meses y, al obtener una respuesta óptima, se recomienda mantener el tratamiento durante tres meses más, con una retirada paulatina⁽⁸⁾.

Una alternativa al tratamiento farmacológico es la alarma. Se aconseja el uso de este dispositivo en pacientes con enuresis monosintomática que no responden a desmopresina. No se aconseja en niños que mojen la cama más de tres veces en la noche. Su uso debe de ser más prolongado para evitar recaídas y se precisa de una motivación tanto por parte de la familia como del niño^(9,10).

A pesar de todas estas opciones terapéuticas, en todos estos niños se debe insistir en que cumplan unas normas higiénico-dietéticas, como es beber pocos líquidos por la tarde, realizar micciones de forma regular, evitar el estreñimiento...

Para conocer y diferenciar bien ambos grupos es importante realizar una buena historia clínica y una correcta exploración física. Se deben recoger datos como son los hábitos higiénico-dietéticos, ingestión de líquidos, calendario miccional, número de noches mojadas, número de episodios en la noche...

En nuestro estudio el 63% correspondía al grupo de enuresis monosintomática. La tasa de curación en este grupo fue del 96%. Todos los éxitos habían recibido tratamiento con desmopresina. Correspondiéndose con lo recogido en otras series, un tercio de los pacientes de este grupo necesitaron asociación con anticolinérgicos⁽¹⁾. Por lo tanto en nuestro protocolo mantenemos como primera indicación el tratamiento con desmopresina, a la que asociamos un anticolinérgico cuando el resultado no es satisfactorio.

El 37% de nuestros pacientes correspondían al grupo de síndrome enurético. El 85% de los éxitos conseguidos reci-

bieron tratamiento con anticolinérgicos. Cabe destacar en este grupo que el 48% precisó asociación de anticolinérgicos de manera diurna y que un 22% de ellos habían recibido tratamiento con desmopresina previamente a nuestra consulta, siendo ineficaz en todos ellos. Es destacable el hecho de que el 54% precisaron asociación de desmopresina; esto nos ha llevado en el momento actual a iniciar el tratamiento con la asociación anticolinérgicos-desmopresina en muchos casos, aunque bien es cierto que en los casos que presentan clínica diurna importante establecemos tratamiento diurno un tiempo y esperamos a que mejore dicha clínica antes de asociar desmopresina para intentar solucionar la enuresis nocturna.

Por todo esto concluimos que es necesario realizar una correcta historia clínica para diferenciar entre enuresis monosintomática, en la que se debe ofrecer como primera opción terapéutica la desmopresina, y el síndrome enurético que deben recibir como primera alternativa los anticolinérgicos. Bien es cierto que un porcentaje de los pacientes precisarán asociación de ambos fármacos. Además, observamos que la retirada paulatina del tratamiento se asocia a una disminución de recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Tornel S. Enuresis nocturna en el niño. *Clínica Pediátrica* 2005; 1: 7-20.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Enuresis. Text revision(DMS-IV-TR), 4ª ed. Washington D.C.: A.P.A.; 1980.
3. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, Caione P, Chiozza ML, von Gontard A, et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *J Urol.* 2004; 171 (6Pt2): 2545-2561.
4. Yeung CK. Nocturnal enuresis (bedwetting). *Crr Opinion Urol* 2003; 13: 337-343.
5. Hirasig RA, van Leerdam FJ, Bolk-Bennink L, Janknegt RA. Nocturnal enuresis in adults. *Scand J Urol Nephrol* 1997; 31: 533-53.
6. Espino Aguilar R, Cormenanza Carpio M. Enuresis nocturna: Concepto y etiopatogenia. En: Gutiérrez Segura E, editor. *Patología Funcional urológica y urodinámica pediátrica*. Madrid: Editorial Siglo; 2008. p. 280-294.
7. Ubeda ML, Martínez R, Díez J. Guía de Práctica Clínica: Enuresis nocturna primaria monosintomática en atención primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2005; 7(3).
8. Butler RJ, Holland P, Robinson J. Examination of the structured withdrawal program to prevent relapse of nocturnal enuresis. *J Urol* 2001; 166: 2459-2462.
9. Valenciano Fuente B, Cuellar Giraldo A. Enuresis nocturna: Diagnóstico y tratamiento. En: Gutiérrez Segura C, editor. *Patología Funcional urológica y urodinámica pediátrica*. Madrid: Editorial Siglo; 2008. p. 296-310.
10. Nijman J, Butler R, Van Gol J, Yeung CK, Coger W, Hjalmas K. Conservative management of urinary incontinent in childhood. 2nd International Consultation on Incontinence, Julio 2001 (ICCS).