

Universidad Nacional Autónoma de México

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO



ALTERACIONES ANATOMOFUNCIONALES EN 50
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENURESIS

T E S I S

PRESENTADA POR LA

DRA. MA. TERESA CARRILLO ROSALES

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

DIRIGIDA POR:

DR. LUIS ERAÑA GUERRA

MEXICO, D. F.

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis amados padres:

RAMON Y CARMELA,

Nunca podré mediante la escritura volcar la magnitud de mis pensamientos para expresarles el más grande amor y respeto que siento por ustedes.

A tí mi adoradísimo papá,

Por ser el ejemplo constante de la honestidad y el respeto, porque me ayudaste a adquirir independencia y seguridad y mediante ellos el afán de lucha ante cualquier vicisitud, para lograr una realización integral como -- ser humano.

A tí mi preciosa Carmela: por ser la imagen constante de la prudencia, la cordura y la razón; por tener siempre esa palabra de aliento y actitud comprensiva ante los problemas que me han rodeado y en los que tan sabiamente me has sabido aconsejar.

A ustedes por ser mis máximos pilares en el ayer, el hoy y el mañana.

Porque me enseñaron a vivir intensamente las alegrías y las tristezas.

A mis queridos hermanos:

Rosa Ma. mi admiración a tí por tu bondad y sensatez, así como por tus constantes muestras de cariño.

Ramón Renato: porque has representado para mí el -- ejemplo de la inteligencia y tenacidad, por tu afán -- continuo de superación y gran espíritu ante la vida.

Rebeca Aurora: por esa chispa constante de alegría y gran disponibilidad de comprensión y ayuda; a tí mi -- pequeña hermanita por el gran cariño que me has brindado.

A mis cuñados:

Rocío: por tu sencillez y prudencia, mi admiración por tu imagen como hija, esposa y madre.

Francisco: por ese gran entusiasmo que te caracteriza. Por la ayuda desinteresada que siempre me has brindado, por tu gran optimismo ante la vida.

A mis pequeños y adorados sobrinos:

Carlos Fernando

Lorena del Rocío

Luis Renato

Porque el verles crecer y reír constituye una de mis mayores alegrías.

Gracias muñequitos.

A mi abuelita Rosaura:

Porque tu imagen siempre ha constituido un gran respeto.

Mi admiración por tu gran calidad humana, y -- gracias por tu cariño.

A todas aquellas personas que por su gran calidad humana me ayudaron en la realización de esta tesis, mi más sincero agradecimiento.

"Aunque haya en el árbol de la naturaleza unas ramas más altas que otras, las almas igual nobleza tienen en el origen, y así puede haber amistad entre mayores y menores, pues las amistades nobles del alma proceden".

Anónimo.

AL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO,

Por contribuir a mi formación como Pediatra y en especial a todos los niños; ya que constituyeron la base de mi aprendizaje.

Gracias a todos ellos.

AL DR. LUIS ERAÑA GUERRA

Por su sapiencia, calidad profesional
y gran humanismo.

Gracias por permitir la realización de esta tesis.

Hacia su término, la vida, recuerda el fin de un baile de máscaras cuando éstas se quitan la careta. Se ve - en este momento quiénes eran realmente aquellos con los cuales se ha estado en contacto durante la vida.

SCHOPENHAUER.

No hay más que tres acontecimientos importantes en la vida: nacer, vivir y morir. No sentimos los primeros, sufrimos de morir y nos olvidamos de vivir.

LA BRUYERE.

El que no sabe que hay un mundo, ignora donde se halla el mismo; el que ni conoce para que fin nació, no advierte quien es él, ni que es el mundo, el que carece de estas noticias, no podrá decir con que motivo nació. Ahora, pues, ¿cuál será el que huye los vituperios, o pretende los vanos aplausos de los hombres que no tienen noticia de dónde están, ni quienes son?

MARCO AURELIO.

Acusan a los demás de las propias desdichas, propio es de un ignorante; acusar solo a sí mismo es propio de un hombre que comienza a instruirse; no acusar a sí mismo ni a los demás, es cualidad de un hombre ya instruido.

ANONIMO.

CONTENIDO

I. INTRODUCCION.

II. MATERIAL Y METODOS.

III. RESULTADOS.

IV. DISCUSION.

V. CONCLUSION.

VI. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

1. Generalidades.
2. Historia.
3. Prevalencia.
4. Causas a las que se atribuye la enuresis.
5. Manifestaciones clínicas.
6. Bases para el diagnóstico.
7. Tratamiento.

INTRODUCCION.

La enuresis es un síntoma y su etiología puede ser múltiple. Existe incidencia familiar que quizá derive de un factor genético o constitucional, así como de factores ambientales. El niño que se moja acompañado de unos padres angustiados, es un problema clínico común visto en la práctica pediátrica. En algunos casos hay una condición anatómica corregible, la cual si se reconoce puede ser tratada apropiadamente.

Sabemos que la enuresis es una causa generalizada de ansiedad en los padres, temor en los niños e inseguridad en el médico, por lo que el manejo adecuado es obvio.

Existe controversia acerca de la definición de enuresis, en el presente trabajo se considerará a ésta como la salida involuntaria de orina a una edad a la cual el control de ésta debería estar presente; algunos autores como Mahony opinan que a los tres y medio años y otros como Meadow consideran que a esta edad una cuarta parte de los niños no tienen un control adecuado, según Muelhens opina que se debe esperar hasta los cuatro y medio años.

La enuresis nocturna se describe como la salida de orina en forma involuntaria después de los tres años de edad y sin ningún problema orgánico.

Utilizamos el término de enuresis primaria para - aquellos niños que nunca han tenido un control de orina en forma efectiva y aquellos en los que ha habido perfodos de continencia presentando posteriormente enuresis, los catalogamos como secundarios.

HISTORIA

En 1919 Young enfatizó la importancia de la dilatación de la uretra proximal y del cuello de la vejiga relacionando esta patología con la dificultad del control urinario, ya observado por algunos. Campbell reportó más de 200 pacientes enuréticos en 1934 y más de 700 en 1937 y notaron que el sesenta por ciento tenía enfermedad orgánica del tracto urinario bajo. En 1940 Stockwell y Smith reportaron sesenta y tres niños enuréticos y llamaron la atención en la elevada incidencia de estenosis del meato. No obstante por la ausencia uniforme de orina residual postmiccional ellos consideraron sólo a tres de los treinta y siete casos como etiología significativa en relación a la enuresis. En 1941 Winsbury White reportaron 320 niños enuréticos y expresaron que 27 por ciento tenían un punto de contractura y bajo anestesia en otro 45 por ciento se encontró estenosis meatal o yuxtameatal, requiriendo meatoplastia.

En 1944 Brodny y Robins introducen el cistograma miccional para evaluar la enuresis y llama la atención

la alta incidencia de estenosis meatal y yuxtameatal. En 1949 Campbell reportó de su experiencia más de mil casos de estenosis del meato uretral en ambos sexos y enfatizó que la severa dilatación de la uretra anterior y posterior puede presentarse en forma proximal o distal a la estenosis. El indicó que la mayoría de los niños -- afectados fueron referidos porque la enuresis y la incontinencia desapareció después de la corrección a la estenosis.

PREVALENCIA:

Entre el 10 y el 15% de los niños de 5 años mojan -- sus camas durante la noche. A los 10 años baja al 5% y a los 15 al 1%. Cerca del 85% de niños enuréticos solo son nocturnos y el 15% restante son enuréticos día y noche o solo en el día. Aproximadamente el 10 al 25% de los enuréticos sufren de encopresis. A pesar de que los niños - de 5 años presentan enuresis primaria, después de los - seis años la enuresis secundaria es más común y generalmente un niño de diez años con enuresis nocturna ya ha - tenido un período de continencia.

La enuresis es más frecuente en los varones y también en los primogénitos. La enuresis diurna está presente en el 10% de los niños con enuresis nocturna. Sin tratamiento la mayoría de los niños no presentaron problema a los 15 años y algunos adultos presentaron incontinencia durante el sueño y otros mostraban recaída después de haber bebido demasiado.

La frecuencia de enuresis en el adulto es bastante rara. Brego encontró que un 47% de los casos de -

enuresis uno de los padres habfa sido enurético y el 35% se habfa presentado el problema en uno de los hermanos.

CAUSAS A LAS QUE SE ATRIBUYE LA ENURESIS:

El niño normal vacfa la vejiga cuando ésta se llena y usualmente el vaciamiento es completo. Este reflejo - puede no ser completo por falta de regulación, control - o facilitación, cuando dichas funciones no son realizadas por centro corticales superiores, estas funciones son adquiridas durante la mielinización del sistema nervioso - central aproximadamente entre los 18 y 36 meses.

Los niños enuréticos tienden a vaciar su vejiga más frecuentemente durante el día que los niños continentales. Sus vejigas suelen ser ligeramente más pequeñas. Un - episodio estresante como la internación en un Hospital o la separación de la madre puede ocasionar enuresis se-cundaria.

El stress es también la causa de enuresis primaria en el período sensible de aprendizaje del control de la - vejiga (dos y medio a tres y medio años).

El síntoma puede persistir aunque la causa determinante se haya resuelto. La mayoría de los niños normales adquieren la habilidad de controlar la orina primero en el día y posteriormente en la noche.

La razón más común como responsable de la enuresis ha sido la llamada "falta de maduración" del mecanismo de control de la orina poyado por Bakwin (1961) - que encontró deficiente maduración en el sistema nervioso central.

La reducida capacidad vesical encontrada en muchos niños enuréticos favorece a fundamentar esta posibilidad de falta de maduración (Hallmann). Sin embargo esta reducción de la capacidad vesical es funcional, no estructural, ya que la capacidad medida bajo anestesia ha sido dentro de límites normales (Trop Hudson).

Algunos datos que apoyan la falta de maduración -- como etiología es el hecho de que estos pacientes principian a caminar más tardíamente y presentan algunos - datos menores que hablan de retraso psicomotor.

Se ha visto que la fase de llenado en el cistometro-grama en niños enuréticos (al menos en la mitad de ellos) es de contracciones de mayor intensidad, hipertónicas, muy semejantes a la de los niños pequeños.

Se ha dicho que los niños enuréticos duermen muy profundamente, la importancia de esto ha sido muy exagerada, ya que por electroencefalograma se ha comprobado que la incontinencia ocurre durante el sueño más liviano o cuando el niño está despierto.

Durante el sueño la aparición de una contracción del músculo vesical puede estimular al individuo a despertarse o simplemente desaparecer, ambas son normales. Sin embargo en el enurético la contracción puede incrementarse y producir escape de orina en forma involuntaria.

Hay también algunos reportes acerca de anomalías genitourinarias como responsables de la enuresis nocturna.

La variedad entre las alteraciones anatómicas me-

nores y la discrepancia entre las diferentes interpretaciones plantean una duda sobre su real importancia y han determinado que la mayoría de los urólogos piensen que la enuresis nocturna generalmente no es secundaria a alteraciones anatómicas, y que la corrección de las mismas no implica grandes diferencias.

Hendren piensa que una apropiada investigación debe realizarse para excluir una etiología somática de la enuresis.

Posibles causas somáticas de enuresis incluyen:

Infección urinaria, valvas uretrales, estenosis distal uretral, vejiga neurogénica, epispadias congénito y uretero ectópico.

El empleo de uretrocistograma frecuentemente muestra defectos en uretra posterior, siendo causa de obstrucción moderada unas valvas uretrales posteriores. En forma semejante en niños un cuello vesical amplio o un estrechamiento de la uretra distal pueden ser causantes de la sintomatología por incompetencia del esfínter o por obstrucción uretral confirmando estos hallazgos con

la endoscopia.

La presencia de reflujo en pacientes enuréticos es un hecho real, en algunos casos después de la corrección del reflujo la enuresis desaparece y en otros persiste.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La incontinencia nocturna es la manifestación más común acompañada frecuentemente a mayor número de micciones y a urgencia urinaria en el día. La mayoría de los enuréticos presentan los síntomas desde que son lactantes o preescolares; algunos después de un período de continencia, esto puede ayudar a reconocer el factor etiológico respecto a si tiene una base orgánica o psicológica.

EXAMEN:

Una historia completa y una examinación cuidadosa son básicas.

Un punto importante es si el niño ha controlado o no sus esfínteres previamente. Si se moja todo el tiempo

po no podemos excluir causas como uretero ectópico.

Si la enuresis es de comienzo reciente o diurna es particularmente importante pensar en un problema de stress en la escuela o en el hogar.

Una cuidadosa evaluación del cuadro clínico indicará que pacientes requieren una investigación urológica completa. Por ejemplo: un buen flujo de orina con ligero retardo en el desarrollo psicomotor o historia familiar de enuresis son datos sugestivos de enuresis primaria la cual no requerirá un estudio urológico completo.

Es recomendable la observación del chorro urinario, examen de genitales, evaluación neurológica (columna vertebral, reflejos periféricos, sensibilidad del área perineal, cuidadoso examen rectal para valorar el tono del esfínter anal y respuesta del reflujo bulbo cavernoso), exploración bimanual para conocer orina residual.

BASES PARA EL DIAGNOSTICO:

Aquellos pacientes con historia de infecciones uri

narias o aquellos con orina residual, pobre flujo urinario, trastornos diurnos de la micción, tales como goteo inicial o terminal, e incontinencia, son candidatos a un estudio urológico. Para aquellos casos en que no hay infección no hay indicación endoscópica especialmente si la urografía excretora y el uretrocistograma son normales.

Si existe urgencia para orinar, incontinencia secundaria a ésta, frecuencia aumentada en el número de micciones, estará indicada una investigación urológica.

Debe realizarse un E.G.O., examen microscópico de leucocitos en orina y de bacterias para descartar infección, debe hacerse colección de orina para cultivo en forma adecuada.

Se aprecia generalmente que el niño con infección urinaria que tiene el problema de estar mojado, en el 90% de los casos tiene problema quirúrgico. Hendren de acuerdo con esto opina que deben realizarse estudios radiológicos a todos los niños después de una infección urinaria.

Se puede descartar patología del tracto inferior como una infección o reflujo vesicoureteral mediante un cistograma postmiccional, aunque el pielograma intravenoso hubiera sido normal.

Es indispensable obtener un estudio completo del tracto urinario del niño que persiste mojado o cursa con infección.

Frecuentemente el diagnóstico se hace por cistograma, lo que ocurre especialmente en varones con valvas.

Si hay una cistitis aguda con edema de la pared de la vejiga el curso oblicuo normal del uréter puede alterarse y ocurrirá reflujo. Por esta razón se piensa que la cistografía debe ser diferida hasta que se haya controlado la infección aguda.

El reflujo vesicoureteral que se ha demostrado en ausencia de infección, generalmente es secundario a anomalías anatómicas en la unión ureterovesical, el reflujo en estos casos es la causa de la infección y no su consecuencia.

Hay literatura médica que sugiere actitud expectante con respecto al reflujo y piensan que con el tiempo éste puede desaparecer; existen algunos que están en contra -- de ellos como Hendren.

Como se ha mencionado el estrechamiento de la uretra distal no es infrecuente y puede ser causa de que el niño se moje y curse con o sin infección.

La estenosis del meato en los varones es generalmente consecuencia de meatitis después de la circuncisión.

Respecto a las valvas uretrales como todas las malformaciones congénitas, se presentan dentro de un amplio espectro; por un lado está el recién nacido con signos de insuficiencia renal con severa hidronefrosis y megaureteres, en el otro extremo está el niño de 12 años cuyo -- único síntoma es mojarse acompañado de frecuencia diurna y urgencia.

En la cistografía la vejiga puede vaciarse bien a ex pensas de la hipertrofia de su músculo.

Todos los niños con problemas en el vaciado deben --

ser sometidos a una uretrocistograffa en posición oblicua y en varias tomas.

En estos niños con valvas solamente sin asociación con otras malformaciones, la resección endoscópica de las valvas es suficiente.

Cuando hay una pequeña cantidad de reflujo vesicoureteral con pequeñas valvas y un orificio uretral normal el reflujo puede desaparecer en cerca del 50% de los casos - mediante la corrección de las valvas, un número pequeño muestra compromiso del tracto urinario superior.

Vejiga neurogénica.

La causa más común es el mielomeningocele congénito. En las formas moderadas de la mielodisplasia puede haber una normal inervación de la vejiga con función normal, en los casos severos la incontinencia es común.

Por lo tanto debe descartarse una base neurológica como diagnóstico diferencial. Se ha de realizar una exploración de la parte posterior del niño buscando ciertos defectos como el lipomeningocele, área de pigmentación

o cabello sobre la columna. Debe explorarse el tono anal, exploración de los miembros inferiores. Ocasionalmente un tumor de la médula espinal, puede ocasionar incontinencia en un niño previamente seco. También hemos visto esclerosis múltiple en niños con enuresis.

El médico que estudia al niño con vejiga neurogénica, tiene doble responsabilidad: primero, el tracto urinario superior debe ser conservado, hay siempre un inadecuado vaciamiento en los niños que repercute en el tracto superior en 2 o 3 años, con reflujo vesicoureteral e infección urinaria y segundo, lograr la continencia.

Se han utilizado múltiples métodos, pero la experiencia ha mostrado que el reflujo por la derivación urinaria es tan serio como el reflujo desde la vejiga.

Espispadias.

Las espispadias en los hombres son visibles, no lo son tanto en las niñas; los dos labios están separados por varios milímetros o más, el meato es grande y la uretra es corta, este es el primer defecto de la fusión de la línea media, las formas más severas determinan -

extrofia vesical con un esfínter externo incompetente y con una uretra corta el niño está incapacitado para evitar la salida de orina involuntaria en los casos de stress.

Uréter ectópico.

Esta es una causa de incontinencia urinaria en niños, la cual escapa del reconocimiento del médico por varios años. Hay un sistema colector doble con un polo superior displásico drenando en un megaureter que entra en forma distal al esfínter uretral externo a menudo en el borde de la uretra o en vagina. Generalmente el polo superior displásico no se visualiza en el pielograma intravenoso, debido a que éste no concentra lo suficientemente bien.

La base diagnóstica radiológica es la presencia de una asimetría en el sistema colector en uno de los riñones. Estos pacientes ameritan una minuciosa exploración bajo anestesia, después de una carga de agua intravenosa.

Hay pocas entidades que proporcionan tanta satisfacción en su descubrimiento como el uretero ectópico

y la cura de la enuresis mediante el arreglo del elemento displásico renal y su uréter.

TRATAMIENTO.

Respecto a este punto es evidente que existe una gran controversia al igual que lo referente a la etiología.

Cada caso de enuresis deberá ser tratado en forma individual, reflejándose en un mejor resultado el cuidado y entusiasmo desarrollados por el médico en favor del caso.

Psicoterapia.

El paciente debe recibir la confianza de su propio esfuerzo, requiere de comprensión, estímulo y explicación de que no existen problemas orgánicos serios en él, la familia también debe darse cuenta de esto.

Las explicaciones deben ser dadas en base a que los padres y el niño conozcan cuales son las causas de la enuresis y cuan frecuente es este problema.

Jolly menciona que puede tratarse al niño enurético-

co con premios por aquellas noches en que no se ha mojado. La restricción de líquidos tiene muy poca importancia en la incontinencia nocturna.

Una de las formas para espaciar intervalos para incrementar el tamaño de la vejiga, es hacer orinar al niño cada hora inicialmente e ir alargando progresivamente hasta que el niño se acostumbre a orinar cada 5 a 6 horas, con esto la enuresis nocturna desaparece algunas veces.

Respecto al uso de medicamentos, éstos no tienen una posición muy significativa en la historia del tratamiento de la enuresis.

Los más frecuentemente utilizados son la imipramina (Tofranil) y amitriptylina (Tryptizol). Para los niños menores de 10 años se prescriben 25 mg y para los mayores de 10 años 50 mg.

Si no hay mejoría en dos semanas se duplica la dosis, no son frecuentes los efectos colaterales. A pesar de que el niño puede superar su problema de incontinen-

cia son comunes las recaídas, por lo que se debe continuar el tratamiento 3 o 4 meses y posteriormente ir disminuyendo gradualmente.

El mecanismo de acción de las drogas antidepresivas no está bien aclarado, el efecto comienza algunos días después de que se ha iniciado la droga, por lo que se piensa que la acción es central más que anticolinérgica.

Las drogas anticolinérgicas primarias como la bethadona y la propantolina que se suponen producen relajación de la vejiga, son poco usadas en el control de la enuresis nocturna, pero pueden ser usadas en el control de la urgencia diurna. Los extractos pituitarios producen una mejoría transitoria de la enuresis nocturna.

Alarmas enuréticas.

Todas funcionan bajo el principio de que la orina determina contacto eléctrico que hace sonar una campana de alarma.

Deben ser colocadas debajo de los glúteos y conec

tar una alarma que esté fuera del alcance del niño. Cuando el niño moja su cama suena la alarma, el niño debe ser levantado para completar el vaciamiento de su vejiga.

El uso de esta alarma es problemático para la familia, pero los resultados lo justifican y con un buen manejo más del 60% pueden superar la enuresis. La mayoría de los niños pueden experimentar los síntomas de mejoría después de 10 a 15 llamadas entre 2 y 10 semanas.

Las recaídas deben ser tratadas con un ciclo de alarma. La alarma requiere cooperación de los niños y de sus padres, por lo que no dan resultado en niños menores de 5 años, siendo más efectiva en los mayores de 7 años.

Las razones más comunes son el problema de despertar a los otros niños. Si el niño no se despierta pese a la alarma debe indicarse una amfetamina como dextedrina para disminuir el umbral del sueño.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó el presente estudio con el fin de conocer las alteraciones anatomofuncionales relacionadas a enuresis, y de ellas cuales fueron las más frecuentes.

Se hizo una revisión retrospectiva de carácter descriptivo recopilando los datos del archivo clínico radiológico del Hospital Infantil de México, en los últimos -- cinco años, de aquellos pacientes procedentes de la Consulta Externa, no seleccionados, que tenían el diagnóstico de enuresis.

Se revisaron las historias clínicas, así como los -- estudios radiológicos de 50 pacientes, de los que se analizó: sexo, edad, características de la enuresis (control previo de esfínteres si la enuresis era diurna, nocturna o ambas), los estudios practicados y en aquellos que -- contaban con el dato, el diagnóstico urológico.

RESULTADOS.

Respecto al sexo de los pacientes, de los 50 casos 29 correspondieron al sexo masculino; sin embargo 8 de estos casos tenían el diagnóstico de vejiga neurogénica y 2 de extrofia vesical, por lo que se excluyeron de la categoría de enuresis.

Por lo que solamente 19 casos de niños pueden catalogarse como enuréticos, haciendo un 38% de la muestra.

En cuanto al sexo femenino de los 50 casos, 21 correspondieron a este grupo, de los que se excluyeron 6 casos; 5 con el diagnóstico de vejiga neurogénica y 1 -- por extrofia vesical, haciendo un 30% de la serie.

De acuerdo a la edad de los pacientes nos pareció conveniente incluirlos en tres grupos de edades, obteniendo lo siguiente:

TABLA I

Grupo de Edad	Niños	Niñas	Total
0 - 4 años	2	2	50
4 1/30 - 8 años	13	11	- "
8 1/30 - 12 años	4	2	"
Total	19	15	50 casos

Analizando el dato de control previo de esfínteres, encontramos que solo en 19 casos se reportó la edad, - la que fluctuó entre los 2 y 4 y medio años.

En los casos de vejiga neurogénica y extrofia vesical era obvio que este dato no estuviera presente.

Se encontró que no habían presentado control de - - esfínteres los dos casos de doble sistema pielocaliceal, uno de reflujo vesicoureteral y otro de valvas posteriores. En los casos restantes no se encontró reportado el dato.

También tuvimos problema para clasificar si la enuresis era diurna, nocturna o ambas, dado que en la ma-

yoría de los expedientes este dato no estaba investigado. Nosotros sabemos que este hecho es de importancia, ya que de un 10 a 15% de los niños de 5 años mojan sus camas en la noche y que la enuresis diurna está presente en un 10% de los niños con enuresis nocturna.

En lo referente a los estudios radiológicos practicados, el análisis de los 50 casos mostró lo siguiente:

TABLA II

Tipo de Estudio	Casos	Total
Urografía excretora		
Uretrocistograma miccional		
y Cistoscopia	41	50
Solo urografía excretora	7	"
No se practicaron estudios	2	"

Un solo caso contó con cistometría y fue al que se le catalogó como vejiga no inhibida de tipo neurológico o secundaria a infección.

La urografía excretora fue solicitada en la mayoría de los casos en su primera entrevista con el pediatra. Observando que la mayoría de los estudios mostraban anomalías aún en aquellos pacientes que se les clasificó sin patología orgánica. El uretrocistograma y la cistoscopia fueron básicamente solicitados cuando se canalizó al paciente al Servicio de Urología, tal vez en base a los hallazgos de la urografía excretora.

De los dos casos en que no se practicaron estudios, uno tenía el diagnóstico de fimosis y otro de estenosis del meato, en los que se reporta que desapareció la sintomatología con la respectiva corrección quirúrgica.

Haciendo la correlación clínicoradiológica se clasificaron las siguientes alteraciones anatomofuncionales relacionadas a enuresis:

TABLA III

Alteración	Casos	Total
Estenosis del meato	4	50
Doble sistema pielocaliceal	2	"
Reflujo vesicoureteral	2	"
Valvas uretrales posteriores	2	"
Infección de vías urinarias	2	"
Obstrucción pieloureteral	1	"
Hipospadias	1	"
Estenosis de uretra post-traumática	1	"
Ureterocelo más exclusión renal	1	"
Exclusión renal más hidronefrosis y megauretero	1	"
Talla superpúbica y cistolitotomía	1	"
Total	18	50 casos

Como habíamos mencionado excluímos 13 casos de vejiga neurogénica, 3 de extrofia vesical.

Se concluyó también que en 12 no se detectó patología orgánica y en 4 casos los estudios fueron incompletos.

DISCUSION.

Considero conveniente iniciar la discusión haciendo mención a que el objetivo básico del estudio era analizar los hallazgos radiológicos en niños catalogados como enuréticos.

Fue evidente que en nuestro estudio se catalogó como enuresis un gran número de niños que no reunían las características de dicha entidad y por lo mismo se excluyeron.

Observamos que en lo que respecta al sexo de los pacientes, la incidencia fue mayor en los niños, como ha sido analizado por otros autores, entre ellos Meadow y Mahony.

Observamos también que respecto a los grupos de edades se encontró la mayor incidencia entre los 4 y 8 años de edad, siendo este dato concordante con la mayoría de los estudios realizados al respecto.

Los casos que encontramos en menores de 4 años, correspondieron a dos niñas con doble sistema pieloca

liceal; un niño con valvas uretrales y otro con reflujo - vesicoureteral izquierdo.

El dato de control previo de esfínteres sólo pudo - ser recabado en algunos pacientes. Sabemos que este - concepto es de gran importancia para poder catalogar - si una enuresis es primaria o secundaria.

Sabemos que precisando el concepto anterior pode- mos valorar qué pacientes requieren una investigación - urológica completa, cuáles pueden recibir tratamiento - médico solamente y a cuáles se les indicará observación - únicamente.

A este respecto comentaremos que a pesar de que - estamos de acuerdo en que no se practique estudio uro- lógico completo a aquel niño que se cataloga como enu- rético primario; en el presente estudio fue evidente - que se llevó a cabo en la gran mayoría de los casos tal vez porque es frecuente que el niño enurético tenga una malformación que debe estudiarse.

Sabemos que es amplia la variedad de anormalida-

des radiológicas encontradas en los enuréticos. Mc --
Kendry y Stewart han observado que el niño con enure--
sis nocturna presenta muy baja incidencia de alteracio--
nes radiológicas, mientras que Mahony reporta que la -
mayoría de los niños enuréticos tienen anomalías -
del tracto urinario bajo, cuando se combina el uretro--
cistro grama miccional con la cistoscopia, lo cual fue
acorde a nuestro estudio.

De las alteraciones anatomofuncionales reportadas
fue evidente que se excluyeran los casos de vejiga neu--
rogénica y extrofia vesical, que son más bien causas de
Incontinencia y no de enuresis, con lo que se redujo --
considerablemente los pacientes estudiados.

De los 4 pacientes reportados con estenosis del --
meato, en nuestro estudio la enuresis desapareció al --
practicar la meatotomía. Pero se sabe que en otros ca--
sos esto no sucede y la enuresis persiste. Nuestra con--
ducta es realizar la meatotomía y el estudio endoscópi--
co para poder valorar la etiología de la enuresis, es--
pecialmente cuando no desaparece después de la correc--
ción quirúrgica.

El hallazgo endoscópico de trabeculaciones y edema ayuda a aceptar la causa mecánica como etiología de la enuresis al impedir el vaciamiento adecuado y favorecer infecciones. Además la conducta es que de acuerdo a estos resultados, se puede valorar el pronóstico y el tratamiento.

El caso reportado de enuresis secundaria a talla -- suprapúbica y cistolitotomía fue relacionado directamente con el acto quirúrgico, ya que la enuresis se presentó posterior a éste.

Se encontró un caso de obstrucción pieloureteral -- considerada como funcional de causa intrínseca a la -- unión ureteropielica, esto se reconoce que no tiene relación causa-efecto a menos que estuviera asociada -- con infección.

De los 12 casos en que no se reportó patología orgánica, algunos mostraban anomalías radiológicas -- que no fueron concluyentes, tal vez porque no fueron -- seguidas con otros estudios del tipo cistometría. Si re

cordamos lo descrito por Mahony que ha encontrado mediante este estudio vejigas que se comportan como vejigas neurogénicas no inhibidas.

Respecto a los casos de infección urinaria sabemos que la sintomatología clínica más importante, es la enuresis como ha sido descrito por Lapidez-Diokno; en nuestro estudio solo encontramos dos casos.

CONCLUSION.

La pregunta tal vez surge de qué método es el adecuado para valorar a un niño enurético.

Nosotros pensamos que si los datos clínicos son de una enuresis nocturna sin asociación de infección del tracto urinario, probablemente no requiere una investigación hasta después de los cinco años de edad.

La presencia de enuresis diurna ahunada a historia de infección urinaria incrementa la incidencia de anomalías radiológicas y consideramos que deben ser sometidos a un estudio completo.

Sabemos que en muchos casos aún con una historia y examen adecuados, tendremos la duda sobre la existencia o no de una anomalía anatómica que justificará en un momento dado un estudio urológico completo que será un beneficio para el niño.

BIBLIOGRAFIA.

1. Mahony, D.T.: Studies of enuresis I. incidence of obstructive lesions and pathophysiology of enuresis. J. Urol. 95:951-958 (1971).
2. Pompeius, R.: Cystometry in Pediatric enuresis. Scand J. Urol. Nephrol 5:222-228 (1971).
3. Cutler, M.D.: Radiographic findings in children -- surveyed for enuresis. Urology 480-482 (1978).
4. Meadow, R.: Childhood Enuresis. Br Med J. 4:787-789 (1970).
5. Jonstone, J.M.S.: Cytometry and evaluation of -- Anticholinergic drugs in enuretic children. J. -- Pediatr. Surg. 7:18-20 (1972).
6. Development of urinary control in children: Some -- aspects of the cause and treatment of primary -- enuresis. JAMA 172:1256-1261 (1960).
7. Barwin, H.: The genetics of enuresis. Clin. -- Develop. Med. 48-49, 73-77 (1973).
8. Duche, D.J.: Patterns of Micturition in infancy: and introduction to the study of enuresis. Clin. Develop. Med. 48-49 (1973).