



Sábado 3 de febrero de 2018

**Mesa redonda:
Patología nefrourológica**

Moderadora:

Carmen Villaizán Pérez

Pediatra. CS Sonseca. Sonseca. Toledo. Vicepresidenta de la AEPap. Coordinadora del Grupo curriculum de la ECPCP.

- **Nefrología: hematuria y proteinuria**
Montserrat Antón Gamero
Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
- **Urología: disfunción vesical y patología testicular**
Jesús Gracia Romero
Urólogo pediátrico. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Gracia Romero J. Incontinencia urinaria diurna en Pediatría. Un enfoque práctico. En: AEPap (ed). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p 61-66.

Incontinencia urinaria diurna en Pediatría. Un enfoque práctico

Jesús Gracia Romero

*Urólogo pediátrico. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
jgracia1952@gmail.com*

RESUMEN

La incontinencia urinaria es importante no solo por la tensión que supone para el niño, sino porque puede ser la manifestación o el preámbulo de una lesión de la función vesical o renal. El 60% de las consultas por incontinencia entre los 4 y los 14 años son por vejiga inestable/hiperactiva/hiperreflexia del músculo detrusor y en esta patología centramos este escrito.

Esta inestabilidad vesical suele asociarse a malos hábitos miccionales. Las micciones son rápidas, sin realizar un vaciamiento completo, hay urgencia miccional, la paciente tiene un hábito retentivo y hace posturas anómalas para evitar el escape tras la contracción del detrusor.

La historia clínica y exploración física es más que suficiente en las incontinencias no neurógenas, funcionales, como la que nos ocupa. La anamnesis debemos orientarla en primer lugar a descartar un problema medular oculto.

Es muy importante el uso del diario miccional. En una hoja haremos anotar al niño cuando orina y defeca, volumen de cada micción, cuando bebe agua y si está algo, bastante o muy mojado.

El tratamiento de una incontinencia siempre debe comenzar insinuando a realizar una higiene miccional correcta y a resolver el estreñimiento si lo hubiere. Si no responde a este tratamiento se

puede realizar tratamiento farmacológico con anticolinérgicos o derivar a la consulta de urología pediátrica.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria, el escape involuntario de orina, es una de las causas más frecuentes de consulta en urología pediátrica. Es un signo que puede ser el resultado de anomalías anatómicas o funcionales y que es importante no solo por la tensión que supone para el niño^{1,2}, sino que puede ser la manifestación o el preámbulo de una lesión de la función vesical o renal, porque hay una relación estrecha entre infección urinaria, reflujo vesicoureteral y trastornos miccionales.

La incontinencia diurna, normal hasta los 5 años, afecta por igual a los dos sexos y la frecuencia disminuye con la edad: un 8-10 % de los niños de más de cinco años tiene pérdidas de orina durante el día; a los siete años es un 2-3 % de los niños y un 3-4 % de las niñas, y es menor de un 1 % a partir de los doce años³.

FISIOLOGÍA

Para que un niño sea continente necesita una vejiga de buena capacidad y acomodación y que sea capaz de vaciarse completamente. El mecanismo esfinteriano debe estar cerrado durante la fase de llenado y abierto durante la micción para permitir un vaciamiento completo de la vejiga a baja presión y sin residuo posmiccional.

Este control del ciclo miccional es dependiente del sistema nervioso autónomo y somático y precisa de la integridad anatómica de la vejiga, del sistema esfinteriano, de los nervios periféricos y del sistema nervioso central.

Durante el primer año de vida, en un niño normal, la frecuencia de micciones es de 20 veces al día aproximadamente. Con el crecimiento va disminuyendo y a los dos años se reduce a la mitad. Y sobre los siete años es de alrededor de 5 veces al día. Lógicamente, la disminución de la frecuencia miccional se asocia a un incremento

de la capacidad vesical. El aumento más importante de la capacidad vesical se produce entre los dos y cuatro años de edad.

Para conseguir la continencia urinaria el niño debe aprender a inhibir el reflejo de la micción, que está relacionado con el volumen de llenado vesical. Antes del control definitivo el intervalo entre el primer deseo de orinar y el deseo puede ser muy corto, es decir, hay urgencia.

CLASIFICACIÓN

La incontinencia urinaria puede ser aguda, crónica, congénita o adquirida y su etiología puede ser neuropática, anatómica o funcional. También puede ser primaria, pacientes que nunca han estado secos o secundaria, que han tenido periodos secos de al menos 6 meses.

Desde otro punto de vista podemos clasificar la incontinencia urinaria:

- **De urgencia:** pérdida involuntaria de orina asociada a un intenso deseo miccional.
- **De estrés:** pérdida de orina por un aumento de la presión abdominal.
- **Por goteo:** pérdida de orina que se produce después de orinar y generalmente es causada por el paso de orina a la vagina durante la micción, por reflujo vaginal en la mujer, o por quedar orina en la uretra en el hombre.
- **Por risa:** pérdida de orina por relajación del sistema esfinteriano o por contracciones involuntarias del detrusor desencadenadas por la risa.
- **Incontinencia continua:** el paciente está siempre mojado. Esto puede ocurrir junto con una micción normal, si hay una desembocadura ureteral ectópica u otra malformación. En los problemas funcionales la incontinencia suele ser intermitente.

Según la fase de la actividad del tracto urinario que sea disfuncional también podemos hablar de incontinencia por disfunción de llenado vesical, por activarse el detrusor antes del llenado completo vesical, o de vaciado por problema de esfínter o del detrusor.

INCONTINENCIA URINARIA NO NEUROPÁTICA

En el presente escrito nos referiremos sobre todo a la incontinencia no neuropática, en pacientes sin disrafia espinal y la más frecuente es por vejiga hiperactiva (vejiga de contracciones no inhibidas o vejiga inestable) que es casi siempre un retraso madurativo. Con pequeños volúmenes de orina el detrusor se contrae. El niño no sabe como inhibir las contracciones vesicales durante la fase de llenado, el cuello vesical se abre, apareciendo sensación de urgencia miccional, que puede acompañarse de escape parcial de orina. Las contracciones ceden y al poco tiempo reaparecen.

Esta inestabilidad vesical suele asociarse a malos hábitos miccionales, a veces como causa. Las micciones son rápidas, sin realizar un vaciamiento completo, hay urgencia miccional, la paciente (porque suelen ser niñas) tiene un hábito retentivo y hace posturas anómalas para evitar el escape tras la contracción del detrusor (baila, se pone en cuclillas, se acacha, se comprime la vulva, se pinza el pene). Puede haber nocturia.

Esta no relajación del suelo pélvico cuando se contrae el detrusor puede llevar a una relajación incompleta cuando se desea orinar, es decir, se produce una disinergia detrusor-esfínter secundaria, que se manifiesta con una micción entrecortada, que puede agravar la situación al producirse un vaciamiento incompleto, un aumento de la presión vesical, que puede llevar a la infección urinaria, reflujo vesicoureteral, etc.

Menos frecuente es la **incontinencia por risa**, que se es la que presentan algunas niñas que cuando ríen tienen un vaciado vesical completo sin otros síntomas. La etiología es desconocida, pero parece que la risa desencadena una cataplejía, una relajación muscular.

La **incontinencia de esfuerzo** es poco frecuente, ocurre en niños deportistas y no es de fácil solución.

ANAMNESIS

Debemos orientarla en primer lugar a descartar un problema medular oculto y en este sentido debemos preguntar por la edad en la que comenzó a deambular; los problemas con la marcha, caídas frecuentes, que pueden dirigimos a un problema neuropático oculto, como causa de la incontinencia.

Debemos saber desde cuándo y con qué frecuencia pierde orina. En este sentido nos orientará saber cuántas veces se cambia de ropa interior (o se debería cambiar). Preguntaremos si es una incontinencia de pequeñas cantidades (cerco en la braga) o de micciones completas, si esta ocurre durante el día, la noche, o ambas. Es importante saber también si el niño hace pis regularmente, con un horario, y si orina sin prisas, si la micción es relajada y completa. También hay que preguntar si el niño hace posturas anómalas (baila, se agacha, se piza la cola) que son las que se hacen para crear resistencias a la pérdida de orina hasta que se relaja el detrusor y se acomoda la vejiga posponiendo así la micción.

El estreñimiento y la posible incontinencia fecal nos harán pensar en una disfunción vesicointestinal⁴.

Obtener información de la familia, colegio, etc., es importante para detectar problemas psicosociales como el miedo o repugnancia a usar el baño fuera de casa, estrés emocional, etc.

En niños más mayores debemos hacer también preguntas en relación con otros posibles síntomas como: nocturia, urgencia, micción dolorosa, sensación de vaciamiento incompleto, etc.

Conocer la frecuencia miccional es importante. Lo recomendable es orinar cada 3 horas. Es un signo que se debe interpretar junto con la ingesta de líquidos.

La nocturia, el hecho de que el niño se despierte durante la noche por la necesidad de orinar no indica necesi-

riamente una patología urológica, igual que la enuresis nocturna primaria monosintomática, que debe ser motivo de consulta pero que siempre, o casi siempre, es un trastorno en el despertar asociado a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética o una vejiga funcionalmente pequeña.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física del niño con incontinencia debe incluir el abdomen (retención fecal, globo vesical), la espalda lumbosacra (fositas, fistulas, pelos, lipomas, nevus) y los genitales (epispadias, estenosis meatal, dermatitis por orina, sinequias labiales, vulvovaginitis), además de una exploración neurológica valorando los reflejos de las extremidades inferiores y la integridad de los esfínteres. Es muy fácil ver si un niño camina bien simplemente viendo como desgasta los zapatos.

DIAGNÓSTICO

La historia clínica y exploración física es más que suficiente en las incontinencias no neurógenas, funcionales.

Es muy importante el uso del diario miccional (Fig. 1). En una hoja haremos anotar al niño cuando orina y defeca, volumen de cada micción, cuando bebe agua y si está algo mojado, bastante o muy mojado. Con un golpe de vista tendremos una idea de la situación y para sucesivos controles podremos ver la evolución del paciente.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS⁵

Si hay algún estigma lumbosacro se puede solicitar una radiografía simple abdomen que nos ayuda a confirmar la presencia de constipación y descarta anomalías espinales severas, que pueden necesitar una RM lumbosacra también.

La ecografía renal puede ayudarnos a diagnosticar una duplicidad renoureteral con ectopia ureteral en niñas con goteo continuo. La ecografía vesical con medición del residuo postmiccional y grosor de la pared vesical, nos orienta sobre el vaciamiento vesical ya que una pared engrosada nos hace pensar en una hipertrofia del detrusor por dificultad de vaciado.

Figura 1. Diario miccional

Nombre		Fecha					
HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

Anote si orina y si está **Seca**  **Algo mojada**  **Muy mojada** 

Anote la ingesta de **Vasos de agua** 

Anote si defeca y como 

La flujometría urinaria nos da información de si existe un problema obstructivo a nivel de la uretra (flujometría aplanada) o una micción no coordinada (patrón de *staccato*, en picos) o una disiner-gia vesicoesfinteriana (Fig. 2). Si se puede hacer con electromiograma, mejor.

En el tipo de incontinencia que nos ocupa no es necesario hacer cistouretrografía miccional seriada (CUMS), ni estudio urodinámico, que se reserva para pacientes con incontinencia urinaria con mala respuesta al tratamiento.

TRATAMIENTO

El tratamiento de una incontinencia siempre debe comenzar instando a realizar una higiene miccional correcta y tratamiento del estreñimiento si lo hubiere. Se trata de orinar despacio, perdiendo el tiempo, contando despacio hasta 15 o silbando suavemente, para relajar la musculatura perineal. Se vacía mejor sentado, la espalda recta (leve inclinación hacia delante) y con los pies apoyados. En las niñas puede recomendarse una micción en dos tiempos: después de orinar se vuelve a sentar e intenta vaciar un poco más, para que no quede residuo.

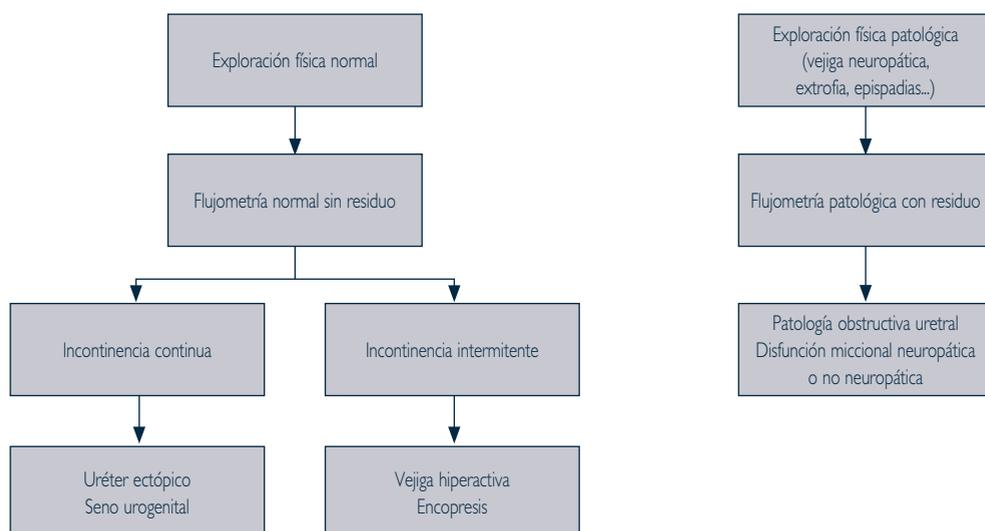
También se puede recomendar orinar “al revés” mirando a la pared, para que abra bien las piernas y pueda relajar mejor el periné. Por supuesto para abrir bien las piernas no basta con bajarse la braga, hay que quitarla.

Debemos eliminar la cafeína (estimulante y diurético) y las bebidas carbonatadas. Aconsejar una ingesta regular de líquidos, insistiendo en la ingesta por la mañana y tratamiento del estreñimiento. La higiene genital debe ser adecuada para evitar irritaciones, evitando baños prolongados y ropa ajustada.

Se aconseja orinar con frecuencia: cada 2-3 horas, al levantarse, en los recreos, al salir del colegio por la mañana o al entrar por la tarde y al acostarse.

Si no responde a este tratamiento se puede realizar tratamiento farmacológico con anticolinérgicos o derivar a la consulta de urología pediátrica. La oxibutinina (Ditropan®) es uno de los más empleados. Relaja la vejiga, la hace más complaciente, inhibe las contracciones del detrusor. Puede producir efectos secundarios como sequedad de piel, boca y ojos, dilatación de pupilas, estreñimiento, cefalea, etc. pero solo en un 2% de los casos son de la suficiente importancia como para

Figura 2. Diagnóstico incontinencia diurna



tener que suspender la medicación. La dosis de oxibutinina que se recomienda en mayores de cinco años es 5 mg dos veces al día⁶.

En el caso de incontinencia por risa debemos empezar también por recomendar hábitos higiénicos correctos: antes de quedar con los amigos a "hacer unas risas" orinar vaciando bien. Es de sentido común. Y si no es suficiente, el metilfenidato obtiene buenos resultados.

Cuando se identifica un problema orgánico, o cuando el tratamiento inicial fracasa, recomendamos derivar al urólogo pediátrico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Joinson C, Heron J, Gontard A and the ALSPAC Study Team. Psychological problems in children with daytime wetting. *Pediatrics*. 2006;118:1985-93.
2. Wolfe-Christensen C, Guy WC, Mancini M, Kovacevic L, Lakshmanan Y. Evidence of Need to Use Self-Report Measures of Psychosocial Functioning in Older Children and Adolescents with Voiding Dysfunction. *J Urol*. 2016;195:1570-4.
3. Herndon CD, Joseph DB. Urinary incontinence. *Pediatr Clin North Am*. 2006;53(3):363-77.
4. Feldman A, Bauer SB. Diagnosis and management of dysfunctional voiding. *Curr Opin Pediatr*. 2006;18(2):139-47.
5. Palmer LS. Evaluation and Targeted Therapy of Voiding Dysfunction in Children. *Urology*. 2016;92:87-94.
6. Gracia J. Anticolinérgicos. En: Gutiérrez Segura C (ed.). *Patología funcional urológica y urodinámica pediátricas*. Madrid: Editorial Siglo; 2008. p. 639-48.