

Enuresis: historia y anécdotas

Dr. [Carlos Saieh A.](#)
*Unidad de Nefrourología, [Departamento de Pediatría,](#)
Clínica Las Condes*

Resumen

El niño que se moja en la cama durante el sueño ha sido motivo de comentarios y publicaciones desde hace muchos años. Ya en el año 1000 a.C. se encuentran documentos escritos relativos a este tema. Sólo en el año 1998 la Sociedad Internacional de Continencia en niños, estandariza y define las disfunciones del tracto urinario inferior.

Enuresis proviene del término griego enourein, que significa "vaciar la orina" (1,3). Más adelante veremos que han existido una infinidad de publicaciones tratando de aclarar su etiología y buscar el tratamiento adecuado, con resultados dudosos, incluso en nuestra época. A continuación revisaremos históricamente, algunos de estos datos encontrados en la literatura a nuestro alcance. La mayoría de ellos son incompletos y son solamente anecdóticos.

En el siglo I D.C., Dioscórides, médico griego recomendaba dar a beber a los niños que se mojaban en la noche, polvos diluidos de cerebro de liebre desecado y molido (1).

En la época de Aristóteles se atribuyó como causa de la enuresis el sueño muy profundo, aunque en ese tiempo no constituía un problema socio cultural ni molestia para los padres. Se dice que todos los problemas de la incontinencia nacen cuando aparecen las alfombras como instrumento ornamental, debiendo evitar mojarlas, con lo cual se inicia la era del pañal.

En el año 865 el médico musulmán Rhazés (Figura N° 1) recomienda el uso de "cresta de gallo desecada", la que se pulverizaba y vertía sobre la cama del niño que se mojaba, pero sin que él lo supiera. En esos mismos años, pero en pueblos más primitivos, se corregía la enuresis haciendo lamer al niño pezuñas de cordero recién nacido del primer parto. También se envolvía al paciente en una estera mojada en orina, al tiempo que se le salpicaba la cara con pimienta y luego se le frotaba con ortigas (1).



Figura N°1

Hay escritos que hablan que en Dahomey, al oeste de África, se vestía al enurético de forma especial y ridícula (figura N°2), luego era paseado por el pueblo, mientras los otros niños se burlaban de él. De ese modo se impedía el sueño relajado profundo y se podían despertar antes de mojarse. Además, eran frecuentes las recomendaciones de castigos, como hacer tomar su propia orina u otros, como por ejemplo la terapia recomendada y publicada en Nigeria, que consistía en atar un sapo al pene del enurético para que cuando se produjera la humedad el sapo croara y despertara al niño (1).



Poco antes de la Edad Media se proponen recetas a base de testículos de liebre macerados por 24 horas en un vaso de vino, si esto no resultaba, se utilizaba pulmón de chivo y vejiga de lechón o beber el agua de buche de un gallo hervido. También se realizan torniquetes peneanos para evitar las micciones, procedimiento que rápidamente cayó en desuso a causa de los múltiples casos de gangrena. En esa época los cirujanos, que eran barberos, proponen la circuncisión y la meatotomía y otros procedimientos más simples como una ligadura poco cerrada del prepucio para que al distenderse con la micción despertara al niño (Figura N° 3).



Figura N°3

Hacia el año 1400, el examen de orina cobra suma importancia para el diagnóstico de las enfermedades, siendo fundamentales los escritos salidos desde los centros de medicina de Bizancio, Salerno y Montpellier. Así, en un herbario del renacimiento se explica la teoría de los humores para el diagnóstico. Si la orina es roja y ligera, la persona es apasionada, seca y colérica, en él predomina la bilis, cae con facilidad en la ira y en la ictericia. Si la orina es espesa, es de naturaleza fría y flemática, en él falta linaje acuoso y gusta de estar solo. Leonardo Thurneysser (1531-1596) vierte la orina de los pacientes en un matraz de vidrio en forma de hombre, la destila y a partir de los precipitados, vapores y gotas deduce la zona del cuerpo en que se encuentra la enfermedad. A partir de entonces el examen de orina es fundamental, incluso hasta nuestros días.

Posterior a los siglos XV y XVI se considera que la enuresis pudiera ser causada por debilidad y para aliviarla se recomienda baños de agua sulfurosa, duchas muy frías en el periné y la parte inferior de la columna. También se recomiendan dietas más naturales, fundamentalmente evitando la sal y los alimentos ácidos o agrios, los que pueden irritar la vejiga. Se prohíbe tomar alcohol, café, té, malta y se recomienda moderar la ingesta de carnes. En el siglo pasado se utilizan tónicos y reconstituyentes como yoduro de hierro, aceite de hígado de bacalao y otros.

Por esos tiempos, los indios Navajos, en EE.UU. notaban que los pájaros nunca mojan sus nidos, por lo que colocaban a los niños que se mojaban encima de un nido ardiendo, para que el humo, con propiedades antienureséticas le llegara a los genitales y a la vejiga.

En el siglo XVI aparecen en todo su esplendor las fórmulas magistrales, basadas en

sustancias tales como ergotamina, cloral, bromuro de alcanfor, opio, antipirina, belladona o quinina. Junto a estos reconstituyentes recomiendan aumentar la ingesta de sal y disminuir los líquidos, ya que así producían hipernatremia con la respectiva retención hídrica y oliguria nocturna (Figura N° 4).



Figura N°4

En el año 1880 y en los siguientes años aparecen dispositivos, algunos muy curiosos y dolorosos también, como el introducir un cono o huevo de marfil por el ano, de manera de comprimir la próstata contra el pubis e inhibir las ganas de orinar. Se describe otro ingenioso invento que consistía en un tubo de goma con una tableta soluble en agua como tapón, que por un extremo conecta con una bolsa de agua y por el otro se introduce por el ano: cuando el niño se orina, esta disuelve el tapón y el agua penetra por el recto, despertando al niño.

En el año 1881 aparece un aparato con un polo que se ubica en el meato y el otro en la espalda y una batería que proporcionaba un choque eléctrico cuando se producía la micción. En el siglo pasado comienzan a aparecer publicaciones que hablan de vejiga chica, por lo que se recomienda comer poco y no tomar líquidos en la noche para no llenar en exceso la vejiga.

Revisando la historia de la pediatría chilena y a partir del año 1917, encontramos interesantes y originales artículos o comentarios, los cuales resumimos a continuación. Estos han sido extractados de reuniones realizadas en el seno de la Sociedad Chilena de Pediatría, donde se discutían temas relevantes o se analizaban experiencias tanto nacionales como extranjeras. En algunas oportunidades se mencionan las frases textuales expuestas por los conferencistas (4).

En 1917 el Profesor Cienfuegos presentó a la Sociedad Médica de Chile el primer caso de incontinencia fecal y de orina de origen hipotiroideo, curado con la opoterapia respectiva. En 1918 uno de sus ayudantes, el Dr. Andrade, en su tesis, llega a la conclusión de que un 50 a 60% de las enuresis pueden curar con tan sencillo tratamiento. El Dr. Andrade trata 19 niños enuréticos por dos semanas, con muy buena tolerancia. El resultado fue excelente, aunque algunos pacientes volvieron a presentar la enuresis después de algunos días de suspendido el tratamiento, pero bastó con iniciar una nueva cura por 10 días para obtener mejoría (Figura N° 5) (5).



Figura N°5

En la Revista Chilena de Pediatría, año II N° 1 de 1930, aparece un comentario del Dr. Fernández Lagos acerca de una revisión de 24 casos de enuresis en niños de dos a seis años. En 17 de ellos encuentra un aumento marcado de la excitabilidad galvánica, hipocalcemia y disminución de la concentración iónica. El autor sostiene que esto claramente corresponde a una forma espasmófila. Propone un tratamiento con luz ultravioleta, sola o asociada con vitamina B y un poco menos con hormón paratiroideo, obteniendo óptimos resultados, determinando rápida y casi constantemente la curación (8).

En el año 1940 el Dr. W. Bustamente analiza un artículo del Dr. Vaynbaum de Moscú, quién trata a 120 niños con magnesio. Todos fueron examinados por pediatras, oftalmólogos y neurólogos. El tratamiento se realizó con sulfato de magnesio en dosis crecientes, partiendo por 0.5 cc. intramuscular diarios y aumentando hasta tres cc. La enuresis cesa por completo después de la 10ª a 15ª inyección, a medida que la dosis iba aumentando en volumen. Todos, excepto cuatro, mejoraron por completo. El tratamiento se basó en el efecto depresivo del sulfato de magnesio que ejerce en el sistema nervioso central y periférico (5).

Los doctores García, Correa y Sepúlveda, de la Casa Nacional, analizan el tema en una de las revistas de 1942 y establecen que los factores que pueden producir enuresis son múltiples, pero los más importantes son las anomalías de la columna vertebral, especialmente la espina bífida, alteraciones del aparato génito-urinario, la cistitis, modificaciones del pH urinario, la fimosis, traumatismos y daño psíquico. Plantean que no hay un factor aislado, sino que la enuresis es la resultante de una combinación de causas (10).

Desde el mismo centro de salud y el mismo año se presentan 30 casos de enuresis, estudiando el rol de la espina bífida y además el grado de inteligencia. Para estos efectos tomaron a los pacientes y a un grupo control, quienes fueron tratados con drogas y psicoterapia. Los resultados muestran que el 43.3% presentaron espina bífida, el 83.3% de los escolares enuréticos tenían coeficiente intelectual bajo el normal y sólo el 48% de los niños con tratamiento medicamentoso respondieron favorablemente, mientras que el 86% respondió a la psicoterapia (7).

En el siguiente número del mismo año de la Revista Chilena de Pediatría se analiza una publicación de Lancet con 310 niños enuréticos, a los cuales se les practica examen físico, examen de orina, cistoscopia y uretroscopia, 70% de ellos presentaron fenómenos inflamatorios en el trigono y en el meato interno y una gran proporción presentaba inflamación crónica en la uretra posterior. Las vulvitis en las niñas fueron hallazgos frecuentes. Sólo el 15% tuvo cultivos de orina con indicios de infección. La dilatación de la uretra posterior dio por resultado una mejoría en casi todos los niños y la curación en la mayor parte (6).

Llamativa es la sesión presidida por el Dr. Cesar Izzo, en el año 1947, donde se analiza el tratamiento gonadal para la enuresis, usando el propionato de testosterona, el cual influye en la tonalidad del esfínter, sin mayor peligro para el desarrollo sexual. Se discute extensamente la utilidad de este tratamiento y se hace ver que han existido

efectos indeseables en niños en los cuales se ha usado la testosterona y se concluye que hay otros tratamientos con mejores resultados y fundamentalmente menores efectos colaterales. En la misma reunión se discute otro tratamiento con una excelente casuística, con controles durante dos años, en un grupo de niños tratados con vitamina E, con 80% de éxito en menos de 20 días. Hubo reincidencia en algunos, pero al repetir la cura mejoran. Se hace notar que en ocasiones se ha combinado vitamina E con vitamina B con muy buenos resultados. Posteriormente, se menciona la importancia de la fimosis y las adherencias balano-prepuciales, las cuales actúan como irritativas para producir la enuresis. El Dr. Cassorla pregunta por qué a algunos médicos les gusta utilizar el calendario y no los premios. El Dr. Capdeville responde que en el calendario el niño actúa activamente, no así en el premio.

En el año 1949 aparecen grandes discusiones respecto a los aspectos psicosomáticos de la enuresis y la encopresis, y así el Dr. A. Páez sugiere que para favorecer la terapéutica de las enuresis se recomienda un conocimiento más profundo de la psicología del niño y de su ambiente familiar, y en consideración a la eficacia de la psicoterapia en la enuresis, resulta más práctico iniciar este tratamiento y sólo las más rebeldes deben ponerse en las manos del urólogo (6).

El Dr. J. Palma en 1954 publica en la Revista Chilena de Pediatría una comunicación preliminar acerca del uso del bantnine (bromuro de methantheline), basándose en que la enuresis se produce por una disfunción vesical, a causa de una distonía vagosimpática, en que la incontinencia podría producirse por relajación del esfínter liso y este medicamento actúa como colinérgico. Lo usan en supositorios en dosis entre 25 y 75 mg, en seis niños entre dos y cuatro años. Sólo uno presentó trastornos visuales, que desaparecieron con reposo y en todos hubo respuesta satisfactoria luego del segundo o tercer día. Se aconseja usarla por 15 a 20 días. No hubo recaídas en un control a los 90 días (4).

Posteriormente se han realizado varios intentos por establecer una causa más precisa y tratamientos verdaderamente efectivos, utilizándose ladrillos calientes, nuevamente dilataciones uretrales, teofilina, belladona, etc., hasta llegar a los tratamientos actuales, de lo cual lo último leído corresponde a la acupuntura, la que produciría un aumento de la capacidad vesical nocturna (2).

Bibliografía

1. "Tratamiento de la enuresis nocturna a lo largo de la historia. Revista electrónica *Sístole Urología*, mayo 2001, 29,30. <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/sistoleurologia/SUMARIO.pdf>.
2. Hisashi Honjo, Akihiro Kawauchi, Osamu Ukimura, Jintetsu Soh, Yoichi Mizutani and Tsuneharu Miki; *Treatment of monosymptomatic nocturnal enuresis by acupuncture: A preliminary study. Intern. Urolog*, 9, (12), 672, 2002.
3. Saieh A. Carlos, *Enuresis: niños en apuros*, www.padresok.com.
4. Palma E.Jorge, *Tratamiento de la enuresis nocturna con Bathine Rev.Chil. Pediatr*, 1, 26-27, 1954.
5. Bustamante Werner, *Algunos casos de enuresis tratados con extracto tiroideo Rev.Chil. Pediat*, 14, 124-128, 1943.
6. Paz Azael, *Aspectos psico-somáticos de la enuresis y la encopresis, Rev.Chil. Pediatr*. 12, 537-540, 1949.
7. García Gustavo, Correa Oscar, Sepúlveda Adriana, *Treinta casos de enuresis. Rev.Chil. Pediatr*. 13 81, 1942.
8. Fernández Lagos, *Forma espasmófila de la enuresis infantil Rev.Chil. Pediatr* 1,28, 1931.
9. Gil Guillermo, *La enuresis en el niño, factores psicológicos en su etiología y tratamiento*.

Rev.Chil. Pediatr, 27, 78-82, 1956.

10. *Browne, R.C., Ford-Smith, A., Enuresis en adolescentes, los sujetos y su medio ambiente. Rev.Chil.Pediatr. 13, 682-685, 1942.*

11. [Saieh A. Carlos, Enuresis nocturna, Rev Méd Clin Condes, 9 \(2\), agosto 1998.](#)