

# Enuresis nocturna crónica en el adulto

Dr. Andrés Heerlein

## Introducción

La enuresis nocturna es una patología frecuente que se observa durante la infancia, adolescencia y juventud, particularmente en los varones. Su incidencia se estima entre un 3-6% en la población general, en un 15% en los niños con leves disturbios fisiológicos y en un 30% en niños institucionalizados. Su prevalencia en la población adulta ha sido estimada en un 1%.<sup>1</sup> Originalmente se la asoció a un trastorno del sueño (parasomnia), especialmente a la fase del sueño de movimientos oculares rápidos (MOR). No obstante, estudios recientes han revelado que la mayoría de los casos de enuresis se producen en forma independiente al contenido onírico y de las fases del sueño MOR.<sup>1,3</sup> En su fisiopatología se ha descrito una disminución de la capacidad vesical y una estrecha asociación con inmadurez neurológica. En ocasiones se ha asociado la enuresis con una serie de alteraciones médicas, como son anomalías del tracto urinario, cistitis, diabetes mellitus, diabetes insípida o epilepsia. El presente estudio describe a un paciente adulto portador de enuresis crónica de varias décadas de evolución, refractaria a diferentes tratamientos.

## Descripción clínica

Paciente de 57 años, exitoso profesional universitario, refiere sufrir de enuresis nocturna desde la infancia. Recuerda solo pocos periodos de su vida en que estuvo libre de esta molestia. En su juventud se sentía francamente inhibido de interrelacionarse socialmente, particularmente con el sexo femenino. En su matrimonio requirió de gran tolerancia y comprensión de parte de su esposa, por tener que dormir regularmente con fundas de plástico para no mojar el colchón. Sus hábitos de sueño giran en torno a su problema, considerando posiciones y precauciones especiales. Regularmente, aunque no

siempre, despertó en medio de la noche mojado y atormentado.

Fue tratado con sesiones individuales y grupales de psicoterapia psicodinámica durante 4 años. En 1978 tuvo que abandonar el tratamiento porque se trasladó a los Estados Unidos (EEUU). En este país recibió diferentes intentos terapéuticos, desde psicoterapia convencional hasta apoyo grupal.

Al regresar a Chile se mantiene sintomático pero sin consultar especialistas hasta 1997, fecha en que decide realizar un nuevo intento terapéutico. Como motivo de consulta el paciente refiere su problema de enuresis nocturna junto a un estado depresivo de varios meses de evolución y un trastorno de potencia sexual incipiente. A su vez refiere rasgos de personalidad evitativa que lo inhiben en su interrelación social y laboral.

## Anamnesis remota Educación y desarrollo

Su primera infancia la pasó en provincia, en un ambiente armónico. Segundo hijo de 7 hermanos, crece sin complicaciones, salvo un episodio de meningitis probablemente meningocócica entre 1-2 años de edad. Buen alumno, asistencia regular; internado a partir de los 11 años. No presenta trastornos del aprendizaje. Rendimiento satisfactorio.

## Antecedentes mórbidos

Meningoencefalitis no tratada a los 1-2 años, probable origen meningocócico. No hay indicios de secuelas posteriores. Enuresis desde la primera infancia, de curso casi continuo. Diabetes Mellitus desde hace 10 años, controlada con dieta. Impotencia progresiva desde hace 2 años. Cefaleas regulares, muy invalidantes.

## Antecedentes psiquiátricos

Primera consulta en 1975, tratamiento psicoterapéutico de orientación

psicoanalítica hasta 1978. Consultas múltiples en EEUU. Tratamiento ambulatorio desde 1997 con trazadona, sin resultado. Impotencia asociada. Bebedor muy ocasional de alcohol, no consume otro tipo de sustancias. No hay antecedentes de trastornos psiquiátricos en la familia.

Los exámenes físicos y neurológicos fueron normales. El examen mental revela conductas evitativas en el ámbito social, con ansiedad. El ánimo se encuentra levemente deprimido, con déficit de impulso y autoestima muy baja. Anhedonia, inseguridad, insomnio ocasional, sentimientos de insuficiencia y temores relacionados a su virilidad. Exámenes de laboratorio dentro de límites normales.

## Tratamiento y evolución

Completado el proceso diagnóstico se inicia un tratamiento combinado con imipramina en dosis crecientes hasta 75 mg/día y psicoterapia interpersonal (PTI). Durante el tratamiento farmacológico de la enuresis se intentó clomipramina, con escasos resultados, regresando a la imipramina. Ocasionalmente se apoyó este esquema con zoplicona, hasta 15mg por noche. El tratamiento psicoterapéutico se realizó semanalmente durante doce sesiones. Luego de concluir la fase diagnóstica de cuatro sesiones se concentró en los aspectos de personalidad, de conflictos laborales y de interacción social.

La terapia combinada dio como resultado la remisión de la enuresis nocturna. Luego de tres meses el paciente desechó las fundas plásticas e inició un sueño normal. Los rasgos evitativos y fóbicos de su personalidad fueron disminuyendo progresivamente. Las sintomatologías depresiva y ansiosa también remitieron, alcanzando en la actualidad niveles normales.

## Discusión

Hemos centrado el presente caso clínico en el problema de una enuresis nocturna cronicada. Este problema constituye el principal motivo de consulta del paciente, aunque se acompaña de síntomas depresivos y de una alteración de la personalidad.

La escasa literatura relacionada con el fenómeno de la enuresis nocturna pone énfasis en la presentación del trastorno en los niños o adolescentes. Si bien algunos autores reportan una prevalencia del 1% para la población adulta,<sup>1</sup> no hemos encontrado patologías del problema en adultos mayores, ni tampoco pautas para su tratamiento.

La enuresis nocturna ha sido asociada a diferentes enfermedades médicas, entre ellas la diabetes mellitus.<sup>3</sup> No obstante, debemos señalar que esta patología tuvo un inicio tardío en nuestro paciente, mientras que el problema urinario se inicia en la infancia. Es improbable, por tanto, que esta patología tenga alguna relación causal con la enuresis crónica del paciente. A su vez, el cuadro diabético estaba compensado al momento de la consulta.

Llama la atención el antecedente de una meningitis en la primera infancia si bien este antecedente no ha sido asociado previamente a la enuresis nocturna, parece muy apropiado hacerlo. Porque es sabido que en los niños la enuresis ha sido asociada a un problema de "inmadurez cerebral," por lo que puede ser consecuencia de un proceso meningo-encefálico, sobretodo si este no ha sido tratado.<sup>1,2</sup>

Resulta interesante además el antecedente aportado por el paciente de haber permanecido parte de su infancia y adolescencia en un internado. Los sistemas institucionalizados aumentarían el riesgo de presentar enuresis en la

infancia, llegando incluso a cifras de 50%.<sup>4</sup> Durante el tratamiento psicoterapéutico el paciente reconoció que el difícil periodo de interno podrían haber fomentado la mantención de los síntomas. Las cifras de la literatura sugieren que un elevado porcentaje de los niños con enuresis se encuentran en regímenes institucionales, lo que subraya el rol de los factores psicológicos en el problema.

No sorprende la favorable, selectiva y continua respuesta presentada por este paciente al uso de imipramina, fármaco que desde la época de los 70 viene demostrando una elevada eficacia en el tratamiento de la enuresis infantil. El mecanismo de acción de la imipramina es desconocido, pero ha sido asociada a un proceso de maduración cerebral. En el presente caso resulta muy difícil plantear (a los 57 años) una inmadurez cerebral, por lo que sospechamos un mecanismo de la imipramina más específico. Resulta interesante comprobar que la respuesta terapéutica se limitó a la imipramina, y no a su similar, la clomipramina. A su vez es interesante observar como el fenómeno de superación de la enuresis se acompaña de un claro aumento de la autoestima, con aclaramiento de la sintomatología depresiva y con un mejoramiento de los rasgos evitativo-fóbicos. Otro fármaco que se ha sugerido es la desmopresina, un inhalante antidiurético.<sup>1</sup>

En relación con el problema del sueño la literatura especializada reporta que la mayoría de los casos de enuresis infantil se presentan, en los estudios polisomnográficos, independientemente de los contenidos oníricos del sueño MOR. La mayoría de los episodios enuréticos se asocian a la fase 4 de sueño MOR, aunque pueden presentarse en las fases 3, 2, y 1. En raras ocasiones se ha descrito enuresis en la fase MOR, en las cuales hay cierta asociación con los contenidos oníricos.<sup>4</sup> El frecuente relato onírico de encontrarse en un lago o en un río parece no corresponder directamente a un fenómeno onírico propiamente tal, sino a una cognición cercana a la vigilia inminente.

Es necesario discutir brevemente el tratamiento psicoterapéutico realizado. Si bien la literatura sugiere que la psicoterapia sería poco efectiva en estos pacientes, la combinación con un esquema de psicoterapia interpersonal (TIP) favoreció la evolución global del paciente. El presente caso ilustra como

la utilización de la TIP permite un tratamiento integral pero a la vez específico de este caso. Demuestra además como un proceso diagnóstico y terapéutico inadecuado puede no solo fomentar la mantención del síntoma cardinal sino aumentar el número de complicaciones. Durante la psicoterapia el paciente reconoció que ese largo periodo le resultó particularmente difícil, presentando gran menoscabo personal y laboral.

La enuresis nocturna es un trastorno importante que puede producir graves consecuencias psicológicas y sociales en el hombre adulto. Su adecuada identificación y su tratamiento relativamente sencillo hacen indispensable su consideración en un tratamiento psiquiátrico normal, especialmente cuando se cuenta con los antecedentes que aporta el caso presentado. **PSI**

## Referencias

1. Rushton HG. Nocturnal enuresis: Epidemiology, evaluation, and currently available treatment options. *J Pediatr*. 1989;114:691-696.
2. Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, et al. Sleep and psychiatric disorders: a meta analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:651-668.
3. Neylan TC, Reynolds CF III, Kupfer D. Sleep Disorders. In: Hales RE, Yudofsky DC and Talbott J, eds. *Textbook of Psychiatry*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999.
4. Kelly DD. Disorders of sleep and consciousness. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of Neural Science*. 3rd ed. New York, NY: Elsevier Press; 1991.

Tabla 1

### Diagnósticos DSM-IV:

Eje 1:	Trastornos de adaptación con síntomas depresivos y ansiosos Parasomnias tipo enuresis nocturna, crónica
Eje 2:	Trastornos de personalidad evitativa
Eje 3:	Diabetes mellitus compensada meningitis en la primera infancia
Eje 4:	—
Eje 5:	GAF: 90%