

A PROPOSITO DE LA ENURESIS

Por el Dr. L. A. SURRACO
de Montevideo

Me ha parecido de sumo interés traer este tema, a cuya solución he llegado después de largo peregrinaje y después de haber mirado a estos enfermos casi con desprecio por los fracasos que obtenía en los mismos. Hoy, sin embargo, frente a los éxitos obtenidos, me resultan enfermos agradables. Sucedió lo mismo que cuando en 1932 ó 1933, los síndromes dolorosos de la bolsa eran una verdadera gabela en los servicios de urología; todas esas epididimitis de tipo gonocócico, que nos tomaban una gran cantidad de camas en el Servicio y en las que los resultados eran bien aleatorios. Cuando practiqué las dilataciones del cordón por medio de inyecciones de suero o novocaína, esos enfermos desaparecieron de mi Servicio.

La enuresis, planteada en términos generales, es un síndrome tan complejo que su definición misma y la forma de denominar la incontinencia esencial implican los aspectos fundamentales del problema. Lo difícil es ponerse de acuerdo en la etiopatogenia.

Frente a la enuresis, se presentan al clínico tres orientaciones: 1º) cómo se concibe; 2º) cómo se puede concebir, y 3º) cómo se debe concebir.

1º) ¿Cómo se concibe? A mi juicio, se concibe mal, porque no es ni incontinencia ni esencial. No es incontinencia porque le faltan los caracteres de la misma. Tampoco es esencial en el concepto etiopatogénico. Es un término positivo. Lo único positivo es que se trata de una afección de determinada edad, de determinada hora, que va acompañada por un síndrome concomitante.

2º) Cómo se puede concebir. No hay que concebir la enuresis como una incontinencia porque faltan los caracteres de la misma y le faltan porque la enuresis tiene todas las condiciones de una micción activa. El individuo orina con fuerza y con fuerte chorro; vacía la vejiga con un chorro fuerte. Es un

acto activo, no en la plena conciencia sino en la subconciencia. Así hay que concebir la enuresis.

Este síndrome tiene de interesante un aspecto nocturno y otro diurno totalmente diferentes. El aspecto nocturno de la micción activa es la subconciencia. Se realiza en la noche, en la primera mitad de la noche. No es indiferente al estado del enfermo. Quien ha visto cómo un enurésico vacía su vejiga, observa cómo se estremece, grita, a veces, se despierta y dice que está cansado. Por un poco de concesiones, se entra al síndrome descrito por Trousseau que tiene algo del síndrome de la epilepsia.

Además, la enuresis va acompañada de un síndrome diurno: una poliururia intensa. Existe en el síndrome diurno y nocturno una hiperreflectibilidad del movimiento del vaciamiento vesical, es decir, que es un síndrome de parasimpático y se tiene, por extensión de concepto, el síndrome de hipervagotonía. Concebido así el problema, tenemos el síndrome de micción activa síndrome de hipervagotomía. Esto nos aleja del problema de incontinencia y nos acerca al síndrome de micción imperiosa. Tiene algunos caracteres que faltan pero la mayor parte de los mismos son semejantes. Se acercan en la imperiosidad y reflectibilidad vesical y se separan en que está acompañado de orinas claras, faltando la frecuencia nocturna.

Los enfermos que tienen enuresis, al llegar a la pubertad o adolescencia generalmente entran en orden. Si no se definen en esa época, y se trata de mujeres, termina cuando se casan o bien, cuando quedan embarazadas. He visto casos de enfermas que a los pocos días de casarse, han dejado de tener enuresis. Recuerdo un caso en que después de dos años, el marido vino desesperado a verme y a decirme que la enferma seguía aún orinándose en la cama. Yo, que era en realidad el responsable de esa indicación "acuática" (risas), le dije entonces: embarácela. Esa señora quedó embarazada y a los 2 ó 3 meses volvió el marido a decirme que le había cesado la enuresis.

Evidentemente, debía tener en cuenta un aspecto importante sobre el cual insisten todos los clínicos, que es el cuadro de alteración psicossomático. Los trabajos modernos consideran este síndrome como un cuadro de neurosis que puede tratarse con los consejos de Freud, referentes al psicoanálisis. Los que pasan la pubertad y adolescencia tienen un cuadro que entra dentro del psicossomático y los que no pasan la pubertad y adolescencia, tienen un cuadro de labilidad psíquica, un estado de angustia, pasando rápidamente del estado de depresión al de excitación. Es frecuente ver en las mujeres este estado: son impulsivas, de mirada brillante y violentas en sus actitudes.

Estos enfermos que han llegado a la pubertad y adolescencia, con tratamientos ambulatorios que no han hecho más que perturbarles la conciencia, pueden llegar a un estado de psiquismo desviado. No es excepcional entonces

ver a este tipo de enfermos transformados en grandes masturbadores y cuando se los interroga se observa en ellos la presencia de manifestaciones de falsa impotencia de orden psíquico. La masturbación y la impotencia son manifestaciones generales de ese estado psicossomático.

3º) Cuando se complementa la enuresis con ese estado de hiperreflectibilidad vagal, cuando se lo complementa con ese aspecto en que el síndrome se modifica en la pubertad o adolescencia y cuando se termina cerrando el cuadro con ese estado psicossomático, después de haber desaparecido el cuadro funcional enurésico, hay que plantear el problema y saber orientarse y viene así la tercera consideración: cómo debemos considerarlo.

No es raro encontrar en los tratados descripciones de casos curados con tratamiento de la esfera urinaria; los hay, no los niego. Existen también individuos que, al ser operados de fimosis, le cesa la enuresis. A otros también les cesa, con la colocación de una sonda en uretra o con lavajes vesicales. Pueden existir esas espinas dentro del árbol urinario, pero el problema no está allí. Se ha hablado de la espina bífida; ésta existe en un 30 % de los niños. Sin embargo, no entra mayormente en juego. Si existe espina bífida, deben considerarse dos aspectos: el síndrome de falsa espina bífida, que es el síndrome óseo que no tiene importancia alguna y el problema de tipo neural, pero este último es un caso de excepción. Todas las operaciones de Delbé terminaron de hacerse una vez que a Delbé se le ocurrió no volver a hacerlas. Eran casos de excepción.

Viene finalmente, el grueso grupo de los tratamientos de orden psíquico y se dice: Se trata de una perversión del reflejo condicionado por la micción: hay que saber educarlo, instruyendo al niño y sometiéndolo a disciplinas higiénicas y despertándolo y amenazándolo cuando orina en la cama. Todos hemos hecho esas cosas: el resultado ha sido bueno en unos pocos casos, pero ha fallado en la gran mayoría.

Debe partirse de lo que es el cuadro general, de lo que son las orientaciones etiopatogénicas para oponer el tratamiento pertinente. Dije que hay un síndrome funcional, que es nocturno, con horario determinado, que va acompañado de un síndrome diurno y que todo ese cuadro desaparece a determinada edad. Expresé que existen alteraciones de orden psicossomático que son fácilmente demostrables por todos los procedimientos del psicoanálisis, por todos aquellos procedimientos que tienden a hacer investigaciones en el proceso intelectual del enfermo, investigando lo que pasa dentro de la sensibilidad en el estado amoroso, espiritual, etc.

El concepto que se tiene como base para buscar la verdadera orientación y aplicar el tratamiento pertinente es ir de lo más complejo a lo más fácil. Se dice: hay que examinar desde el punto de vista de la esfera urinaria. Eso es

complejísimo. Pueden existir alteraciones de orden somático; las alteraciones orgánicas son raras. Puede haber reflejo de la esfera urinaria. Puede existir una fimosis, una balanopostitis, en las niñas un proceso del clítoris, una cuestión vulvar y más adelante se han buscado procesos que pueden asentar en glándulas de la uretra.

Recuerdo haber traído de Europa una maquinita de electricidad farádica. La apliqué durante tres años a un hombre que hoy es abogado; un día me dijeron que se había curado. En realidad, se había curado solo. Dejé de lado desde ese día la maquinita ésa.

Hay que dejar para lo último el estudio de las vías urinarias. Lo único que debe llamarnos la atención es si el niño llega a nosotros con piuria. He atendido a un niño que venía con un tumor de la región sacra. La primera manifestación que tuvo fué una enuresis, apareciendo 2 ó 3 meses después el tumor. Otro niño tenía un mal de Pott; tenía enuresis, no sabiendo de qué provenía: un día apareció con el mal de Pott; se le trató esta afección, y desapareció la enuresis.

Queda, pues, el aspecto psicossomático y el endocrino. El psicossomático puede ser investigado por cualquiera de los tests de interpretación, sea de valor intelectual como afectivo, emotivo, etc. Expresé que la enuresis tiene edad de aparición; y de desaparición, y, fuerte en esos conceptos, en el sentido de que hay momentos en la vida integral de la mujer en que interviene a fondo el proceso hormonal génito-sexual, traté en esas enfermas fundamentalmente con hormona, que rige el proceso evolutivo en los primeros tiempos y la evolución genética del niño, modificando todos los reflejos condicionados a la edad del principio de la pubertad o adolescencia, que son las hormonas de la hipófisis.

Hoy puedo asegurar, que con el tratamiento hormonal instituido en estos últimos dos años, el 90 % de los casos, se resuelve a corto plazo, con reacciones puramente de hormona hipofisaria. Teniendo en cuenta la acción de las gonadotrofinas en el desarrollo génito-sexual del niño, de los 10 a los 15 años, utilicé la hipófisis, que es rectora del parasimpático, empleando la hormona del tipo Prolán, en dosis crecientes, según el estado, la edad, intensidad de los síntomas y en especial, la rebeldía que tenían a responder a los primeros tratamientos. En general, los chicos reaccionan bien con la administración de 600 a 800 unidades, en pocas inyecciones. Si se trata de niños de mayor edad, las dosis deben ser aumentadas.

Cuando con este tratamiento, no se obtiene mejoría, debe buscarse la acción de causas concomitantes, en las que tienen importancia, las de orden psicopático y después, somático, en lo que puede estar la de la esfera urinaria.

Si existe rebeldía en el tratamiento o si después de haber desaparecido la enuresis, ésta vuelve a aparecer, entonces, hay que estudiar el medio ambiental.

Es frecuente observar esta afección en enfermas internadas en asilos. También se observa en aquellos medios en los que los padres no les tienen cariño a sus hijos o no responden a los deseos de los hijos. En estos casos, es menester cambiar a estos niños del medio ambiente habitual, con lo que suelen curar.

Si persiste la enuresis, debe hacerse un examen minucioso de los factores psicopáticos, sobre todo, del factor intelectual: en el estado de los oligofrénicos se encuentran casos difíciles de curar.

En última instancia, si persiste la afección debe buscarse si existen espinas irritativas de tipo urinario o extraurinario.

De los estudios realizados, llego a la conclusión que un 90 % cura con el tratamiento de hormona hipofisaria y el 10 % restante, se puede disminuir con un tratamiento más hábil: con tipos en los que el psiquismo desempeña papel importante.

A mi juicio, debe buscarse en estos enfermos una causa de fondo, que es la situación endocrina. Sobre eso, está montada la situación psicopática: pueden haber reflejos, espinas irritativas, de tipo urinario o extraurinario.

Debe buscarse el factor hipofisario, que es el verdadero rector de este proceso hormonal, tanto en lo que se refiere a los caracteres sexuales de tipo primitivo como a los secundarios, en los que interviene el valor de la hormona.

El problema debe plantearse en el terreno endocrino y en los casos de excepción, hay que buscar la cuestión en la esfera urinaria, porque son problemas muy difíciles.

DISCUSIÓN

Dr. Trabucco. — *Desearía preguntarle al doctor Surraco, dos cosas: primero, desde cuándo efectúa el ensayo de este tratamiento y segundo, qué hormona emplea porque nos ha hablado de hormona gonadotrófica, pero no ha especificado qué hormona emplea.*

Dr. Surraco. — *Practico este tratamiento desde hace 2 o 3 años.*

Dr. Trabucco. — *El doctor Pascualini, hace 6 años, ha presentado en la Sociedad Argentina de Urología, el tratamiento de la enuresis por gonadotrofina, ¿Qué tipo de hormona emplea usted?*

Dr. Surraco. — *Yo utilizo el Prolán B, que tiene las dos hormonas, la neutralizante y la estimulante, aunque éste no es un asunto que sea claro.*

Dr. Trabucco. — *El doctor Pascualini aplicó ese tratamiento en 1941, con resultados dudosos. Utilizaba gonadotrofina coriónica.*

Dr. Surraco. — *Debe estudiarse el medio ambiental de esos enfermos. Yo presenté una comunicación relacionada con este asunto, el año pasado, en un*

curso de nuestra Facultad de Medicina de Montevideo. Es posible que el tipo de hormona que se utilice hoy sea más perfeccionado que el que existía antes.

Dr. Trabucco. — Existen varios tipos de gonadotrofinas. Existe la derivación hormonal de la gonadotrofina estimulante a células intersticiales.

Dr. Surraco. — Yo empleo el Prolán. Durante un tiempo se creyó que tenía hormona neutralizante, pero también tiene la otra. El producto comercializado que llega a mis manos, me da excelentes resultados.

Si el doctor Trabucco emplea esa hormona, obtendrá, a no dudarlo, buenos resultados. Hace pocos días, en una chiquilina que estaba en el Servicio del Hospital Maciel, que tenía pérdidas de orina desde el principio de la segunda infancia, apliqué esta terapéutica y cuál no sería mi asombro, al enterarme que después de cuatro inyecciones, me informaron que ya no tenía más enuresis.

Cuando se trata de pacientes que han pasado los 10 años de edad, deben hacerse dosis intensas en poco tiempo. A veces, doy hasta 600 unidades por semana.

Dr. Trabucco. — Eso es insignificante. Se dan mil unidades diarias.

Dr. Bernardi. — A propósito de lo que dice el doctor Surraco, le diré que hace 8 o 10 años, el doctor Malabasso, se preocupó del tratamiento de la enuresis con la gonadotrofina coriónica.

Dos años más tarde, tuvimos ocasión de tratar a una niña de 14 años de edad, con gonadotrofina coriónica y curarla de su enuresis.

Dr. Surraco. — La piuria es el único síntoma que me detiene en la enuresis. Con 600 unidades por semana, en 15 días, suele desaparecer esta afección. Cuando se modifica la polaquiuria diurna, significa que el enfermo ha entrado en curación. Es un dato de gran valor clínico.

Sr. Presidente, Dr. Ercole. — Le agradezco al Profesor Surraco su gentileza por traer a nuestra Sociedad un trabajo tan interesante.