



! Nefrologia Pediátrica

## Enurese na infância: como abordar?

Mônica M. A. Vasconcelos,<sup>1,2</sup> Flávia C.C Mrad<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Professora do Departamento de Pediatria - Faculdade de Medicina - UFMG.

<sup>2</sup> Coordenadora do Ambulatório de Disfunção do trato urinário Inferior e Enurese – Unidade de Nefrologia Pediátrica - HC- UFMG.

<sup>3</sup> Membro da equipe do Ambulatório de Disfunção do trato urinário Inferior e Enurese – Unidade de Nefrologia Pediátrica - HC- UFMG.

### Introdução

Enurese (EN) é definida como *incontinência urinária intermitente durante o sono* em crianças com idade superior a cinco anos, podendo estar acompanhada de sintomas urinários diurnos (incontinência urinária diurna, urgência miccional, aumento ou diminuição das micções, manobras de contenção, hesitação, esforço, jato fraco ou intermitente, sensação de esvaziamento incompleto, gotejamento pós-miccional, dor genital e constipação), sendo chamada de *enurese não monossintomática* (ENNM). Nos casos em que a EN é a única manifestação, sem sintomas diurnos, denomina-se de *enurese monossintomática* (ENM). Pode ser subdividida em primária, quando a criança nunca se manteve seca ou este período foi inferior a 6 meses, e secundária, quando ocorreu um período sem perdas de pelo menos 6 meses. A enurese secundária tem sido associada com eventos estressantes não usuais (divórcio dos pais, nascimento de um irmão, mudança de escola), embora a causa exata permaneça desconhecida. A EN pode ainda ser classificada como frequente, quando os episódios de enurese ocorrem 4 ou mais vezes por semana, e infrequente, quando igual ou menos que 3x/semana. É uma condição frequente na infância com uma prevalência de 15 a 20% aos 5 anos de idade, 7 a 10% aos 7 anos, 5% aos 10 anos e 2 a 3% na adolescência. A ENM é mais prevalente no sexo masculino, e a presença de sintomas diurnos, nas meninas. Neste Boletim, iremos discutir a importância de se obter uma anamnese detalhada dos hábitos miccionais e intestinais para o adequado diagnóstico diferencial entre enurese monossintomática e não monossintomática, já que a abordagem é diferente.

### Diagnóstico clínico e propedêutico

O pediatra da atenção primária tem um papel fundamental no diagnóstico inicial, pois é a ele que a família de uma criança com enurese irá relatar o problema. O encaminhamento ao especialista está indicado nos casos resistentes à abordagem padrão. É importante que a anamnese seja colhida no formato de questionário e, sempre que possível, as perguntas deverão ser dirigidas à criança e em seguida aos pais, pois, frequentemente há controvérsias na clareza das respostas, sendo esclarecida pela criança. Para os sintomas que ocorrem durante o sono, colher informações sobre a frequência da enurese (periodicidade/semana, número de episódios/noite), a quantidade, se possível, o horário, padrão de sono, dificuldade de despertar e história familiar de enurese. Para os sintomas diurnos, pesquisar a presença, frequência e quantidade das perdas urinárias, presença de urgência miccional, manobras de contenção (cruzar as pernas, ficar de cócoras para pressionar o perineo com o calcanhar), número de micções, características do jato urinário (fraco, interrompido), esforço para iniciar a micção, gotejamento pós-miccional, sensação de esvaziamento vesical incompleto e dor suprapúbica. Avaliar o hábito intestinal e a ingestão hídrica. Incluir perguntas sobre os marcos do desenvolvimento, principalmente, a aquisição do treinamento esfinteriano, sobre antecedentes de ITU e vulvovaginites. É importante pesquisar o perfil psicossocial da família e o desempenho escolar da criança.

Também faz parte da abordagem inicial detectar comorbidades associadas à condição de EN: A prevalência de transtornos comportamentais (problemas internalizantes e externalizantes) é cerca de 20 a 30% nas crianças com EN, 20 a 40% em crianças com incontinência diurna e 30 a 50% naquelas com incontinência fecal. Dentre os transtornos externalizantes, destacam-se transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno desafiador opositor; e dentre os internalizantes, ansiedade e depressão.

Fazem parte da investigação inicial o exame qualitativo de urina e cultura e a determinação de ureia e creatinina séricas. A ultrassonografia renal e das vias urinárias não é rigorosamente necessária na ENM bem estabelecida, sendo obrigatória na ENNM. As alterações que podem estar presentes são: dilatação pielocalicinal e dos ureteres, parede vesical espessada e/ou trabeculada, presença de divertículos e de resíduo pós-miccional aumentado. A uretrocistografia miccional não faz parte da propedêutica de rotina nos pacientes com EN, seja qual for o tipo. Está indicada em casos específicos, como ITU recorrente e presença de hidronefroze, com o objetivo de detectar refluxo vésico-ureteral ou alterações anatômicas da bexiga e da uretra.

## **Tratamento**

A escolha do tratamento depende dos subtipos de enurese (ENM e ENNM), das comorbidades existentes e da motivação da criança e dos pais.

A uroterapia não farmacológica é fundamental para o tratamento das crianças com ambos os tipos de enurese. Antes dos 7 anos de idade poderá ser a única abordagem terapêutica para a ENM. No entanto, é fundamental enfatizar que a constipação intestinal, quando presente, deve ser tratada em primeiro lugar, seguida pelo tratamento dos sintomas diurnos e, por último, os sintomas noturnos. Neste documento, iremos detalhar o tratamento de ENNM. O tratamento da ENM está descrito no boletim científico em <http://blog.smp.org.br/enurese-noturna-o-que-ha-de-novo/>.

### **1) Uroterapia não farmacológica**

É uma terapia conservadora para a abordagem dos sintomas do trato urinário inferior, podendo ser dividida em uroterapia padrão e específica.

**Uroterapia Padrão** - A perda urinária, principalmente a enurese, para muitas famílias e para a criança é motivo de constrangimento. Portanto, o primeiro passo é desmistificar a enurese para a família informando-a sobre patogênese e alta prevalência da mesma. É essencial, tanto para o diagnóstico inicial como para o acompanhamento, o preenchimento do diário das eliminações que é o registro do horário e volume dos líquidos ingeridos e das micções, das perdas urinárias durante o dia e durante do sono, dos sintomas de urgência e do aspecto e frequência das evacuações. Os pais devem preencher um calendário de noites secas e molhadas para identificar a frequência das perdas noturnas (7 dias) assim como a frequência das micções (2 dias) e das evacuações (14 dias). Recomenda-se o esvaziamento regular da bexiga durante o dia (entre 4 a 7 micções) ou a cada 3 horas, incluindo o período escolar, sendo imprescindível antes de dormir e ao acordar. Manter a postura ideal com relaxamento dos músculos do assoalho pélvico durante a micção, o uso de redutor de vaso e apoio para os pés dependendo da idade da criança. Recomenda-se uma ingestão hídrica durante o dia (100 mL / kg para criança até 10 kg; 1000ml + 50 ml para kg que ultrapasse 10 kg até 20 kg, 1500 ml + 20 ml para cada kg que ultrapasse 20 kg).

**Uroterapia Específica- Biofeedback** - É uma técnica que tem o objetivo de ensinar a criança a ter consciência do estado de contração e relaxamento da sua musculatura de assoalho pélvico, auxiliando no controle voluntário e relaxamento durante a micção. Permite a monitoração contínua de sinais sobre as atividades dos músculos do assoalho pélvico.

### **2) Terapia medicamentosa**

No Brasil, os anticolinérgicos mais usados são a oxibutinina e a tolterodina. A principal ação é inibir a hiperatividade vesical. O seu uso não é considerado uma terapia de primeira linha para ENM, sendo recomendado somente após a falha da desmopressina ou da terapia com alarme (vide <http://blog.smp.org.br/enurese-noturna-o-que-ha-de-novo/>). Em crianças com sintomas de bexiga hiperativa, os anticolinérgicos podem ser eficazes como terapia adjuvante. A dose usual é de 0,2 a 0,4 mg/kg 2 a 3x/dia (máx 15 mg/dia). Se houver uma boa resposta terapêutica, recomenda-se que a retirada da droga seja feita gradualmente no período de 3 meses.

### **3) Neuromodulação**

A Neuromodulação tenta restaurar a função do trato urinário inferior pela modulação da atividade nervosa, através da estimulação elétrica periférica.

A eletroestimulação tanto na região sacral quanto na tibial, ao nível do tornozelo, é utilizada como um tratamento coadjuvante útil em crianças com hiperatividade do detrusor.

### **Considerações Finais**

EN é uma condição comum em crianças na atenção primária. A realização de uma anamnese detalhada assim como do diário de eliminações desempenham um papel fundamental para o diagnóstico diferencial do tipo de enurese. Além disso, permitem a identificação das crianças que necessitarão de avaliação especializada (ENNM).

Deve-se esclarecer à família que a enurese não é um ato voluntário da criança, portanto, não é aceitável que haja punições ou humilhações, atitudes essas que em nada contribuem para a resolução do quadro, além de piorar o quadro de baixa estima desses pacientes. A EN, seja qual for o tipo, tem importante impacto psicossocial para a criança e para sua família, em limitação social e implicações emocionais caso não seja abordada adequadamente, o que requer a atenção especial por parte do pediatra.

### **Referências Bibliográficas**

1. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol.*; 2014; 191(6):1863-5 e13.
2. Neveus T, Eggert P, Evans J, Macedo A, Ritting S, Tergul S. Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society. *J Urol.* 2010; 183 (2): 441-7.
3. Broking J, Von Gontard A. Clinical management of nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol.* 2018; 33 (7): 1145-54.
4. Vaz GT, Vasconcelos MM, Oliveira EA, Ferreira AL, Magalhães PG, Silva FM, et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms in school-age children. *Pediatr Nephrol.* 2012; 27(4): 597-603.