

sociedades y algunas publicaciones necesarias^{7,8} para el conocimiento de estas enfermedades. Además, puede ser muy útil la creación del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras dependiente del Instituto de Salud Carlos III como centro coordinador y de consulta y que podría elaborar unos programas de derivación para que en cada lugar de la geografía española se conociera dónde se deben remitir las muestras de la manera adecuada. En definitiva, tratar de facilitar el diagnóstico y tratamiento, y por tanto mejorar el pronóstico de los niños afectados de estas enfermedades con las cuales los pediatras, en general, están tan poco familiarizados.

**A. Molina Merino, L. Fernández Martín-Bilbatua,
J. Estañ Capell, V. Hortelano Platero
y C. Paredes Cencillo**

Centro Neonatal. Hospital Clínico
Universitario de Valencia. España.

Correspondencia: Dr. A. Molina Merino.
Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Pl. José María Orense, 7-66. 46022 Valencia. España.
Correo electrónico: molina_agu@gva.es.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leonard JV, Morris AAM. Inborn errors of metabolism around time of birth. *Lancet*. 2000;356:583-7.
2. Summar M, Tuchman M. Proceedings of a consensus conference for the management of patients with urea cycle disorders. *J Pediatr*. 2001;138 Suppl 1:6-10.
3. Summar M. Current strategies for the management of neonatal urea cycle disorders. *J Pediatr*. 2001;138 Suppl 1:30-9.
4. Leonard JV. The nutritional management of urea cycle disorders. *J Pediatr*. 2001;138 Suppl 1:40-4.
5. Saudubray JM, Nassogne MC, De Lonlay P, Touati G. Clinical approach to inherited metabolic disorders in neonates: An overview. *Semin Neonatol*. 2002;7:3-15.
6. De Baulny HO. Management and emergency treatments of neonates with a suspicion of inborn errors of metabolism. *Semin Neonatol*. 2002;7:17-26.
7. Sanjurjo P, Baldellou A, Aldámiz-Echevarría L. Enfermedades congénitas del metabolismo: bases diagnósticas para el pediatra. En: Sanjurjo P, Baldellou A, Aldámiz-Echevarría L, editores. Madrid: Ergón; 2003.
8. Izquierdo M, Avellaneda A. Enfermedades raras: un enfoque práctico. En: Izquierdo M, Avellaneda A, editores. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.

Enuresis asociada a crisis de ausencia

Sr. Editor:

Aunque la enuresis suele ser una situación benigna, algunos autores encuentran alteraciones en el electroencefalograma (EEG) de los niños enuréticos^{1,2}. Las crisis de ausencia o *petit*

mal constituyen una causa de enuresis poco descrita en la literatura especializada³⁻⁵.

Niño de 12 años remitido al servicio de nefrología por enuresis secundaria, exclusivamente diurna, de 6 meses de evolución.

Refería aproximadamente dos escapes semanales que los padres atribuían al hábito retentor (2 micciones/día) y a despistes mientras jugaba al ordenador. No presentaba poliuria, polidipsia ni otros síntomas. Controló esfínteres a los 2 años de edad. Sin antecedentes de interés. Exploración física normal. Se le entregaron hojas de recogida de datos miccionales y se realizaron hemograma, bioquímica (sangre y orina), función renal, sedimento urinario, estudio de proteínas (orina de 24 h), estudio de complemento, urocultivo y ecografías renal y vesical. Todas las pruebas resultaron normales.

Un mes después persistían dos escapes semanales en momentos de máxima concentración. Con las hojas miccionales se objetivó un hábito muy retentor (2-3 micciones/día) con volumen de orina normal y se atribuyeron los escapes a este hábito, por lo que se pautaron micciones frecuentes, cada 3-4 h, para conseguir 6 micciones diarias.

Cuatro meses después de la primera consulta persistían los escapes en momentos en los que estaba muy concentrado, como ausente, especialmente delante del ordenador e incluso en presencia de sus amigos, con vaciamiento completo de la vejiga, por lo que se solicitó un EEG. En el EEG, sobre una actividad basal normal, se registraron tres crisis de ausencia con correlato eléctrico de complejos generalizados de punta-onda a 3 Hz de 10-13 s de duración, uno de ellos desencadenado por la hiperpnea y los otros dos espontáneos. La estimulación lumínica intensa (ELI) no inducía descargas. Dicho EEG era compatible con episodios de ausencias al jugar con el ordenador (fig. 1). Se pautó tratamiento con ácido valproico (500 mg cada 12 h).

Acudió a revisión un mes después de iniciar el tratamiento, no habían vuelto a aparecer los "episodios de máxima concentración" ni los escapes y el EEG era normal.

Aunque en la mayoría de las ocasiones la enuresis no responde a una causa, existen casos en los que ésta podría formar parte del denominado síndrome enurético o síndrome de urgencia e incontinencia de urgencia. Para orientar el diagnóstico es necesario conocer las características del episodio enurético, la frecuencia, el volumen de orina, la hora del día y la actividad que realizaba el niño en el momento del escape. Hay que descartar las causas orgánicas, realizar un estudio básico de la función renal y asegurar la ausencia de infecciones urinarias¹.

El hábito retentor del paciente hizo sospechar inicialmente que fuese ésta la causa de la enuresis⁶. El hecho de que el vaciamiento vesical fuese completo, que los escapes ocurriesen incluso delante de sus amigos y que el niño sólo se diese cuenta cuándo terminaba de orinar, orientaban en contra de que el origen fuera exclusivamente dicho hábito. La historia clínica hizo sospechar que la causa última podían ser ausencias y el diagnóstico se confirmó mediante el test de hiperventilación y el EEG³.

Algunos autores observaron que podía aparecer enuresis en el curso de distintos tipos de epilepsia, aunque era infrecuente en las crisis de ausencia. Describieron pacientes en los que el estudio de la enuresis llevó al diagnóstico de crisis de ausencia mediante la realización de un EEG. Algunos de los pacientes estudiados presentaban un patrón miccional como el de nuestro niño, sólo orinaban si la vejiga estaba llena, al final de una au-

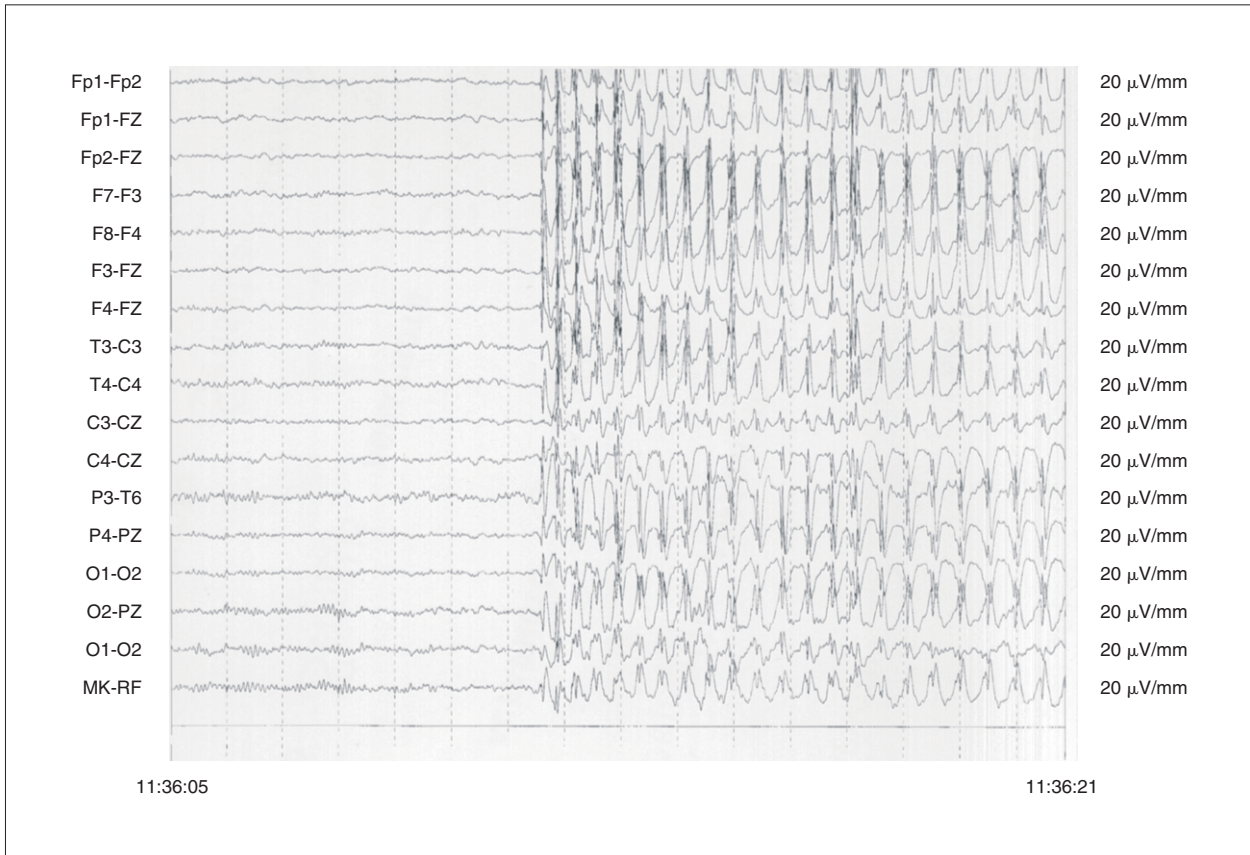


Figura 1. Electroencefalograma con complejos punta-onda.

sencia o durante una serie de ausencias largas. El escape era de gran cantidad y parecía ser consecuencia de la pérdida de conciencia⁷.

Otros autores estudiaron niños con crisis de ausencia y analizaron la relación entre las crisis y la presión intravesical concluyendo que: *a)* los escapes estaban siempre relacionados con una crisis; *b)* la vejiga sólo se vaciaba durante una crisis cuando se encontraba llena a más de la mitad de su capacidad; *c)* durante el sueño, el paciente siempre se despertaba por la sensación de llenado de la vejiga antes de que se produjese un vaciado reflejo de ésta, y *d)* la sintomatología enurética disminuía al disminuir los episodios de ausencia con un tratamiento anti-convulsivo⁴. La clínica de nuestro paciente se ajusta bastante a estas conclusiones.

Otros artículos relacionaron la enuresis y las alteraciones del EEG en respuesta a la hiperventilación². En nuestro caso, la hiperventilación desencadenó una ausencia clínica y la alteración electroencefalográfica.

**M.ªT. Rives Ferreiro^a, E. Martínez-Ojinaga Nodal^a,
R. Velázquez Fragua^b, L. Espinosa Román^c
y M. Navarro Torres^d**

^aMédico Interno Residente de Pediatría.

^bMédico Adjunto del Servicio de Neurología Infantil.

^cMédico Adjunto del Servicio de Nefrología Infantil.

^dJefe del Servicio de Nefrología Infantil.

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. M.ªT. Rives Ferreiro.
Valdesangil, 15, 3.º D. 28039 Madrid. España.
Correo electrónico: maiterives@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez Fernández LM, Lapeña López de Armentia S, Marugán de Miguelsanz JM. Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna. *Protocolos de Nefrología-Urología* (4) 2005 (consultado: 30/07/2005). Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/nefrologia-urologia>
- Kaada B, Retvedt A. Enuresis and hyperventilation response in the EEG. *Dev Med Child Neurol.* 1981;23:591-9.
- Loiseau P, Panayiotopoulos CP. Childhood Absence Epilepsy. *International League Against Epilepsy* (consultado:28/04/2004). Disponible en: http://www.ilae-epilepsy.org/Visitors/Centre/ctf/childhood_absence.cfm
- Perri RD, Musolino R, Meduri M. Analisi poligrafica di un caso di "piccolo male enuretico". *Acta Neurol (Napoli).* 1975;30:266-74.
- Nieto Barrera M, Nieto Jiménez M. Epilepsias y síndromes epilépticos del preescolar y escolar. *Protocolos de Neurología* (4) 2005 (consultado: 30/07/2005). Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/neurologia>
- Antón Gamero M, Leva Vallejo M. Trastornos miccionales. *Protocolos de Nefrología-Urología* (24) 2005 (consultado: 30/07/2005). Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/nefrologia-urologia>
- Gastaut H, Roger J, Favel F. La miction au cours des absences Petit Mal. *Le Petit Mal énurétique. Rev Neurol (Paris).* 1960;103:53-8.