



## Enurese risória

Juliana Roda<sup>1</sup>, Luísa Mendes<sup>2</sup>, Nuno Figueiredo<sup>2</sup>

1. Hospital Pediátrico de Coimbra
2. Hospital Distrital da Figueira da Foz

### Resumo

A enurese risória é uma síndrome caracterizada por micções involuntárias completas que ocorrem com o riso. É uma situação rara, de etiologia não esclarecida, cuja incidência pode estar subestimada. Apresentamos o caso de uma menina de 11 anos, referenciada à consulta de Pediatria por apresentar micções involuntárias abundantes com o riso. Não apresentava outras queixas urinárias. Tinha um desenvolvimento adequado à idade; bom ambiente familiar e social, com amigos que a protegiam. Ao exame objectivo, apresentava bom estado geral, pressão arterial adequada, estadios de Tanner G2 M2 e restante exame sem alterações. Estabelecido o diagnóstico clínico de enurese risória, a criança foi tranquilizada e aconselhada a ter micções frequentes. A enurese risória é uma entidade bem definida, frequentemente associada a embaraço social. O apoio familiar e dos amigos é essencial para preservar a auto-estima. O tratamento com técnicas de *biofeedback*, metilfenidato ou anti-colinérgicos é ainda controverso.

**Palavras-chave:** enurese risória, incontinência, criança, riso

*Acta Paediatr Port* 2013;44(5):260-2

### Giggle incontinence

#### Abstract

Giggle incontinence (GI) is a syndrome in which complete voiding occurs specifically with laughing. It is a rare condition of unclear aetiology, which might have an underestimated incidence. We present the case of an eleven-years-old girl referred to the Paediatrics outpatient clinic for having involuntary voiding with laughter. She did not have any other urinary symptoms. She had a normal development, good social and familial environment and friends that protected her. On physical exam, she was a well-appearing young girl, with normal blood pressure and G2M2 Tanner stage. The clinical diagnosis of GI was made and the girl was advised to

have frequent voiding. GI is a well defined entity, frequently associated with social embarrassment. Familiar and friendship support is essential to maintain self-esteem. Treatment with biofeedback, methylphenidate or anti-cholinergic drugs is controversial.

**Key words:** giggle incontinence, child, enuresis

*Acta Paediatr Port* 2013;44(5):260-2

### Introdução

A enurese risória (enurese: do grego *enourein* = urinar; risória: do latim *rideo* = rir) é uma entidade clínica descrita inicialmente em 1959.<sup>1</sup> Em 2006 o Comité de Uniformização de Terminologia da Sociedade Internacional de Continência Pediátrica definiu enurese risória como uma síndrome rara durante o qual ocorre uma micção involuntária, completa, especificamente durante ou imediatamente após o riso.<sup>2</sup>

A enurese risória é uma situação raramente descrita na literatura.<sup>3</sup> A enurese risória surge inicialmente entre os 5 e os 7 anos, é mais frequente no sexo feminino numa proporção de dois para um e existe geralmente história familiar associada.<sup>4</sup>

O diagnóstico é clínico, após exclusão de organicidade na anamnese.<sup>5</sup> As modalidades de tratamento disponíveis são ainda controversas e de eficácia relativa.<sup>3,4,6</sup> No entanto, na maioria dos casos ocorre resolução espontânea até à adolescência.<sup>1</sup>

### Relato de caso

Criança de 11 anos, do sexo feminino, referenciada à consulta externa de Pediatria por apresentar perda urinária com o riso. Apresentava episódios de micção involuntária abundante exclusivamente com o riso. Estes episódios aconteciam desde a idade de aquisição da continência dos esfíncteres, a

**Recebido:** 21.05.2011

**Aceite:** 10.12.2013

**Correspondência:**

Juliana Roda

Rua Flávio Rodrigues, n.º27, 2.º dto, 3000-550 Coimbra

juroda@ hotmail.com

sua frequência era variável mas poderia ser de três a quatro vezes por semana. Ocorriam na escola, em casa ou em qualquer outro local onde o estímulo existisse. Negava queixas urinárias, nomeadamente enurese nocturna, perdas urinárias com o esforço, tosse ou espirros, disúria, ardor miccional ou polaquiúria. Não tinha obstipação.

Era uma criança previamente saudável, sem antecedentes de infecção urinária ou patologia reno-vesical. Tinha adquirido controlo de esfíncteres diurno aos 22 meses e nocturno aos 2,5 anos. Apresentava uma progressão estaturo-ponderal adequada, um bom ambiente familiar e social. Frequentava o 6º ano de escolaridade e tinha amigos na escola que a protegiam, dizendo: “A Mariana tem um problema!”.

Ao exame objectivo, apresentava-se com bom estado geral, simpática e colaborante, com peso e estatura no percentil 25-50. A sua pressão arterial era 110/65 mmHg, estava no Estádio de Tanner G2 M2, o abdómen, os genitais externos e o restante exame físico não tinham alterações.

Foi efectuado o diagnóstico clínico de enurese risória. A criança foi tranquilizada quanto à ausência de organicidade da situação e provável melhoria com o crescimento e maturação, foi aconselhada a ter micções frequentes.

### Discussão

A enurese risória é considerada um sub-grupo da incontinência urinária, associada a perda urinária involuntária, imprevisível, até esvaziamento completo da bexiga, exclusivamente com o riso, gargalhadas ou “giggle”.<sup>1</sup> A função vesical é normal e portanto não estão presentes perdas urinárias com a tosse, espirros, esforço ou nocturnas.<sup>4</sup>

A enurese risória é uma entidade clínica bem definida cuja incidência pode estar sub-estimada. A ausência de reconhecimento da doença quer pelos pacientes e suas famílias quer pelos próprios profissionais de saúde justifica os escassos relatos e as pequenas casuísticas existentes na literatura. Um estudo revelou que 1 em cada dez adolescentes teve pelo menos um episódio de micção involuntária com o riso.<sup>5</sup>

A micção é um reflexo entre a bexiga e a espinal medula, controlado por estímulos inibitórios centrais. Durante a micção ocorrem movimentos voluntários: contracção do músculo detrusor através de estímulos parassimpáticos e relaxamento do esfíncter vesical interno por activação do sistema simpático. O relaxamento dos músculos peri-uretrais do pavimento pélvico é controlado voluntariamente pelos nervos pélvicos.<sup>5</sup>

A etiologia da enurese risória é desconhecida mas existem algumas teorias explicativas relacionadas com o conhecimento dos mecanismos do riso.<sup>1,3,7</sup> Em alguns indivíduos o riso pode provocar: uma diminuição da acção inibitória central que controla o reflexo da micção; contracção do músculo detrusor por activação do sistema nervoso parassimpático ou diminuir o tónus do esfíncter vesical interno por estimulação do sistema simpático.<sup>5</sup> A obstipação é um factor que agrava a enurese por mecanismos não totalmente esclarecidos, provavelmente por irritação vesical local.<sup>5</sup>

Apesar de ser uma situação benigna é um importante motivo de embaraço social que pode originar isolamento social e sintomas depressivos.<sup>1</sup> O apoio familiar e dos amigos é essencial para preservar a auto-estima e manter uma boa qualidade de vida. Neste caso a Mariana conseguia lidar bem com a situação precisamente devido à protecção dos amigos e familiares.

O diagnóstico é clínico, pelo que não é necessária a realização de exames complementares.<sup>5</sup> Diferentes modalidades terapêuticas têm sido tentadas ao longo do tempo.

Estão descritos tratamentos anedóticos com choques eléctricos desde 1966 até 1995, com eficácia duvidosa. *Biofeedback*, consiste em técnicas que permitem a identificação dos músculos do esfíncter vesical externo, o seu fortalecimento através de exercícios de modo a que possam ser utilizados voluntariamente quando necessários, nomeadamente nas situações de riso.<sup>4</sup>

Num estudo com dez crianças, com idades compreendidas entre os seis e os 15 anos, que foram submetidas a tratamento com técnicas de biofeedback no mínimo durante quatro sessões, obtiveram resposta total em 6 crianças e uma resposta parcial nas restantes quatro crianças. O *biofeedback* não está divulgado em todos os países pelo que não existem técnicos especializados.<sup>4</sup>

Estudos onde foram utilizados anti-colinérgicos, nomeadamente oxibutinina, também não obtiveram resultados conclusivos.<sup>6</sup>

Um estudo com 20 crianças com enurese risória, com idade média de 12 anos, das quais quinze aceitaram tratamento com metilfenidato, verificou-se que doze não tiveram episódios durante o período de efeito da medicação. Após a suspensão da medicação dois meses depois, houve recidiva em nove crianças. Trata-se de um estudo pequeno, no qual não se esclarece a duração do tratamento, os possíveis efeitos secundários ou alteração da evolução natural da doença.<sup>3</sup>

As medidas terapêuticas mais consensuais são a tranquilização, o esvaziamento frequente da bexiga (de 2 em 2 horas), nomeadamente nas situações desencadeantes e o tratamento da obstipação, se necessário.<sup>5</sup>

O prognóstico é bom, ocorrendo resolução espontânea na adolescência na maior parte dos casos.<sup>1</sup> Alguns casos podem persistir na idade adulta.<sup>1</sup>

Em conclusão, a enurese risória é uma patologia bem definida, frequentemente associada a embaraço social. O apoio familiar e dos amigos é essencial para preservar a auto-estima. O tratamento com técnicas de *biofeedback*, metilfenidato ou anti-colinérgicos é ainda controverso.

### Referências

1. Mac Keith RC. Micturition induced by giggling? cataplexy. *Arch Dis Childh* 1959; 34: 358.
2. Nevés T, von Gontard A, Hoebeke P, Hjälmås K, Bauer S, Bower W, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract

- function in children and adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol* 2006; 176, 314-24.
3. Berry AK, Zderic S, Carr M. Methylphenidate for giggle incontinence. *J Urol* 2009;182 (4 Suppl):2028-32.
  4. Richardson I, Palmer LS. Successful treatment for giggle incontinence with biofeedback. *J Urol* 2009;182 (4 Suppl):2062-6.
  5. Salgado M. Enurese risoria. *Saúde Infantil* 2002; 24, 51-2.
  6. Chandra M, Saharia R, Shi Q, Hill V. Giggle incontinence in children: a manifestation of detrusor instability. *J Urol* 2002;168:2184-7.
  7. Gontard A, Schaumburg H, Hollmann E, Eiberg H, Rittig S. The genetics of enuresis: a review. *J Urol* 2001; 166: 2438-43.