

POLIURIA Y POLIDIPSIA DE LARGA DURACIÓN

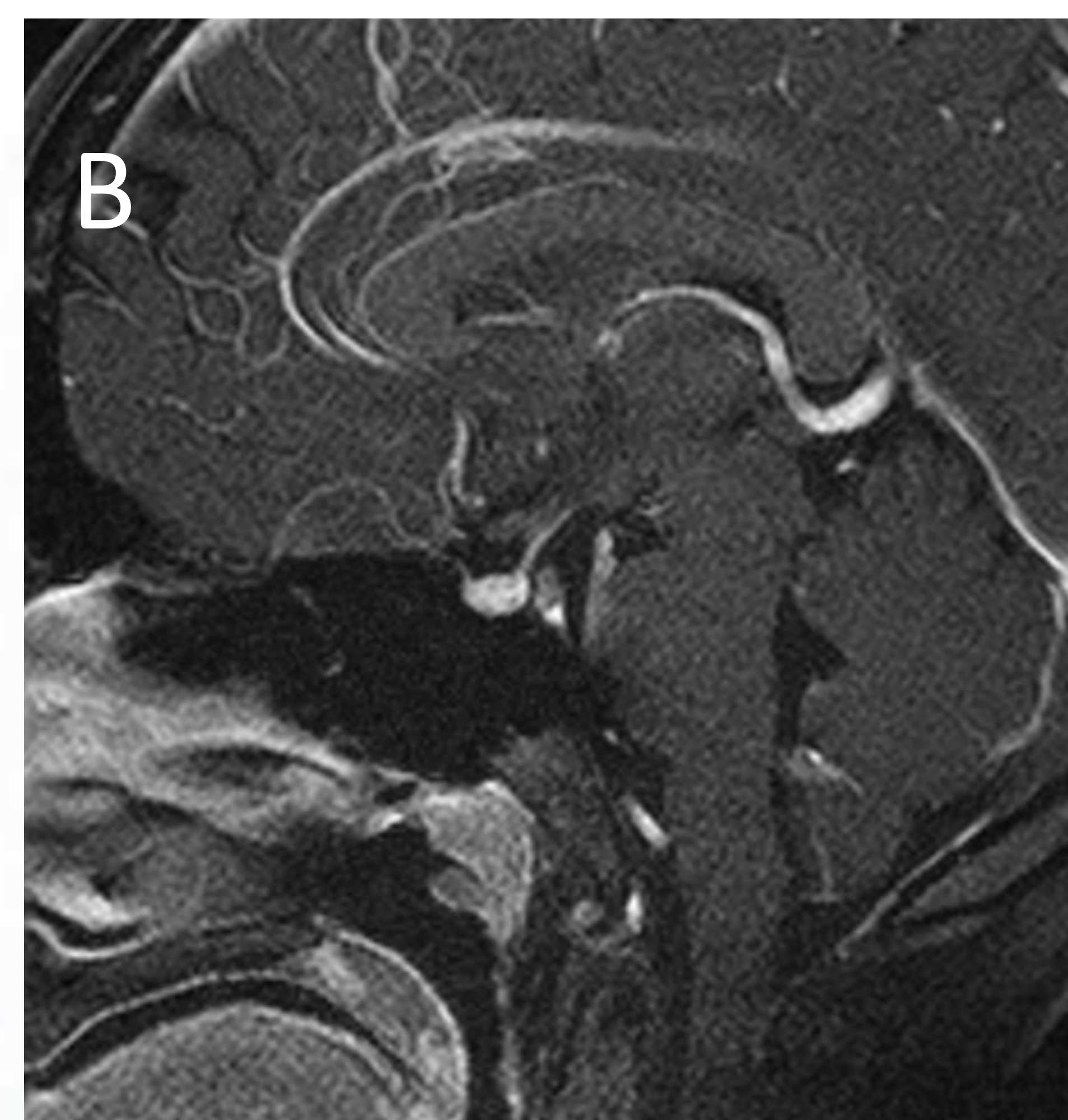
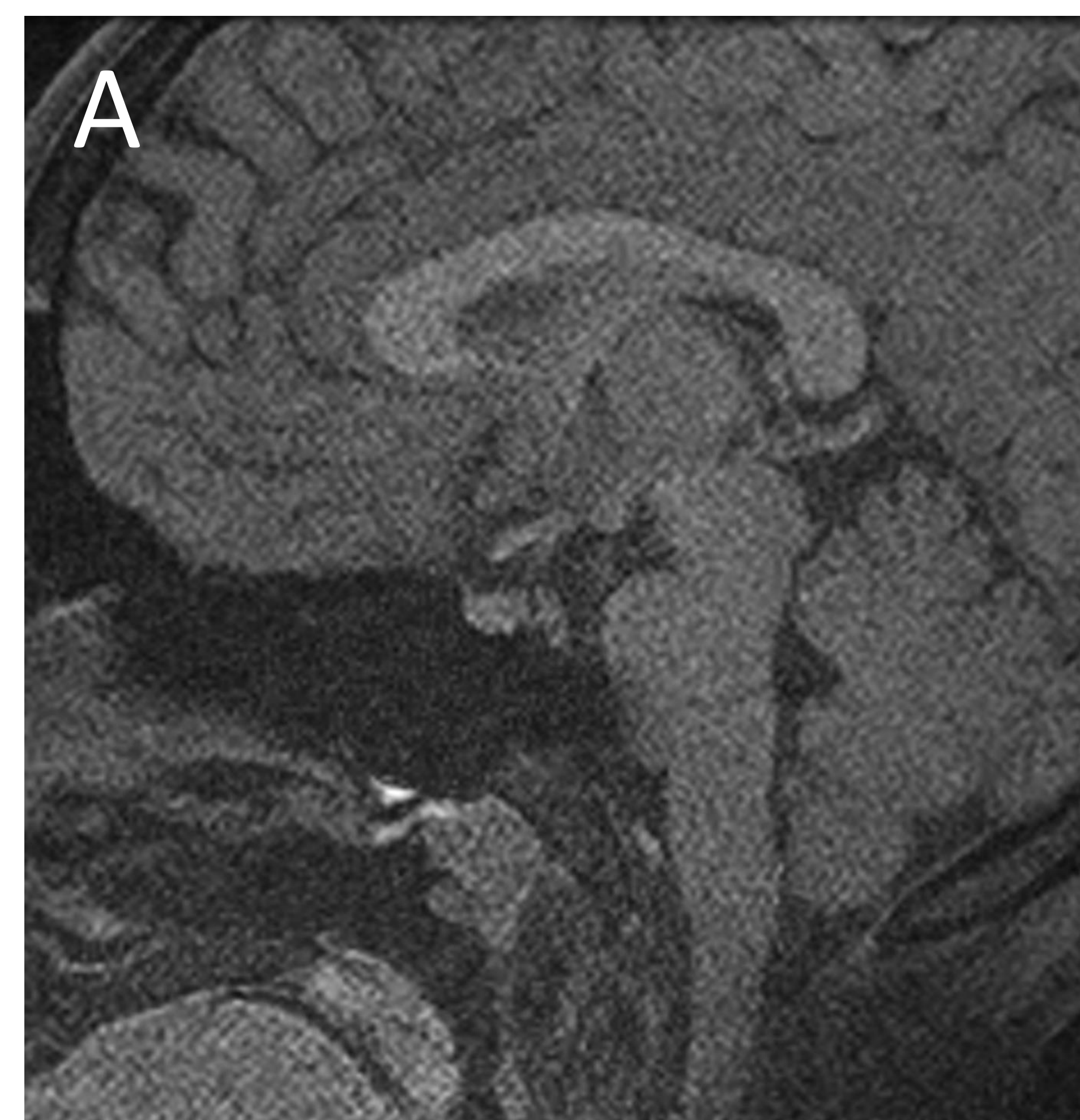
Fernández Aliaga M., Badenes Mechó A., Benito Patón J., Iniesta González S., Peñalba Vidal B., Tarazona Casany I., Bernabéu Sendra J., Pérez Suárez R., López Pavía C.

INTRODUCCIÓN

La diabetes insípida (DI) es la enfermedad producida por la falta absoluta o relativa de liberación (DI central) o de acción a nivel renal (DI nefrogénica) de la hormona antidiurética (ADH), caracterizada por la eliminación de un gran volumen de orina hipotónica, que clínicamente se manifiesta por poliuria y polidipsia. Su prevalencia oscila en torno a 1/25.000 - 40.000 habitantes. En los pacientes en que se sospecha esta enfermedad, el diagnóstico se realiza mediante la determinación de una osmolaridad plasmática elevada (>300 mOsm/kg) y urinaria disminuida (<300 mOsm/kg). No obstante, un análisis de sangre normal no descarta el diagnóstico, por lo que si existe la sospecha, debe realizarse una prueba de privación hídrica para establecer el diagnóstico de certeza de DI y diferenciar las causas centrales de las nefrógenas. En los casos en que se confirme un origen central, el tratamiento consistirá en la administración de desmopresina (se prefiere vía nasal).

CASO CLÍNICO

Adolescente mujer de 14 años adoptada, derivada por su pediatra a Endocrinología infantil por importantes poliuria, nicturia y polidipsia, referida por los padres desde su adopción. Describen beber entre 5-6 L de agua al día y miccionar 8-9 veces al día, llegando a despertar en 4-5 ocasiones cada noche. Asocia hipernatremia leve (Na 148mmol/L) e hipercloremia (Cl 111mmol/L), junto con una Osmolaridad plasmática de 299 mOsm/kg y urinaria de 109 mOsm/kg. Tras estos hallazgos, se decide ingresar a la paciente para ampliar estudio. En el análisis con restricción hídrica destaca una hipernatremia moderada (Na 152mmol/L), una hiperosmolaridad plasmática, (Osmolaridad plasmática calculada 312.4 mOsm/L), una densidad de la orina de 1001 y osmolaridad urinaria de 136 mOsm/kg. Con el diagnóstico de DI central, se completa el estudio con RM de hipófisis, que muestra ausencia de neurohipófisis. Adenohipófisis y tallo hipofisario normales. No se detectan otros déficits hormonales. Se inicia tratamiento con desmopresina nasal, tras lo cual se observa mejoría clínica y normalización analítica. Continúa el tratamiento de forma ambulatoria. En los controles y ajustes terapéuticos sucesivos se evidencia control de la nicturia, normalización de la diuresis y de la ingesta hídrica diarias.



A: RM sin contraste. No se observa estructura hiperintensa compatible con neurohipófisis. B: RM con contraste. Se objetiva adenohipófisis y tallo, ambas estructuras hiperintensas.

CONCLUSIONES

Si bien la DI es una enfermedad poco frecuente, se debe sospechar ante poliuria y polidipsia de larga evolución. Es importante realizar una anamnesis y exploración clínica exhaustivas, para orientar el estudio y confirmarlo con las pruebas complementarias necesarias e iniciar tratamiento cuanto antes.