

DIABETES INSÍPIDA CENTRAL POR MICROADENOMA HIPOFISARIO

Segura Rosillo, Carmen¹. Hortal i Briz, Marta¹. Arrudi Moreno, Marta¹. Mengual Gil, José María². Llorente Cereza, María Teresa¹. Bueno Lozano, Gloria¹.

¹ Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España

² Centro de salud Delicias Sur. Zaragoza. España

INTRODUCCIÓN

- La diabetes insípida es una patología poco frecuente en Pediatría, en la que existe un déficit total o parcial de la secreción o función de la hormona antidiurética.
- Se produce una incapacidad para producir orina concentrada pese al aumento de la osmolalidad plasmática, por lo que cursa con poliuria, nicturia, hipostenuria y polidipsia compensadora.

CASO CLÍNICO

Varón de 13 años que acude a su centro de salud por **aumento de la ingesta hídrica** (refiere 4.5 - 6 L de agua al día en los últimos días), **aumento de volumen miccional llamativo** que dificulta su descanso nocturno y **pérdida de peso** (se cuantifica una pérdida de 9 kg en los últimos 20 días).



Se realiza tira de orina en la que destaca una **densidad urinaria disminuida** (1000 g/dl), sin glucosuria ni cetonuria. Presenta una glucemia capilar normal (93 mg/dl) y tensión arterial de 118/75 mmHg.



Días antes había acudido a Urgencias por cefalea frontal opresiva de 48 horas de evolución que no mejoró con analgesia intravenosa y requirió ingreso. En la resonancia magnética cerebral ambulatoria realizada posteriormente se objetiva un **microadenoma hipofisario**.



Con todos estos datos, el paciente es derivado al hospital para estudio de síndrome poliuria-polidipsia

Durante su ingreso se confirma **poliuria** (96 cc/kg/día en las primeras 24 horas de ingreso), **osmolaridad sanguínea elevada** (302 mOsm/kg) y **osmolaridad urinaria descendida** (164 mOsm/kg).

También se observan T4 libre: 0.45 ng/dl (↓) con TSH en rango de normalidad, IGF-1: 74 ng/ml (↓) e IGFBP3: 2.92 mcg/ml (↓).



Se realiza test de restricción hídrica, en el que se objetiva una osmolaridad sanguínea elevada (hasta 301 mOsm/kg) y una osmolaridad urinaria disminuida (156 mOsm/kg al inicio; 169 mOsm/kg a las 2 horas; 188 mOsm/kg a las 3 horas) a pesar de restricción hídrica.

En el test de respuesta a desmopresina se observa un aumento de la osmolaridad urinaria del 300% tras administración de desmopresina 10 mcg intranasal.

DIABETES INSÍPIDA

ORIGEN CENTRAL



Durante su ingreso también se realizan resonancia magnética de control del microadenoma hipofisario, fondo de ojo y campimetría (sin alteraciones), edad ósea (de 13-14 años para edad cronológica de 13.9 años), Mantoux (negativo) y se solicita exoma.



Al alta, se indica ingesta de líquidos a demanda y se instaura tratamiento con **desmopresina** y **levotiroxina** oral. Control por su pediatra y en consultas de Endocrinología infantil.

CONCLUSIONES

- Ante una tira de orina con densidad baja en un paciente con polidipsia y poliuria debe descartarse una diabetes insípida.
- Esta entidad requiere para su diagnóstico la prueba de restricción hídrica y la prueba de respuesta a desmopresina, que se realizan en medio hospitalario.
- El test de restricción hídrica indicará normalidad o diabetes insípida, mientras que el test de respuesta a desmopresina diferencia el origen central del periférico en una diabetes insípida.
- En diabetes insípida de origen central debe realizarse una resonancia magnética craneal para descartar tumoraciones de la región hipotálamo-hipofisaria, si no existe otra causa evidente ya conocida.
- El efecto compresivo de una lesión estructural en la hipófisis, aunque sea benigna, puede causar hipopituitarismo al afectar a uno o más ejes hormonales, como ha ocurrido en este paciente.
- La desmopresina es un análogo sintético de la ADH que constituye el tratamiento de elección en diabetes insípida central, cuyo mayor riesgo a vigilar es la hiponatremia dilucional por sobredosificación.