



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

424/926 - DOCTORA, AYÚDEME A CALMAR ESTA SED

P. Jiménez Albarca¹, J. Cuevas Gálvez² y C. Alarcón Cañete²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 57 años sin AP de interés que acude a consulta de Atención Primaria por polidipsia de 2 años de evolución (5-6 L/día) tanto diurna como nocturna, junto con poliuria (va al baño cada 30 minutos), aumento de peso sin polifagia e importante xerosis si no bebe agua continuamente.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física anodina. Medición de diuresis en 24h: 5.600 ml/24h. En análisis de orina destaca de forma repetida osmolaridad en orina baja (121 mOsm/L) con bioquímica normal (iones normales y osmolaridad 539 mOsm/L). Perfil hormonal y metabólico sin alteraciones. Serología infecciosa negativa. Radiografías de tórax y abdomen anodinos. Test de restricción hídrica: pérdida de peso de > 5% del peso corporal total, osmolaridad plasmática > 295 mOsm/L y osmolaridad en orina < 600 mOsm/L pese a 4h de restricción hídrica, confirmándose la sospecha diagnóstica. ADH/vasopresina: 3,9 mg/dl. RMN: ausencia de hiperintensidad de señal del lóbulo posterior de la hipófisis que sugiere disfunción neurohipofisaria, con tallo hipofisario de características normales ni lesiones evidentes en región hipotalámica.

Orientación diagnóstica: Diabetes insípida central secundaria a disfunción neurohipofisaria.

Diagnóstico diferencial: Diabetes insípida central secundaria a otras causas; diabetes insípida central primaria o idiopática; diabetes insípida nefrogénica; polidipsia primaria; diabetes mellitus.

Comentario final: Se inició tratamiento con dosis bajas de desmopresina intranasal 5 µg/día, con importante mejoría clínica. La diabetes insípida central es una enfermedad endocrina rara, caracterizada por una deficiencia total/parcial en la secreción de hormona antidiurética (ADH) responsable de poliuria (> 30 ml/kg de diuresis) hipotónica (< 300 mOsm/kg de agua) y de polidipsia con sed intensa. Puede tratarse de una enfermedad hereditaria o adquirida. La deficiencia de ADH puede ser secundaria a una afectación de los tejidos que segregan esta hormona (núcleos supraópticos y paraventriculares del hipotálamo) o del tracto hipotálamo-hipofisario. El tratamiento se realiza con desmopresina, así como el de la causa subyacente. Para un médico de Atención Primaria es importante saber identificar los signos de alarma de esta enfermedad, así como escoger las herramientas adecuadas para una aproximación diagnóstica que corrija las causas tratables y defina un correcto esquema terapéutico.

Bibliografía

1. Maghnie M, Cosi G, Genovese E, Manca-Bitti ML, Cohen A, Zecca S, et al. Central diabetes insipidus in children and young adults. N Engl J Med. 2006;343:998-1007.

Palabras clave: Diabetes Insípida. Polidipsia. Poliuria.