



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

## 212/1521 - Poliuria de origen acuoso. DIABETES insípida a propósito de un caso

U. García Azcarate<sup>a</sup>, C. Martínez Esquiroz<sup>b</sup>, V. Martos Fábrega<sup>c</sup>, A. Ostolaza Ibáñez<sup>d</sup>, C. Laserna del Gallego<sup>e</sup>, T. Falcón Abad<sup>f</sup> y E. Mediavilla Oteiza<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chantrea. Pamplona. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mendillorri. Pamplona. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mutilva. Pamplona. <sup>d</sup>, <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. San Sebastián. Guipúzcoa.

### Resumen

**Descripción del caso:** Niña de 4 años de edad con AP de desarrollo psicomotor y pondoestatural normal, traumatismo craneoencefálico por caída accidental. Padre, madre y hermano sanos. Consulta por poliuria y polidipsia de 3 meses de evolución. Al principio le restringieron el acceso al agua, y la niña estaba irritable. Ahora con acceso libre al agua, bebe especialmente por la noche 2-4 litros de agua (se levanta a beber y orinar), presenta nicturia, y se sigue encontrando muy irritable. Apetito conservado (cuando empezó a no beber tenía astenia). El diagnóstico se realiza en un ámbito mixto (Atención Primaria y Endocrinología).

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: anodina. Glucemia capilar en rango de normalidad. En analítica se hallan datos que confirman Diabetes Insípida: Densidad urinaria menor a 1,005 g/ml. Osmolalidad plasmática 311 mOsm/kg. Sodio plasmático 156 mEq/l. Osmolalidad urinaria 258 mOsm/kg. Test de DDAVP: concluye se trata de una diabetes insípida central. RMN de área hipotálamo-hipofisaria: Sin alteraciones significativas.

**Juicio clínico:** Diabetes insípida central probablemente secundaria a traumatismo craneoencefálico.

**Diagnóstico diferencial:** Diabetes insípida nefrogénica, Polidipsia primaria.

**Comentario final:** La diabetes insípida central es una entidad poco frecuente en edad pediátrica, pero no por ello poco importante. El diagnóstico y tratamiento es fundamental, ya que el desequilibrio hídrico puede interferir con el proceso de crecimiento y desarrollo, así como impedir un ajuste psicosocial adecuado. Por otro lado, es importante evitar posibles complicaciones agudas, como es la deshidratación hipertónica, y crónicas, como son la hidronefrosis y el fallo de medro.

### Bibliografía

1. García García EJ. Diabetes insípida. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2011;1:44-53.
2. Lumbreñas Fernández J, Amil Pérez B. Poliuria y polidipsia. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2014;1:81-9.
3. Werny D, Elfers C, Perez FA, Pihoker C, Roth CL. Pediatric Central Diabetes Insipidus: Brain Malformations Are Common and Few Patients Have Idiopathic Disease. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100:3074-80.

4. Dabrowski E, Kadakia R, Zimmerman D. Diabetes insipidus in infants and children. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2016;30:317-28.

**Palabras clave:** *Diabetes insipidus. Nephrogenic diabetes insipidus. Polydipsia. Polyuria. Vasopressin.*