



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/4224 - DOCTORA, ¿POR QUÉ ORINO TANTO?

I. Muñoz Durán<sup>a</sup>, E. Pacheco Vázquez<sup>b</sup> y M. Aguilera Vidal<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 48 años, caucásico. No RAMC. No AF. No FRCV. Fumador ocasional. Único antecedente, amigdalectomía. Desde hace unas dos semanas tiene la necesidad de ir al baño constantemente, incluso durante la noche, interrumpiéndose el sueño. Se acompaña de una sed intensa, llegando a beber unos 9 litros de agua al día, y que a veces no cede a pesar de ello. Influye en su vida diaria. Presenta astenia, pérdida de apetito y pérdida de peso. Niega TCE, cefalea, sequedad de boca, alteraciones del hábito intestinal ni fiebre. No toma medicación ni ningún otro tóxico.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, COC, BHYP, normocoloreado, eupneico, sin focalidad neurológica. Constantes estables. IMC 22,5. ACP: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen blando no doloroso a la palpación. RHA presentes. No masas ni megalias. No ascitis. No signos de peritonismo. PPR bilateral negativa. ENRL: pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, no nistagmus, no alteraciones de pares craneales. Fuerza, sensibilidad y marcha sin hallazgos patológicos. Analítica: Cr, iones, TSH, enzimas hepáticas sin alteraciones. Diuresis 24 h: 14 litros. Osm plasmática 320 mOsm. Osm urinaria 60 mOsm. Ante sospecha de diabetes Insípida se deriva a Endocrinología. Se completa el perfil hormonal (LH, FSH, prolactina, testosterona, GH, IGF-1, ACTH): normales. Prueba de privación: Na 156. Osmolaridad plasmática y urinaria con valores similares. RMN cráneo: sin hallazgos.

**Orientación diagnóstica:** Diabetes insípida central idiopática.

**Diagnóstico diferencial:** Otras causas de DI Central: tumores, TCE, cirugía. Potomanía. DI nefrogénica: alteraciones genéticas, metabólicas, fármacos. SSIADH. Diabetes mellitus.

**Comentario final:** Actualmente el paciente realiza tratamiento con desmopresina, presentando diuresis diaria de 2 litros. Síndrome que cursa con desequilibrio del agua corporal debido a déficit de producción de ADH (central) o falta de respuesta a la misma (nefrogénica), causando de forma brusca diuresis diarias superiores a 3,5 litros y polidipsia. El médico de atención primaria debe manejar la patología endocrinológica menos frecuente.

### Bibliografía

1. Trimpou P, et al. Diagnostic value of the water deprivation test in the polyuria-. 2014 polydipsia syndrome. Hormones (Athens). 2017;16(4):414-22.

2. Nigro N, et al. Polyuria-polydipsia syndrome: a diagnostic challenge. Intern Med J. 2018;48(3):244-53.

**Palabras clave:** Sed. Diuresis. Diabetes.