

Diabetes insípida

Síndrome endocrino raro, caracterizado por una pérdida excesiva de agua libre por deficiencia en la secreción (central) o en la acción (nefrogénica) de la hormona antidiurética (ADH), que culmina en desequilibrio hidroelectrolítico. Se manifiesta con poliuria > 40 ml/kg/día y osmolaridad urinaria < 280 mosmol/L, puede acompañarse de hipernatremia por deficiente hidratación.

Origen central (DIC)

Deficiencia en la secreción de hormona antidiurética a nivel central.

Cirugía hipotálamo-hipofisaria, TCE, tumores, granulomas, idiopáticas, entre otras.

El análogo de la vasopresina la desmopresina, es el tratamiento de elección.



Origen nefrogénico (DIN)

Falta de acción de la ADH en el túbulo colector del riñón (acuaporinas tipo 2).

Causas genéticas, secundarias a AINEs o litio o alteraciones metabólicas.

Tratar hipernatremia y deshidratación. Emplear diuréticos (Hidroclorotiazida) + AINEs.

Epidemiología

Padecimiento raro con prevalencia de 1 en 25,000 personas, sin distinción por sexo. La DIC es la más común. En menos del 10% son genéticas y suelen presentarse en la infancia. En DIC predomina la autosómica dominante por mutaciones en AVP.

Diagnóstico

Inicialmente, se debe solicitar la **prueba de sed**, que consiste en la privación de agua para aumentar osmolaridad urinaria.

Prueba con desmopresina (ADH) vía subcutánea.

CID: Aumenta la osmolaridad urinaria (> 50% mOsm).

DIN: NO se modifica la osmolaridad urinaria.

Tratamiento

La CID se trata con desmopresina subcutánea (1 a 2 µg 1 o 2 veces al día), nasal (10 a 20 µg 2 o 3 veces al día) o oral (100-400 µg 2 o 3 veces al día); y adecuada hidratación. La DIN mejora con tiazidas, amilorida, dieta baja en sodio o indometacina.

Clínica

Poliuria (diuresis mayor de 3.5 litros/día) y polidipsia, cefalea mantenida, vómitos recurrentes, letargia, alteraciones de la agudeza visual. En casos graves, se presenta deshidratación severa, debilidad, convulsiones y estado mental alterado.

Auxiliares

Hipernatremia con osmolaridad plasmática elevada y urinaria < 300 mOsm/kg. En sospecha de DIC, se debe realizar resonancia magnética para valorar la hipófisis.



Hiperprolactinemia

Elevación persistente de niveles de prolactina ($> 20\text{-}25\text{ ng/ml}$). Suprime la secreción de GnRH en hipotálamo provocando un Hipogonadismo Hipogonadotrópico. Los prolactinomas son los tumores secretores más comunes de hormonas hipofisiarias.

Etiología

2024

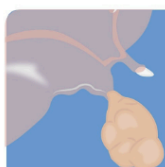
- Causa patológica más frecuente: microprolactinoma y el uso de ciertos fármacos (más frecuente no tumoral).
- Causa fisiológica más frecuente: embarazo (600 ng/mL).
- El 30% de pacientes con ERC tienen hiperprolactinemia.
- Fármacos que producen prolactinomas: antagonistas del receptor de dopamina, antipsicóticos, antidepresivos (tricíclicos), antagonistas H_2 (metoclopramida), opioides, antihipertensivos (verapamilo, metildopa) y estrógenos.

Epidemiología

Ocurre con mayor frecuencia en mujeres entre los 20 y 50 años con una relación en género de 10:1. Los microprolactinomas son más frecuentes en mujeres y los macroprolactinomas en hombres.

Principales manifestaciones: cefalea, galactorrea y hemianopsia bitemporal por efecto en masa.

Clínica



- Cefalea ocurre en 40% de los pacientes por aumento de presión intracraneal o distensión de duramadre.
- Alteraciones visuales en el 60%, típicamente hemianopsia bitemporal por compresión de las fibras inferonasales anteriores del quiasma óptico.
- Clínica en mujeres: presencia de oligomenorrea, amenorrea, galactorrea e infertilidad.
- Manifestaciones clínicas en el varón: disminución de la libido, impotencia, disfunción eréctil, reducción del fluido seminal, cefalea y déficit neurológico.



2024

La resonancia magnética es considerada la técnica de imagen de elección para el diagnóstico de trastornos pituitarios.

Diagnóstico

Inicial: Medición sérica de prolactina (se recomienda con una hora de ayuno y sin estrés con venopunción).

- **Estándar:** Cromatografía de filtración en gel. Técnica alternativa: uso de la prueba de polietilenglicol.

Tratamiento

2024

Elección: empleo de agonistas dopaminérgicos D_2 como primera línea, disminuyen la prolactina y tamaño de tumor.

- **Primera línea:** Cabergolina, dosis de inicio $0.25\text{ - }0.5\text{ mg}$
- Segunda línea bromocriptina. Dosis inicial: $0.625\text{ - }1.25\text{ mg}$.

- Todo paciente con galactorrea y/o síntomas de hipogonadismo en quien se sospeche de hiperprolactinemia, requiere estudios de la función renal y hepática y, en mujeres, se debe descartar embarazo, previo a su envío a segundo nivel.
- Referir urgentemente a neurocirugía pacientes con datos clínicos de cráneo hipotensivos o hemianopsia bitemporal.