



Caso clínico. Endocrinología

Poliuria: contribuyendo al diagnóstico desde casa

Andrea Rodríguez Lozano, Katya López Martín, Valeria Apolo Campoverde, Carmen M.ª Moreno Romero, M.ª Teresa Rodríguez Fernández

MIR-Pediatría. Hospital Universitario de Toledo. España.

Publicado en Internet:
31-marzo-2023

Katya López Martín:
katyalopezm@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La poliuria se define como diuresis superior a 2 l/m²/día. Se produce por diversas patologías que obedecen a dos posibles mecanismos fisiopatológicos: diuresis acuosa y diuresis osmótica. Para diferenciarlas se necesitan como pruebas complementarias iniciales bioquímica sanguínea y de orina. La Osmu (osmolaridad urinaria) distingue entre diuresis acuosa (orina hipoosmolar: <300 mOsm/kg) y osmótica (iso o hiperosmolar). En cuanto a la poliuria acuosa, destacan la diabetes insípida (DI) y la polidipsia primaria. Para su diagnóstico diferencial se utilizan habitualmente el test de restricción hídrica y el de desmopresina.

En la DI hay un defecto en la síntesis o acción de la hormona antidiurética (ADH), produciendo un déficit de reabsorción tubular renal de agua. Se clasifica en: DI central o neurogénica y DI nefrogénica. Suele ser adquirida y de origen central.

En el diagnóstico diferencial de la DI se incluye la polidipsia primaria, cuya clínica deriva de una ingesta excesiva de líquido causada por una alteración psiquiátrica (potomanía o polidipsia psicógena) o hipotalámica (polidipsia dipsógena).

CASO CLÍNICO

Presentamos dos casos clínicos de pacientes derivadas por polidipsia y poliuria de meses de evolución.

El primer caso es una adolescente de 13 años sin antecedentes de interés con ingesta hídrica de 6 l/día, poliuria (confirmada en orina de 24 horas) y nicturia, con persistencia clínica durante la práctica de Ramadán. Niega síndrome constitucional. Sin fiebre, cefalea o síntomas visuales. Exploración física anodina, talla, peso y velocidad de crecimiento en percentiles normales, Tanner 3. Glucemia en ayunas y hemoglobina glicada en rango. Hormonas hipofisarias acor-

des a desarrollo puberal. En analítica sanguínea se detecta hipernatremia y Osmu baja, que confirma diagnóstico de DI sin necesidad de test de restricción hídrica. Se inicia tratamiento con desmopresina intranasal. La ausencia de brillo de neurohipófisis en resonancia magnética y la resolución clínica y analítica sugieren DI central.

El segundo, una niña de 22 meses, sana, con ganancia pondero-estatural adecuada. Refiere despertarse por las noches solicitando ingesta de líquidos. Se realiza test de restricción hídrica, con adecuado cumplimiento y sin incidencias clínicas. Los resultados indican adecuada concentración urinaria y sodio sérico normal, descartándose DI y sospechando polidipsia primaria.

CONCLUSIONES

A través de este caso se pretende destacar la importancia de un buen diagnóstico diferencial ante clínica de poliuria y polidipsia, dadas las implicaciones terapéuticas. Desde Atención Primaria podemos orientar el diagnóstico con una adecuada anamnesis y pruebas complementarias iniciales a nuestro alcance: análisis de sangre y orina basal o tras restricción hídrica.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

Osmu: osmolaridad urinaria • **DI:** diabetes insípida • **ADH:** hormona antidiurética.

Cómo citar este artículo: Rodríguez Lozano A, López Martín K, Apolo Campoverde V, Moreno Romero CM, Rodríguez Fernández MT. Poliuria: contribuyendo al diagnóstico desde casa. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2023;(32):e75.