

Algoritmo diagnóstico del paciente con poliuria

Poliuria > 3-3.5L uresis/ 24 h o > 50ml/ kg/ 24 h

OsmU <300mOsm/Kg Poliuria hipotónica Medir NaS y OsmP

OsmU >300 mOsm/kg Uresis osmótica

NaS >146 mEq/L

NaS normal (135-145 mEq/L)
Prueba de deshidratación*

NaS <135 mEq/L

Glucosuria
Manitol
Urea
Diuréticos

Diabetes insípida central
o nefrogénica completa

Polidipsia primaria

OsmU <300mOsm/Kg
<10% cambio OsmU
posterior
a desmopresina

OsmU < 300mOsm/Kg
>50% OsmU
posterior
a desmopresina

OsmU OsmU 300-600
mOsm/Kg
<10% cambio
en OsmU
posterior a demopresina

OsmU 300-600mOsm/Kg
10-50% Incremento
OsmU posterior
a desmopresina

Diabetes insípida
nefrogénica completa

Diabetes insípida
central completa

Polidipsia primaria

a) Polidipsia primaria
b) Diabetes insípida
parcial nefrogénica
c) Diabetes insípida
parcial central **

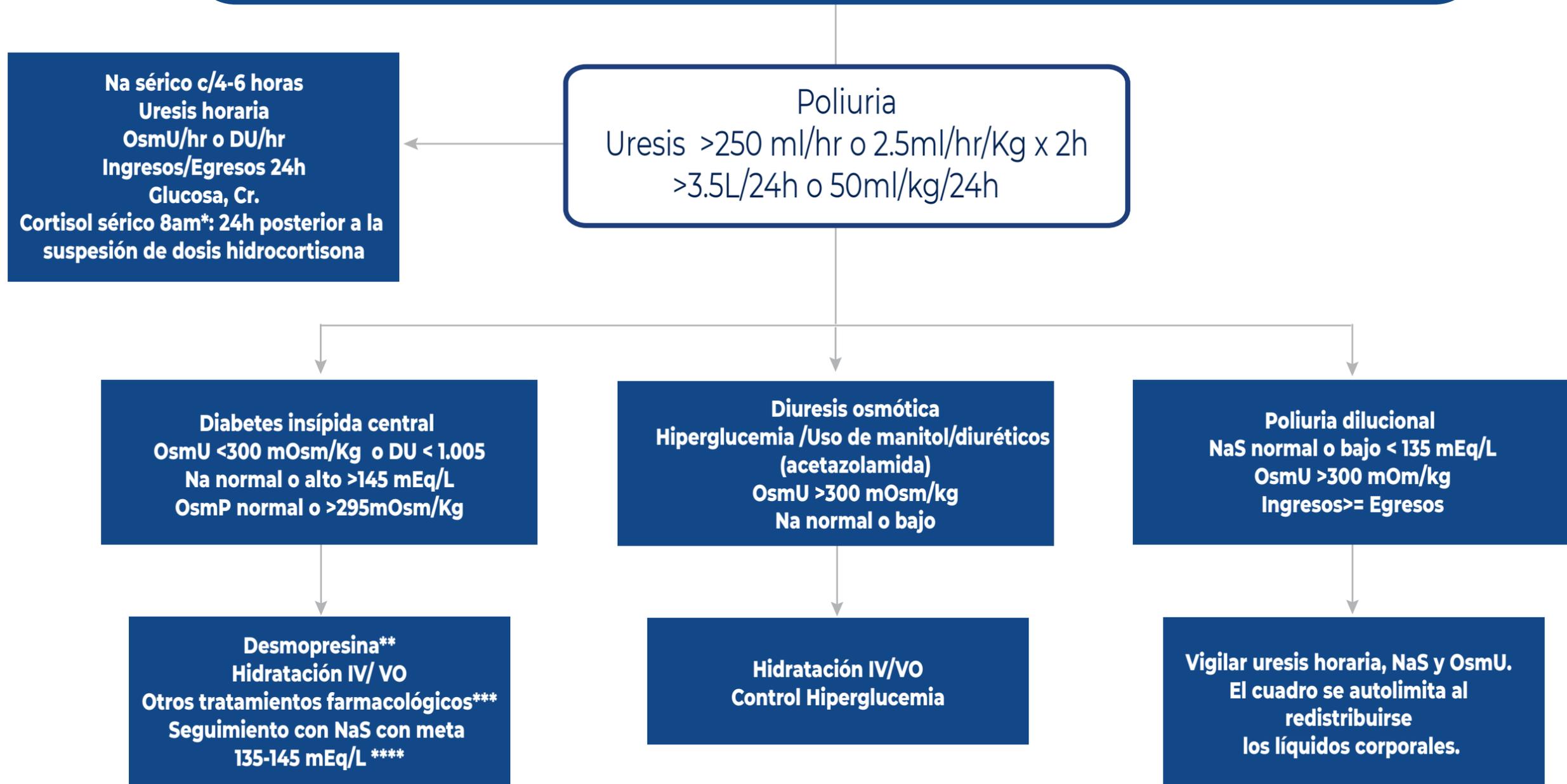
FC: Frecuencia cardíaca, IV: Intravenoso, NaS: Sodio sérico, OsmP: Osmolaridad plásmatica, OsmU: Osmolaridad urinaria, SC: Subcútaneo, TA: Presión arterial

***Prueba de deshidratación:** Suspender ingesta de líquidos 6:00 am, tomar NaS y OsmP a las 8 y cada hora tomar: peso, TA, FC, Na sérico, OsmP, OsmU y cuantificar uresis horaria hasta las 17:00 hrs. La prueba se suspende al cumplir uno de los siguientes criterios: 1) OsmU > 600 mOsm/kg o cambio < 10% mOsm en OsmU en 2 horas consecutivas. 2) OsmP > 295 o NaS > 150 mEq/L, 3) pérdida de peso > 3% del peso inicial, 4) síntomas de hipotensión ortostática (aumento de FC, caída de 15% de la TA) 5) A las 17:00 horas si no se cumplió ninguno de los criterios administrar solución salina 3% IV para lograr Na >145 o OsmP >295. Aplicar desmopresina (1 mcg sc, 10 mcg intranasal o 0.1mg oral) y se solicita OsmU y NaS 2 horas posterior a la administración del medicamento. Recordar que en caso de que los laboratorios basales arrojen Na >146 y/o OsmP >295 no es necesario realizar la prueba.

** El diagnóstico diferencial entre DI nefrogénica parcial, DI central parcial y polidipsia primaria puede ser un reto, para lo cual sugerimos tomar en consideración la historia familiar, el cuadro clínico, los hallazgos en resonancia magnética de hipófisis o incluso realizar una prueba terapéutica con desmopresina.

Este algoritmo sólo considera adultos (se excluyen niños y embarazadas en quienes los criterios diagnósticos son distintos). Los niveles de coceptina (segmento C-terminal de la hormona antidiurética) son una herramienta útil para el diagnóstico de poliuria pero no son considerados en este algoritmo por su falta de acceso y no estar estandarizados en nuestra población.

Algoritmo diagnóstico del paciente con poliuria posterior a cirugía hipofisaria



IV: Intravenoso, NaS: Sodio sérico, OsmP: Osmolaridad plásmatica, OsmU: Osmolaridad urinaria, SC: Subcútaneo, DI: Diabetes insípida. DU: densidad urinaria. VO: vía oral.

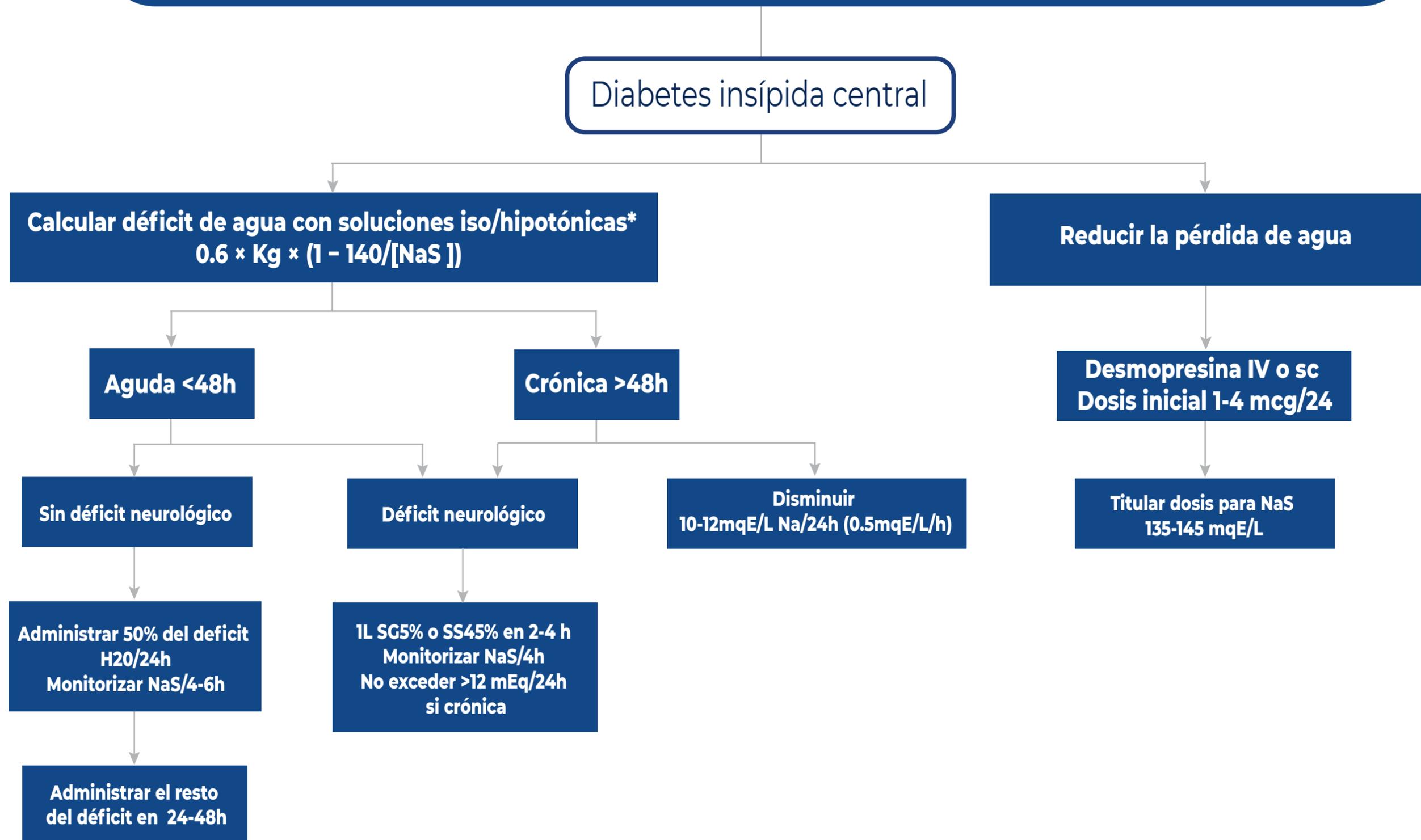
*Diabetes insípida puede estar enmascarada en pacientes con hipocortisolismo e iniciarán con poliuria una vez sustituido el eje adrenal.

** Desmopresina: 2-4 mcg sc, 10mcg intranasal o 0.1mg oral. Evitar vía nasal en caso de abordaje transnasal (inflamación posquirúrgica podría generar absorción errática).

*** En el caso de DI central parcial, se han utilizado otras opciones farmacológicas como carbamazepina (100-400 mg c-12h), clorpropamida (3-5 mg/kg c-24h) e hidroclorotiazida (50-100 mg c-24h).

**** Es necesario realizar seguimiento estrecho con niveles de NaS. La DI suele ser transitoria en 80%, permanente del 3-5% y trifásica 1-3%.

Algoritmo de tratamiento y seguimiento del paciente con diabetes insípida central hospitalizado



*Soluciones hipotónicas y contenido de sodio mEq/L: Glucosada 5%: 0, Salina 0.45%: 77, Hartman:130, Salina 0.9% 154.

BIBLIOGRAFÍA

- Verbalis JG .Disorders of body water homeostasis. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2003 Dec;17(4):471-503.
- Robertson GL.Diabetes insipidus: Differential diagnosis and management. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2016 Mar;30(2):205-18.
- Miller M, Dalakos T, Moses AM, Fellerman H, Streeten DH. Recognition of partial defects in antidiuretic hormone secretion. Ann Intern Med. 1970 Nov;73(5):721-9.
- Yuen KCJ, Ajmal A, Correa R, Little AS. Sodium Perturbations After Pituitary Surgery. Neurosurg Clin N Am. 2019 Oct;30(4):515-524.
- Harrois A, Anstey JR.Diabetes Insipidus and Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone in Critically Ill Patients. Crit Care Clin. 2019 Apr;35(2):187-200.
- Schreckinger M1, Szerlip N, Mittal S. Diabetes insipidus following resection of pituitary tumors. Clin Neurol Neurosurg. 2013 Feb;115(2):121-6.
- Wiebke Fenske and Bruno Allolio Current State and Future Perspectives in the Diagnosis of Diabetes Insipidus: A Clinical Review. J Clin Endocrinol Metab, October 2012, 97(10):3426 –3437.