

## CASO 1

### **TEST DE RESTRICCIÓN HÍDRICA EN EL SÍNDROME POLIÚRICO: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA**

Presenta: Dra. Vjerocka Inostroza Skaric  
Endocrinóloga Adultos  
Hospital San Juan de Dios y CRS Salvador Allende

#### Introducción

El Síndrome Poliuria-Polidipsia (SPP) incluye 4 patologías: diabetes insípida (DI) central y nefrogénica, la polidipsia primaria y la DI gestacional, caracterizadas por la eliminación de grandes cantidades de orina diluida. Hacer el diagnóstico diferencial es un desafío y hasta ahora, pese a las dificultades en su interpretación, el Test de Restricción Hídrica (TRH) sigue siendo el gold estándar para este propósito.

#### Casos Clínicos

Presentamos 3 pacientes con SPP cuyas características se presentan en tabla N°1. Luego de descartar diabetes mellitus, hipercalcemia y otras causas de poliuria se indicó TRH. Las pacientes se hospitalizaron un día previo al inicio del TRH (día 1). El día 2, desde las 8:00 AM, se suspende la ingesta de agua. Cada 1 hr se controlan signos vitales, diuresis, peso, osmolaridad urinaria (Osm U) y plasmática (Osm pl), natremia y glicemia. El test finalizaba si había deterioro clínico, natremia  $\geq 148$  mEq/L, Osm pl  $\geq 296$  mOsm/Kg, Osm U  $\geq 300$ mOsm/Kg o pérdida de peso  $\geq 5\%$ . Según los resultados, se administraba 10 ug de desmopresina (DMP) vía nasal si correspondía.

**Paciente N°1.** Diuresis basal (DB) 139 ml/Kg/24 hrs. Manifiesta sed y cefalea durante la prueba. Al iniciar la restricción de líquidos el volumen urinario disminuye rápidamente y aumenta la Osm U  $> 300$ mOsm/Kg sin aumentar la Osm pl, lo que descarta DI. Se interpreta como polidipsia primaria por lo que no se indica tratamiento farmacológico ni estudio con imágenes.

**Paciente N°2.** DB: 92ml/Kg/24 hrs. Cefalea discreta durante la prueba. A la hora de iniciado el test, la Osm Pl comienza a aumentar hasta alcanzar 302 mOsm/Kg sin aumentar la Osm U que persistía  $< 300$ mOsm/Kg. Se da por finalizada la prueba y se administra DMP con lo que aumenta la Osm U  $> 50\%$  del basal por lo que se interpreta como DI central. Solicitamos RM de hipófisis que muestra tallo hipofisario de 6mm, no se identifica brillo de la Neurohipófisis (NH). Estudio de tallo grueso en curso.

**Paciente N°3.** DB: 123ml/Kg en 24 hrs. Destaca caída  $> 5\%$  del peso asociado a Osm U de 152 mOsm/Kg motivo por el cual se detiene el test y se administra DMP obteniéndose un aumento de la Osm U  $> 50\%$  del basal. Se interpreta como DI central. RM de hipófisis demuestra ausencia de brillo de la NH.

#### Conclusión

El TRH fue fundamental para el diagnóstico diferencial en las 3 pacientes. La metodología es sencilla pero su correcta realización requiere de dedicación exclusiva y trabajo coordinado entre enfermería, laboratorio y equipo médico. Si bien la interpretación del test es compleja, logramos un diagnóstico certero que nos permitió indicar el tratamiento adecuado en cada caso

Tabla N°1

	Paciente N°1	Paciente N°2	Paciente N° 3
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino
Edad	32 años	47 años	49 años
Motivo Consulta	Polidipsia (13 L/d) Poliuria y nicturia	Polidipsia (8 L/d) Poliuria y nicturia	Polidipsia (10 L/d) Poliuria y nicturia
Tiempo de evolución	Desde la pubertad y aumentó durante el embarazo	Iniciado a los 46 años, de inicio súbito	Iniciado a los 32 años en forma súbita luego de fallecimiento de hermano
Antecedentes	Parto hace 5 meses. LM(+) Depresión PP (sertralina 50mg/d) DM (-) HTA (-) TBQ (-)	Asma (salmeterol/fluticasona) Menopausia: 46 años DM (-) HTA (-) TBQ(-)	Megavejiga Cirugía por IOE Menopausia: 47 años DM (-) HTA (-) TBQ(-)
Cefalea (episodios)	(+) diarios	(+) 5/semana	(+) 2/mes
Alt. visuales	(-)	(-)	(+) Disminución de campo visual
Galactorrea	(-)	(-)	(-)
Variación de peso	(-)	(-)	(-)
Examen Físico	IMC 24 Bocio 30grs.	IMC 26 Acrocordones	IMC 26
Campo visual (CC)	Conservado	Conservado	Dudoso
Laboratorio general (*)	Normal	Normal	Normal
Eje Hipotálamo Hipofisario	Normal	PRL diluida 56,6 ng/ml FSH 4 mIU/ml Estradiol 15 pg/ml	PRL diluida 23,3 ng/ml
Densidad Urinaria 1010-1030	1005	1000	1003
Osm Pl (275-295)	291	296	296
Osm Ur (400-800)	81	114	95

(\*) Hemograma, perfil bioquímico, creatinina, ELP

### **Referencias Bibliográficas**

1. Refardt J. Diabetes Insipidus: An Update. Endocrinol Metab Clin N Am.2020; 49 (3):517-53
2. Christ-Crain, M. Diabetes insipidus. (2019) Nat Rev Dis Primers 5, 54
3. Nigro N. Polyuria-polydipsia syndrome: a diagnostic challenge. Intern Med Journal. 2018; 48(3): 244–53.