

DEFICIENCIA O RESISTENCIA A LA VASOPRESINA (ANTES CONOCIDA COMO DIABETES INSÍPIDA)

Jorge Gabriel Ruiz Sánchez. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.
 David Emilio Barajas Galindo. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Recoletas Salud Campo Grande. Valladolid.
 Alberto Fernández Martínez. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

Introducción

Diabetes insípida (DI): denominación antigua que abarca a la deficiencia de vasopresina (AVP-D) (antigua DI neurogénica) y a la resistencia a la vasopresina (AVP-R) (antigua DI nefrogénica), caracterizada por poliuria-polidipsia.

Situaciones de alta morbi-mortalidad: riesgo de hipernatremia, hiponatremia yatrogénica, calidad de vida baja, mayor estancia hospitalaria.

Causa más frecuente: cirugías de la región sellar (AVP-D).

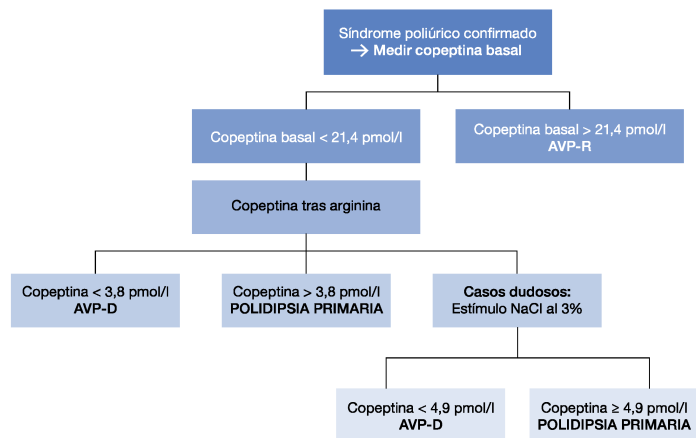
Diagnóstico

La presencia de una poliuria con osmolalidad urinaria baja (inferior a la plasmática) en presencia de una osmolalidad plasmática elevada (> 295 mOsm/Kg) es la clave inicial de sospecha.

* A veces es necesario usar pruebas funcionales para lograr los valores de OsmP o Na⁺ que permitan el diagnóstico: restricción hídrica, coceptina tras el estímulo de NaCl al 3% o tras arginina.

Diagnóstico de la DI

Diferenciar entre diabetes insípida y polidipsia primaria	- OsmP > 295 mOsm/kg y OsmU < 600 mOsm/kg: diabetes insípida* - Presencia de hiponatremia y OsmP < 280: descarta diabetes insípida
Diferenciar entre AVP-D, AVP-R y polidipsia primaria	Medición de coceptina en presencia de Na ⁺ ≥ 150 mmol/l*: - Copeptina < 4,9 pmol/l: diabetes insípida AVP-D - Copeptina ≥ 4,9 - < 21,4 pmol/l: polidipsia primaria - Copeptina ≥ 21,4 pmol/l (independiente de valor de Na ⁺): diabetes insípida AVP-R
Diferenciar entre AVP-D de polidipsia primaria	Medición de coceptina tras el estímulo de arginina*: - Copeptina > 3,8 pmol/l: polidipsia primaria - Copeptina < 3,8 pmol/l: AVP-D



Enfoque terapéutico

Siempre: control de natremia, OsmP, equilibrios hídricos.

Tratamiento de la AVP-D

*Agudo/transitorio:

- 1.º VIGILANCIA Y APORTE DE LÍQUIDOS: control de natremia, OsmP, equilibrios hídricos
- 2.º DDVP (1 µg s.c. - 120 µg v.o.) si hipernatremia y/o afección del sueño

*Crónico

- 1.º APORTE DE LÍQUIDOS: según sed o 25-30 ml/kg/día si está en estado de reposo
- 2.º DDVP (v.o. o sublingual). Individualizar dosis según OsmU a las ~ 8h de dosis y si aparece o no disnatremias.

Si OsmU muy elevada o hiponatremia: bajar dosis.

Si OsmU muy baja o hipernatremia: incrementar dosis.

3.º CORREGIR DISNATREMIAS

Hiponatremia: disminuir dosis o suspender DDVP ± restricción hídrica ± furosemida ± NaCl al 3% (si gravedad).

Hipernatremia: incrementar dosis de DDVP ± incrementar aporte de líquidos.

Tratamiento de la AVP-R

Hidratación + tiazidas/amilorida + dieta hiposódico/hipoproteica ± DDVP

Equivalencias de las dosis de DDVP según vía de presentación

Vía de administración	Dosis	Biodisponibilidad	Variabilidad
Parenteral (s.c. o iv.)	1-4 µg	+++++	+
Oral	100-400 µg	+++	++
Sublingual	60-240 µg	++++	+
Nasal	2,5-10 µg	++	++++

No olvides...

1. Aunque es una enfermedad poco frecuente, puede ser muy agravante y requiere SIEMPRE el manejo de especialistas en Endocrinología.
2. Actualmente el diagnóstico se basa en la medición de coceptina sérica estimulada.
3. La base de su diagnóstico y tratamiento son la FISIOPATOLOGÍA del metabolismo agua/Na⁺ y de la FARMACOLOGÍA de la DDVP.
4. Una hiponatremia no asociada al uso DDVP es INCOMPATIBLE con el diagnóstico de DIABETES INSÍPIDA.