

Diabetes insípida verdadera.

A propósito de un caso

Por los Dres.:

Cap. (SH) FERNANDO FERNANDEZ REVERON* y Cap. (SM) MANUEL VALES GARCIA**

Fernández Reverón, F.; M. Vales García. *Diabetes Insípida verdadera. A propósito de un caso.* Rev Cub Ped 53: 2, 1981.

Se presenta un caso de diabetes insípida verdadera de causa primaria, que presenta como características principales dilatación del tracto urinario en un corto tiempo de evolución de la enfermedad, así como una respuesta favorable al tratamiento con la carbamacepina, ya sea en forma aislada o asociada al clofibrate.

INTRODUCCION

La diabetes insípida verdadera es una entidad clínica poco frecuente, aún en los centros especializados, y se caracteriza por un síndrome poliúrico polidipsico de baja densidad, el cual se considera clásicamente debido a una insuficiente producción o secreción de hormona antidiurética,¹⁻⁵ planteándose por diferentes autores,²⁻⁶ que esta enfermedad tiene un inicio frecuentemente en las primeras décadas de la vida, cuando la enfermedad es de causa primaria o idiopática, no así cuando ésta es de causa secundaria, en cuyo caso se distribuye uniformemente en cuanto a su edad de aparición en las diferentes décadas de la vida.

El propósito fundamental de este trabajo es llamar la atención con el uso de medicamentos como el clofibrate⁷ y la carbamacepina.⁸

Historia clínica

Paciente H.S.H., del sexo masculino, raza blanca y 13 años de edad, que con antecedente de salud anterior, a los 12 años comienza a presentar un aumento brusco de la sed, precedida ésta de un aumento de la diuresis, que no se acompaña de ninguna enfermedad intercurrente. Se llega al diagnóstico de su enfermedad a los 6 meses del inicio de dichos síntomas, momento en el cual es ingresado en nuestro centro; presenta diuresis de 8 000 ml/24 horas y una densidad de 1 002, descendiendo, después de la utilización durante 3 días seguidos de 5 unidades de pitresin oleoso, la diuresis a 2 000 ml/24 horas y aumenta la densidad hasta 1 010.

Al examen físico presentaba como datos de interés solamente un desarrollo genital en estadio III, así como una talla de 150 cm y un peso de 43 Kg.

Complementarios

Hb = 13,3 g%, Hto = 39 Vol%, Leuco, = 9 000 \times mm³.

* Especialista de I grado en pediatría. HMC "Carlos J. Finlay".

** Jefe del servicio de endocrinología del HMC "Carlos J. Finlay". Especialista de I grado en endocrinología.

Eritro = 20 mm, parcial de orina = negativo.
Urocultivos = negativos.

Fondo de ojo = normal, pericampimetría = normal.

Rx de cráneo y silla turca = normal.

Selectiva de silla turca = normal (figura 1).

PTG = normal, Estudios de lípidos = normal.

Urograma descendente (figuras 2 y 3). Dilatación bilateral de los síntomas ureteropielocaliciales al igual que de vejiga. Se realizaron además las siguientes pruebas especiales: Prueba de la Sed,¹⁻² Prueba de pitresin¹⁻³, así como Prueba de Carbamacepina,⁴ cuyos resultados se exponen a continuación: La Prueba de Supresión de líquidos (de la Sed) se efectuó teniendo el paciente una diuresis en condiciones basales de 7 000-8 000 ml/24 horas y una densidad de 1 002. Previa realización de la prueba se pesó al paciente, así como se realizó extracción de sangre para ionograma y hematócrito pasando a tomar a continuación 860 ml de agua en un lapso de media hora, continuándose después

pesando al paciente en forma horaria hasta la suspensión de la prueba que duró 4 horas, momento en el cual el paciente había perdido más del 5% de su peso basal, presentando además hemoconcentración y aumento del cloro y sodio plasmático. Durante estas 4 horas el paciente tuvo una diuresis de 2 800 ml y una densidad promedio de 1 002, acompañándose todo esto de astenia marcada y de discreta cefalea.

Posteriormente se inyectó al paciente 5 unidades diarias de pitresin oleoso durante 3 días seguidos, disminuyendo la diuresis a 2 000 ml/24 horas y aumentando la densidad a 1 010. A continuación se realizó la prueba de la carbamacepina dándole al paciente 1 tableta (250 mg) cada 8 horas, disminuyendo con esto la diuresis a 2 000 ml también, pero teniendo una densidad de 1 008. Cuando a la carbamacepina se le añadió clofibrate (200 mg c/8 horas) como tratamiento al paciente, la diuresis osciló entre 1 200-1 800 ml/24 horas con una densidad de 1 010.

COMENTARIOS

Estamos frente a un paciente que presenta una diabetes insípida verdadera de causa primaria, que presenta como elemento de interés la rápida dilatación del tracto urinario superior e inferior, alteración ésta informada por primera vez por Weller et al.⁵ quienes describieron los 5 primeros casos. En nuestro medio otros autores,^{6,10,11} también han encontrado dilatación de las vías urinarias durante la evolución de la diabetes



Figura 1. Selectiva de silla turca; normal.



Figuras 2 y 3. Se observa una buena eliminación renal bilateral. Los sistemas pielocaliciales y los uréteres están dilatados bilateralmente, al igual que la vejiga.

CUADRO

RESULTADOS OBTENIDOS CON LOS DIFERENTES MEDICAMENTOS

	Diuresis	Densidad
Condiciones basales	8 000 ml/24 h.	1002
Pitresin oleoso	2 000 ml/24 h.	1010
Carbamacepina	1 800 ml/24 h.	1008
Clofibrate + Carbamacepina	1 200-1 800 ml/24 h.	

insípida, tanto de tipo nefrogénica como vasopresín-sensible (verdadera), resultando interesante señalar que en este paciente un mal control puede llevar a la dilatación de las vías urinarias (figuras 2 y 3) y provocar incluso insuficiencia renal, mientras en el control adecuado de la poliuria pudiera lograrse una regresión de dicha dilatación si no se han establecido cambios irreversibles.

Respecto al tratamiento (cuadro), este paciente presentó una disminución de la diuresis del 75% en relación con las cifras basales cuando se le inyectó pitresín oleoso en dosis de 5 unidades cada 2-3 días cifras similares a la encontrada por uno de los autores,¹¹ resultando interesante señalar que al instituirse tratamiento a base de carbamacepina (1 tab. 250 mg., 3 veces al día), medicamento éste que presenta acción al nivel central,^{12,13} aumentando la síntesis, liberación de hormona antidiurética o ambos, la diuresis disminuyó a 1 800 ml/24 horas con una densidad de 1 800, por lo que tuvo efectos semejantes al encontrado con la utilización del pitresín oleoso (resultados semejantes a los encontrados por otros autores.)^{6,14} Cuando añadimos a este tratamiento clofibrate a razón de 200 mg, c/8 horas, el cual tiene su mecanismo de acción aumentando la liberación de hormona antidiurética al nivel central,^{15,16} la diuresis osciló entre 1 200-1 800 ml/24 horas con una densidad de 1 010, por lo que hubo una reducción de la diuresis de hasta el 85% en relación con las cifras basales, siendo de la opinión que ésta es una de las asociaciones terapéuticas más efectivas en el tratamiento de esta enfermedad.

SUMMARY

Fernández Reveron, F.; M. Vales García. *Real diabetes insipidus. On regard to a case.* Rev Cub Ped 53: 2, 1981.

A real diabetes insipidus case of primary cause is presented, whose principal characteristics are urinary tractus in a disease short term evolution, as well as favourable response to carbamazepine isolated or associated to clofibrate.

RÉSUMÉ

Fernández Reveron, F.; M. Vales García. *Diabète insipide vraie: A propos d'un cas.* Rev Cub Ped 53: 2, 1981.

Il s'agit d'un cas de diabète insipide vraie à cause primaire, dont les caractéristiques principales sont la dilatation du tractus urinaire pendant une courte période d'évolution de la maladie, et la réponse favorable au traitement par carbamazépine, soit à la forme isolée ou associée au clofibrate.

РЕЗЮМЕ

Пайан Эрнандес, П. Отический миаз. Представление одного случая. Rev Cub Ped 53: 2, 1981.

Осуществляется просмотр заболевания, его природа, симптомы и лечение. В настоящей работе представляется один случай, который был лечим в отделении ОРЛ нашего центра; у пациента были изъяты из уха 8 личинок. При этом в работе специально подчёркивается форма заболевания и подчёркивается быстрое восстановление и выздоровление. В заключении говорится об установлении крайних санитарно-гигиенических мер и требование их полного выполнения, а также настаивается на соответствующем лечении этого ушного заболевания.

BIBLIOGRAFIA

1. Williams, R. H. Tratado de endocrinología. 3ra. ed. Ed. Salvat, Barcelona, 1969.
2. Pedro Pons, A. Tratado de patología y clínica médicas. Vol. 5, Ed. Revolucionaria, Instituto del Libro, La Habana, 1967.
3. Pazqualine Guzzetti, R. O. Endocrinología. 6ta. ed. Vol. I. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1973.
4. Grupo del IEM. Manual de procedimiento. Publicación interna del Instituto de Endocrinología y Metabolismo, La Habana, 1978.
5. Astwood, E. B. Endocrinología clínica. Recientes avances. Ed. Toray, Barcelona, 1963.
6. Carvajal Cabrera, F. Síndrome poliúrico poli-dipsico de baja densidad en la infancia. Trabajo de terminación de residencia. Instituto de Endocrinología y Metabolismo, La Habana, 1976.
7. De Gennes, J. L. et al. Etudes préliminaires de l'action antidiurétique du clofibrate (Atromid-S) dans le diabète insipide pitressine-sensible. Ann Endocrinol 31: 300, 1976.
8. Kimura, T. et al. Mechanism of carbamazepine (Tegretol) induced antidiuretic. Evidence for release of antidiuretic hormona and impaired excretion of water load. J Clin Endocrinol Metabol 38: 356, 1974.
9. Wellor, C. S. et al. Hereditary diabetes insipidus. Unusual urinary tract changes. J Allvol 64: 716, 1950.
10. González Hernández, J. y otros. Dilatación del tractus urinario asociado a diabetes insipida. Rev Cub Ped 49: 43, 1977.
11. Vales Sonia, A. Diabetes insipida verdadera en el adulto. Trabajo de terminación de residencia. Instituto de Endocrinología y Metabolismo, La Habana, 1979.
12. Perlemitter, C. et al. Action comparée de la carbamazépine et du clofibrate dans le diabète insipide. Nouv Presse Méd. 4: 2307, 1975.
13. Dindar, F.; W. Cooper. Carbamazepine in the treatment of diabetes insipidus in a pituitary dwarf. S. Afr Med J 48: 455, 1974.
14. Licea Puig, M. y otros. Carbamacepina en el tratamiento de la diabetes insipida vasopresin sensible (DIUS). Serie Información de Ciencias Médicas, Actualidad en Endocrinología 3: 89, 1978.
15. Thompson, P. et al. Comparison of clofibrate and chlorfripamide on vassopresin responsive diabetes insipidus. Metabolism 26: 749, 1977.
16. Moses, A. M. et al. Clofibrate induced-anti-diuresis. J Clin Invest 52: 535, 1973.

Recibido: octubre 16, 1980.

Aprobado: noviembre 5, 1980.

Dr. Fernando Fernández Reveron
Hospital Militar "Carlos J. Finlay"
Marianao.