

¿Qué es la Diabetes Insípida?

Por Gary L. Robertson, MD, Northwestern University, Chicago, Illinois, USA.

La Diabetes Insípida (DI) es un desorden caracterizado por la emisión de grandes volúmenes de orina (poliuria), abundante ingesta de líquidos (polidipsia) y sed constante e insaciable. Causa síntomas tales como nicturia (aumento en la excreción urinaria por las noches), o enuresis (excreción involuntaria de orina durante el sueño también llamada “bedwetting”). La micción se ve incrementada debido a que la orina no se encuentra en su concentración normal. Consecuentemente en lugar de tener coloración amarillenta, ésta es de color pálido, incolora o acuosa en apariencia, y su concentración (osmolalidad) es baja.

Diabetes Insípida no es sinónimo de Diabetes Mellitus. Ambas poseen la característica de cursar con un incremento en la excreción urinaria asociada a una consecuente sed. No obstante, en sus aspectos restantes, incluyendo causas y tratamiento, son las dos completa y absolutamente diferentes. A veces la DI es llamada “diabetes del agua”, para diferenciarla de la conocida Diabetes Mellitus o “diabetes del azúcar”.

La Diabetes Insípida adopta cuatro formas diferentes, cada una de las cuales tiene una causa diferente y por esto deben asimismo ser tratadas en forma diferente. La forma más común de DI, es causada por el déficit de vasopresina u hormona antidiurética (ADH), hormona que habitualmente actúa sobre los riñones disminuyendo la excreción urinaria al incrementar la concentración de orina. Este tipo de DI se debe usualmente a la destrucción de la parte posterior de la hipófisis, sitio en el que se produce normalmente la vasopresina. Por ello es comúnmente llamada **DI Hipofisaria**. También se la conoce con el nombre de **DI Central o Neurogénica**. La hipófisis posterior puede ser destruida por una variedad de trastornos secundarios incluyendo tumores, infecciones, traumatismos de cráneo, infiltraciones, y variados desordenes hereditarios. Estos últimos pueden ser identificados debido a la presentación de DI en niños pequeños cuyo antecedente son sus padres, u otros familiares cercanos con el mismo desorden. Sin embargo la mayoría de las veces la DI Hipofisaria es “idiopática”, (esto significa que no se encuentra causa alguna de la misma, aún incluyendo en su estudio la resonancia magnética nuclear de cerebro), por lo que la/s causa/s subyacente/s siguen sin ser conocidas. La DI Hipofisaria es usualmente permanente y no puede ser curada, pero los signos y síntomas, (a saber sed constante, polidipsia y poliuria), pueden ser total y completamente controlados a través del uso de diversas drogas entre las cuales se encuentra una forma modificada de vasopresina conocida como Desmopresina o dDAVP. Debido a que la DI Hipofisaria a menudo se asocia con la carencia de otras hormonas de origen hipofisario, pruebas específicas y a veces tratamientos para estas anomalías también son requeridos.

En ocasiones el déficit de vasopresina puede desarrollarse durante el embarazo, momento en el cual la glándula pituitaria es silenciosamente dañada y/o la placenta destruye la hormona rápidamente. Este segundo tipo de DI, por deficiencia de vasopresina, es llamada **DI gestacional**. También es manejada con dDAVP, pero en este caso tanto la deficiencia como la DI desaparecen 4/6 semanas después del parto, momento en el cual el tratamiento con dDAVP es usualmente suspendido. Sin embargo, y a menudo los signos y síntomas de la DI reaparecen en embarazos posteriores.

El tercer tipo de DI es causado por la incapacidad de respuesta renal frente al efecto antidiurético de cantidades normales de vasopresina. Este tipo de DI se denomina **Nefrogénica** y puede originarse a partir del uso de diferentes medicamentos, drogas o de enfermedades renales que incluyen defectos genéticos hereditarios. Esta no puede ser tratada con dDAVP, y dependiendo de la causa que la origine, puede o no ser curada suspendiendo el medicamento en cuestión o tratando a la enfermedad de base. Hasta el día de hoy, no se ha encontrado tratamiento alguno para la forma hereditaria y ésta permanece de por vida. Sin embargo, en la actualidad existen tratamientos parciales que pueden mitigar signos y síntomas de la DI nefrogénica.

La cuarta forma de DI ocurre cuando el efecto de la vasopresina es inhibido por la ingesta abundante de líquidos. En la actualidad se la denomina **Polidipsia Primaria** y la mayoría de las veces es causada por una anomalía en el centro regulador de la sed, ubicado en el hipotálamo. Este subtipo se conoce con el nombre de **DI Dipsógena** y es muy difícil diferenciarla de la DI hipofisaria, dado que ambos desordenes pueden originarse de los mismos trastornos cerebrales.

El único modo seguro de diferenciarlas (DI Dipsógena y DI Hipofisaria), es efectuando el dosaje de vasopresina durante su estimulación mediante la prueba de privación de líquidos u observando los efectos que se producen durante el tratamiento con dDAVP. También en la DI Dipsógena, la dDAVP disminuye la excreción urinaria pero, como sí lo hace en la DI hipofisaria, en la primera no anula la sed excesiva y el aumento en el consumo de líquidos. Así, esto resulta en una intoxicación hídrica, condición que se asocia con síntomas tales como cefaleas, anorexia, letargo, náuseas, y un anormal descenso en la concentración plasmática de sodio (hiponatremia).

Por esto y por no contar con los medios adecuados para corregir la sed anormal, hasta el día de hoy la DI dipsógena no tiene tratamiento alguno, aunque para ciertos síntomas conflictivos, tales como la nicturia, se recomiendan pequeñas dosis de dDAVP por las noches antes de ir a dormir.

Otro subtipo de Polidipsia Primaria, tiene su origen en causas psicosomáticas, por esto recibe el nombre de Polidipsia Psicógena. Hasta el presente se desconoce su tratamiento.

PREGUNTAS QUE USTED PUEDE HACERSE

¿Cuánto es considerado una diuresis “excesiva” o excreción urinaria “excesiva”?

¿Cuánto es considerado sed excesiva?

Tendrá una diuresis mayor a la normal un adulto que orina más de 50ml por kg de peso corporal en el transcurso de dos horas. Decimos entonces que 50 ml/kg son el equivalente aproximado a 3.85 lts. en

un adulto que pesa 70kg. Por lo tanto un adulto que bebe más de 4lts o entre 12 y 15 vasos de líquido por día es considerado más que un bebedor normal.

¿Puede la DI hipofisaria causar algún otro trastorno además de poliuria (diuresis excesiva), y polidipsia (sed excesiva)?

¿Acorta la esperanza de vida?

Lo que sabemos es que tanto la DI hipofisaria como la nefrogénica no conllevan a ningún otro tipo de trastornos ni riesgos de vida. Si la toma de líquidos se dificulta - ya sea por pérdida de la conciencia o por la imposibilidad de acceder a la provisión de agua – existe el riesgo de deshidratación severa que podría llevar a daño cerebral severo e inclusive la muerte. El tratamiento disminuye este riesgo porque reduce la pérdida de líquidos y consecuentemente alarga el tiempo del que uno dispone sin necesidad de reponerlos. Sin embargo, no reduce los riesgos en su totalidad, dado que existe la posibilidad de que la medicación pierda su efecto o el paciente la extravíe. Por esto, es muy importante llevar siempre un envase adicional o estar alerta frente aquellas situaciones en las que la disponibilidad de líquidos se encuentra reducida. (por ejemplo durante la navegación o el trekking en montañas, desiertos).

La DI dipsógena o la polidipsia psicógena no acarrearán riesgos de deshidratación, pero pueden producir sobrehidratación (intoxicación hídrica) si dDAVP u otras drogas como los diuréticos tiazídicos son utilizados o enfermedades agudas como la gripe, aparecen.

Por ello es importante conocer si estos desordenes están presentes y de este modo eliminar el uso de las drogas que pudieren ocasionar daño o comenzar con las pruebas y dosajes en cuanto la enfermedad o dolencia, como la gripe, aparezcan.

¿SI padezco DI Hipofisaria o Nefrogénica y los síntomas no me molestan, por que debo utilizar la medicación?

La razón principal radica en impedir que los riesgos de la deshidratación severa aparezcan y, además contar con la posibilidad de participar en actividades en las cuales el acceso a los líquidos resulta dificultoso o se hace imposible.

¿Además de utilizar dDAVP u otra medicación antidiurética, hay algo más que deba hacer?

Si, usted debe llevar consigo un brazalete de Alerta Médico y/o llevar una tarjeta de Alerta Médico en su cartera, de manera tal que en caso de presentarse una emergencia médica, los médicos sin conocerlo, reconozcan de inmediato que usted necesita un tratamiento especial.