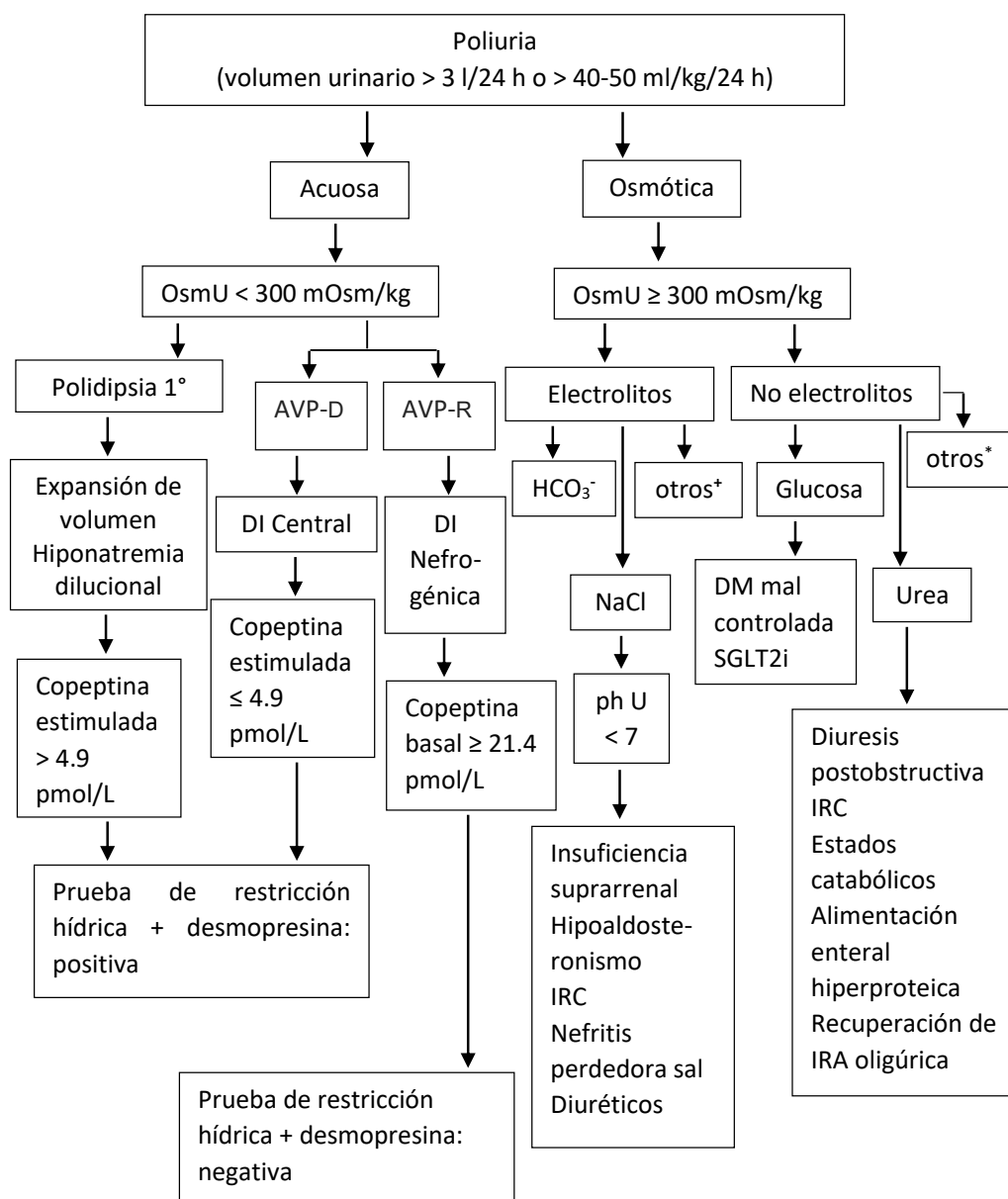


ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 3

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE POLIURIA



AVP-D: deficiencia de arginina- vasopresina; **AVP-R:** resistencia arginina- vasopresina; **HCO₃⁻:** bicarbonato; **DI:** diabetes insípida; **DM:** diabetes mellitus; **IRA:** injuria renal aguda; **IRC:** insuficiencia renal crónica; **NaCl:** cloruro de sodio; **OsmU:** osmolalidad urinaria; **U:** urinaria/o; **SGLT2i:** inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; +hipercalcemia; *manitol

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE POLIURIA

El volumen urinario deberá cuantificarse para definir la presencia de poliuria, no confundir aumento de la frecuencia miccional con aumento del volumen (polaquiuria, nicturia). La OsmU clasificará a la poliuria como acuosa u osmótica. En la poliuria hipotónica un sodio plasmático alto favorece el diagnóstico de AVP-D y AVP-R aunque puede estar normal compensado por la polidipsia. Si el sodio es bajo favorece el diagnóstico de polidipsia primaria (PP) cuya etiología puede corresponder a una causa psicógena (potomanía) o más raramente a un trastorno primario de la sed (polidipsia primaria dipsogénica) como se ve en la neurosarcoidosis hipotalámica y en otras enfermedades infiltrativas o vasculares. A diferencia de la diabetes insípida aquí la poliuria y polidipsia predominan durante la vigilia.

La deficiencia de arginina-vasopresina (AVP-D), término con el cual se reconoce actualmente a la diabetes insípida central (DIC), se produce por daño de la neurohipófisis por traumatismos, neurocirugía, enfermedades autoinmunes e infiltrativas, tumores primarios o secundarios o bien por disfunción de los osmorreceptores (en este caso no hay polidipsia). Puede ser también de causa genética. En la resistencia a la arginina-vasopresina (AVP-R) denominada anteriormente diabetes insípida nefrogénica (DIN) hay una respuesta deficiente a la AVP de los receptores V2 o acuaporinas tipo 2 (AQP2) del túbulo colector. Para el diagnóstico diferencial de PP, AVP-D y AVP-R la copeptina, que es el péptido C-terminal de la pro-vasopresina, que tiene una vida media más larga y es más fácil de medir que la AVP es un marcador de gran precisión diagnóstica. Un valor basal ≥ 21.4 pmol/L tiene una sensibilidad y especificidad del 100 % para diagnóstico de DIN. Los valores de corte ≤ 4.9 o > 4.9 después de la infusión de solución salina hipertónica permiten diferenciar DIC de PP respectivamente con una sensibilidad aproximada del 93 % y especificidad del 100%.

La prueba de restricción hídrica + desmopresina queda como alternativa según disponibilidad de copeptina. Un aumento de la osmolaridad urinaria > 50 % es compatible con una DIC completa. Se complementará el estudio de esta última con RM cerebral. Cuando la osmolaridad urinaria está entre 300 y 800 mOsm/kg tras privación de agua, el diagnóstico diferencial está entre DIC parcial o PP. Tras la administración de desmopresina en la DIC parcial, hay un aumento < 50 % en la osmolaridad urinaria. Son algunas etiologías de AVP-R fármacos como el litio, anfotericina B; la hipercalcemia; hipokalemia; síndrome de Sjögren; trastornos hereditarios; etc.

La poliuria osmótica por pérdida de bicarbonato se observa frente a un exceso de aporte exógeno, trastornos a nivel del túbulo proximal, uso de inhibidores de la anhidrasa carbónica. Otro electrolito responsable de poliuria corresponde al calcio. Incluimos también aquí otras tubulopatías que por defecto tubular alteran la reabsorción de solutos. El aporte excesivo de glucosa endovenoso, así como también el manitol y los contrastes radiológicos pueden provocar una poliuria osmótica. Tener en cuenta los inhibidores de SGLT2 que generan glucosuria por inhibición del cotransportador sodio-glucosa tipo 2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Falasco Silvia Iris. Algoritmo diagnóstico de la poliuria. Revista de Medicina Interna 2017;13(4):185-186.
2. Flynn K, Hatfield J, Brown K, Vietor N and Hoang T. Central and nephrogenic diabetes insipidus: updates on diagnosis and management. Front. Endocrinol. 2025; 15:1479764. doi: 10.3389/fendo.2024.1479764
3. Rivas Montenegro A, Fernández González L, Guerra López A, Albarrán González O. Protocolo diagnóstico de la poliuria. Medicine 2024;14 (17):1026-1029.
4. Ramírez-Guerrero G, Müller-Ortiz H, Pedreros-Rosales C. Poliuria en el adulto. Una aproximación diagnóstica basada en la fisiopatología. Rev Clin Esp. 2022;222:301-8.