

Cas Clínic Acadèmia de Ciències Mèdiques

25 de Març de 2010

Marta Bueno Díez
Servei d'Endocrinologia i Nutrició
Hospital de Sabadell

Dades rellevants

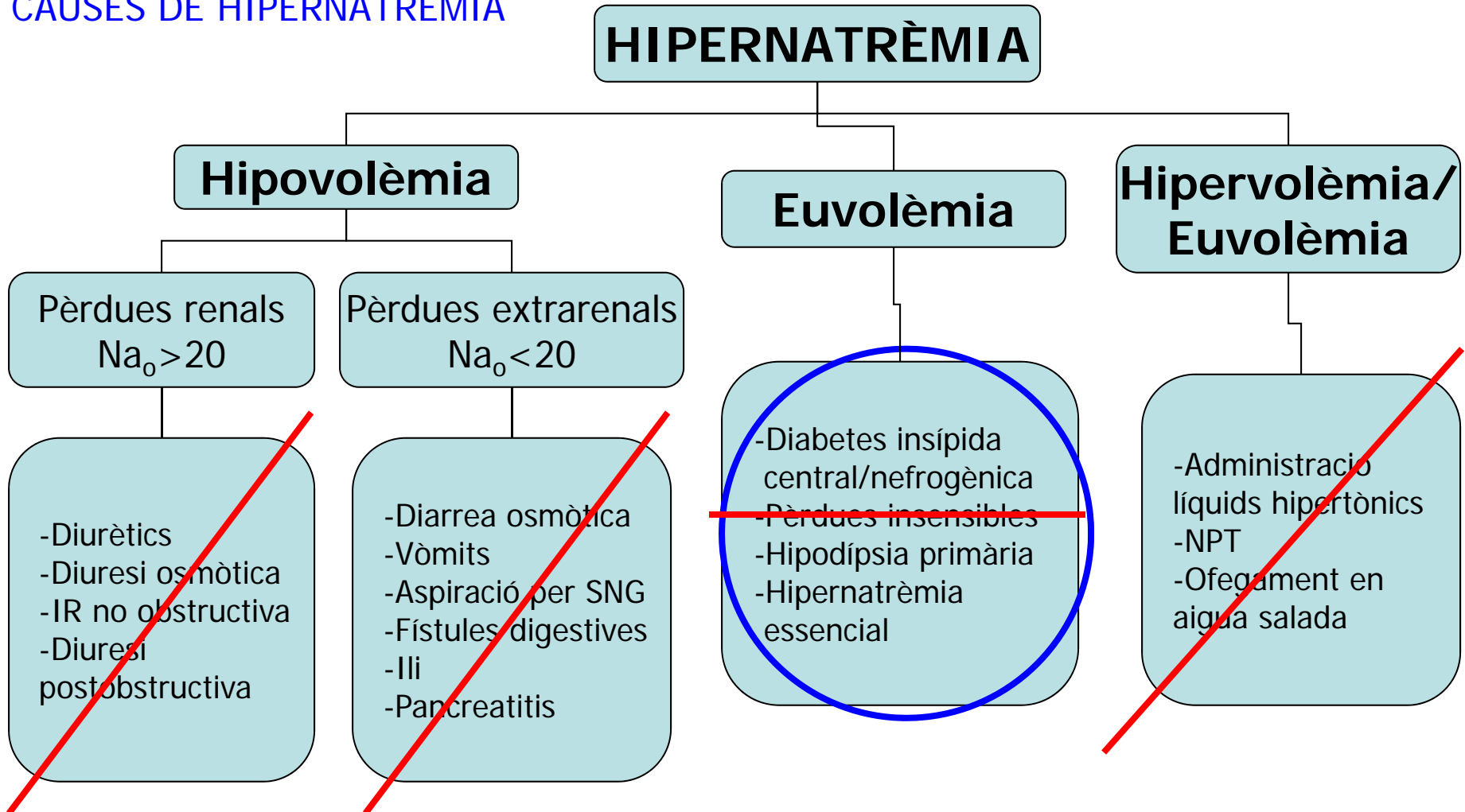
- Hipernatrèmia (Na 160,9 mEq/L)
 - Polidípsia (3L/dia) i poliúria amb nictúria fa 1,5 anys.
 - Na orina 182 mEq/L, Osm orina 841 mEq/L
- Hiperprolactinèmia amb amenorrea i galactorrea fa 3 anys.
- Estigmes de Cushing amb test de frenació amb 1 mg DXM N
 - Δ 4-androstendiona elevada
- RMN craneal amb contrast normal

Hipernatrèmia

- Alteració hidroelectrolítica amb un Na plasmàtic >145 mEq/L deguda a:
 - Pèrdues d'aigua lliure.
 - Pèrdues de líquids hipotònics (amb més aigua que soluts).
 - Aport excessiu de sodi.
- Sistema de regulació de l'equilibri hidroelectrolític molt precís per mantenir osmolalitat constant, a través de:
 - Set
 - ADH

Hipernatrèmia

CAUSES DE HIPERNATRÈMIA



Hipernatrèmia

CAUSES DE HIPERNATRÈMIA AMB EUVOLÈMIA

- **DIABETES INSÍPIDA**
 - Manca de producció d'ADH o resistència renal a la seva acció que impedeix concentrar la orina
 - Si el mecanisme de la set es manté normal i hi ha lliure accés a l'aigua, el pacient compensarà bevent les pèrdues urinàries.
- **HIPODÍPSIA PRIMÀRIA**
 - Inadequada sensació de set malgrat estímuls fisiològics normals
 - Si la resposta d'ADH és insuficient, es produirà hiperosmolalitat i hipovolèmia.
 - Produeix hipernatrèmia amb disminució del volum plasmàtic efectiu, sense sensació de set i amb accés lliure a aigua. Osm_o N que no augmenta en administrar ADH.
 - Pot cursar amb altres símptomes hipotalàmics-> hipertèrmia periòdica espontània, augment de somnolència, hiperfàgia, obesitat

Hipernatrèmia

CAUSES DE HIPERNATRÈMIA AMB EUVOLÈMIA

- HIPERNATRÈMIA ESSENCIAL
 - Cursa amb hipernatrèmia i euvolemia
 - Es produeix una alteració del llindar de la set i de la secreció d'ADH en resposta a canvis en l'osmolalitat.
 - Tant l'ADH com la set responen amb normalitat a canvis en el volum circulant efectiu.
 - Pot cursar amb símptomes hipotalàmics

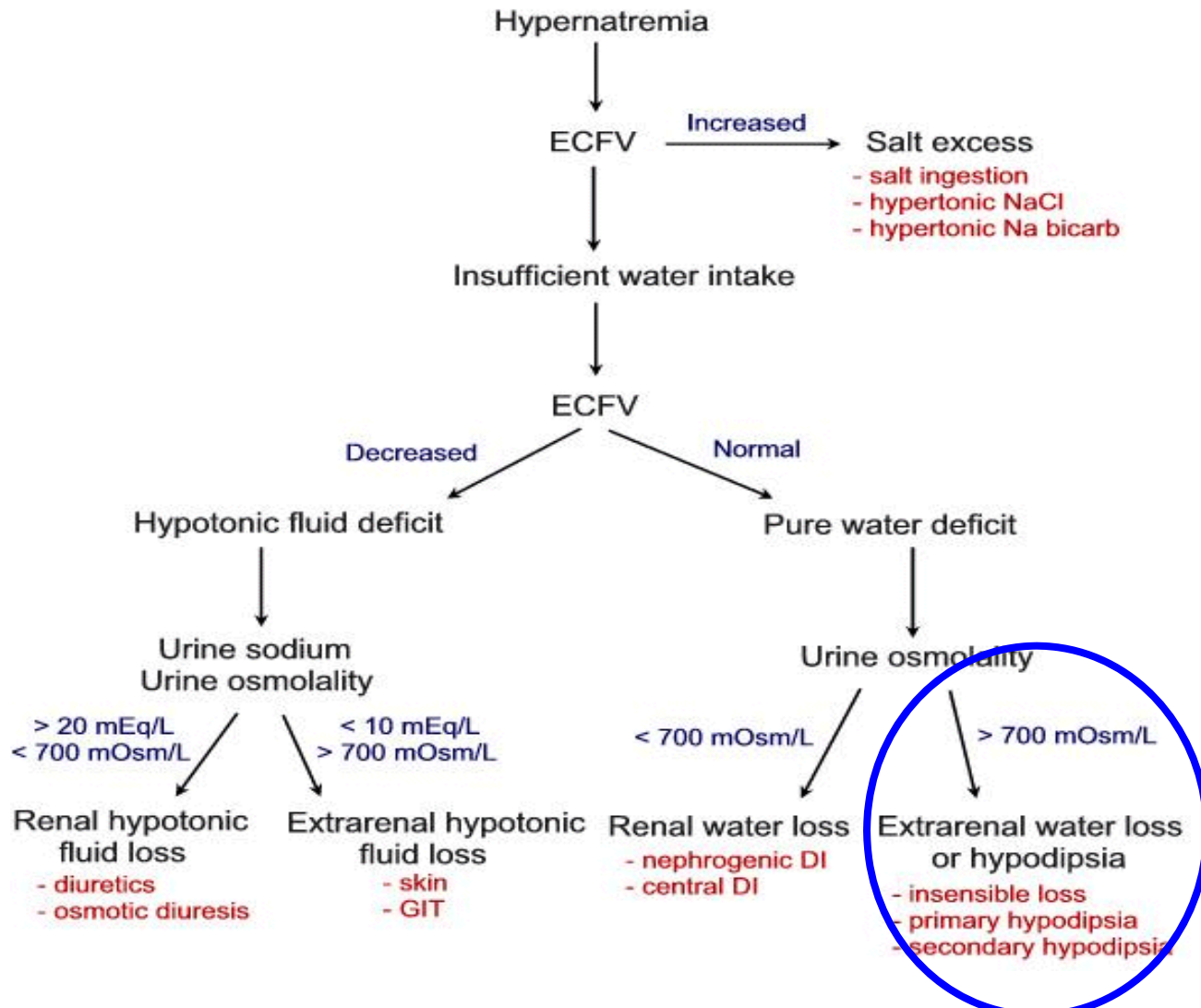
Hipernatrèmia

	<u>Osm_p</u>	<u>Osm_o</u>	<u>ADH</u>	<u>Set</u>
DIC	↑	↓	Alt. OsmoR i BaroR	
HIPODIPSIA PRIMÀRIA	↑/N	↑		Alt. OsmoR
HIPERNa ESSENCIAL	↑	N	Alt. OsmoR	Alt. OsmoR

Hipernatrèmia

	<u>Osm_p</u>	<u>Osm_o</u>	<u>ADH</u>	<u>Set</u>
DIC	↑	↓	Alt. OsmoR i BaroR	
HIPODIPSIA PRIMÀRIA	↑/N	↑		Alt. OsmoR
HIPERNa ESSENCIAL	↑	N	Alt. OsmoR	Alt. OsmoR

Hipernatrèmia



Hipernatrèmia

Per tant, la hipernatrèmia podria ser deguda a:

- Diabetes insípida central parcial + hipodipsia primària
- Hipernatrèmia essencial

Caldria valorar la resposta
a l'administració de desmopressina.

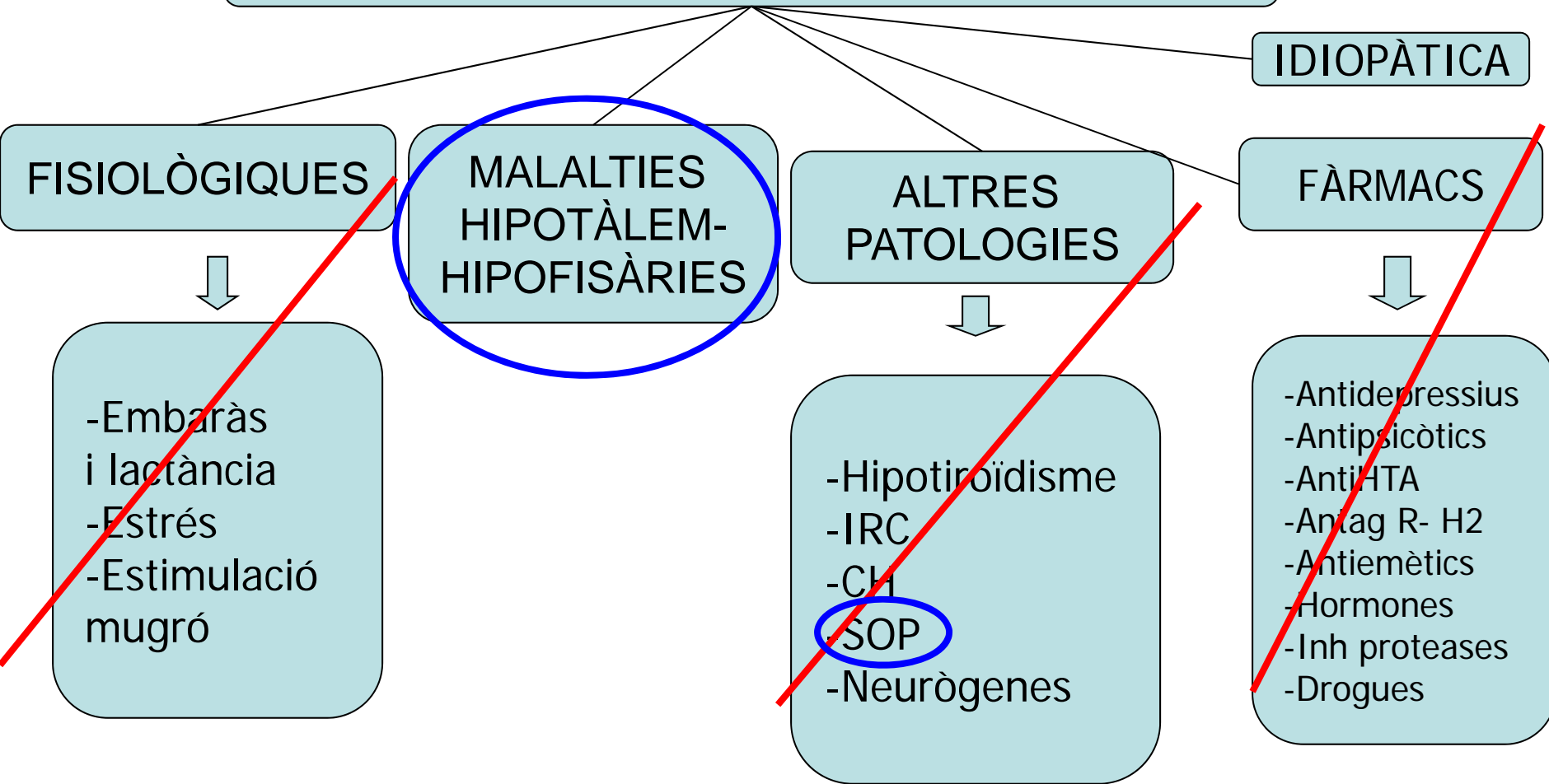
Hiperprolactinèmia

- En la nostra pacient:

- Amenorrea secundària de 3 anys d'evolució
- Galactorrea a l'expressió des de fa 3 anys
 - Prolactina 90.26 ng/mL
 - Macroprolactina negativa

Hiperprolactinèmia

CAUSES D'HIPERPROLACTINÈMIA



Té una síndrome de Cushing?

A FAVOR

Augment de pes

Greix supraclavicular

Etries vermell-
vinoses

Glucosa basal
alterada

Dades no patognomòniques

EN CONTRA

Frena amb 1 mg de DXM



Descarta el diagnòstic?

Té una síndrome de Cushing?

-Test de supressió amb 1 mg de DXM:
Sensibilitat \approx 95%

- FN: \downarrow CBG i albúmina (sd nefròtica, malaltia greu)

- La malbsorció i les alteracions en el metabolisme de la DXM alteren els resultats

- 3-8% de Sd Cushing preserven la resposta a la DXM

- Cap test aïllat és diagnòstic ni descarta la malaltia si la sospita clínica és elevada

Té una síndrome de Cushing?

Per tant caldria repetir un test si la sospita clínica és alta:

Cortisol lliure en 024h

Frenació 1 mg DXM

Frenació de 48h amb 2 mg DXM

Mesura del cortisol en saliva a les 23:00h

Δ 4-androstendiona elevada

- Andrògen d'origen ovàric i suprarenal.
- Possibilitat de SOP?
 - A favor: Amenorrea, obesitat, acantosi
 - En contra: Testosterona normal, $LH < FSH$

Per tant...

- La hipernatrèmia
- La hiperprolactinèmia
- L'

Cal una RMN centrada en hipòfisi

Però tenim una RMN craneal amb contrast normal

Malalties hipotalàmiques

- Neoplàsies:
 - Primàries: Craniofaringeoma, pinealoma, meningioma
 - Metastàsiques: Tumor hipofisari, carcinoma bronquial, carcinoma de mama
- Malalties granulomatoses: sarcoïdosi, histiocitosi X, granuloma eosinòfil
- Vascular: aneurisma artèria comunicant anterior, hemorràgia hipotalàmica, hipòxia
- Miscelània: Hidrocefàlia, quist ventricular, traumatisme, postIQ, infeccions

Malalties hipotalàmiques

3 anys d'evolució



Probablement es tracti d'una malaltia amb afectació hipotalàmica benigna

Altres exploracions complementàries

- RMN centrada en hipòfisi
 - RX de tòrax
 - ECA, PPD