



Vall d'Hebron
Hospital

Diabetes insípida central:

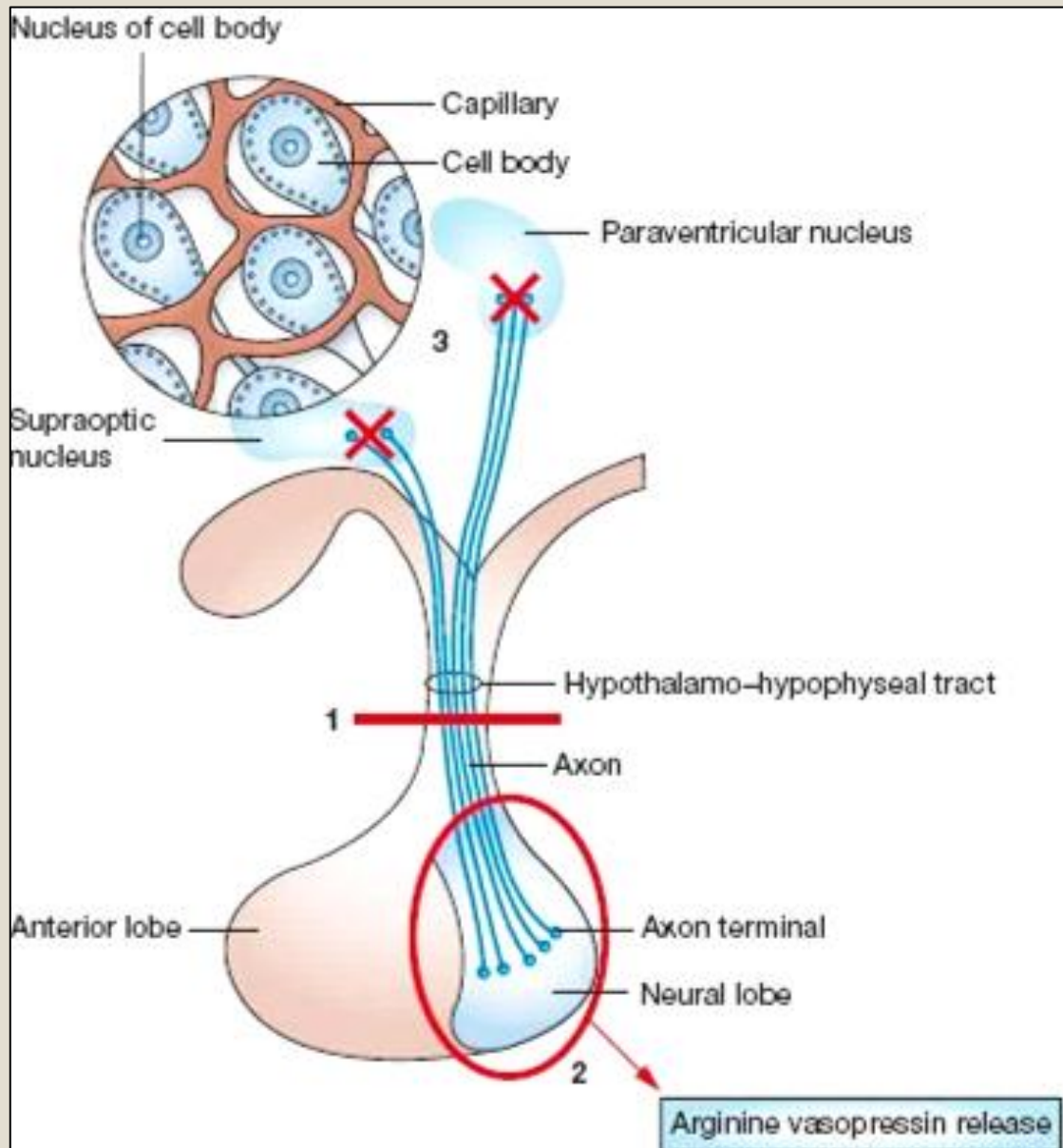
Comparación entre casos de causa tumoral y no tumoral

Eva Sanz Sopera, Irene Hernández Hernández, Anna Casterás, Andreaa Ciudin, Betina Biagetti.

Servicio de Endocrinología y Nutrición

Hospital Vall d' Hebron





Introducción

- **Deficiencia total o parcial** en la secreción de hormona antidiurética (ADH).
- Afectación de los **núcleos supraópticos y paraventriculares del hipotálamo** o del **tracto hipotálamo-hipofisario**.
- **Síntomas cardinales:** poliuria hipotónica y polidipsia con sed intensa.
- Puede tratarse de una enfermedad **hereditaria o adquirida (++)**.
- Diferentes etiologías: **no tumorales y tumorales** (en su mayoría post IQ).

Antecedentes

The New England Journal of Medicine

CENTRAL DIABETES INSIPIDUS IN CHILDREN AND YOUNG ADULTS

MOHAMAD MAGHNIE, M.D., PH.D., GIANLUCA COSI, M.D., EUGENIO GENOVESE, M.D., MARIA LUISA MANCA-BITTI, M.D., AMNON COHEN, M.D., SILVIA ZECCA, M.D., CARMINE TINELLI, M.D., MASSIMO GALLUCCI, M.D., SERGIO BERNASCONI, M.D., BRUNETTO BOSCHERINI, M.D., FRANCESCA SEVERI, M.D., AND MAURIZIO ARICÒ, M.D.

CENTRAL DIABETES INSIPIDUS: CLINICAL CHARACTERISTICS AND LONG-TERM COURSE IN

A LARGE COHORT OF ADULTS

Hiba Masri-Iraqi MD^{1,2}; Dania Hirsch MD^{1,2}; Dana Herzberg MD^{1,2}; Avner Lifshitz MD¹,
Gloria Tsvetov MD^{1,2}, Carlos Benbassat MD^{1,2}, Ilan Shimon MD^{1,2}

Tabla 1. Comparación de cohortes de pacientes con DIC en la literatura.

Referencia	N	Edad al diagnóstico, media (rango)	Seguimiento (años), media (rango)	Casos idiopáticos, n (%)	Casos postquirúrgicos, n (%)	Déficits adenohipófisis, n
Maghnie et al., 2000	79	7 (0.1-24.8)	7.6 (1.6-26.2)	41 (52%)	18 (23%)	48/79 (61%)
Di Lorgi et al., 2012	85	7.5 (1-12.9)	10.1 (4.1-4.3)	43 (51%)	15 (18%)	35/85 (41%)
Masri-Iraqi et al., 2017	70	26 (0.1-79)	10 (0.3-24)	12 (17%)	40 (57%)	51/70 (72,8%)

✓ Objetivos

Describir las diferencias en relación a características epidemiológicas, clínicas y en la evolución a largo plazo entre la **diabetes insípida de origen tumoral (DIT)** y la **diabetes insípida no tumoral (DI-Not)**; en una cohorte de pacientes en nuestro entorno hospitalario.

✓ Material y métodos

Estudio longitudinal retrospectivo, en el que se ha realizado una revisión de las historias clínicas de todos los pacientes con **diagnóstico de DIC**, que estuvieran en seguimiento activo en los últimos 5 años, en el Departamento de Endocrinología del Hospital Vall d' Hebron.



Resultados

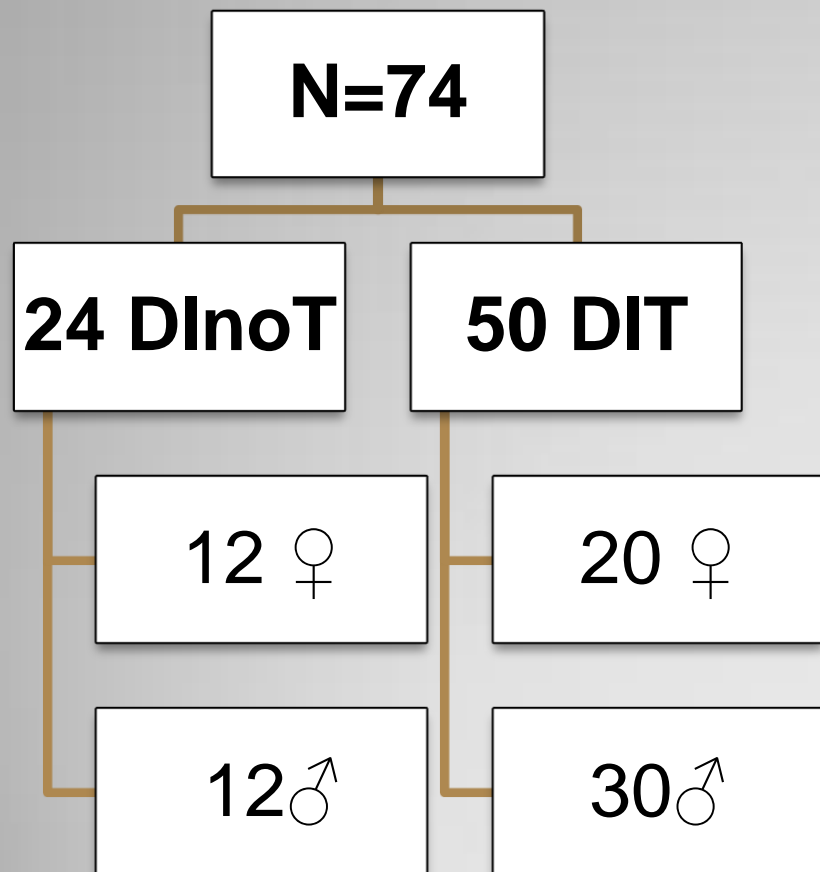
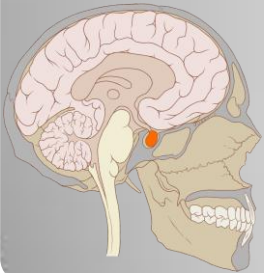
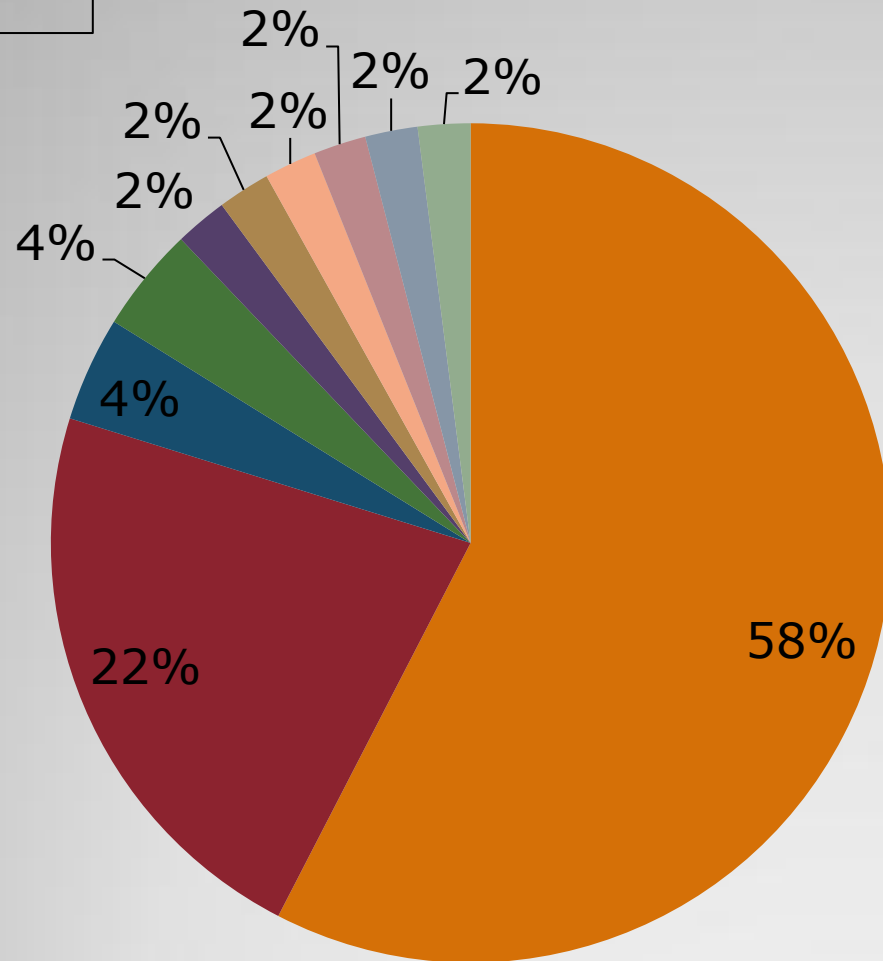


Tabla 1. Características basales de 74 pacientes con DIC.

	DIC-NoT (n=24)	DIC-T (n=50)	p
Edad media a la entrada del estudio, años, (IQR)	47.0 (34.6)	49.1(33.4)	0.62
Género, n % (mujeres)	12 (50.0)	20 (40.0)	0.42
Edad media al diagnóstico, años (IQR)	18.5 (34.0)	36.0 (36.0)	0.02
IMC (kg/m ²)	25.0 (6.1)	28.1(7.6)	0.02
DM tipo 2	0	10 (20)	0.03
HTA	5 (20.8)	13(26.0)	0.78
Tiempo de seguimiento, años (IQR)	21.5 (13.0)	8.0(13.0)	0.10
Pérdida de hiperintensidad RMN n=60	16/18 (88.9)	33/42 (78.6)	0,48
Alt. neuropsiquiátricas, n (%)	6 (33,0)	5(11.0)	0,08

Etiología

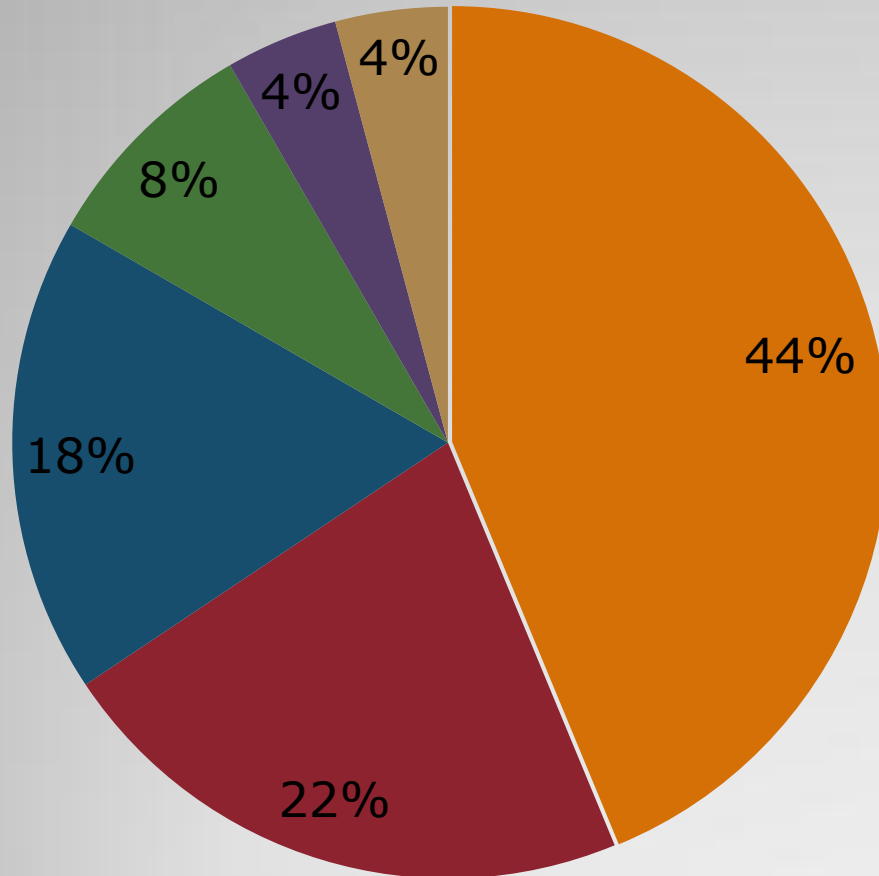


DIC tumorales (n=50)

Postquirúrgicos 44/50 (88%)

- Craneofaringioma: 29
- Macroadenoma no secretor: 11
- Macroadenoma GH: 2
- Macroadenoma ACTH: 2
- Microadenoma GH: 1
- Macroprolactinoma: 1
- Germinoma: 1
- Meningioma supraselar: 1
- Glioma supraselar: 1
- Quiste de la bolsa de Rathke: 1

Etiología

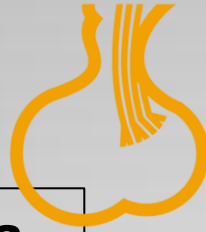


DIC no tumorales (n=24)

- Idiopática: 10
- Enfermedad infiltrativa: 5
- Traumatismo craneoencefálico: 4
- Infundibulohipofisitis: 3
- Congénita: 1
- Origen vascular: 1

Ejes afectados

Afectación de la adenohipófisis



DIC-noT

N=24

6 casos
(25%)

DIC-T

N=50

46 casos
(92%)

post-Qx

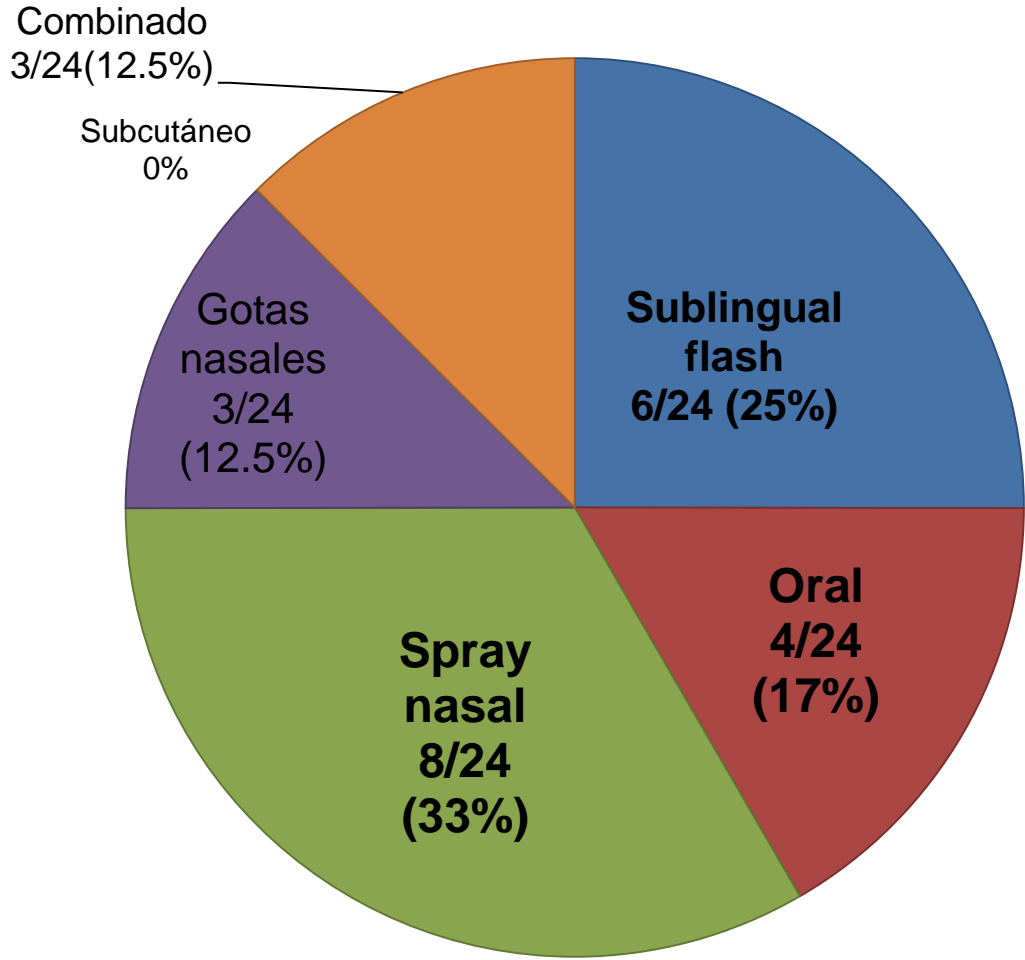
Tabla 2. Afectación de la adenohipófisis en DIC no tumoral.

Afectación adenohipófisis	DIC-NoT (n=24)
Enfermedades infiltrativas (Histiocitosis cel. Langerghans)	2/5 casos (40,0%)
Traumatismo craneocencefálico	2/4 casos (50,0%)
Infundíbulohipofisitis	2/3 casos (66,67%)
DIC idiopática	0/10 (0,0%)
Origen vascular	0/1 (0,0%)
Congénita	0/1 (0,0%)

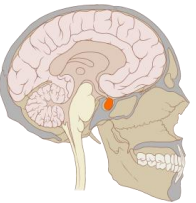
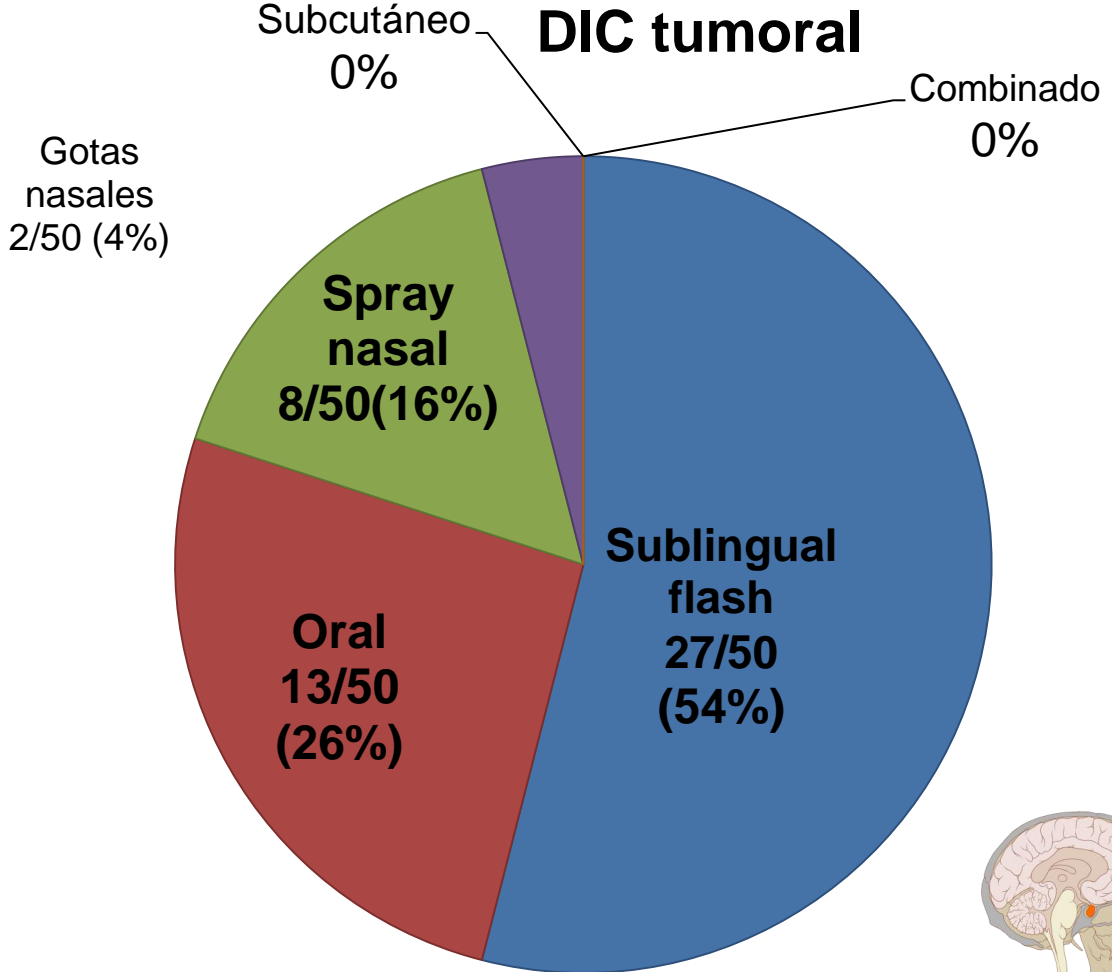
✓ Tratamiento: vías de administración



DIC no tumoral



DIC tumoral



✓ Tratamiento: dosis y efectos adversos

Dosis ajustadas por peso (p=0,891)

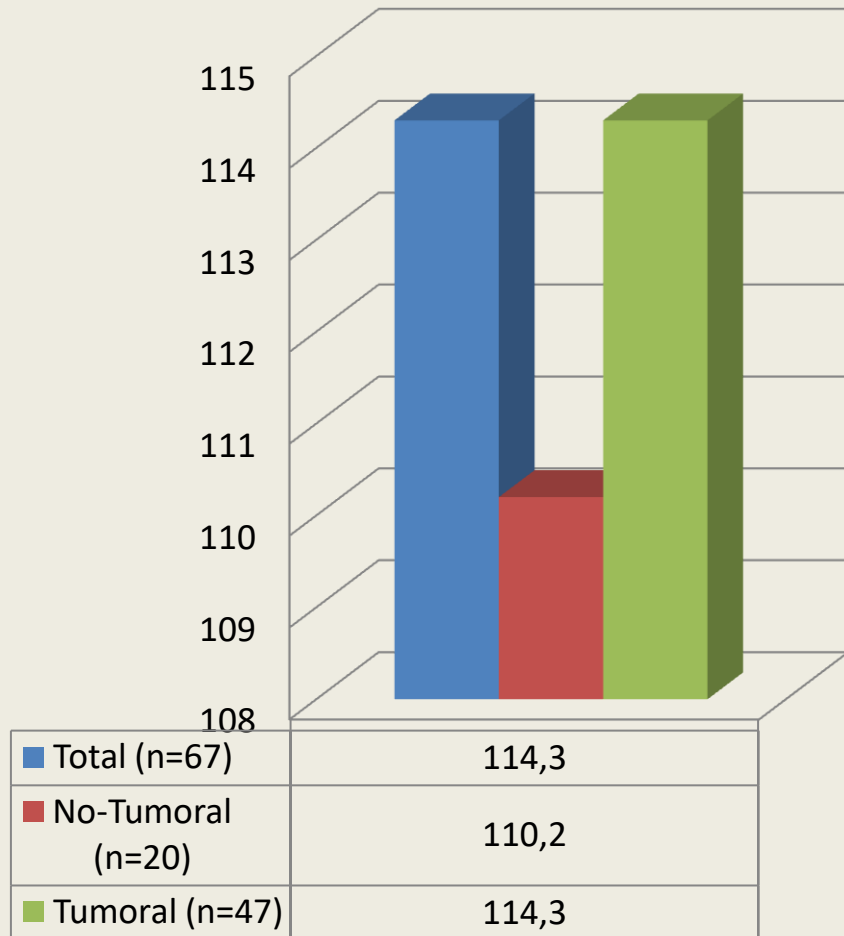
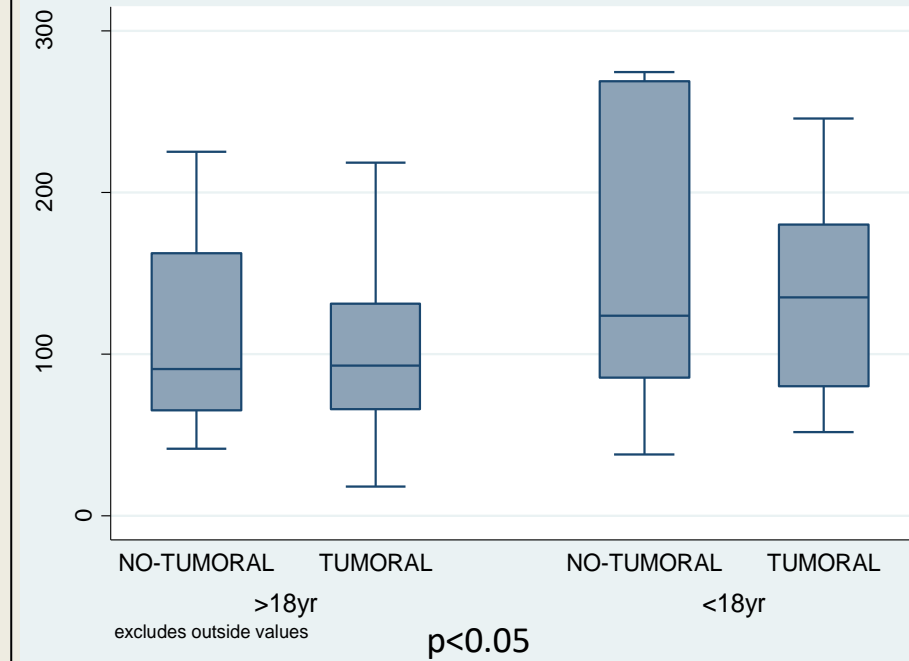


Figura 2. Dosis ajustadas de vasopresina por tipo de DIC y edad al diagnóstico



	Total (n=74) n (%)	DIC-noT (n=24) n (%)	DIC-T (n=50) n (%)	p
Hipernatremia	5 (7.1)	0	5 (10.2)	0.167
Hiponatremia	22 (29.7)	6 (25.0)	16 (32.0)	0.537

Conclusiones

- Pocos estudios en la literatura actual. Datos contradictorios.
- **Causas DIC:** craneofaringioma, macroadenoma no secretor, idiopática, enfermedades infiltrativas.
- Los pacientes con **DIC tumoral** son en su gran mayoría postquirúrgicos.
- Los casos con DIC tumoral presentaban mayor tasa de afectación de la adenohipófisis.
- Los casos idiopáticos no presentan afectación de la adenohipófisis.
- Las dosis ajustadas de vasopresina fueron similares en ambos grupos, siendo mayores en los pacientes diagnosticados en edades pediátricas.
- Tasa baja de efectos adversos al tratamiento.

Limitaciones del estudio: retrospectivo (daño hipotalámico, pruebas de imagen). No registramos de forma activa la existencia de trastornos neurocognitivos.



¡Gracias!

