

HIPERNATREMIA



Nombre: Tamara Llopis Bañón (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Lorea Ruiz Perez (Sección de Endocrino Pediátrica)

Anamnesis, pruebas y datos exploratorios relevantes:

Niño de 2 años y 6 meses que en analítica sanguínea por seguimiento de histiocitosis se detecta

Na: 151mEq/L.

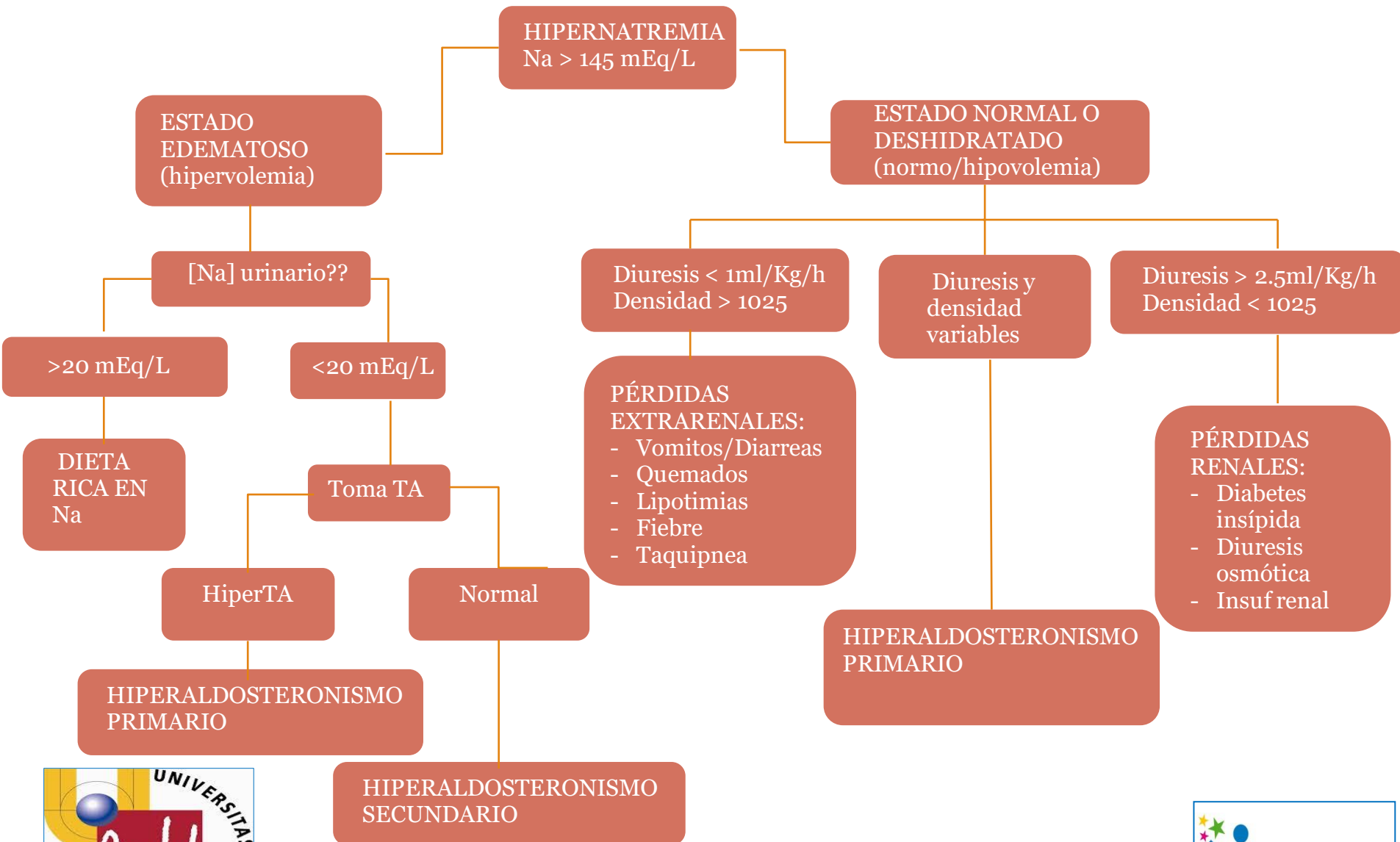
Al rehistoriar a la madre, esta refiere que el niño tiene **poliuria y polidipsia**

Pruebas complementarias

- Osmolaridad urinaria: 150 mOsm/kg
- Osmolaridad plasmática: 400 mOsm/kg
- Orina 24h: 3500 ml/día (14.5 ml/kg/h)
- Densidad urinaria: 985



Diagnóstico diferencial HIPERNATREMIA



Diagnóstico diferencial de POLIURIA

	NORMAL	DIABETES INSIPIDA CENTRAL	DIABETES INSIPIDA NEFROGÉNICA	POLIDIPSIA
Osm plasmática	275-295	Aumentada	Aumentada	Reducida
Osm urinaria	350-500	Reducida	Reducida	Reducida
Osm urinaria tras ADH	>300	> 300 o aumento > 50%	= o aumento < 10%	> 750
Osm urinaria tras restricción hídrica	>750	<300	<300	> 750
ADH plasma	1-5 pg/mL	Disminuida	Normal o aumentada	Disminuida

Tras restricción hídrica → osmolaridad urinaria 150 mOsm/kg (previa de 150 mOsm/kg)

Tras administrar ADH (desmopresina) → osmolaridad urinaria: 530 mOsm/kg (previa de 150 mOsm/kg)



Diagnóstico

HIPERNATREMIA
Na > 145 mEq/L
POLIURIA+POLIDIPSIA
Antecedente de
HISTIOCITOSIS



**ESTADO NORMAL
O DESHIDRATADO**
(normo/hipovolemia)



Diuresis > 2.5ml/Kg/h
Densidad < 1025



**DIABETES
INSÍPIDA
CENTRAL**



Tras
**RESTRICCIÓN
HIDRICA:**
osmolaridad
URINARIA SIN
CAMBIOS
Tras
DESMOPRESINA
: AUMENTO
>50%
osmolaridad
URINARIA.



**DISMINUCIÓN
de la
osmolaridad
URINARIA**
150 mOms/kg y
AUMENTO de la
PLASMÁTICA
400 mOsm/kg

Tratamiento y evolución

- **Tratamiento:** Desmopresina 2,5-30 mcg/día en 1-2 dosis (dosis ascendentes)

¡OJO HIPONATREMIA!

- **Evolución:** Normalización clínica y analítica.
Seguimiento en consulta de Endocrinología Pediátrica

Bibliografía

- *Bergada I. Trastorno de la hipófisis posterior. En: Pombo M. Tratado de Endocrinología Pediátrica. Edit. Mc Graw-Hill, Madrid. 4ª Ed. 2009;28:336-344.*
- *Ros P, Barrio R. Enfermedades endocrinas de la hipófisis posterior. En: Argente J, Carrascosa A, Garcia R, Rodriguez-Hierro F. Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia. Edit. DOYMA Barcelona, 2ª Ed. 2000;12:579-597.*
- *Rey-Galán C, Concha-Torre JA, Medina-Villanueva JA, Menéndez-Cuervo S. Fluidoterapia. Alteraciones electrolíticas. En: López-Herce Cid J, Calvo-Rey C. Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos. Publimed 3ª edición. 2009:411-425.*
- *Garcia-Garcia EJ. Protocolo diagnóstico y terapéutico pediátrico. Diabetes insípida. 2011;1:44-53.*
- *Gonzalez-Gomez JM, Milano-Manso G. Trastornos hidroelectrolíticos. Equilibrio ácido base en pediatría. En: Pediatr. Contin. 2014;12:300-311.*
- *Garcia-Garcia E, López-Siguero JP, Milano-Manso G, Martinez-Valverde A. Etiología de la diabetes insípida central en la edad pediátrica. En: Esp. Pediatr. 1999;51:53-55.*

