

Síndrome poliúria-polidipsia: relato de caso



Rute Daniela Moreno Daniela Rocha,¹ Nuno Rodrigues²

RESUMO

Introdução: O síndrome poliúria-polidipsia é uma entidade rara caracterizada por ingestão excessiva de água e eliminação aumentada de urina. Os sintomas inespecíficos associados tornam-na suscetível de se apresentar inicialmente ao nível dos cuidados de saúde primários, com necessidade de realizar uma história clínica detalhada e pedido de exames complementares de diagnóstico para caracterização das queixas. Uma vez identificada carece de uma gestão multidisciplinar com apoio dos cuidados de saúde secundários.

Descrição do caso: Neste artigo apresenta-se o caso de uma mulher de 44 anos com sintomas de polidipsia e poliúria intensas de início súbito e amenorreia, sintomas comuns e inespecíficos ao nível dos cuidados de saúde primários. Após avaliação clínica e estudo complementar inicial, a utente foi encaminhada para consulta hospitalar de endocrinologia, onde foi diagnosticada com diabetes insípida central devido a uma lesão na região da hipófise. A utente iniciou tratamento com desmopressina e cabergolina com alívio das queixas.

Comentário: O caso ilustra a importância da atuação dos cuidados de saúde primários na gestão de sintomas complexos, na colaboração interdisciplinar e no encaminhamento adequado dos utentes. Esta abordagem eficaz permite um diagnóstico oportuno e tratamento adequado, traduzindo-se em ganhos para a saúde da população.

Palavras-chave: Síndrome polidipsia-poliúria; Diabetes insípida central; Vasopressina.

INTRODUÇÃO

A homeostasia da água é essencial para o bom funcionamento do organismo, sendo regulada principalmente pela hormona vasopressina e pelo mecanismo da sede.¹ Distúrbios neste equilíbrio podem levar ao desenvolvimento do síndrome polidipsia-poliúria – condição caracterizada pela ingestão excessiva de água (mais de três litros/dia) e eliminação aumentada de urina (mais de 50 ml/kg/24h).² O diagnóstico diferencial deste síndrome é crucial para determinar o tratamento adequado,² de forma a evitar complicações como a hiponatremia grave.³ Existem diferentes etiologias, nomeadamente diabetes insípida central, diabetes insípida nefrogénica e polidipsia primária,² sumariamente descritos na Tabela 1.

O diagnóstico é feito na maioria dos casos à custa do teste de privação hídrica com medição da atividade da

vasopressina, embora os resultados nem sempre sejam fáceis de interpretar de forma a estabelecer um diagnóstico inequívoco.¹ Mais recentemente surgiu a copeptina, uma glicoproteína C-terminal de uma molécula precursora da AVP (arginina vasopressina), que funciona como um marcador estável da secreção da AVP e que se tem revelado promissora. Contudo, estes testes são apenas passíveis de ser realizados a nível hospitalar. Ao nível dos cuidados de saúde primários deverão ser inicialmente solicitados hemograma, painel de bioquímica que inclua sódio, potássio, cálcio e glicose, beta-HCG, assim como osmolaridade sérica e urinária.

Neste artigo descreve-se o caso clínico de uma mulher com síndrome polidipsia-poliúria, diagnosticada como diabetes insípida central devido a uma lesão na região da hipófise. A apresentação deste caso pretende incitar a uma reflexão sobre alguns sintomas inespecíficos presentes na consulta do médico de família e que podem estar na base de entidades mais raras, com necessidade de colheita de uma anamnese detalhada, assim como a caracterização das queixas através de

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Tempo de Cuidar, ULS Tâmega e Sousa. Gandra, Portugal.

2. Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar. USF Tempo de Cuidar, ULS Tâmega e Sousa. Gandra, Portugal.


TABELA 1. Características das entidades associadas à síndrome polidipsia-poliúria

Diabetes Insípida Central (DIC)	Diabetes Insípida Nefrogénica (DIN)	Polidipsia Primária (PP)
Secreção insuficiente de AVP	Insensibilidade renal à ação da AVP	Ingestão excessiva de fluidos e consequente supressão fisiológica da AVP
Disrupção anatómica da neuro-hipófise ² (neoformação, iatrogenia, autoimunidade) ⁴ Mutações do gene AVP	Formas congénitas (mutações dos genes AVP V2R, AQP2) Efeitos adversos de fármacos: lítio Distúrbios eletrolíticos: hipercalcemia ²	
<i>Início súbito dos sintomas</i>	<i>Início súbito dos sintomas</i>	<i>Início insidioso dos sintomas</i>
<i>Preferência por bebidas frias</i>	<i>Preferência por bebidas frias</i>	
<i>Ingestão noturna de água</i>	<i>Ingestão noturna de água</i>	
<i>Noctúria</i>	<i>Noctúria</i>	

Legenda: AVP = Arginina vasopressina.

métodos complementares de diagnóstico e referênciação céleres.

DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher de 44 anos sem hábitos toxicológicos, com antecedentes pessoais de cefaleias de tensão, anemia ferropénica em tratamento com ferro em esquema bi-diário e seguimento prévio em consultas de neurologia e psiquiatria devido a queixas mnésicas entretanto resolvidas. A história familiar contempla irmão e tia paterna com hipotireoidismo. São desconhecidos outros antecedentes em familiares diretos.

Foi observada em consulta em outubro/2022, apresentando como queixa principal perturbação do sono com afetação da qualidade de vida e disrupção das atividades diárias. Ao longo da anamnese foram apuradas queixas súbitas de sede intensa e sensação de boca “salgada”, com um desejo específico por água gelada, especialmente durante o período noturno, com dois meses de evolução. Relatou acordar três a quatro vezes durante a noite para urinar e ingerir água. Além disso, mencionou amenorreia com quatro meses de evolução. Na colheita da anamnese foram descartados sintomas gastroenterológicos e otorrinolaringológicos. A utente relatou ainda ter sido informada, em consulta de oftalmologia, sobre uma eventual xeroftalmia que, à

data, não considerou relevante. Durante a consulta foi apurada uma glicemia capilar ocasional, que apresentou resultado de 92 mg/dL, descartando uma possível diabetes *mellitus* inaugural. Devido à persistência dos sintomas foram solicitados exames laboratoriais séricos e urinários, que revelaram aumento dos níveis de prolactina, elevação do volume total de urina de 24 horas e osmolaridade urinária diminuída – resultados e valores de referência figuram na Tabela 2. Os demais exames foram normais. Foi mantido um contacto bidirecional regular entre a utente e o médico de família através de consultas presenciais e contactos por via telefónica e *email*, permitindo uma celeridade na avaliação dos exames propostos e melhor caracterização dos sintomas.

TABELA 2. Exames laboratoriais solicitados na abordagem inicial do caso e respetivos valores de referência

Exame laboratorial	Valor aferido	Valores de referência
Sódio sérico (Na ⁺)	141 mEq/L	135-146 mEq/L
Prolactina	55,2 ng/mL	<29,2 ng/mL
Urina 24 horas	6,56 litros	<3 litros
Osmolaridade urinária	119 mOsm/Kg	300-900 mOsm/Kg

Nota: Na presente tabela apenas são apresentados parâmetros relevantes ou alterados no contexto do caso descrito.



Em novembro/2022, a paciente referiu agravamento da cefaleia habitual nas últimas três semanas. Após exame neurológico sumário, que se revelou normal, solicitou-se uma tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE), que evidenciou uma lesão ovoide isodensa na cisterna supracelular, próxima à haste hipofisária e ao quiasma óptico, requerendo uma melhor caracterização por ressonância magnética da hipófise. Com base nos resultados, a paciente foi encaminhada para consulta hospitalar de endocrinologia, onde foi diagnosticada diabetes insípida central em provável relação com a lesão descrita. Iniciou tratamento com desmopressina 0,06 mg bidário, entretanto titulado para uma vez por dia por noção de efeitos laterais associados (edemas e astenia), com indicação de ingestão obrigatória de um litro de água por dia. A paciente referiu alívio sintomático dos sintomas de poliúria/polidipsia. Foi também medicada com cabergolina 0,5 mg semanal.

CONCLUSÃO

O síndrome poliúria-polidipsia caracteriza-se pela ingestão excessiva de água e eliminação aumentada de urina. O diagnóstico diferencial é essencial para identificar a etiologia subjacente e fornecer o tratamento adequado.² No caso apresentado foi diagnosticada diabetes insípida central devido a uma lesão na região da hipófise, resultando na secreção insuficiente de vasopressina. O tratamento com desmopressina, um análogo sintético da vasopressina, e cabergolina, um agonista dopaminérgico, proporcionou alívio sintomático à utente. É importante ressaltar que a diabetes insípida central requer um diagnóstico e tratamento específicos, uma vez que outras etiologias, como a diabetes insípida nefrogénica e a polidipsia primária, têm abordagens terapêuticas diferentes. Neste caso, o surgimento de queixas de cefaleia em contactos posteriores, aliado aos valores de prolactina, levou à solicitação precoce de TC-CE que teve um papel crucial no diagnóstico e encaminhamento adequados da utente.

Os cuidados de saúde primários desempenham um papel fundamental na gestão de sintomas comuns e inespecíficos, sendo responsáveis por identificar possíveis diagnósticos diferenciais e encaminhar os pacientes para especialidades hospitalares, quando necessário. Também essenciais nesta atuação posicionam-se a estreita relação médico-paciente e a acessibilidade aos cuidados. No caso

descrito, estas características permitiram a pronta identificação e diagnóstico de diabetes insípida através de teleconsultas e comunicação por *email*, sendo possível obter informações adicionais e realizar uma avaliação seriada mais aprofundada e abrangente, facilitando a celeridade no início do tratamento. Bem posicionados para lidar com uma ampla gama de queixas e sintomas, os médicos de família têm o conhecimento necessário para realizar uma avaliação inicial diversificada. Além disso, a relação médico-doente estabelecida neste nível de cuidados permite uma comunicação eficaz e uma compreensão mais profunda das queixas e preocupações dos utentes e gestão da doença, comorbilidades e incapacidades ao longo da sua evolução.

É ainda importante realçar a importância da colaboração interdisciplinar e da referenciação aos cuidados de saúde secundários quando os diagnósticos mais comuns são descartados ou são necessários exames complementares adicionais. Esta abordagem colaborativa garante que os utentes recebem a gestão da doença e o tratamento mais adequados à situação.

Em suma, a atuação dos cuidados de saúde primários foi fundamental na identificação e diagnóstico atempado da diabetes insípida apresentada no presente caso clínico. A gestão de sintomas inespecíficos e de vários sistemas de órgãos, a comunicação eficaz e a colaboração interdisciplinar são aspetos essenciais desta atuação, garantindo uma prestação de cuidados de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedrosa W, Drummond JB, Soares BS, Ribeiro-Oliveira A Jr. A combined outpatient and inpatient overnight water deprivation test is effective and safe in diagnosing patients with polyuria-polydipsia syndrome. *Endocr Pract.* 2018;24(11):963-72.
2. Refardt J. Diagnosis and differential diagnosis of diabetes insipidus: update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2020;34(5):101398.
3. Timper K, Fenske W, Kühn F, Frech N, Arici B, Rutishauser J, et al. Diagnostic accuracy of copeptin in the differential diagnosis of the polyuria-polydipsia syndrome: a prospective multicenter study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100(6):2268-74.
4. Verbalis JG. Acquired forms of central diabetes insipidus: mechanisms of disease. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2020;34(5):101449.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, RR e NR; metodologia, RR e NR; investigação, RR e NR; recursos, RR e NR; curadoria de dados, RR e NR; redação do *draft* original, RR; revisão, validação e edição do texto final, RR e NR; visualização, RR;



supervisão, NR; administração do projeto, RR. Todos os autores leram e concordaram com a versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesses.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido qualquer financiamento.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rute Daniela Moreno Daniela Rocha

E-mail: rutedmrocha@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-5155-7944>

Recebido em 26-06-2023

Aceite para publicação em 23-02-2025

ABSTRACT

POLYURIA-POLYDIPSIA SYNDROME: A CASE REPORT

Introduction: Polyuria-polydipsia syndrome is a rare entity characterized by excessive water intake and increased urine elimination. The associated nonspecific symptoms make it likely to be initially presented at the primary health care level, with the need for a detailed clinical history and requests for complementary diagnostic tests to characterize these complaints. Once identified, it requires multidisciplinary management with support from secondary health care.

Case description: In this article, we present the case of a 44-year-old woman with symptoms of sudden onset, intense polydipsia, polyuria, and amenorrhea, common and non-specific symptoms at the primary health care level. After the initial clinical evaluation and complementary studies, the patient was referred to an endocrinology hospital, where she was diagnosed with central diabetes insipidus due to a lesion in the pituitary gland. The patient was started on desmopressin and cabergoline with relief of complaints.

Commentary: The case illustrates the importance of primary health care in managing complex symptoms, interdisciplinary collaboration, and appropriate referral of patients. This effective approach allows timely diagnosis and proper treatment, translating into gains for the population's health.

Keywords: Polyuria-polydipsia syndrome; Central insipid diabetes; Vasopressin.
