

# Síntomas de alarma en Urgencias. Polidipsia y cefalea.

Fuentes Redondo T, Hoyos Leyva C, Sánchez Sánchez G, Aquino Oliva E, Crespo Rupérez E.  
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

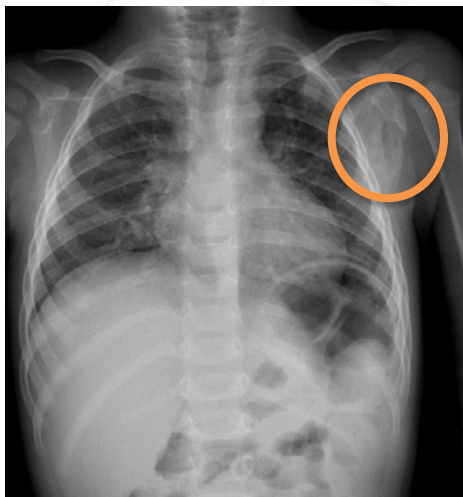
## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico diferencial de polidipsia en Pediatría incluye el debut diabético, la polidipsia primaria y la diabetes insípida, patologías importantes por las alteraciones hidroelectrolíticas que conllevan.

## CASO CLÍNICO

Niño de 2 años que acude a Urgencias por tercera vez por irritabilidad y llanto inconsolable debido a una intensa sed, de predominio vespertino, le despierta por las noches, rechaza la alimentación. Ocasionalmente, se golpea la cabeza con las manos y llora. No pérdida de peso ni poliuria. TA y glucemias previas normales. Visto en Endocrinología Pediátrica con test de sed no concluyente.

Exploración: TA y glucemia normales. TEP estable. Afebril. Exploración física normal, incluida neurológica. El llanto cesa cuando se le ofrece agua. Analítica de sangre con iones y osmolaridad en rango. En orina, osmolalidad baja con iones normales, no glucosuria.



RMN craneal: *masa en región temporal con infiltración dural y de tallo hipofisario compatible con histiocitosis de células de Langerhans, causante de una diabetes insípida central. Serie ósea con lesiones líticas en escápula y calota occipital izquierdas. Se inicia quimioterapia según protocolo LCH IV , actualmente en remisión completa.*

## CONCLUSIONES

Es prioritario descartar el debut diabético ante una polidipsia ya que su tratamiento es una urgencia médica. La histiocitosis de células de Langerhans es la causa orgánica más frecuente de diabetes insípida central en Pediatría, en este caso, la cefalea fue el síntoma de alarma que nos puso sobre la pista del diagnóstico final.