

## **DUE CASI DI DIABETE INSIPIDO PARZIALE DI INCERTA EZIOLOGIA IN SOGGETTI ANZIANI DI SESSO MASCHILE**

**E. Castellano** – M. Pellegrino, C. Baffoni, L. Gianotti, G. Borretta

S.C. Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo A.S.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo

### Introduzione

Il diabete insipido (DI) centrale è caratterizzato da un deficit di secrezione di ormone antidiuretico (ADH) che provoca poliuria ipotonica. L'eziologia del diabete insipido centrale può essere idiopatica, tumorale (più frequentemente craniofaringioma o germinoma prima dei 30 anni, metastasi dopo), post-chirurgica, post-traumatica, infettiva, autoimmune o granulomatosa o dovuta a istiocitosi o a una malattia metabolica da accumulo. Riportiamo due casi di DI parziale di eziologia non chiara insorto in pazienti anziani.

### Descrizione del caso

1° caso: paziente di 70 anni, giunto alla nostra attenzione per comparsa di polidipsia circa 5 l/die. Non precedenti di rilievo salvo per ipertensione in buon controllo con calcio antagonista. Riferiva 2 anni prima un incidente sugli sci con trauma cranico di lieve entità (indossava il casco). Al test della sete si rilevava un modesto incremento di osmolalità plasmatica (da 299 a 305 mOsm/KgH<sub>2</sub>O) e urinaria (da 104 a 242 mOsm/KgH<sub>2</sub>O), senza incremento del peso specifico urinario (<1005); dopo 1 mcg di desmopressina, netta contrazione della diuresi notturna e peso specifico >1005. Funzione anteipofisaria conservata. Alla RMN è stata riscontrata una irregolarità del dorsum sellae, senza apprezzabile segnale della neuroipofisi; l'ipofisi anteriore appariva globosa e disomogenea anche dopo mdc. La successiva TC ha evidenziato in tale sede interruzione della corticale ossea con presenza di tessuto ipodenso, soffice privo di caratteristiche specifiche; a comportamento non evolutivo nei successivi controlli eseguiti (TC dopo 1 e 3 mesi); PET-FDG negativa. Test sierologici ed immunologici negativi per malattie autoimmune o granulomatosa. Il consulente neurologo ha posto indicazione a proseguimento del follow-up radiologico per lesione sellare di incerta eziologia.

2° caso: uomo di 72 anni valutato per comparsa di poliuria e polidipsia (4-5 l/die). In anamnesi non erano segnalati traumi cranici neanche di lieve entità, era nota una variante anatomica del circolo di Willis. Al test dell'assetamento non si è modificata la osmolalità plasmatica (297 mOsm/KgH<sub>2</sub>O), mentre non è variata quella urinaria (285 mOsm/KgH<sub>2</sub>O), il peso specifico urinario è rimasto 1,007. Funzione ante ipofisaria conservata. Alla RMN si segnalava una minima estroflexione della cisterna chiasmatica, suggestiva per cisti aracnoidea sovra sellare, senza deviazione/compressione del peduncolo ipofisario e del parenchima ipofisario che presentava normale segnale della neuroipofisi. Tale reperto è rimasto immutato al successivo controllo RMN.

Entrambi i pazienti hanno beneficiato della somministrazione di desmopressina 60 mg/die.

### Conclusioni

In conclusione presentiamo due casi di diabete insipido centrale parziale, insorti in uomini anziani, in assenza di elementi anamnestici tipici e di precisa definizione radiologica del danno ipotalamo-ipofisario.