

Puntualizaciones sobre el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética por cáncer de próstata

Clarifications on the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone produced by prostate cancer

Sr. Editor:

Hemos leído el trabajo de Pérez-Llantada Amunarriz et al¹, en el que describen el caso de un varón con síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH), que atribuyen a un carcinoma de próstata. En una parte del texto, los autores refieren que el paciente seguía tratamiento con metformina, glibenclamida, rosiglitazona, verapamilo, losartán, nitritos dérmicos, omeprazol y bicalutamida, y, al tiempo, afirman que ninguno de los fármacos se ha relacionado con el desarrollo de SIADH.

El SIADH es la causa más habitual de hiponatremia², y su etiología es muy heterogénea. Destacan, por su relevancia, los tumores, especialmente el carcinoma pulmonar de células pequeñas, los fármacos –según autores, la causa más frecuente³– y las infecciones. Aunque la mayoría de las sustancias que provocan SIADH lo hacen de manera excepcional, la lista de fármacos implicados –algunos de ellos de uso corriente– ha ido en progresivo aumento⁴. Pues bien, tanto la metformina⁵, como el omeprazol⁶⁻⁹ y la rosiglitazona¹⁰ son causas descritas de SIADH, bien cierto que con carácter excepcional.

Lo anterior no invalida necesariamente, según señalan los autores, la atribución causal de la hiponatremia al cáncer de próstata, máxime sin conocer la evolución del proceso ni la historia farmacológica posterior y su relación con la natremia.

Con independencia de la causa en el presente caso, nos parece más importante insistir en la frecuencia –cada vez mayor– del SIADH debido a fármacos; y en el hecho de que la historia clínica, la exploración física y sencillos datos de laboratorio, habitualmente al alcance de cualquier nivel

asistencial, suelen resultar suficientes para un diagnóstico y tratamiento correctos.

Bibliografía

1. Pérez-Llantada Amunarriz E, Acha Salazar O, Tejido García R. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética y cáncer de próstata: una asociación muy infrecuente. *Rev Clin Esp.* 2010;210:200–1.
2. Catalá Bauset M, Gilsanz Peral A, Tortosa Henzi F, Zugasti Murillo A, Moreno Esteban B, Halperin Ravinovich I, et al. Guía clínica del diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la neurohipófisis. *Endocrinol Nutr.* 2007;54:23–33.
3. Adrogué HJ, Madias NE. Hyponatremia. *N Engl J Med.* 2000;342:1581–9.
4. Liamis G, Milionis H, Elisaf M. A review of drug-induced hyponatremia. *Am J Kidney Dis.* 2008;52:144–53.
5. Gin H, Lars I, Beauvieux JM, Morlat P, Aubertin J. Hyponatremia induced by biguanides. Case report. *Presse Med.* 1988;17:591.
6. Durst RY, Pipek R, Levy Y. Hyponatremia caused by omeprazole treatment. *Am J Med.* 1994;97:400–1.
7. Béchade D, Algayres JP, Henrionnet A, Texier F, Bili H, Coutant G, et al. Secondary hyponatremia caused by omeprazole treatment. *Gastroenterol Clin Biol.* 2000;24:684–5.
8. Brewster UC, Perazella MA. Proton pump inhibitors and the kidney: Critical review. *Clin Nephrol.* 2007;68:65–72.
9. Shiba S, Sugiura K, Ebata A, Kagaya T, Tomori G, Marumo F, et al. Hyponatremia with consciousness disturbance caused by omeprazole administration. A case report and literature review. *Dig Dis Sci.* 1996;41:1615–7.
10. Berker D, Aydin Y, Arduç A, Ustün I, Ergün B, Guler S. Severe hyponatremia due to rosiglitazone use in an elderly woman with diabetes mellitus: a rare cause of syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion. *Endocr Pract.* 2008;14:1017–9.

S. Franco Hidalgo^{a,*}, J.M. Prieto de Paula^b y J. Palomino Doza^b

^aServicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Palencia, Palencia, España

^bServicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silvi26pras@hotmail.com (S. Franco Hidalgo).

doi:10.1016/j.rce.2010.06.002

Acontecimientos adversos por medicamentos en medicina interna

Adverse drug events in internal medicine

Sr. Director:

En el trabajo de Zapatero et al¹ se utiliza la información facilitada por el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) para analizar los acontecimientos adversos causados por medicamentos (AAM) en pacientes ingresados en medicina

interna. Coincidimos con los autores en que la seguridad de los pacientes es un tema prioritario, en que los fármacos originan más de la mitad de los efectos adversos asociados a la asistencia sanitaria en servicios médicos, y que más de un tercio son prevenibles². Desde el punto de vista metodológico, el análisis de la evitabilidad de los AAM con la clasificación de Schumock y Thornton modificada por Otero et al³ pudiera haber permitido optimizar la valoración de la prevenibilidad de los mismos.

El uso del CMBD es útil, solo como fuente de información complementaria sobre el impacto de la yatrogenia medicamentosa en el ámbito hospitalario, ya que precisa de la mención explícita del AAM en el informe de alta y de una