



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/71 - DE LA CONFUSIÓN A LA CONVULSIÓN

M. Pinilla de Torre¹, M. Pinilla de Torre², S. Álvarez López³, J. Monsalve de Torre⁴

¹Residente de 4º año. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso II. Alcázar de San Juan, ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años, en estudio por posible cáncer de pulmón por masa apical en tórax izquierdo objetivada en radiografía, acudió a su médico de atención primaria por náuseas y estado de confusión. Ante sospecha de hiponatremia sintomática, se derivó al hospital. En la sala de espera sufrió crisis convulsiva que cedió con benzodiacepinas, objetivándose hiponatremia grave de 113 mEq siendo diagnosticada de secreción inadecuada de hormona anti-diurética (SIADH). Al no disponer de diagnóstico definitivo de malignidad, y repetirse nuevas crisis convulsivas con bajo nivel de conciencia tras ellas, se avisó a Unidad de Cuidados Intensivos, donde ingresó con necesidad de ventilación mecánica invasiva, tratamiento anticonvulsivante y suero hipertónico hasta corrección de cifras de sodio. Tras mejoría, ingresó en planta de medicina interna donde fue diagnosticada de cáncer de pulmón microcítico recibiendo tratamiento con quimioterapia mejorando su SIADH y siendo dada de alta con seguimiento por su Médico de Atención Primaria y Oncología.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, Glasgow 5/15. Tonos rítmicos a 110 lpm con hipoventilación apical en hemitórax izquierdo. TAC de cráneo: normal. Sodio sérico: 113 mEq/l. Potasio sérico: 4 mEq. Sodio urinario: 112 mEq/l. Potasio urinario: 68 mEq/l. Osmolaridad plasmática: 235,5 mOsm/kg. Osmolaridad urinaria: 557 mOsm/kg.

Juicio clínico: Cáncer de pulmón microcítico, SIADH.

Diagnóstico diferencial: Diuréticos tiazídicos, hipotiroidismo, insuficiencia adrenal, SIADH, enfermedades del sistema nervioso, afecciones pulmonares, infecciones.

Comentario final: Ante hiponatremia grave se debe avisar a UCI para optimizar tratamiento con control gasométrico frecuente. Aunque la malignidad es causa infrecuente de hiponatremia aguda sintomática no debemos olvidarnos que puede ser una posible causa. La sospecha de SIADH secundario a cáncer de pulmón era alta dada la presencia de masa apical en hemitórax izquierdo, pero al no disponer de un diagnóstico de confirmación mediante anatomía patológica, así como de un diagnóstico de extensión para saber pronóstico, este paciente era candidato a ingresar en UCI para tratamiento y corrección de hiponatremia.

Bibliografía

Management of stage I and stage II non-small cell lung cancer. UpToDate, 2018.

