



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/52 - MAREO INESPECÍFICO. TRASTORNOS HIDROELECTROLÍTICOS A ESTUDIO

S. López Santos¹, A. Valdor Cerro², M. Esles Bolado², O. Casanueva Soler³, R. Maye Soroa¹, M. Alonso Santiago⁵, M. Cobo Rossell⁴, P. López Alonso Abaitua¹, L. Rodríguez Vélez⁵, L. Salag Rubio¹

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Cantabria. Torrelavega. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Torrelavega. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Torrelavega. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Puertochico. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 83 años que acude al servicio de Urgencias por mareo de 3 días de evolución. Lo define como sensación de inestabilidad sin giro de los objetos a su alrededor. No pérdida del conocimiento en ningún momento. No episodios previos semejantes. No fiebre ni ninguna otra sintomatología. No cefalea. Durante el interrogatorio, refiere únicamente refuerzo del tratamiento para la TA, pero no sabe especificar el medicamento. AP: independiente para ABVD. Vive con su marido. Exfumadora desde hace > 10 años. HTA. Dislipemia. No DMII. EPOC tipo bronquitis crónica. PFR: FEV1 79%, FVC 80%, IT 69%. Última reagudización en febrero 2017 que no precisó ingreso hospitalario. Tratamiento: valsartán + hidroclorotiazida 80/12,5 mg (ha introducido su MAP hidroclorotiazida hace una semana por mal control de la TA), atorvastatina 20 mg, omeprazol 20 mg, gabapentina 300 mg, lorazepam 1 mg.

Exploración y pruebas complementarias: FIS conservadas. Consciente y orientada × 3. Eupneica en reposo. Normocoloración cutánea y de mucosas. Buena hidratación. Cabeza y cuello: PVy normal. No se palpan adenopatías. Tiroides normal. Tórax: AC rítmica, sin soplos. AP buena ventilación bilateral, no se auscultan ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, sin dolor a la palpación. No se palpan megalias. RHA presentes. EEII sin signos de TVP, no edemas. Pulsos presentes. Exploración NRL: PICNR. Pares craneales normales. No nistagmo. No rigidez de nuca. Fuerza y sensibilidad conservada. No claudicación en Barré y Mingazzini. Romberg negativo. Lenguaje fluido y coherente. Marcha y coordinación normal. Hemograma: normal. Bioquímica: creatinina 0,8. FGe 87. Na 122. K 4,5. TSH y cortisol normal. Resto normal. TAC craneal: sin hallazgos de significación patológica.

Juicio clínico: Hiponatremia. Se decide ingreso hospitalario para estudio y tratamiento. Se retira hidroclorotiazida como probable causa del cuadro. Restricción hídrica + SSF 500 ml/12h. Na 133 en 3 días. Se concluye causa medicamentosa como origen de la hiponatremia sintomática.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de las hiponatremias se simplifica mucho contestando a tres sencillas cuestiones: ¿la hiponatremia es real?, ¿la dilución de la orina es la máxima posible? ¿cómo está el volumen extracelular? Ante una hiponatremia debe confirmarse que se trata de una situación hiposmolal. Es el caso de la hiperlipemia o hiperproteinemia, en las que hay una mayor proporción relativa de volumen plasmático, o si se añaden al espacio extracelular solutos que aumentarán la osmolaridad, como en la hiperglucemia, facilitando el paso de agua del espacio intracelular al extracelular con el consiguiente

descenso dilucional del sodio. Una vez confirmada la hiponatremia hiposmolar, la estimación clínica del volumen extracelular junto con la determinación de los iones en orina permite una aproximación etiológica. Se distinguen así tres grupos de hiponatremia: hiponatremia hipervolémica, normovolémica e hipovolémica.

Comentario final: Los trastornos hidroelectrolíticos tras la toma de diuréticos son importantes y hay que tenerlo en cuenta y conocer su sintomatología si acude un paciente anciano con clínica inespecífica al servicio de Urgencias. Es más, 3 meses después de introducir un diurético se debería realizar control analítico y valorar función renal.

Bibliografía

Alcázara R, et al. Fisiopatología de las hiponatremias. Diagnóstico diferencial. 2011;2(6).

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.