



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

387/55 - ¡CUIDADO CON LOS LAXANTES!

M. Alonso Santiago¹, P. López Alonso Abaitua², O. Casanueva Soler¹, R. Correa Gutiérrez¹, M. Cobo Rossell³, L. Salag Rubio¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cabezón de la Sal. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años acude a Consulta de Atención Primaria de manera urgente por malestar general y sensación de embotamiento de cabeza. Según refiere, el día anterior había sido sometida a una Colonoscopia bajo sedación y desde la misma, comenzó a sentir cefalea, lentitud mental a la hora de pensar y cierta inestabilidad. Comenta que esa misma noche, debido al mareo, había sufrido una caída con TCE. Su familia añade que la perciben distinta, que se le olvidan las cosas y que su manera de hablar y comportarse no es la suya habitual. Como antecedentes, destacar HTA e hipopotasemia en tratamiento con enalapril y sales de potasio respectivamente.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física, fue anodina. Auscultación cardiopulmonar normal y en la exploración neurológica, el médico de Atención Primaria, no encontró focalidad. Realizó a la paciente un electrocardiograma que reveló ritmo sinusal a 69 latidos por minuto con PR normal y sin alteraciones en la repolarización. Al no encontrar etiología aparente para los síntomas descritos, derivó a la paciente al Servicio de Urgencias para la realización de pruebas complementarias más específicas. En el Servicio de Urgencias, se realizó analítica a la paciente cuyo hemograma fue normal. Sin embargo, en la bioquímica destacaron valores de sodio y potasio alterados: sodio 121 mEq/l y potasio 2,6 mEq/l. Asimismo, se solicitó un TAC craneal para descartar patología cerebral y por el antecedente de TCE previo que no objetivó lesiones orgánicas salvo discreta atrofia cortical.

Juicio clínico: Síndrome confusional agudo en contexto de hiponatremia secundaria a laxante.

Diagnóstico diferencial: Procesos infecciosos, ictus, tumor cerebral, tce, alteraciones metabólicas/electrolíticas.

Comentario final: El síndrome confusional agudo se caracteriza por disturbios de la atención, memoria, orientación, percepción, actividad psicomotora y sueño. Tiene como característica relevante ser de comienzo agudo y puede estar en relación a múltiples y muy diversas causas. Escogí este caso porque la etiología del cuadro de la paciente, resultó ser para mí, la más insospechada, si bien luego en el contexto y razonándolo, era la más probable. A la paciente se le había realizado una colonoscopia el día anterior y para ello, había tenido que ingerir laxante osmótico, lo cual le había provocado una hiponatremia moderada, que, a su vez, le había ocasionado los síntomas descritos. Por otro lado, la paciente habría sufrido un TCE, que también podría haber explicado la clínica. Asimismo, también era importante descartar patología orgánica cerebral o infecciosa a distintos niveles. Por ello consideré un caso clave que recoge en sí mismo las posibles causas del síndrome confusional agudo de manera gráfica y práctica para integrarlas y no olvidarlas. Volviendo al caso

y para finalizar, tras el diagnóstico, se dejó a la paciente pasar unas horas en Urgencias para recibir sueroterapia intensa y llevar a cabo reposición electrolítica. Se repitió analítica tras esto que reveló sodio de 132 mEq/l y potasio 2,9 mEq/l, encontrándose la paciente asintomática.

Bibliografía

Fall PJ. Hyponatremia and hypernatremia: a systematic approach to causes and their correction. Postgrad Med. 2000;107:75-82.