Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1198

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1986 - ¡Cuidado con el sodio!

C. de Manueles Astudillo[a], I. Riera Carlos[b], M.Á. Paule Sánchez[c], A. Pérez Santamaría[a], C. Montero Sánchez[d], N. Diego Mangas[a], Á. Morán Bayón[a], Á.F. Viola Candela[e], C. Sánchez Peinador[e] y J.I. Berrocoso Sánchez[f]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca.[b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca.[c]Médico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Garrido Sur. Salamanca.[e]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.[f]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 81 años, que acude de urgencia por mareo. Como antecedentes personales: hipertensión, linfoma no Hodgkin del manto (desde 2010), en tratamiento con quimioterapia, insuficiencia hepática, hepatitis C, hiperplasia benigna de próstata e insuficiencia renal crónica. En tratamiento con hidroxizina 25 mg, nifedipino 30 mg, hidroclotiazida 50 mg y eprosartan 600 mg/hidroclotiazida 12,5 mg (desde hace quince días, por mal control de tensión). Refiere que desde hace una semana presenta mareo de tipo inestabilidad sin giro de objetos, marcha inestable y pérdida de peso 4 kg. No refiere otra sintomatología. El familiar que le acompaña añade, que desde que se inició el cuadro hace cosas incoherentes, está desorientado y tiene tendencia a la somnolencia.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 142/62. Tª 35 ºC. FC: 82 lpm. Sat O2: 97%. A la exploración, regular estado general con tendencia a la bradipsiquia y signos de deshidratación. Marcha inestable. Exploración neurológica normal y resto de exploración sin hallazgos significativos. Analítica: hemograma y coagulación: Normal. Bioquímica: glucemia: 116, urea: 142, creatinina: 2,64. FG: 22, Na: 112, Cl: 86, K: 5.6, Osmolaridad: 238, perfil hepático y tiroideo normal. Orina: Na: 35, K: 20, EFNa: 2, Osmolaridad: 226. ECG: Ritmo sinusal 75 lpm, eje QRS a 30º sin alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: Cardiomegalia. Crecimiento hiliar bilateral. Evolución: ante la situación del paciente se decide ingreso en Medicina Interna, con buena recuperación del estado general y del equilibrio hidrosalino, tras aporte inicial de suero hipertónico, posteriormente salino normal y suplementos de sal en la dieta.

Juicio clínico: Hiponatremia grave hipoosmolar con hipovolemia, secundaria a exceso de tratamiento diurético.

Diagnóstico diferencial: Hiponatremia hipoosmolar con hipovolemia y sodio urinario > 20: diuréticos, hipoaldosteronismo, nefropatía pierde sal, acidosis tubular, diuresis osmótica y bicarbonaturia.

Comentario final: Nos encontramos ante una hiponatremia, si existen cifra de sodio por debajo de 135 mEq/l. Cuando bajan de 115 mEq/l y/o tienen síntomas neurológicos se considera una hiponatremia grave (como ocurrió en el caso de nuestro paciente). Los síntomas (cefalea, confusión, anorexia, letargia, náuseas/vómitos, convulsiones, coma) se derivan de la hiperhidratación neuronal, y su gravedad, está determinada por la rapidez de instauración y por su intensidad. El proceso diagnóstico se inicia con una anamnesis y exploración

detallada, buscando síntomas y signos de enfermedades relacionadas con la hiponatremia, y se completa, con un análisis de sangre y orina que deberá incluir: bioquímica de sangre (urea, creatinina, glucosa, iones, proteínas totales y triglicéridos), hemograma, bioquímica de orina, osmolaridad plasmática y urinaria, balance ácido-base. La corrección del sodio se hará de forma cuidadosa, ya que una rápida reposición puede originar un síndrome de desmielinización osmótica, la complicación más grave. Se debe tener cuidado a la hora de instaurar tratamiento con diuréticos tiazídicos, ya que figuran entra las causas más frecuentes de hiponatremia sintomática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marco Martínez, J. Hiponatremia: Clasificación y diagnóstico diferencial. Endocrinol Nutr. 2010;57(Supl. 2):2-9.

2. Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Baena Delgado E. Hiponatremia. En: Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ªed. Elsevier; 2010. p. 523-7.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.