



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/699 - Cefalea y bradipsiquia, diagnóstico diferencial

M. Pérez Sola^a, D. Escalada Pellitero^b, P. González Recio^c, B. Martínez Monreal^a, I. Ariño Pérez de Zabald^d y S. Escalada Pellitero^e

^aMédico de Familia. Dirección Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud. Pamplona. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Pamplona. ^cMédico Residente de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ^dMédico Residente de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño. ^eMédico Residente de Pediatría. Hospital Niño Jesús. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 36 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 e hipertensión arterial que acude por cuadro de un mes de evolución de malestar general, bradipsiquia, cefalea frontoparietal intensa, y edemas en extremidades.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física se evidencian edemas pretibiales y en manos, sin otros hallazgos. La exploración neurológica pone de manifiesto bradipsiquia sin otra focalidad. En las pruebas complementarias destaca insuficiencia renal con creatinina en torno a 1,4 mg/dL y sodio inicial de 122 mEq/L. Se decidió derivar al hospital para reposición de sodio y estudio. Durante el ingreso se realizó una RMN cerebral que detectó la presencia de una lesión desmielinizante en cuerpo calloso con discreto efecto masa; y una punción lumbar que no aportó datos. Tras corregir la hiponatremia y mejorar la función renal, se dio de alta para estudio ambulatorio con nueva RMN con gadolinio.

Juicio clínico: Posible SIADH secundario a lesión mesencefálica.

Diagnóstico diferencial: Un paciente joven con clínica de cefalea y bradipsiquia invitaría a pensar tanto en infecciones subagudas del sistema nervioso central, como en alteraciones iónicas, principalmente del Sodio. Los edemas por otra parte harían pensar en síndrome nefrótico, o bien insuficiencia cardíaca con insuficiencia respiratoria e hipercapnia, que explica la clínica neurológica. Una masa intracraneal que provocase un SIADH explica el cuadro y encaja con los hallazgos, por lo que se perfila como la opción más firme. Otra posibilidad es que se trate de procesos independientes: Una enfermedad desmielinizante sincrónica con pérdidas renales de sodio, como en afectaciones glomerulares, aunque es menos probable.

Comentario final: Este caso ilustra la importancia del clínico, de una buena orientación inicial del caso y de plantearse el origen fisiopatológico de las alteraciones halladas. Todo ello es fundamental para plantear un buen diagnóstico diferencial que permita planificar las pruebas complementarias para un diagnóstico y posterior tratamiento. En este caso, el razonamiento clínico nos ha llevado a plantear un diagnóstico de presunción muy firme, aunque aún no es posible afirmarlo con seguridad.

Bibliografía

1. Pellegrino M, Gianotti L, Cassibba S et al. Neuroblastoma in the Elderly and SIADH: Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Med.* 2012;2012:952645.
2. Wallid MS, Troup EC, Robinson JS Jr. Brain metastasis from thymic carcinoma in association with SIADH and pituitary enlargement: a case report. *South Med J.* 2008;101:764-6.
3. Zogheri A, Di Mambro A, Mannelli M, Serio M, Forti G, Peri A. Hyponatremia and pituitary adenoma: think twice about the etiopathogenesis. *J Endocrinol Invest.* 2006;29:750-3.

Palabras clave: Inappropriate ADH Syndrome. Headache. Edema.