



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3768 - Hiponatremia no filiada en el servicio de urgencias

N. Dios Parada<sup>a</sup>, P. Antelo País<sup>a</sup>, S. Yáñez Freire<sup>a</sup>, W. Tojo Mañá<sup>b</sup>, M.G. García López<sup>c</sup>, A. Sánchez Corredoira<sup>c</sup>, P. Cabanelas Pousa<sup>d</sup>, N. Valiño Ferraces<sup>e</sup>, D. Rey Aldana<sup>f</sup> y S. Cinza Sanjurjo<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Enfermero; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Santiago de Compostela. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Noia. Santiago de Compostela. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Conxo. A Coruña. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepción Arenal. A Coruña. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. Santiago de Compostela.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 73 años, con antecedentes personales de distimia y personalidad histriónica, estatus epiléptico, dislipemia, hipotiroidismo, artrosis y vejiga hiperactiva. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Acude a nuestra consulta de atención primaria por un cuadro de un mes de evolución de rigidez y dolor en ambos miembros inferiores, con dificultad para la deambulación, astenia y anorexia, por el que estuvo en dos ocasiones en el servicio de urgencias hospitalarias, donde se evidenció una hiponatremia no filiada y no tratada. Ante la sospecha de una insuficiencia suprarrenal como causa de la hiponatremia y de la clínica, solicitamos analítica sanguínea urgente, con determinaciones de osmolaridad plasmática, cortisol, sodio y potasio, donde comprobamos un déficit marcado de cortisol: 0,6 ?g/dL, una osmolaridad de 264 mOsm/Kg, así como un sodio plasmático de 131 mmol/L, con potasio de 4,6 mmol/L. Remitimos nuevamente a urgencias con la sospecha diagnóstica de insuficiencia suprarrenal, donde es ingresada por el servicio de endocrinología para completar el estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 120/60 mmHg, FC 70 lpm, T<sup>a</sup> 36 °C. Eupneica. Normohidratada, palidez cutánea. AC: rítmica, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni vísceromegalias. Ruidos hidroaéreos disminuidos. EEII: no edemas. Rigidez en ambas extremidades, mayor en EII. Sensibilidad conservada. NRL: pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales. No focalidad neurológica aguda. Rigidez en las cuatro extremidades que le dificultan la deambulación. Tras el inicio del tratamiento con hidrocortisona se corrige el déficit de cortisol y mejora la clínica de la paciente. Durante su ingreso en Endocrinología se realizan las siguientes pruebas diagnósticas: Hemograma: hematíes  $3,82 \times 10^6$  /?L, hemoglobina 10,8 g/dL, hematocrito 31,1%, VCM 81,4 fl, resto normal. Bioquímica suero: sodio 130 mmol/L, potasio 3,8 mmol/L, proteínas totales 5,2 g/dL, albúmina 2,7 g/dL. Hormonas: tirotropina (TSH) 3,25 mUI/L, T4 libre 1,09 ng/dL, T3 libre 1,84 pg/mL, FSH y LH normales, prolactina 45,2 ng/mL (n 20), cortisol 7,4 ?g/dL, IGFBP-3 1,3 ?g/dL, IGF-1 36 ng/mL, anticuerpos anti-cápsulas suprarrenales negativos. Rx tórax y TAC craneal: sin evidencia de patología aguda.

**Juicio clínico:** Hiponatremia con insuficiencia suprarrenal secundaria.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia suprarrenal por administración exógena de esteroides. Insuficiencia suprarrenal de causa infecciosa: TB, CMV. SIADH. Hipotiroidismo. Hipopituitarismo.

**Comentario final:** En Atención Primaria el seguimiento y conocimiento previo de los pacientes nos permite filiar mejor los cuadros clínicos con manifestaciones inespecíficas y alteraciones analíticas aisladas, planteándonos diagnósticos diferenciales y solicitando pruebas específicas para llegar al diagnóstico definitivo. La paciente asistió dos veces a urgencias por la misma clínica, con dos analíticas que mostraban hiponatremia significativa a la que no se le dio importancia, siendo ésta la clave del diagnóstico. Fue tratada con hidrocortisona, a dosis de 80 mg al día (40-20-20), con gran mejoría clínica y analítica, resolviéndose las alteraciones iónicas, siendo el sodio al alta de 141 mmol/L, potasio 4,2 mmol/L y cortisol 3,1?g/dL.

## Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Manual de medicina, 18<sup>a</sup> ed. Mc Graw Hill, 2013.

*Palabras clave:* Hiponatremia. Insuficiencia suprarrenal.