Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):26

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/478 - Hiponatremia ¿hay algo más?

A. Arconada Pérez[a], A.M. Ciocea[b] y M.R. Frías Hervás[b]

[a]Médico de Familia; [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Sur-Oeste. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Presentamos el caso de un varón de 72 años, que consulta por cuadro de astenia y anorexia de 2 semanas de evolución. Es fumador activo. No otros antecedentes personales de interés. Solicitamos analítica con iones. Nos avisan de laboratorio por cifras de sodio (Na) confirmadas de 112. Enviamos a urgencias por hiponatremia grave.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración inicial tanto en consulta como urgencias, Glasgow 15, no presenta signos de deshidratación ni edemas, inestabilidad ligera en la marcha, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal. Tensión arterial 126/68 mmHg. Se completa analítica con osmolalidad plasmática (disminuida) y urinaria (elevada). Con el diagnóstico de hiponatremia con osmolalidad plasmática disminuida y volumen extracelular conservado se decide ingreso en Medicina Interna para completar estudio. La función tiroides y adrenal son normales. Tomografía craneal normal. Radiografía de tórax muestra aumento de ambos hilos pulmonares. Con la sospecha de SIADH paraneoplásico se realiza tomografía toracoabdominal con el resultado: nódulo pulmonar en segmento apical de LSD sugestivo de neoplasia pulmonar primaria con adenopatías mediastínicas y esplénicas.

Juicio clínico: Hiponatremia paraneoplásica.

Diagnóstico diferencial: SIADH, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, potomanía.

Comentario final: La hiponatremia (Na plasmático 135 mEq/l) es la alteración electrolítica más frecuente. Se considera grave cuando es 125 mEq/l. Entre las causas a considerar en caso de hiponatremia con volumen extracelular normal esta el SIADH. Es un cuadro clínico producido por un aumento de la hormona antipirética (ADH), en ausencia de hipovolemia, hipotensión arterial, insuficiencia cardiaca, hipotiroidismo o insuficiencia corticosuprarrenal. Se manifiesta por un cuadro de intoxicación acuosa e hiponatremia con baja osmolalidad plasmática. Las causas más frecuentes son la secreción ectópica tumoral de SIADH (destaca el carcinoma microcítico de pulmón), patología pulmonar benigna y ciertos fármacos.

Bibliografía

1. Marco Martínez J. Hiponatremia: clasificación y diagnóstico diferencial. Endocrinología y Nutrición. 2010;57(supl.2):2-9.
2. Grohn C, Berardi R, Bursa V. Hyponatremia-SIADH in cancer diagnostic and treatment algorithms. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2015;96:1-8.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

3. Berardi R, Rinaldi S, Caramanti M, et al. Hyponatremia in cancer patients: Time for a new approach. 2016;102:15-25.

Palabras clave: *Hiponatremia. Neoplasia. SIADH.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.