Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1762

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 242/2570 - DOCTORA, ¡ESTOY SIEMPRE MAREADA!

*P. Llor Zaragoza[a], A. del Vas Jódar[b], J. Zieleniewski Centenero[c], N. Carrión Aliaga[d], V. Salas Sánchez[a] y M. Colón Mas[e]*

*[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Centro San Juan. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Centro. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Centro. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Santa María de Gracia. Murcia.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 79 años sin alergias, HTA con buen control olmesartan/hidroclorotiazida, hipotiroidismo en tratamiento con tiroxina, FA anticoagulada con acenocumarol e infecciones urinarias de repetición para lo que toma de forma intermitente trimetoprim/sulfametoxazol Consulta por cuadro de 8 meses de mareo tipo inestabilidad, que se intensifica en la última semana junto con somnolencia, confusión y dificultad a la deambulación con caídas. Tras la exploración y pruebas complementarias se remite a la paciente a urgencias para tratamiento con restricción hídrica (750 cc), 2 g NaCl y retirada de fármacos quedando asintomática.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, normohidratada/normocoloreada, PA 120/58 mmHg, FC 63 lpm, SO2 98% basal. Exploración física normal y neurológica sin focalidad. Analítica: Hemograma: normal. Leucocitos 6,9 × $10^3$/uL. Neutrófilos: 77%. Linfocitos 13,9%. Plaquetas: 265 × $10^3$/uL. Bioquímica: glucosa: 139 mg/dL. Creatinina: 0,9 mg/dL. Sodio: 106 mEq/L. Potasio: 6,3 mEq/L. Enzimas hepáticas normales. TSH normal. Coagulación: normal. Anormales y sedimentos: normal, sodio urinario 54 mEq/L, potasio urinario 21,4 mE/L. Osm urinaria 430 mOsm/Kg. ECG: normal. Radiografía de tórax normal. Osmolalidad plasmática 260 mOsm/KG y osmolaridad en suero 260 mOsm/Kg.

**Juicio clínico:** Hiponatremia grave secundaria a SIADH farmacológico.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, deshidratación, hipotiroidismo, vértigo central y periférico.

**Comentario final:** Ante la clínica descrita de mareo de larga evolución, debemos realizar anamnesis detallada, indagando en antecedentes y toma de fármacos y, exploración completa para orientar las pruebas complementarias que se necesitan para el diagnóstico adecuado. La hiponatremia es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en ancianos, siendo su causa más frecuente el SIADH. El SIADH farmacológico se diagnostica por exclusión (siendo los diuréticos una de las causas más frecuentes), descartando otras causas de hiponatremia como hipovolemia, fallo

cardíaco, cirrosis, ERC o alteraciones tiroideas.

**Bibliografía**


1. Spasovski G, Vanholder R, Allolio B, Annane D, Ball S, Bichet D, et al. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. Eur J Endocrinol. 2014;170:G1-47.
2. Verbalis JG, Goldsmith SR, Greenberg A, Korzelius C, Schrier RW, Sterns RH, et al. Diagnosis, evaluation, and treatment of hyponatremia: expert panel recommendations. Am J Med. 2013;126(10 Suppl 1):S1-42.


**Palabras clave:** Mareo. Hiponatremia. SIADH.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.