



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

## 242/1368 - SIADH PARANEOPLÁSICO

A. Álvarez Dueñas<sup>a</sup>, G. Fernández Plana<sup>a</sup>, S. Medina Muñoz<sup>b</sup>, C. Fernández Barba<sup>c</sup> y M. Ruiz López<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vicente Muñoz. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Vicente Muñoz. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vicente Muñoz. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 72 años, HTA, tabaquismo IPA 62 depresión, miocardiopatía dilatada. Tratamiento con omeprazol, enalapril, metoprolol, eplerenona, atorvastatina, adiro, duloxetina. Consulta por dolor abdominal con náuseas y vómitos de una semana de evolución, dolor abdominal difuso. Niega clínica sistémica ( fiebre, astenia, adelgazamiento o anorexia). Dolor abdominal con cortejo de una semana de evolución sin cuadro constitucional ni fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** ACP Normal. Abdomen blando y depresible, RHA presentes, doloroso en hipogástrico, no IP. Se solicita analítica con perfil hepático y renal y sistemático de orina. En la analítica Na 116, K 5, con perfil hepático, amilasa y lipasa normales LDH 322. Se sospecha hiponatremia de causa farmacológica y se deriva a urgencias para valoración. En la urgencia Na de 119, osmolaridad 250, Na orina 60; Rx tórax normal. Se sospecha SIADH de origen farmacológico por tratamiento con eplerenona y duloxetina. Se decidió ingreso en medicina interna para corrección del sodio y se suspendió la duloxetina y eplerenona sustituyéndola por furosemida. Evoluciona de forma tórpida no corrigiendo con SSF, diurético y restricción hídrica, por lo que se solicitó TAC body. TAC: Se objetivó masa paramediastínica en LSD con conglomerado adenopático mediastínico y adenopatías supraclaviculares bilaterales. Se solicitó ECO PAAF, fibrobroncoscopia y TAC craneal. Siendo diagnosticada de adenocarcinoma pulmonar IV (T4N3M1a). La paciente fue derivada a consultas de oncología para iniciar tratamiento quimioterápico.

**Juicio clínico:** SIADH paraneoplásico.

**Diagnóstico diferencial:** SIADH farmacológico vs SIADH paraneoplásico.

**Comentario final:** Las hiponatremias son una entidad clínica frecuentes en nuestro medio especialmente en pacientes cardiópatas sujetos a dosis altas de diuréticos, al igual que pacientes con síndrome depresivos. En pacientes con hiponatremias refractarias a tratamiento conservador, pese a retirada de fármacos desencadenantes, es necesario realizar un estudio completo para descartar patología paraneoplásica.

### Bibliografía

- Ellison DH, Berl T. Clinical practice. The syndrome of inappropriate antidiuresis. *N Engl J Med.* 2007;356:2064.
- Johnson BE, Chute JP, Rushin J, et al. A prospective study of patients with lung cancer and hyponatremia of malignancy. *Am J Respir Crit Care Med.* 1997;156:1669.

**Palabras clave:** SIADH. Paraneoplásico. Hiponatremia.