

347/1788 - HIPONATREMIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Aberasturi Ramírez^a, R. Sendino del Olmo^b e I. Allende^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Olagibel. Vitoria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Aranbizkarra 1. Álava. ^cMédico de Familia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 84 años de edad con antecedentes de: exfumador de 20-30 cigarrillos/día, EPOC fenotipo no reagudizador, tipo B.C. con obstrucción grave, tuberculosis pulmonar en su juventud, claudicación intermitente y estenosis de canal lumbar L4-L5. Ingresa en enero de 2016 por agudización de su EPOC. En el ingreso sufre un I.A.M. sin elevación del ST: SACASEST. Ingresa en diciembre 2016 en cardiología por síncope. Descartan que sea de origen cardíaco. En febrero de 2017 acudo a domicilio: residencia de 3^a edad, por haber comenzado con edemas maleolares. Pauto furosemida al atribuir sus edemas en EEIIs a I.C.C. En julio de 2017 el personal de la residencia me solicita interconsulta con neurología. Repaso la historia clínica y analítica y objetivo hiponatremia de 126 mEq/l. Lo derivo a Medicina Interna ante mi sospecha clínica de que todos sus síntomas sean debidos a la hiponatremia. Es estudiado por M.I. y diagnosticado de: insuficiencia suprarrenal primaria. Dado de alta con tratamiento con hidroaltesona (hidrocortisona 20 mg/24 horas). Desde el alta (agosto 2017) no ha vuelto a tener síncopes.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente bien orientado. Colaborador pero con tendencia al sueño. Bradipsiquia leve. Glasgow 15/15. Palidez cutánea. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar normal. Rítmico. Abdomen blando, depresible, sin algias ni megalias. ECG: bradicardia sinusal. Bloqueo AV de 1^{er} grado. Análisis en URG: bioquímica, coagulación y hemograma normales salvo natremia de 121 mEq/l y hemoglobina de 11,8 g con hematocrito: 33,7%. VCM 90. Estudio analítico en M.I.: cortisol basal 2. Y al día siguiente 2,9. ACTH: 20,4 ?g/dl. Test dE ACTH: cortisol a los 60 minutos 9,6 ?g/dl. Al alta: Na 134 mEq/l.

Orientación diagnóstica: Hiponatremia por insuficiencia suprarrenal primaria. Mareos con caída, secundarios.

Diagnóstico diferencial: Diagnóstico diferencial con otras causas de hiponatremia: primarias y secundarias a fármacos, sobre todo.

Comentario final: En Atención Primaria, los/las médicos de familia estamos en una posición privilegiada para tener una visión global del paciente, de sus pruebas complementarias y de las interconsultas con los distintos especialistas del sistema sanitario. Visión de la que, muchas veces, carecen las especialidades hospitalarias.

Bibliografía

1. Marco Martínez J. Hiponatremia: clasificación y diagnóstico diferencial. Endocrinol Nutr. 2010;57(supl.2):2-9.

Palabras clave: Hiponatremia. Insuficiencia suprarrenal.