



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2345 - ¡AY, DOCTORA, QUÉ MAL ME ENCUENTRO!

M. Pejenaute Labarri^a, P. López Company^b, M. Ricote Belinchón^a y Á. Sáez Fernández^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 80 años hipertensa en tratamiento con candesartan 16 mg. Acude a consulta por mareo desde hace 12 días sin giro de objetos, cefalea, mal control tensional y deterioro del estado general progresivo, sin dolor torácico, focalidad neurológica, ni ingesta de nuevos fármacos, resto de historia negativa.

Exploración y pruebas complementarias: TA 135/70, FC 50 lpm, saturación 96%, glucemia 88 mg/dl. Palidez cutánea. ACP: soplo sistólico. Abdomen: normal. Exploración neurológica: marcha con aumento de sustentación. ECG: BRD preexistente. Se solicita analítica urgente normal, salvo sodio plasmático 119 mM/l. Derivada al hospital se confirma la hiponatremia, osmolaridad plasmática disminuida (230 Mm/Kg), osmolaridad urinaria normal (335 mM/kg), sodio urinario 53 mM/l, resto normal.

Orientación diagnóstica: Es ingresada con el diagnóstico de síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). Se completa estudio con gasometría, TAC craneal y body sin hallazgos, ecocardiograma: HVI. Perfil tiroideo e hipofisario normal. Tratamiento con restricción hídrica, sueroterapia y furosemida con buena evolución y normalización de la natremia (sodio 135 Mm/l).

Diagnóstico diferencial: Hipovolemia, insuficiencia cardíaca, cirrosis.

Comentario final: El SIADH se produce por la liberación de ADH mantenida en ausencia de estímulos habituales (hipotensión, hipovolemia e hiperosmolaridad). Es la causa más frecuente de hiponatremia. Criterios diagnósticos: sodio plasmático 135 Mm/l, osmolaridad plasmática 275 mOsm/Kg, Osmolaridad urinaria > 100 mOsm/Kg, sodio urinario > 40 Mm/l con ingesta normal de agua y sal, normovolemia, función renal normal, exclusión de hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal e ingesta de diuréticos. Su etiología más frecuente son tumores, infecciones, fármacos (ISRS, tiazidas...) o idiopáticos. La clínica es predominantemente neurológica (malestar, cefalea, confusión e incluso coma). El tratamiento es el de la enfermedad de base y restricción hídrica, en hiponatremias graves suero salino hipertónico y diuréticos de asa). El SIADH es una patología relativamente frecuente que el médico de familia debe conocer y diagnosticar.

Bibliografía

1. Franco S, Prieto JM, Nalotto L, et al. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética por fármacos. Semergen. 2011;37(3):142-7.

2. Sterns R. Treatment of hyponatremia: Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) and reset osmostat (Internet). Emmett (MA): UpToDate; 2018 (acceso 26 Julio 2018). Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

Palabras clave: SIADH. Hiponatremia.