

347/2581 - SIADH. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Contín Pescacen^a, A. Pérez Echeverría^a, E. Ripalda Ansa^b y S. Mexía dos Santos^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Sangüesa. Navarra. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Alsasua. Navarra. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alsasua. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años, intervenida de cadera tras accidente de tráfico, es vista en su domicilio a los dos días de ser dada de alta hospitalaria por presentar malestar general impreciso con sensación de movimientos de extremidades. Está en tratamiento con rifampicina y linezolid por su herida quirúrgica junto con enoxaparina, analgésicos, desvelanfaxina y omeprazol.

Exploración y pruebas complementarias: Presión arterial: 143/83. Frecuencia cardíaca: 83. Saturación oxígeno: 96%. Temperatura: 36 °C. Glucemia: 101. Buen estado general. Bien hidratada. Auscultación cardiopulmonar: normal. No edemas en piernas. No focalidad neurológica aguda. ECG: Ritmo sinusal, Es remitida a urgencias hospitalarias para valoración analítica. Ingresa con cuadro clínico de hiponatremia hipoosmolar con volumen extracelular normal. Es diagnosticada de síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) inducido por omeprazol y desvelanfaxina. Recibe tratamiento con restricción hídrica, furosemida, suero fisiológico al 3% y tolvaptan con respuesta satisfactoria. Se retiran los fármacos implicados y el tratamiento domiciliario consiste en aumentar la ingesta de sal a 3-4 g/día con restricción hídrica.

Orientación diagnóstica: Malestar general inespecífico.

Diagnóstico diferencial: Alteraciones iónicas, secundarismo farmacológico, síndrome depresivo.

Comentario final: El SIADH es una entidad clínica con múltiples causas que cursa con hiponatremia, hipoosmolaridad plasmática, osmolaridad urinaria inadecuadamente elevada y natriuresis altas. Junto con las neoplasias e infecciones, los fármacos (antidepresivos- inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-, antiepilépticos, diuréticos y otros) son la causa más frecuente. Existe un amplio espectro de síntomas clínicos desde sutiles (malestar general, adinamia, déficit de atención) hasta moderadamente graves (náuseas sin vómitos, confusión y cefalea) y graves (vómitos, calambres, somnolencia, convulsiones y coma). El diagnóstico extrahospitalario de la hiponatremia precisa una adecuada historia clínica (vómitos, diarrea, quemaduras, diuréticos o SIADH), exploración física (normovolemia, deshidratación o edema) y laboratorio al alcance de atención primaria, así como el control evolutivo tras alta hospitalaria.

Bibliografía

- Spaso G, Vanholder R, Allolio B, et al. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hiponatremia. Nefrología. 2017;37(4):370-80.

2. Franco Hidalgo S, Prieto de Paula J.M, Nalotto L, et al. Síndrome de secreción inadecuada por fármacos. *Semergen*. 2011;37(3):142-7.

Palabras clave: Hiponatremia. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. Antidepresivos.