



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3195 - CALAMBRES MUSCULARES: ACUÉRDATE DE LA HIPONATREMIA

A. Asturias Saiz<sup>a</sup>, A. Casal Calvo<sup>b</sup>, N. Otero Cabanillas<sup>c</sup> y G. Rijo Nadal<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Morante. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años con antecedentes personales: HTA, adenocarcinoma mama izquierda (mastectomía), ACVA (disartria residual y hemiparesia derecha), miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica, fibrilación auricular y fractura húmero derecho. Tratamiento: carvedilol, amilorida/HCTZ, furosemida, enalapril, sintrom, omeprazol, citicolina, tramadol, paracetamol. Presenta episodios de calambres en extremidad inferior derecha de un mes de evolución que no ceden a pesar de tratamiento rehabilitador ni administración previa de toxina botulínica. Refieren deterioro progresivo del estado general, disminución de las ingestas, alteración del ciclo vigilia-sueño, inatención, náuseas y algún vómito en los últimos días. Afebril, sin otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tª: 35,3 °C, TA: 163/89, FC: 89 lpm, SatO2: 98%. Consciente, parcialmente orientada. Palidez cutánea, sequedad de mucosas. AC: arrítmica, sin soplos. AP: MVC. Abdomen: anodino. EEII: sin edemas ni signos de TVP, pulsos distales simétricos. NRL: ligera disartria, obedece órdenes complejas, movilización adecuada de EII y ESI, hemiparesia derecha, RCP derecho indiferente, izquierdo flexor, ROT presentes. Analítica: leucocitos: 12.700 (S: 85%, L: 5%, M: 9%), Hb: 15 g/dL, Hto: 42%, plaquetas: 244.000, Glu: 193 mg/dL, urea: 37 mg/dL, Cr: 0,57 mg/dL, Na: 105 mEq/L, K: 3,4 mEq/L, FG: 89 ml/min, Ca: 8,5 mg/dL, Mg: 1,8 mg/dL, TSH: 3,23 mIU/L, osmolaridad suero: 238 mOsm/Kg, Na orina: 46 mEq/L, K orina: 43,82 mEq/L. ECG: FA a 60 lpm, QS septal con T negativas en cara anterior, HBSA. Rx tórax: sin condensaciones pulmonares.

**Orientación diagnóstica:** Hiponatremia hipoosmolar secundaria a tiazidas.

**Diagnóstico diferencial:** Fármacos (ARAI, betabloqueantes, broncodilatadores, diuréticos, anticonceptivos, donepezilo, quimioterápicos), trastornos electrolíticos (hipopotasemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipotiroidismo), trastornos musculoesqueléticos, enfermedades de motoneurona, neuropatías periféricas, deshidratación, diálisis, calambres en relación con el ejercicio.

**Comentario final:** La hiponatremia se caracteriza por sintomatología del aparato gastrointestinal (náuseas, vómitos), SNP (calambres musculares, alteraciones visuales) y SNC (cefalea, letargia, convulsiones, coma), estando asociados dichos síntomas al descenso progresivo de las cifras de sodio. Entre las diferentes causas de hiponatremia, las debidas a pérdidas de sodio, tienen como principal causa el uso de diuréticos (tiazidas). La paciente fue derivada a Urgencias (niveles 125 mEq/L requieren asistencia hospitalaria). Se suspendieron los diuréticos y recibió hidratación con suero salino endovenoso. Se recuperaron las cifras de natremia, mejorando el nivel de consciencia y desapareciendo los calambres musculares.

## Bibliografía

1. Spaso vs ki G, Vanholder R, et al. Hyponatraemia Guideline Development Group. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. Eur J Endocrinol. 2014;170(3):G1-47.
2. Cinza S, Nieto E. Guía Clínica Hiponatremia. Fistera. Disponible en: <https://www-fistera-com.scsalud.a17.csinet.es/guias-clinicas/hiponatremia/>

**Palabras clave:** Hiponatremia. Calambres musculares. Obnubilación.