

347/3195 - CALAMBRES MUSCULARES: ACUÉRDATE DE LA HIPONATREMIA

A. Asturias Saiz^a, A. Casal Calvo^b, N. Otero Cabanillas^c y G. Rijo Nadal^a

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Morante. Cantabria.^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.^cMédico 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: T^a: 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 (ARAII, 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 conciencia 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. Fisterra. Disponible en: <https://www-fisterra-com.scsalud.a17.csinet.es/guias-clinicas/hiponatremia/>

Palabras clave: Hiponatremia. Calambres musculares. Obnubilación.