Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 1771

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/4259 - HIPONATREMIA POR SIADH FARMACOLÓGICO

P. Arévalo Frutos[a], A. Santiago Urbano[b], J. Hurtado Molina[c] y F. Mateo Mateo[d]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarubia. Córdoba. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 81 años. AP: HTA. DM. HDB por proceso diverticular. Derrame pericárdico con necesidad pericardiocentesis. S. bronquiectásico. CEP. Gammapatía monoclonal IgG lambda. MC: Remitido por su MAP tras cuadro de lumbalgia de 20 días de evolución y hallazgo analítico casual de hiponatremia grave 108. Describe dolor lumbar medio no irradiado sin relajación de esfínteres ni parestesias de MMII. Toma de analgesia sin mejoría. De forma acompañante últimas 2 semanas episodio mareo sin giro de objetos ni pérdida de conciencia, con caída al suelo, sin relajación de esfínteres ni mordedura de lengua. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, eupneico y normoperfundido. Ausencia de focalidad neurológica. Auscultación dentro de la normalidad. Abdomen anodino. MMII sin edemas. Análisis sanguíneo: 19.940 leucocitos/17270 N. Cr 1,4. Na 108. CK, troponinas y coagulación normal. Disnatremias: Osm sangre 233. NaU 25, CrU 42, OsmU 350. Índice FURST 0,7. Análisis hospitalización: Hb 8,6; Na 136, hormonas tiroideas normales, marcadores tumorales negativos, perfil anemias normal. Orina esterasa 250 con bacterias abundantes. Proteinograma pico monoclonal gamma. Rx: tórax y abdomen anodino. Lumbar con lordosis marcada no clara fractura. TC TAP: fractura aplastamiento D12. No lesión lítica de mieloma. Colonoscopia: diverticulosis.

Orientación diagnóstica: Hiponatremia grave hipoosmolar euvolémica por SIADH farmacológico.

Diagnóstico diferencial: Hipotiroidismo. SIADH. Síndrome pierde-sal. Paraneoplasia.

Comentario final: Corrección de la natremia según FURST 500 ml en 24h con suero hipertónico. Descartado hipotiroidismo con TSH normal y cuadro paraneoplásico con TAC TAP y colonoscopia normal. Mejoría tras la suspensión de BZD, tiazidas y relajante muscular, siendo atribuido a SIADH farmacológico. La hiponatremia es un trastorno frecuente en nuestro medio, especialmente en época estival, siendo especialmente sensible la población anciana e infantil por deshidratación como causa más frecuente. Si bien no debemos obviar otras causas, entre ellas la medicación del paciente como etiología de SIADH farmacológico, dado su diferente manejo terapéutico.

Bibliografía

1. Franco Hidalgo S. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética por fármacos. Revista SEMERGEN. 2011;37:142-7.
2. Alcázar, R. Aspectos actuales en el tratamiento del SIADH. Revista de Nefrología.
3. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Hiponatremia. SIADH. Iatrogenia.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.