



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/4259 - HIPONATREMIA POR SIADH FARMACOLÓGICO

P. Arévalo Frutos<sup>a</sup>, A. Santiago Urbano<sup>b</sup>, J. Hurtado Molina<sup>c</sup> y F. Mateo Mateo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarubia. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> 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, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

**Palabras clave:** Hiponatremia. SIADH. Iatrogenia.