



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3181 - NO TODO EL AGUA ES BUENA

E. Palacín Prieto^a, M. Martínez Díaz^b, A. Pérez Díaz^c y J. Ramos González^b

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena.

^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. Cartagena. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años, con antecedentes personales de HTA y EPOC de fenotipo bronquitis crónica reagudizador, en tratamiento, y de trastorno obsesivo compulsivo y personalidad bipolar descontrolado con alternancia de fases maniacas e hipomaniacas con frecuencia. Es remitido a urgencias por un familiar por cuadro de decaimiento general, somnolencia y dificultad respiratoria a mínimos esfuerzos. Alta hospitalaria hace una semana por cuadro de hiponatremia de 117 secundaria a potomanía.

Exploración y pruebas complementarias: Disminución del estado de alerta pero orientado y consciente. Leve palidez cutánea no mucosa. TA 155/90. GSA: pH 7,32; pO₂ 58; pCO₂ 63; SaO₂ 87%. AC: rítmico sin soplos. AP: disminución de murmullo vesicular sin ruidos añadidos. Abdomen normal. Neurológico: disminución del estado de alerta sin signos de focalidad neurológica ni meningismo. Analítica: hemograma normal. Potasio 5,9; sodio 106. PCR 3,4. Osmolaridad plasmática: 258 mOsm/l; osmolaridad urinaria 96 mOsm/l. Rx tórax: no pinzamiento de senos costo ni cardiofrénicos, parénquima sin infiltrados ni condensaciones. Se inicia ventilación mecánica no invasiva ante el cuadro de insuficiencia respiratoria global e inicio de reposición sódica con controles periódicos gasométricos cada 2 horas.

Orientación diagnóstica: Hiponatremia grave secundaria a episodio de potomanía e insuficiencia respiratoria global.

Diagnóstico diferencial: Accidente isquémico transitorio, Secreción inadecuada de hormona antidiurética, episodio maniaco.

Comentario final: La hiponatremia cursa con clínica neurológica grave que requiere la rápida actuación y cálculo de las necesidades hídricas y reposición de sodio justas para evitar mayores complicaciones neurológicas como la mielinolisis pontina, con un máximo de reposición de 8-10 mEq de sodio/día. Así mismo, en nuestro caso, la insuficiencia respiratoria se puede justificar por el cuadro grave de afectación de sistema nervioso central con una depresión del centro respiratorio, o tanto por una reagudización de su EPOC basal. Durante el ingreso, precisó valoración por parte de Psiquiatría y ajuste de tratamiento.

Bibliografía

1. Runkle I, et al. Algoritmo de Tratamiento de la hiponatremia. Disponible en:
http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/algoritmo_hiponatremia_2012.pdf

Palabras clave: Hiponaremia. Potomanía. Bipolar.