Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 1750

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/3336 - ¿SOLO HIPONATREMIA?

C. Hernández Correa[a], Á. Morán Bayón[b], M. Paule Sánchez[c] e I. Riera Carlos[d]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Periurbana Sur. Salamanca. [c]Médico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 66 años, con antecedentes de ictus, IAM, DM2, HTA, dislipémico y fumador de 1 paquete al día desde los 20 años. Acude a consulta acompañado de su hermana, refiriendo astenia intensa, pérdida de apetito, dolor en hipocondrio derecho y vómitos biliosos ocasionales desde hace una semana, asociada a una pérdida de peso de aproximadamente, 10 kg en menos de un año.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Eupneico. No presentaba edemas. Auscultación cardíaca rítmica y auscultación pulmonar con disminución del MV derecho, roncus y crepitantes diseminados. Abdomen doloroso en hipocondrio derecho. Neurológica normal salvo disartria como secuela de ictus previo. Ecografía: lesión hiperecogénica de aproximadamente 4 cm en lóbulo hepático derecho. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, complejo QS en cara inferior. Analítica: hiponatremia 117, osmolaridad 230, leucocitosis y neutrofilia. Enzimas citólisis y colestasis elevadas. LDH elevada. Rx tórax: infiltrados difusos bilaterales, derrame pleural derecho con atelectasia. Analítica sangre y orina: hormonas tiroideas normales, cortisol normal, Pro BNP 6.000, hipernatruria e hipersomloraridad urinaria. TAC TAP: neoplasia pulmonar derecha con infiltración mediastínica. Metástasis hepáticas. Broncoscopia: neoplasia endobronquial.

Orientación diagnóstica: Neoplasia pulmonar y SIADH paraneoplásico.

Diagnóstico diferencial: Hiponatremia farmacológica, déficit corticoide, hipotiroidismo, infecciones pulmonares.

Comentario final: En el SIADH se produce un aumento de hormona antidiurética que provoca la retención de agua e hiponatremia dilucional. Entre sus causas están los trastornos del sistema nervioso central, fármacos, trastornos pulmonares y tumores. Aproximadamente un 15% de los pacientes con cáncer de pulmón microcítico y un 1% de los no microcíticos presentan SIADH. Entre los síntomas que puede producir se encuentran: anorexia, náuseas, vómitos y dolor abdominal, agitación, confusión alucinaciones, incontinencia de esfínteres, etc. El tratamiento es el de la enfermedad de base asociada a la reposición lenta del sodio y la restricción hídrica.

Bibliografía

1. Midthun DE. Overview of the risk factors, pathology, and clinical manifestations of lung cáncer. UpToDate, 2018.
2. Trifu DS, Rodríguez Troyano MJ, Villa Blasco MC. Protocolo diagnóstico y tratamiento del síndrome de secreción inadecuada de ADH. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2016;12:879-84.
3. Stern R. Causes of hyponatremia in adults. UpToDate, 2016.

Palabras clave: SIADH. Neoplasia pulmonar. Hiponatremia.

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