



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3336 - ¿SOLO HIPONATREMIA?

C. Hernández Correa<sup>a</sup>, Á. Morán Bayón<sup>b</sup>, M. Paule Sánchez<sup>c</sup> e I. Riera Carlos<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Periurbana Sur. Salamanca. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>d</sup>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 citolíticas 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 cancer. 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.