

347/4532 - A LA BÚSQUEDA DE CAUSAS DE HIPONATREMIA

L. Amador Fajardo^a, R. García Romero^b, C. Montesinos Asensio^c y M. Pérez Valencia^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alberca. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 años, acudió a consulta por malestar general asociado a náuseas y cifras tensionales elevadas, de unos 4-5 días de evolución. Había acudido a urgencias 2 días antes, donde se le diagnosticó como crisis hipertensiva y ansiedad e indicándosele control de tensión arterial en domicilio y lorazepam sublingual a demanda. Acudió a nuestra consulta por persistencia de la clínica descrita. No había aparición de nueva clínica asociada. Indicamos la realización de analítica en nuestro centro. En ella se objetivaron cifras de sodio de 128 mEq/L, siendo el resto sin hallazgos significativos. Volvimos a repetir analítica 48 horas después y solicitamos iones en orina donde se confirmaron valores bajos de sodio.

Antecedentes personales: hipertensión arterial. Dislipemia. Neuralgia del suelo de la boca. Temblor esencial. Tratamiento crónico: Tegretol 200 mg cada 12 h, Lexatin 1 mg, enalapril 20 mg, simvastatina 10 mg, Zanidip 10 mg.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36,2 °C, TA 156/91 mmHg, FC 91 lpm. Buen estado general. Exploración neurológica: normal. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: normal. Extremidades inferiores: sin edemas. Analítica de sangre: Hb 13,5 g/dl, plaquetas 308.000, leucocitos 7.790, glucosa 183 mg/dl, sodio 128 mEq/L, K 3,9 mEq/L, cloro 84, creatinina 0,55 mg/dL. Orina: creatinina 27,9, sodio 207. osmolaridad 550.

Orientación diagnóstica: SIADH secundario a carbamazepina

Diagnóstico diferencial: Diuréticos, pérdidas digestivas (diarrea, laxantes...), síndrome de Addison, hipotiroidismo, insuficiencia cardiaca congestiva, síndrome pierde-sal, pseudohiponatremia (hiperglucemia, hiperlipidemia e hiperproteinemia).

Comentario final: En nuestra paciente teníamos una hiponatremia con una osmolaridad en orina mayor que en plasma, un sodio en plasma bajo y un sodio en orina inadecuadamente concentrado (> 40 mEq/L) y creatinina en sangre normal. Además, en la analítica descartamos pseudohiponatremia ante valores de glucosa, colesterol y albúmina normales. Ante los hallazgos objetivados y tras la realización de la correcta anamnesis y exploración física, se estableció el juicio clínico de SIADH. Ante el antecedente de toma de carbamacepina decidimos retirar el fármaco para ver evolución, consiguiendo así normalización del Sodio en sangre y confirmando nuestro diagnóstico.

Bibliografía

1: Shepshelovich D, Schechter A, Calvarysky B, et al. Medication-induced SIADH: distribution and characterization according to medication class. *Br J Clin Pharmacol*. 2017;83(8):1801-7.

Palabras clave: Carbamacepina. Hiponatremia. SIADH.