Semergen. 2016;42(Espec Congr 3):323

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

P-344 - ¿SoLO HIPONATREMIA?

J. Villar Ramos[a], L. Urbina[b], M. Montes[c], P. López Tens[d], A. Blanco García[b] y D. Fernández Torre[e]

[a]CS Dávila. [b]HUMV. [c]CS Jose Barros. [d]CS Cazoña. [e]CS Camargo Costa.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 84 años de edad que consulta por decaimiento general de 15 días de evolución acompañado de cefalea, náuseas y vómitos. Niega dolor abdominal, alteración del ritmo intestinal y fiebre. No refiere introducción de nuevos fármacos en su medicación habitual. Entre sus antecedentes personales: fumador y bebedor ocasional, HTA, cardiopatía isquémica crónica: IAM no Q (2013), enfermedad arterial coronaria bivaso con lesiones significativas en CDm y distal y circunfleja (Stents), portador de marcapasos por BAV, EPOC leve. Como tratamiento habitual: xarelto, plavix, lisinopril, atorvastatina, omeprazol, lyrica, spiriva, onbrez.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, orientado, reactivo, eupneico en reposo, normohidratado, normoperfundido, normocoloreado. AP: Murmullo vesicular conservado. No condensaciones ni derrame. AC: rítmica, sin soplos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos conservados. EEII: no edemas. Rx tórax: no imágenes de derrame y/o condensación pulmonar. Analítica: hemograma, glucemia, potasio, función renal, función hepática: normal. Sodio 126. Elemental y sedimento: normal. Osmolaridad plasmática: 268, osmolaridad urinaria: 805, Na orina: 73. Hormonas tiroideas: TSH: 0,07 y T4 libre: 0,56. Otras pruebas complementarias: ACTH 5, cortisol: 1,3, LH: 0,2, GH: 0,1, FSH: 1,5. RM craneal: atrofia córtico-subcortical panencefálica en consonancia con la edad del paciente. Se objetiva un aumento de tamaño de la glándula hipofisaria, llegando a tener un diámetro máximo de aproximadamente 12 mm, sin objetivarse realce en el interior de la misma, siendo estos hallazgos sugestivos de presencia de macroadenoma con componente quístico-necrótico. El tallo hipofisario está discretamente desplazado hacia el lado derecho y muestra morfología y señal de resonancia normales, con realce homogéneo. No se evidencian hallazgos significativos en el hipotálamo ni en cisterna optoquiasmática.

Juicio diagnóstico: Hipopituitarismo adquirido con hiponatremia secundaria. Adenoma hipofisiario.

Diagnóstico diferencial: Causas de hiponatremia hipoosmolar. Hipotiroidismo. Déficit de glucocorticoides. SIADH.

Comentario final: Nos encontramos ante un paciente que presenta una hiponatremia con osmolaridad plasmática disminuida, osmolaridad urinaria alta y volumen extracelular normal. Basándonos en estos datos se nos plantean inicialmente diagnósticos diferenciales como el hipotiroidismo, déficit de glucocorticoides y SIADH. La disminución de secreción de TSH, ACTH y LH determinó la existencia de un hipopituitarismo con hiponatremia secundaria. Para identificar la etiología del hipopituitarismo se realizó una RMN craneal que reveló la existencia de un adenoma hipofisario

BIBLIOGRAFÍA

1. Zogheri, A; Di Mambro, A. Hyponatremia and pituitary adenoma: think twice about the etiopathogenesis. Journal of endocrinological investigation. 2000.

2. Agrawal V, Agarwal M, Shashank R, Ghosh AK. Hyponatremia and hypernatremia: disorders of water balance. The Journal of the Association of Physicians of India. 2008.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.