

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

## 33 - LA MICCIÓN SALADA.

R.M. Méndez Barrantes<sup>1</sup>, A. Martín Morcuende<sup>2</sup>, M.C. Calderón Gil<sup>3</sup>, M. de Miguel Enrique<sup>4</sup>, R. Martín Jiménez<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>R1 MFyC. C.S. San Jorge (Cáceres). <sup>2</sup>R1 MFyC. C.S. Zona Centro (Cáceres). <sup>3</sup>R1 MFyC. C.S. Plaza de Argel (Cáceres). <sup>4</sup>R1 MFyC. C.S. Zona Centro (Cáceres). <sup>5</sup>R1 MFyC. C.S. Manuel Encinas (Cáceres).

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 70 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia y carcinoma de próstata Gleason 6 en remisión tras prostatectomía radical en enero 2015. Además, intervenido de herniorrafia inguinal de interés. Niega hábitos tóxicos. Tratamiento crónico con atorvastatina, enalapril con hidroclorotiazida. Acude a consulta por cuadro miccional, con polaquiuria.

**Exploración y pruebas complementarias:** se realiza un ComburTest que, tras dar positivo, le recogemos orina para cultivo, solicitamos analítica general de control y pautamos tratamiento antibiótico. Vuelve a la semana a por resultados, estando ya asintomático, saliendo cultivo positivo para *E. Coli* y bien tratado con antibiótico pautado según antibiograma. En la analítica destaca hiponatremia hipoosmolar (128 mEq/L y 259 mOsm/kg, respectivamente) con ácido úrico bajo y resto de iones normales. Recogemos nuevo análisis de orina apareciendo hipernatriuria hiperosmolar (147 mEq/L y 420 mOsm/kg) sospechando SIADH. Marcadores tumorales negativos. Se sustituye hidroclorotiazida por doxazosina, normalizándose posteriormente todos los valores alterados en la analítica anterior.

**Juicio clínico:** Síndrome de Secreción Inadecuada de ADH (SIADH) secundaria a tratamiento con Tiazidas.

**Diagnóstico diferencial:** SIADH secundaria a: alteración SNC, tumores, fármacos, enfermedad pulmonar, déficit o administración exógena de hormona, VIH, hereditario, idiopático.

**Comentario final:** El SIADH consiste en secreción aumentada de la hormona provocando incapacidad para excretar orina diluida, expansión del volumen extracelular e hiponatremia euvolémica ([Na<sup>+</sup>]plasmático?134 mEq/L), osmolaridad plasmática disminuida pero la urinaria aumentada, volumen extracelular normal, sodio urinario ? 40mEq/L, ausencia de Insuficiencia Suprarrenal e Hipotiroidismo. El potasio y resto de iones están en concentraciones normales. Las causas más frecuentes son fármacos (como carbamazepina y tiazidas) y tumores (como el de pulmón).

**Palabras claves:** Hiponatremia hipoosmolar, Síndrome de Secreción Inadecuada de ADH

### Bibliografía

Liamis G, Milionis H, Elisaf M. A review of drug-induced hyponatremia. Am J Kidney Dis. 2008;52:144.