



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/188 - DOCTORA, ESTE TRATAMIENTO NO FUNCIONA

C. Ramírez Martín^a, I. Palomino Cobo^b, S. López Mesa^c y R. Rodríguez Ruiz^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Fuengirola. Málaga.

^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Hospital Costa del Sol. Málaga. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 51 años, antecedentes personales: celiaquía, poliquistosis hepática y síndrome depresivo. Tratamiento habitual: paroxetina 20 mg/24h y estradiol 1 mg/noretisterona 0,5 mg/24h. Acude a su médico de atención primaria por no encontrar mejoría con el tratamiento antidepressivo pautado hace 2 meses. Además, presenta mayor astenia, somnolencia y falta de concentración, refiere que se siente "lenta", y que ha ido aumentando en el último mes. No otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física presentaba TA 130/60 mmHg, FC 64 lpm, afebril, eupneica. Buen estado general, bien hidratada y perfundida, consciente y orientada, bradisíquica, resto de exploración neurológica normal. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos. No edemas. Se solicita analítica de sangre: hemograma normal, glucosa 86, creatinina 0,52, sodio 112, potasio 5,3, ácido úrico 1,2, proteínas totales 6,2, triglicéridos 49, colesterol 157, vitamina B12 287, folato 8, TSH 1,0, resto normal. Ante el resultado de hiponatremia grave se deriva a urgencias para tratamiento y completar diagnóstico de la misma: osmolaridad en suero 238, sodio en orina 103, osmolaridad orina 729, ADH 3. Rx tórax, ECG y TAC craneal normales.

Juicio clínico: Hiponatremia hipoosmolar euvolémica en relación a la toma de paroxetina.

Diagnóstico diferencial: Hiponatremia: isoosmolar (hiperlipemia, hiperproteinemia). Hiperosmolar (manitol, contrastes radiológicos). Hipoosmolar hipervolémico (cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal). Hipoosmolar hipovolémica-euvolémica (polidipsia psicógena, pérdidas gastrointestinales, Hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, SIADH -de causa oncológica, neurológica, neumológica, farmacológica, posquirúrgica-).

Comentario final: La hiponatremia es un trastorno frecuente y potencialmente grave donde una historia clínica detallada puede dar las claves para el diagnóstico, principalmente basándonos en el estado de hidratación y el sodio urinario. Resulta esencial incluir los fármacos en este diagnóstico diferencial, dado que de entre los agentes etiológicos son causa conocida y frecuente de SIADH. En el caso que nos ocupa, dado el amplio uso de los ISRS en la población es importante considerar la hiponatremia como un efecto adverso previsible y reversible que podemos abordar desde el ámbito de la atención primaria, dado que tanto su diagnóstico como su manejo terapéutico suelen ser poco

complejos y al alcance de nuestro ámbito asistencial.

Bibliografía

1. Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Baena Delgado E. Hiponatremia. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 488-92.
2. Marco Martínez J, Zapatero Gavira A. La hiponatremia: un compañero ignorado. Med Clin (Barc). 2012;139(3):107-8.
3. Pedrós C, Arnau JM. Hiponatremia y SIADH por medicamentos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45(4):229-31.