



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-180 - LA CLAVE ESTÁ EN EL TRATAMIENTO

G. García Olivares<sup>a</sup>, P. Martos Sánchez<sup>b</sup> y J. Sánchez López-Gay<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Virgen del Mar. <sup>b</sup>CS Almería Periferia.

### Resumen

**Descripción del caso:** AP: alergia Polaramine, dependiente AVD, epilepsia criptogénica, ictus isquémico origen cardioembólico, HTA, DM, dislipemia, FA paroxística. Tratamiento: metformina/12h, pravastatina 20 mg/24h, apocard 50/12h, atenolol 50/12, pradaxa, omeprazol, simtrom, Zebinix 0-0-1, rupertadina, indapamida (desde hace 1 semana). Mujer 68 años, que acude a consulta Atención Primaria por presentar desde hace 1 mes episodios desconexión medio con caída y recuperación espontánea. Dolor costal derecho apreciándose herpes zoster. Ha estado en tratamiento con levetiracetam por repetirse episodios de pérdida de inconsciencia con poscrítico durante retirándose por tos persistente a eslicarbazepina refiriendo 3 episodios de de tipología diferente uno hace unas semanas sin pérdida de consciencia ni estado poscrítico, otro mientras estaba sentada en WC con ojos abiertos y amnesia y el tercero estando sentada con clara clínica vegetativa, sudoración, palidez, hablando mientras se estaba mareando y con dudosa pérdida de consciencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 120/60, 36,8 °C, BEG, CyO, eupneica en reposo, bien hidratada y perfundida. ACR: rítmica, no soplos, MVC sin ruidos añadidos. Neurológica: paresia 4/5 MSD, asimetría de rot algo más exaltados MSD, resto normal. BQ: glu 92, urea 20, Cr 0,52, Na 123, K 4,6, PCR 0,69, función hepática, tiroidea, perfil lipídico, CPK y hemoglobina glicosilada en rango de normalidad. Hemograma: Hg 14,2, Hto 42, VCM 88, leucocitos 6.950, neutrófilos 4.510 y 65%, plaquetas 244.000. Coagulación: INR Q 21, TTPA 74,4, TTPA 2,4. Rx tórax: sin signos de Fx, leve derrame pleural izquierdo. TAC tórax: fisura costal 7º arco costal anterior derecho. EKG: RS a 60 lpm, PR 176 ms, hemibloqueo anterior, eje izquierdo, t negativas v1, v2, v3, v4. Ecocardiograma: normal.

**Juicio clínico:** Hiponatremia normovolémica moderada (SIADH por Zebinix) sintomática:

**Diagnóstico diferencial:** Epilepsia criptogénica, Accidente isquémico transitorio.

**Comentario final:** El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética o vasopresina (SIADH) es una entidad de etiología muy variada que cursa con hiponatremia, hipoosmolalidad plasmática, osmolalidad urinaria inadecuadamente elevada y natriuresis altas. Al tratarse de un diagnóstico por exclusión, se precisa descartar previamente estados que cursan con disminución de la volemia eficaz, y polidipsia primaria. Además, el estado ácido-base, el potasio, la función cardiaca, renal, suprarrenal y tiroidea deben ser normales. Junto con las neoplasias e infecciones, los fármacos son una causa habitual, y con incidencia en aumento, de este síndrome. Tanto su

diagnóstico como su tratamiento suelen ser poco complejos, y conciernen con frecuencia al ámbito de la Atención Primaria. Se describen cuatro casos de SIADH atribuido a fármacos, y se revisan las características generales de la entidad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Catalá Bauset M, Gilsanz Peral A, Tortosa Henzi F, Zugasti Murillo A, Moreno Esteban B, Halperin Ravinovich I, et al. Guía clínica del diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la neurohipófisis. *Endocrinol Nutr.* 2007;54:23.
2. Ybarra Muñoz J, de Leiva Hidalgo A. Enfermedades de la neurohipófisis y la epíffisis. En: Rodés Teixidor J, Guardia Massó J, eds. *Medicina Interna*, 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004.