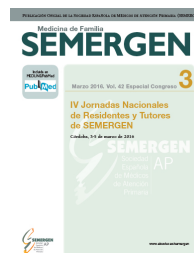




# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-344 - ¿SOLO HIPONATREMIA?

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

<sup>a</sup>CS Dávila. <sup>b</sup>HUMV. <sup>c</sup>CS Jose Barros. <sup>d</sup>CS Cazoña. <sup>e</sup>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 hipofisario.

**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.