



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/879 - Diagnóstico diferencial de hiponatremia, a propósito de un caso

I. Jiménez Rodríguez^a, S. Muñoz de la Casa^b y G. Jiménez Salmerón^c

^aMédico de Familia. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. ^bMédico de Familia. FEA Urgencias. Hospital Poniente. El Ejido. Almería. ^cEstudiante de Medicina. Universidad Católica San Antonio. Guadalupe. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 68 años con antecedentes personales: esclerodermia, síndrome de Raynaud, panhipopituitarismo por síndrome de Sheehan, hiperprolactinemia e hipotiroidismo secundario, hipertensión arterial, hiperlipidemia. Tratamiento habitual: losartan 50 mg/12 horas (h), amlodipino 5 mg/24h, hidroclorotiazida 50 mg/24h, pravastatina 20 mg/24h, omeprazol 40 mg/24h, levotiroxina 125 µg/24h, bromocriptina 2,5 mg 1/4/24h. Acude a urgencias por sequedad de mucosas nasales y orofaríngeas, acompañada de congestión nasal y disfonía, refiere deposiciones diarreicas. La paciente niega otra clínica asociada, cambios de medicación o realización de pruebas diagnósticas recientemente.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, ligeramente bradipsíquica, Glasgow 15/15, eupneica, afebril. No signos de deshidratación. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica, soplo sistólico polifocal. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: anodino, No edemas ni signos de trombosis venosa en miembros inferiores. Realizamos: electrocardiograma: sinusal a 45 latidos por minuto, bloqueo de rama derecha. Radiografía de tórax: sin hallazgos significativos. Analítica sanguínea: glucosa 86 mg/dl, urea 29 mg/dl, creatinina 0,72 mg/dl, sodio 121 meq/l, potasio 2,8 meq/l. Analítica de orina: urea 1.367 mg/dl, creatinina 103,3 mg/dl, sodio 67 meq/L, potasio 29 mEq/L. Sistemático de orina negativo.

Juicio clínico: Osmolaridad plasmática 258,78, osmolaridad urinaria > 100, sodio en orina > 20, pudiendo establecer como juicio clínico (JC): hiponatremia hipoosmolar/verdadera grave, hipopotasemia leve, síndrome diarreico, catarro de vías altas.

Diagnóstico diferencial: Al tratarse de una hiponatremia hipoosmolar con osmolaridad urinaria en rango de normalidad, se realizó diagnóstico diferencial entre: síndrome de secreción inadecuada de vasopresina (SIADH), hipotiroidismo, insuficiencia adrenal y, síndrome pierde sal. Si tenemos en cuenta sodio en orina > 20, podemos además añadir como causas probables: hipoaldosteronismo, diuréticos, vómitos y, nefropatía.

Comentario final: Al no corregir la hiponatremia durante las 24 horas que permaneció en observación de urgencias, la paciente fue ingresada en el Servicio de medicina interna donde inicialmente se confirmaron las osmolaridades con laboratorio y se completó el estudio con la solicitud de un perfil hormonal: cortisol basal, cortisoluria, corticotrofina (ACTH), prolactina en rangos de normalidad. Ecocardiograma: aurícula izquierda ligeramente dilatada, insuficiencia mitral

ligera, insuficiencia tricuspídea ligera; TACAR: nódulo de 8 mm en lóbulo superior derecho y dos micronódulos subpleurales de 7 y 4 mm en lóbulo izquierdo, inespecíficos. Granuloma puntiforme calcificado en lóbulo superior izquierdo. Mínimo derrame pericárdico y pequeño derrame pleural derecho con componente cisural. Los internistas achacaron la hiponatremia al tratamiento con tiazidas y a la mayor ingesta de líquidos que reconoció la paciente durante el ingreso (estaba realizando una dieta para perder peso), junto a la diarrea. Finalmente se consiguió corregir la hiponatremia mediante la suspensión del diurético, restricción de líquidos, y suero fisiológico. La monitorización de cifras de tensión arterial, función renal y proteinuria permanecieron normales. El juicio clínico final fue: hiponatremia hipoosmolar sintomática (letargo, confusión) con osmolaridad urinaria normal e hipopotasemia leve de origen mixto: tiazidas, polidipsia (voluntaria: dieta para perder peso) y cuadro diarreico. Respecto al tratamiento se sustituyó la hidroclorotiazida por furosemida 40 mg y se aumentó la dosis de losartan y amlodipino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª Edición. Elsevier; 2015:488-92.