



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1986 - ¡CUIDADO CON EL SODIO!

C. de Manueles Astudillo<sup>a</sup>, I. Riera Carlos<sup>b</sup>, M.Á. Paule Sánchez<sup>c</sup>, A. Pérez Santamaría<sup>a</sup>, C. Montero Sánchez<sup>d</sup>, N. Diego Mangas<sup>a</sup>, Á. Morán Bayón<sup>a</sup>, Á.F. Viola Candela<sup>e</sup>, C. Sánchez Peinador<sup>e</sup> y J.I. Berrocoso Sánchez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca.

<sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Garrido Sur. Salamanca. <sup>e</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. <sup>f</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 81 años, que acude de urgencia por mareo. Como antecedentes personales: hipertensión, linfoma no Hodgkin del manto (desde 2010), en tratamiento con quimioterapia, insuficiencia hepática, hepatitis C, hiperplasia benigna de próstata e insuficiencia renal crónica. En tratamiento con hidroxizina 25 mg, nifedipino 30 mg, hidroclotiazida 50 mg y eprosartan 600 mg/hidroclotiazida 12,5 mg (desde hace quince días, por mal control de tensión). Refiere que desde hace una semana presenta mareo de tipo inestabilidad sin giro de objetos, marcha inestable y pérdida de peso 4 kg. No refiere otra sintomatología. El familiar que le acompaña añade, que desde que se inició el cuadro hace cosas incoherentes, está desorientado y tiene tendencia a la somnolencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 142/62. T<sup>a</sup> 35 °C. FC: 82 lpm. Sat O<sub>2</sub>: 97%. A la exploración, regular estado general con tendencia a la bradipsiquia y signos de deshidratación. Marcha inestable. Exploración neurológica normal y resto de exploración sin hallazgos significativos. Analítica: hemograma y coagulación: Normal. Bioquímica: glucemia: 116, urea: 142, creatinina: 2,64. FG: 22, Na: 112, Cl: 86, K: 5,6, Osmolaridad: 238, perfil hepático y tiroideo normal. Orina: Na: 35, K: 20, EFNa: 2, Osmolaridad: 226. ECG: Ritmo sinusal 75 lpm, eje QRS a 30° sin alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: Cardiomegalia. Crecimiento hiliar bilateral. Evolución: ante la situación del paciente se decide ingreso en Medicina Interna, con buena recuperación del estado general y del equilibrio hidrosalino, tras aporte inicial de suero hipertónico, posteriormente salino normal y suplementos de sal en la dieta.

**Juicio clínico:** Hiponatremia grave hipoosmolar con hipovolemia, secundaria a exceso de tratamiento diurético.

**Diagnóstico diferencial:** Hiponatremia hipoosmolar con hipovolemia y sodio urinario > 20: diuréticos, hipoaldosteronismo, nefropatía pierde sal, acidosis tubular, diuresis osmótica y bicarbonaturia.

**Comentario final:** Nos encontramos ante una hiponatremia, si existen cifra de sodio por debajo de 135 mEq/l. Cuando bajan de 115 mEq/l y/o tienen síntomas neurológicos se considera una hiponatremia grave (como ocurrió en el caso de nuestro paciente). Los síntomas (cefalea, confusión, anorexia, letargia, náuseas/vómitos, convulsiones, coma) se derivan de la hiperhidratación neuronal, y su gravedad, está determinada por la rapidez de instauración y por su intensidad. El proceso diagnóstico se inicia con una anamnesis y exploración detallada, buscando síntomas y signos de enfermedades relacionadas con la hiponatremia, y se completa, con un análisis de sangre y orina que deberá incluir: bioquímica de sangre (urea, creatinina, glucosa, iones, proteínas totales y triglicéridos), hemograma, bioquímica de orina, osmolaridad plasmática y urinaria, balance ácido-base. La corrección del sodio se hará de forma cuidadosa, ya que una rápida reposición puede originar un síndrome de desmielinización osmótica, la complicación más grave. Se debe tener cuidado a la hora de instaurar tratamiento con diuréticos tiazídicos, ya que figuran entre las causas más frecuentes de hiponatremia sintomática.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Marco Martínez, J. Hiponatremia: Clasificación y diagnóstico diferencial. *Endocrinol Nutr.* 2010;57(Supl. 2):2-9.
2. Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Baena Delgado E. Hiponatremia. En: *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación.* 4ªed. Elsevier; 2010. p. 523-7.