



242/657 - DÉFICIT MOTOR DE MIEMBROS INFERIORES Y RELAJACIÓN DE ESFÍNTERES EN PACIENTE DE 83 AÑOS

P. de la Cerda Montes de Oca^a, M. Acedo Rivero^b y O. Gómez Nieves^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud de San Roque. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. ^cMédico de Familia. Servicio de Urgencias. La Línea de la Concepción. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 83 años de edad, derivado médico atención primaria, síndrome gastroentérico autolimitado, déficit motor miembros inferiores e incontinencia urinaria de instauración súbita, sin otra clínica, afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, no disimetría facial, déficit motor grado II-III/V en ambos miembros inferiores, con debilidad muscular e hiporreflexia, relajación esfínter vesical, sin patología prostática. Glasgow 15. Hemograma, bioquímica, radiografía tórax y TAC craneal sin alteraciones, exceptuando hiponatremia severa de 115 mmol/L, confirmada en segunda determinación analítica en contexto de osmolaridad baja. Ingreso hospitalario del paciente, instaurado la reposición paulatina del tratamiento, con controles analíticos, sondase visual con medición de la diuresis horaria y monitorización continua del paciente, que fue experimentando mejoría clínica con el ascenso y recuperación de los valores de natremia. Al alta a las 72h controlaba esfínter y deambulaba sin dificultad,

Juicio clínico: Hiponatremia hipovolémica aguda grave secundaria a gastroenteritis.

Diagnóstico diferencial: Accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneales, tumores cerebrales, esclerosis múltiples, encefalitis, complicaciones meningitis, trastorno de conversión, etc.

Comentario final: La hiponatremia, el más común de los desbalances electrolíticos, se define como un valor sérico de sodio menor a 135 mEq/l. El estado de hiponatremia aguda está asociado a un elevado índice de morbilidad y mortalidad, en ausencia de tratamiento produciendo edema cerebral osmótico o por la reposición rápida o excesiva de la hiponatremia que puede causar daños neurológicos irreversibles e incluso la muerte, como resultado de la desmielinización osmótica.

Bibliografía

1. Verballis KG, Goldsmith SR, Greenberg A, Korzelli C, Schrier RW, Stems RH, Thompson CJ. Diagnosis, evaluation, and treatment of hyponatremia: expert panel recommendations. *Am J Med.* 2013;226(10 Suppl 1):S1-42.
2. Guedes-Marques M, Silva C, Ferreira E, Maia P, Carreira A, Campos M. Gitelman syndrome

with hiponatremia, a rare presentation. *Nefrologia*. 2014;34(2):266-8.

3. Marco Martínez J. Hyponaremia: classification and differential diagnosis. *Endocrinol Nutr*. 2010;57Suppl 2:2-9.
4. Pedrós C, Arnau JM. Drug-induced hyponatraemia and SIADH. *Rev Esp Geriatria Gerontolog*. 2010;45(4).

Palabras clave: Hiponatremia. Diagnosis.