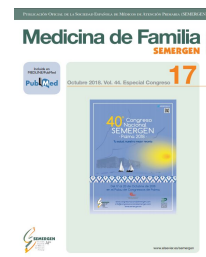




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/15 - DESVENLAFAXINA E HIPONATREMIA

F. Laborda Martínez<sup>a</sup>, E. Rodrigo Barreda<sup>b</sup>, T. Rodríguez Campo<sup>c</sup> y P. López Tens<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial y síndrome depresivo que acude a urgencias por deterioro de su estado general de 10 días de evolución que empieza como un síndrome gripal con náuseas, vómitos y desequilibrio para deambular, lateropulsión a la derecha y desorientación.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física se muestra bradipsíquica, somnolienta. Impresiona hemianopsia izquierda, Dismetría dedo-nariz en extremidad superior izquierda. Fuerza y sensibilidad normales. En laboratorio: Presenta hiponatremia (Na 113 meq/l), hipopotasemia (K 2,3 meq/l), hipocloremia (65 mEq/l). Osmolalidad en suero 240 mOsm/Kg. Hipocalcemia (8,2 mg/dl). Filtrado glomerular > 90 ml/min. Proteína C reactiva 1,4 mg/dl. Hematimetría, hormonas tiroideas y tiempo de protrombina normales. Bioquímica orina: Na 142 mEq/l, osmolalidad orina micción aislada 340 mOsm/kg. Elemental y sedimento normal. TAC craneal. Electrocardiograma y radiografía tórax normales.

**Orientación diagnóstica:** Trastorno hidroelectrolítico mixto y grave compatible con SIADH (secreción inadecuada de hormona antidiurética) inducido por drogas. En este caso con la toma de desvenlafaxina para la depresión agravado por la indapamida para control de presión arterial. Suspensión inmediata de estos dos fármacos. Se somete a restricción hídrica y reposición hidroelectrolítica mediante suero salino y sobrecargas de cloruro potásico.

**Diagnóstico diferencial:** Debe descartarse hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, hipopituitarismo, insuficiencia renal, polidipsia primaria, hemorragia subaracnoidea, diuréticos tiazídicos. El SIADH cursa con hiponatremia, normovolemia hiposmolalidad plasmática. Retención de agua ingerida y natriuresis superior a 40 mmol/l aumento de osmolalidad urinaria. Entre las causas de SIADH están los tumores especialmente el carcinoma microcítico de pulmón. Los fármacos son la causa más frecuente. También algunas infecciones.

**Comentario final:** La hiponatremia puede ocurrir con el tratamiento inhibidores de recaptación de serotonina, inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina debido al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) sobretodo en ancianos y aquellos que toman diuréticos. Cursa con confusión debilidad e inestabilidad. En casos graves aparecen alucinaciones, convulsiones y coma. Debe corregirse despacio evitando así la aparición de

sintomatología neurológica.

### **Bibliografía**

1. Catala Bauset, Gilsanz Peral. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la neurohipófisis. *Endocrino Nutr.* 2007;54:23-33.
2. Pedros C, Cereza G. Hiponatremia y SIADH por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Med Clin (Barc).* 2004;123:516-7.
3. Gross P. Treatment of hyponatremia. *Intern Med.* 2008;47:885-91.

**Palabras clave:** Desvenlafaxina. Hiponatremia.