



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2581 - SIADH. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Contín Pescacen^a, A. Pérez Echeverría^a, E. Ripalda Ansa^b y S. Mexía dos Santos^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Sangüesa. Navarra. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Alsasua. Navarra.

^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alsasua. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años, intervenida de cadera tras accidente de tráfico, es vista en su domicilio a los dos días de ser dada de alta hospitalaria por presentar malestar general impreciso con sensación de movimientos de extremidades. Está en tratamiento con rifampicina y linezolid por su herida quirúrgica junto con enoxaparina, analgésicos, desvelanfaxina y omeprazol.

Exploración y pruebas complementarias: Presión arterial: 143/83. Frecuencia cardíaca: 83. Saturación oxígeno: 96%. Temperatura: 36 °C. Glucemia: 101. Buen estado general. Bien hidratada. Auscultación cardiopulmonar: normal. No edemas en piernas. No focalidad neurológica aguda. ECG: Ritmo sinusal, Es remitida a urgencias hospitalarias para valoración analítica. Ingresa con cuadro clínico de hiponatremia hipoosmolar con volumen extracelular normal. Es diagnosticada de síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) inducido por omeprazol y desvelanfaxina. Recibe tratamiento con restricción hídrica, furosemida, suero fisiológico al 3% y tolvaptan con respuesta satisfactoria. Se retiran los fármacos implicados y el tratamiento domiciliario consiste en aumentar la ingesta de sal a 3-4 g día con restricción hídrica.

Orientación diagnóstica: Malestar general inespecífico.

Diagnóstico diferencial: Alteraciones iónicas, secundarismo farmacológico, síndrome depresivo.

Comentario final: El SIADH es una entidad clínica con múltiples causas que cursa con hiponatremia, hipoosmolaridad plasmática, osmolaridad urinaria inadecuadamente elevada y natriuresis altas. Junto con las neoplasias e infecciones, los fármacos (antidepresivos- inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-, antiepilépticos, diuréticos y otros) son la causa más frecuente. Existe un amplio espectro de síntomas clínicos desde sutiles (malestar general, adinamia, déficit de atención) hasta moderadamente graves (náuseas sin vómitos, confusión y cefalea) y graves (vómitos, calambres, somnolencia, convulsiones y coma). El diagnóstico extrahospitalario de la hiponatremia precisa una adecuada historia clínica (vómitos, diarrea, quemaduras, diuréticos o SIADH), exploración física (normovolemia, deshidratación o edema) y laboratorio al alcance de atención primaria, así como el control evolutivo tras alta hospitalaria.

Bibliografía

1. Spaso G, Vanholder R, Allolio B, et al. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y

tratamiento de la hiponatremia. Nefrología. 2017;37(4):370-80.

2. Franco Hidalgo S, Prieto de Paula J.M, Nalotto L, et al. Síndrome de secreción inadecuada por fármacos. Semergen. 2011;37(3):142-7.

Palabras clave: Hiponatremia. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. Antidepresivos.