



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2669 - MÁS ALLÁ DE UNA HIPONATREMIA

A. Lara Muñoz^a, L. Barrios Blasco^b, E. Salas Sánchez^a y M. López Martínez^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santa Rosa. Córdoba.

^bMédico de Familia. Centro de Salud de Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años que consulta por tos irritativa en las últimas semanas y flojedad. Refiere desviación de la comisura bucal y “lengua estropajosa” desde hace un mes coincidiendo con cifra tensional elevada. No otros síntomas. Antecedentes personales: fumadora de 30 cigarrillos/día (52,5 paquetes/año). Resto sin interés.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general. TA 114/73 mmHg. Exploración neurológica: discreta desviación de comisura bucal hacia la derecha. Lenguaje enlentecido sin disartria. Resto normal. Analítica: hiponatremia hipoosmolar grave. Resto normal. Radiografía de tórax: imagen redondeada en lóbulo superior izquierdo (LSI). TC torácico-abdominal: masa pulmonar en LSI. Sospechoso de tumor neuroendocrino/carcinoide sin descartar hamartoma. Ecografía de tiroides: nódulo sospechoso (captante en PET), sólido e hipoecoico. Contorno no definido. PAAF tiroides: sospechoso de malignidad (cáncer papilar). Se deriva a nivel especializado para continuar estudio.

Orientación diagnóstica: Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). Masa pulmonar a estudio.

Diagnóstico diferencial: Hiponatremia verdadera de dilucional y pseudohiponatremia. SIADH (carcinomas, enfermedades pulmonares y del sistema nervioso central) con hipotiroidismo, déficit glucocorticoides y potomanía.

Comentario final: La gravedad de las manifestaciones de la hiponatremia (sodio < 135 mEq/l), dependen de la rapidez e intensidad de su instauración. La hiponatremia verdadera (hiponatremia con osmolaridad plasmática descendida) se clasifica en: hiponatremia con hipo/hipervolemia o euvolemia. Por otra parte, el cáncer papilar de tiroides suele ser un hallazgo casual aunque, en ocasiones, tiene comportamiento maligno. Se presenta principalmente en mujeres, entre 27-75 años. Su causa es desconocida y la ecografía es la técnica idónea para un diagnóstico precoz. Si bien, nuestra paciente presentaba una hiponatremia grave con euvolemia, hallándose en la radiografía una lesión en LSI sospechosa de masa. De ahí, nuestra sospecha diagnóstica. Tras ampliación de estudio con: TC torácico-abdominal, TC cráneo (lesiones de etiología isquémico crónica) y ecografía tiroidea, la paciente fue intervenida quirúrgicamente con realización de lobectomía (anatomía patológica: carcinoma neuroendocrino) y tiroidectomía. Y, actualmente, evoluciona favorablemente. En conclusión, una completa exploración física con pruebas orientadas a la sospecha diagnóstica y

una correcta interpretación de las mismas acelera la realización de un diagnóstico y por tanto, conlleva a un mejor pronóstico.

Bibliografía

1. Trapanese E, De Bartolomeis C, Angrisani B, et al. Papillary thyroid microcarcinoma. Black Ink.Oncotarget. 2018;9(49):29275-83.

Palabras clave: SIADH. Carcinoma papilar.