



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2215 - DOCTOR, ME DUELE LA BARRIGA

M. Lloret Arabí<sup>a</sup>, O. Biesa Jiménez<sup>b</sup>, M. Saya<sup>b</sup> y E. Arroyo Cardona<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Cugat. San Cugat del Vallés. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Cugat. San Cugat del Vallés. Barcelona.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 81 años con antecedentes de HTA, ACxFA, rasgos desadaptativos de personalidad, que inicia con clínica de desorientación y dolor abdominal 2 dos semanas de evolución acompañado de algún episodio de vómito sin productos patológicos

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, NC y NH. AC: RCR sin soplos. AP: eupneico. MVC. Abdomen blando y depresible. Sin VMG. No dolor a la palpación. No edemas en EEII. Analítica: hemograma N, glucosa 111,5 mg/dl, urea 47 mg/dl, Cr 0,5 mg/dl, FG > 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, Na 130 mEq/L, K 4,3 mEq/L, cloruro 89,3 mEq/L, PCR 29,5 mg/L. GV: pH 7,44, pCO<sub>2</sub> 47 mmHg, pO<sub>2</sub> 50 mmHg, HCO<sub>3</sub> 31 mmol/L, EB 7,7. Rx tórax: ICT normal. No alteraciones parenquimatosas. Rx Abdomen abundante materia fecal en ampolla rectal. Revisando analíticas previas se observó tendencia a la hiponatremia desde 2010, presentado oscilaciones de la natremia que variaban entre 125-130 mEq/l. Se inició estudio etiológico de hiponatremia que mostraba: analítica sangre: urato 1,7 md/dl, Na 126 mEq/l, Osm 257 mOsm/kg, ADH 1,7 ng/dl, cortisol 592 mmol/l, TSH 1,1 UI/l. Orina: Na 65 mmol/l, Osm 522 mOsm/kg.

**Orientación diagnóstica:** SIAHD iatrogénico. Se repasó la medicación habitual del paciente con el fin de detectar fármacos que actuaran sobre los niveles de natremia, retirándose IBP, antidepresivo y antihipertensivo. Se inició tratamiento con urea con lo que el paciente ha mejorado los valores. Tras terminar el tratamiento, el paciente continúa manteniendo natremia. (Na actual; 133 mEq/l).

**Diagnóstico diferencial:** El paciente presentaba VEC normal sin signos de deshidratación ni edema, por ello se debe plantear como diagnóstico diferencial alteraciones endocrinas como hipotiroidismo o déficit de glucocorticoides.

**Comentario final:** La hiponatremia es el trastorno hidrolítico más frecuente en personas de edad avanzada, siendo el SIADH la etiología más prevalente. Diversos medicamentos se han asociado con la hiponatremia, algunos tan usados como los antidepresivos y antipsicóticos. En el caso de nuestro paciente, realizamos el tratamiento con urea que ha demostrado eficacia similar con vaptanes para el tratamiento crónico de SIAD.

## Bibliografía

1. Pedrós C, Arnau JM. Hiponatremia y SIADH por medicamentos. Revista Española de Geriátria

y Gerontología. 2010;45(4):229-31.

**Palabras clave:** Hiponatremia. SIADH. Urea.