



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-180 - LA CLAVE ESTÁ EN EL TRATAMIENTO

G. García Olivares^a, P. Martos Sánchez^b y J. Sánchez López-Gay^a

^aCS Virgen del Mar. ^bCS Almería Periferia.

Resumen

Descripción del caso: AP: alergia Polaramine, dependiente AVD, epilepsia criptogénica, ictus isquémico origen cardioembólico, HTA, DM, dislipemia, FA paroxística. Tratamiento: metformina/12h, pravastatina 20 mg/24h, apocard 50/12h, atenolol 50/12, pradaxa, omeprazol, simtrom, Zebinix 0-0-1, rupertadina, indapamida (desde hace 1 semana). Mujer 68 años, que acude a consulta Atención Primaria por presentar desde hace 1 mes episodios desconexión medio con caída y recuperación espontánea. Dolor costal derecho apreciándose herpes zoster. Ha estado en tratamiento con levetiracetam por repetirse episodios de pérdida de inconsciencia con poscrítico durante retirándose por tos persistente a eslicarbazepina refiriendo 3 episodios de de tipología diferente uno hace unas semanas sin pérdida de consciencia ni estado poscrítico, otro mientras estaba sentada en WC con ojos abiertos y amnesia y el tercero estando sentada con clara clínica vegetativa, sudoración, palidez, hablando mientras se estaba mareando y con dudosa pérdida de consciencia.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 120/60, 36,8 °C, BEG, CyO, eupneica en reposo, bien hidratada y perfundida. ACR: rítmica, no soplos, MVC sin ruidos añadidos. Neurológica: paresia 4/5 MSD, asimetría de rot algo más exaltados MSD, resto normal. BQ: glu 92, urea 20, Cr 0,52, Na 123, K 4,6, PCR 0,69, función hepática, tiroidea, perfil lipídico, CPK y hemoglobina glicosilada en rango de normalidad. Hemograma: Hg 14,2, Hto 42, VCM 88, leucocitos 6.950, neutrófilos 4.510 y 65%, plaquetas 244.000. Coagulación: INR Q 21, TTPA 74,4, TTPA 2,4. Rx tórax: sin signos de Fx, leve derrame pleural izquierdo. TAC tórax: fisura costal 7º arco costal anterior derecho. EKG: RS a 60 lpm, PR 176 ms, hemibloqueo anterior, eje izquierdo, t negativas v1, v2, v3, v4. Ecocardiograma: normal.

Juicio clínico: Hiponatremia normovolémica moderada (SIADH por Zebinix) sintomática:

Diagnóstico diferencial: Epilepsia criptogénica, Accidente isquémico transitorio.

Comentario final: El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética o vasopresina (SIADH) es una entidad de etiología muy variada que cursa con hiponatremia, hipoosmolalidad plasmática, osmolalidad urinaria inadecuadamente elevada y natriuresis altas. Al tratarse de un diagnóstico por exclusión, se precisa descartar previamente estados que cursan con disminución de la volemia eficaz, y polidipsia primaria. Además, el estado ácido-base, el potasio, la función cardiaca, renal, suprarrenal y tiroidea deben ser normales. Junto con las neoplasias e infecciones, los fármacos son una causa habitual, y con incidencia en aumento, de este síndrome. Tanto su

diagnóstico como su tratamiento suelen ser poco complejos, y conciernen con frecuencia al ámbito de la Atención Primaria. Se describen cuatro casos de SIADH atribuido a fármacos, y se revisan las características generales de la entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Catalá Bauset M, Gilsanz Peral A, Tortosa Henzi F, Zugasti Murillo A, Moreno Esteban B, Halperin Ravinovich I, et al. Guía clínica del diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la neurohipófisis. *Endocrinol Nutr.* 2007;54:23.
2. Ybarra Muñoz J, de Leiva Hidalgo A. Enfermedades de la neurohipófisis y la epíffisis. En: Rodés Teixidor J, Guardia Massó J, eds. *Medicina Interna*, 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004.