

PÁGINA DEL RESIDENTE

Diagnóstico y manejo de la hiponatremia en adultos. Énfasis en síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética

William Rojas¹, Henry Tovar², Alejandra Alvarado³, Miguel Tejeda⁴, Alejandra Rivera⁵

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Hospital de San José. Servicio de Endocrinología

¹ Médico Internista, Endocrinólogo, Profesor y Jefe Departamento de Endocrinología Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

² Médico Internista, Endocrinólogo, Profesor Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

³ Fellow de Endocrinología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

⁴ Residente de Medicina Interna, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

⁵ Residente de Medicina Interna, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Caso clínico

Paciente de 60 años de edad, quien ingresa al servicio de urgencias por cuadro de cinco días de evolución, caracterizado por sensación de dolor abdominal, náuseas, vómito y dolor muscular generalizado; refiere en la última semana presencia de síntomas respiratorios caracterizados por tos seca asociada a disnea.

Antecedentes personales: leucemia linfocítica crónica, riesgo intermedio con último ciclo de quimioterapia en agosto

del 2014. Actualmente se encuentra en estudio por hipereosinofilia. Desde su ingreso se encuentran paraclínicos con valores de sodio plasmáticos disminuidos por lo que se solicita concepto al servicio de endocrinología.

Al interrogatorio, el paciente refiere cefalea generalizada pero niega alteraciones cognitivas, convulsiones o pérdida del estado de conciencia. Al realizar el examen físico se encontraron signos vitales estables, alerta, hidratado, presencia de dolor abdominal generalizado a la palpación superficial, no presenta signos de irritación peritoneal, adecuada perfusión distal sin déficit neurológico. Se evaluaron paraclínicos de ingreso (**figura 1, tabla 1**).

Posterior a la observación de los paraclínicos se calculó la osmolaridad plasmática en 256 mOsm/kg, sodio en orina de 155 mmol/l, con elevación de los niveles de cortisol sin insuficiencia adrenal (recordar que es un paciente en condición de estrés, sin manejo corticoide, cursado con hipereosinofilia), niveles de función tiroidea dentro de límites normales, euvoléxico en el momento del ingreso y durante la hospitalización.

En el momento de analizar los paraclínicos de este paciente, se realiza el diagnóstico de SIADH, determinando como causa desencadenante su proceso neoplásico, dado que no

Figura 1. Valores sodio plasmático del caso clínico

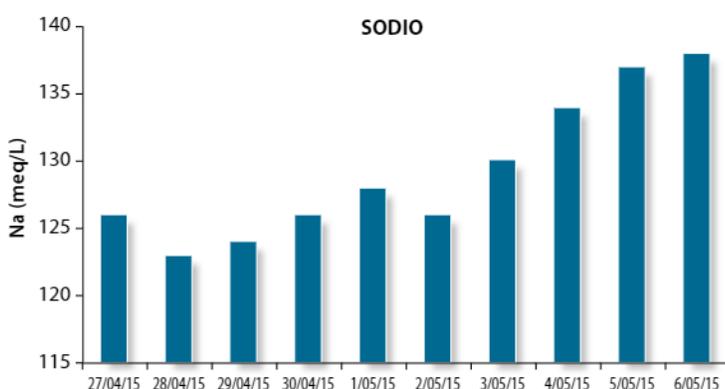


Tabla 1. Valores paraclínicos caso clínico

Creatinina	1,1 mg/dl
Calcio	9,2 mg/dl
Sodio en orina de 24 horas	228 mmol/24 hrs
TSH	4,66 µUI/ml
T4 libre	16,7 pmol/l
Cortisol 8 AM	725,90 nmol/l
FENA	2,1%
Osmolaridad plasmática	256 mOsm