XXII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA
SEMG Sociedad Española de Medicina Generales y de Familia
A Coruña
PALEXCO 28-30 MAYO 2015

SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE LA HORMONA ANTIDIURÉTICA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO

Sadurní Viñes F[2] ,Ciprés Pradales E[3],Tomàs Pelegrina J[1], Pedró Salvador V[3]
[1]Medicina de Família. [2]Medicina general. [3]Diplomada en infermeria. ABS La Vall del Ges. SAP Osona. Gerència Territorial Catalunya Central.
Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya - Departament de Salut

INTRODUCCIÓN:

Los tumores pueden causar signos y síntomas lejos del propio lecho tumoral o de sus metástasis, esto se conoce como síndromes paraneoplásicos (SP).El carcinoma microcítico de pulmón está asociado frecuentemente a SP.

DESCRIPCIÓN

Varón de 59 años, casado, jubilado de trabajos de albañilería, fumador de 40 paquetes/año, no bebedor de riesgo Antecedentes: Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo II, cardiopatía isquémica.

Consulta por fiebre y tos auscultándose algún roncus y sibilante sin crepitantes, apreciándose a la radiografía (RX) de tórax condensación en lóbulo medio derecho (LMD) que se interpreta como neumonía. Tratado con amoxicilina y budesonida inhalada con buena respuesta

Al mes consultó por cuadro de parestesias en extremidades inferiores presentando buen estado general, sin síndrome tóxico ni otros hallazgos a la exploración. En analítica destacó Na+118. Una nueva Rx, por sospecha de SIADH por SP, mostró persistencia infiltrado en LMD, confirmándose masa en TAC y diagnosticándose OAT-CELL por broncoscopia.

ESTRATEGIA

La estrategia pasa por, sin olvidar la clínica y las pruebas de imagen, realizar diagnóstico diferencial de causas de hiponatremia valorando osmolaridad (Osm) y volumen extracelular (VEC). Se recomienda estudiar glucosa, urea, creatinina, proteínas, Na+, K+ y calcular la Osm en plasma y orina , asegurándose que se trata de una hiponatremia vera (hipotónica), descartando la hipertónica por hiperglucemia y la normotónica por hiperlipidemia o hiperproteinemia. El VEC podría ser alto (sobrecarga) por insuficiencia renal, cardiaca o hepática, bajo (deshidratación) por vómitos, diuréticos o causas renales, o normal por hipotiroidismo,insuficiencia suprarrenal o SIADH (como en nuestro caso).

PALABRAS CLAVE: SIADH .Lung cancer

BIBLIOGRAFIA

PubMed:

- Pelosof LC, Gerber DE.Paraneoplastic syndromes: an approach to diagnosis and treatment. Mayo Clin Proc. 2010 Sep;85(9):838-54.
- Forga L, Anda E, Martínez de Esteban JP.Paraneoplastic hormonal syndromes.An Sist Sanit Navar 2005 May-Aug;28(2):213-26.
- Jurado Gámez B, García de Lucas MD, Gudín Rodríguez M. Cáncer de pulmón y síndromes paraneoplásicos. An Med Interna 2001;18(8):440-6