



ISSN: 1697-090X

[Inicio Home](#)

[Indice del
volumen Volume
index](#)

[Comité Editorial
Editorial Board](#)

[Comité Científico
Scientific
Committee](#)

[Normas para los
autores
Instruction to
Authors](#)

[Derechos de autor
Copyright](#)

[Contacto/Contact:](#)



SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA ASOCIADO A TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN: UNA CAUSA DE HIPONATREMIA NO DESCRITA EN LA LITERATURA.

Carlos G. Musso^{1 2}, Vilas M^{1 2}, Chiapella M², Conti P², Reynaldi J¹,
Mombelli C¹, Navarro M¹, Frydelund S¹, Algranati L¹.

¹Servicio de Nefrología. Hospital Italiano de Buenos Aires. ²Centro Médico Agustin Rocca
Buenos Aires. Argentina

[carlos.musso @ hospitalitaliano.org.ar](mailto:carlos.musso@hospitalitaliano.org.ar)

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2008;2:62-64

[English version](#)

RESUMEN

El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) es una condición que puede asociarse a diversas neumopatías.

En el presente reporte clínico se presenta un caso de SIHAD asociado a un tromboembolismo pulmonar. Hasta donde sabemos, la asociación entre TEP y SIHAD no había sido reportada aun en la literatura, y presentamos como hipótesis etiológica la liberación de citoquinas inductoras de la secreción de vasopresina, secundaria al daño parenquimatoso pulmonar del TEP.

Conclusion: El tromboembolismo de pulmón podría ser incorporado a las causas pulmonares de SIADH.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Secreción Inadecuada de Hormona Antidiurética. Tromboembolismo Pulmonar

SUMMARY

Syndrome of inadequate secretion of antidiuretic hormone (SIADH) is a condition that can be associated to various sort of lung diseases.

In this report we present a clinical case where a SIADH associated to pulmonary thromboembolism was documented. As long as we know, this association has not been described yet in the literature, and we hypothesized that lung cytokines released due to pulmonary necrosis could be the main stimulus to vasopressin secretion in this entity.

Conclusion: Pulmonary thromboembolism should be incorporated in the list of lung causes of SIADH.

KEY WORDS: Secretion of Antidiuretic Hormone (SIADH). Pulmonary Thromboembolism

INTRODUCCIÓN

El SIHAD es un cuadro que se caracteriza por presentar hiponatremia hipoosmolar con líquido extracelular normal y excreción fraccional de urea elevada ($\geq 55\%$) en ausencia de insuficiencia renal, hipotiroidismo, déficit de cortisol y fármacos potencialmente inductores de hiponatremia¹.

Entre las causas de síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIHAD) se han comunicado aquellas secundarias a diversas neumopatías², sin embargo ningún reporte de la literatura ha descrito hasta la fecha la hiponatremia asociada a tromboembolismo de pulmón (TEP). Por tal motivo presentamos el siguiente caso clínico en el cual se documentó dicha asociación.

CASO CLÍNICO:

Paciente sexo femenino, 72 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial tratada y controlada con dieta hiposódica (no estaba recibiendo ni diuréticos ni ninguna otra droga antihipertensiva), y de mieloma múltiple en tratamiento con talidomida

Fue ingresada por presentar un cuadro de disnea súbita e infiltrado pulmonar en radiografía de torax, el cual fue interpretado como secundario a tromboembolismo de pulmón, diagnóstico corroborado luego por angiotomografía de tórax.

Concomitantemente con el diagnóstico de tromboembolismo de pulmón se documentó una hiponatremia hipoosmolar aguda en ausencia de enfermedades o ingesta de fármacos potenciales generadores de dicha disnatremia.

La paciente estaba normoglucémica, normotensa, afebril y sin dolor torácico. Tampoco se hallaron alteraciones analíticas en los niveles de hormonas tiroideas y cortisol, ni signos de insuficiencia cardíaca. Se inició anticoagulación y restricción hídrica como tratamiento del tromboembolismo pulmonar y del SIHAD respectivamente. Tras el inicio de estas medidas terapéuticas la paciente normalizó su natremia y pudo ser dada de alta (tablas 1 y 2).

Tabla 1: secuencia de los principales analisis

(Valores Normales)	Natremia (mmol/l) (135-145)	Osmolalidad Plasmática (mOsm/l) (280-300)	Osmolalidad urinaria (mOsm/l) (50-1.200)
Antecedentes	137	282	--
SIHAD	126	252	800
Post-restricción hídrica	130	267	--
Externación	136	280	--

Tabla 2: secuencia de los principales analisis

(Valores Normales)	Hematocrito (%) (39-42)	Uremia (mg%) (20-40)	Creatininemia (mg %) (0.8-1.2)	EFU (%) (50)
Antecedentes	36	40	1.5	---
SIHAD	33	20	1.0	90 %
Post-restricción hídrica	35	43	1.2	23 %
Externación	36	40	1.7	---

EFU: excreción fraccional de urea.

DISCUSIÓN:

Entre las causas de SIHAD se han reportado aquellas secundarias a diversas enfermedades pulmonares. El mecanismo explicativo postulado como promotor de este fenómeno sería la liberación de citoquinas por parte del parénquima pulmonar dañado por dichas entidades.

Entre las neumopatías descritas en la literatura como potenciales inductoras de SIHAD se cuentan: neumonía (viral, bacteriana, tuberculosa, micótica), absceso pulmonar, asma, atelectasia, pneumotorax y enfermedad fibroquística. Con respecto a los tumores pulmonares, en especial el tumor de células pequeñas, su participación en la generación de SIHAD es distinta de las anteriores. En esta situación la inducción de SIHAD estaría en relación a un mecanismo paraneoplásico: la secreción de vasopresina ectópica¹⁻³.

El dolor constituye otra causa potencial de liberación de vasopresina, pero la paciente carecía de él, su única sintomatología estuvo dada por la disnea⁴.

Con respecto al presente caso de hiponatremia asociada a tromboembolismo de pulmón podríamos postular que, dado que en esta patología se produce un daño del parénquima pulmonar, podrían ser liberados mediadores estimuladores de la liberación inadecuada de vasopresina.

CONCLUSIÓN:

Se propone la inclusión del tromboembolismo de pulmón como una de las potenciales causas pulmonares de SIHAD.

REFERENCIAS

- 1.- Ellison D, Berl T. The síndrome of inappropriate antidiuresis. NEJM. 2007; 356: 2064-2072.
- 2.- Martinez-Maldonado M. Inappropriate antidiuretic hormone secretion of unknown origin. Kidney Int. 1980; 17: 554-567.
- 3.- Clinicopathologic Conference. Fever, respiratory tract symptoms and hyponatremia. The American Journal of Medicine. 1980; 69: 309-320.
- 4.- Robertson G, Berl T. Pathophysiology of water metabolism. In Brenner B (ed). The kidney. Philadelphia. W.B. Saunders. 1996: 873-928.

Recibido: 28 de abril de 2008. Recibido revisado: 17 de Junio de 2008
Publicado: 12 de Julio de 2008.