

Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética asociado a adenocarcinoma de páncreas

Rodríguez Espinosa A.*, Rodríguez Ramírez J., Suárez Cabrera M., Gómez Díaz J.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. *RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. HOSPITAL INSULAR UNIVERSITARIO. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.

Resumen:

Una de las múltiples causas de hiponatremia es el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, el cuál puede estar originado a su vez por diferentes procesos patológicos, entre ellos las neoplasias malignas. Se presenta un caso asociado a adenocarcinoma de páncreas, hecho relativamente poco frecuente.

Palabras clave:

Hiponatremia, Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, adenocarcinoma de páncreas.

Introducción:

La hiponatremia se define como una concentración sérica de sodio inferior a 135 mEq/l y representa el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en pacientes ingresados en un hospital. Una de sus múltiples causas son las neoplasias, que pueden dar lugar a un síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética a través de la producción ectópica de dicha hormona⁽¹⁾. La más reconocida es, con diferencia, el carcinoma pulmonar de células pequeñas. El adenocarcinoma de páncreas se asocia con relativa poca frecuencia, por lo que nos ha parecido de interés comunicar el siguiente caso.

Caso clínico:

Mujer de 75 años afecta de diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía y nefropatía e hipertensa en tratamiento con lisinopril. Acude al

Servicio de Urgencias por traumatismo craneoencefálico tras caída casual, con pérdida de conciencia. A la exploración sólo presenta discreta sequedad de piel y mucosas y dolor en las zonas golpeadas, la tensión arterial era de 130/80 mm de Hg, la frecuencia cardiaca de 92 pulsaciones por minuto y la presión venosa central de 4 cm de H₂O. Tras un examen radiográfico en el que no se constató ninguna fractura, la paciente presenta cuadro de sudación profusa, hipotensión y pérdida de conciencia ingresando en nuestro Servicio con el diagnóstico de deshidratación leve y cuadro sincopal a estudio.

La analítica realizada al ingreso arrojó los siguientes resultados:

Glucosa: 10.56 mmol/l
Sodio: 129 mmol/l
Potasio: 6.2 mmol/l
Creatinina: 194.5 mmol/l
Urea: 31.68 mmol/l

Leucocitos 17x10⁹/l
GOT: 70 U/l
GPT: 87U/l
GGT: 162 U/L
Fosfatasa alcalina: 215 U/l.

Una radiografía de tórax fue normal.

Se instauró sueroterapia y tratamiento antibiótico, normalizándose la PVC y manteniendo la enferma un aceptable estado general con funciones superiores preservadas, hasta el punto de reiniciar una ingesta normal, por lo que se retiró la fluidoterapia intravenosa. No se repitieron los episodios sincopales y la paciente permaneció estable. Sin embargo, durante el ingreso refirió la presencia de molestias abdominales, que presentaba desde hacía 1-2 meses, por lo que se realizó una ecografía que mostró una imagen de masa en la cola del páncreas y múltiples lesiones en el hígado, una de las cuales se biopsió y cuyo diagnóstico histológico fue de "adenocarcinoma de probable origen pancreático".

Asimismo y cuando se estaba a la espera de recibir dicho informe, en una analítica de control se detectó una cifra de sodio plasmático de 128 mmol/l, progresivamente decreciente hasta llegar a 123, con sodio en orina de 75 mEq/l y osmolaridad plasmática y urinaria de 270 y 481 mOsm/Kg respectivamente. Los valores de TSH y cortisol estaban dentro de los límites normales

Correspondencia:

José Rodríguez Ramírez.
C/ Velázquez, 3
C.P. 35005 Las Palmas de G.C.

(0.46 UI/ml y 16.7 mg/dl respectivamente) y la exploración física no mostró datos de depleción de volumen ni edemas. Se realizó una TAC craneal que sólo reveló la existencia de dos infartos lacunares y la cifra de hormona antidiurética (ADH) en plasma fue de 15.6 ng/l.

El proceso fue diagnosticado de SIADH asociado a adenocarcinoma de páncreas. Se inició tratamiento paliativo (fundamentalmente analgésico) y con restricción de la ingesta de líquidos y la enferma fue trasladada a la Unidad de cuidados paliativos, donde falleció días más tarde.

Discusión:

El SIADH se caracteriza por la existencia de una liberación mantenida de ADH, en presencia de una osmolalidad plasmática disminuida, y un balance de agua libre positivo continuo. Cursa con osmolalidad en orina inadecuadamente alta en relación a la plasmática, sodio en orina superior a 20 mEq/l y normovolemia con función renal, suprarrenal y tiroidea normales⁽²⁾. Todos estos datos se cumplen en el caso descrito y además se confirmó la presencia de niveles circulantes de ADH inadecuados para la osmolalidad plasmática.

Este síndrome puede estar causado por procesos neurológicos o pulmonares, administración de fármacos y, más raramente, tras la producción ectópica de ADH por tumores malignos, entre los que destaca por su mayor frecuencia el carcinoma bronquial de células pequeñas⁽³⁾ (tabla 1).

En el caso que se comunica no se investigó la presencia de ADH en el

tejido tumoral⁽⁴⁾. No obstante, no había antecedentes de tratamiento con fármacos reconocidos como causantes de SIADH y se descartaron enfermedades neurológicas y pulmonares mediante la clínica, radiografía de tórax y TAC craneal, por lo que consideramos dicho síndrome directamente relacionado con el carcinoma de páncreas, hecho descrito en la literatura con escasa frecuencia.

El tratamiento óptimo consiste en corregir la causa. Si no fuese posible, hay que recurrir a la restricción en la ingesta de líquidos y si no fuera suficiente se puede usar la demeclociclina, que bloquea el efecto de la ADH sobre el túbulo renal. La administración de suero salino hipertónico asociado a furosemida se reserva para los casos graves.

Causas de SIADH

Neoplasias malignas:

- Carcinoma bronquial de células pequeñas.
- Carcinoma de páncreas y duodeno.
- Linfoma.
- Timoma.

Enfermedades pulmonares no malignas:

- Tuberculosis.
- Absceso.
- Neumonía.
- Empiema.

Enfermedades del sistema nervioso central:

- Fractura de cráneo.
- Hematoma subdural.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Trombosis cerebral clínica.
- Encefalitis aguda.
- Meningitis.
- Guillain-Barré.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Porfiria aguda intermitente.

Fármacos:

- Clorpropamida.
- Vincristina.
- Vinblastina.
- Ciclofosfamida.
- Carbamacepina.
- Oxitocina.
- Anestesia general.
- Antidepresivos tricíclicos.

Tabla 1

BIBLIOGRAFÍA

1. Sorensen JB, Andersen MK, Hansen HH.: "Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone in malignant disease." *J Intern Med* 1995; 238: 97-110
2. De Leiva Hidalgo A, Puig Domingo M.: "Enfermedades de la neurohipófisis y la epífisis". En: Rodés J. y Guardia J. ed. *Medicina Interna*.
3. Terpstra TL, Terpstra TL.: "Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion: recognition and management". *Med-surg Nurs* 2000 ;9:61-8.
4. Nagashima Y, Iino K, Oki Y, Ozawa M, et al: "A rare case of ectopic antidiuretic hormone-producing pancreatic adenocarcinoma: new diagnostic approach". *Intern Med* 1996; 35: 280-4.