

NOTA CLÍNICA



Gac Med Bilbao. 2020;117(1):35-37

Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) como forma de presentación de un carcinoma microcítico de pulmón

Orokietar-Rincón Oihane^a, Lombide-Aguirre Itxaso^a, Sánchez-Mayoral-Moris Alfonso^a

(a) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, Organización Sanitaria Integrada Biilbao-Basurto, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Euskadi, España

Recibido el 25 de febrero de 2019; aceptado el 7 de noviembre de 2019

PALABRAS CLAVE

Hiponatremia.
Síndrome inadecuado de secreción de hormona antidiurética (SIADH).
Carcinoma microcítico de pulmón.

Resumen:

El carcinoma microcítico de pulmón (SCLC Small cell lung cancer) conforma cerca del 15-20% de todos los casos de cáncer de pulmón. Es uno de los tumores sólidos de crecimiento más rápido y con mayor tendencia a producir metástasis a distancia de manera precoz. En cuanto a la clínica a nivel local suele asociarse a tos, disnea, dolor torácico, sibilancias o atelectasias. En cuanto a las metástasis a distancia los órganos más afectados son el hueso, el hígado y el sistema nervioso central. Por otro lado, destacar que es uno de los tumores sólidos que con mayor frecuencia produce síndromes paraneoplásicos como el síndrome de cushing, SIADH, o síndrome miasténico de Eaton-Lambert. Presentamos a continuación el caso de un paciente que ingresó en nuestro servicio por hiponatremia severa secundaria a SIADH, con el fin de remarcar la posibilidad diagnóstica de carcinoma microcítico de pulmón.

© 2020 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

GILTZA-HITZAK

Hiponatremia.
ADH jariatze desegokiaren sindromea.
Zelula txikietako birika minbizia.

Hormona antidiuretikoaren (SIADH) jariatze desegokiaren sindromea, Biriketako zelula txikietako minbizia aurkezteko modu gisa

Laburpena:

Biriketako zelula txikietako minbizia (SCLC Small cell lung cancer) birika minbizi guztien %15-20 da. Urrutira metastatizatzeko joera duen hazkuntza azkarreko tumore solidoa da. Alde batetik, tokiko klinikari dagokionez, ohikoa dira eztula, mina, arnasestua, sibilantziak edo atelectasia. Bestetik, urrutiko metastasien artean hezurra, gibela eta nerbio sistema aurkitzen ditugu. Azkenik, aipatzekoa da cushing sindromea, ADH jariatzea desegokiaren sindromea edota Eaton-Lambert sindromea bezalako síndrome paraneoplásikoak sortzeko joerarik handiena dutenen tumore solidoen artean dagoela. Ondo-

ren gure zerbitzuan ADH jariatzea desegokiaren sindromearengatik agertutako hiponatremia larria zela eta ingresatuta izandako gaixo baten kasua aurkezten dugu, birrikietako zelula txikietako minbiziak behin betiko diagnostikoa izateko duen aukera azpimarratzeko.

© 2020 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

KEYWORDS

Hyponatremia.
Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH).
Small cell lung cancer (SCLC).

Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH) as a form of presentation of a small cell carcinoma of the lung

Abstract:

Small cell lung cancer (SCLC), previously known as oat cell carcinoma, constitutes about 15 to 20% of lung cancers. Compared to other solid tumors, small cell lung carcinoma is one of the fastest growing tumors and it has a greater tendency to develop distant metastasis earlier. Local symptoms include cough, dyspnea, thoracic pain, wheezing or atelectasis. In regards to distant metastasis, the most common organs to be affected are bone, liver, and brain. On the other hand, also highlight the fact that it is one of the solid tumors that most often produce paraneoplastic syndromes like Cushing syndrome, SIADH, or Lambert-Eaton myasthenic syndrome. The following is an interesting case of a patient that was hospitalized in our service because of a severe hyponatremia due to SIADH. The purpose is to outline the possible diagnosis of having small cell lung carcinoma.

© 2020 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Introducción

El SIADH o síndrome inadecuado de secreción de hormona antidiurética, fue descrito por primera vez en 1957 por Schwartz y cols; se presenta en el 2% de los pacientes oncológicos, siendo el carcinoma de células pequeñas la neoplasia asociada más frecuente, con una presentación clínica hasta de 10%, siendo más frecuente en el extenso que en el limitado. Otras neoplasias en las que se ha reportado son el cáncer de próstata, páncreas, colon, corteza adrenal, así como en tumores de cabeza y cuello.

Presentamos a continuación el caso de un paciente ingresado en el servicio de Medicina Interna por hiponatremia, con el fin de remarcar la posibilidad diagnóstica de SIADH paraneoplásico dentro del diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Se trata de un varón de 69 años, jubilado, fumador importante (un paquete diario desde la juventud), que ingresa en el servicio de Medicina Interna por cuadro de dos semanas de evolución de dolor epigástrico continuo, no irradiado, asociado a náuseas y vómitos, sin otra sintomatología asociada en el interrogatorio por aparatos. Entre sus antecedentes médicos destacan hipertensión arterial y dislipemia, SAHOS leve e infección por *H. pylori* tratada. El tratamiento previo a su ingreso consistía en omeprazol, enalapril, amlodipino y atorvastatina.

En la exploración física el paciente presentaba buen estado general, estaba apirético, consciente y orientado, colaborador, sin signos de depleción de volumen. En la auscultación pulmonar destacaba la presencia de roncus en ambos campos pulmonares y la presencia de acropaquias en miembros superiores.

Entre las pruebas complementarias realizadas destacaban un sodio de 110 mmol/l, una LHD de 289 U/L y

una CK de 368 U/L, siendo la coagulación y el hemograma normales. La osmolaridad plasmática era de 238 mmol/Kg, la urinaria de 527 mmol/Kg y el sodio en orina de 27 mmol/l. Tanto las hormonas tiroideas como el cortisol eran normales mientras que el valor de la hormona ADH fue de 13.5 pg/ml.

La radiografía de tórax mostraba un conglomerado adenopático-paratraqueal derecho, por lo que ante la presencia de SIADH en un paciente con tabaquismo severo y acropaquias, con una imagen sospechosa en la Rx de tórax, se realizó una TC toraco-abdomino-pélvica (figura 1) que mostró múltiples adenopatías mediastínicas con conglomerado adenopático-paratraqueal derecho de 4,5 cm, adenopatías paratraqueales derechas altas y supraclavicular derecha de hasta 1,5 cm, adenopatías subcarinal e hilar derecha, con un nódulo de contornos espiculados en LID, con implantación pleural de 2,4 cm con pequeño nódulo satélite de 8 mm, presentando adenopatías en retroperitoneo alto; todo ello, compatible con neoplasia de pulmón en estadio radiológico T3 N3 M1c.

Se habló con el servicio de Neumología y se realizó una ecobroncoscopia, en estación paratraqueal baja, siendo en fresco positiva para malignidad y siendo la anatomía patológica definitiva positiva para infiltración por carcinoma de célula pequeña.

El paciente fue dado de alta, pendiente de iniciar tratamiento quimioterápico, con un sodio de 117 mmol/L tras restricción hídrica, ureal y tratamiento con dexametasona. A los 10 días sufrió un IAM inferoseptal, por lo que dada la naturaleza maligna de la enfermedad y su extensión, e incurabilidad del proceso, se desestimó la quimioterapia paliativa. En el TAC de control realizado al mes, presentó una progresión tumoral significativa, falleciendo a los 3 meses desde el diagnóstico.



Figura 1. Nódulo de contornos espiculados con implantación pleural.

Discusión

El SIADH se caracteriza por hiponatremia, hipoosmolaridad sérica, aumento en la excreción urinaria de sodio e hiperosmolaridad urinaria en ausencia de tratamiento con diuréticos, comprobando la función renal, adrenal y tiroidea y descartando causas como la cirrosis y la insuficiencia cardíaca.

La sintomatología depende de la gravedad y velocidad de instauración de la alteración electrolítica, siendo frecuentes las náuseas y vómitos, así como, los síntomas de intoxicación acuosa (agitación, confusión, crisis convulsivas y coma). En cuanto al tratamiento, la medida más importante es el control del proceso tumoral subyacente ya que la administración del tratamiento quimioterápico mantiene los niveles séricos de sodio en rango.

La asociación de suplementos de sal, para un consumo mínimo de 5 a 8 gramos de sal al día, restricción hídrica, el uso de furosemida o de tolvaptán (antagonista selectivo del receptor V2 de la AVP58) siguen siendo el tratamiento para la hiponatremia leve o moderada inducida por SIADH que no suponga una urgencia médica.

Por último mediante este caso queremos destacar la importancia de considerar al síndrome de SIADH como un “marcador” de una neoplasia subyacente, siempre que se hayan descartados otras causas.

Financiación

Los autores declaran que no han recibido ningún tipo de financiación para la realización de este artículo.

Agradecimientos

Al Dr. Daniel Solano, del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Basurto, por sus conocimientos y disponibilidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en relación con este artículo.

Bibliografía

- 1 Soupart A, Coffernils M, Couturier B, Gankam-Kengne F, Decaux G. Efficacy and tolerance of urea compared with vaptans for long-term treatment of patients with SIADH. *Clin J Am SocNephrol* 2012;7:742-7.
- 2 Noorlander I, Elite JW, Manintveld OC, Tournoy KG, Praet MM, van Meerbeeck JP, et al. A case of recurrent non-small-cell lung carcinoma and paraneoplastic Cushing's syndrome. *Lung Cancer* 2006;51:251-5.
- 3 Castillo JJ, Vicent M, Justice E. Diagnosis and management of hyponatremia in cancer patients. *The Oncologist* 2012; 17: 756-65.
- 4 Müssing K, Horger M, Häring HU, Wehrmann M. Syndrome of inappropriate hormone secretion and ectopic ACTH production in small cell lung carcinoma. *LungCancer* 2007;57:120-2.
- 5 Jurado Gámez B, García de Lucas MD, Gudín Rodríguez M. Cáncer de pulmón y síndromes paraneoplásicos. *AnMed Interna* 2001;18:440-6.