



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA Y VORTIOXETINA

Alicia Quirós López, Beatriz-Oda Plasencia García de Diego, Rafael Lara Flores.

aliquiros@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el consumo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ha aumentado notablemente (1). Estos antidepresivos se han promocionado como más seguros que los tricíclicos, sobre todo en ciertos pacientes de edad avanzada. Sin embargo, no están desprovistos de reacciones adversas potencialmente graves, como la hiponatremia, ¿pero qué ocurre con los nuevos antidepresivos como la vortioxetina, estructuralmente diferente al resto de psicótopos?

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Mujer de 86 años de edad que acude a Urgencias hospitalarias tras ser remitida desde el centro de Salud de referencia por malestar general intenso. Viuda desde hace años, vive sola en su domicilio con una cuidadora y con muy buen apoyo sociofamiliar.

Antecedentes personales

Somáticos

INTOLERANCIA A DICLOFENACO, CAPSICIN, TRANSTEC y OLMESARTRAN/AMLODIPINO.

HTA en tratamiento.

Dislipemia.

FA crónica anticoagulada con SINTROM bien controlada.

Cardiopatía hipertensiva.

Insuficiencia Renal leve.

Situación basal: FFSS conservadas. Autónoma para las ABVD.

Psiquiátricos

En seguimiento por psiquiatra privado por trastorno mixto ansioso-depresivo de 3 meses de evolución, sin respuesta a ISRS.

Antecedentes familiares

Sin interés.

SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA Y VORTIOXETINA

Enfermedad actual

Paciente con dolor epigástrico irradiado a región interescapular opresivo, no lacerante que mejora con diazepam, con tendencia a HTA. No cortejo vegetativo, ni vómitos ni diarrea.

Natremia inicial de 118 mM/L.

La paciente reconoce aumento de la ingesta hídrica por haber padecido recientemente una cistitis.

Dado los resultados analíticos se decide cursar ingreso en área de observación de Urgencias para reposición electrolítica con suero hipertónico en torno a 220 cc (51mEq/cc) .

Tras ello se repite analítica con nueva natremia de 126mM/L y se inicia tratamiento con Furosemida.

Exploración física

Paciente sudorosa, muy agitada impresiona de regular estado general.

AC: Rítmica y a buena frecuencia.

AR: MVC, subcrepitantes en bases.

Exploración neurológica: Ligera pero leve tendencia a la somnolencia.

Exploración abdominal: Abdomen globuloso, blando y depresible, no doloroso en estos momentos, sin masas ni megalias ni peritonismo.

MMII: Edemas bimaletolares.

Exploración funciones psíquicas

Consciente y orientada auto y alopsíquicamente. No se detectan alteraciones groseras de funciones superiores. Sin focalidad motora. No signos ni síntomas de síndrome confusional agudo. Sintomatología ansiosa grave.

Glasgow: 15/15.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Se realizan pruebas de imagen para estudio etiológico:

Radiografía de tórax y ECG, sin hallazgos relevantes.

TAC craneal y toraco-abdominal: negativo.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Se debe hacer diagnóstico diferencial con

- Hipovolemia crónica causada por diuréticos tiacídico
- Diarrea o vómitos (una natriuria alta sin rasgos de deshidratación sugiere el SIADH)
- Insuficiencia renal aguda y crónica
- Hipopituitarismo
- Insuficiencia corticoadrenal
- Hipotiroidismo

SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA Y VORTIOXETINA

-Pseudohiponatremia (baja concentración sérica de sodio en el contexto de hiperlipidemia o hiperproteïnemia graves).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

SIADH de origen farmacológico, secundario a Vortioxetina.

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

Restricción hídrica

Suspensión de la toma de Vortioxetina

Furosemida 40 mg /24 h

Control por MAP

EVOLUCIÓN

Tras unas horas de ingreso en observación y el tratamiento llevado a cabo, mejoría significativa de rápida evolución, con alta hospitalaria y seguimiento con las prescripciones anteriormente descritas.

No se ha probado la reintroducción del fármaco por la alta pluripatología de la paciente y considerando la alta gravedad potencial de esta reacción.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Por un lado se considera que el sexo femenino es un factor de riesgo para la aparición de SIADH e hiponatremia en tratamiento con ISRS, como es nuestro caso. Algunos estudios han señalado que la influencia del género se debe al menor peso corporal de las mujeres que al de los hombres, más que a otros factores dependientes del género (2). Otros estudios apuntan la mayor frecuencia de efectos adversos a medicamentos, en general, que tienen las mujeres y la mayor incidencia de depresión en el sexo femenino como posibles explicaciones.

Por otro lado en algún estudio se ha sugerido que la hiponatremia secundaria a ISRS sea un fenómeno únicamente de pacientes ancianos. Unos cuantos cambios fisiológicos en el equilibrio hidroelectrolítico predisponen a los ancianos a hiponatremia por diferentes causas. En este grupo de edad, la máxima capacidad de diluir y concentrar del riñón está mermada y la secreción de ADH puede estar ligeramente aumentada.

Son necesarias nuevas investigaciones para determinar la incidencia de este efecto adverso, el riesgo relativo de hiponatremia y SIADH en los diferentes grupos de edad y el riesgo asociado a los diferentes ISRS.

La recomendación que parece razonable tras la revisión de la literatura sería realizar controles periódicos de los niveles de sodio en sangre a los ancianos que inicien tratamiento con ISRS y estén en tratamiento concomitante con diuréticos tiazídicos, presenten bajo peso, niveles

SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA Y VORTIOXETINA

basales de sodio en sangre bajos o aparezca un deterioro general. Estos controles deberían realizarse especialmente durante las 3-4 primeras semanas de tratamiento y mantenerlos posteriormente más espaciados en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. R.A.M. Reacc Advers Medicam. Boletín informativo del Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid. Diciembre 2003; 10 (3).
2. Wilkinson T, Begg E, Winter A, Sainsbury R. Incidence and risk factors for hyponatremia following treatment with fluoxetine OR paroxetine in elderly people. J Clin Pharmacol. 47: 211-217.