

RELATO DE CASO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE SÍNDROME CEREBRAL PERDEDORA DE SAL E SÍNDROME DE ANTIDIURESE INAPROPRIADA

Maria Carolina Pedro Marinho, Camilla Cunha Correa, Caio Teixeira dos Santos, Renato Rachman Dargains, Ivan Lucas Picone Borges dos Anjos.
Hospital de Força Aérea do Galeão

Descritores: Síndrome de Secreção Inadequada de HAD, Hiponatremia, Hemorragia Subaracnóidea.

Introdução: Quando nos referimos às doenças no sistema nervoso central e a associação com hiponatremia, as duas principais síndromes a serem destacadas são síndrome de antidiurese inapropriada (SIADH) seguida da síndrome cerebral perdedora de sal (SCPS). A hemorragia subaracnoidea (HSA) desencadeia liberação do peptídeo natriurético pelos neurônios da neurohipófise. Isso ocorre de forma reacional à presença de sangue e ao consequente aumento da pressão intracraniana. **Objetivo:** ressaltar a importância do diagnóstico diferencial entre SCPS e SIADH, já que a terapêutica diverge entre si impactando na morbimortalidade dos pacientes. **Relato de caso:** C.F.C., 69 anos, cirrótico, internado devido à colangite biliar secundária à coledocolitíase. Evoluiu durante a internação com súbita redução do sensório e acidose metabólica. Na tomografia de crânio foi identificada HSA Fisher I. Paciente apresentava hiponatremia, diurese superior a 3000mL com balanço hídrico negativo. Dosagem de cortisol e função tireoideana sem alterações. Ácido úrico sérico de 3,4mg/dl, sódio urinário de 120 mEq/l, ácido úrico urinário 31,0 mg/dl e densidade urinária 1035. Ao exame físico, apresentava redução do turgor da pele, taquicardia e ultrassonografia à beira leito que evidenciava veia cava inferior medindo 1,3 cm, colabando com a respiração. Iniciado tratamento com reposição de Cloreto de Sódio 3% e, em associação, fora prescrito Fludrocortisona. Houve melhora do quadro clínico e, após redução do débito urinário e melhora da natremia, o paciente recebe alta hospitalar com programação de suspender a Fludrocortisona ambulatorialmente. **Discussão:** A hiponatremia é um dos distúrbios hidroeletrólíticos mais comuns em pacientes internados, e deve ser sempre investigada, uma vez que a correção impacta no prognóstico dos pacientes. A diurese elevada somada ao balanço hídrico muito negativo podem ser os primeiros sinais clínicos da SCPS. O diagnóstico da SCPS e SIADH consiste na presença de sódio sérico menor que 135 mEq/L, osmolaridade urinária superior a 100 mosmol/kg, sódio urinário acima de 40 mEq/L e ácido úrico sérico diminuído. A diferença entre tais síndromes é estabelecida através do status volêmico do paciente, tendo a SIADH uma hiponatremia euvolêmica e a SCPS hipovolêmica. A resolução da SCPS tende a ser autolimitada dentro de 4 a 6 semanas. **Conclusão:** Nota-se a importância da distinção entre SIADH e SCPS através da volemia do paciente e a implementação da terapêutica correta.