

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/295010543>

# Contribuição da Neuroimagem para o Diagnóstico de Secreção Inapropriada do Hormônio Antidiurético (SIADH) Contribution of Neuroimage to the Diagnosis of Inappropriate Antidiuretic...

Article · January 2012

CITATIONS

0

READS

99

4 authors, including:



[Luiz Felipe Rocha Vasconcellos](#)  
Federal University of Rio de Janeiro

45 PUBLICATIONS 182 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Ana Cláudia Celestino Leite](#)  
Fundação Oswaldo Cruz

74 PUBLICATIONS 655 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Dissertação de Mestrado [View project](#)

**Mini-Relato de CASO**

# **Contribuição da Neuroimagem para o Diagnóstico de Secreção Inapropriada do Hormônio Antidiurético (SIADH)**

Contribution of Neuroimage to the Diagnosis of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion (SIADH)

*Luiz Felipe Rocha Vasconcellos<sup>1,2</sup>  
Ana Claudia C B Leite<sup>3</sup>*

O diagnóstico diferencial entre SIADH e síndrome perdedora de sal pode ser difícil. A fisiopatologia da síndrome perdedora de sal ainda é obscura, sendo postulado que ocorra aumento do peptídeo natriurético atrial. A determinação precoce do diagnóstico é fundamental, pois o tratamento da hiponatremia nas 2 condições é diferente.<sup>1</sup>

Relatamos caso de paciente com história de TCE que evoluiu 6 dias após com hiponatremia aguda por SIADH. A neuroimagem foi importante no diagnóstico diferencial.

## **Relato do caso**

Mulher, 23 anos, sofreu acidente automobilístico com breve perda da consciência. Realizada RM de crânio que demonstrou focos de hemossiderina na sequência em gradiente echo. Evoluiu estável do ponto de vista neurológico, sendo que 6 dias após o acidente apresentou perda da consciência aguda com postura tônica seguido de coma. Exame relevantes: \*Sódio sérico: 116 mEq/dl (com redução da osmolaridade sérica e urinária); \*EEG: compatível com estado de mal epiléptico;

\*RM de sela túrcica: perda da diferenciação entre neuro e adenohipófise, assim como do volume hipofisário (Figura [A]).

Recebeu tratamento para SIADH sendo corrigida a hiponatremia e tratado estado de mal epiléptico com fenitoína e midazolam. Houve normalização da RM

de sela após o tratamento (Figura [B]). Recebeu alta após duas semanas assintomática.

A dosagem de sódio urinário e osmolaridade tem valor limitado na diferenciação entre SIADH e síndrome perdedora de sal. A RM de hipófise pode revelar na SIADH redução da neuro-hipófise por depleção de ADH, com perda da diferenciação entre adeno e neuro-hipófise, como no presente caso.<sup>1</sup>

Outro fato que merece ser destacado em nosso caso foi a instalação tardia da SIADH em relação ao TCE, ou seja, 6 dias após o mesmo. Há relato na literatura de casos de instalação tardia de SIADH pós TCE.<sup>2</sup>

A neuroimagem parece ter papel importante no diagnóstico diferencial entre SIADH e síndrome perdedora de sal, sendo útil na determinação do diagnóstico preciso e consequentemente tratamento adequado precoce reduzindo a morbi-mortalidade.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Neurologia Deolindo Couto; <sup>2</sup>Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro; <sup>3</sup>FIOCRUZ-IPEC

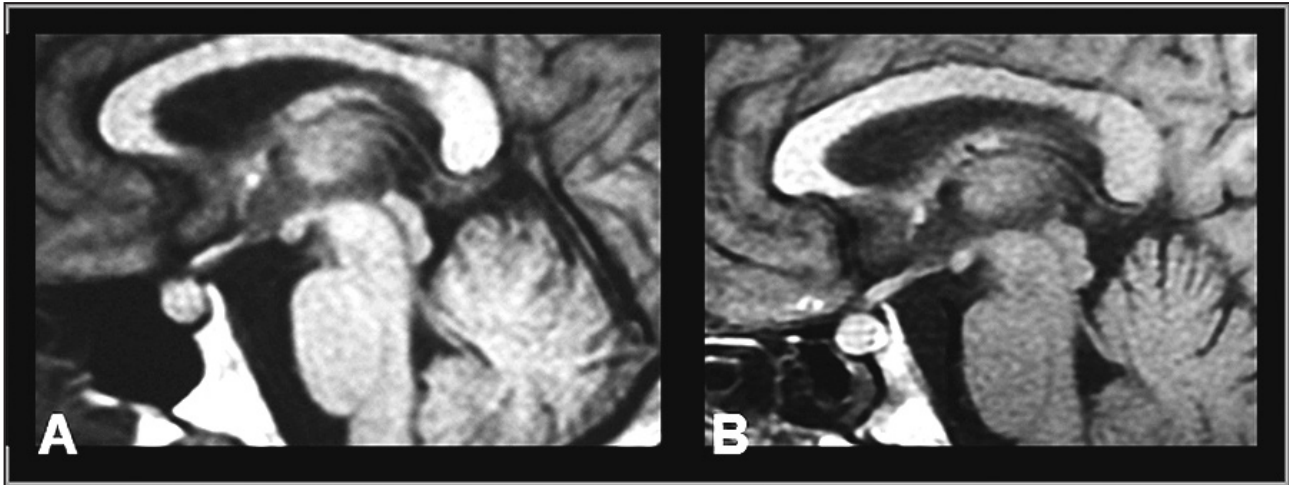


Figura. RM de sela túrcica - [A]: fase de hiponatremia; [B]: após tratamento.

### Referências

1. Vachharajani TJ, Zaman F, Abreo KD. Hyponatremia in critically ill patients. *J Intensive Care Med.* 2003;18(1):3-8.
2. Kumar PD, Nartsupha C, Koletsky RJ. Delayed syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion 1 year after a head injury. *Ann Intern Med.* 2001 ;135(10):932-3