

Síndrome inapropriada do hormônio antidiurético (SIADH) pós-abdominoplastia

Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH) post abdominoplasty

FERNANDO PASSOS DA ROCHA¹

MARCELO WILSON ROCHA

ALMEIDA²

DJALMA JOSÉ FAGUNDES³

HENRI CHAPLIN RIVOIRE⁴

FABRÍCIO VALANDRO RECH⁵

Trabalho realizado na Santa Casa
de Misericórdia de Pelotas,
Pelotas, RS.

Artigo recebido: 6/3/2008

Artigo aceito: 19/5/2008

RESUMO

Este é um caso de síndrome inapropriada do hormônio antidiurético (SIADH) em uma mulher, 39 anos, hígida, sem comorbidades importantes, submetida a abdominoplastia sem lipoaspiração associada, que desenvolveu, 30 horas após a cirurgia, hiponatremia aguda (sódio 114,9 mEq/L-1), com importantes manifestações neurológicas. O difícil diagnóstico precoce desta situação clínica grave, em pacientes saudáveis, pode causar importantes sequelas neurológicas e até mesmo o óbito. O diagnóstico precoce e a instituição de tratamento de reposição corretos são a chave para evitar lesões cerebrais irreversíveis.

Descritores: Hiponatremia. Desequilíbrio hidro-eletrolítico. Síndrome de secreção inadequada de HAD. Cirurgia plástica/efeitos adversos.

SUMMARY

This is a case of syndrome of inappropriate anti-diuretic hormone (SIADH) in a healthy woman, 39 years old without comorbites, with developed postoperative acute hyponatremia (sodium 114 mEq/L-1) after abdominoplasty without liposuction with important neurologic manifestations. The initial diagnosis of this syndrome in normal patients could avoid permanent neurologic damage. The early recognition and correct treatment are vital to avoid a poor cerebral outcome.

Descriptors: Hyponatremia. Water-electrolyte imbalance. Inappropriate ADH syndrome. Postoperative complications. Surgery, plastic/adverse effects.

INTRODUÇÃO

A hiponatremia é uma síndrome caracterizada pela concentração plasmática de sódio menor que 135mEq.L-1, e está relacionada à osmolaridade dos solutos que é dada pela concentração de sódio e glicose no sangue e sua relação com o balanço hídrico¹. Existe um delicado equilíbrio entre a absorção de sódio e sua eliminação renal, que é regulada pela secreção de aldosterona e pela porcentagem de filtração glomerular, sendo que a reabsorção ocorre no túbulo proximal renal por meio de um mecanismo túbulo glomerular de *feedback*^{1,2}.

As hiponatremias podem ser classificadas em hipovolêmicas, hipovolêmicas e isovolêmicas (normovolêmica ou euvolêmica)^{1,2}.

A manifestação mais comum de hiponatremia euvolêmica é a síndrome inapropriada da secreção do hormônio antidiurético (SIADH)². Ela é caracterizada por: hiponatremia e hipotonicidade plasmática; osmolaridade urinária excedendo a plasmática; elevada excreção renal de sódio com balanço hídrico normal; ausência de edema ou depleção de volume plasmático; função renal, tireoidiana e adrenal normais¹.

A abdominoplastia é um procedimento prevalente em cirurgia plástica, com índices baixos de complicações no pós-operatório³.

Hiponatremia normovolêmica, excetuando as cirurgias renais, é de ocorrência rara, principalmente em cirurgia plástica⁴. Publicação recente da Sociedade Americana de Cirurgia Plástica Estética envolvendo 20.029 abdominoplastias não relata este tipo de complicação³. Em cirurgia plástica,

1. Membro Associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Prof. Assistente do Departamento de Cirurgia da UCPel (RS).

2. Residente de Cirurgia Plástica do Instituto Ivo Pitanguy.

3. Prof. Associado do Departamento de Cirurgia da UNIFESP-EPM (SP).

4. Prof. Adjunto e Chefe do Departamento de Cirurgia da FURG (RS)

5. Cirurgião Geral e Especialista em Medicina Hiperbárica.

na revisão da literatura foi localizado apenas um relato de SIADH em pós-operatório de ritidectomia⁵.

Em virtude da raridade da síndrome em intervenções plásticas, assim como a sua gravidade, é apresentado um caso de SIADH no pós-operatório de abdominoplastia, sem lipoaspiração, em paciente previamente hígida.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 39 anos, branca, IMC 26, não fumante, sem comorbidades, usuária de cloridrato de fluoxetina (Fluoxetin® - Laboratório Cristália - Brasil) 20mg ao dia, com história prévia cirúrgica de uma cesariana sem complicações. Foi classificada como risco anestésico ASA 1 e submetida a abdominoplastia convencional^{3,6,7}, sem lipoaspiração.

O procedimento operatório transcorreu sem intercorrências. A paciente foi encaminhada para a sala de recuperação pós-operatória com respiração espontânea e extubada, com saturação de O₂ em 98% e pressão arterial (PA) final de 100/60 mmHg. Foram administrados por via endovenosa 1500mL de solução fisiológica e 1500mL de ringer lactato, sendo a duração do procedimento de duas horas e trinta minutos.

A paciente recebeu alta da sala de recuperação anestésica consciente. Passadas trinta horas da cirurgia, a paciente passou a apresentar quadro de agitação psicomotora, desorientação espaço-temporal e tremores de membros superiores. Progressivamente, o quadro clínico evoluiu para coma superficial, sendo transferida para a unidade de tratamento intensivo (UTI).

Os exames laboratoriais de rotina, tomografia cerebral e gasometria arterial apresentavam-se normais, com exceção do sódio plasmático, que apresentava valor de 114,9 mEq.L-1. Foi então levantada a hipótese de SIADH e iniciado o tratamento com solução de cloreto de sódio a 20%, 60mL diluídos em 1000mL de solução fisiológica a 0,9% com um gotejamento de 80mL.h-1.

Seis horas após o início da reposição, o sódio atingiu o valor de 124,8mEq.L-1 e a paciente começou a sair do coma. Quando atingiu o valor de 142,8mEq.L-1, a paciente recobrou a lucidez, mas persistia amnésia das últimas dezoito horas. Recebeu alta no 4º dia de pós-operatório, assintomática.

DISCUSSÃO

A gravidade e as sequelas que podem advir da hiponatremia estão relacionadas ao início da manifestação dos sintomas, seu diagnóstico e tratamento precoce. Foram observados 4 óbitos em pós-operatório de 15 mulheres previamente hígidas [28 ± 4 horas contra 57 ± 8 horas de pós-operatório

(p<0,05)]⁸. Em nossa paciente, a hiponatremia foi diagnosticada com trinta horas de pós-operatório, o que poderia ter evoluído para um desfecho trágico, não fosse a suspeição clínica e a instituição precoce do tratamento.

O haloperidol⁹, diuréticos tiazídicos, prednisona, narcóticos, propranolol e o sexo feminino¹⁰ estão relacionados com maior incidência de SIADH, assim como tempo prolongado de anestesia geral⁴.

Sequelas neurológicas dependem da magnitude da hiponatremia, da precocidade do início do tratamento e de um balanço entre um aumento do edema cerebral e a perda de eletrólitos no cérebro, a reposição rápida também é responsável por lesões desmielinizantes que igualmente podem ser fatais¹.

O tratamento depende da gravidade da hiponatremia e baseia-se em: solução salina isotônica a 0,9%, solução salina hipertônica a 3%, restrição de fluidos e uso de diuréticos tiazídicos¹. Em nossa paciente utilizamos solução de cloreto de sódio a 20%, 60 mL diluídos em 1000 mL de solução fisiológica a 0,9% com um gotejamento de 80 mL.h-1.

Em hiponatremias graves com sódio menor 120mEq.L-1, a velocidade de correção deve ser de 1 a 2 mEq.L-1.h até os sintomas regredirem e o sódio plasmático atingir 120mEq.L-1 ou se atingir uma dose de 20mEq.L-1 em 24 horas de tratamento. Havendo necessidade de monitorização de duas em duas horas¹.

Neste caso descrito nos pareceu importante o diagnóstico precoce bem como a instituição do tratamento correto, em virtude de sobreviver sequelas neurológicas definitivas se essas atitudes não forem tomadas.

REFERÊNCIAS

1. Patel GP, Balk RA. Recognition and treatment of hyponatremia in acutely ill hospitalized patients. *Clin Ther.* 2007;29(2):211-29.
2. Adroguè HJ, Madias NE. Hyponatremia. *N Engl J Med.* 2000;324(21):1581-9.
3. Matarasso A, Swift RW, Rankin M. Abdominoplasty and abdominal contour surgery: a national plastic surgery survey. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(6):1797-808.
4. Chung HM, Kluge R, Schrier RW, Anderson RJ. Postoperative hyponatremia. A prospective study. *Arch Intern Med.* 1986;146(2):333-6.
5. Jallali N, Lamberty BG. A rare and nearly fatal complication of rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(1):279-80.
6. Bozola AR, Bozola AC. Abdominoplastias. In: Mélega JM, editor. *Cirurgia plástica: fundamentos e arte.* Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.609-24.
7. Sinder R. Abdominoplastias. In: Carreirão S, Cardim V, Goldenberg D, editores. *Cirurgia Plástica: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.* São Paulo: Atheneu; 2005. p.621-46.
8. Arief AI. Hyponatremia, convulsions, respiratory arrest, and permanent brain damage after elective surgery in healthy women. *N Engl J Med.* 1986;314(24):1529-35.
9. Kramer DS, Drake ME Jr. Acute psychosis, polydipsia and inappropriate secretion of antidiuretic hormone. *Am J Med.* 1983;75(4):712-4.
10. Cooper BC, Murray CA. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone in a healthy woman after diagnostic laparoscopy and hysteroscopy: a case report. *J Reprod Med.* 2006;51(3):199-201.

Correspondência para:

Fernando Passos da Rocha
Rua 15 de Novembro, 1597 – Pelotas, RS, Brasil – CEP 96015-000
E-mail: fprocha.sul@terra.com.br