

2) Síndrome da secreção inapropriada de hormônio antidiurético (SIADH)

Deve-se **suspeitar da SIADH em** todo paciente com hiponatremia, osmolalidade urinária inapropriadamente elevada, sódio urinário elevado e sem alteração no equilíbrio ácido-básico. As **principais causas** de SIADH, tendo-se afastado insuficiência suprarrenal e hipotireoidismo, são: afecções de sistema nervoso central (hemorragias, acidentes vasculo-cerebrais, infecções, etc), tumores produtores de ADH (como carcinoma pulmonar de pequenas células), drogas (clorpropamida, carbamazepina, ciclofosfamida, etc), cirurgias de grande porte, cirurgias hipofisárias, doença pulmonar, HIV, administração exógena de DDAVP e SIADH hereditário. O tratamento baseia-se na presença ou não de quadro clínico e na velocidade de instalação do mesmo.

Diagnóstico:

- Hiponatremia não hipovolêmica
- Osmolalidade plasmática baixa
- Osmolalidade urinária inapropriadamente elevada (acima de 100 mOsm/kg)
- Concentração de sódio urinário acima de 40 mEq/l
- Ausência de hipotensão, hipovolemia e hipocalemia.
- Função tireoidiana, renal e suprarrenal normais

Tratamento

Casos assintomáticos:

- Restrição hídrica, quando possível, aumentando-se a oferta de NaCl via oral,

Casos sintomáticos moderados:

- Soro fisiológico
- Furosemida 20 mg por via endovenosa
- Objetivo: elevação do sódio sérico de 0,5-1,0 mEq/L/h.
- Dosar sódio sérico a cada 4 horas e ajustar a velocidade de infusão do soro fisiológico.
- Suspender tratamento quando houver elevação do sódio sérico de 8-12 mEq/L nas primeiras 24 hs.

Casos sintomáticos agudos ou com sintomas neurológicos:

- NaCl 3% - 1-2 ml/kg/h por via endovenosa
- Furosemida 0,5 a 2 mg/kg/dia, dividido em 2-3 vezes. Objetivo: elevação do sódio sérico de 2 mEq/L/h.
- Dosar Na sérico a cada 2 horas e ajustar a velocidade de infusão do NaCl 3%.

Cálculo da variação esperada do sódio sérico com infusão de 1 litro de qualquer solução:

$$\Delta \text{Na estimada} = [\text{Na}] \text{ infusão} - [\text{Na}] \text{ sérico} / \text{Água corporal total} + 1$$

Água corporal total por sexo e idade:

Sexo e faixa etária	Água corporal total
Homem < 65 anos	Peso (kg) x 0,6
Homem ≥ 65 anos	Peso (kg) x 0,5

Mulher < 65 anos	Peso (kg) x 0,5
Mulher ≥ 65 anos	Peso (kg) x 0,45

Hiponatremia crônica:

- Tratar a causa, quando possível.
- Restrição hídrica de 500 a 1000 ml por dia.
- Se inefetivo ou pouco tolerado:
 - NaCl via oral 6 a 12 gramas por dia.
 - Carbonato de lítio por via oral 600 a 1200 mg ao dia.
 - Demeclociclina por via oral 300 a 600 mg 2 vezes ao dia.

Os antagonistas de ação do ADH (vaptanos) são mais eficiente e menos tóxicos. Aguardamos disponibilidade para uso clínico em nosso país.

Hipovolemia com elevação do BNP, em hiponatremia com alta fração de excreção de sódio, deve ser tratada com soluções salinas e fludrocortisona pela alta probabilidade de síndrome perdedora de sal.