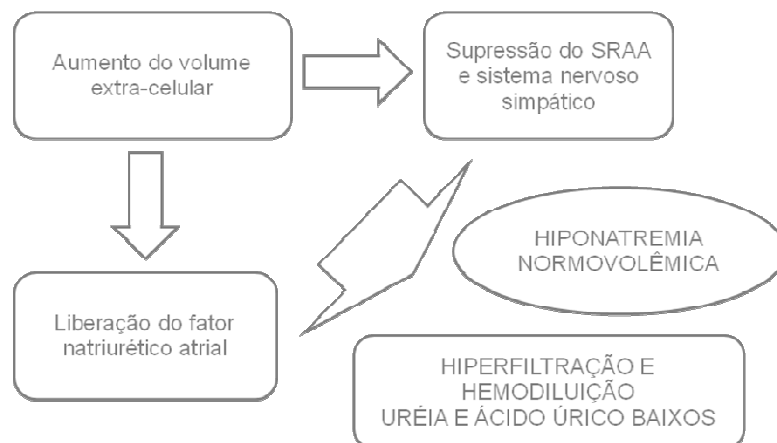


SÍNDROME DA SECREÇÃO INAPROPRIADA DE HORMÔNIO ANTIDIURÉTICO (SIADH)

- Ocorre devido à liberação persistente do ADH ou de peptídeos ADH-símiles, na ausência de estímulos osmóticos e não osmóticos
- Há quatro padrões:
 - Tipo A: liberação errática, sem relação com osmolalidade
 - Tipo B: constante e modesta liberação de ADH
 - Tipo C: limiar para liberação de ADH ↓
 - Tipo D: ativação dos receptores V2 independente dos níveis de ADH
- Deve ser suspeitada na presença de:
 - Hiponatremia ($\text{Na} < 130\text{mEq/L}$)
 - $P_{\text{Osm}} < 280\text{mOsm/Kg}$
 - $U_{\text{Osm}} > 100\text{mosm/Kg}$
 - $\text{Na urinário} > 40\text{mEq/L}$
 - Ausência de IC, insuficiência hepática e síndrome nefrótica
 - Ausência de hipotireoidismo e insuficiência adrenal



CAUSAS DE SIADH

- Distúrbios do SNC
 - TCE
 - Isquemia
 - Hemorragia subaracnoidea
 - Hidrocefalia
 - Encefalite
 - Síndrome de Guillain-Barré
 - Meningite
 - Psicose aguda
 - Porfíria intermitente aguda
- Lesões pulmonares
 - Tuberculose
 - Pneumonia bacteriana
 - Aspergilose
 - Bronquiectasias
 - Neoplasias
 - Ventilação sob pressão positiva
- Causas malignas
 - Carcinoma broncogênico
 - Carcinoma pancreático
 - Carcinoma prostático
 - Carcinoma celular renal
 - Adenocarcinoma de cólon
 - Timoma
 - Osteossarcoma
 - Linfoma maligno
 - Leucemia
- Fármacos que aumentam produção de ADH
 - Antidepressivos tricíclicos, IMAO, IRSS
 - Ciclofosfamida, vincristina, azatioprina, colchicina
 - Carbamazepina
 - Clofibrato

- Halopridol, fenotiazinas
- Antiparkinsonianos
- Potencializam a ação do ADH
 - Carbamazepina
 - Clorpropamida, tolbutamida
 - Ciclofosfamida
 - AINH
 - Somatostatina e análogos
 - Narcóticos
 - Amiodarona
- Outros
 - Pós-operatório
 - Dor
 - Estresse
 - SIDA
 - Gravidez
 - Hipopotassemia
- Idiopática

QUADRO CLÍNICO

- Causa mais comum de hiponatremia grave
- Sintomas relacionados com o grau e a velocidade de instalação da hiponatremia
 - Cefaléia
 - Dificuldade de concentração
 - Cãimbras
 - Fraqueza
 - Confusão mental
 - Alucinações
 - Convulsões
 - Coma

- Parada cardíaca
- Considerar casos assintomáticos

TRATAMENTO

- Hiponatremia sintomática:
 - Reposição de NaCl 3% - não ultrapassar 10mEq/L/24h
- Assintomática:
 - Restrição hídrica (800mL/dia)
 - EXCETO NA HSA pelo risco de vasoespasm
- IDENTIFICAR E TRATAR A CAUSA

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- Demeclociclina 900 a 1200mg/dia
 - Fotossensibilidade, nefrotoxicidade
- Diurético de alça (furosemida 20mg/d)
- Fludrocortisona (0,1 a 0,5mg/d)
 - Síndrome cerebral perdedora de sal
- Lítio 600 a 1200mg/dia
 - Hipercalcemia, hipotireoidismo, arritmias, DIN
- Uréia 30g/dia: diurese por soluto
- Antagonistas do receptor da vasopressina
 - São efetivos no tratamento de hiponatremia normovolêmica e hipervolêmica
 - Conivaptan
 - Uso venoso (20 + 20 a 40mg/d)
 - Não-seletivo (antagonismo V1 e V2)
 - Pacientes hospitalizados
 - Hipotensão ortostática, reação local, hipocalcemia, febre
 - Tolvaptan
 - Forma oral é segura e efetiva em hiponatremia crônica
 - Administração prolongada mantém natremia elevada numa

margem de segurança aceitável

- Limitações:
 - * Dá sede
 - * Rápido aumento da natremia
 - * Alto custo
- Lixivaptan
 - Modalidade terapêutica promissora para o tratamento de várias doenças e prevenção da morbidade e mortalidade associadas à hiponatremia
- Satavaptan
 - Corrige adequadamente hiponatremia leve ou moderada em pacientes com SIADH
 - Possui boa margem de segurança