



# Síndrome da Secreção inapropriada de ADH secundária a Tuberculose Miliar em paciente HIV-negativo: relato de caso

Marcela dos Santos Arruda<sup>1</sup>; Daniely Sobreira Cariry Barbosa<sup>1</sup>; Mariana Távora de Sousa Domingues<sup>1</sup>; Paulo Silveira Tasso<sup>1</sup>; Amanda da Silva Brito<sup>1</sup>

1. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

## Introdução

Síndrome da secreção inapropriada de ADH (SIADH) é um distúrbio da excreção de água causado pela incapacidade de suprimir a liberação de ADH e pode ser causada por distúrbios sistêmicos ou por secreção ectópica do hormônio. Doenças pulmonares, entre elas, tuberculose, é uma das causas de SIADH, embora com mecanismo de desenvolvimento não completamente estabelecido.

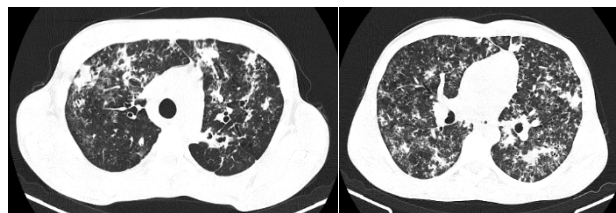
## Objetivos

Descrever caso de paciente com diagnóstico de tuberculose miliar que evoluiu com quadro de hiponatremia sintomática secundária a SIADH.

## Descrição do Caso

Paciente 30 anos, masculino, previamente hígido, admitido em hospital terciário de Recife-PE com disfagia e perda de 20Kg nos últimos 3 meses. Durante investigação, realizada videolaringoscopia e evidenciado um granuloma laríngeo, com biópsia apresentando processo inflamatório crônico, necrotizante, em atividade. Evoluiu com tosse e febre diária, optando por buscar auxílio médico na emergência, onde tomografia (TC) de tórax demonstrou opacidades reticulo-micronodulares difusas, compatível com tuberculose miliar, seguido de baciloscopia do escarro e PCR para tuberculose positivos, sendo iniciado esquema de tratamento padrão. Por linfopenia importante (2,5-6,5%) e diante de quadro de base, foi iniciada investigação para imunossupressão, com HIV negativo em duas amostras, porém com baixa contagem de cd4(125) e cd8(113), sendo levantada hipótese de imunodeficiência celular primária. Nos primeiros dias do internamento, paciente evoluiu com alteração no nível de consciência, apresentando sonolência, hipoatividade, náuseas e vômitos, sendo identificado hiponatremia (Na:120), e osmolaridade sérica 248 mOsm/L; solicitado cortisol sérico as 8h (29,8), realizada TC de abdômen com protocolo para adrenal além de RNM de crânio, sem alterações que justificassem o quadro.

Diante de achado de osmolaridade urinária e concentração de sódio urinários inapropriadamente elevados, foi feito o diagnóstico de SIADH. Após três semanas do início do tratamento para tuberculose o paciente evoluiu com estabilidade clínica e do sódio sérico, recebendo alta hospitalar. Em retorno ambulatorial paciente segue com progressiva melhora, e boa adesão ao tratamento, mantendo níveis de sódio adequados.



**Figura 1.** Cortes tomográficos evidenciando múltiplos micronódulos pulmonares de distribuição randômica, predominantemente centrolobular e vários em aspecto de árvore em brotamento, envolvendo todos os lobos pulmonares e com predomínio em lobos superiores, destacando-se ainda nódulos escavados e consolidações.

## Considerações Finais

Foi relatado um caso de SIADH secundário a pneumopatia por tuberculose miliar, que foi superado com o tratamento da patologia subjacente. Trata-se de uma condição pouco frequente que apresenta mortalidade elevada se não identificada e tratada.

## Referências Bibliográficas

LEE, P et al. Hyponatremia in Pulmonary TB Evidence of Ectopic Antidiuretic Hormone Production. Chest Journal., [S. l.], p. 207-208, 01 jan. 2010.

KNOOP, H et al. Syndrome of Inadequate Antidiuretic Hormone Secretion in Pulmonary Tuberculosis – a Therapeutic Challenge. Pneumologie., [S. l.], p. 219-222, 2013.

NISHIZAWA, Y et.al. A case of pulmonary tuberculosis initially presented with syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH). Kekkaku., [S. l.], p. 27-31, jan. 2003.