Mielinólise pontina após correção rápida de hiponatremia

OBJETIVO

Discutir complicação neurológica da correção rápida de natremia utilizando como exemplo um caso da prática clínica.

RELATO DO CASO

Paciente 56 anos, sexo feminino, inicia rebaixamento do sensório agudo, sem outros sintomas. Exame neurológico com rebaixamento do sensório, sem sinais focais ou meningismos. Tomografia computadorizada do crânio (TCC) evidencia malácea temporal esquerda, laboratório com sódio sérico a 113mEq/L. Encaminhada à unidade de terapia intensiva (UTI) para suporte neurológico e manejo de hiponatremia. Iniciada reposição de sódio com soro fisiológico 0,9% em 01/05 para correção de hiponatremia hipovolêmica, mantida por 2 dias. Em 02/05, natremia a 119mEq/L. Iniciada solução salina hipertônica 3% em 03/05, sem registro da velocidade de infusão. 10h após infusão, natremia a 140mEq/L – suspensa correção. Evolui com melhora do nível de consciência, apenas curtos períodos de confusão mental. Em 48h evolui com hipernatramia - de 143 para 153mEq/L. Em 72h, piora clínica, torpor e choque séptico com necessidade de via aérea avançada. TC do tórax evidencia nova consolidação pulmonar. Paciente é readmitida em UTI sob ventilação mecânica e sedoanalgesia, com boa resposta clínica em vigência de antibioticoterapia. Retirada sedação para avaliar despertar, exame neurológico com abertura ocular espontânea, sem resposta motora ou verbal, hiperreflexia global, sinal de Babinski bilateral e movimentação ocular vertical preservada – achados estes ausentes antes. Nova TC do crânio evidencia hipodensidade em ponte consistente com mielinólise pontina e síndrome do encarceramento.

CONCLUSÃO

Doença desmielinizante aguda, a mielinólise pontina resulta de grandes variações na osmolaridade sérica pelo rápido aumento da natremia. Apresentação clínica pode ser tardia, até dias após correção do sódio, sendo sintomas comuns disartria ou mutismo e sintomas clássicos tetraparesia espástica e paralisia pseudobulbar secundária ao envolvimento dos tratos corticoespinhal e corticobulbar. TCC pode mostrar hipodensidade na ponte, sendo a RNM do crânio exame mais sensível com achado na ponte de hipossinal em T1. Prognóstico extremamente variável, desde recuperação completa até óbito. Não há tratamento específico para esta condição.

Correção de natremia sempre deve ser feita com cautela, a fim de respeitar os limites de variação do sódio sérico em 24 horas, a não ultrapassar 10mEq/L, considerando que distúrbios causados ​​pela rápida correção são potencialmente catastróficos e irreversíveis.