

Síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético secundário à adenocarcinoma de próstata - relato de caso

Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone secondary to prostate adenocarcinoma - case report

DOI:10.34119/bjhrv6n4-121

Recebimento dos originais: 26/06/2023

Aceitação para publicação: 24/07/2023

Ana Carolina Araujo Freire Fortes

Residente em Clínica Médica

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Endereço: QNM 27, Área Especial 1, QNM 28, Ceilândia, Brasília – DF, CEP: 72215-270

E-mail: anacarolina.amf@gmail.com

Carla Diniz Nascimento Santos

Especialista em Nefrologia

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Endereço: QNM 27, Área Especial 1, QNM 28, Ceilândia, Brasília – DF, CEP: 72215-270

E-mail: carlayusuke@gmail.com

Luciana da Costa Ferreira

Mestre em Ciências para a Saúde

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Endereço: QNM 27, Área Especial 1, QNM 28, Ceilândia, Brasília – DF, CEP: 72215-270

E-mail: ferreira.dra@gmail.com

Catarina Matos da Costa

Residente em Clínica Médica

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Endereço: QNM 27, Área Especial 1, QNM 28, Ceilândia, Brasília – DF, CEP: 72215-270

E-mail: catarina.mdacosta@gmail.com

Laura Magda Costa Feitosa

Residente em Clínica Médica

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Endereço: QNM 27, Área Especial 1, QNM 28, Ceilândia, Brasília – DF, CEP: 72215-270

E-mail: lauramagdacf@gmail.com

Vitoria Vieira

Residente em Clínica Médica

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Endereço: QNM 27, Área Especial 1, QNM 28, Ceilândia, Brasília – DF, CEP: 72215-270

E-mail: vieiravitoria1608@gmail.com

Jessica Meneses Amaral

Residente em Clínica Médica

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Endereço: QNM 27, Área Especial 1, QNM 28, Ceilândia, Brasília – DF, CEP: 72215-270

E-mail: jemenesees@gmail.com

Yasmin Fagundes Magalhães

Residente em Clínica Médica

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Endereço: QNM 27, Área Especial 1, QNM 28, Ceilândia, Brasília – DF, CEP: 72215-270

E-mail: drayasminfagundes@gmail.com

RESUMO

Introdução: A síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético (SIADH) pode ser causada por tumores malignos ou benignos, doenças neurológicas e medicações. A hiponatremia é o distúrbio hidroeletrólítico mais comum no paciente internado, e a SIADH uma das causas mais comuns. A hiponatremia está associada à internação prolongada e aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes. Portanto, seu tratamento correto é essencial. O tumor maligno mais comum causador de SIADH é o tumor de pulmão de pequenas células; o câncer de próstata é uma causa rara dessa síndrome. Relato de caso: Trata-se de paciente, do sexo masculino, de 75 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de próstata acinar usual, sem início de tratamento. Deu entrada no pronto socorro com quadro de rebaixamento do nível de consciência, sendo evidenciado hiponatremia grave em exame laboratorial. Após descartadas outras causas, foi feito diagnóstico de SIADH paraneoplásica. Conclusão: A associação de SIADH e carcinoma de próstata é pouco frequente e há poucas publicações, porém é uma condição de alta morbimortalidade. Um diagnóstico precoce, fornece possibilidade terapêutica correta, diminuindo tempo de internação do paciente, morbidade e mortalidade.

Palavras-chave: SIADH e adenocarcinoma de próstata, síndromes paraneoplásicas, hiponatremia.

ABSTRACT

Introduction: Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) can be caused by malignant or benign tumors, neurological diseases and medications. Hyponatremia is the most common fluid and electrolyte disorder in hospitalized patients, and SIADH is one of the most common causes. Hyponatremia is associated with prolonged hospitalization and increased patient morbidity and mortality. Therefore, its correct treatment is essential. The most common malignant tumor causing SIADH is the small cell lung tumor; prostate cancer is a rare cause of this syndrome. In this article we report a case of a patient with SIADH due to prostate adenocarcinoma. Case report: This is a 75-year-old male patient diagnosed with usual acinar prostate adenocarcinoma, without initiation of treatment. He was admitted to the emergency room with a lowering of the level of consciousness, with severe hyponatremia being evidenced in laboratory tests. After ruling out other causes, a diagnosis of paraneoplastic SIADH was made. Conclusion: The association of SIADH and prostate cancer is infrequent and there are few publications, but it is a condition with high morbidity and mortality. An early diagnosis provides the possibility of correct treatment, verification of the patient's length of stay, morbidity and mortality.

Keywords: SIADH and prostate adenocarcinoma, syndrome paraneoplastic, hyponatremia.

1 INTRODUÇÃO

A síndrome da secreção inapropriada de hormônio antidiurético (ADH), é a causa mais comum de hiponatremia normovolêmica e foi descrita na década de 50 (1,2). Na SIADH ocorre uma inabilidade de diluir a urina na presença de hipoosmolaridade plasmática (3). Sendo caracterizada por hiponatremia ($\text{Na} < 135 \text{ mEq/L}$), hipoosmolaridade plasmática ($\text{Osm} < 280 \text{ mOsm/L}$); hiperosmolaridade urinária e excreção urinária de sódio superior a 20 a 25 mEq/L. A SIADH pode acontecer em uma variedade de condições benignas e malignas como neoplasias, distúrbios do sistema nervoso central, doenças pulmonares e medicações. As neoplasias continuam como a causa mais comum de SIADH, e parecem sintetizar ou secretar o ADH; sendo a neoplasia mais comum descrita o câncer de pulmão de pequenas células (3,4).

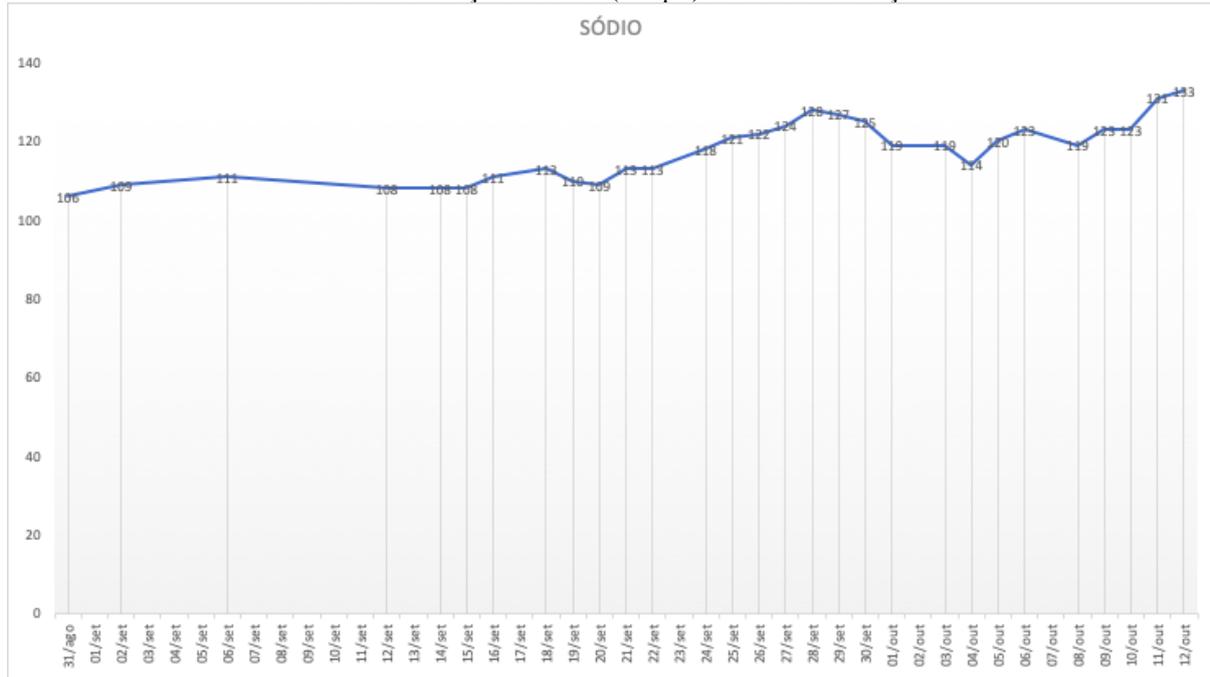
A importância desse trabalho está em demonstrar um caso de SIADH secundário a um adenocarcinoma de próstata, sendo uma associação pouco descrita na literatura (5). Esse trabalho pode auxiliar no sentido do reconhecimento precoce da doença, bem como de seu tratamento, contribuindo para evitar as complicações da hiponatremia.

2 CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 75 anos, branco, com diagnóstico de adenocarcinoma de próstata acinar usual, por biópsia em maio/2022, Gleason 9 (5+4), PSA 14,6, sem tratamento, evoluiu com alteração do nível de consciência em agosto/2022. Foi atendido em pronto atendimento, com quadro de hiponatremia grave, realizado tratamento e alta após. Em setembro de 2022, deu entrada no Hospital Regional da Ceilândia (Brasília/DF) com quadro de rebaixamento do nível de consciência, hipoatividade e em exames laboratoriais apresentava sódio de 107 mEq/L (VR: 135 - 145 mEq/L), com demais exames dentro da normalidade. Ao exame físico, apresentava-se sonolento, afebril, normovolêmico, sem edemas. Mantendo sinais vitais estáveis. Paciente previamente hipertenso e com aumento de peso de próstata, em uso de Losartana, Dutasterida e Tansulosina, negava uso de demais medicações, incluindo diurético.

Iniciada reposição de sódio com NaCl a 3% endovenoso, com melhora de quadro de hiponatremia e sonolência. Ao atingir sódio de 130 mEq/L foi retirada reposição de sódio, porém houve persistência do quadro de hiponatremia, sendo reiniciada reposição com NaCl a 3%.

Gráfico 1: variação do sódio (mEq/L) durante a internação



Fonte: Prontuário eletrônico do paciente

Após descartado causas mais comuns de hiponatremia, aventado a hipótese de SIADH, com solicitação de exames para investigação diagnóstica, sendo descartado disfunção tireoidiana e insuficiência adrenal, além de anti-HIV e outras sorologias virais negativas. Realizado também tomografia de tórax para descartar possibilidade de câncer de pulmão, com alteração apenas de enfisema pulmonar. Em cintilografia óssea, apresentou áreas de aumento focal de atividade osteoblástica em ossos ilíacos e na articulação sacroilíaca direita, podendo representar implantes neoplásicos. Realizada ressonância magnética de crânio e descartado patologia do sistema nervoso central. Com a suspeita de SIADH paraneoplásica, foi mantido a reposição de NaCl a 3% e iniciado restrição hídrica e furosemida 40mg/dia.

Em amostra de urina, apresentou sódio urinário de 24h de 105 mEq (VR: 40 - 200 mEq/24h) em 2000ml (sódio: 52,3 mEq/L), osmolaridade urinária de 383 mOsmol/kg (VR: 300 - 1000 mOsmol) e osmolaridade plasmática de 260 mOsmol (VR: 280 - 300 mOsmol) fechando diagnóstico de SIADH.

Posteriormente, em outubro de 2022, paciente foi transferido para enfermaria de oncologia do Instituto Hospital de Base para início de tratamento. Durante a internação na enfermaria de oncologia foi acompanhado em conjunto, pela nefrologia devido SIADH sendo mantido furosemida e restrição hídrica com bom controle. Iniciou uso de zoladex (acegotato de sserrelina), com posterior controle de hiponatremia, sendo possível suspensão de reposição e alta hospitalar um mês após início de terapia.

3 DISCUSSÃO

A hiponatremia é o distúrbio hidroeletrólítico mais comum do paciente hospitalizado, aumentando a morbimortalidade; levando a aumento do tempo de internação, distúrbios neurológicos e até coma (6). Sendo então importante seu diagnóstico, juntamente com investigação da causa para adequado tratamento. A síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético (SIADH) é uma causa comum de hiponatremia (5). Pode ser causada por neoplasias, alterações no SNC e medicações. A mais frequente neoplasia relacionada ao SIADH é o carcinoma de pequenas células pulmonares (3,7); porém existem alguns relatos de SIADH secundário a neoplasias de pâncreas, cólon, estômago, ovário e próstata. No caso, apresentado foram descartados outras possíveis causas de hiponatremia severa. Além de confirmado o diagnóstico de SIADH com dosagem de sódio urinário e osmolaridade plasmática. O ADH é um hormônio produzido pela hipófise (8); e no caso de alguns tumores ele também é secretado pelas células neoplásicas. O exato mecanismo de produção hormonal pelas células do tumor não encontra-se bem definido; porém sugere-se que anormalidades genéticas nas células levam à produção ectópica hormonal (5, 9). O tratamento da SIADH inclui restrição hídrica, diurético de alça, e reposição de sódio a depender da severidade da hiponatremia (10). Nos casos de SIADH secundária, por um tumor, por exemplo, é necessário o tratamento da neoplasia para resolução definitiva da síndrome (11).

4 CONCLUSÃO

Este relato, reforça a importância da suspeição do diagnóstico de síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético. A SIADH é considerada um diagnóstico de exclusão, porém não deve deixar de ser lembrada nos casos de hiponatremia. Suspeitar de SIADH, principalmente em quadros clínicos como o descrito em nosso estudo, com hiponatremia normovolêmica, hipoosmolar e refratária. Quando secundária a neoplasias, o tumor mais comumente relacionado é o carcinoma de pequenas células pulmonares, porém outras neoplasias como o adenocarcinoma de próstata também já foram relatadas na literatura. Trata-se de uma rara associação, ainda sem seu mecanismo fisiopatológico plenamente esclarecido, porém com evidências na literatura de secreção ectópica de ADH pelas células tumorais. Um diagnóstico precoce, tende a diminuir morbidade para o paciente, visto que hiponatremia é uma causa importante de morbimortalidade, com aumento do tempo de internação, distúrbios neurológicos e coma.

REFERÊNCIAS

1. Paulo N. Rocha. Hiponatremia: conceitos básicos e abordagem prática. *Bras Nefrol* 2011;33(2):248-260
2. Mark Sherlock and Chris J Thompson. The syndrome of inappropriate antidiuretic hormone: current and future management options. *European Journal of Endocrinology* (2010) 162 S13–S18
3. L.L. Wong, J.G. Verbalis. Systemic diseases associated with disorders of water homeostasis. *Endocrinol Metab Clin N Am* 31 (2002) 121–140
4. Hamid Shaaban, David Thomas, Gunwant Guron. A rare case of metastatic ductal type prostate adenocarcinoma presenting with syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone: A case report and review. *Journal of Cancer Research and Therapeutics - April-June 2012 - Volume 8 - Issue 2*
5. Kyun Sang Lee, M.D., Taek Won Kang, M.D., Seong Kwon Ma, M.D., Soo Wan Kim, M.D., Nam Ho Kim, M.D., and Ki Chul Choi, M.D. SIADH associated with prostate cancer. *Electrolyte Blood Press.* 2007 Jun; 5(1): 47–49.
6. Geoffrey Gill, Bobby Huda, Alice Boyd, Karolina Skagen, David Wile, Ian Watson and Charles van Heyningen. Characteristics and mortality of severe hyponatremia – a hospital-based study *Clinical Endocrinology* (2006) 65, 246–249
7. Virginia S. Miretti, Rodolfo A. Ávila, Jeremías T. Sierra, Juan José García, María Victoria Laborie. Carcinoma de próstata y síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2018; 78: 290-293
8. Luciana A. Naves Lucio Vilar Augusto César F. Costa Lucilia Domingues Luiz Augusto Casulari. Distúrbios na Secreção e Ação do Hormônio Antidiurético. *Arq Bras Endocrinol Metab* vol 47 nº 4 Agosto 2003
9. TAKAKO YAMAZAKI, HIROYOSHI SUZUKI, TOYOFUSA TOBE, NOBUYUKI SEKITA, HIROKI KITO, TOMOHIKO ICHIKAWA, KOICHIRO AKAKURA, TATSUO IGARASHI AND HARUO ITO. Prostate adenocarcinoma producing syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone. Department of Urology, Graduate School of Medicine, Chiba University, Chiba, Japan. *International Journal of Urology* (2001) 8, 513–516
10. Marta Araujo Castro, Ainhoa Abad López, Lourdes Gutiérrez Sanz, Nuria Palacios García. SIADH secundario a adenocarcinoma seroso de ovario tratado con Tolvaptán. *Rev. chil. obstet. ginecol.* vol.81 no.6 Santiago dic. 2016
11. Richard H Sterns, Michael Emmett, John P Forman. Treatment of hyponatremia: Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) and reset osmostat - *Fev* 2022.