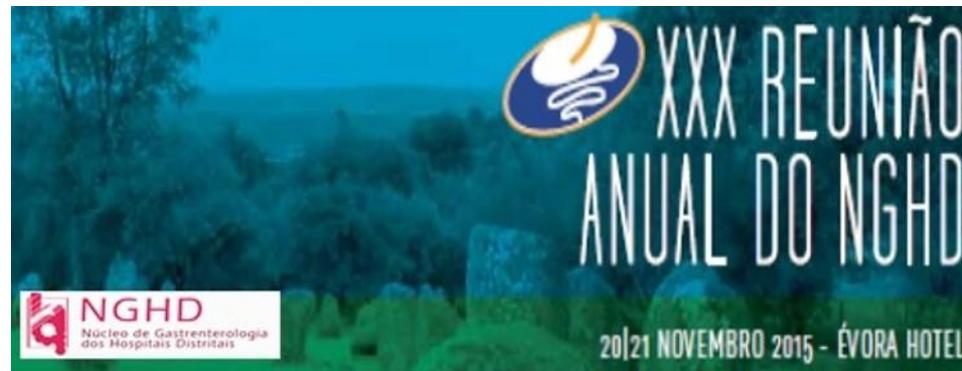


TETRAPARESIA AGUDA EM DOENTE CIRRÓTICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO



Samuel Costa¹, Sara Varanda², Bruno Gonçalves¹, Bruno Arroja¹, Raquel Gonçalves¹
Serviços de Gastroenterologia¹ e de Neurologia² do Hospital de Braga



Mulher de 62 anos, autónoma, trazida ao Serviço de Urgência por hematoquézias

Antecedentes de cirrose hepática alcoólica (não abstinentes), HTA e dislipidemia.

Medicação habitual: cilazapril + hctz, sinvastatina, oxazepam.

Sem antecedentes cirúrgicos

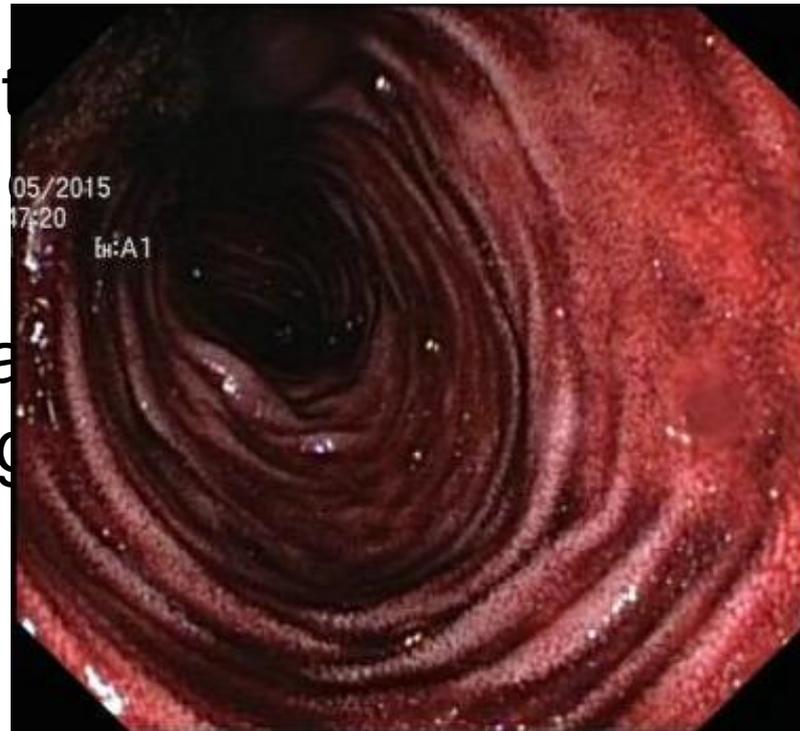
Sem alergias conhecidas

Observação:

apirética, hemodinamicamente instável
vigil, orientada no tempo e espaço
mucosas pálidas e desidratadas
abdómen mole, depressível e indolor

Analiticament
(168 mEq/L)

Colonoscopia
terminal (prog



oernatrémia
(/L).

eito e íleon
n no íleon).

EDA: ausosofágicas ou
gástricas; mm, no antro
gástrico, com ansa c - excisado
com ansa c (perplásico).



Hipernatremia (máx 174 mEq/L) por:

- hipovolémia (perdas hemáticas GI)
- correcção da hipocaliémia
- diminuição do aporte hídrico oral

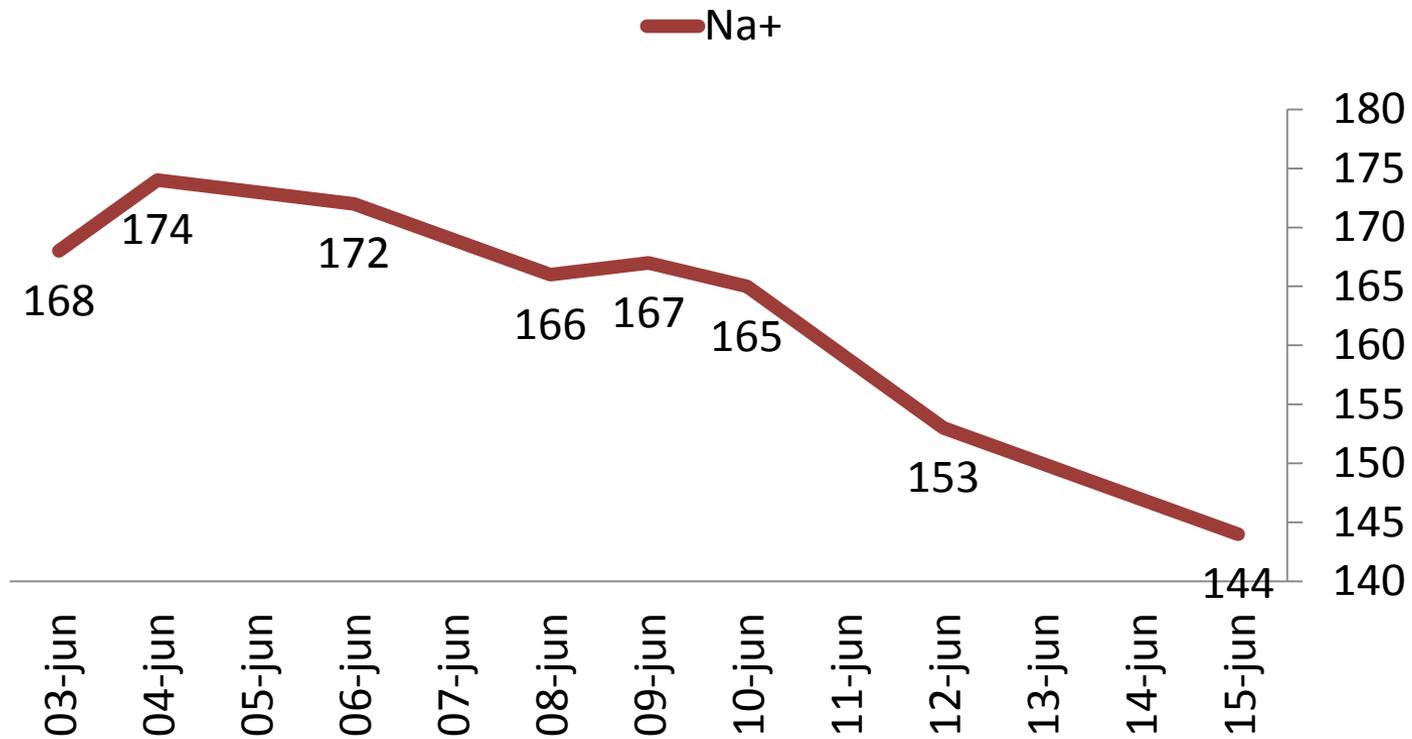
Após a polipectomia esteve sempre hemodinamicamente estável e sem descida da hemoglobina.

EVOLUÇÃO

Iniciou correção lenta da hipernatrémia (com aumento do aporte hídrico oral + 1500cc glucose em água/24h + 500 cc de NaCl 0.45%/24h).

EVOLUÇÃO

Correcção da hipernatremia



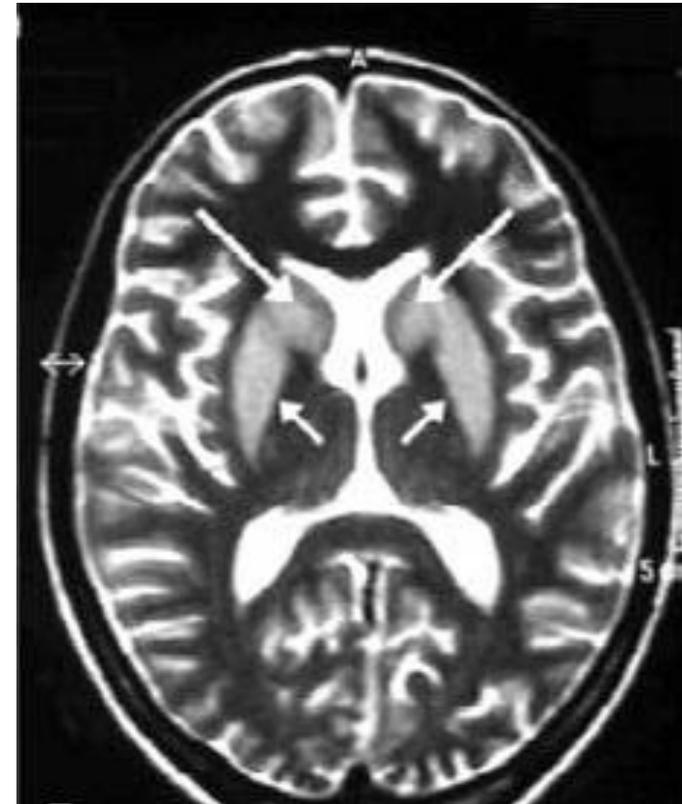
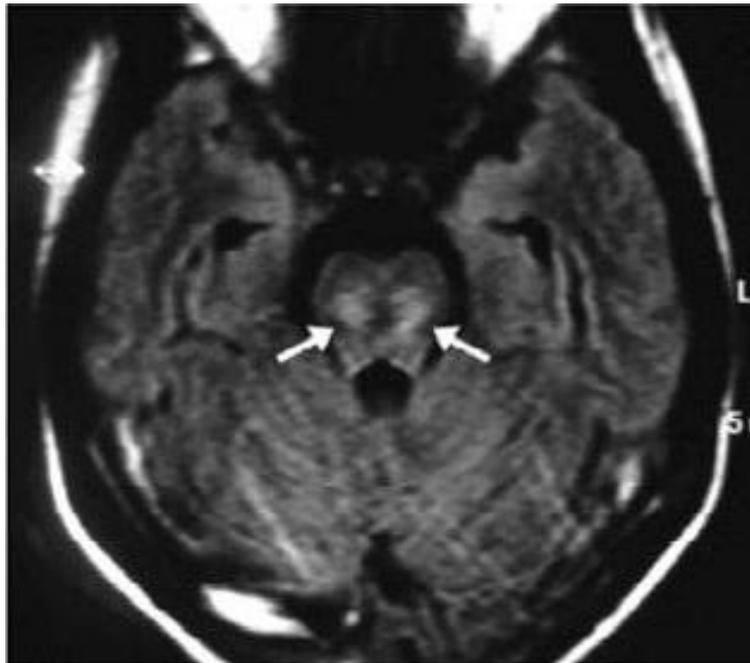
EVOLUÇÃO

Ao quarto dia desenvolveu uma síndrome confusional, disartria, disfagia para líquidos, tetraparesia (grau 2/5 MRC) e hipostesia sem atingimento da face.

RM crânio-encefálica:

lesão hiperintensa de predomínio protuberancial, com extensão mesencefálica, sem carácter expansivo, sem captação de contraste e com esboço de restrição de difusão, sugestiva de desmielinização osmótica.

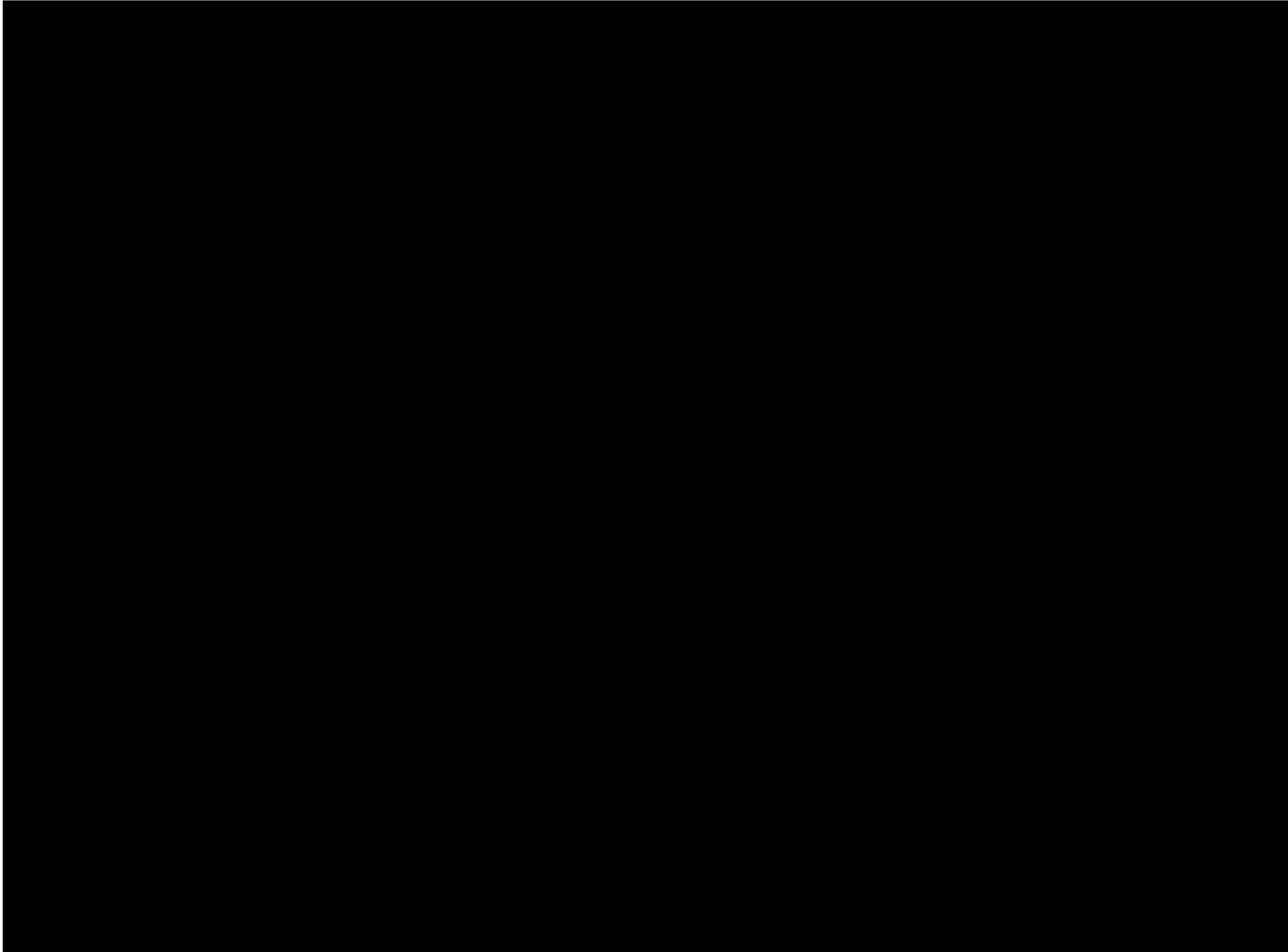
RM em FLAIR e T2



VÍDEO



Hospital
Braga



EVOLUÇÃO

Realizou tratamentos de reabilitação encontrando-se à data da alta, um mês depois, orientada no tempo e no espaço mas ainda sem recuperação do ponto de vista motor.

Na CE de Neurologia 3 meses após a alta:
“ressuscitei”; disartria ligeira e força muscular
grau 4/5 (MRC).

Na mielinólise o fator predisponente mais comum é a hiponatremia (78%) e a apresentação mais comum encefalopatia(39%). Evolução favorável ocorre em 52% dos doentes e morte em 25%.

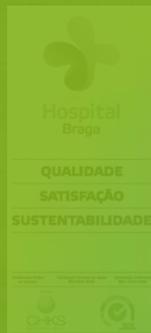
Este é um caso de mielinólise pântica e extra-pântica associada à cirrose hepática alcoólica e a alterações hidroelectrolíticas.

É uma entidade rara, classicamente associada à correção da hiponatremia, embora também descrita na hipernatremia.

CONCLUSÃO

Nos doente com hepatopatia, alcoolismo e/ou distúrbios hidroelectrolíticos que desenvolvam uma tetraparesia aguda é importante ter em consideração esta patologia.

Singh TD et al. Central pontine and extrapontine myelinolysis: a systematic review. *Eur J Neurol.* 2014



Muito obrigado!



**Hospital
Braga**

Hospital de Braga
Sete Fontes - São Victor
4710-243 Braga

www.hospitaldebraga.pt