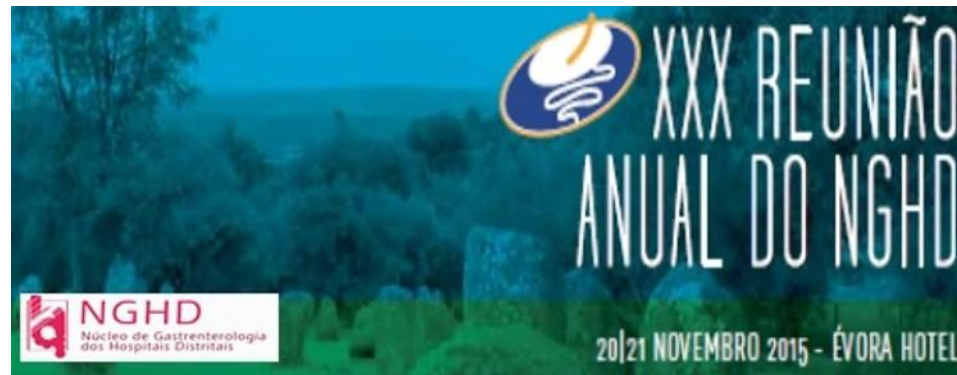


# TETRAPARESIA AGUDA EM DOENTE CIRRÓTICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO



Samuel Costa<sup>1</sup>, Sara Varanda<sup>2</sup>, Bruno Gonçalves<sup>1</sup>, Bruno Arroja<sup>1</sup>, Raquel Gonçalves<sup>1</sup>  
Serviços de Gastroenterologia<sup>1</sup> e de Neurologia<sup>2</sup> do Hospital de Braga



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

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

Medicação habitual: cilazapril + hctz, sinvastatina, oxazepam.

Sem antecedentes cirúrgicos

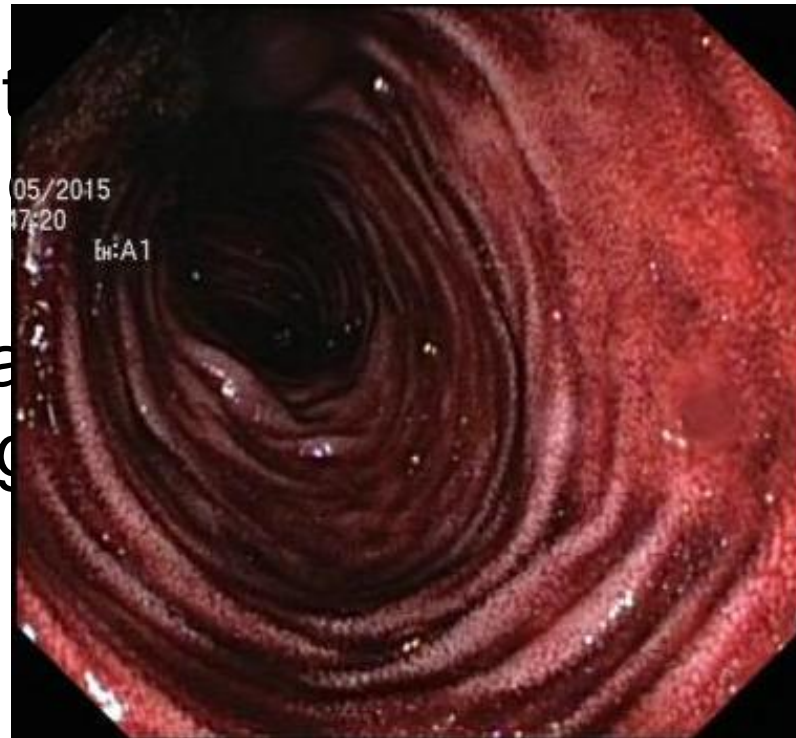
Sem alergias conhecidas

## 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:** auscultação  
gástricas;  
gástrico, com  
com ansa c



esofágicas ou  
mm, no antro  
cos - excisado  
perplásico).

Hipernatremia (máx 174 mEq/L) por:

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

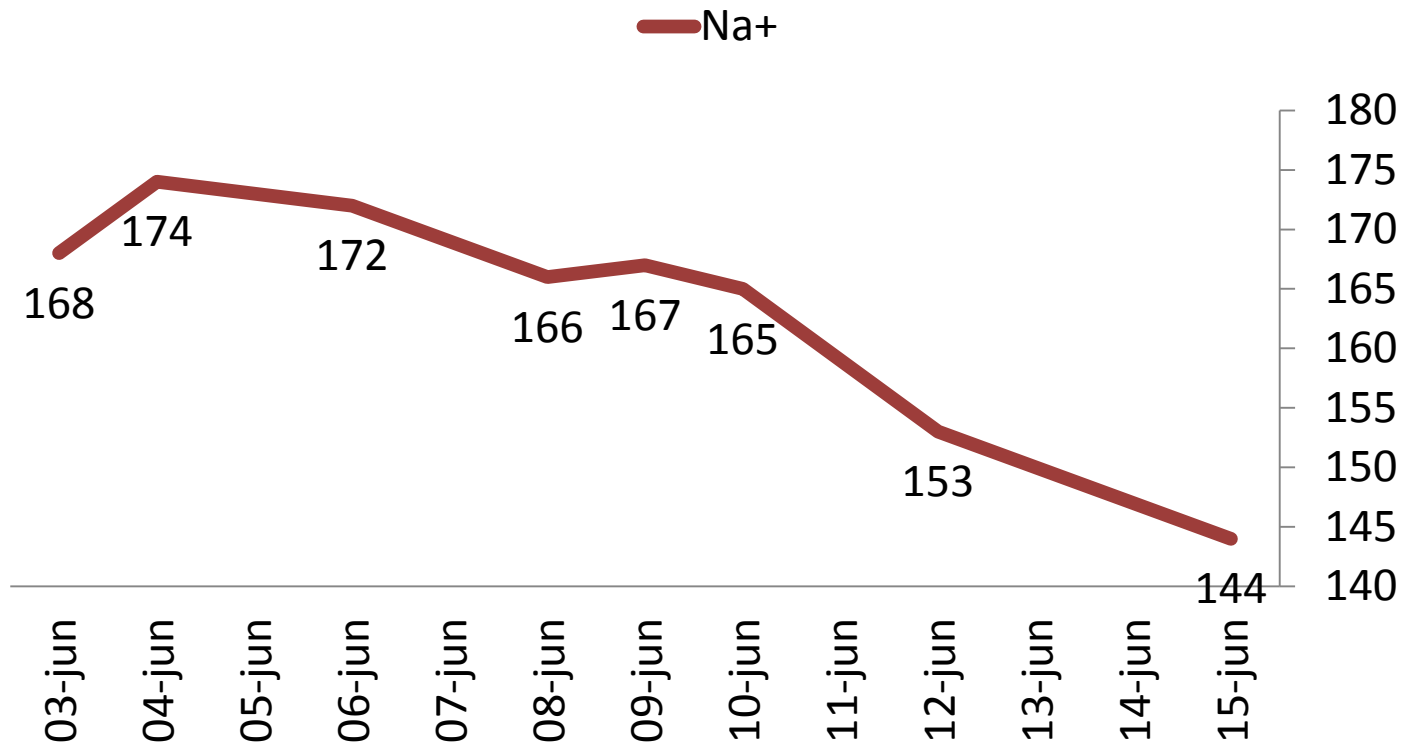
Após a polipectomia esteve sempre hemodinamicamente estável e sem descida da hemoglobina.

# EVOLUÇÃO

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

# EVOLUÇÃO

## Correcção da hipernatremia





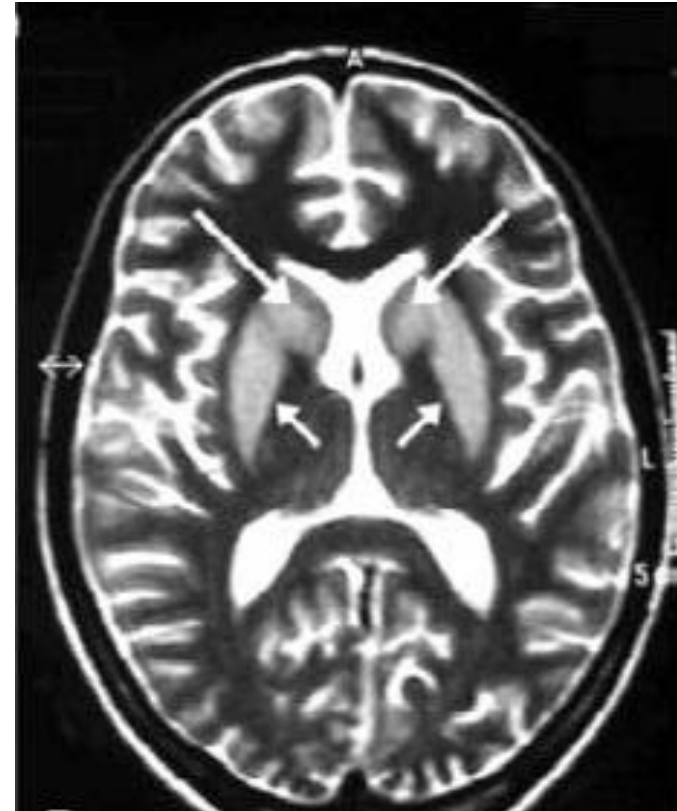
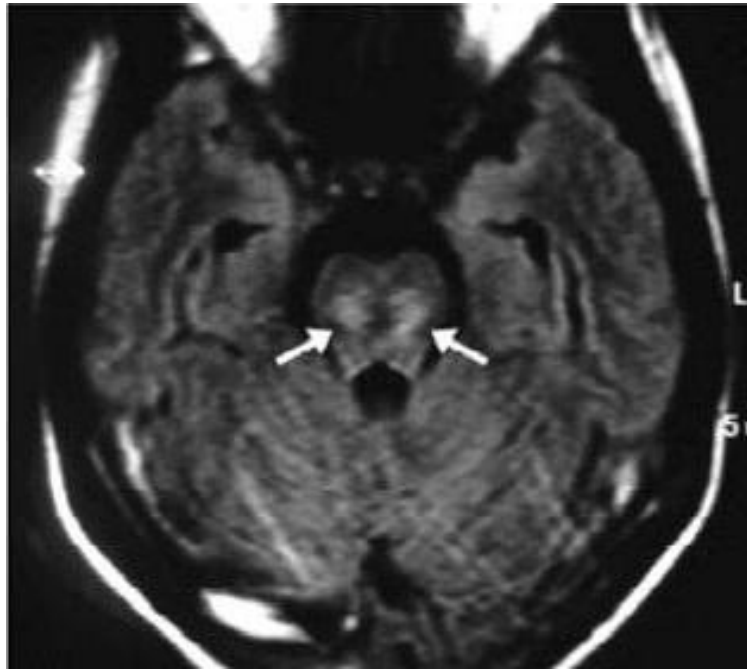
# EVOLUÇÃO

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.

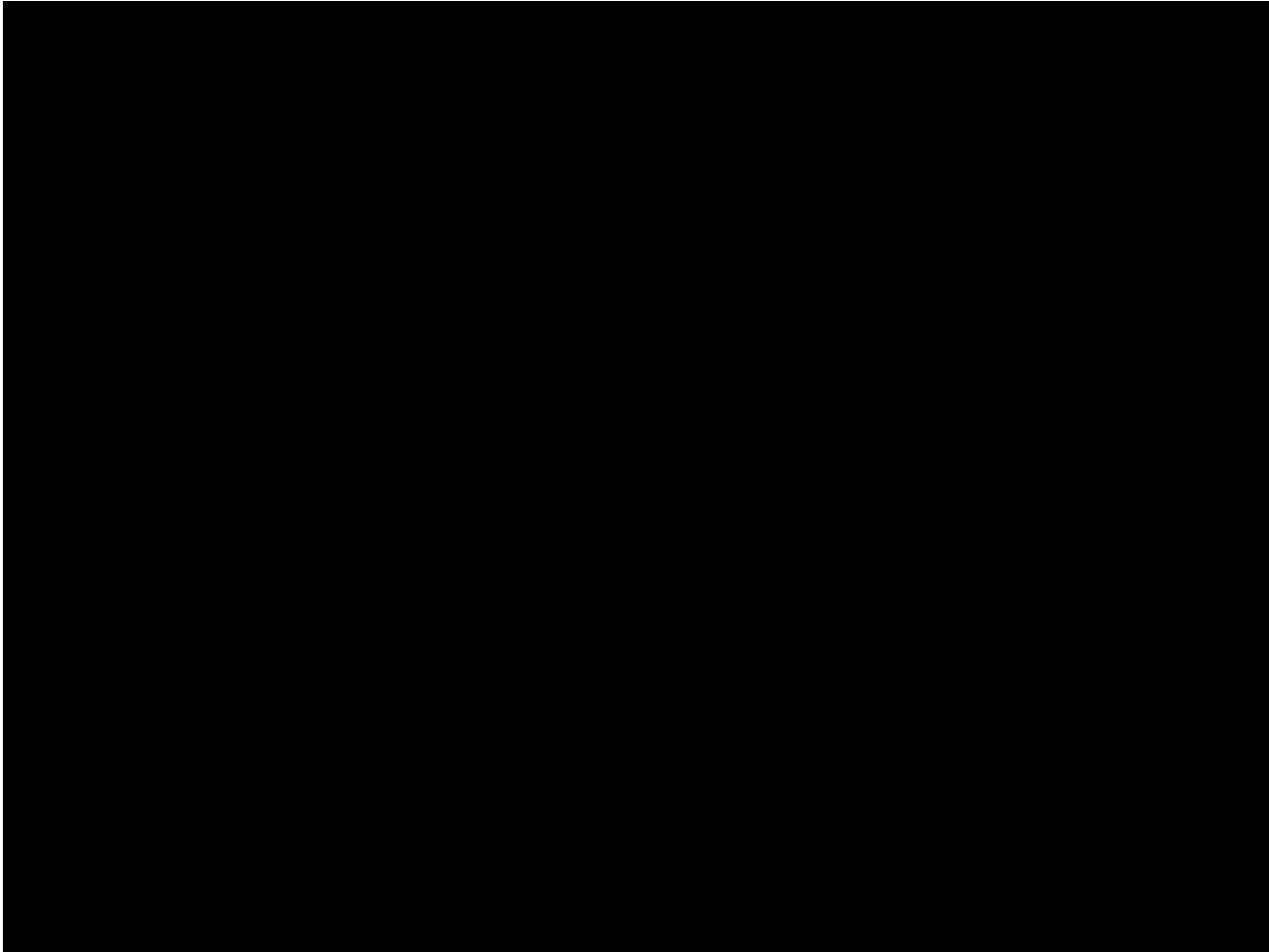
# RM em FLAIR e T2



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.

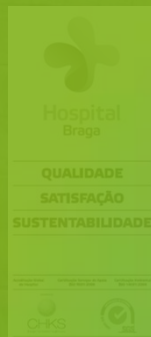
É uma entidade rara, classicamente associada à correção da hiponatremia, embora também descrita na hipernatremia.

# 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](http://www.hospitaldebraga.pt)