

INTRODUZIONE

L'iposodiemia (IpoNa) acuta severa può rappresentare una rara modalità di esordio di ipopituitarismo anteriore.

CASO CLINICO

Paziente di 75 anni giunta in PS per febbre, astenia, diarrea, vomito. Iniziata a domicilio terapia con macrolide per infezione delle vie respiratorie. In anamnesi un precedente ricovero per ipoNa attribuita a temporaneo utilizzo di furosemide

EO: Paziente sostanzialmente euvolemica

TC torace: amartomi, polmonite basale destra

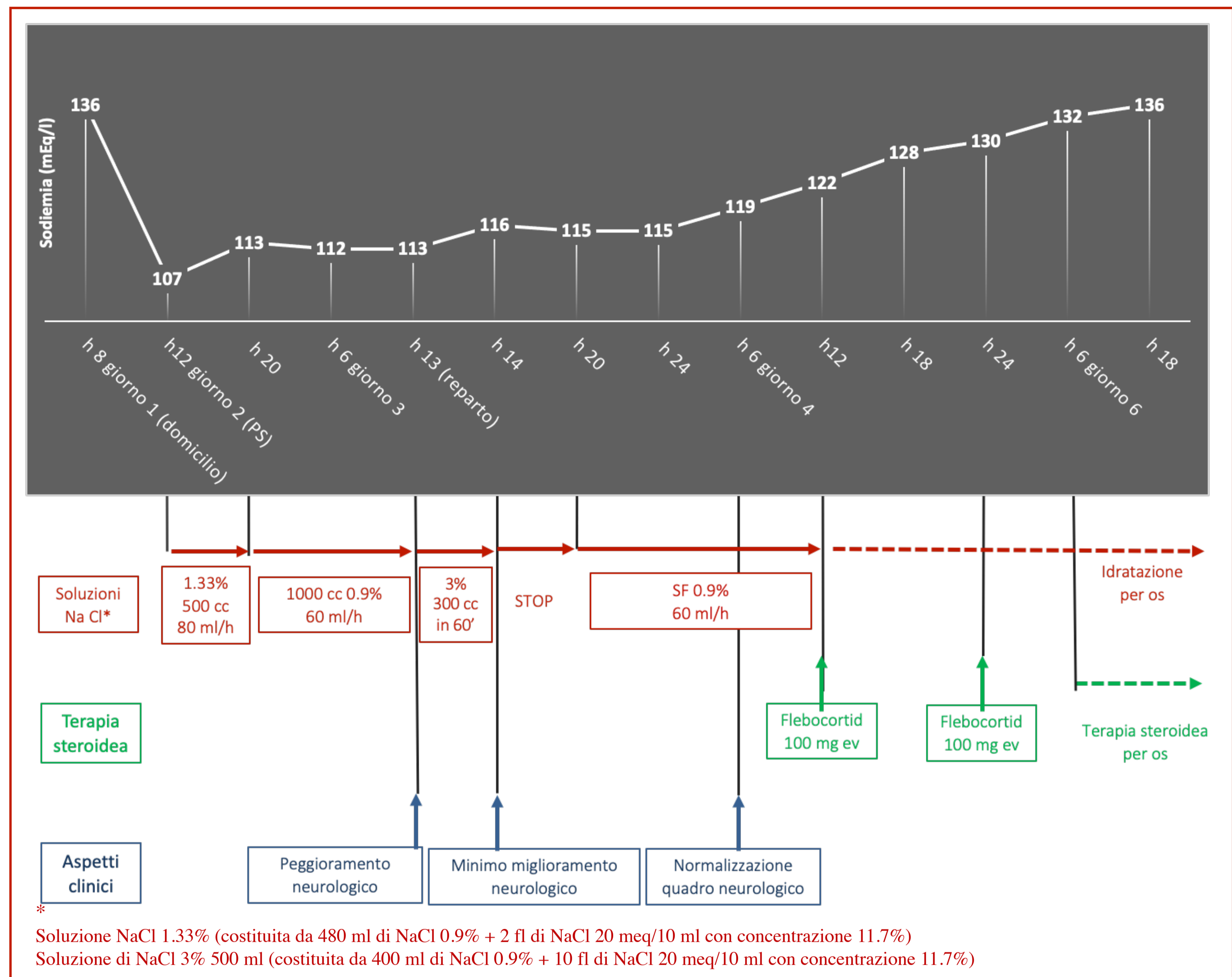
Esami ematochimici:

ipoNa severa, acuta (in visione Na 136 mEq/l eseguita a domicilio il giorno precedente)

Esami ematochimici eseguiti all'arrivo in PS	
Glicemia	88 mg/dl
Creatinina	0.58 mg/dl
Sodio	107 mEq/l
Potassio	4,9 mEq/l
AST	83 U/l
ALT	44 U/l
LDH	300 U/l
Hb	12.8g/dl
GB	12.300/mm3
PTL	412.000/mm3
Antigene urinario per pneumococco e legionella	Negativi

Terapia:

NaCl 1.33% 500 ml a 80 ml/h seguiti da SF 0.9% a 60 ml/h
Piperacillina/tazobactam 4g/0.5g x 3/die



* Soluzione NaCl 1.33% (costituita da 480 ml di NaCl 0.9% + 2 fl di NaCl 20 meq/10 ml con concentrazione 11.7%)
Soluzione di NaCl 3% 500 ml (costituita da 400 ml di NaCl 0.9% + 10 fl di NaCl 20 meq/10 ml con concentrazione 11.7%)

Dopo circa 24 ore dall'arrivo in PS la paziente ha presentato comparsa di stato soporoso e confusione.

Agli esami persistenza di ipoNa severa seppur in iniziale miglioramento (113 mEq/l). E' stata eseguita TC cranio (negativa per lesioni acute) e valutazione neurologica.

I sintomi sono stati considerati compatibili con ipoNa ed è stato somministrato NaCl al 3% 300 ml in circa 60' con raggiungimento di Na 116 mEq/l e parziale miglioramento del quadro neurologico. Si è deciso di interrompere l'infusione di sodio anche senza raggiungere la regressione della sintomatologia poiché l'aumento totale del Na nelle ultime 26 h era stato di 9 mEq/l.

Sono stati avviati esami diagnostici. E' stata acquisita inizialmente sodiuria di 22 mmol/l ed è stata iniziata infusione di SF 0.9% a 60 ml/h. Nelle ore successive si è verificato un progressivo miglioramento del quadro neurologico.

I successivi esami sono risultati suggestivi di iposurrenalismo e ipotiroidismo secondari. E' stata iniziata terapia steroidea inizialmente ev e successivamente per os. Dopo due settimane di terapia steroidea è stata introdotta terapia tiroxinica. Gli esami di completamento hanno mostrato un panipopituitarismo anteriore con quadro di sella vuota alla RMN ipofisi.

Esami ematochimici di completamento	
Glicemia	92 mg/dl
Colesterolo	198 mg/dl
Trigliceridi	75 mg/dl
Proteine totali	7.2 g/dl
BNP	112 pg/ml
Creatinina	0.8 mg/dl
ACTH	6 pg/ml
Cortisolo basale	6.8 mcg/dl
Cortisolo dopo Synacthen 250 mcg	15 mcg/dl
TSH	1.6 mcUI/ml
FT4	0.4 ng/dl
Osmolarità urinaria	194 mosm/kg
Sodiuria	22 meq/l
Osmolarità plasmatica	Non eseguita per problema di laboratorio.
Osmolarità calcolata	247 mosm/kg
FSH	0.1 mIU/ml
LH	0.2 mIU/ml
PRL	16 ng/ml
IGF1	32 ng/ml

DISCUSSIONE

Nell'iposurrenalismo secondario la riduzione dei livelli di cortisolo determina una mancata soppressione della secrezione di vasopressina e un quadro di SIADH. Il sovrapporsi di crisi surrenalica con diarrea e vomito, di ipotiroidismo e di polmonite possono contribuire a peggiorare l'ipoNa.

La **terapia dell'ipoNa asintomatica** prevede la somministrazione di 150 ml di SF 3% o equivalenti. In PS sono state somministrate soluzioni di NaCl 1.33% e 0.9%. La **terapia dell'ipoNa sintomatica** prevede la somministrazione di soluzione NaCl al 3% 150 cc ripetibili con obiettivo un aumento del Na di 5-6 meq/l o la regressione dei sintomi. Un aumento maggiore di 10 mEq/24 h è da evitare per il rischio di mielinolisi pontina. Nel nostro caso è stata interrotta la somministrazione di sodio con un miglioramento solo parziale della sintomatologia per l'aumento di 9 meq/~24h.

La **gestione successiva al trattamento acuto** prevede il trattamento della causa dell'ipoNa. La paziente si presentava euvolemica ma con valori di sodiuria < 30 mmol/l indicativi di basso volume circolante per cui si è effettuata idratazione. Dopo l'acquisizione degli esami ormonali è stata introdotta terapia sostitutiva.

Criticità evidenziate:

- Coesistenza di differenti cause di ipoNa
- Mancata corrispondenza tra sintomi clinici e valori di Na
- Utilizzo di soluzioni di NaCl a concentrazioni differenti
- Utilizzo di altri farmaci contenenti sodio (11 mEq di Na per fiala da 4 g/0.5 mg di piperacillina/tazobactam)