



## ¡¡¡DOCTORA NO SIENTO LAS PIERNAS!!!

Cristina Rodríguez San Pío (1), Sana Maadi Ahmed (1), Paula García Acosta (1), Javier Sandoval Codoni (1), Aurora Santamaría Godoy (2), Almudena Tomás Vizcaíno (3).

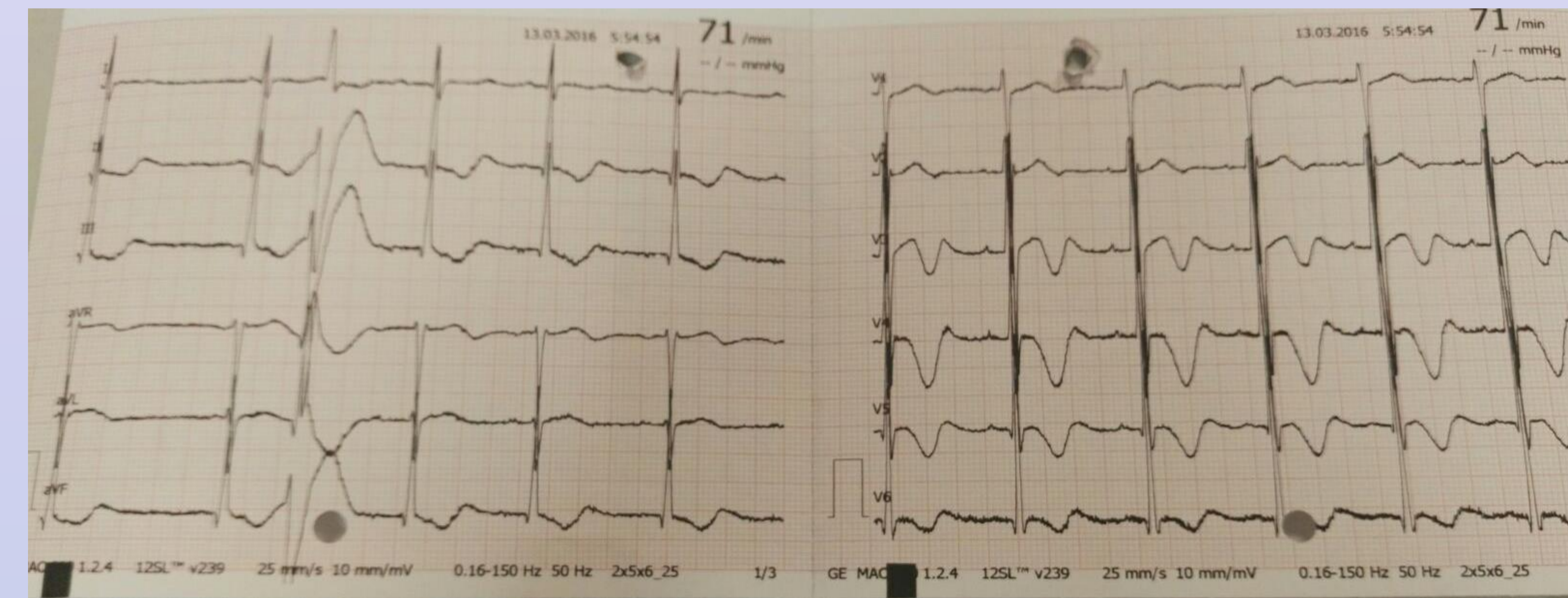
(1) Centro de Salud La Mojonera. (2) Centro de Salud Ejido Norte. (3) Centro de Salud de Vícar. Distrito Sanitario Poniente de Almería.

La parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica (PPHT) es infrecuente en caucásicos, la mayor cantidad de casos descritos son de raza asiática. Es necesario el diagnóstico diferencial con otras parálisis periódicas hipopotasémicas, como la familiar (más frecuente en nuestro medio) o la esporádica.

Se nos presenta el caso de un varón de origen chino de 16 años que acude a urgencias por debilidad progresiva en miembros inferiores y posteriormente en miembros superiores durante las últimas 48 horas sin otros síntomas. Niega patología previa o consumo de tóxicos. Tuvo, según refiere, un episodio previo hace años, autolimitado. No enfermedades familiares.

A la exploración destaca la imposibilidad de movilizar miembros inferiores, movilización de miembros superiores parcial (2/5). Reflejos patelares y aquíleos disminuidos.

Las constantes son normales.



En el electrocardiograma se aprecia una inversión de la onda T en V3-V6 y un descenso del ST en cara inferior. Vemos un alargamiento PR atípico y no uniforme.

En analítica destaca hipopotasemia grave (potasio: 1,7 mEq/L) y pH: 7,28. Se pauta potasio intravenoso, mejorando sintomáticamente. El pH se normaliza. Se decide ingreso para estudio, ampliándose la analítica, destacando TSH disminuida (0,001 mcUI/mL) y T4-libre y T3-libre aumentadas (4,45ng/dL y 18,73ng/ml respectivamente).

Ante una debilidad muscular aguda hay que pensar en una PARÁLISIS HIPOPOTASÉMICA, que puede ser:

- i. No periódica, por un déficit del potasio plasmático total
- ii. Periódica, por paso de potasio a la célula. Dentro de estas, encontramos
  - i. Parálisis periódica hipopotasémica familiar (la más frecuente en nuestro medio)
  - ii. Parálisis periódica hipopotasémica esporádica
  - iii. Parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica.

En nuestro caso, los anticuerpos antiperoxidasa tiroidea y antirreceptor TSH estaban elevados.

Se solicita ecografía tiroidea y los hallazgos sugieren tiroiditis.

Como el potasio total es normal, no se requieren grandes aportes. Los  $\beta$ bloqueantes no selectivos, revierten rápidamente los síntomas y evitan hiperpotasemia de rebote. Los ataques se previenen con reposo, dieta y  $\beta$ bloqueantes.

### Bibliografía

Vijayakumar A et al. Thyrotoxic periodic paralysis: clinical challenges. J Thyroid Res. 2014;2014:649502.

Boissier E et al. [Thyrotoxic periodic paralysis: a case series of four patients and literature review]. Rev Med Interne. 2013 Sep;34(9):565-72.

García García I et al. [Thyrotoxic periodic paralysis in a Spanish male]. Rev Clin Esp. 1995 May;195(5):302-3.

Palabras-clave empleadas en la búsqueda bibliográfica "hypopotassemia and hyperthyroidism".