



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/1690 - ¡Hoy no me puedo levantar!

M.I. Perea Casado<sup>a</sup>, R. Cuervo Pinto<sup>b</sup>, M.J. Cardeñosa Cortés<sup>c</sup>, R. Cenjor Martín<sup>d</sup>, M. Rueda Sánchez<sup>e</sup>, S. Bello León<sup>f</sup>, V. Rodríguez Neira<sup>g</sup>, F. Beddar Chaib<sup>c</sup>, E.M. Gutiérrez Madrid<sup>g</sup> y M. Peiró Camaró Adán<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Fanjul. Madrid. <sup>b</sup>Médico Urgenciólogo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Madrid. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 23 años con antecedente de hipertiroidismo en seguimiento por endocrino en consulta privada, acude por primera vez al centro de salud. Presenta calambres musculares en miembros inferiores e intenso nerviosismo de dos semanas de evolución. Hoy nota pérdida de fuerza y debilidad generalizada. No ha acudido a las revisiones y presenta consumo errático de tirodril. Afirma desconocer su patología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Fuerza 3/5 en miembros inferiores con reflejos conservados. Resto de exploración normal. Debido a historia y signos clínicos es derivado a urgencias. A su llegada presenta aumento de impotencia funcional imposibilitando la marcha. Fuerza en miembros inferiores 2/5 y superiores 4/5 siendo el resto de exploración normal. En dos gasometrías consecutivas, se obtiene potasio: 1,7. Ingresa en UCI para monitorizar y tratar trastorno hidroelectrolítico. Se confirma TSH totalmente suprimida (0) y T4 elevada (43,5) con T3 de 22,1. Se inicia tratamiento con hidrocortisona, propranolol y metimazol y se continúa reposición de potasio. Paciente presenta buena progresión analítica y clínica.

**Juicio clínico:** Parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica

**Diagnóstico diferencial:** Porfiria aguda intermitente, síndrome de Guillain Barré, miastenia gravis, organofosforados, hipermagnesemia, botulismo.

**Comentario final:** Se trata de un raro trastorno, de baja prevalencia, mayor en oriente y entre los 20 y 40 años, caracterizado por debilidad muscular severa, niveles bajos de potasio séricos e hipertiroidismo. Parece importante citar dicha complicación ya que es consecuencia de una entidad frecuente en atención primaria: la enfermedad tiroidea. El médico de familia debe conocer dicha complicación para alarmarse ante síntomas determinados. De este caso en concreto, se deduce la necesidad de atención primaria en el abordaje completo de los pacientes: informar adecuadamente y un buen control clínico, analítico y de su tratamiento.

## Bibliografía

1. Zayac A, Shah R, Shah M, Umar J, Bansal N, Dharmoon A. Thyrotoxic Hypokalemic Periodic Paralysis. QJM. 2016.

2. Jennette J, Tauferner D. Paralysis as a Presenting Symptom of Hyperthyroidism in an Active Duty Soldier. US Army Med Dep J. 2015:48-50.
3. Villar Jiménez J, Ruiz Serrato AE, Bautista Galán C, Guerrero León MÁ. Parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica: a propósito de un caso. Semergen. 2013;39(8).

*Palabras clave:* Hipopotasemia. Tirotoxicosis. Parálisis transitoria.