

PARALISI PERIODICA IPOKALIEMICA DA TIREOTOSSICOSI: RICONOSCERE LE CAUSE, EVITARE LE COMPLICANZE

A. De Mase¹, R. Acampora¹, S. Ascione¹, R. Bruno¹, M. Lieto¹, M.P. Mazzaferro¹, M. Petruzzo¹, P. Ripa¹
¹UOC di Neurologia e Stroke Unit, Ospedale del Mare, ASL Napoli 1Centro, Napoli, Italia

Introduzione: l'insorgenza acuta di deficit di forza attribuibile a disfunzione muscolare è un'evenienza riconducibile a poche condizioni cliniche, che tuttavia possono spesso rappresentare delle emergenze mediche sia per le conseguenze dirette della disfunzione muscolare, sia in quanto possibili epifenomeni di alterazioni sistemiche. Un rapido inquadramento clinico è talvolta fondamentale per instaurare un'adeguata terapia ed evitare complicanze.

Caso Clinico: un uomo asiatico di 21 anni giungeva nelle ore serali per un severo deficit di forza ai quattro arti, esordito in mattinata e progredito nelle ore seguenti. Presentatosi vigile ed orientato, eupnoico, senza deficit nel distretto cranico, manifestava invece una severa paresi flaccida ai quattro arti, più marcata agli arti inferiori e prossimalmente, con minima possibilità di movimento limitata unicamente alle estremità distali. I riflessi osteo-tendinei erano normoevocabili. Non vi erano disturbi sensitivi, né sfinterici. Negava familiarità per episodi analoghi.

Il paziente era in terapia unicamente con Tapazole da circa 10 giorni, in seguito al riscontro, riferito come occasionale, di marcato ipertiroidismo. L'emogasanalisi arteriosa d'ingresso ha mostrato una severa ipokaliemia (1.6 mEq/L), per cui è stata immediatamente predisposta correzione sotto stretto monitoraggio elettrocardiografico.

Si è quindi osservato progressivo miglioramento del deficit di forza, sino a completa restitutio ad integrum. Evidenziata la persistenza dello stato di tireotossicosi (da malattia di Graves), è stata poi implementata la terapia endocrinologica.

Discussione: La paralisi ipokaliemica rappresenta una rara causa di deficit muscolare, responsabile di una transitoria e ricorrente ipostenia a esordio acuto/subacuto associata a marcata ipokaliemia, che coinvolge generalmente i quattro arti, con una durata che varia dalle poche ore sino ad alcuni giorni. Talvolta tali crisi possono essere ricondotte a forme genetiche, ed essere scatenate da fattori come cibi ricchi in carboidrati, alcolici, infusione di glucosio (tab. 1). Talora invece l'ipokaliemia può essere indotta da cause acquisite tra cui abuso di diuretici, lassativi, liquirizia, caffè, o da alterazioni ormonali come la tireotossicosi, individuando in tal caso un'entità nosografica e fisiopatologica a sé stante, definita Paralisi Periodica Tireotossica (tab. 2). In tutte queste forme i muscoli respiratori ed il distretto bulbare sono generalmente conservati, tuttavia il rischio cardiaco generato dall'ipokaliemia impone sempre un codice rosso e uno stretto monitoraggio cardiologico.

Conclusioni: la paralisi ipokaliemica configura un'emergenza neurologica, con necessità di trattamento immediato e pertanto di rapida diagnosi. La mancata identificazione e correzione dei "triggers" sottostanti pone il paziente ad elevato rischio di recidive. Inoltre recenti evidenze hanno inoltre mostrato come una quota di pazienti possa sviluppare, nel tempo, una vera e propria miopatia con persistenza dell'ipostenia. Pertanto è fondamentale individuare rapidamente l'ipokaliemia e la sua causa scatenante, al fine di instaurare la corretta terapia e minimizzare le possibili complicanze, tra cui fatali aritmie cardiache.

Tab.1. Criteri diagnostici supportivi di Paralisi Periodica Ipokaliemica primitiva.

1. Due o più attacchi di ipostenia muscolare con $K^+ < 3.5$ mEq/L
2. Singolo attacco di ipostenia muscolare, con storia di 1 attacco con $K^+ < 3.5$ mEq/L in un familiare
3. Almeno tre delle seguenti caratteristiche:
 - a. Esordio nelle prime due decadi di vita
 - b. Durata attacchi > 2 ore
 - c. Triggers positivi (pasto ricco in carboidrati, riposo dopo sforzo, stress)
 - d. Miglioramento dopo supplementazione K^+
 - e. Storia familiare positiva o conferma genetica di mutazione in canale calcio o sodio
 - f. McManis Long Exercise Test positivo
4. Esclusione di altre cause di ipokaliemia (nefropatie, acidosi tubulare, iperattivazione sistema renina-angiotensina-aldosterone, abuso di lassativi o diuretici, **tireotossicosi**)
5. Assenza di miotonia (clinica o latente riconosciuta tramite EMG), tranne che per palpebrale

Tab. 2. Caratteristiche che suggeriscono la diagnosi di Paralisi Periodica Tireotossica

1. Esordio in età adulta
2. Nessuna familiarità per paralisi ricorrenti
3. Familiarità per ipertiroidismo
4. Sintomi clinici da ipertiroidismo
5. Ipertensione, particolarmente se sistolica
6. Alterazioni elettrocardiografiche (tachicardia sinusale, blocco AV di I grado, pattern da ipertrofia ventricolo sinistro)
7. Alterazioni elettromiografiche (CMAP a bassa ampiezza)
8. Alterazioni elettroliti sierici (Ipokaliemia, Ipfosfatemia)
9. Alterazioni elettroliti urinari (bassa escrezione di potassio e fosfati, ipercalciuria)