

PARÁLISIS PERIÓDICA

Marcelo Espinoza*

*Médico del Servicio de Neurología del Hospital Sabogal Callao, Perú

<http://neurologoespinoza.com/blog/>

Introducción

En estos tiempos de epidemia, llego de prisa a mi guardia, el ambiente calmado de la emergencia me da la impresión de que la noche transcurrirá sin mayores sobresaltos; pero, súbitamente, recibí una llamada del médico de tóxico, pidiéndome ver a un paciente, Manuel.

Él, un joven de nacionalidad venezolana acudió a la emergencia porque desde hace dos días, comenzó con debilidad de los pies, la cual gradualmente ascendió y comprometió los músculos de las manos y del tronco. Al despertar y al ver que no podía incorporarse de su cama ni mover un dedo, su esposa llamó a los bomberos y fue trasladado a la emergencia del hospital.

Indagando, Manuel contó que un mes antes ya había presentado dos episodios similares, pero de menor intensidad y duración. Negó otros antecedentes patológicos de importancia.

Acudí a la sala de emergencia, a pesar de que lo encontré echado y en actitud ansiosa, su lenguaje era coherente y fluido. El examen de su fuerza muscular reveló parálisis de las cuatro extremidades con mayor severidad de las inferiores. Al percutir sus tendones con el martillo de goma, observé que los reflejos de las extremidades estaban conservados. Así mismo, observé que no podía incorporarse ni girar el tronco: yacía indefenso tendido sobre su lecho como un recién nacido.

Fue recibido por el médico residente que lo consideró como un caso sospechoso del Síndrome de Guillain Barré (SGB). Por estos días, el Ministerio de Salud lanzó la alerta epidemiológica de vigilancia y pidió la notificación inmediata de los casos de parálisis flácida ascendente debido incremento de casos de SGB en varias regiones del país.

Los resultados de la entrevista y del examen físico me generó una gran desazón. Durante mi formación como neurólogo y luego como médico asistente he visto muchos casos de SGB, pero ninguno como el de Manuel. Me cuestioné el diagnóstico de SGB. ¿Qué podría ser? Hay otras enfermedades similares. ¿No debería este paciente tener los reflejos disminuidos o ausentes, pero están presentes, vivos? ¿Acaso ya no debería tener parálisis facial y compromiso respiratorio; sin embargo, cierra los ojos, abre la boca y respira espontáneamente, sin dificultad alguna?

En medicina se dice que un signo clínico no es atributo específico de cierta enfermedad. ¿No será una miopatía...? Así pensando, me voy a esperar los resultados de la analítica sanguínea y de los gases arteriales. Mientras tanto Manuel permanece en vigilancia estrecha conectado a un equipo de monitoreo cardíaco y oxímetro de pulso.

El resultado del análisis de los gases arteriales (AGA) muestra hipokalemia severa ($K=1.6$ mEq/L); entonces, considerando los hallazgos clínicos y AGA planteó el diagnóstico de parálisis periódica hipokalémica (PPHipo). En un intento de evitar un paro cardíaco, de manera inmediata, prescribo retos de potasio, que es la infusión intravenosa de este mineral. Regresé después de una hora, ¡oh maravilla!, Manuel estaba risueño, sentado y con sus brazos en alto.

En la literatura médica se ha descrito tres tipos principales de parálisis periódica, una de ellas es la PPhipo, la que presentó Manuel.

Realizar un diagnóstico de parálisis periódica requiere una evaluación detallada de la historia y el examen clínico, así como un estudio electrodiagnóstico de laboratorio y genético. Los desencadenantes comunes en la mayoría de las formas de parálisis periódica incluyen ejercicio seguido de descanso, estrés, alcohol y enfermedades concurrentes, también los alimentos ricos en carbohidratos pueden desencadenar un ataque. Un episodio de PPhipo puede ser el inicio de una enfermedad de la glándula tiroidea conocida como tirotoxicosis; por lo tanto, un análisis detallado de la función tiroidea está indicado en todos los pacientes que presentan un debut de PPhipo.

En el tratamiento preventivo, son importantes evitar los desencadenantes que pueden inducir un ataque de parálisis. Esto incluye evitar el ejercicio no acostumbrado de alta intensidad seguido de reposo. El consejo dietético, para pacientes con PPhipo, incluye evitar los alimentos con ricos en carbohidratos, particularmente, a altas horas de la noche. Otras estrategias de tratamiento incluyen la administración regular de suplementos de potasio y un diurético ahorrador de potasio (por ejemplo, amilorida).

El tratamiento de los ataques de parálisis aguda se ha centrado tradicionalmente en normalizar la concentración sérica de potasio. La suplementación por vía oral o intravenosa ha sido la base del tratamiento. La administración endovenosa de potasio rápida y mal vigilada puede ser dañina e incluso mortal.

Bibliografía

DOREEN FIALHO, ROBERT C. GRIGGS, AND EMMA MATTHEWS. Handbook of Clinical Neurology, Vol. 148 (3rd series) Neurogenetics, Part II D.H. Geschwind, H.L. Paulson, and C. Klein, Editors <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64076-5.00032-6> Copyright © 2018 Elsevier B.V. All rights reserved

JEFFREY M. STATLAND ET AL. REVIEW OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PERIODIC PARALYSIS. MUSCLE & NERVE April 2018

Haider Abbas, Nikhil Kothari and Jaishri Bogra. Hypokalemic periodic paralysis. National Journal of Maxillofacial Surgery | Vol 3 | Issue 2 | Jul-Dec 2012 |