



PARALISIA PERIODICA HIPOCALEMICA ADQUIRIDA: UM RELATO DE CASO

Giovanna N. Belo Mendes¹, Alex Sander Watanabe Palácio¹, Victor Rocha Pinheiro¹, Taina Moreira¹, Hendrick Gramasco¹.
¹ Faculdade de Medicina de Botucatu.

Introdução/Fundamentos

Paralisias periódicas são episódios de fraqueza muscular, dor muscular ou rigidez com duração variável geralmente em indivíduos anteriormente saudáveis. A paralisia periódica hipocalêmica é uma condição na qual os pacientes apresentam episódios de paralisia e hipocalcemia (K sérico < 3,5 mmol/L) e é caracterizada por paralisia flácida com predomínio proximal e hiporreflexia. Os episódios se desenvolvem de minutos a horas e podem durar de horas até dias (em geral até 72 horas de duração).

Objetivos

Descrever causar infrequente porém potencialmente grave de hipocalcemia grave refratária na emergência.

Relato de Caso

LJO, mulher de 46 anos, admitida no PS aos cuidados da psiquiatria devido piora geral do estado psíquico e queixas de perda de força em MMII e dificuldade de deambular há 2 meses, com piora progressiva há 7 dias. Paciente com antecedente de transtorno de personalidade tipo Cluster B, Fibromialgia, HAS e Hipotireoidismo. Avaliada pela Neurologia Clínica devido paraparesia com exame clínico evidenciando hipotonia proximal dos MMII com força muscular grau II e hiporreflexia, interrogada mielopatia progressiva subaguda e solicitado exames complementares. Exames séricos evidenciaram K de 1,8 mmol/L, CPK de 16.000 U/L, creatinina 1,2mg/dl e ureia de 137mg/dl, outros eletrólitos normais. Paciente levada a sala de emergências para monitorização, realizado ECG evidenciando ritmo sinusal com intervalo QT de 580ms e presença de onda U com achatamento de onda T. Realizadas medidas para correção da rabdomiólise e iniciada correção do distúrbio eletrolítico. Devido estabilidade clínica, transferida para leito de retaguarda para término da investigação do quadro aos cuidados da Clínica Médica. Devido hipocalcemia grave associada a miopatia metabólica, interrogada possível canalopatia adquirida além de investigação de outras causas de hipocalcemia secundária como tireoidopatia, hipoaldosteronismo, painel reumatológico, sorologias, dosagem sérica de lítio. Paciente referiu posteriormente diarreia crônica a 6 meses de caráter intermitente, solicitado então coprograma e coprocultura. Exames complementares não evidenciaram alterações, exceto pela Eletroencefalografia (ENM) que evidenciou *after-discharges*, compatível com canalopatia em resolução.

EXAME	RESULTADO
Hemograma	Hb 12,2 / Ht 36,5 / GB 15,9 / Plaquetas 597 mil
Urcia	-
Creatinina	1,3
Sódio	129
Potássio	1,8
Magnésio	2,4
C.PK.	16503
AST	646
ALT	259
TSH	3,0887
T4 livre	0,93
Urina I	Sem alterações

EXAME	RESULTADO
HIV	NR
HCV	NR
HBV	Imunizada passivamente
Sífilis	NR

Investigação secundária:

Cultura de fezes: Negativa
Pesquisa de leucócitos nas fezes: Negativa;
Coprograma: 6,5/ Lugol negativo / Benedict com e sem hidrólise: negativo/ Sudam III: negativo (02 lâminas);
Parasitológico das fezes: Negativo;
Lítio: 0,8 (faixa terapêutica).
Síndrome de Sjögren: anti-Ro e anti-La negativos;
Hiperaldosteronismo primário: Aldosterona: 4,9 / Renina: 0,2

Exames de imagem:

RM de coluna lombar: Sem evidências de anormalidades relevantes. Não há estenoses do canal central ou dos forames intervertebrais.
RM de coluna cervical: Dentro da normalidade.

Eletroencefalografia:

Estudos de ondas F: Dentro dos limites de normalidade nos membros superiores; Com *after-discharges* em membros inferiores: Estimulação nervosa repetitiva a 3Hz, realizada com captação no abdutor do dedo mínimo esquerdo, dentro dos limites da normalidade;

Protocolo de canalopatias: evidenciando: Esforço curto dentro dos limites de normalidade. Esforço longo com discretos incrementos em relação ao basal ao longo de todo o estudo.

Eletromiografias dos seguintes músculos evidenciando: Biceps braquial direito com recrutamentos aumentados, potenciais de unidades motoras de durações e amplitudes reduzidas, com atividades espontâneas frequentes dos tipos fibrilações e fasciculações; Quadríceps bilaterais com recrutamentos aumentados, potenciais de unidades motoras de durações e amplitudes reduzidas, com atividades espontâneas frequentes do tipo fibrilações

Figura 1. Resumo dos exames laboratoriais realizados durante a internação.

Considerações Finais

A hypoPP pode ser uma condição primária ou o sintoma de uma doença/síndrome sistêmica, e deve ser pensada sempre que houver hipotonia (flacidez) com paralisia bilateral, simétrica, ascendente, marcadamente de predomínio proximal e poupando musculatura facial e reflexos de estiramento muscular normais ou reduzidos e reflexo cutâneo plantar em flexão -- todas as manifestações são concomitantes a um episódio de hipocalcemia. Entre os episódios, os indivíduos costumam ser assintomáticos. O diagnóstico é confirmado por ENM e após descartadas causas secundárias de hipocalcemia

Referências Bibliográficas

1. Sansone VA. **Episodic Muscle Disorders**. Continuum (Minneapolis) 2019; 25(6, Muscle and Neuromuscular Junction Disorders): 1696 - 1711.
2. Weber F, Lehmann-Horn F. **Hypokalemic Periodic Paralysis**. Gene Reviews, 2002 [Updated 2018];

Giovanna N. Belo Mendes – Residente de Clínica Médica.
email: dra.giovannabelo@gmail.com