

## Paralisi Periodica Tireotossica (PPT) come sintomo d'esordio di M. di Graves: descrizione di un caso clinico

Cappi Caterina, Sama Maria Giulia<sup>(\*)</sup>, Biagio Di Deco, Versari Sara, Senni Sanzio e Bondi Fabio  
UOS Endocrinologia Ravenna; <sup>(\*)</sup>UOC Medicina Interna Ravenna

BS, maschio di 31 anni, venne ricoverato per dolori muscolari, astenia, e impossibilità a mantenere la postura per incapacità di mobilizzare i quattro arti; le sensibilità e il sensorio erano conservati. Il laboratorio dimostrò severa ipokaliemia (< 2 mEq/L) ma normale bilancio acido/base e normale il rapporto Renina / Aldosterone; la funzionalità tiroidea e l'ecografia erano compatibili con m. di Graves in fase di moderata tireotossicosi (TSH < 0.005 µU/ml, FT4 39.8 pg/ml), in assenza di sintomatologia tireotossica. Il paziente fu trattato con Potassio, Spironolattone, Propranololo e Metimazolo, con recupero della sintomatologia che regredi pienamente solo con il ripristino di una normale tireo-ormonemia. Successivamente proseguì con la sola terapia tireostatica.

La PPT è una rara malattia neurologica, caratterizzata da paralisi (astenia muscolare acuta alle quattro estremità, dalla paresi alla paralisi completa) e ipokaliemia durante lo stato tireotossico. Ha maggiore incidenza nei giovani maschi Asiatici (1/50 per anno), mentre è rara nei pazienti non Asiatici (1-2/1.000 per anno). Raro il coinvolgimento oculare, bulbare e respiratorio. L'ipertiroidismo è spesso clinicamente silente; più frequentemente associata al m. di Graves.

Si ritiene che la predisposizione genetica abbia un ruolo nella patogenesi [polimorfismi di singoli nucleotidi dei geni CACNA1S (1q32) e GABRA3 (Xq28)]. L'ipokaliemia origina dal passaggio intracellulare di potassio secondario all'aumento dell'attività della pompa Na/K-ATPasi, in risposta all'ormone tiroideo e/o, indirettamente, attraverso la stimolazione adrenergica o insulinica.

La tireotossicosi è l'elemento che discrimina la PPT dalle altre cause di paralisi periodica ipokaliemica (HPP) e dagli altri disturbi ipokaliemici associati a un passaggio transcellulare del potassio. La DD si pone con la sindrome di Guillain-Barré, la mielite trasversa, e la miopatia tireotossica nomokaliemica.

La terapia si basa sul controllo dell'ipertiroidismo e la somministrazione di potassio durante gli attacchi che può prevenire le aritmie cardiache e velocizzare il recupero dalla paralisi. La prognosi per i pazienti è buona e la PPT si risolve quando viene ripristinata la normale funzione tiroidea.