MEMORIA DEL PÓSTER. GRUPO 3

Durante la elaboración de este trabajo todos hemos ido colaborando en las distintas funciones, pero para cada apartado hemos asignado unos **responsables** que coordinan y dirigen su parte. Destaca la **organización general** de Ernesto Castellano que ha asumido la responsabilidad de ponerse en contacto con el tutor asignado, además de llevar a cabo una **coordinación generalizada** de los distintos grupos de trabajo con la ayuda de Blanca Cruz Herrera, Rocío Castillo, Laura Castillo y Marta Cuadrado.

1. ESQUEMA GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN

- **Historia clínica y motivo de consulta**:
    - Rocío Castillo.
    - Marta Cuadrado.
    - María Collado.

Describir la historia de la paciente que ha acudido a consulta, así como detallar su motivo de consulta.

Mujer de 39 años, de origen asiático, que acude a urgencias por cuadro de debilidad en las cuatro extremidades que 5-6 horas de evolución, de predominio proximal.

Refiere haber padecido un episodio similar hace 6 meses, de madrugada, en aquellas ocasión acudió a urgencias donde estuvo ingresada durante 10-12 horas y la resolución del episodio fue espontánea en 6-8 horas, sin un diagnóstico claro al alta.

No refiere otros antecedentes personales ni antecedentes familiares de interés; no alergias medicamentosas conocidas; fumadora de 10 cigarrillos al día.

- **Pruebas complementarias**:
    - Anabel Soler.
    - Helena Sánchez.
    - Inés Cueto.

Pedir, analizar e interpretar las pruebas complementarias que se han pedido.

Exploración física:
Temperatura 36.9 oC,

Piel húmeda y caliente.
Auscultación cardiorrespiratoria: murmullo vesicular conservado, tonos cardíacos rítmicos a frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto.
TA 150/70.
Abdomen: blando despreciable no doloroso no organomegalias
En la exploración neurológica destaca una fuerza 3/5 en cintura escapular y pelviana; sensibilidad táctil, dolorosa y vibratoria conservada; hiporreflexia generalizada. No presencia de edemas.
Resto de exploración física sin hallazgos relevantes, salvo tiroides en límite superior de la normalidad (tiroides grado 0b) a la palpación cervical.

Exploración complementaria
Análisis de sangre → En las pruebas de laboratorio de urgencias presenta un hemograma, perfil renal y hepático normales.
Se solicita ionograma para estudiar la debilidad muscular. En la bioquímica destaca un kalemia de 1.7 mEq/L (3.5-5.1), con el resto de ionograma dentro del rango de normalidad.
El sistemático de orina fue también normal con potasio en orina espontánea <10 mEq/L.
Analítica con perfil tiroideo de urgencia: T4L 2.7 ng/dL (0,8-1,71), TSH 0,01 mcUI/mL (0,25-4,71) Ab TPO: 13,4 UI/mo vn <60) AbTSI: de 3.6 (vn <1.75).
La Parálisis Periódica se produce por exceso de hormonas tiroideas. Hay que determinar si el Hipertiroidismo es autoinmune (con los anticuerpos) porque la Parálisis Periódica tiene un componente autoinmune.
Se pueden solicitar enzimas musculares: diagnóstico diferencial de la debilidad muscular.

ECG → solicitado en Urgencias
*El **hipertiroidismo** conduce, por lo general, a alteraciones del ritmo como taquicardia sinusal, extrasístoles supraventriculares frecuentes y fibrilación auricular. A veces, se detectan alteraciones inespecíficas de la repolarización.*
Los cambios en el ECG se producen por la hipocalcemia: alargamiento del segmento ST y del intervalo QT.

Rx de tórax y TAC craneal → Pruebas de imagen solicitadas de urgencia, la Rx de tórax y TAC craneal se informan como normales. Diagnóstico diferencial de la Parálisis.

Ecografía Tiroidea → En la ecografía tiroidea se describe un bocio difuso a expensas de ambos lóbulos, parénquima de aspecto heterogéneo, con incremento de la trama vascular; no se objetivan nódulos ni otras lesiones focales tiroideas.
Informe de la ECO. HALLAZGOS:
Glándula tiroides aumenta de tamaño, de aspecto globuloso, con disminución de la ecogenicidad y ecoestructura heterogénea a expensas de formaciones pseudonodulares.
Presenta aumento difuso de la vascularización con la señal Doppler color
El lóbulo derecho mide 22 x 71 x 25 mm (TxLxAP).
El lóbulo izquierdo mide 21 x 56 x 23 mm (TxLxAP).
Istmo de 7 mm de espesor.
Adecuada vascularización glandular.
No se evidencian adenopatías cervicales.

- **Discusión, conclusiones y resultados**:
    - Rocio Pérez.
    - Adrián Cifuentes.
    - María Chacón.
    - Laura Chillón.

Se han encargado de recopilar todos los datos de las pruebas solicitadas y elaborar a partir de ellas un diagnóstico de la situación. Además de proponer un tratamiento para el problema de la paciente.

Analizando el motivo principal de consulta, siendo este un cuadro de debilidad muscular en las cuatro extremidades con episodios previos, y tras una exploración física en la que se observó piel húmeda y caliente, murmullo vesicular conservado con frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto y un tiroides en límite superior de la normalidad se pidieron una serie de pruebas complementarias.
Una de las pruebas solicitadas fue una analítica con perfil tiroideo ante la sospecha de hipertiroidismo por el cuadro de debilidad muscular, piel caliente y tiroides aumentado. Los resultados, (T4L 2.7 ng/dL (0,8-1,71), TSH 0,01 mcUI/mL (0,25-4,71) Ab TPO: 13,4 UI/mo vn <60) AbTSI: de 3.6 (vn <1.75), nos hicieron confirmar un hipertiroidismo autoinmune, además de una hipokalemia secundaria a ese hiperparatiroidismo después de solicitar un ionograma para estudiar esa debilidad muscular anteriormente mencionada, (1.7 mEq/L (3.5-5.1).
Se solicitó también un ECG debido a las alteraciones que se percibieron en la auscultación, mostrando un alargamiento del segmento ST y del intervalo QT).
Se pidió también un TAC craneal y una Rx de tórax al ver los datos bioquímicos alterados, siendo ambas normales.
Finalmente se solicitó una ecografía tiroidea en la que se observó un aumento de tamaño de la tiroides, confirmando el diagnóstico de hipertiroidismo autoinmune.
Se propone como tratamiento reponer potasio y tratar hipertiroidismo.

- **Bibliografía**:
    - María Castillo.
    - Pilar Garcia.
    - Carlos Ciudad.

Se han encargado de buscar referencias bibliográficas para ayudar a analizar las pruebas que se han solicitado así como para entender la fisiopatología de la enfermedad, lo cual nos permite hacer un buen diagnóstico.

- LINDA S. COSTANZO. FISIOLOGÍA, 5ª ED. |. S.A. ELSEVIER ESPAÑA; 2018. Pag. 408-409

- Devon I Rubin.Neurologic manifestations of hyperthyroidism and Graves' disease [Internet].UpToDate, Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/neurologic-manifestations-of-hyperthyroidism-and-graves-disease?search=paralisis%20periodica&topicRef=5150&source=related_link Douglas, R.Diagnosis of hyperthyroidism [Internet]. Up to Date.Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-hyperthyroidism?search=hipertiroidismo%20primario&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

- Gutmann, L, Conwit R. Thyrotoxic periodic paralysis [Internet]. Up to Date. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/thyrotoxic-periodic-paralysis?search=paralisis%20periodica&topicRef=5150&source=see_link#H9

- SISINIO DE CASTRO. MANUAL DE PATOLOGÍA GENERA. Tema 58: Fisiopatología del tiroides (págs. 494-499) https://clinicalkeymeded.elsevier.com/#/books/9788491131625/cfi/6/146!/4/2/6/8/10/8/6/2@0:93.2

- WILLIAMS. TRATADO DE ENDOCRINOLOGÍA. Tema 12: Hipertiroidismo (págs. 364-374) https://clinicalkeymeded.elsevier.com/#/books/9788413820729/cfi/6/88!/4/2/10/12/12/6/4/4/6/2@0:62.9

- Amador KM. Parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica y su distinción de otras patologías similares. Conecta Libertad. 2017;1(1):31-41. http://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/103

- Barahona MJ, Vinagre I, Sojo L, Cubero JM, Pérez A. Thyrotoxic Periodic Paralysis: A Case Report and Literature Review. Clin Med Res. 9 de enero de 2009;7(3):96-8. http://www.clinmedres.org/content/7/3/96.short

- **Creación del póster**:
  - Ernesto Castellano.
  - Laura Castillo.
  - Blanca Cruz.

Se han encargado de la parte visual, la parte que se presenta. Es decir, han recreado de manera visual y llamativa toda la información, siguiendo el orden cronológico de los acontecimientos y elaborando el póster a partir de toda la información.

- **Word con las memorias del trabajo**:
    - Alejandro Cifuentes.
    - Jesús Chacón.
    - David Chacón.
    - Rocío Castillo

Seguimiento de cada grupo de trabajo para posteriormente poder elaborar una memoria del trabajo completa y detallada.

- **Vídeo presentación del audio**:
    - Lucía Castellano.
    - Ángela Chica.

Grabación, elaboración y presentación del vídeo exponiendo el caso clínico obtenido. Explicando en este todos los datos recogidos, las conclusiones y el razonamiento seguido para llegar a estas.

2. APRENDIZAJE

- En primer lugar, hemos podido **aplicar** todo el **conocimiento teórico** acerca de la patología del tiroides **en un caso clínico** que nos podríamos encontrar en nuestro futuro como médicos.
- **Organizarnos como grupo** para poder **elaborar** nuestro primer **póster** acerca de un caso clínico.
- **Debatir** entre el grupo la **posible etiología** de toda la patología que tenía nuestra paciente, poniendo en común nuestras **hipótesis** y los **datos que requeríamos para confirmarlas**.
- **Diseñar** un trabajo visual que atraiga la atención de varias miradas y por lo tanto permite su **mejor divulgación**.