



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. abril 2003; 7(1): 70-78

PRESENTACIÓN DE CASO

A propósito del síndrome de las piernas inquietas

On purpose of the restless legs syndrome

Antonio J. García Medina¹.

Especialista de I Grado en Neurología. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

El Síndrome de las piernas inquietas, trastorno del movimiento caracterizado por una sensación desagradable en las extremidades inferiores que provoca la necesidad imperiosa de moverlas, presentándose dichos síntomas en el horario del reposo vespertino, antes de dormir en la noche, lo cual interfiere con la instauración del sueño, provocando múltiples manifestaciones clínicas en los pacientes que la padecen. Es una entidad que a pesar de conocerse desde tiempos remotos, no se detectaba mucho, hasta hace unos años en que la frecuencia diagnóstica se ha incrementado pero todavía de forma insuficiente. Se presentan los primeros 5 casos diagnosticados y tratados con éxito en la consulta de neurología del Hospital «Abel Santamaría» durante el corto período de 6 meses en el 2002.

Descriptor DeCS: PIERNAS INQUIETAS, SINDROME DE EKBOM.

ABSTRACT

Restless Legs Syndrome is a motor disorder characterised by an unpleasant sense located in lower limbs provoking the urgent necessity of moving them, these symptoms appear during evening rest times and before bedtime, which manifestations interfere with sleep establishment leading to numerous clinical manifestations to those patients suffering from this entity. Despite of knowing about the syndrome since ancient times it was not frequently observed; the frequency of diagnosis has increased nowadays but insufficiently. The first 5 cases were diagnosed and successfully treated at Abel Santamaría Hospital "Outpatient Neurologic Clinic" during 6 months in 2002.

Subject headings: RESTLESS LEGS/ SYNDROME EKBOM

INTRODUCCIÓN

El síndrome de las piernas inquietas(S P I) es un trastorno del movimiento, que hasta hace unos años se consideró una curiosidad clínica, caracterizada por sensaciones desagradables localizadas en extremidades inferiores que llevan a la necesidad imperiosa de moverlas, principalmente durante el reposo nocturno.¹ En consecuencia interfiere con la instauración del sueño y debilita la calidad de vida del paciente, al provocar intranquilidad, sensaciones molestas, déficit de sueño y estrés.^{2,3}

Probablemente, la primera descripción del SPI asociado a trastornos severos del sueño severas se debe al médico inglés Sir Thoma Willis, quien en 1672 publicó un trabajo en latín que posteriormente se tradujo al inglés y se publicó en la London Practice of Physick en 1685, en un capítulo titulado "Instructions for Curing the

Watching-Evil." ⁴ Puede suponerse que el SPI era un trastorno especialmente frecuente en aquella época, ya que era muy común el tratamiento de todo tipo de padecimientos mediante sangría, y hoy sabemos que la deficiencia de hierro puede agravar el síndrome.^{4,5} Oppenheim ⁴ fue el primero en definir la enfermedad como un trastorno neurológico, describiendo sus síntomas en su Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Este autor reconoció también el componente genético de la enfermedad:

La inquietud en las piernas es un tipo especial de paralgesia subjetiva. Puede convertirse en una auténtica tortura, que dura años o décadas y puede transmitirse a otros miembros de la familia.⁴ En la primera mitad del Siglo XX, el neurólogo sueco Karl A. Ekbom ⁴ investiga concienzudamente el cuadro, aportando la primera descripción detallada y amplia del SPI. En sus primeras descripciones de los síntomas, basadas en 8 casos, distinguió una forma a la que llamó "asthenia crurum paraesthetica" y una variante dolorosa a la que denominó "asthenia crurum dolorosa", ⁴ pero en 1945 introdujo el término SPI. En si la enfermedad se llama a veces todavía síndrome de Ekbom. La parestesia se siente en la parte inferior de las piernas (no los pies). . . . Al paciente le cuesta encontrar las palabras adecuadas para describirlo. Es una sensación de arrastramiento, irritante y enervante. Como una regla general no se trata de un dolor real. "Es algo nervioso. . . ". La parestesia aparece fundamentalmente durante la noche, generalmente en ña primera hora después de acostarse. . . La sensación desaparece o disminuye al mover las piernas, pero no tarda en volver. Los pacientes no pueden dormir, se ven obligados a mover las piernas y cambiar continuamente de posición, o levantarse y caminar.⁴

Hubo que esperar hasta 1995 para que el Grupo de Estudio Internacional sobre el Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) se pusiera de acuerdo en los criterios que definen el diagnóstico de SPI,⁶ a pesar de que los rasgos clínicos de un "síndrome que causa tal sufrimiento que debe ser conocido por todos los médicos" ⁴ se conocían desde varios siglos antes. Sin embargo, ha sido en el Siglo XX cuando se le ha reconocido como un trastorno neurológico independiente. En la actualidad se diagnostica con frecuencia creciente, pero todavía de forma insuficiente.⁷

Presentaremos los primeros 5 casos diagnosticados en la consulta de neurología del hospital universitario "Abel Santamaría" de Pinar del Río, durante el primer semestre del 2002.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1.

Paciente femenina de 40 años de edad de la raza blanca, con antecedentes de salud, hasta hace 6 meses que viene aquejando una serie de manifestaciones generales dada por irritabilidad y mal carácter con bajo rendimiento laboral en la fabrica de tabaco donde trabaja, como dato característico refiere desde ese mismo tiempo, unos movimientos irresistibles de las piernas al llegar por la noche a su casa y sentarse a ver el televisor, debido a que nota unas molestias en las pantorrillas que no sabe definir muy bien, que solo se alivian frotándose las mismas o moviéndolas. Al ir a dormir estas manifestaciones refiere que se incrementan, lo cual le impide poder conciliar el sueño, es decir se pasa gran parte de la noche en esa tragedia de mover las piernas y caminar alrededor de la cama, logrando cierto alivio en las primeras horas del día en que ya tiene que prepararse para irse para el trabajo, al amanecer desaparecen dichas manifestaciones y movimiento, pero se encuentra muy nerviosa y cansada.

Dicha paciente fue estudiada en la consulta de trastornos del movimiento del hospital "Abel Santamaría", con el diagnóstico de SPI.

El examen físico. Sin alteraciones

Los estudios de laboratorio realizados fueron normales, excepto niveles disminuidos del hierro sérico.

Fue tratada primeramente con carbamazepina 200mg antes de acostarse pero al cabo de 21 días hubo que retirárselo y agregar al tratamiento fumarato ferroso 2 veces al día con vitamina c y ácido fólico (ya que recibimos el estudio de hierro sérico disminuido). Además 1 hora antes de dormir se le indicó 1 tableta de levodopa- benzeracida. A los pocos días la mejoría de las molestias comenzaron a notarse y en el transcurso de 3 a 6 meses y a haber vuelto a la normalidad de su vida con un régimen de sueño adecuado y reparador, desaparecieron todas las manifestaciones conductuales y psicósomáticas que aquejaba.

Caso 2.

Paciente femenina de 24 años de edad, de la raza blanca que se estudiaba por su área de salud por falta de rendimiento laboral e inadaptación social, debido a problemas laborales y en el ámbito familiar que le provocaron un divorcio reciente y separación de su empresa donde trabajaba como secretaria.

Al realizar la anamnesis detectamos que presenta dificultades para conciliar el sueño debido a que enseguida que se acuesta por la noche comienza a sentir unas molestias irresistibles en las piernas y cara posterior de los muslos y a veces le llega la manifestación hasta la región lumbosacra, que se alivia frotándose las piernas con crema o moviéndolas y caminando por el cuarto.

Esta paciente no tiene ningún antecedente patológico personal de importancia, solo hiperpolimenorrea con mucha frecuencia. Como antecedente patológico familiar tía paterna viva con síndrome de piernas inquietas

El examen físico sin alteraciones

Complementarios

Hemoglobina en 11g/l

Hierro sérico disminuido

Después del tratamiento con levodopa benzeracida una tableta de 250mg al acostarse y una tableta de clonacepam de 1mg las manifestaciones fueron mejorando hasta desaparecer Además se le indicó el fumarato ferroso 300mg, la vitamina C y el ácido fólico.

La paciente a los 4 meses estaba sintomática.

Caso 3.

Paciente femenina de 54 años, de la raza blanca y ama de casa, con antecedentes de padecer de osteoartrosis lumbosacra, la cual desde hace varios meses viene aquejando molestias en las pantorrillas como una sensación desagradable que le aparece por la noche cuando esta en reposo sentada o cuando se acaba de acostar

para dormir, esto le provoca la necesidad de moverse y caminar para poder aliviar dichas molestias dolorosas, ella dice que son distintas a las molestias que ella acostumbra a tener cuando tiene una sacrolumbalgia por su artrosis

Examen físico: sin alteraciones

Complementarios en sangre

Todos fueron normales incluyendo el hierro sérico

Rx de región lumbosacra y estudio de resonancia magnética arrojaron solo cambios de artrosis moderados en dicha zona, sin otras alteraciones.

Esta paciente se le probó varios tratamientos y mejoró sus síntomas con levodopa bencerasida de 250mg una tableta antes de dormir con una tableta de parlodel o bromocriptina.

Caso 4.

Paciente femenina de 48 años de edad y de la raza blanca, con antecedentes de una insuficiencia renal crónica, la cual desde hace varias semanas viene aquejando dolores en las pantorrillas principalmente, a la hora de acostarse y cuando esta en reposo por las noches viendo la televisión, teniendo necesidad de frotarse o mover las piernas para aliviarse y a veces darse un baño de agua caliente y frotarse fuerte las piernas porque le dificulta grandemente conciliar el sueño, y al día siguiente esta muy agotada e irritable.

Examen físico neurológico sin focalización.

Complementarios séricos con cifras altas de creatinina y urea pero en dependencia de su régimen dialítico

No se pudo realizar en dicha paciente hierro sérico por dificultades en reactivos, pero el resto de los estudios dentro de los parámetros aceptables para su enfermedad crónica renal.

Evolución:

El paciente con la frecuencia de las diálisis siente mejoría, pero se le agrego además por las noches antes de acostarse la levodopa bencerasida de 250mg una tableta y el clonacepam de 1mg con mejoría espectacular de las molestias y movimientos de las piernas.

Caso 5

Paciente femenina de 50 años de edad, de la raza mestiza, con antecedentes de salud hasta que hace 3 meses aproximadamente viene notando una necesidad imperiosa de mover las piernas cuando esta en reposo en el horario de la tarde noche, ya que siente unas molestias que no sabe definir bien en la cara anterior y posterior de las piernas, lo cual le impide el inicio del sueño, y viene a poder dormir algo cuando comienza a amanecer por la mañana, hora en que tiene que levantarse y no puede porque se siente muy agotada e irritada.

Antecedentes Patológicos Personales (A. P. P): nada a señalar

Antecedentes Patológicos Familiares (A. P. F.): padre y 2 tíos paternos con enfermedad de parkinson

Examen físico: no focalización neurológica

Complementarios de sangre H b en 12g/l

Hierro sérico ligeramente disminuido

Se le impuso tratamiento con fumarato ferroso 300mg 2 veces al día con vitamina c 500mgrs y ácido fólico 1mg diario así como una tableta de clonacepam de 1mg mas 1 tableta de levodopa- bencerazida 250mg al acostarse la evolución fue muy favorable

DISCUSIÓN

Como hemos visto el SPI, es una afección frecuente con una prevalencia del 2-15% entre la población general, aumentando con la edad.

La etiología es desconocida; en muchos casos es familiar, lo que sugiere un trasfondo genético. El déficit hierro sérico, incluso sin anemia, es una alteración asociada observada con cierta frecuencia en pacientes con SPI, ^{7,8,9} al igual que lo encontrado en nuestros casos. El hierro es un componente de los receptores dopaminérgicos (D2) que pueblan densamente los ganglios basales. Su carencia podría interferir con la función de los receptores dopaminérgicos, y provocar el trastorno del movimiento que conocemos por SPI. Esta hipótesis viene apoyada por la observación clínica de que el SPI mejora con la administración de dopamina y agonistas dopaminérgicos, al igual que lo observado en nuestros casos.

El SPI también se observa en pacientes con lesiones en la médula espinal y en neuropatías periféricas. En algunos casos se ha observado en osteoartritis vertebral, sin lesión neurológica conocida.

También se observa en el 50 % de los pacientes con insuficiencia renal y uremia, si bien tiende a mejorar tras el trasplante renal.^{10,11} Afecta al 19 % de las mujeres embarazadas,^{7,10,11} y desaparece espontáneamente en el puerperio.

Las sensaciones disestésicas desagradables afectan fundamentalmente las espinillas y los gemelos de las piernas; con frecuencia decreciente alcanzan los muslos, la masa glútea y la región lumbar. Como hemos observado en los ejemplos anteriores las disestésias son bilaterales, asimétricas y menos frecuentemente unilaterales.

El diagnóstico se basa en los siguientes criterios mínimos.⁶

a. Necesidad imperiosa de mover las piernas, en general secundario a sensaciones desagradables de tipo disestésico en las extremidades inferiores.

b. Inquietud motora que se manifiesta por vueltas en la cama, frote de piernas y deambulación.

c. Los síntomas empeoran con la inacción y mejoran con la actividad.

d. Los síntomas son más intensos en horas vespertinas antes de acostarse.

Fenómenos asociados son:

- a. Trastornos del sueño y fatiga diurna
- b. Examen neurológico normal
- c. Movimientos periódicos de las piernas

El diagnóstico diferencial de SPI hay que hacerlo con los calambres profundos de las piernas, que se caracterizan por contracciones dolorosas, involuntarias y unilaterales de las piernas, que despiertan al sujeto, generalmente de edad avanzada. La acatisia se distingue por la inquietud motora sin sensación desagradable acompañante; aparece en sujetos tratados con neurolépticos o sustancias dopaminérgicas. En las neuropatías periféricas puede haber disestesias, que se diferencian del SPI por no causar necesidad imperiosa de mover las piernas y no ceden con la actividad motora; tampoco empeoran al anochecer o antes de acostarse.^{7,10,11}

Las pruebas de laboratorio selectivas para asistir en el diagnóstico de SPI son el hierro sérico con la ferritina sérica, esta última no fue posible utilizarla en nuestra muestra; pruebas de función renal y glicemia. La polisomnografía no es necesaria, pues el diagnóstico se basa en testimonio clínico del enfermo.^{7,11}

Como hemos visto el éxito del tratamiento es muy variable de un enfermo a otro y frecuentemente es necesario realizar varios ensayos. Los medicamentos de primera línea son las sustancias dopaminérgicas comenzando con dosis bajas que se administran poco antes del comienzo habitual de los síntomas, también las benzodicepinas como el clonacepam y algunos anticonvulsivantes como la carbamazepina han dado buenos resultados, se tiene reporte reciente de la gabapentina como de gran utilidad en este molesto síndrome.¹² En general debe administrarse suplemento de hierro por vía oral si el nivel de ferritina sérico es inferior a 50 microgramos/ litro, así como el ácido fólico y la vitamina E según algunos autores.

Como vemos el SPI es una entidad más frecuente de lo que todos imaginamos y además, está relacionada con una gran cantidad de síntomas psicósomáticos que vemos muy a menudo en la práctica clínica, y por la que podemos hacer mucho con un diagnóstico oportuno y eficaz en la atención primaria. Considerando la misma como una entidad clínica eminentemente tratable con éxito, con resolución satisfactoria del trastorno del sueño asociado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chokroverty S, Jankovic J. Restless legs syndrome. A disease in search of identity. *Neurology* 1999; 52: 907-10.
2. Culebras A. *La Medicina del Sueño*. Barcelona: Ancora; 1994.
3. Culebras A. Iron and restless legs syndrome increasingly in the collosion path. *Neurology Network Commentary* 1999; 3: 72-4.

4. Winkelmann J. Restless legs syndrome (History of Neurology seminal citations). Arch Neurol 1999; 56: 1526-7.
5. Collado- Seidel V, Winkelmann J, Trenkwalder C. Actiology and Treatment of Restless legs syndrome. CNS Drugs 1999; 12: 9-20.
6. Walters AS. The International Restless Legs Syndrome Study Group. Towards a better definition of the restless legs syndrome. Mov Disord 1995; 10: 634-52.
7. Culebras A. Síndrome de las Piernas Inquietas. Diagnóstico y Tratamiento. Rev Neurol 2001, 32 (3): 281-283.
8. Sun ER, Chen CA, Ho G, Earley CJ, Allen RP. Iron and restless legs syndrome. Sleep 1998; 21: 371-7.
9. Rothdach A, Trenkwalder C, Haberstock J, Keil U, Berger K. Prevalence and risk factors of RLS in an elderly population. Neurology 2000; 54: 1064-8.
10. Philips B. Epidemiology of Restless legs symptoms in adults. Arch Int Med 2000; 160: 2137-41.
11. Restless legs syndrome. A clinical update. Rev Chilena de Neuro- Psiquiatría 2001; 5: 140-146.
12. García Borreguero J. Gabapentina para el Síndrome de las piernas inquietas. Neurology 2002; 59: 1573-1579.

Recibido: 7 de marzo del 2003
Aprobado: 17 de abril del 2003

Dr. Antonio J. García Medina. Calle Virtudes No. 182 (oeste) e/n Guiteras y Galiano.
Pinar del Río. Cuba.
CP: 20100.