

Síndrome de las piernas inquietas

Actualización

■ OLGA DE CONTE VILA • Farmacéutica-médico.

■ CRISTINA BATLLE EDO • Farmacéutica.

Las autoras revisan la clínica y las posibilidades de tratamiento que la terapéutica ofrece de cara al abordaje del síndrome de las piernas inquietas, un trastorno cuya incidencia en la población de mediana edad es más elevada de lo que se cree y que puede ocasionar importantes distorsiones en el estilo de vida habitual del afectado.

El síndrome de las piernas inquietas (SPI) es un trastorno neurológico de movimiento, caracterizado por una sensación anormal e incómoda en las piernas que normalmente ocurre durante el sueño o descanso.

BASE HISTÓRICA

El SPI evidentemente ha existido siempre, pero fue descrito por primera vez en la literatura por Sir Thomas Wills en 1672. Hasta 1923 Oppenheim no lo describe como un trastorno neurológico y en 1944 el Dr. Ekbom, neurólogo sueco, lo analiza ampliamente. En 1945 empieza a ser denominado síndrome de las piernas inquietas, aunque también es conocido como síndrome de Ekbom, síndrome de Wittmaack-Ekbom o *anxietas tibarium*.

Pese a todo, ha sido ya en fechas recientes cuando debido al intenso estudio de los problemas relacionados con el sueño se han establecido parámetros sobre este síndrome y se ha avanzado en su tratamiento.



CLÍNICA

El síndrome de las piernas inquietas es una de las causas de insomnio más frecuentes en las personas mayores, si bien ni los médicos ni los pacientes lo consideran importante. Es una sensación muy desagradable que se presenta en las piernas y provoca una necesidad imperiosa de moverlas. Ocasiona graves insomnios al presentarse pronto e impedir la conciliación del sueño o al propiciar despertares nocturnos a causa de una desagradable sensación en los miembros inferiores. No son «rampas», ni calambres: es una sensación de inquietud que aparece al estar tumbado o sentado y que obliga a mover las piernas, mejorando o desapareciendo al andar. El SPI puede ser un problema frustrante y persistente cuando no es comprendido por la familia ni por el propio médico.

Se presentan molestias en la zona distal de las piernas, de rodilla a tobillo, aunque en ocasiones también pueden producirse las molestias en los brazos. Los síntomas pueden ser variados y en ocasiones difíciles de describir incluso por los propios pacientes. Tienen un denominador común: la necesidad que suscitan de mover la extremidad afectada y la dificultad para permanecer inmóvil.

Como se ha señalado, aunque generalmente son las piernas las afectadas, algunas veces pueden también estar afectados los brazos u otras áreas del cuerpo. Los individuos experimentan una irresistible necesidad de moverse al notar entonces mejoría en las molestias. En consecuencia, los aquejados por el SPI pueden llegar a mover vigorosamente el área afectada o llevar a cabo otros movimiento repetitivos como correr, andar o balancearse.

Los pacientes lo definen de múltiples maneras y en ocasiones notan bajo la piel «un apretón o un tirón horrible que asusta», normalmente a la altura de la pantorrilla. También hablan de «corrientes de electricidad» o «sensación de que los músculos y los huesos están llenos de gusanos retorciéndose o de hormigas arrastrándose».

El miembro se vuelve inquieto y esta sensación o situación puede estar asociada a otros síntomas como pinchazos, sacudidas musculares o dolores. Estos síntomas aparecen cuando el paciente está sentado, quieto o acostado en la cama. En ocasiones los pacientes afectados tienen dificultades para conciliar el sueño, otras veces los síntomas se presentan de madrugada y despiertan al paciente que observa las sensaciones propias de este síndrome. Instintivamente el afectado procura hacer ejercicios, masajes, duchas, para aliviar los síntomas.

Durante el sueño es posible que también se presenten los síntomas sin que el paciente despierte. En estos casos suelen presentarse a ráfagas cada 30 segundos. Al levantarse los pacientes ya no tienen los síntomas descritos, pero debido a la mala noche pasada están irritables, cansados y con malestar general. Si se producen estados de insomnio crónico se disminuye la productividad, se dificulta la concentración y se reduce la capacidad de memoria. Todo esto afecta al estado de ánimo y a la calidad de vida. Además, el estrés puede causar insomnio, pero es que el insomnio puede causar estrés.

Aunque estos síntomas ocurren principalmente en la noche durante el sueño, en algunas personas pueden desarrollarse en otros períodos de inactividad, como estando sentadas o viajando en coche, etc.

formas son la anestesia, la hiperestesia, la hipoestesia y la parestesia.

- Dolor en la misma disposición de las parestesias.
- Ansiedad, tensión o ligera depresión.

- El aumento de los síntomas con el descanso y el alivio con la actividad.

- Inquietud motora.

- Empeoramiento nocturno de los síntomas.

- Dificultad para describir las sensaciones en las piernas (picotazos, ardores, dolores). Pueden afectar a pies, piernas, muslos o también brazos.

- Los síntomas son generalmente bilaterales pero pueden afectar solamente un miembro.

- El retraso en el inicio del sueño es muy común.

- Una vez que no se duerme, los síntomas causan frecuentes trastornos derivados de la interrupción del estilo de vida, incluyendo enfermedades mentales.

- Urgencia frecuente en la micción durante el período de interrupción del sueño.

- Muchas veces el enfermo recuerda el comienzo de la sintomatología durante la adolescencia.

- Muchas mujeres cuentan un agravamiento durante el embarazo, con las consiguientes dificultades para el tratamiento farmacológico.

- Algunos pacientes experimentan recesiones. Otros cuentan un decrecimiento de los síntomas durante los meses fríos del año. En muchos casos el síndrome vuelve.

ETIOLOGÍA

Las causas del SPI no son bien conocidas en realidad. Un estudio publicado en *Anales de Neurología* en mayo de 1997 indicaba que el cerebelo y el tálamo son activados durante los síntomas del SPI.

Como en la mayoría de las enfermedades que afectan a un número importante de personas, en un 70% no se encuentra causa que la produzca y se clasifica como enfermedad primaria. De estos casos, en un 30% hay algún familiar con problemas parecidos y por tanto interviene el factor genético. Existen nuevas evidencias que hablan de una probable relación con los cromosomas 5 y 10, habiéndose observado que en las familias afectadas la aparición de los síntomas va adelantándose en la edad a medida que van pasando generaciones.

En los casos no clasificados como primarios se ha establecido una vinculación entre las piernas inquietas y otras patologías como la anemia ferropénica. La manifestación neurológica más conocida de esta anemia es el sín-

**El síndrome
de las piernas inquietas
podría ser un proceso
congénito debido
a un desequilibrio
entre dopamina
y serotonina**

TRASTORNOS ASOCIADOS

En el síndrome de las piernas inquietas se distinguen varios elementos básicos:

- Deseo de mover las piernas generalmente asociado a parestesias y disestesias especialmente durante la tarde o la noche. Se denomina parestesia la sensación anormal, rara, alucinatoria, táctil, térmica, etc. de los sentidos o de la sensibilidad en general. Por disestesia se entiende la perversión de la sensibilidad o alteración de la recepción de estímulos en la que la sensibilidad está exagerada, debilitada o perversa. Sus principales

Tabla I. Estrategias recomendadas para mejorar la calidad de vida en pacientes afectados de SPI

- Explique su situación a familiares amigos y médicos.
- Empiece y acabe el día con ejercicios de estiramientos de las piernas.
- Sopesa la posibilidad de dormir hasta tarde en las primeras horas de la mañana, cuando sus piernas estén menos activas, o dormir un rato por la tarde, si esto se ajusta a su horario.
- Sumérjase en un baño templado o tome una ducha caliente, así aliviará temporalmente los movimientos de las piernas.
- Si trabaja en un despacho, eleve la posición del ordenador y suplemente la altura de su asiento.
- Si debe utilizar libros, colóquelos en un estante elevado, para obligarse a ponerse de pie y estirar las piernas.
- En cines, teatros y salas de conferencias, seleccione un asiento de pasillo para proveerse de una fácil salida del local. Si tiene que estar de pie, sitúese cerca de la salida.
- Efectúe diariamente un paseo de unos 30 minutos. Considere la posibilidad de escuchar la radio o música mientras camina. Así el tiempo consumido le resultará más gratificante.
- Planifique sus horas de viaje de acuerdo con los períodos de síntomas menos graves.
- Fraccione el tiempo de conducir efectuando frecuentes paradas.
- Para vuelos prolongados planifique una escala.
- Sea consciente de que no está solo. Muchos pacientes pasan noche tras noche paseando y algunas veces durante el día, porque sus piernas precisan movimiento. Busque algún grupo de apoyo o asociación de afectados por el SPI para compartir su problema y buscar soluciones junto a otros pacientes.

drome de pica (perversión del apetito en la que apetecen sustancias no comestibles), y ya Ekblom había indicado que el 72% de los pacientes con síndrome de pica tenían sintomatología compatible con el SPI.

También se dan casos de SPI en el tercer trimestre del embarazo y la mitad de las personas afectadas de insuficiencia renal crónica padecen de piernas inquietas. La insuficiencia renal metabólica es una neuropatía sensitivomotora simétrica, de predominio distal y más evidente en las extremidades inferiores. Sus síntomas más frecuentes son las rampas musculares y el síndrome de las piernas inquietas, a pesar de que no se ha podido demostrar que alguno de ellos sea causado por la misma polineuritis. Esta polineuritis sólo aparece cuando la creatinina supera los 6 mg/dl. Los avances tecnológicos y las mejoras en las diálisis han condicionado que la neuropatía consecuencia de la insuficiencia renal metabólica sea cada vez menos frecuente.

También se han establecido posibles relaciones entre el SPI y los déficit de ácido fólico, la diabetes, la artritis reumatoide, etc. En otras ocasiones se produce en circunstancias de bajo nivel de oxigenación o trastornos crónicos como Parkinson, enfermedad

pulmonar obstructiva crónica (EPOC), o con el uso de ciertos medicamentos.

Se piensa también que se puede deber a un proceso congénito debido a un desequilibrio entre la dopamina y la serotonina. Dicho desequilibrio permite la libre acción de los impulsos nerviosos sin producirse la cohibición necesaria que sí tiene lugar en la situación normal de ambas sustancias en equilibrio.

También puede asociarse a otros trastornos como déficit de circulación sanguínea en las piernas, trastornos musculares, alcoholismo, deficiencias de vitaminas o minerales o causas yatrogénicas como el consumo de caféina o tabaco, la fatiga o la temperatura elevada.

El 80% de los pacientes afectados de SPI padecen también mioclonía nocturna o movimiento periódico de las piernas (MPP), en el cual los músculos de las extremidades inferiores se contraen involuntariamente durante el sueño. Estos espasmos también despiertan al paciente, que no tiene conciencia de por qué se ha despertado, y pueden ser leves o de tal magnitud que el afectado se arroje fuera de la cama. Las sacudidas de las piernas pueden durar de medio a 5 segundos y repetirse cada 20 o 40 segundos durante el sueño no REM. La severidad de los trastornos periódicos se mide por el número de

sacudidas de las piernas por hora. Se habla de movimiento periódico de las piernas o extremidades cuando se producen al menos 5 sacudidas por hora de sueño y cada una de ellas va seguida de un despertar.

DIAGNÓSTICO

A pesar de que el 5% de la población tendrá experiencias molestas o dolor asociados al SPI, la detección y el diagnóstico de este síndrome es aún difícil. Muchos profesionales sanitarios no están familiarizados con el SPI y pueden no conocer la sintomatología. Es frecuente que las personas que han sido diagnosticadas hayan tenido que visitar a varios médicos y especialistas antes de haber obtenido un diagnóstico concreto. La mayoría de los que requieren atención médica por sus síntomas son personas de mediana edad y muchas de ellas refieren largas historias de intranquilidad y dolor desde la infancia. Los afectados de SPI pueden ser incapaces de describir lo que les sucede y ni siquiera darse cuenta de que los síntomas pueden definirse como un síndrome determinado, por lo que sufren durante años pensando y esperando que las molestias tal vez desaparecieran algún día.

Para el diagnóstico del SPI es necesario efectuar un estudio del sueño. Para ahorrar al paciente o a su familia años de sufrimiento innecesario y de estrés emocional es imprescindible recomendar que, si sospecha de un trastorno del sueño, consulte con su médico e insista en ser atendido por un equipo de trastornos del sueño. Un correcto diagnóstico es el primer eslabón en el tratamiento de los trastornos del sueño, entre los que ocupa un lugar nada desdeñable el síndrome de las piernas inquietas.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En el tratamiento del SPI se han producido muchos avances, sobre todo si se inicia en fase precoz después de la aparición. Hay que tener en cuenta que este síndrome dispone de tratamientos pero es de difícil curación.

Para iniciar el tratamiento debe procederse a efectuar un completo perfil analítico y si se registra alguna deficiencia de sustancias relevantes (hierro, ácido fólico, etc.) debe abordarse. Si no es posible localizar deficiencias que justifiquen el síndrome, conviene recomendar técnicas de relajación, baños de agua caliente, compresas de agua fría, etc. Un cambio del horario

laboral, si es posible, puede favorecer una mejoría.

El tratamiento de la anemia ferropénica y su normalización logra en una mayoría significativa la mejora del sueño y la desaparición del SPI si se administra conjuntamente con levodopa. Iniciado el tratamiento, la calidad de vida de los pacientes cambia radicalmente.

Cuando hay dolor, habitualmente se aconseja emplear analgésicos suaves como ácido acetilsalicílico, paracetamol o ibuprofeno. Algunos médicos sugieren a sus paciente que aumenten el consumo de alimentos ricos en potasio, como el plátano, la papaya, el melón, etc.

Los fármacos empleados en el abordaje del SPI incluyen:

- Benzodiacepinas u opiáceos de baja potencia.
- Levodopa y carbidopa.
- Pergolida.
- Opiáceos de alta potencia.
- Anticonvulsionantes.
- Antidepresivos.
- Antiparkinsonianos.
- Antihipertensivos.
- A veces incluso fármacos indicados en el tratamiento de la esclerosis múltiple.

Tradicionalmente se han utilizado la levodopa y las benzodiacepinas, pero en este momento existen tres trabajos aleatorios de alta calidad en los que se demuestra la efectividad de la pergolida (un agonista de los receptores de la dopamina).

En el estudio Göttingen se observó una disminución de la duración de los movimientos nocturnos, pasando de los 165 minutos en el control pretratamiento a 35 minutos tras el tratamiento. Los pacientes presentaron un alivio significativo.

En el estudio Baltimore se observó una reducción de los movimientos periódicos de las piernas durante el sueño, disminución del número de horas con síntomas durante el día, disminuyendo los síntomas de un número significativo de pacientes.

En otro estudio se incluyeron mayor número de pacientes y durante más tiempo y se obtuvo una disminución estadísticamente significativa del movimiento de las piernas. Como efectos adversos del tratamiento que se consideraron leves cabe destacar las náuseas, las cefaleas y el estreñimiento.

Algunas personas mejoran con vitamina E y tratamientos con calcio pero la respuesta individual puede variar.

Aunque el tratamiento con levodopa, como ya se señalado, es muy conocido en la literatura, existen tratamientos

alternativos con opiáceos suaves (codeína, metadona, etc.) y benzodiacepinas (nitrocepan, clonacepan, sobre todo esta última) y a pesar de que se ha llegado a la conclusión de que no existe ningún tratamiento totalmente eficaz para el SPI y los MPP, se recomienda el uso de benzodiacepinas para pacientes jóvenes y situaciones leves, y reservar la levodopa para casos más graves.

Se ha comprobado en un estudio que con el uso de ropinirol en el tratamiento del insomnio crónico, consecuencia del síndrome de las piernas inquietas, se produce una mayor eficiencia del sueño y un descenso de los síntomas en una mayoría subjetiva de los pacientes sometidos a estudio. Al suspender la medicación los síntomas volvieron a aparecer pero desaparecieron al volver a iniciar el tratamiento. Cabe señalar que entre las causas de rechazo para la inclusión en dicho

En el tratamiento del SPI se han producido muchos avances, sobre todo si se inicia en fase precoz después de la aparición

estudio figuraban las anemias, la falta de hierro, la uremia y el embarazo.

El Dr. Wayne Hering, investigador clínico y neurólogo de la Fundación para el SPI de Estados Unidos, indicó en 1999 que las combinaciones de medicamentos son a menudo mejor toleradas que las medicaciones monofármacos.

En todo caso, el uso de medicamentos en el tratamiento de la SPI debe ser complementado con estrategias correctivas. El mejor tratamiento a menudo pasa por una cooperación activa y experimental entre médico y paciente. Puede requerir una revisión pasado cierto tiempo, de acuerdo con las variaciones de los síntomas y la respuesta a la estrategia de tratamiento escogida.

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

En el grupo de los tratamientos complementarios del SPI cabe citar:

- Acupuntura.
- Homeopatía.
- Reflexología.
- Suplementos nutricionales.

Como se ha apuntado ya, los pacientes aquejados de SPI pueden probar diferentes medidas susceptibles de reducir las molestias asociadas, como masajes de las piernas, baños calientes, aplicación de compresas frías o calientes, uso de analgésicos suaves como ácido acetilsalicílico, paracetamol o ibuprofeno. La eliminación de la cafeína y los estimulantes en general, así como la adopción de hábitos regulares de sueño y ejercicio principalmente a primera hora del día y al atardecer son, asimismo, muy recomendables.

Otros enfoques incluyen las terapias de grupo, la quiropraxia y la terapia de relajación. En el extranjero existen numerosos grupos de apoyo y asociaciones de afectados. En la tabla I se apuntan algunas estrategias útiles para mejorar la calidad de vida en pacientes afectados de SPI.

RECURSOS Y ASOCIACIONES DE AYUDA

En este apartado cabe citar:

- Federación Española de Asociaciones de Enfermedades Raras (FEDER). Manuel Villalobos, 41 acc. 41009 Sevilla. Teléfono y fax: 954 35 87 86. Correo electrónico: f.e.d.e.r@teleline.es

- European Organization for Rare Disorders (EURORDIS). 13, Place de Rungis. 75013 Paris. Tel.: 33 1 44 16 27 47. Fax: 33 1 44 16 27 12. Correo electrónico: eurordis@mail.afm.genethon.fr Página web: <http://www.eurordis.org>.

- Unidad del sueño «Dr. Estivill». Paseo Bonanova 61, bajos. 08017 Barcelona. Tel. 932 12 13 54/14 04. Fax: 934 18 60 99. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Díaz J et al. Cartas al director. Medicina Clínica 1995; 104 (15).

Evidente VG, Adler CH. How to help patients with restless leg syndrome. Postgraduate Medicine 1999; 105: 59-74.

Farreras Rozman. Medicina Interna. Vol. II. 30.ª ed. Barcelona: Ediciones Doyma, 1997.

Vila N, Martí MJ. Cartas al director. Medicina Clínica 1994; 103 (8).

Páginas web sobre el tema:

- mimedico.net
- www.healthandage.com/patient/ (Fundación Novartis para la Gerontología)