



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/564 - DOCTOR, ESTOS CALAMBRES NO ME DEJAN DORMIR

Á. Martínez Tolosa<sup>a</sup>, F. Soriano Gómez<sup>b</sup>, M. Pierre Barea<sup>a</sup>, I. Pérez Zambrano<sup>a</sup>, A. Cabrera Aguilar<sup>c</sup> y M. Molano Camacho<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia I. Cáceres. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Olivenza. Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 65 años, con antecedentes de glaucoma en tratamiento con timolol. No hábitos tóxicos. Sin alergias conocidas. Antecedentes familiares: Madre con enfermedad de Parkinson. Acude a consulta de Atención Primaria refiriendo insomnio nocturno de tres semanas de evolución. Indica que al acostarse comienza con hormigueo, calambres y dolor en las piernas, sintiendo necesidad imperiosa de mover las piernas, por lo que se levanta y mejora al caminar. No temblor, estreñimiento, exceso de sudoración, ni otra sintomatología acompañante. Se le pauta tratamiento con ropinirol 0,5 mg y medidas higiénico-dietéticas, cediendo la sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 130/75 mmHg. FC: 67 lpm. T<sup>a</sup>: 36,6 °C. BEG. Orientada en las tres esferas. ACP: rítmica. No soplos. No ruidos sobreañadidos. Abdomen: sin hallazgos significativos. MMII: no edemas, no signos de TVP. No lesiones cutáneas. Neurológico: pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales conservados. No nistagmo. Reflejo glabellar negativo. No disimetrías ni disidiadococinesias. No rigidez. ROT presentes y simétricos. Fuerza y sensibilidad conservada. Marcha en tándem normal. Romberg negativo. No signos meníngeos. Hemograma y coagulación normal. Bioquímica: glucosa 112, iones, perfil hepático y renal normal. Vitamina B12 y D en rango normal. Hierro, ferritina y transferrina normal.

**Juicio clínico:** Síndrome de piernas inquietas.

**Diagnóstico diferencial:** Mioclonos hípnicos o del inicio del sueño, polineuropatía, insuficiencia venosa de MMII, trastorno del sueño REM, acatisia, Parkinson.

**Comentario final:** El síndrome de piernas inquietas o enfermedad de Willis-Ekbom tiene una prevalencia de 1-5% de la población. Se produce por una disfunción en el transporte del hierro al SNC. En la mayoría de los casos encontramos ferritina normal o incluso elevada, porque lo que lo condiciona es la disponibilidad en el SNC, no los niveles séricos. En esta patología la anamnesis constituye un pilar clave, pudiendo llevar a un diagnóstico rápido y tratamiento eficaz.

### Bibliografía

1. Kim KW, Jhoo JH, Lee SB, Lee SD, Kim TH, Kim SE, et al. Increased striatal dopamine transporter density in moderately severe old restless legs syndrome patients. Eur J Neurol. 2012;19(9):1213-8.

2. Poza Aldea JJ, Sansa Fayos G. Síndrome de piernas inquietas. Sociedad Española de Neurología. 2013;67(3):27-87.

**Palabras clave:** Willis-Ekbom. Insomnio.