

424/3670 - SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS. ANTES QUE PRESCRIBIR, PENSAR EN DESPRESCRIBIR

M. Gutiérrez Sánchez¹, B. García Arbol², C. Vargas-Machuca Cabañero¹ y S. Álvarez Mesuro¹

¹Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años en tratamiento con mesalazina sobres y espuma rectal por colitis ulcerosa, bien controlada en el momento actual, y paroxetina desde hace 1 año y medio por síndrome de ansiedad generalizada con crisis de pánico y agorafobia, actualmente asintomática tras realizar psicoterapia. Desde hace 4 meses presenta malestar en ambas piernas definido como calambres y hormigueos de predominio nocturno, que se alivian al caminar.

Exploración y pruebas complementarias: Extremidades inferiores sin edemas, mínimas varices no complicadas, pulsos periféricos simétricos, fuerza y sensibilidad conservadas. Analítica: hemograma, glucosa, función renal, transaminasas, CPK, iones, TSH, y vitamina B12 normales, Hemoglobina 14,4 g/dl, y ferritina 108 ng/ml normales.

Orientación diagnóstica: Cuadro compatible con síndrome de piernas inquietas (SPI). Antes de proceder a instaurar tratamiento, se le propuso a la paciente disminución progresiva y suspensión de la paroxetina, ya que desde hace meses estaba bien su estado de ánimo, sin ansiedad. Asimismo se le dieron recomendaciones generales para la insuficiencia venosa periférica. En la revisión a los 15 días, tras la suspensión de la paroxetina, la paciente manifestaba apreciable mejoría del malestar en las piernas sin precisar ningún otro tratamiento.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia venosa periférica. Trastornos del movimiento. Neuropatías periféricas. Ansiedad.

Comentario final: El SPI es un trastorno sensitivo-motor bastante frecuente, con una prevalencia de 4-10% de la población general. Su diagnóstico es clínico, basado en la presencia de cuatro criterios: sensación desagradable en piernas con necesidad de moverlas, los síntomas se manifiestan en reposo, empeoran por la noche y mejoran con el movimiento. La etiología idiopática es la más frecuente, aunque debemos descartar formas secundarias a ferropenia, embarazo, insuficiencia renal, diabetes o por fármacos (antidepresivos, antihistamínicos, litio, neurolépticos, antagonistas dopaminérgicos...). Ante cualquier síntoma siempre hay que descartar un efecto adverso farmacológico considerando su desprescripción, evitando así la prescripción en cascada (de un nuevo fármaco prescrito para "tratar" una reacción adversa producida por otro).

Bibliografía

1. Castiñeira Pérez C, Costa Ribas C. Guía clínica Fisterra, 2014.

