

Síndrome de las piernas inquietas: ¿qué debe hacer el pediatra?

Durante los últimos 15 años se ha reconocido cada vez más que el síndrome de las piernas inquietas (SPI) también afecta a los niños. Con frecuencia, los adultos con el diagnóstico refieren que han experimentado síntomas durante la infancia y en diversas series de casos se han descrito pacientes de sólo 18 meses de edad con características del síndrome¹. En 2003, en un informe de una conferencia de consenso del NIH se definieron los criterios diagnósticos esenciales del SPI en niños², y dichos criterios se resumen con detalle en la tabla 1 del artículo de Picchietti et al en este número de PEDIATRICS³.

Picchietti et al organizaron un sondeo basado en los criterios del NIH que se utilizó para efectuar un cribado de más de 10.000 miembros de una lista de investigación en voluntarios de Estados Unidos y el Reino Unido, que incluía a niños de 8-17 años de edad en busca de síntomas de SPI. Antes de dar su consentimiento a la participación, los individuos entrevistados permanecieron enmascarados al tema y contenido del sondeo. Sólo un 14% de los individuos del grupo de investigación expresaron un interés en completar el estudio, pero, de los interesados, el 91% de familias elegibles completó el sondeo. Un grupo de expertos formado por 4 autores desarrolló un algoritmo para puntuar e interpretar el cuestionario. Partiendo de este cuestionario y algoritmo, los investigadores detectaron una prevalencia de SPI definitivo del 1,9% para niños de 8-11 años de edad y del 2,0% para los de 12-17 años³.

A pesar de los puntos fuertes del estudio (una muestra a gran escala, uso de criterios diagnósticos de consenso del NIH), en la interpretación de estas estimaciones de prevalencia se requiere precaución. Lo más problemático es que los autores no proporcionan datos que permitan que se evalúe la validez o fiabilidad del sondeo. Por ejemplo, no sabemos con qué frecuencia coinciden el sondeo y la evaluación clínica en cuanto a la presencia o ausencia del síndrome. No sabemos si las familias que completaron el sondeo en una segunda ocasión obtendrían el mismo diagnóstico que la primera vez (fiabilidad prueba-nueva prueba), y no sabemos con qué frecuencia los diferentes expertos que usaron el algoritmo llegaron a las mismas conclusiones acerca del diagnóstico (fiabilidad intervalorador). Así mismo suscita preocupación el hecho de que apenas se proporciona información sobre el grupo de investigación en voluntarios o los individuos que participaron voluntariamente en el estudio. Dada esta información limitada, no sabemos a qué grupo se entrevistó en realidad y, por lo tanto, al que se aplican las tasas calculadas de prevalencia.

Será necesaria información adicional para definir mejor las estimaciones de prevalencia, pero el artículo de Picchietti et al destaca algunos hallazgos importantes: los síntomas del SPI son más prevalentes de lo que la mayor parte de médicos podrían prever; en la mayor parte de individuos con síntomas no se ha establecido el diagnóstico; y los síntomas provocan un sufrimiento y malestar sustanciales para un subgrupo de pacientes con el trastorno³. En el presente artículo retomamos a los médicos de atención primaria a considerar qué papel pueden desempeñar en su detección y tratamiento.

Picchietti et al proporcionan información de mucha utilidad para que los médicos de atención primaria detecten el síndrome. La tabla 5 de su artículo proporciona una excelente lista de la miríada de modalidades en las que los niños describen el malestar y síntomas asociados al síndrome³. Los autores también comentan que obtener información sobre los dolores del crecimiento es una pregunta útil de introducción pero sus datos son más variables. De los 206 individuos con un SPI definitivo, los autores encontraron que, para 166 (80,6%), los padres refirieron la presencia de "dolores de crecimiento". Sin embargo, las 6.661 familias entrevistadas mencionaron con frecuencia estos dolores. Por lo tanto, sólo 166/6.661 (2,5%) de individuos con dolores del crecimiento tienen un SPI definitivo, una prevalencia no mucho mayor que la de alrededor del 2% detectada en toda la población entrevistada³. Por lo tanto, los dolores del crecimiento se caracterizan por un valor predictivo muy bajo en la muestra entrevistada, aunque el valor predictivo negativo del 99% sugiere que la mayor parte de niños que no refieren dolores de crecimiento tampoco experimentan un SPI. Los futuros estudios deben investigar las formas óptimas de identificar a los niños con SPI en un ámbito de atención primaria. Si un médico de atención primaria identifica a un niño con el síndrome, hoy día no están disponibles directrices por lo que respecta a cuál es la conducta que el médico debe seguir. No todos los niños con el síndrome necesitan tratamiento; en particular, aquellos con síntomas leves, poco frecuentes, no requerirán una intervención. Pueden usarse los antecedentes referidos en la anamnesis al igual que la exploración física del paciente para excluir las causas secundarias del síndrome, incluidas las enfermedades neurológicas (p. ej., polineuropatías, y radiculopatías lumbosacras), enfermedades como la anemia y el hipotiroidismo y efectos de fármacos que pueden provocar o agravar un SPI^{4,5} (incluidos los neurolépticos, antihistamínicos y muchos antidepresivos).

Para niños con un SPI significativo, el tratamiento puede representar un reto ya que no se dispone de ensayos aleatorizados, controlados sobre tratamiento farmacológico en la población pediátrica y en la actualidad la FDA no ha aprobado ningún fármaco para usar en niños. Por lo tanto, el tratamiento de los niños con un SPI idiopático se iniciará con medidas no farmacológicas. Los informes de casos e informes anecdóticos sugieren que en algunos pacientes son útiles las medidas como una buena higiene del sueño, tratamiento cognitivo-conductual y las técnicas de relajación⁴. En un ensayo aleatorizado a pequeña escala sus autores sugirieron que un programa de ejercicio podría reducir los síntomas en adultos con el síndrome⁶. También sería razonable limitar el consumo de bebidas con cafeína, que exacerba el síndrome⁵. Si estas medidas fracasan, son razonables un cribado en busca de anemia al igual que un control de la concentración sérica de ferritina ya que algunos adultos con depósitos de hierro corporal relativamente bajos (niveles de ferritina < 50 µg/l) han respondido favorablemente a los suplementos de hierro⁷. Para los niños, se ha demostrado que el hierro elemental en dosis de 3 mg/kg/día, administrado en un ensayo de 3 meses, mejora los movimientos periódicos de las piernas durante el sueño y los síntomas clínicos⁸ pero se requieren más datos para determinar su eficacia en el SPI pediátrico. Si los síntomas persisten a pesar de las intervenciones conductuales y de la posible reposición del hierro, será apropiada una remisión a un centro especializado en sueño pediátrico. En adultos las clases de fármacos usados para tratar satisfactoriamente el SPI incluyen los agentes dopaminérgicos, benzodiacepinas, opiáceos y anticonvulsivos^{4,5}. Los fármacos con efectos beneficiosos en niños incluyen la pergolida, carbidopa/levodopa y el pramipexol^{9,10}.

En resumen, Picchietti et al han conducido la mayor evaluación del SPI en niños y adolescentes publicada hasta la fecha, y su importante estudio debería servir para mejorar los conocimientos de los médicos sobre este trastorno relativamente frecuente y no diagnosticado lo suficiente. Cuando se suscitan preocupaciones acerca de los dolores de crecimiento y/o problemas del sueño, los pediatras deben considerar el síndrome como una causa potencial al mismo tiempo que reconocen que

la mayor parte de niños con problemas de sueño o dolores de crecimiento no son portadores del síndrome.

NATHAN J. BLUM, MD^{a,b}

Y THORNTON B.A. MASON II, MD, PHD, MSCE^{a,c,d}

Departments of ^aPediatrics and ^bNeurology, University of Pennsylvania School of Medicine, Filadelfia, Pennsylvania;

^bSection of Behavioral Pediatrics, Division of Child Development, Rehabilitation, Metabolic Disease, and ^dSleep Center, Children's Hospital of Philadelphia, Filadelfia, Pennsylvania, Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walters AS, Picchietti DL, Ehrenberg BL, Wagner ML. Restless legs syndrome in childhood and adolescence. *Pediatr Neurol*. 1994;11:241-5.
2. Allen RP, Picchietti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS, Montplaisi J. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology – a report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Med*. 2003;4:101-19.
3. Picchietti D, Allen RP, Walters AS, Davidson JE, Myers A, Ferini-Strambi L. Restless legs syndrome: prevalence and impact in children and adolescents – the Peds REST Study. *Pediatrics*. 2007;120:253-66.
4. Hening W, Allen R, Earley C, Kushida C, Picchietti D, Silber M. The treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*. 1999; 22:970-99.
5. Hening WA. Current guidelines and standards of practice for restless legs syndrome. *Am J Med*. 2007; 120 (1 suppl 1): S22-7.
6. Aukerman MM, Aukerman D, Bayard M, Tudiver F, Thorp L, Bailey B. Exercise and restless legs syndrome: a randomized controlled trial. *J Am Board Fam Med*. 2006;19:487-93.
7. Chesson AL Jr, Wise M, Davila D, et al. Practice parameters for the treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Sleep*. 1999;22:961-8.
8. Simakajornboon N, Gozal D, Vlasic V, Mack C, Sharon D, McGinley BM. Periodic limb movements in sleep and iron status in children. *Sleep*. 2003;26:735-8.
9. Walters AS, Mandelbaum DE, Lewin DS, Kugler S, England SJ, Miller M. Dopaminergic therapy in children with restless legs/periodic limb movements in sleep and ADHD. Dopaminergic Therapy Study Group. *Pediatr Neurol*. 2000;22:182-6.
10. Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R, Chervin RD. Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children: what triggers them? *Pediatrics*. 2003;111(1). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/111/1/e17