

## Síndrome de las piernas inquietas

---

Los médicos de atención primaria tienen un papel primordial en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de piernas inquietas (SPI). Preguntar sobre el tipo de sueño en una anamnesis general por aparatos puede ayudar a diagnosticar el SPI.

Un aspecto importante del tratamiento es escuchar y aconsejar a los pacientes evaluando cuidadosamente los síntomas.

La mayoría de los pacientes con SPI puede obtener un alivio de sus síntomas con medicamentos adecuados y tras recibir información sobre la naturaleza de los síntomas del trastorno que padecen.

---

**P. Boned Blas y M.T. Gonzalo Alfaro**  
Centro de Salud de Soria Norte. Soria. España.

El síndrome de las piernas inquietas (SPI) era hasta hace algunos años una mera curiosidad clínica. En la actualidad se diagnostica con frecuencia creciente, pero todavía de forma insuficiente. Es una entidad clínica tratable con éxito en la mayoría de los casos, con resolución satisfactoria del trastorno de sueño asociado.

El SPI se caracteriza por una sensación desagradable en las extremidades inferiores, que provoca la necesidad imperiosa de mover las piernas, por lo que se considera un trastorno del movimiento. La sensación desagradable se presenta, generalmente, aunque no de forma exclusiva, en momentos de inactividad y en períodos vespertinos.

En consecuencia, interfiere en la instauración del sueño y debilita la calidad de vida del paciente al provocar sensaciones desagradables, déficit del sueño y estrés.

### Etiología y fisiopatología

El SPI es una afección frecuente con una prevalencia del 2-15% entre la población general, que aumenta con la edad. Raramente aparece en la infancia y la edad de comienzo es variable. Los casos graves suelen comenzar antes de los 20 años.

La etiología es desconocida. En muchos casos es familiar, lo que sugiere un trasfondo genético, aunque no se conoce exactamente el mecanismo de la herencia.

El déficit de hierro sérico, incluso sin anemia, es una alteración asociada, observada con cierta frecuencia en pacientes con SPI. La sintomatología se agrava cuando los valores de la ferritina sérica descienden por debajo de 50 µg, cifra que indica una depleción del contenido de hierro en el organismo, lo que ha suscitado diversas hipótesis patogénicas.

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 como SPI. Esta hipótesis viene apoyada por la observación clínica de que el SPI mejora con la administración de dopamina y de agonistas dopaminérgicos.

El SPI también se observa en pacientes con lesiones de la médula espinal y con neuropatías periféricas. En al-

gunas ocasiones se ha observado en casos de osteoartritis vertebral sin lesión neurológica conocida. El SPI afecta al 19% de las mujeres durante el embarazo y desaparece espontáneamente en el puerperio. También se observa en el 50% de los pacientes con insuficiencia renal y uremia, si bien tiende a mejorar tras el trasplante renal.

Algunos casos de SPI, o al menos la agravación de los síntomas del mismo, están relacionados con la administración de fármacos: antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la serotonina, litio y antagonistas dopaminérgicos. La cafeína también agrava las manifestaciones.

### Diagnóstico

El diagnóstico del SPI se basa principalmente en la anamnesis sobre la clínica del paciente. Frecuentemente, los pacientes no relatan los síntomas del SPI cuando van a la consulta del médico, esto puede evitarse incluyendo un cuestionario de sueño en las revisiones del paciente (tabla 1).

TABLA 1  
Sueño/perfil del despertar

- Preguntas destinadas a evaluar trastornos del sueño*
- ¿Cómo ha estado durmiendo el paciente últimamente? (Preguntar al paciente y al compañero de cama)
  - ¿Cuándo empezó el problema? (Para determinar un sueño agudo o crónico)
  - ¿Padece el paciente alguna enfermedad médica o psiquiátrica que pueda causar insomnio?
  - ¿Son las condiciones ambientales del sueño adecuadas para dormir: ruido, interrupciones, temperatura, luz...?
  - ¿Refiere el paciente una sensación desagradable, difícil de definir o movimientos lentos que aumentan gradualmente y mejoran con el movimiento?
  - ¿Refiere el compañero de cama que el paciente tiene sacudidas de los brazos o las piernas durante el sueño? (Dirigido a movimientos periódicos de las piernas)
  - ¿Refiere el paciente ronquidos, ahogos o paradas de la respiración durante el sueño? (Dirigido a síndrome de apnea del sueño)
  - ¿Es el paciente trabajador por turnos? ¿Cuáles son sus horas de trabajo? (Dirigido a trastorno del sueño circadiano o privación del sueño)
  - ¿A qué hora va el paciente a la cama y a qué hora se levanta los días laborables y los fines de semana? (Dirigido a una mala higiene del sueño o privación del sueño)
  - ¿Toma el paciente cafeína, tabaco o alcohol? ¿Toma el paciente medicación con antidepresivos, esteroides, descongestionantes o bloqueadores beta? (Dirigido a sustancias que producen insomnio)
- Signos de somnolencia*
- ¿Tiene el paciente consecuencias durante el día como cansancio, somnolencia, confusión o dificultad para concentrarse?
  - ¿Tiene el paciente que dar cabezadas durante el día, o tiene dificultad en permanecer despierto durante las actividades diarias, especialmente mientras conduce?

Cuando se sospecha el SPI, hay una serie de preguntas más específicas que se deben realizar (tabla 2).

Los síntomas son descritos por los pacientes de muchas maneras que van desde un rango de medio a intolerable.

Las sensaciones desagradables disestésicas afectan fundamentalmente a las espinillas y los gemelos de las piernas, con frecuencia decreciente alcanzan los muslos, la masa glútea y la región lumbar, aunque con menos frecuencia también pueden aparecer en los brazos o en cualquier zona corporal. Las disestesias son bilaterales, asimétricas y menos frecuentemente unilaterales. Los pacientes las describen como hormigueos con quemazón, tensión y dolor en las regiones musculares profundas. Los síntomas empeoran al atardecer y por la noche, y son más leves por la mañana. Las molestias ceden con la deambulación y mejoran al frotar las piernas o tomando baños fríos y calientes.

### Criterios clínicos

Los criterios para el diagnóstico del SPI están basados y desarrollados por el Grupo Internacional para el estudio del Síndrome de Piernas Inquietas (tabla 3).

Los movimientos periódicos de las piernas aparecen en un porcentaje muy alto de pacientes con SPI, también llamados mioclonías nocturnas; se caracterizan por movimientos de flexión de las extremidades inferiores a la altura de la rodilla y el tobillo, con extensión del dedo grueso y relajación lenta. El movimiento tiene una du-

TABLA 2  
Preguntas para el diagnóstico de síndrome de piernas inquietas (SPI)

- ¿Refiere el paciente entumecimiento, pesadez o sensación desagradable en las piernas o los brazos y se alivia con el movimiento y frotando los miembros afectados?
- ¿Empeoran los síntomas a lo largo del día? ¿Empeoran los síntomas con inactividad o descanso?
- ¿Interfieren los síntomas para conciliar el sueño o volver a dormir?
- ¿Tiene consecuencia durante el día: somnolencia, fatiga, confusión, falta de concentración...?
- ¿Refiere el compañero de cama sacudidas de los brazos o las piernas del paciente durante el sueño? ¿Cuenta movimientos periódicos de las piernas?
- ¿Tiene el paciente causas secundarias de SPI como valores bajos de hierro, diabetes mellitus, enfermedades del riñón o gestación?
- ¿Tiene el paciente síntomas neurológicos o está diagnosticado de enfermedad neurológica?
- ¿Está tomando algún fármaco relacionado con el SPI, como antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la recaptación de la serotonina?
- ¿Coincide el comienzo de los síntomas con cambio de medicación?
- ¿Tiene algún familiar síntomas similares? ¿Hay algún miembro de la familia diagnosticado de SPI?

**TABLA 3**  
**Cráteros clínicos y fenómenos asociados del síndrome de piernas inquietas (cráteros desarrollados por el Grupo de Estudio del Síndrome de Piernas Inquietas)**

<p>Necesidad imperiosa de mover las piernas; en general secundaria a sensaciones desagradables de tipo disestésico en extremidades inferiores</p> <p>Inquietud motora que se manifiesta por vueltas en la cama, frote de piernas y deambulaci3n</p> <p>Los sntomas empeoran con el reposo y mejoran con la actividad</p> <p>Los sntomas son mäs intensos en horas vespertinas antes de acostarse y mejoran por la mañana</p> <p>Fen3menos asociados</p> <p>Trastorno del sueño y fatiga diaria</p> <p>Examen neurol3gico</p> <p>Movimientos peri3dicos de las piernas</p>
---

ración de 0,5 a 5 s y aparecen a intervalos de 20 a 40 s. Estos movimientos ocurren de manera organizada y repetitiva, al unísono o individualmente en ciclos de muchos minutos de duraci3n. Aparecen predominantemente durante el sueño no REM ligero y disminuyen durante el sueño no REM profundo, desapareciendo durante el sueño REM.

#### Examen físico

La exploraci3n física generalmente es normal en pacientes con SPI y estä destinada a identificar las causas secundarias y descartar otros trastornos. Los aspectos siguientes son de particular importancia: exploraci3n neurol3gica, centrada en la médula espinal y nervios periféricos, y exploraci3n vascular para descartar trastornos circulatorios.

#### Pruebas de laboratorio

La ferritina sérica, las pruebas de funci3n renal y la glucemia son pruebas de laboratorio que deben ser solicitadas cuando hemos diagnosticado SPI, con ellas se podrán encontrar posibles causas secundarias del SPI. La polisomnografía no es necesaria, pues el diagnóstico se basa en la anamnesis del enfermo.

#### Diagn3stico diferencial

Deben incluirse:

- Calambres nocturnos de las piernas que se caracterizan por contracciones dolorosas involuntarias de las mismas.
- Acatisia. Se distingue por la inquietud motora sin sensaci3n desagradable acompañante, no tiene variaciones a lo largo del día. Suele aparecer en sujetos tratados con neurolépticos o sustancias antidopaminérgicas.

- Neuropatías periféricas. Puede haber disestesias que se diferencian del SPI por no causar una necesidad imperiosa de mover las piernas y no ceden con la actividad motora; tampoco empeoran al anochecer o antes de acostarse. Hay que tener en cuenta que los pacientes con neuropatía periférica pueden sufrir SPI asociado.

#### Tratamiento

La gravedad del SPI varía de un paciente a otro. El tratamiento farmacológico deberá reservarse para pacientes con sntomas de intensidad moderada o grave. El éxito del tratamiento es muy variable de un enfermo a otro y frecuentemente es necesario realizar varios ensayos, incluso asociando diversos medicamentos antes de encontrar el régimen apropiado. La selecci3n del fármaco adecuado estä influida por varios factores entre los que se incluyen:

- Edad del paciente. Por ejemplo, las benzodiazepinas pueden causar trastornos cognitivos en el anciano.
- Severidad de los sntomas. Algunos pacientes con sntomas moderados pueden elegir no usar medicaci3n, otros pueden beneficiarse de la levodopa o de los agonistas. Pacientes con sntomas graves pueden requerir opioides fuertes.
- Frecuencia y regularidad de los sntomas: los pacientes con sntomas infrecuentes pueden beneficiarse de una única dosis efectiva, como una benzodiazepina, o levodopa cuando lo necesiten.
- Presencia de embarazo u otras enfermedades concomitantes. No hay estudios clínicos controlados que demuestren la seguridad y la eficacia de la medicaci3n para el SPI y los movimientos peri3dicos de las piernas durante el embarazo.
- Insuficiencia renal. En pacientes con insuficiencia renal, los fármacos son seguros, aunque pueden ser necesarias dosis menos frecuentes de aquellos que son excretados por el riñ3n. En pacientes dializados, alguna medicaci3n (p. ej., gabapentina) es dializable y otras no (p. ej., propoxifeno). Los medicamentos de primera línea son las sustancias dopaminérgicas, ya sea en forma de carbidopa/levodopa o agonistas dopaminérgicos, comenzando con dosis bajas que se administran media hora antes del comienzo habitual de los sntomas. La carbidopa/levodopa puede provocar el fenómeno de acrecentamiento que se caracteriza por la necesidad de incrementar progresivamente la dosis para obtener el mismo beneficio clínic, con lo que se alcanzan requerimientos excesivos. Las sustancias dopaminérgicas, como la pergolida, el pramipexol y el ropirinol, pueden producir sueño inapropiado cuando se administran en dosis relativamente altas.

TABLA 4  
Tratamiento farmacológico para pacientes con síndrome de piernas inquietas (SPI)

AGENTE	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Agentes dopaminérgicos. Precusores de la dopamina, como carbidopa-levodopa	Pueden ser usados de base cierto tiempo y ocasionalmente. Útil en personas con SPI intermitentes. Los agonistas dopaminérgicos (pergolida, pramipexole) tienen efecto tardío	Fenómeno de acrecentamiento (80%). Pueden necesitar aumento progresivo de dosis. Pueden causar insomnio, somnia y trastornos gastrointestinales
Agonistas dopaminérgicos, como pergolida, pramipexole, ropinirole (Pharken, Mirapexin, Requip)	Útil en el SPI moderado y grave. Recientes estudios indican una eficacia alta en SPI, pero su papel no está bien determinado	Pueden causar somnolencia importante durante el día. Pueden causar náuseas. Para evitar esto, se debe empezar con dosis bajas e incrementarlas poco a poco, es importante sobre todo para la pergolida
Opioides, como codeína hidrocodona, oxicodona, propoxifeno, tramadol	Pueden ser utilizados intermitentemente o también para terapia diaria	Pueden ocasionar estreñimiento, retención urinaria, somnolencia o trastornos cognitivos Tolerancia y dependencia son posibles con dosis altas o fármacos potentes
Benzodiazepinas, como clonacepam o temacepam	Pueden ayudar a algunos pacientes que no toleran otras medicaciones y consigue mejorar el sueño	Pueden causar somnolencia diurna y trastornos cognitivos, sobre todo en ancianos
Anticonvulsivantes, como carbamacepina o gabapentina	Se puede considerar cuando han fallado otros. Deben ser usados cuando se asocia neuropatía periférica o cuando el paciente refiere la sensación como dolor	Variables dependiendo del fármaco. Trastornos gastrointestinales, sedación mareos y vértigos
Hierro (sulfato ferroso)	Usar en pacientes con valores de ferritina menor de 50 µg/l	La forma y el tiempo de administración no están bien establecidos. La administración oral durante varios meses puede ser efectiva, pero puede ser mal tolerada
Clonidina	Puede ser utilizado en pacientes hipertensos	Pueden causar hipotensiones, dermatitis y somnolencia

Los opioides (codeína, ludiocodona, oxicodona, propoxifeno y tramadol) son eficaces en casos graves de SPI, y pueden administrarse en régimen diario, pero el riesgo de habituación siempre existe cuando se administran en dosis elevadas sostenidas.

Las benzodiazepinas (clonazepam, temazepam) son útiles en pacientes con insomnio y cuando fallan las anteriores medicaciones. En el anciano puede causar sueño diurno excesivo y trastornos cognitivos.

Los anticonvulsivantes (carbamacepina, gabapentina) son una alternativa terapéutica aceptable cuando los medicamentos dopaminérgicos fallan o cuando existe dolor neuropático por coexistencia de una neuropatía periférica.

En general, se deberá administrar un suplemento y hierro por vía oral si el valor de ferritina sérica es inferior a 50 µg/l. La clonidina puede ser útil en pacientes hipertensos.

La medicación utilizada en el SPI también está indicada en otras enfermedades. En muchos casos las dosis terapéuticas para tratar el SPI son mucho más bajas que las requeridas para su uso original.

En la tabla 4 se expone una lista de medicamentos apropiados para el SPI, con sus ventajas y sus desventajas. Otros agentes como la vitamina E, el ácido fólico y el magnesio pueden ser usados como terapia complementaria.

### Bibliografía general

- Allen RP, Early CJ. Restless legs syndrome: a review of clinical and pathophysiologic features. *J Clin Neurophysiol* 2001;18:128-47.
- Clark MM. Restless legs syndrome. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:368-74.
- Culebras A. Iron and restless legs syndrome increasingly in the collagen path. *Neurol Network Comm* 1999;3:72-4.
- Culebras A. Síndrome de las piernas inquietas: diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol* 2001;32:281-3.
- George W, Paulson MD. Restless legs syndrome: how to provide symptom relief with drug and nondrug therapies. *Geriatrics* 55:35-48.
- National Heart, Lung and Blood Institute Working Group on Restless Legs Syndrome. Restless legs syndrome: detection and management in primary care. *Am Fam Phys* 2000;62:108-14.
- Tan EK, Ondo W. Restless legs syndrome: clinical features and treatment. *Am J Sci* 2000;319:397-403.