

Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Nombre:

Erick Alexander Hernández López

Materia:

Neurología

Tema:

Resumen SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS

Dr. José Luis Gordillo Guillen

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 28/08/2020.

SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS/WILLIS EKBOM

Es un trastorno neurológico sensitivo-motor primario, con una variedad clínica importante, caracterizado por una necesidad imperiosa de mover las piernas en situaciones de reposo, acompañada generalmente por una sensación desagradable en las piernas. El SPI es uno de los trastornos del sueño más frecuentes, afectando entre 5 y 15% de la población general en los países europeos y Estados Unidos de Norteamérica, con una prevalencia que aumenta con la edad, siendo menor en Asia, África y en países hispánicos.

El SPI ocurre dos veces más frecuente y de manera más precoz en mujeres (2-3 años antes). Aumenta su prevalencia en el embarazo, especialmente durante el séptimo y octavo mes, disminuyendo la severidad de los síntomas después del parto. El riesgo de aparición aumenta con el número de partos, lo que podría estar relacionado con deficiencias de hierro ocurridas con cada embarazo.

Criterios diagnósticos del grupo internacional de estudio del síndrome de piernas inquietas (IRSLSSG)

Criterios diagnósticos esenciales

1. Necesidad imperiosa de mover las piernas, usualmente acompañada o causada por una sensación displacentera, de dolor o malestar en las piernas
2. La urgencia de mover las piernas o la sensación displacentera comienzan o empeoran durante los períodos de descanso o inactividad, tales como estar acostado o sentado
3. La necesidad de mover las piernas o la sensación desagradable se alivian parcial o completamente con el movimiento, como caminar, flexionar o estirar las piernas, al menos mientras dura la actividad.
4. La urgencia de mover las piernas o la sensación desagradable empeoran en la tarde o noche
5. Los síntomas antes mencionados no son primarios de otras patologías o condiciones médicas

Criterios diagnósticos DSM-5 para el síndrome de piernas inquietas

A) Necesidad urgente de mover las piernas, acompañada generalmente o en respuesta a sensaciones incómodas y desagradables en las piernas, que se caracteriza por todas las circunstancias siguientes:

- 1) La necesidad urgente de mover las piernas comienza o empeora durante los períodos de reposo o de inactividad.
- 2) La necesidad urgente de mover las piernas se alivia parcial o totalmente con el movimiento.
- 3) La necesidad urgente de mover las piernas es peor por la tarde o por la noche que durante el día, o se produce únicamente por la tarde o por la noche.

La Patofisiología el SPI puede dividirse en una forma idiopática (con o sin historia familiar) y una forma secundaria a diversas patologías. Las formas idiopáticas serían más frecuentes, tendrían un mayor componente genético y se caracterizarían por un inicio más precoz.

Factores genéticos Últimamente se identificaron y replicaron 13 nuevos loci de riesgo, confirmando los 6 loci descritos previamente (MEIS1, BTBD9, MAP2k5/SKOR1, PTPRD y

TOX3/BC034767). Muchas de estas variantes tienen relación con los PLMS (por las siglas en inglés de movimientos periódicos de las piernas), signo primordial del SPI. El MEIS1, factor de transcripción que regula importantes procesos biológicos en edades tempranas del desarrollo, ha sido confirmado como el factor de riesgo más potente (odds ratio 1,92, 95% CI 1,85-1,99), lo que permite considerarlo una patología del neurodesarrollo (neurogénesis) en la que ocurren cambios en la formación del circuito neuronal, en la sinaptogénesis y en la guía axonal.

El SPI puede presentarse secundariamente a deficiencia de hierro, diabetes mellitus, uremia, embarazo, Parkinson, neuropatías, mielopatías, artritis reumatoídea, uso de antipsicóticos y antidepresivos, etc. La relación a los antidepresivos con la aparición o exacerbación de síntomas es controversial. Existen reportes de casos aislados con sertralina, citalopram, escitalopram etcfluoxetina, paroxetina, Fluoxetina se ha asociado con mayor frecuencia a SPI en mujeres. La deficiencia de hierro tiene una prevalencia en SPI alcanza 30% en pacientes con ferropenia. Existen bajos niveles de ferritina y altos niveles de transferrina en líquido cefalorraquídeo en SPI (estando normales los valores séricos de ambos), lo que sugiere que los síntomas ocurren como consecuencia de un déficit de hierro en el sistema nervioso central (SNC), más que a nivel periférico.

La necesidad de mover las piernas mejora al movimiento, empeora en el descanso (estando acostado, sentado o durmiendo), presenta un empeoramiento en la tarde y una pequeña mejoría en la mañana después de levantarse. La intensidad se correlaciona negativamente con la curva de temperatura corporal. La urgencia de mover las piernas se asemeja a una compulsión, el paciente puede controlarla durante un tiempo, pero cuanto más está sin moverse mayor es la necesidad de hacerlo. Las sensaciones desagradables son difíciles de describir, definiéndolas como hormigueo, quemazón, presión, dolor, tirantez, burbujeo, inquietud o desasosiego. Pueden ser uni o bilaterales y comprometer desde las rodillas a los tobillos e inclusive las extremidades inferiores completas. Los síntomas pueden darse también en los brazos, tronco y cara.

La gravedad de los síntomas puede llegar a provocar serias dificultades, ya que el paciente puede tener deseos de dormir pero no puede hacerlo porque la molestia en las piernas lo obliga a levantarse. Esta situación puede mantenerse hasta la madrugada, cuando finalmente la oscilación circadiana permite una disminución de la intensidad, consiguiendo dormir.

El diagnóstico es esencialmente clínico, basado en la descripción de los síntomas e incluye cuatro síntomas cardinales. El primero implica la imperiosa necesidad de mover las piernas, usualmente asociado a una sensación displacentera. El segundo a que la urgencia de mover las piernas comienza o empeora en reposo. El tercero dice relación con el alivio parcial o total de los síntomas con el movimiento. Finalmente, el cuarto a que la urgencia de mover las piernas es más intensa en las tardes o durante la noche y mejora durante el día.

El tratamiento es sintomático. Antes de comenzar es fundamental indagar comorbilidades, causas primarias o situaciones que pudieran estar empeorando los síntomas: deficiencia de hierro (ferritina < 75 ng/mL), mala higiene del sueño (deprivación), uso de alcohol y tabaco, y uso de fármacos (antagonistas dopaminérgicos, antihistamínicos, etc).

Moduladores $\alpha\delta$: Disminuyen el flujo de Ca^{++} en la terminal presináptica, reduciendo la actividad glutamatérgica. La gabapentina se usa en SPI leve en combinación con neuropatía dolorosa o asociado a desordenes neurodegenerativos como Parkinson o demencia.

Opioides: Modulan la transmisión dopaminérgica y, además, en el SPI hay una disfunción del sistema opioide endógeno, puesto que se ha encontrado una disminución de beta-endorfinas y metencefalinas a nivel talámico. Deben considerarse cuando hubo potenciación sintomática grave con agonistas dopaminérgicos o en quienes presentan síntomas de casi 24 h de duración.

Referencia

Rubí G., P. (2018). Síndrome de piernas inquietas/Willis Ekbohm desde la mirada del psiquiatra. Médica Chile, 1-9.

<file:///C:/Users/Usuario/AppData/Roaming/Microsoft/Windows/Network%20Shortcuts/sindrome%20de%20las%20piernas%20in.pdf>