



Síndrome de Piernas Inquietas

Nuria Orozco Mossi R3 MFyC

C.S Navajas/Gaibiel

Introducción

- Es una enfermedad rara (1/2000)
- Prevalencia de entre un 5-10%
 - Máx: caucásica
 - Mín: asiática
- Es más frecuente en mujeres a partir de la edad adulta.
- Trastorno del sueño.
- Fisiopatología todavía en estudio:
 - Estado presináptico hiperdopaminérgico junto con un estado postsináptico hipodopaminérgico/ edad/ ferropenia e hipoxia periférica/ implicación genética



Definición



- Alteración neurológica sensorio motriz que ocasiona
 - hormigueo, disestesia o quemazón de los miembros
 - Miembros inferiores
 - Necesidad de movimiento de dichos miembros para aliviar la sintomatología.
 - Asociado en muchas ocasiones a alteraciones conductuales y patología psiquiátrica como la depresión o ansiedad



PLMS y SILMS

- Definición de PLMS (movimientos con un largo intervalo de tiempo entre ellos)
 - Hasta en un 80% de los pacientes con SPI.
 - Breves (0.5-5seg de duración) repetitivos estereotipados en secuencias de más de 4, de tipo flexor
 - Siguen un ritmo circadiano.
 - Intervalo de 10-90 segundos.
- Definición de SILMS (movimientos con un corto intervalo de tiempo entre ellos durante el sueño menos de 10 segundos)
 - En dobletes.
 - No siguen un ritmo circadiano

Diagnóstico

- Presenta un diagnóstico clínico.
- Criterios clínicos estandarizados de International Restless Legs Syndrome Study Group (**IRLS**)
 - Necesidad fuerte, a menudo, irresistible, de mover las piernas, generalmente, acompañada por sensaciones molestas descritas como calambres, progresión, tirones, hormigueo o jalones.
 - Aparecen/empeoran en reposo, ya sea sentado o acostado.
 - Se alivian parcial/completamente haciendo alguna actividad.
 - Aparecen únicamente o empeoran por la noche.
 - No pueden explicarse únicamente por otra afección médica o conductual.



Diagnóstico Diferencial

PEI GARZA



| | Calambres nocturnos | SPI | PLMS |
|--|---------------------|-----|------|
| Dolor | X | | |
| Dolor intenso | X | | |
| Segundos a 10min de duración | X | | |
| Pie o pantorrilla inferior | X | | |
| Dolor persistente posterior | X | | |
| Interrumpe el sueño | X | | |
| Causa distrés | x | | |
| Sensación de irritación, quemazón, hormigueo | | X | |
| Episódicamente | | X | |
| Necesidad de movimiento | | X | |
| Mejoría clínica con la actividad | | x | |
| Movimientos repetitivos de tipo "tirón" | | | X |
| Duración 20-30seg | | | x |

Hallegraeff J, de Greef M, Krijnen W, van der Schans C. Criteria in diagnosing nocturnal leg cramps: a systematic review. BMC Fam Pract. 2017 Feb

Tratamiento



- Cambios en el estilo de vida: Tabaco, alcohol, baños calientes
- Antihistamínicos sedantes u opioides de baja potencia (Tramadol/codeína)
- Tratamiento farmacológico:
 - Primera línea:
 - Ferroterapia si necesario (ferritina < 20 mcg/ml)
 - Agonistas Dopaminérgicos (AD) (**Pramipexol, Rotigotina en parches, Ropirinol**)
 - Moduladores alfa 2 gamma de los canales de calcio (A2G) (Gabapentina, Pregabalina, Gabapentina Enacarbil)
 - Segunda línea
 - Oxycodona/ Naloxona
 - Benzodiazepinas:
 - Clonazepam 0,5mg

| | AD | A2G |
|-------------------------------------|-----------|----------|
| Normalización en el patrón de sueño | | X |
| Sintomatología PLMS | X | |
| Fenómeno de Aumento | XX | X |

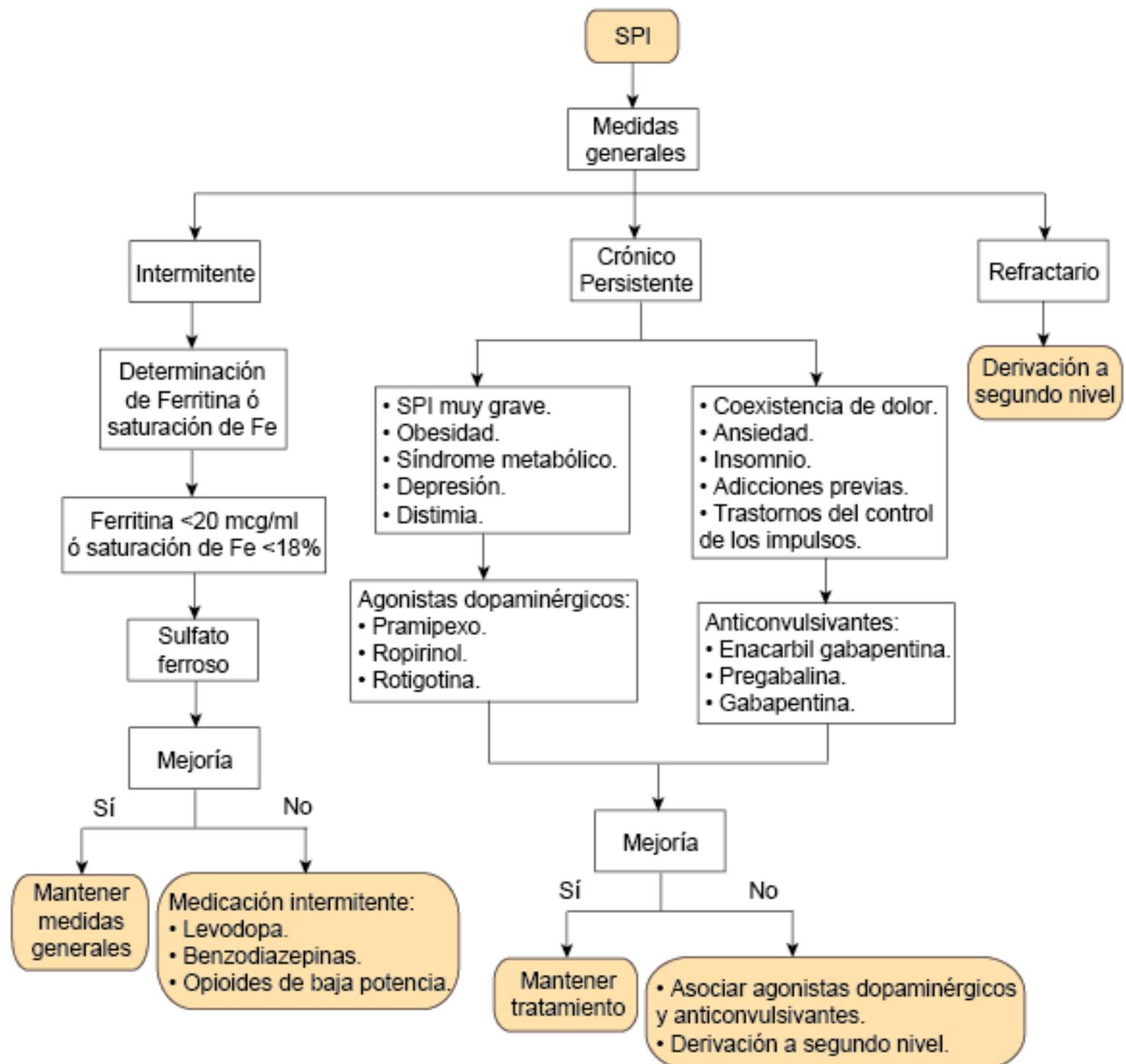


Tratamiento

| | Dosis iniciales (mg/día) | Dosis máxima (mg/día) | Comentario |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Gabapentina Enacarbil | 600 | | - No disponible |
| Pregabalina | 100 | 600 | - Ir incrementando 150mg /semana - Ajustar en I.Renal. Vigilar encefalopatía en insuficiencia hepática |
| Gabapentina | 300 | 3600 | - Ir incrementando 300mg cada 4-5 días - Ajustar en I.Renal |
| Ropirinol | 0,025 | 4 | - Ir incrementando 0,5mg/semana |
| Pramipexol | 0,088 | 0,54 1,1 (en I.Renal) | -Ir incrementando 0,18mg/semana |
| Rotigotina (parches) | 1 | 3 | -Ir incrementando 1mg/ semana -Presenta una semivida elevada |

- No requieren monitorización analítica

Algoritmo



Grupo Fisterra. síndrome de piernas inquietas (15/10/2014)

Fenómeno de Aumento

criterios del Max Planck Institute

A. Características básicas (todas las cuales deben cumplirse):

1. El aumento en la severidad de los síntomas se experimentó en cinco de siete días de la semana previa.
2. El aumento en la severidad de los síntomas no se explica por otros factores como cambios en el estado médico, estilo de vida o la progresión natural del trastorno.
3. Se supone que ha habido una respuesta positiva previa al tratamiento.

Además, ya sea B o C o ambos deben cumplirse.

EL fenómeno de aumento requiere que se cumplan los criterios A+B, A+C o A+B+C

Hallegraeff J, de Greef M, Krijnen W, van der Schans C. Criteria in diagnosing nocturnal leg cramps: a systematic review. BMC Fam Pract. 2017 Feb

Además, ya sea B o C o ambos deben cumplirse.

B. Respuesta paradójico persistente al tratamiento (aunque no inmediata):

La gravedad del síntoma del SPI aumenta un tiempo después del aumento de dosis y mejorar un tiempo después la disminución de una dosis.

C. Inicio temprano de los síntomas:

1. Al menos cuatro horas antes de lo habitual.
- O
2. (entre dos y cuatro horas de lo habitual) junto con uno de los siguientes síntomas añadidos comparación con el estado del paciente previo al tratamiento:
 - a. Menor latencia a los síntomas cuando en reposo.
 - b. Extensión de los síntomas a otras partes del cuerpo.
 - c. La intensidad de los síntomas es mayor (o aumentan los PLMI si se mide por polisomnografía o la prueba de inmovilización sugerida).
 - d. La duración del alivio con el tratamiento es más corta.

Cómo actuar ante fenómeno de aumento



- Mantener dosis, pero adelantar medicación en el tiempo o dividir la dosis en 2.
- Cambiar a otra medicación, de AD a A2G o AD de larga duración como Rotigotina. (Progresivamente/brusco)
- Introducir opioides si bajo riesgo de abuso de sustancias.



Criterios de derivación y seguimiento

Considerarse derivación a neurología si:

- Aparición en edad pediátrica.
- La respuesta al tratamiento pautado a dosis y durante un tiempo adecuado es insuficiente.
- Efectos secundarios intolerables.
- Aparecen signos de “augmentation”.
- Los trastornos del sueño son muy importantes o existe afectación considerable de la calidad de vida del paciente.
- Seguimiento
 - Inicialmente mensual hasta control sintomático y posteriormente cada 6-12 meses,

Bibliografía

- Trenkwalder C, Canelo M, Lang M, Schroeder H, Kelling D, Berkels R, Schollmayer E, Heidbrede T, Benes H. Management of augmentation of restless legs syndrome with rotigotine: a 1-year observational study. *Sleep Med.* 2017 Feb;30:257-265. doi: 10.1016/j.sleep.2015.10.006. Epub 2015 Nov 11. PubMed PMID: 26896370.
- Geyer J, Bogan R. Identification and treatment of augmentation in patients with restless legs syndrome: practical recommendations. *Postgrad Med.* 2017 Sep;129(7):667-675. doi: 10.1080/00325481.2017.1360747. Epub 2017 Aug 18. Review. PubMed PMID: 28818004.
- Wijemanne S, Ondo W. Restless Legs Syndrome: clinical features, diagnosis and a practical approach to management. *Pract Neurol.* 2017 Dec;17(6):444-452. doi:10.1136/practneurol-2017-001762. Epub 2017 Nov 2. Review. PubMed PMID: 29097554.
- Garcia-Borreguero D, Cano-Pumarega I. New concepts in the management of restless legs syndrome. *BMJ.* 2017 Feb 27;356:j104. doi: 10.1136/bmj.j104. Review. PubMed PMID: 28242627.
- Geyer J, Bogan R. Identification and treatment of augmentation in patients with restless legs syndrome: practical recommendations. *Postgrad Med.* 2017 Sep;129(7):667-675. doi: 10.1080/00325481.2017.1360747. Epub 2017 Aug 18. Review. PubMed PMID: 28818004