

**Dr. Luis Ernesto González Sánchez**  
**Neurólogo – Neurofisiólogo – Internista**

**INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS**  
**Condominio: Villavicencio Plaza**

Paseo General Escalón y 99 Av. Norte,  
2º Piso frente al auditorio del Hospital de Diagnóstico  
Tel. 2263 13 -42, 21311502,21321500,21321503,21321504

Celular: 7836-12-13 y 7836-12 -05

E-mail: [gonzalezsanchez.le@gmail.com](mailto:gonzalezsanchez.le@gmail.com)

Website: [www.medicosdeelsalvador.com/doctor/gonzalezsanchezle](http://www.medicosdeelsalvador.com/doctor/gonzalezsanchezle)

**TEMA: Síndrome de la pierna inquieta**

**Fuente:**

1. ¿Qué es el Síndrome de la pierna inquieta?
  - a) Es la necesidad urgente de mover las piernas debido a una sensación displacentera, como inquietud, opresiva y/o dolorosa b) que aparece preferentemente en periodos que el paciente está inactivo en reposo c) Este sensación se alivia transitoriamente al mover, ponerse de pie o caminar, friccionar entre si las piernas, estirarlas, d) Estas sensaciones ocurren principalmente en la noche e interfieren el sueño desde temprano la noche y dificultan dormir por lo cual el paciente presenta fatiga por sueño insatisfactorio al día siguiente, adicionalmente el 40% de ellos presenta otros movimientos periódica de forma inconsciente mientras duerme que ocasiona sueño de mala calidad superficial con reducción del sueño profundo o reparador.
2. ¿por qué se llama así?
  - a. Síndrome es un concepto de signos o síntomas ocasionadas por diversas enfermedades por ejemplo piernas inquieta puede ser ocasionado por una decena de enfermedades diferentes
  - b. Inquietas porque la característica es que a los pacientes se les observa con múltiples movimientos ocasionados por la voluntad de paciente para aliviar la sensación displacentera en sus piernas
3. ¿cuáles son los síntomas?

- a. El síntoma ocurre en los miembros inferiores especialmente en las pantorrillas pero puede aparecer en los muslos arriba de las rodilla a veces como sensación de opresión como si tuviese un zapato o bota apretada y menos frecuentemente como calor o como dolor como sensación de calor o ardor.
4. ¿Qué tipo de sensaciones experimenta el paciente?
- a. El síntoma ocurre en los miembros inferiores especialmente en las pantorrillas pero puede aparecer en los muslos arriba de las rodilla a veces como sensación de opresión como si tuviese un zapato o bota apretada y menos frecuentemente como calor o como dolor como sensación de calor o ardor.

Esas molestias ¿se sienten a cualquier hora del día?

- b. Estas sensaciones ocurren principalmente en la noche e interfieren el sueño desde temprano la noche y dificultan dormir por lo cual el paciente presenta fatiga por sueño insatisfactorio al día siguiente, adicionalmente el 40% de ellos presenta otros movimientos periódicos de forma inconsciente mientras duerme que ocasiona sueño de mala calidad superficial con reducción del sueño profundo o reparador.
5. ¿Qué la provoca?
1. No se conoce la causa pero es primariamente
  2. hereditario en el 30% de pacientes y algunos autores lo reportan entre el 50 al 92% (Ondo and Jankovic 1996; Walters et al 1996) autonómico dominante (es decir hasta el 50% de los hijos independiente del sexo) con grados variables de penetrancia es decir que en algunas familias se expresa pero no en otras y tiene dos formas unas que llamamos:
    - a. De inicio temprano que aparece antes de los 35 años con síntomas severos pacientes que muestran los niveles de hierro más bajos en cerebro pero no en sangre,
    - b. De inicio tardío: que parece después de los 35 años sin historia familiar evidencia y generalmente debido a otras causas (o secundario) los niveles de ferritina generalmente son bajos en sangre pero no en cerebro
  3. Sintomático es decir debido a otras enfermedades generalmente por anemia por falta de hierro estos pacientes muestran una reducción del transportador de hierro conocido como ferritina que está baja y estos pacientes responden bien al tratamiento con hierro. Se pueden ver en pacientes donadores frecuentes de sangre. También existe una fuerte relación con insuficiencia renal y deficiencia de la hormona que controla el calcio (hormona paratiroidea) que suele estar baja, también se puede ver en pacientes con neuropatía o enfermedad de los nervios de los pies generalmente debida a diabetes, también se

ve en pacientes trasplantados de riñón en artritis reumatoide, o diversas enfermedades pancreáticas, digestivas, pulmonares, pacientes con insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial de las piernas, en pacientes con embarazos o embarazos repetidos (O'Keefe 1996) y el 9% de las pacientes que se les realizo anestesia epidural por parto por cesárea (Hubner et al 2013, Hognl et al 2002 ) pero en este grupo el síndrome de piernas inquietas es transitorio es decir desaparece con el tiempo generalmente cerca de los 33 días, también algunos medicamentos están implicados como mirtazapina y olanzapina (medicamentos utilizados por psiquiatras para dormir) y antiepilépticos como zonisamida (o zonigan no esta disponible en el país), esta enfermedad tiene una robusta asociación de prevalencia (es decir cantidad de sujetos enfermos por en un tiempo determinado no casos nuevos) con enfermedad de Parkinson hasta 4 de cada 10 pacientes presenta enfermedad de Parkinson luego de muchos años de enfermedad a veces mas de 10 años después. De hecho las formas primarias existe una deficiencia circuito dopaminérgico (o productor de dopamina)

6. ¿Hay algún factor que la empeore?

La diabetes y por lo tanto la obesidad, la perdidas de sangre, el daño renal (por lo tanto el abuso de analgésicos de venta libre en el comercio) esta relacionados con empeoramiento, enfermedad de arterias (por lo tanto la dietas elevadas de colesterol grasa trans, o de animales o grasas saturadas) esta relacionadas con empeoramiento.

7. ¿Cómo se diagnostica? ¿Cuáles son los criterios que se toman para un diagnóstico?

a. Son 4 criterios primarios de diagnostico

- a) Es la necesidad urgente de mover las piernas debido a una sensación displacentera, como inquietud, opresiva y/o dolorosa
- b) que aparece preferentemente en periodos que el paciente está inactivo en reposo
- c) Este sensación se alivia transitoriamente al mover, ponerse de pie o caminar, fricciónar entre si las piernas, estirarlas,
- d) Estas sensaciones ocurren principalmente en la noche e interfieren el sueño desde temprano la noche y dificultan dormir por lo cual el paciente presenta fatiga por sueño insatisfactorio al día siguiente, adicionalmente el 40% de ellos presenta otros movimientos periódica de forma inconsciente mientras duerme que ocasiona sueño de mala calidad superficial con reducción del sueño profundo o reparador.

b. Dos criterios de confirmación:

- a) Estudio de sueño o polisomnografía que demuestre la presencia de movimientos típicos en las primeras 2 a 4 horas del sueño mientras el paciente esta inactivo acostado con los criterios de los síntomas mencionados asociados o no a movimientos periódicos de las piernas

- b) Mejoría con el tratamiento con levodopa en dos estudios separados.
8. ¿Cuál es el tratamiento? ¿Es con fármacos o hay otras terapias?
- a) Depende de la causa En las formas primarias: tratamiento con hierro y levodopa
  - b) en las formas secundarias orientada a tratar la causa a veces asociado con hierro y/o levo dopa o agonistas de dopamina como pramipexolole, o ropinirole
9. ¿Tiene cura?
- a. Depende de la causa en las formas primarias no existe cura pero si tratamiento
  - b. En las secundaria depende de la causa por medicamentos, anestesia epidural, en la diabetes con neuropatía (en algunas de las formas) si.
10. ¿Cómo afecta la calidad de vida del paciente?
- a. Produce fatiga, somnolencia en el día, bajo rendimiento intelectual por la somnolencia, accidentes por somnolencia
11. ¿Se corren otros riesgos, es decir podría provocar otra enfermedad?
- a. Riesgos por los sueño insuficiente: 20 veces mas accidentes de transito, reducción hasta del 40% de la productividad
  - b. El 40% de las formas secundarias esta asociado a enfermedad de
  - c. Parkinson
  - d. La coexistencia de insuficiencia renal, diabetes etc.
12. ¿La sufren hombres y mujeres por igual?
- No hay distinción de sexo aunque la alta prevalencia de sangrado menstrual embarazo hace mas incidente mujeres en la forma secundaria.
- a. ¿Desde qué edad se puede padecer? De inicio temprano que aparece antes de los 35 años con síntomas severos pacientes que muestran los niveles de hierro mas bajos en cerebro pero no en sangre,
  - b. De inicio tardío: que parece después de los 35 años sin historia familiar evidencia y generalmente debido a otras causas (o secundario) los niveles de ferritina generalmente son bajos en sangre pero no en cerebro
13. Esta enfermedad ¿podría confundirse con otro mal?
- a. Con akatisia (o intranquilidad por estar quieto)
  - b. Con cansancio por caminar
  - c. Con ansiedad
  - d. Con neuropatia
  - e. Con insomnio psicológico
14. ¿Es frecuente en el país?

No existen datos en el país pero en múltiples estudios varia entre 2 a 15 personas por 100 habitantes especialmente mas prevalente en mayores de 35 años.

- 15.** Consejos generales para los pacientes.
- a. Consultar tempranamente por estos síntomas
  - b. No auto medicarse