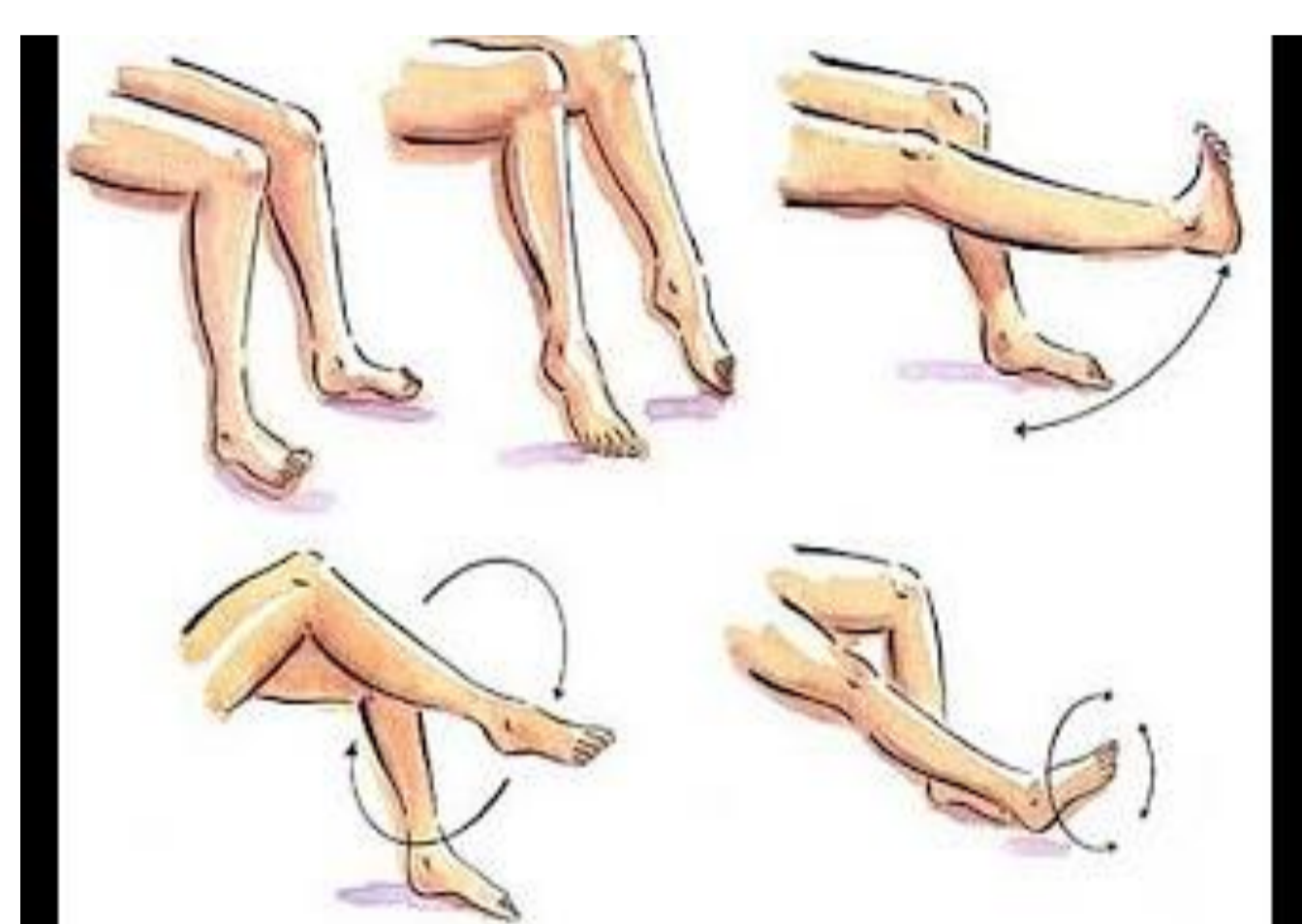




# SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS, EL TERROR DE TODAS LAS NOCHES.

**Autores:** Mariño Cifuentes, D.F (1). González Fernández, J.L (2). Bengochea Botín, E (3). Bengochea Botín, P (4). Barrio Fernández, L (5). López Mallavia, L (6). (1,3,4,5,6) Médicos de familia, Servicio Cántabro de Salud. (2) Médico internista, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.



## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Piernas Inquietas (SPI), se caracteriza por necesidad imperiosa de mover las piernas y parestesias en miembros inferiores que empeoran con el reposo y durante la noche. Es una entidad infradiagnosticada y se asocia con trastornos del sueño, depresivos y ansiosos.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 58 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, intervenida de colescistectomía.

Refiere clínica de 6 meses de evolución de insomnio de conciliación, necesidad de mover sus piernas y caminar para evitar la sensación de dolor tipo ardor y calor en ambas extremidades de predominio en cara interna.

Exploración física TA 120/80 FC 65 lpm, auscultación cardiopulmonar normal. Extremidades con telangiectasias en cara posterior de ambas piernas. No alteración de la sensibilidad en extremidades inferiores. Test de monofilamento alterda en 2 de 10 puntos.

Hemograma con hemoglobina 12,6 hierro sérico 53 ferritina 60. Hemoglobina glicosilada A1C 7,0.



**Diagnóstico:** SPI secundario

Diagnóstico diferencial: acatisia, disconfort posicional, mioclono hípico, trastorno de la conducta en el sueño REM, calambres, polineuropatías.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Tras hacer el diagnóstico clínico de SPI y antes de iniciar el tratamiento médico, es aconsejable pedir una analítica que incluya un hemograma y los niveles de hierro y ferritina. Cuando no hay anemia ni alteraciones del metabolismo del hierro, los síntomas son molestos y frecuentes (más de 1 día por semana) y empiezan antes de las 20 horas, el fármaco de elección es el parche transdérmico de rotigotina y si los síntomas empiezan después de las 20 horas, indicaremos un agonista dopaminérgico no ergótico, es decir, pramipexol, ropinirol. El uso de clonacepam u otras benzodiazepinas se puede plantear en casos aislados cuando persiste el insomnio.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1,Bogan RK, Cheray JA. Restless legs syndrome: a review of diagnosis and management in primary care. Postgrad Med. 2013;125(3):99-111. PubMed PMID: 23748511
- 2.Buchfuhrer MJ. Strategies for the treatment of restless legs syndrome. Neurotherapeutics. 2012;9(4):776-90. PubMed PMID: 22923001

