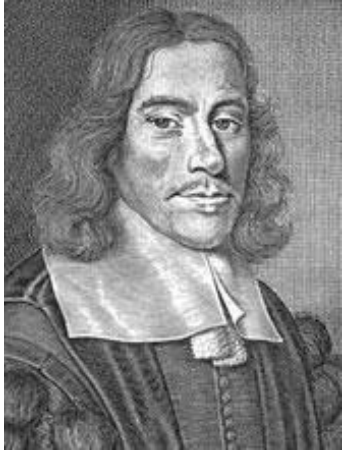


A close-up photograph of a person's feet, showing the soles and toes. Numerous small, dark ants are crawling all over the feet and the surrounding skin. The person is wearing olive green shorts. The background is a textured, light-colored surface.

Síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de las piernas

Pablo Vicente Alba
FEA NRL
HAC

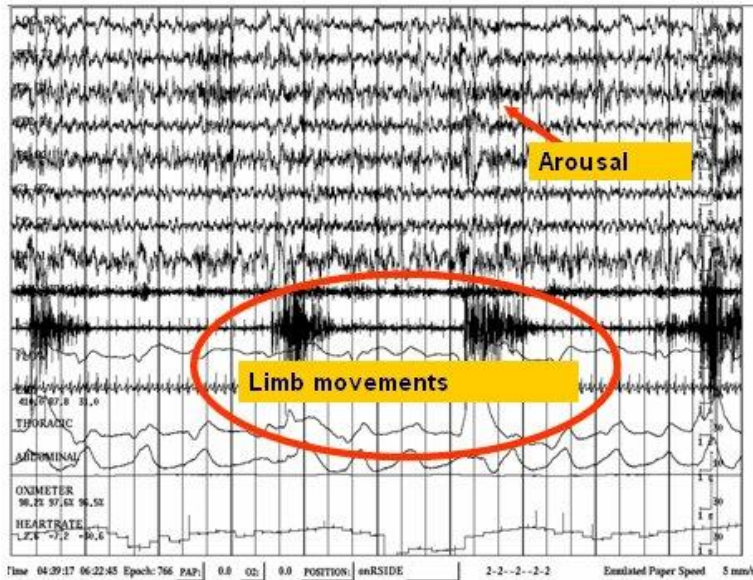
Historia



- **Thomas Willis** en el s. XVII describió los primeros casos.
 - En esta época la práctica médica se resumía en sangrías.
 - Probablemente fuesen inducidos por ferropenia.



- **Karl-Axe Ekbom** en 1945 publicó una serie de casos y lo denominó como "restless legs".
 - Como reconocimiento se denominó Síndrome de Ekbom, aunque posteriormente el International Restless legs Syndrome Study Group (IRLSSG) adaptó el término de Enfermedad de Willis-Ekbom.



- **Symonds** y **Lugaresi** en los años 50 y 60 describieron los movimientos periódicos de las piernas (PLM) que se asocian al SPI.



- **American Academy of Sleep Medicine** en los años 80-90 incluyó al SPI dentro de la International Classification of Sleep Disorders y descubrió la utilidad de los agonistas dopaminérgicos.
- **IRLSSG**, en 1995 estableció los primeros criterios diagnósticos y una revisión posterior en el 2003, criterios que se usan en la actualidad.

- Síndrome de Piernas Inquietas o Enfermedad de Willis-Ekbom. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas del Grupo de Estudio de la Sociedad Española de Neurología y de la Sociedad Española de Sueño. Capítulo 1.

Introducción

- **Síndrome de piernas inquietas (SPI):**

- Entidad con sintomatología sensitiva y motora con unos criterios diagnósticos definidos.

Tabla 89-3. Características del síndrome de piernas inquietas
• Curso natural de la enfermedad: distintos patrones • Problemas de sueño: suele ser el motivo de consulta • Examen físico y psicológico: suele ser normal a excepción de casos secundarios

- **Trastorno sensitivo motor** que afecta predominantemente a las **piernas**, produce una **alteración del sueño** y en la **calidad de vida** de los pacientes.
- Su **diagnóstico es CLÍNICO** y sus criterios están recogidos en la ICSD-3:
 - Disconfort piernas que se acompaña de la necesidad imperiosa de movimiento.
 - Empeora en reposo.
 - Mejora o desaparece con el movimiento.
 - Empeoramiento vespertino o nocturno.
 - Excluir otros trastornos similares.

- Síndrome de Piernas Inquietas o Enfermedad de Willis-Ekbom. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas del Grupo de Estudio de la Sociedad Española de Neurología y de la Sociedad Española de Sueño. Capítulo 1.
- Tratado de Medicina del Sueño. Sociedad Española de Sueño. Capítulo 89.
- Lybb Marie. Restless Legs Syndrome and Sleep-Related Movement Disorders. Continuum(Minneap Minn) 2017;23: 1005-1016.

- **Movimientos periódicos de las piernas (PLM):**

- Movimientos repetitivos de las extremidades que ocurren, tanto en vigilia como en sueño, sobre todo en las primeras horas de la noche.
- Descritos como la extensión del 1º dedo del pie, dorsiflexión del tobillo, que se puede acompañar de la flexión de la rodilla y la cadera.
- El 80% pacientes con SPI tienen PLM.
- Se organizan en clúster, al menos 4 movimientos separados por 5-90 segundos.
- Cuantifican mediante EMG durante la PSG.
- Puede producirse en pacientes asintomáticos.
- Diferenciarlo de trastorno por movimientos periódicos (fragmentación del sueño y síntomas diurnos).



- Tratado de Medicina del Sueño. Sociedad Española de Sueño. Capítulo 89.
- Lybb Marie. Restless Legs Syndrome and Sleep-Related Movement Disorders. Continuum(Minneap Minn) 2017;23: 1005-1016.

Pregunta 1

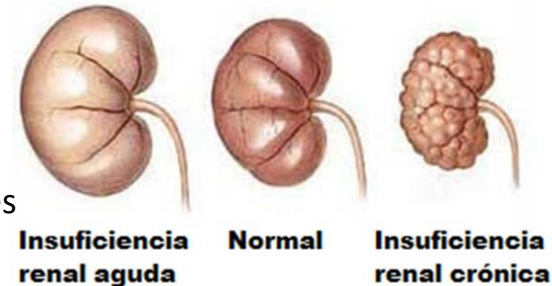
Cual de las siguientes afirmaciones es **FALSA**:

1. El SPI es un trastorno sensitivo motor que afecta predominantemente a las piernas y produce una alteración del sueño y de la calidad de vida.
2. Su diagnóstico es CLÍNICO.
3. Los PLM son unos movimientos repetitivos de las extremidades que ocurren tanto en vigilia como en sueño.
4. Los PLM se asocian al SPI, se objetivan hasta en el 80% de los pacientes.
5. La polisomnografía es la prueba diagnóstica de elección en el SPI.



Epidemiología

- **Prevalencia del SPI es variable:**
 - Mayor en Europa: 5-12%.
 - Intermedia Asia: 1-8%.
 - Menor en África: <1%.
- **Más frecuente en mujeres.**
 - Relación con el número de embarazos.
 - A mayor número de embarazos, mayor prevalencia.
 - En mujeres nulíparas la prevalencia es similar que la de los hombres.
- Existen 3 **condiciones** que se **asocian** al **SPI**.
 - Embarazo.
 - Déficit de hierro.
 - Entre el 25-35% de los pacientes con anemia ferropénica.
 - Enfermedad renal en estadios finales.
 - La diálisis no mejora la sintomatología del SPI pero el trasplante es curativo.



- El SPI tiene mayor presentación en otras enfermedades neurológicas:

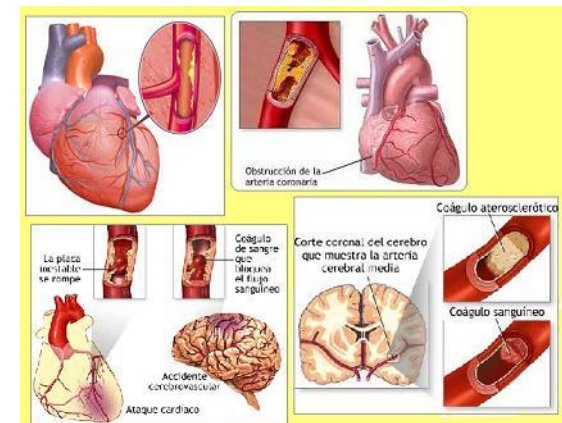
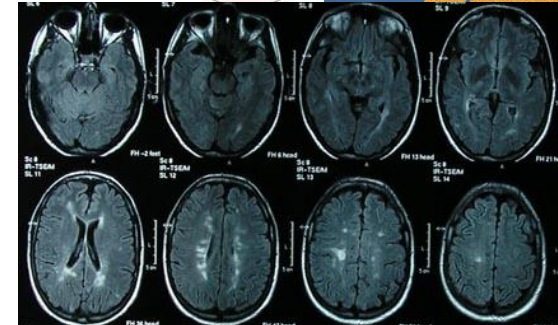
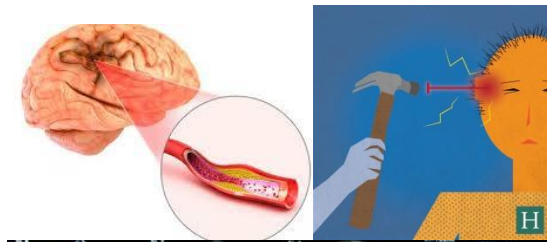
- Ictus.
- Esclerosis múltiple.
- Migraña.

- Asociación con los trastornos del ánimo:

- Independientemente del uso de antidepresivos, probablemente por la fragmentación del sueño.
- Tener en cuenta que los antidepresivos pueden empeorar en el 9% de los pacientes la sintomatología del SPI.
 - Mirtazapina 28%.
 - Duloxetina 8%.
 - Citalopram 2%.

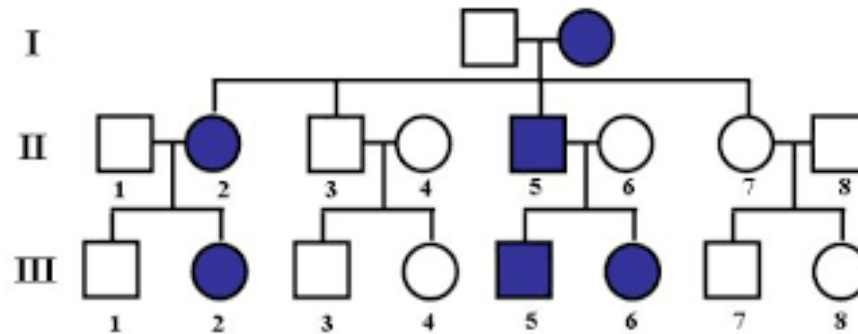
- Asociación con las enfermedades cardiovasculares:

- OR 2,5 problemas cardíacos.
- ¿Relación con la activación simpática a consecuencia de los PLM (mismo mecanismo que las apneas) o bien por el trastorno del ánimo que se produce en los pacientes?



Genética

- El SPI tiene un **componente hereditario** importante.
 - El 50% de los pacientes con SPI tienen algún familiar de primer grado afecto.
- Estudios de genómica han identificado diferentes polimorfismos en al menos 6 genes relacionados con el SPI:
 - BTBD9, MEIS 1, PTPRD, MAP2K5, SKOR1 y TOX3.
 - Es más, estos genes se han relacionado con el metabolismo del hierro y de la dopamina.



Pregunta 2

Cual de estas afirmaciones es **VERDADERA**:

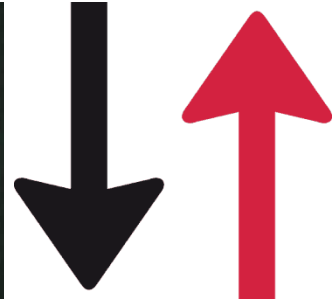
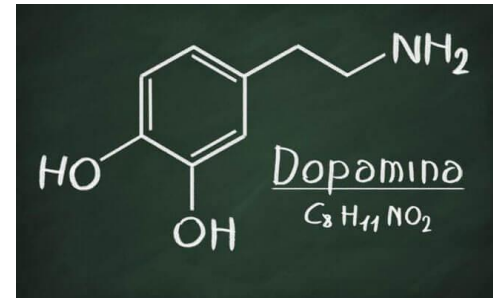
1. La mayor prevalencia de SPI se encuentra en África.
2. No hay diferencia entre sexos.
3. La asociación del SPI con los trastornos anímicos se debe al uso de antidepresivos.
4. El SPI no tiene un componente hereditario y es raro ver otros casos en la familia.
5. El embarazo, el déficit de hierro y la enfermedad renal son las comorbilidades más frecuentes en el SPI.



Fisiopatología

- **Hipótesis dopaminérgica:**

- Respuesta a los agonistas dopaminérgicos.
- ¿Déficit dopaminérgico?
- ¿Estado hiperdopaminérgico con variaciones circadianas?



- **Déficit hierro:**

- Esta más establecido, aunque no se sabe si el déficit hierro en el SNC explicaría todos los casos.
- Hierro cofactor necesario en la producción de dopamina.
- Déficit de hierro produce un alteración en el funcionamiento de los transportadores de dopamina.
- Estado de disfunción dopaminérgica que lleva a una hiperexcitabilidad a nivel de la médula espinal que produce los síntomas sensitivo-motores.



- Lybb Marie. Restless Legs Syndrome and Sleep-Related Movement Disorders. Continuum(Minneapolis Minn) 2017;23: 1005-1016.
- Diego García-Borreguero and Anne-Marie Williams. An update on restless legs syndrome (Willis-Ekbom disease): clinical features, pathogenesis and treatment. Curr Opin Neurol 2014; 27: 193-501.

Pregunta 3

Respecto a la fisiopatología del SPI cual de las siguientes afirmaciones es **VERDADERA**:

1. El SPI se debe únicamente a un déficit dopaminérgico.
2. La asociación del SPI con la ferropenia es infrecuente.
3. Se desconoce por completo la fisiopatología del SPI.
4. El hierro es un cofactor fundamental en la eliminación de la dopamina.
5. La teoría más extendida es que el SPI se debe a un déficit de hierro que produce alteración en el transporte de la dopamina, como consecuencia produce una disfunción dopaminérgica y una hiperexcitabilidad a nivel medular.



Diagnóstico de SPI

- **Criterios principales NECESARIOS:**

Tabla 89-1. Criterios principales para el diagnóstico del síndrome de piernas inquietas

- Necesidad de mover las piernas acompañada o no de disestesias en las piernas. Los síntomas aparecen cuando el paciente permanece en reposo
- Los síntomas se alivian parcial/totalmente con el movimiento del paciente
- Los síntomas aparecen o empeoran al atardecer/anochecer más que durante el día

- ✓ Ausencia de otras enfermedades médicas o psiquiátricas.
- ✓ Debe producir limitación funcional en la vida del paciente.

- **Criterios adicionales, NO necesarios:**

Tabla 89-2. Criterios de apoyo para el diagnóstico del síndrome de piernas inquietas

- Antecedentes familiares (familiares de primer grado) de síndrome de piernas inquietas
- Respuesta a fármacos dopaminérgicos
- Movimientos periódicos de las piernas tanto en vigilia como en sueño

- ✓ Frecuencia de 3 días /semana.

- Tratado de Medicina del Sueño. Sociedad Española de Sueño. Capítulo 89.
- Maurice M. Ohayon, Kanika Bagai, Laura W Roberts, Arthur S Walters and Cristina Milesi. Refining duration and frequency thresholds of restless legs syndrome diagnosis criteria. Neurology 2016; 87: 2546-2553.

Pregunta 4

Sobre los criterios diagnósticos del SPI, cual de las siguientes es **FALSA**:

1. Es característica la necesidad de mover las piernas, puede ir acompañada de disestesias, cuando el paciente esta en reposo.
2. Los síntomas mejoran con el movimiento.
3. La sintomatología tiene un ritmo circadiano, aparecen/empeoran a última hora del día.
4. Debemos descartar otras enfermedades médicas o psiquiátricas que puedan producir una sintomatología similar.
5. Para el diagnóstico de SPI es imprescindible realizar una analítica.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Polineuropatía	Parestesias aparecen de día y noche. No empeoran con el reposo ni mejora con el movimiento. Puede coexistir con el SPI.
Canal lumbar estrecho/radiculopatías	Dolor espalda que empeora en supino con las piernas en extensión y mejora con la flexión.
Incomodidad posicional	Aparece tras permanecer un tiempo en la misma posición. Desaparece al cambiar de posición.
Calambres musculares nocturnos	Contracción brusca y mantenida, dolorosa, en la musculatura del gemelo/sóleo. Alivia con la dorsiflexión del pie.
Patología vascular	Dolor empeora con el movimiento y mejora con el reposo.
Artritis	Dolor no sigue un ritmo circadiano.
Acatisia relacionada con neurolépticos	Inquietud constante generalizada. No se suele asociar a sensaciones sensitivas. No alivia con el movimiento.
Piernas dolorosas y dedos de los pies inquietos	Movimientos flexión-extensión asociada a sensación sensitiva quemante. No sigue un ritmo circadiano.
Acatisia hipotensiva	Inquietud generalizada cuando el paciente esta sentado y desaparece en decúbito supino.
Movimientos voluntarios repetitivos	No se asocian a parestesias, no sigue un ritmo circadiano y se relaciona con la ansiedad.
Fármacos	Revisar medicación domiciliario y relación con temporal con la sintomatología.

Pregunta 5

Cual de las siguientes entidades NO entra dentro del diagnóstico diferencial del SPI:

1. Calambres musculares nocturnos.
2. Radiculopatías.
3. Polineuropatía.
4. Acatisia.
5. Todas las anteriores son verdaderas.



Test de inmovilización sugerida múltiple

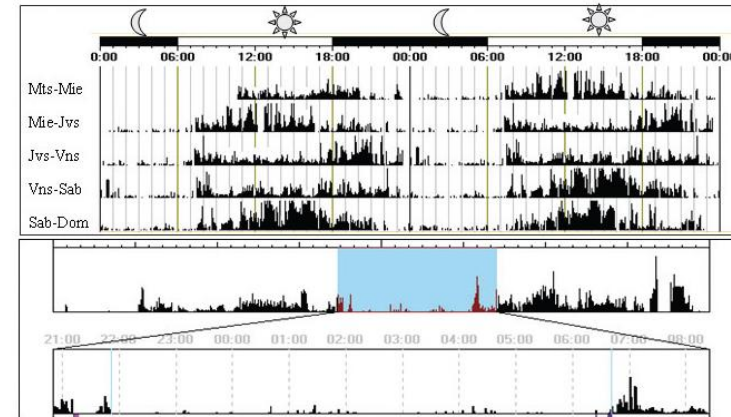
- Intenta objetivar la intensidad de los síntomas sensitivos y motores durante la vigilia en situación de reposo.
 - Mantiene durante 1 hora al paciente reclinado en la cama, con las piernas estiradas y el trono a 90º sin realizar actividad.
 - Se registra actividad EMG en ambos tibiales para detectar los movimientos de las piernas.
 - Cada 5 minutos se le pide al paciente que marque en una escala analógica visual la intensidad de las molestias en las piernas.
 - Se realiza de forma programada a las 16, 18, 20, y 22 horas.
 - Sensibilidad y especificidad 100%.
 - Principal desventaja para ser utilizado en la práctica clínica es su duración.
 - Ideado para estudios de investigación clínica.
-
- Síndrome de Piernas Inquietas o Enfermedad de Willis-Ekbom. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas del Grupo de Estudio de la Sociedad Española de Neurología y de la Sociedad Española de Sueño. Capítulo 2.

Actigrafía

- El registro del movimiento físico en la vida real del paciente mediante un dispositivo pequeño y portátil capaz de almacenar la información.
- Los actímetros registran movimiento, tanto voluntario como involuntario.
 - Permite realizar una estimación de manera ambulatoria de los PLM durante largos periodos de tiempo.
- El actímetro se suele colocar en el tobillo. Los PLM se registran indistintamente tanto si el paciente está dormido como despierto, no distingue entre el sueño y la vigilia.

- Las limitaciones:
 - Ausencia de valoración de síntomas subjetivos y la inespecificidad de los movimientos registrados.
 - Tiende a infraestimar la frecuencia de PLM durante el sueño.

- Síndrome de Piernas Inquietas o Enfermedad de Willis-Ekbom. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas del Grupo de Estudio de la Sociedad Española de Neurología y de la Sociedad Española de Sueño. Capítulo 2.



Tratamiento



Medidas NO farmacológicas



- **Sólo** se trata los **casos** en los que el **SPI empeore** la **calidad de vida** de los pacientes.
 - **Recomendaciones:**
 - Horario de sueño regular.
 - Evitar la cafeína, nicotina y el alcohol (sobre todo al atardecer).
 - El calor empeora los síntomas, la habitación debe estar fresca.
 - Ejercicio moderado pero sin excederse mejora los síntomas.
 - Quinina y medias de compresión.
 - Realizar ejercicio que mantenga la atención, mejora la sensación subjetiva de los síntomas.
 - Evitar fármacos inductores del SPI:
 - Neuroléptico, antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos, fármacos que bloquean la dopamina, iSRS y el litio.
-
- Lybb Marie. Restless Legs Syndrome and Sleep-Related Movement Disorders. Continuum(Minneap Minn) 2017;23: 1005-1016.
 - Diego García-Borreguero and Anne-Marie Williams. An uptodate on restless legs syndrome (Willis-Ekbom disease): clinical features, pathogenesis and treatment. Curr Opin Neurol2014; 27: 193-501.
 - Tratado de Medicina del Sueño. Sociedad Española de Sueño. Capítulo 89.

Medidas farmacológicas

- **Agonistas dopaminérgicos y alfa2delta ligando** son el tratamiento **de primera línea**.
 - NO se recomienda el uso de la cabergolina y pergolide por el riesgo de valvulopatía.
- **Recomiendan** uso de **agonistas dominérgicos**:
 - Síntomas graves o muy graves.
 - Aumento de peso.
 - Depresión comórbida.
 - Riesgo de caídas.
 - Deterioro cognitivo.
- **Recomiendan** uso **alfa2delta ligando**:
 - Trastorno del sueño grave.
 - Ansiedad comórbida.
 - Historia previa de Trastorno de Control de Impulsos (TCI).



- Lybb Marie. Restless Legs Syndrome and Sleep-Related Movement Disorders. Continuum(Minneapolis Minn) 2017;23: 1005-1016.
- Diego García-Borreguero and Anne-Marie Williams. An uptodate on restless legs syndrome (Willis-Ekbom disease): clinical features, pathogenesis and treatment. Curr Opin Neurol2014; 27: 193-501.

	Fármaco	Dosis de inicio	Dosis mantenimiento	Efectos secundarios
Agonistas dopaminérgicos	Rotigotina	1 mg/día	0,5-4 mg/día	-Reacción cutánea
	Pramipexol	0,125 mg/día	0,25-0,75 mg/día	-Náuseas -Hipotensión ortostática
	Ropirinol	0,25 mg/día	0,5-4 mg/día	-Edemas periféricos -Insomnio -Somnolencia -Ataques de sueño -<u>Trastornos del control de impulsos</u>
Alfa2delta ligando	Gabapentina	300 mg/día	800-2400 mg/día	-Somnolencia -Mareo
	Pregabalina	50-75 mg/día	150-450 mg/día	-Fatiga

- Síndrome de Piernas Inquietas o Enfermedad de Willis-Ekbom. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas del Grupo de Estudio de la Sociedad Española de de Neurología y de la Sociedad Española de Sueño. Capítulo 1.

- **Opiáceos** son **tratamiento** de **segunda línea**.

- NO presentan síntomas de aumento.

- Descrito SOLO en el tramadol.

- **CUIDADO** riesgo de **DEPENDENCIA**.

- **Recomendaciones:**

- Oxycodona/naloxona de liberación prolongada.
 - Uso en casos de intolerancia a los agonistas dopaminérgicos y alfa2delta ligando.
 - Casos refractarios al tratamiento.
 - Puede usar en casos de potenciación.



Conducción: ver prospecto

Fármaco	Dosis de inicio	Dosis mantenimiento	Efectos secundarios
Oxycodona/naloxona liberación prolongada	5/2,5 mg	5/2,5-40/20 mg	-Fatiga -Estreñimiento -Nauseas -Cefalea -Hiperhidrosis -Somnolencia -Boca seca -Prurito -SAHS

- Galia V. Anguelova, Monique H.M. Vlask, Arthur G.Y. Kurvers and Roselyne M. Rijsman. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatment of Restless Legs Syndrome. Sleep Med Clin 2018; 13: 219-230.

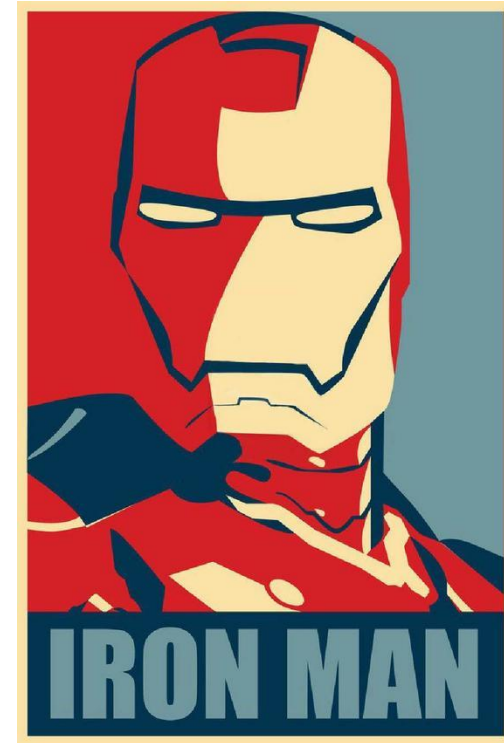
- **Otros fármacos**, en casos seleccionados, fuera de ficha técnica:
 - Clonidina.
 - Toxina botulínica tipo A.
 - Oxcarbamazepina.
 - Carbamazepina.
 - Levetiracetam.
 - Baclofeno.
 - Perampanel.
 - **Clonazepam.**



- Galia V. Anguelova, Monique H.M. Vlak, Arthur G.Y. Kurvers and Roselyne M. Rijsman. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatment of Restless Legs Syndrome. Sleep Med Clin 2018; 13: 219-230.

Terapia marcial

- Solicitar **ferrocinética** al **diagnóstico** y en caso de **empeoramiento**.
- Si **ferritina < 75 ng/mL** o si **índice de saturación de transferrina <20%**.
 - Tener en cuenta que la ferritina puede elevarse como el resto de reactantes de fase.
 - Puede aumentar con la edad, recomiendan tratamiento si la ferritina es menor que la edad del paciente.
 - Analíticas de control cada 3-6 meses.
- **Formulaciones orales de sulfato ferroso.**
 - Mejor absorción si ferropenia.
 - Administración en ayunas.
- **Formulaciones endovenosas de carboximaltosa férrica o sacarosa de hierro.**
 - Si intolerancia al hierro oral.
 - Si ferritina baja pero hierro normal.



- Tratado de Medicina del Sueño. Sociedad Española de Sueño. Capítulo 89.
- Subhasie Wijemanne and William Ondo. Restless Legs Syndrome: clinical features, diagnosis and a practical approach to management. Pract Neurol 2017;0: 1-9.

Fármaco	Dosis de inicio	Dosis mantenimiento	Efectos secundarios
Sulfato ferroso	325 mg/día + vitamina C	325 mg/día + vitamina C	-Estreñimiento -Diarrea -Flatulencia
Carboximaltosa férrica IV	500 mg	1000 mg/cada 2 semanas	-Reacciones alérgicas potenciales
Sacarosa de hierro IV	200 mg	400-100 mg/1-3 veces por semana	

- Subhasie Wijemanne and William Ondo. Restless Legs Syndrome: clinical features, diagnosis and a practical approach to management. Pract Neurol 2017;0: 1-9.

Pregunta 6

Sobre el tratamiento del SPI, cual de las siguientes es **FALSA**:

1. Las medidas de higiene de sueño son fundamentales.
2. Debemos solicitar en todos los pacientes los niveles de ferritina, si esta es < 75 ng/mL debemos iniciar terapia sustitutiva.
3. Los agonistas dopaminérgicos y los alfa2delta ligando son tratamientos de primera línea.
4. El clonazepam es un fármaco puede ser útil en situaciones determinadas.
5. Los opiáceos, al igual que los agonistas dopaminérgicos y los alfa2delta ligando, son parte del tratamiento de primera línea.



Complicaciones a largo plazo



Síntomas de aumento

Tabla 89-7. Definición de síntomas de aumento

Se diagnosticará si el paciente presenta cualquiera de los dos criterios:

Criterio 1: los síntomas aparecen como mínimo 2 horas antes de lo que solían aparecer en la visita basal y/o:

Criterio 2: dos o más de los siguientes criterios están presentes.

1. Al aumentar la dosis diaria del fármaco aumenta la intensidad de los síntomas, o al descender la dosis diaria del fármaco disminuye la intensidad de los síntomas.
2. La latencia de aparición de los síntomas es más corta en relación a la visita basal. Al aumentar la dosis diaria del fármaco aumenta la intensidad de los síntomas, o al descender la dosis diaria del fármaco disminuye la intensidad de los síntomas.
3. La latencia de aparición de los síntomas es más corta en relación a la visita basal.
4. La necesidad de movimiento se extiende a otras partes del cuerpo (p. ej., brazos).
5. El alivio al comenzar a mover las piernas es menor en relación a la visita basal.
6. Aparecen o empeoran los movimientos periódicos de las piernas durante la vigilia.

Los síntomas aparecen durante 5 días como mínimo de una semana y ninguna situación médica, psicológica o de tipo farmacológico explica el empeoramiento de los síntomas.



Recomendaciones

¿Ineficacia?

¿Ferropenia?

¿Secundarismos farmacológicos?

Usar fármacos de liberación prolongada a la mínima dosis posible

Cambiar a otro agonista dopaminérgico

Uso combinado con alfa2delta ligando

Cambio tratamiento: BZD o opioides

- Tratado de Medicina del Sueño. Sociedad Española de Sueño. Capítulo 89.
- Diego García-Borreguero and Anne-Marie Williams. An uptodate on restless legs syndrome (Willis-Ekbom disease): clinical features, pathogenesis and treatment. Curr Opin Neurol2014; 27: 193-501..

Pregunta 7

Acerca del fenómeno de aumento o potenciación, cual de las siguientes es

VERDADERA:

1. Es la complicación más frecuente a corto plazo en el tratamiento del SPI.
2. Realmente es sinónimo de ineficacia.
3. Esta indicado aumentar la dosis del agonista dopaminérgico, no es necesario cambiar a otro agonista y tampoco ayudaría la asociación con otros tratamientos.
4. No es necesario revisar la medicación del paciente porque al diagnóstico del SPI se descartaron otros secundarismos farmacológicos.
5. En la práctica, el fenómeno de potenciación o aumento es una complicación tardía del tratamiento. Se relaciona con el uso de agonistas dopaminérgicos y produce un empeoramiento clínico del paciente conforme se aumenta la dosis del tratamiento en ausencia de otros desencadenantes.





- ✓ Mujer de 75 años DM, HTA, DL que acude por insomnio de conciliación.

Anamnesis:

- La paciente describe "algo muy raro, no se como explicarlo, pero es una cosa que me da en las piernas que no me deja dormir". Le ocurre desde hace aproximadamente 10 años, al principio eran noches esporádicas, pero desde hace varios meses es casi a diario.
- Solo le ocurre al acostarse por la noche en la cama, la sintomatología es tal que la paciente necesita levantarse y caminar.
- Ha ido a varias consultas en las que se diagnosticaron de insomnio de conciliación, se pautó lorazepam y trazodona sin objetivarse una mejoría significativa.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Isquemia crónica extremidades inferiores.
2. Calambres durante el sueño.
3. Acatisia.
4. Polineuropatía sensitiva.
5. Síndrome de piernas inquietas.

¿Qué deberíamos hacer?

1. Solicitar un hemograma porque probablemente la paciente tenga una anemia sintomática.
2. Solicitar EMG para así confirmar el diagnóstico.
3. Remitir a consultas de Neurología porque el diagnóstico ya esta hecho.
4. Empezaría tratamiento con agonistas dopaminérgicos porque la paciente esta muy afectada.
5. Solicitaría una analítica completa incluyendo la ferrocinética.

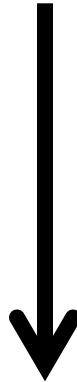


- ✓ Ferritina 200 ng/mL.
- ✓ Índice de saturación >20%.

¿Cual sería el siguiente paso?

1. Ensayar con hierro porque es sabido que el SPI se debe a un estado de ferropenia a nivel del sistema nervioso central.
2. Dada la sintomatología de la paciente empezaría tratamiento con oxicodona/naloxona.
3. El problema de la paciente es que no puede dormir, probaría con otra benzodiacepina, probablemente con el clonazepam.
4. Remitir a consultas de Neurología.
5. Iniciaría un tratamiento de primera línea agonista dopaminérgico o un alfa2delta ligando, teniendo en cuenta la gravedad de la sintomatología se podría plantear un agonista dopaminérgico (en ausencia de contraindicaciones o trastorno del control de impulsos).

- ✓ La paciente presenta una mejoría significativa tras el inicio de rotigotina hasta la resolución completa de los síntomas con dosis de 3mg/24h.



- ✓ Pasados 10 años la paciente acude nuevamente a la consulta por empeoramiento sintomático pese al tratamiento pautado.

¿Cuál sería el mejor manejo de la situación?

1. La rotigotina es inefectiva, habría que aumentar la dosis.
2. La paciente no está diciendo la verdad, realmente no toma bien el tratamiento.
3. Probablemente está ansiosa, le añadiría un ansiolítico.
4. Plantearía biterapia con algún antiepiléptico.
5. Revisaría medicación domiciliaria y solicitaría una nueva ferrocinética para descartar causas intercurrentes. En caso de que todo fuese normal la remitiría a consultas de Neurología ya que es probable que se trate de un fenómeno de aumento o potenciación.

Motivo de consulta:

- Insomnio conciliación o mantenimiento
- Sueño no reparador
- Excesiva somnolencia diurna
- Fenómenos motores o sensitivos

Criterios diagnósticos:

- Necesidad imperiosa movimientos piernas
- Inicia/empeora con el reposo
- Mejora con el movimiento
- Predominio vespertino/nocturno
- Ausencia de otras enfermedades médicas o psiquiátricas o fármacos

Solicitar analítica:

- ✓ Hemograma, bioquímica, **ferrocinética**, función tiroidea, enzimas hepáticas, aclaramiento de creatinina, vitamina B12, ácido fólico y/o Ac Celiaquía.

**Medidas NO
farmacológicas**

¿Ferritina?

**¿Síndrome de
piernas inquietas?**

**¿Cumple criterios
diagnósticos?**

¿Potenciación?

**Hierro oral o
endovenoso**

**Ferritina < 75ng/mL
y/o IT<20%**

**Ferritina > 75ng/mL e
IT>20%**

Diagnóstico diferencial:

- Polineuropatía
- Canal medular estrecho
- Radiculopatía
- Patología vascular
- Calambres nocturnos
- Artritis
- Acatisia
- Piernas dolorosas
- Movimientos voluntarios repetitivos
- Fármacos

**Derivar a consultas de
NRL**

Alfa2delta ligando:

- Pregabalina
- Gabapentina

Agonistas

dopaminérgicos:

- Rotigotina
- Pramipexol LP
- Ropirinol

Pablo.vicente.alba@sergas.es

<https://www.aespi.net/>



¡MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN!