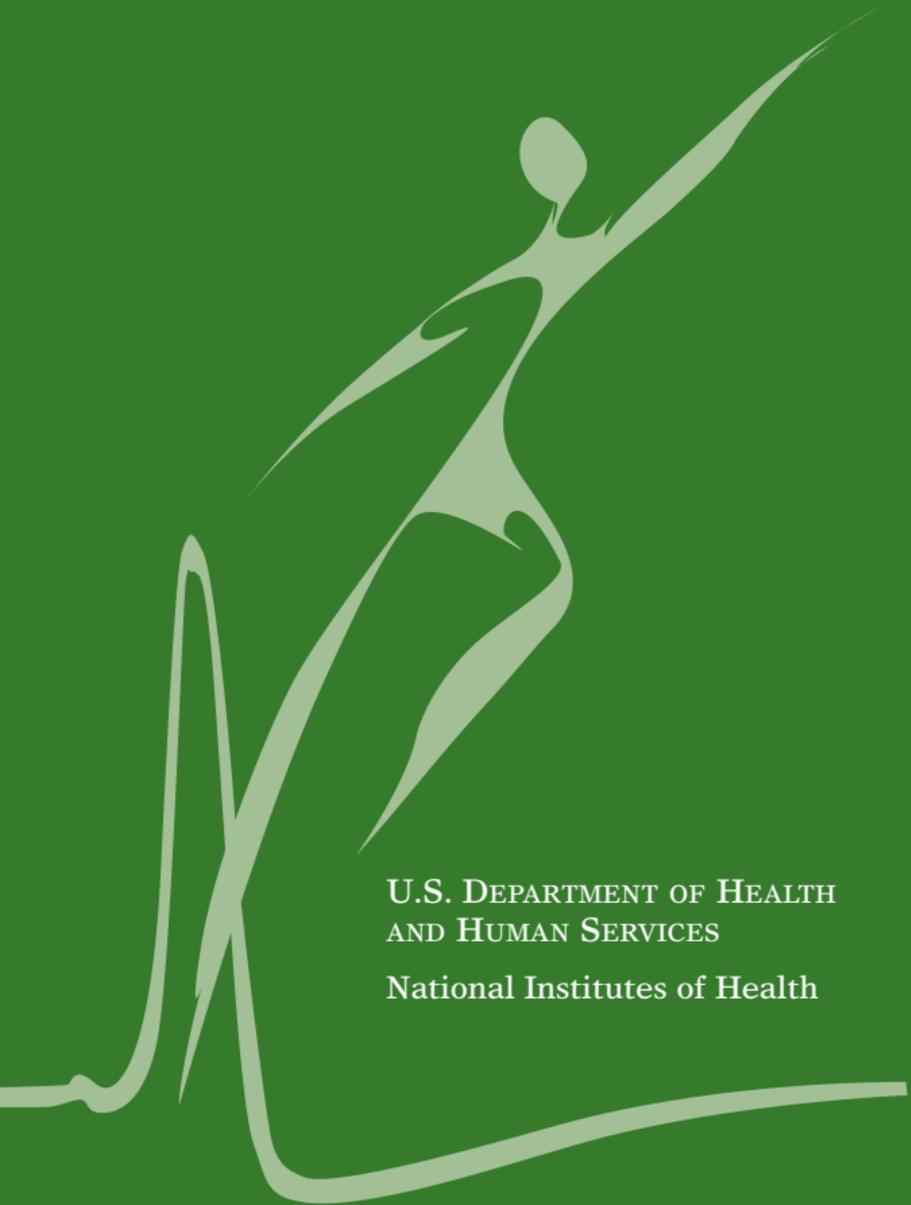


Síndrome de las Piernas Inquietas

A stylized, light green graphic of a person with their arms raised in a gesture of triumph or relief. Below the figure is a thick, light green pulse line that starts on the left, rises to a peak, dips, and then continues to the right. The background is a solid green color with a dark green horizontal bar at the top and a light green vertical bar on the right side.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH
AND HUMAN SERVICES

National Institutes of Health



Síndrome de las Piernas Inquietas

¿Qué es el síndrome de las piernas inquietas?

El síndrome de las piernas inquietas (o RLS, por sus siglas en inglés) es un trastorno neurológico caracterizado por sensaciones desagradables en las piernas y un impulso incontrolable de moverse cuando se está descansando, en un esfuerzo para aliviar estas sensaciones. Las personas a menudo describen las sensaciones del RLS como quemantes, como si algo se les jalara o se les deslizara, o como si insectos treparan por el interior de sus piernas. Estas sensaciones, a menudo llamadas *parestesias* (sensaciones anormales) o *disestesias* (sensaciones anormales desagradables), varían en gravedad de desagradables a irritantes, a dolorosas.

El aspecto más distintivo o poco usual del trastorno es que los síntomas son activados por el hecho de acostarse y tratar de relajarse. Como resultado, la mayoría de las personas con RLS tienen dificultad para conciliar y mantener el sueño. Si no se trata, el trastorno provoca agotamiento y fatiga durante el día. Muchas personas con RLS informan que su trabajo, sus relaciones personales y las actividades diarias son muy afectadas como resultado del cansancio.

A menudo no se pueden concentrar, tienen la memoria deteriorada, o fallan en el cumplimiento de sus tareas diarias.

Algunos investigadores estiman que el RLS afecta hasta unos 12 millones de americanos. Sin embargo, otros consideran que la ocurrencia es mayor porque se cree que el RLS no se diagnostica lo suficiente y, en algunos casos, no se diagnostica correctamente. Algunas personas con RLS no buscan atención médica pensando que no se les va a tomar en serio, que sus síntomas son muy leves, o que su problema no se puede tratar. Algunos médicos equivocadamente atribuyen los síntomas al nerviosismo, al insomnio, al estrés, a la artritis, a los calambres musculares o al envejecimiento.

El RLS ocurre en ambos sexos, pero la incidencia puede ser ligeramente mayor en las mujeres. Aunque el síndrome puede comenzar a cualquier edad, aún tan temprano como en la infancia, la mayoría de los pacientes severamente afectados son de edad media o mayores. Además, la severidad del trastorno parece aumentar con la edad. Los pacientes mayores sufren los síntomas con más frecuencia y durante períodos de tiempo más largos.

Más del 80 por ciento de las personas con RLS también sufren una condición más común conocida como *trastorno de movimiento periódico de una extremidad* (PLMD, por sus siglas en inglés). El PLMD se caracteriza por movimientos involuntarios bruscos de las piernas, como jalones

o tirones, que ocurren durante el sueño, típicamente cada 10 a 60 segundos, a veces durante toda la noche. Los síntomas hacen que el paciente se despierte repetidamente e interrumpen severamente el sueño. A diferencia del RLS, los movimientos causados por el PLMD son involuntarios— las personas no los controlan. Aunque muchos pacientes con RLS también desarrollan el PLMD, la mayoría de las personas con PLMD no sufren de RLS. Al igual que el RLS, tampoco se conoce la causa del PLMD.

¿Cuáles son las señales y los síntomas del RLS?

Como se describió anteriormente, las personas con RLS sienten sensaciones incómodas en sus piernas, especialmente cuando están sentadas o acostadas, las que están acompañadas por un impulso irresistible de moverse. Estas sensaciones generalmente ocurren muy adentro de la pierna, entre la rodilla y el tobillo; ocurren con menos frecuencia en los pies, los muslos, los brazos y las manos. Aunque las sensaciones pueden ocurrir solamente en un lado del cuerpo, suceden más a menudo en ambos lados.

Ya que mover las piernas (o las otras partes afectadas del cuerpo) alivia la incomodidad, las personas con RLS a menudo mantienen sus piernas en movimiento para minimizar o prevenir las sensaciones. Pueden ir y venir de un lado al otro, mover constantemente sus piernas mientras están sentadas, o virarse en la cama.

La mayoría de las personas encuentran que los síntomas se notan menos durante el día y son más pronunciados en la noche, especialmente al comienzo del sueño. En muchas personas, los síntomas desaparecen en la madrugada, permitiendo un sueño más reparador a esa hora. Otras situaciones que provocan los síntomas son períodos de inactividad como viajes largos en el carro, estar sentado en el cine, los vuelos de larga distancia, estar inmovilizado por un yeso o los ejercicios para relajarse.

Los síntomas del RLS varían de una persona a otra en su severidad y duración. En un caso de RLS leve, los síntomas ocurren episódicamente, con sólo una interrupción ligera al comienzo del sueño, y poca incomodidad. En los casos moderadamente severos, los síntomas ocurren solamente una o dos veces a la semana, pero resultan en una demora significativa en conciliar el sueño, con alguna interrupción en el funcionamiento durante las horas del día. En los casos severos del RLS, los síntomas ocurren más de dos veces a la semana y resultan en una interrupción onerosa del sueño y en un deterioro del funcionamiento en las horas diurnas.

Los síntomas pueden comenzar en cualquier etapa de la vida, aunque el trastorno es más común mientras más años se tenga. Ocasionalmente, algunas personas tienen una mejoría espontánea que dura por un período de semanas o meses. Aunque es raro, también puede ocurrir una mejoría espontánea que dure algunos años. Si estas

mejorías ocurren, generalmente suceden en las etapas tempranas del trastorno. Generalmente, sin embargo, los síntomas empeoran con el tiempo.

Las personas que tienen tanto el RLS y una enfermedad asociada tienden a desarrollar más rápido los síntomas más severos. Por el contrario, aquellas cuyo RLS no está relacionado con ninguna otra afección médica y que desarrollaron la enfermedad a una edad temprana muestran una progresión muy lenta del trastorno y pueden pasar muchos años antes de que los síntomas ocurran regularmente.

¿Qué causa el síndrome de las piernas inquietas?

En la mayoría de los casos, se desconoce la causa del RLS (lo que se llama *idiotópico*). Existe un historial familiar de la enfermedad en aproximadamente un 50 por ciento de los casos, lo que sugiere una forma genética del trastorno. Las personas con la forma hereditaria de RLS tienden a ser más jóvenes cuando los síntomas comienzan y tienen una progresión más lenta de la enfermedad.

En otros casos, el RLS parece estar relacionado a los siguientes factores o condiciones, aunque los investigadores aún no saben si estos factores realmente causan el síndrome.

- Las personas con niveles bajos de hierro o con anemia pueden tener una tendencia a desarrollar el RLS. Una vez que se

hayan corregido los niveles de hierro o la anemia, los pacientes pueden ver una disminución en los síntomas.

- Las enfermedades crónicas como el fallo renal, la diabetes, la enfermedad de Parkinson, y la neuropatía periférica están asociadas con el RLS. Cuando se trata la enfermedad principal a menudo se obtiene un alivio de los síntomas del RLS.
- Algunas mujeres embarazadas sufren de RLS, especialmente en su último trimestre. En la mayoría de estas mujeres, los síntomas generalmente desaparecen a las 4 semanas del parto.
- Algunos medicamentos—como las drogas para prevenir la náusea (proclorperazina o metoclopramide), las convulsiones (fenitoin o droperidol), las antipsicóticas (haloperidol o derivados de la fenotiazina), y algunos medicamentos para el catarro o las alergias—pueden agravar los síntomas. Los pacientes pueden consultar con su médico sobre la posibilidad de cambiar los medicamentos.

Los investigadores también han descubierto que la cafeína, el alcohol, y el tabaco pueden agravar o provocar los síntomas en los pacientes con predisposición a desarrollar el RLS. Algunos estudios han mostrado que una reducción o la eliminación total de tales sustancias puede aliviar los síntomas, aunque no está claro si la eliminación de estas sustancias puede evitar que los síntomas del RLS ocurran del todo.

¿Cómo se diagnostica el síndrome de las piernas inquietas?

Actualmente, no existe una sola prueba diagnóstica para el RLS. El trastorno se diagnostica clínicamente evaluando el historial del paciente y sus síntomas. A pesar de una descripción clara de las características clínicas, a menudo la enfermedad no se diagnostica correctamente o no se diagnostica lo suficiente. En 1995, el Grupo Internacional de Estudio sobre el Síndrome de las Piernas Inquietas identificó los cuatro criterios básicos para diagnosticar el RLS: (1) un deseo de mover las extremidades, a menudo asociado con parestesias o disestesias, (2) síntomas que se empeoran o sólo están presentes durante el reposo o que se alivian parcialmente o temporalmente con la actividad, (3) inquietud motriz, y (4) empeoramiento nocturno de los síntomas. Aunque alrededor del 80 por ciento de las personas con RLS también padecen del PLMD, no es necesario tenerlo para un diagnóstico del RLS. En los casos más severos, los pacientes pueden experimentar discinesia (movimientos sin control, a menudo continuos) cuando están despiertos, y algunos pacientes tienen síntomas en uno o en ambos brazos, como también en sus piernas. La mayoría de las personas con RLS tienen perturbaciones del sueño, debido en gran parte por la incomodidad y los jalones en las extremidades. El resultado es mucho sueño y fatiga excesiva durante el día.

A pesar de estos esfuerzos para establecer criterios estándares, es difícil hacer un diagnóstico clínico de RLS. Los médicos tienen que confiar en gran parte de la descripción del paciente de sus síntomas y la información de su historial médico incluyendo problemas médicos pasados, historial familiar, y medicamentos actuales. Se puede preguntar a los pacientes sobre la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas así como su tendencia a patrones de dormir diurnos y somnolencia, perturbación del sueño o su funcionamiento durante el día. Si el historial del paciente sugiere un diagnóstico de RLS, se pueden realizar pruebas de laboratorio para eliminar otras enfermedades y respaldar el diagnóstico de RLS. Se deben realizar exámenes de sangre para excluir la anemia, el almacenamiento reducido del hierro, la diabetes, y la disfunción renal. También se pueden recomendar una electromiografía y estudios de conducción nerviosa para medir la actividad eléctrica en los músculos y los nervios y se puede utilizar una ultrasonografía Doppler para evaluar la actividad muscular en las piernas. Estas pruebas pueden documentar cualquier daño colateral o enfermedad en los nervios y las raíces de los nervios (como la neuropatía periférica y la radiculopatía) u otros trastornos de movimientos relacionados con las piernas. Los resultados negativos de estas pruebas pueden indicar que el diagnóstico es de RLS. En algunos casos, se realizan estudios del sueño como una

polisomnografía (una prueba que registra las ondas cerebrales, el ritmo cardíaco y la respiración del paciente durante toda una noche) para identificar la presencia del PLMD.

El diagnóstico es especialmente difícil con los niños porque el médico depende en gran medida en la explicación del paciente de sus síntomas y, dado la naturaleza de los síntomas del RLS, un niño puede tener dificultad para describirlos. A veces se diagnostica incorrectamente el síndrome como “dolores de crecimiento” o trastorno de déficit de atención.

¿Cómo se trata el síndrome de las piernas inquietas?

Aunque el movimiento produce alivio a los pacientes con RLS, generalmente es sólo temporal. Sin embargo, el RLS se puede controlar si se encuentra otra posible afección que contribuya al síndrome. A menudo, al tratar la condición médica asociada, como la neuropatía periférica o la diabetes, se alivian muchos de los síntomas. Para los pacientes con RLS idiopático, el tratamiento se dirige al alivio de los síntomas.

Para aquellos con síntomas leves a moderados, la prevención es la clave, y muchos médicos sugieren cambios en el estilo de vida y las actividades que se realizan para reducir o eliminar los síntomas. Una disminución en el uso de cafeína, alcohol y tabaco puede proporcionar algún

alivio. Los médicos pueden sugerir que algunas personas tomen suplementos para corregir deficiencias de hierro, folato, y magnesio. Los estudios también han demostrado que si se mantiene un patrón regular de dormir, se pueden reducir los síntomas. Algunas personas, al darse cuenta que los síntomas del RLS son menores en las primeras horas de la mañana, cambian su rutina de dormir. Otras han encontrado que una rutina de ejercicio moderado les ayuda a dormir mejor mientras que otros pacientes reportan que el ejercicio excesivo les agrava los síntomas del RLS. Tomar un baño caliente, darse masajes en las piernas o aplicarse una bolsa caliente o hielo puede ayudar a aliviar los síntomas en algunos pacientes. Aunque muchos pacientes sienten alivio con estas medidas, estos esfuerzos rara vez eliminan los síntomas completamente.

Los médicos también pueden sugerir una variedad de medicamentos para tratar el RLS. Generalmente los médicos escogen entre dopaminérgicos, benzodiazepinas (depresores del sistema nervioso central), opioides, y anticonvulsivos. Se ha demostrado que los agentes dopaminérgicos, usados primordialmente para tratar la enfermedad de Parkinson, reducen los síntomas del RLS y del PLMD y se consideran como el tratamiento inicial de preferencia. Se han reportado buenos resultados con el tratamiento a corto plazo usando levodopa con carbidopa, aunque la mayoría de los pacientes eventualmente desarrollarán “acrecientamiento,” lo que quiere decir que los síntomas se reducen

en la noche pero comienzan más temprano en el día que anteriormente. Los agonistas de dopamina como el mesilato de pergólido, el pramipexole, y el clorhidrato de ropinirol, pueden ser eficaces en algunos pacientes y hay menos probabilidad de que causen el acrecentamiento.

A los pacientes con síntomas leves o intermitentes se les puede recetar las benzodiazepinas (como el clonazepam y el diazepam). Estas drogas ayudan a que los pacientes tengan un sueño más reparador, pero no alivian por completo los síntomas del RLS y pueden causar sueño durante el día. Debido a que estos depresores en algunos casos también pueden inducir o agravar la apnea del sueño, no deben ser usados por personas con este problema.

Para síntomas más severos, se pueden recetar opioides como la codeína, propoxifeno, u oxycodona por su habilidad para estimular el relajamiento y disminuir el dolor. Los efectos secundarios incluyen el mareo, las náuseas, el vómito y el riesgo de la adicción.

Los anticonvulsivos como la carbamazepina y gabapentina también son útiles para algunos pacientes, ya que disminuyen los disturbios sensorios (las sensaciones de cosquillo o de que algo se está deslizando). Entre algunos de los efectos secundarios posibles están el mareo, la fatiga y el sueño.

Desgraciadamente no hay una sola droga que sea eficaz para todas las personas con RLS. Lo que puede ayudar a una persona

puede en realidad empeorar los síntomas de otra. Además, los medicamentos que se toman regularmente pueden perder su efecto haciendo necesario que los medicamentos se cambien periódicamente.

¿Cuál es el pronóstico?

Generalmente el RLS es una enfermedad que dura toda la vida y que no tiene cura. Los síntomas pueden empeorarse gradualmente con la edad, aunque más lentamente para aquellos con la forma idiopática del RLS que para los pacientes que también sufren de alguna afección médica asociada. No obstante, las terapias actuales pueden controlar el trastorno, disminuyendo los síntomas y aumentando los períodos de sueño reparador. Además, algunos pacientes tienen remisiones— período en que los síntomas disminuyen o desaparecen por días, semanas o meses, aunque los síntomas generalmente reaparecen eventualmente. Un diagnóstico de RLS no significa el comienzo de otra enfermedad neurológica.

¿Qué investigaciones se están realizando?

Dentro del gobierno federal, el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Apoplejía (NINDS, por sus siglas en inglés), uno de los Institutos Nacionales de la Salud, tiene la responsabilidad principal de realizar y apoyar las investigaciones sobre el RLS. El objetivo de estas investigaciones es el de aumentar el entendimiento científico

del RLS, encontrar mejores métodos de diagnóstico y de tratamiento del síndrome, y descubrir maneras de prevenirlo.

Los investigadores apoyados por el NINDS están examinando el rol de la función de la dopamina en el RLS. La dopamina es el mensajero químico responsable por transmitir las señales de una área del cerebro, es decir, la sustancia negra, y la siguiente estación transmisora del cerebro llamado el cuerpo estriado o hábeas stratium, para producir una actividad muscular pareja intencionada. Los investigadores sospechan que una transmisión defectuosa de las señales de la dopamina puede desempeñar un papel en el RLS. Investigaciones adicionales deben proporcionar nueva información de cómo ocurre el RLS y pueden ayudar a los investigadores a identificar opciones de tratamientos más exitosos.

El NINDS patrocinó un taller de trabajo sobre la dopamina en 1999, para ayudar a planificar el curso de las investigaciones futuras sobre trastornos como el RLS y recomendar maneras para avanzar y promover las investigaciones en este campo. Las recomendaciones de los participantes para investigaciones adicionales incluían el desarrollo de un modelo animal del RLS; investigaciones adicionales genéticas, epidemiológicas y fisiopatológicas del RLS; esfuerzos para definir las formas genéticas y no genéticas del RLS; el establecimiento

de un banco de tejidos cerebrales para ayudar a los investigadores; la continuación de las investigaciones sobre la dopamina y el RLS; y estudios sobre el PLMD según se relaciona con el RLS.

Las investigaciones sobre la palidotomía, un procedimiento quirúrgico que lesiona una parte del cerebro llamada el globo pálido, pueden contribuir a un entendimiento mayor de la fisiopatología del RLS y pueden conducir a un posible tratamiento. Un estudio reciente por investigadores financiados por el NINDS mostró que un paciente con RLS y con la enfermedad de Parkinson se benefició por una palidotomía y sintió alivio de la incomodidad en las extremidades causada por el RLS. Se deben realizar investigaciones adicionales para reproducir estos resultados en otros pacientes y para aprender si la palidotomía pudiese ser eficaz en pacientes con RLS que no tienen además la enfermedad de Parkinson.

En otras investigaciones relacionadas, los científicos del NINDS están realizando estudios con pacientes para comprender mejor los mecanismos fisiológicos del PLMD asociados con el RLS.

¿Dónde puedo encontrar más información?

Para más información sobre el síndrome de piernas inquietas u otros trastornos del sueño, póngase en contacto con las siguientes organizaciones:

Restless Legs Syndrome Foundation

819 Second Street, SW
Rochester, Minnesota 55902-2985
(507) 287-6465
www.rls.org

National Sleep Foundation

1522 K Street, NW, Suite 500
Washington, DC 20005
www.sleepfoundation.org

Worldwide Education & Awareness for Movement Disorders (WE MOVE)

204 W. 84th Street
New York, NY 10024
(800) 437-MOV2 (-6682)
(212) 875-8312
www.wemove.org

National Heart, Lung, and Blood Institute National Center on Sleep Disorders Research

Two Rockledge Centre, Suite 10038
6701 Rockledge Drive, MSC 7920
Bethesda, Maryland 20892-7920
(301) 435-0199
www.nhlbi.nih.gov/about/ncsdr/index.htm

Para más información sobre las investigaciones que realiza el NINDS sobre el síndrome de piernas inquietas y otros trastornos neurológicos, póngase en contacto con la Red de Recursos e Información sobre el Cerebro (BRAIN) al:

BRAIN

P.O. Box 5801

Bethesda, Maryland 20824

(800) 352-9424

www.ninds.nih.gov



Preparado por:
Office of Communications and Public Liaison
National Institute of Neurological Disorders
and Stroke

National Institutes of Health
Department of Health and Human Services
Bethesda, Maryland 20892-2540