

Revisão de Temas

PD-018 - (UM19-4948) - SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS - NÃO DEIXE ADORMECER ESTE PROBLEMA

Patrícia Fino¹; Eliseo Martínez¹; Ana Viana Carneiro¹; Rita Magalhães Costa¹

1 - USF Alcides de Faria

A síndrome das pernas inquietas (SPI) é uma perturbação neuromotora caracterizada pela necessidade imperiosa de mover os membros (mais comumente inferiores) ou outras partes do corpo, associada a parestesias e desconforto. Geralmente exacerba-se em repouso e à noite e alivia, momentaneamente, com os movimentos. O objetivo deste trabalho é rever o estado da arte relativamente à síndrome, seu diagnóstico e abordagem terapêutica.

Revisão clássica da literatura com pesquisa em livros de texto e artigos de revisão nas principais bases de dados médicas, utilizando o termo Mesh "Restless Legs Syndrome".

O diagnóstico da SPI é clínico e considera-se quando os sintomas ocorrerem pelos menos 3 vezes por semana e há ≥ 3 meses, não sendo explicados por patologias médicas ou psiquiátricas, uso de medicação, álcool ou substâncias ilícitas. Esta síndrome é frequente nas 2^a e 3^a décadas de vida, mas pode afetar qualquer faixa etária e agrava com o aumento da idade. A sua prevalência rondará os 2-7%, afetando em 1.5 a 2 vezes mais as mulheres. Em >80% dos casos está associada a movimentos periódicos dos membros durante o sono (MPMS). De igual forma, o Distúrbio dos Movimentos Periódicos dos Membros (DMPM) está também associado a MPMS, para além de ocorrerem breves despertares, interrupção do sono e sonolência diurna excessiva. Contudo, o DMPM é uma entidade diferente da SPI e, ao contrário desta, requer confirmação por polissonografia. A SPI pode associar-se a insónia inicial, despertares noturnos, diminuição do rendimento profissional e escolar, depressão e ansiedade. O diagnóstico diferencial inclui: movimentos voluntários, acatísia, câibras noturnas, desconforto posicional, dor nas pernas e movimentos fisiológicos durante o sono. Apesar de não totalmente conhecidas as suas causas, há evidência que suporta a associação com um componente genético, anomalias na neurotransmissão no sistema nervoso central e alterações no metabolismo do ferro. Constituem fatores de risco para SPI o género feminino, a gravidez, a idade, história familiar de SPI, doenças crónicas (défice de ferro, insuficiência renal, diabetes, neuropatia periférica, doença de Parkinson), toma de alguns fármacos, consumo de álcool e privação de sono. O tratamento não farmacológico da SPI poderá beneficiar doentes com sintomatologia ligeira/intermédia e inclui psicoeducação, atividade física, massagens e aplicação de calor/frio nos membros inferiores. Para níveis de ferritina ≤ 75 ng/mL, é sugerida a reposição de ferro. Quando a sintomatologia não responde a estas medidas, o tratamento farmacológico está indicado. Como primeira linha encontram-se os agonistas da dopamina (rotigotina, pramipexole e ropinirole) e os ligandos dos canais de cálcio alfa-2-delta (gabapentina, pregabalina). Outras opções podem incluir benzodiazepinas, opióides, relaxantes musculares agonistas da acetilcolina, entre outros. A escolha do fármaco deverá ter em conta o perfil de cada doente. Casos refratários à terapêutica devem ser referenciados para um especialista do sono.

Apesar de o diagnóstico da SPI ser clínico, esta é frequentemente subdiagnosticada. Pelas suas características e pelos transtornos frequentemente associados, tem um importante impacto na qualidade de vida do doente, pelo que o médico de família deve estar alerta para esta síndrome e aborda-la devidamente, pois apresenta geralmente boa resposta sintomática à terapêutica.