

aps

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SONO

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS



O QUE É A SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS?

É uma doença neurológica caracterizada por uma sensação de inquietação e vontade irresistível de movimentar os membros inferiores (as pernas). Normalmente, agrava ao fim do dia e prolonga-se noite dentro. Surge mais frequentemente em períodos de descanso ou inatividade.

As pernas são geralmente as mais atingidas. Mas, raramente, pode também surgir noutras partes do corpo: braços ou face.

Afecta de forma igual homens e mulheres. 5 a 15% dos adultos e 2% das crianças são afectadas por esta doença.

COMO SE MANIFESTA?

Manifesta-se por sensações desagradáveis como inquietação, formigueiros, dores ou queimadura nos membros inferiores. Tipicamente aliviam com o movimento, obrigando o paciente a caminhar na tentativa de aliviar os sintomas. Estes sintomas são agravados pelo repouso e assim pioram frequentemente quando se está em situações de inatividade: cinema, conferências, viagens de comboio ou de avião, por exemplo.

As sensações podem manter-se durante horas, muitas vezes desde o final do dia até de madrugada, dificultando muito o adormecimento, que é adiado para horas de maior alívio. Pode também surgir durante a noite e obrigar o paciente a levantar-se e caminhar, interrompendo o sono.

Os doentes procuram o médico geralmente com queixas de insónia ou pelas consequências da privação de sono que o SPI acarreta: sonolência diurna, queixas cognitivas - alteração de memória, atenção, etc - e alterações do humor.

A SPI associa-se em muitos doentes a movimentos involuntários das pernas durante o sono, chamados movimentos periódicos do sono.

O QUE CAUSA ESTA DOENÇA?

A causa da SPI não é totalmente conhecida. É uma doença provocada por alterações do sistema nervoso central. Acredita-se que exista principalmente uma disfunção a nível do sistema dopaminérgico cerebral e deficiências de ferro em algumas localizações cerebrais.

EM QUEM SURGE A SPI?

Os sintomas surgem, geralmente, em idades jovens (menos de 45 anos). Em 50 % dos doentes existem outros familiares afectados. Julga-se que por trás deste tipo de SPI existirá um factor genético determinante.

A **SPI** por vezes surge em associação com outras doenças, que predispõem para o aparecimento desta síndrome. Pode surgir em doentes com doenças neurológicas, como a **doença de Parkinson**, em **doenças da medula** ou doenças **dos nervos periféricos**. A insuficiência renal crónica terminal, em **hemodiálise**, também se associa a um risco aumentado desta doença. Uma das associações mais frequentes surge em situações de **deficiência de ferro**. Diversos **fármacos** podem também causar estes sintomas: antidepressivos, antipsicóticos e antieméticos são alguns exemplos. Outro dos factores de risco que contribui para o agravamento do SPI é a **gravidez**.

COMO SE DIAGNOSTICA?

O diagnóstico é feito através de uma criteriosa história clínica assente em quatro critérios de diagnóstico.

Assim o paciente deverá ter:

- Uma vontade incontrolável em mexer as pernas acompanhada por uma sensação de incómodo ou de inquietação.
- Esta sensação deverá agravar-se durante períodos de descanso ou inactividade (por exemplo sentado ou deitado).
- Estes sintomas deverão ser parcial ou totalmente aliviados pelo movimento.
- Esta sensação ou necessidade de movimento deverá só ocorrer ou piorar ao fim do dia ou durante a noite.

QUE EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO SÃO NECESSÁRIOS?

O diagnóstico de SPI não necessita de quaisquer exames complementares de diagnóstico e depende apenas da história clínica. Os exames complementares deverão ser feitos apenas para excluir causas secundárias de SPI.

Na generalidade dos doentes é importante excluir uma deficiência de ferro como factor causador ou de agravamento dos sintomas.

Se existirem sintomas de outras patologias do sono, nomeadamente sintomas sugestivos de movimentos periódicos do sono ou apneia do sono, será fundamental a realização de uma polissonografia. A polissonografia poderá, por um lado, corroborar o diagnóstico ao detectar os movimentos periódicos do sono e, por outro, permitir o diagnóstico de apneia do sono, cujo correcto tratamento contribuirá para o sucesso do tratamento da SPI. Se a história clínica e exame físico sugerirem outras doenças, nomeadamente neurológicas, outros exames complementares poderão ser solicitados pelo médico.



QUE OUTRAS DOENÇAS TÊM SINTOMAS SEMELHANTES?

A SPI pode confundir-se com outras doenças que têm também sintomas de dor, alterações da sensibilidade das pernas ou que produzem movimentos involuntários dos membros.

Diversas patologias podem conduzir, por exemplo, ao aparecimento de **câimbras nocturnas**. Neste caso, a contractura muscular associada permitirá concluir que não se trata de SPI. Existem outras doenças com dor ou desconforto dos membros inferiores, como as doenças dos nervos periféricos: as **radiculopatias (por exemplo dor ciática)**, a **insuficiência venosa ("varizes")** ou **arterial dos membros inferiores** e os edemas dos membros inferiores que se podem confundir com a SPI.

QUAL A RELAÇÃO ENTRE SPI E MOVIMENTOS PERIÓDICOS DO SONO?

Os movimentos periódicos do sono são movimentos involuntários que ocorrem durante o sono, tipicamente caracterizados por uma flexão do pé e da coxa, de forma estereotipada e repetitiva. Estes movimentos ocorrem fundamentalmente nos membros inferiores, mas podem raramente atingir os membros superiores e outras áreas do corpo. Geralmente o próprio não tem consciência destes movimentos, que podem ser detectados na polissonografia e podem ser responsáveis por fragmentação do sono, queixas de insónia ou sonolência excessiva. Podem também ocorrer em indivíduos normais, não implicando qualquer sintomatologia e tratamento específico. Cerca de 80% dos doentes com SPI têm este tipo de alteração durante o sono. Embora relacionados, o SPI ocorre em vigília e é um diagnóstico clínico, enquanto que os MPS ocorrem durante o sono e são quantificáveis objectivamente por polissonografia.

QUAIS AS FORMAS DE TRATAMENTO?

O tratamento do SPI assenta em medidas não farmacológicas e medidas farmacológicas. Geralmente, o SPI é uma situação crónica, pelo que o tratamento terá que ser mantido toda a vida.

Tratamento do SPI secundário (associado a outras patologias)

O tratamento do SPI secundário depende, sempre que possível, da correcção da causa subjacente.

O défice de ferro é a alteração mais relevante neste campo, por ser muito prevalente no SPI e ser facilmente tratável. O tratamento do défice de ferro é feito geralmente por via oral. É importante reforçar que existem consequências potencialmente graves do excesso de ferro, pelo que a terapêutica com ferro deverá ser sempre acompanhada e cuidadosamente monitorizada pelo médico assistente.

Também nunca é demais relembrar a possibilidade de SPI iatrogénico (provocado por fármacos), pelo que uma cuidadosa revisão da história farmacológica e a substituição/evicção de fármacos é uma prioridade.

Finalmente, também é muito importante o tratamento de outras doenças de sono associadas, nomeadamente patologias respiratórias, dado o agravamento que a privação de sono pode provocar.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Estas medidas são úteis para todos os doentes com SPI, independentemente da gravidade. No entanto, não são geralmente eficazes sem o apoio farmacológico nos doentes com SPI moderado a grave.

-  Boa higiene de sono, evitando, principalmente, a privação de sono
-  Evitar álcool
-  Evitar substâncias estimulantes, como o chocolate, a nicotina (tabaco) e o café.

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

Existem diversas classes de fármacos actualmente utilizados no tratamento da SPI: dopaminérgicos (levodopa e agonistas dopaminérgicos); opióides, benzodiazepinas e antiepilépticos.

A primeira linha de tratamento são actualmente os agonistas dopaminérgicos, que se demonstraram eficazes no alívio dos sintomas dos doentes.

Uma importante complicação do tratamento, sobretudo na utilização a longo prazo e na terapêutica com levodopa, é a possibilidade de surgir incremento dos sintomas mais cedo ou em locais que previamente não surgiam. Este facto pode levar à necessidade de aumentar o número de tomas diárias dos fármacos.

PENSO QUE TENHO A SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS. A QUEM ME DEVO DIRIGIR?

O primeiro passo será falar com o seu médico de família e discutir com ele os seus sintomas. O diagnóstico final da síndrome das pernas inquietas deve ser realizado por um médico com experiência em Medicina do Sono.



Apoios:

Lundbeck



PRAXAIR

GASIN

sanofi aventis

O essencial é a saúde



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SONO
www.apsono.com.pt

Autores: A.Peralta / M.Gonçalves

© APS 2010