

Alto subdiagnóstico del síndrome de piernas inquietas en la consulta ambulatoria neurológica y psiquiátrica

Marcelo Miranda C¹, Larisa Fabres O¹,
Andrea Contreras S¹, Tamara Torres Ch^{2a}.

Restless legs syndrome is highly underdiagnosed in a neurologic-psychiatric outpatient clinic

Background: Restless legs syndrome (RLS) is a neurological condition that is characterized by the irresistible urge to move the legs and is very common. In the last decade, much attention has been focused on RLS, given its high occurrence, underdiagnosis, and impact on quality of life. **Aim:** To determine the frequency of RLS in a neurologic-psychiatric outpatient clinic. **Patients and Methods:** We interviewed patients attending a private neurological outpatient clinic, using a standardized validated questionnaire, and an additional phone interview to confirm diagnosis. **Results:** Of approximately 800 people attending the clinic, the questionnaire was answered by 238 subjects (168 females). Fifteen percent of respondents were affected by RLS and none had been diagnosed before. Most patients had a severe form that probably required treatment. **Conclusions:** A low awareness of RLS exists in Chile, even among specialized physicians (Rev Méd Chile 2009; 137: 255-8).

(**Key words:** Diagnosis; Questionnaires; Restless legs syndrome)

Recibido el 3 de octubre, 2008. Aceptado el 27 de noviembre, 2008.

Este estudio fue apoyado por GSK a través de una beca educacional a la Fundación Neurológica Parkinson y Alzheimer. Ninguno de los autores recibió honorarios por esta investigación.

¹Unidad de Neurología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile. ²Fundación Neurológica Parkinson & Alzheimer.

³Enfermera Universitaria

El síndrome de piernas inquietas (SPI) es uno de los trastornos más comunes en Medicina, afectando entre 10% y 15% de la población general adulta¹⁻³. Se caracteriza por la necesidad imperiosa de mover las extremidades, sensaciones desagradables, que empeoran con el reposo y en la noche, y con un alivio transitorio al mover las

extremidades afectadas. Nuestro trabajo anterior ha sido el único estudio en Latinoamérica en describir la frecuencia de SPI, encontrándose una frecuencia alta de 13% de la población adulta afectada⁴ en comparación a la comunicada alrededor del mundo. Este valor puede explicarse porque ese estudio fue hecho en una muestra de personas acompañantes de pacientes que acudían a una clínica de atención primaria. En la última década, se ha puesto mucho énfasis en mejorar el subdiagnóstico de esta condición, dado el impacto

Correspondencia a: Dr. Marcelo Miranda. Unidad de Neurología Clínica las Condes. Lo Fontecilla 441. Santiago, Chile. Fono: (56-2) 3650028. E mail: marcelomiranda@gmail.com

negativo en la calidad de vida y el hecho que existe un tratamiento eficaz.

El SPI fue definido clínicamente por vez primera por Karl Ekbom en 1945; Ekbom comunicó una ocurrencia de 5,2% en 503 controles de la población general sueca y 7,8% en 503 pacientes neurológicos ambulatorios⁵. En nuestro conocimiento, este trabajo representa la única información disponible considerando una muestra de pacientes neurológicos.

Postulamos que SPI permanece como una condición pobremente diagnosticada en Chile, aun en manos de especialistas. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia actual de SPI en una población de pacientes ambulatorios que acuden a una clínica neurológica y psiquiátrica en Chile. Otros objetivos fueron conocer si existe subdiagnóstico en este tipo de pacientes en este particular escenario en que no debería ser mal diagnosticado.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó la investigación entre noviembre y diciembre del año 2007 en la consulta ambulatoria de Neurología y Psiquiatría de Clínica Las Condes, Santiago. Los pacientes asistentes a la clínica voluntariamente contestaron un cuestionario validado por el Grupo Internacional de Estudio de SPI⁶. Los pacientes fueron contactados de acuerdo al orden de llegada a consultar y todos ellos firmaron un consentimiento informado. Las 3 primeras preguntas se referían a la presencia de los síntomas, y una última evaluó la frecuencia de los síntomas⁶. Las preguntas fueron: 1) ¿Tiene usted sensaciones desagradables en sus piernas con una necesidad de moverlas?, 2) ¿ocurren estas sensaciones principalmente en reposo y mejoran con el movimiento?, y 3) ¿son estas molestias más intensas en la noche o tarde en comparación con la mañana? La cuarta pregunta relativa a la frecuencia fue: ¿cuán a menudo ocurren estas molestias?: a) al menos 1 vez en un año pero menos que una por mes, b) mensual, c) 2 a 4 veces por mes, d) 2 a 3 veces por semana, e) 4 a 5 veces por semana y f) 6 a 7 veces por semana. El diagnóstico de la condición requiere que el encuestado conteste sí a las primeras 3 preguntas, independiente de la frecuencia de síntomas. Los pacientes fueron posteriormente entrevistados por un neurólogo por vía telefónica para certificar el diagnóstico,

evaluar la medicación concomitante y excluir otras condiciones. Los pacientes que dieron una respuesta negativa a cualquiera de las 3 preguntas no fueron contactados. No evaluamos específicamente la concomitancia de manifestaciones psiquiátricas como depresión, ansiedad, ni contactamos posteriormente al médico tratante de los pacientes, por respeto a la privacidad de éstos.

Estadística. Test de chi cuadrado para comparar los casos de SPI positivos y negativos. Todos los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Clínica Las Condes.

RESULTADOS

Se obtuvo respuesta de 238 pacientes, de un total aproximado de 800 concurrentes a la Clínica durante el periodo que el estudio fue realizado. Setenta pacientes fueron hombres y 168 mujeres. De esta población, 175 pacientes dieron una respuesta negativa a las preguntas y 63 tuvieron respuestas afirmativas al cuestionario. Se perdió contacto de 10 de los pacientes con respuestas positivas, entrevistándose a los restantes 53 a través del teléfono. De estas entrevistas, confirmamos a 35 pacientes (15% de los originales 238) como reales portadores de SPI (Tabla 1).

Veintiocho pacientes con SPI fueron mujeres y 7 hombres ($p > 0,05$), y 65% de los casos fueron mayores de 40 años. Ninguno de los casos había sido previamente diagnosticado como portador de SPI y ninguno estaba tomando alguna droga conocida como gatillante de SPI. La mayoría de los pacientes (75%) comunicaron una frecuencia de SPI de 3 a 7 días a la semana, y que apreciarían una terapia para sus síntomas.

De los 35 pacientes, sólo dos comunicaron condiciones conocidas como asociadas a SPI: un caso de hipotiroidismo y otros de neuropatía periférica.

DISCUSIÓN

A pesar de las evidentes limitaciones de esta experiencia; una muestra pequeña analizada y una baja tasa de respuestas, en la actualidad, es

Tabla 1. Resultados de la encuesta realizada a 238 pacientes en la consulta ambulatoria de Neurología y Psiquiatría de la Clínica Las Condes

		Afirmativo	Negativo	Afirmativos entrevistados	Afirmativos confirmados
Total de pacientes	238	63	175	53	35 (15%)
Hombres	70				7*
Mujeres	168				28*

P >0,05.

uno de los escasos intentos de evaluar la frecuencia de SPI en Latinoamérica y el único en el contexto de pacientes ambulatorios. Confirmamos una alta prevalencia de SPI y demostramos un alto nivel de subdiagnóstico aun en un centro especializado que se presume reconocería más fácilmente la condición. Otra limitación del estudio es que probablemente tuvimos el sesgo hacia una respuesta positiva debido a que los pacientes que podrían tener SPI hubieran estado más proclives a responder la encuesta. Sorprendentemente, confirmamos en la entrevista telefónica, que ningún paciente había sido diagnosticado por su médico tratante luego de la consulta. En este estudio, se usó un cuestionario estandarizado y validado por el Grupo Internacional de Estudio de SPI en el año 2003, pero es necesario recalcar que estas preguntas han sido usadas y validadas sólo en estudios epidemiológicos de la población general y no en una población de pacientes. En la entrevista telefónica, confirmamos la presencia de SPI en 55% de las personas que respondieron afirmativamente el cuestionario descartando otras condiciones que se confunden con SPI como calambres, hiperactividad, sensaciones de pies calientes, o una molestia sólo posicional^{7,8}. Este hecho resalta la importancia de una entrevista por un experto para confirmar el diagnóstico de SPI luego del uso de cuestionarios de detección de síntomas.

En los últimos años se han hecho esfuerzos para crear conciencia de la importancia e impacto de esta condición. Desafortunadamente, esto no se ha traducido en un diagnóstico más exacto, considerando que la mayoría de los casos en este estudio tuvo síntomas frecuentes de SPI y que probablemente necesitaban una terapia como

refirieron en la entrevista telefónica. Los pacientes comunicaron que pensaban que las manifestaciones por SPI podrían relacionarse con su motivación a consultar en la clínica. No se evaluó la presencia de comorbilidad como depresión o ansiedad, pero el escenario particular de una clínica mixta psiquiátrica neurológica permite especular que los pacientes habrían recibido ayuda para comorbilidades asociadas a SPI si hubieran sido correctamente investigados por la presencia del síndrome. Encontramos una frecuencia de 15% en nuestro estudio, la que es bastante mayor que la comunicada por Ekbom (7,8%) en su muestra de pacientes neurológicos⁵. Atribuimos esta diferencia a que nuestro estudio se focalizó también en pacientes psiquiátricos y es conocido que este grupo de pacientes puede ser más susceptible a SPI que el neurológico⁹.

Una población especialmente susceptible a SPI es la de pacientes con falla renal y particularmente en diálisis^{4,10}. Un estudio anterior de nuestro grupo, encontró una frecuencia de 26% en una muestra de estos pacientes, y ninguno tampoco había sido diagnosticado previamente⁴. Recientemente, hemos repetido la experiencia luego de 7 años de la inicial, esta vez en la Unidad de Diálisis de Clínica Las Condes, y observamos una frecuencia similar de SPI (26%), sin embargo, esta vez todos los pacientes habían sido correctamente diagnosticados por su nefrólogo. Esto sugiere que en nuestro medio, los médicos internistas sí están siendo más concientes de la importancia de SPI en la población renal. Sorprendentemente, esto no parece ser así en los especialistas de neurología o psiquiatría.

Por lo tanto, hay una necesidad de mejorar el conocimiento sobre SPI en Chile y en otros países

de Latinoamérica si consideramos los pocos estudios publicados. Persi y cols¹¹ evaluaron la ocurrencia de SPI en la población general de Buenos Aires, Argentina; en su estudio, 433 personas se evaluaron por un cuestionario. En dicho estudio 21% de los individuos comunicaron síntomas de SPI y 15% tener episodios sintomáticos al menos 2 por semana. Esta alta frecuencia, 21%, puede explicarse por un sobrediagnóstico, ya que ellos no evaluaron posteriormente en forma personal a los encuestados como en nuestra experiencia.

Nuestro estudio encontró una alta frecuencia de SPI en los asistentes a consulta neurológica-psiquiátrica. Esto no debería ser sorprendente en un estudio hecho en este escenario: Nichols y cols recientemente encontraron que 25% de los pacientes de una consulta de atención primaria comunicaron síntomas de SPI¹². Nuestro estudio sugiere que

los especialistas en nuestro medio deberían estar más alertas a la presencia de SPI; los pacientes que los consultan están frecuentemente afectados y necesitados de un correcto diagnóstico y terapia. Sin embargo, los pacientes no están recibiendo una ayuda eficaz y probablemente están siendo tratados por condiciones asociadas a SPI como comorbilidades. Un adecuado análisis de estas comorbilidades, no específicamente evaluadas en este estudio, ayudarán a conocer mejor el impacto del subdiagnóstico de SPI.

Agradecimientos

Agradecemos los comentarios y la revisión del artículo por parte de la Dra. Claudia Trenkwalder del Departamento de Neurología, Universidad de Goettingen y Clínica Paracelso de Neurología, Kassel, Alemania.

REFERENCIAS

1. ALLEN RP, WALTERS AS, MONTPLAISIR J, HENING W, BELL TJ, FERINI-STRAMBI L. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1286-92.
2. HENING W, WALTERS AS, ALLEN RP, MONTPLAISIR J, MYERS A, FERINI-STRAMBI L. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the REST (RLS epidemiology, symptoms and treatment) primary care study. *Sleep Med* 2004; 5: 237-46.
3. PHILIPS B, YOUNG T, FINN L, ASHER K, HENING W, PURVIS C. Epidemiology of Restless Legs Symptoms in Adults. *Arch Int Med* 2000; 160: 2137-41.
4. MIRANDA M, ARAYA F, CASTILLO JL, DURÁN C, GONZÁLEZ F, ARÍS L. Síndrome de Piernas Inquietas: estimación de su frecuencia en consulta primaria y en pacientes urémicos en diálisis. *Rev Med Chile* 2001; 129: 174-86.
5. EKBOM K. Restless Legs Syndrome. *Acta Med Scand* 1945; 158: 4-122.
6. ALLEN R, PICCHIETTI D, HENING WA, TRENKVALDER C, WALTERS A, MONTPLAISIR J. Restless Legs Syndrome: diagnostic criteria, special considerations and epidemiology. *Sleep Med* 2003; 4: 101-19.
7. CHESHIRE WP JR. Hypotensive akathisia: autonomic failure associated with leg fidgeting while sitting. *Neurology* 2000; 55: 1923-6.
8. SAWLE G. Movement Disorders during Sleep in Sawle G ed. Movement Disorders in Clinical Practice. Oxford. *Isis Medical Media* 1999; 159-65.
9. WINKELMANN J, PRAGER M, LIEB R, PFISTER H, SPIEGEL B, WITTCHEN HU ET AL. "Anxietas Tibiarum": depression and anxiety disorders in patients with Restless legs syndrome. *J Neurol* 2005; 252: 67-71.
10. WINKELMANN J, CHERTOW G, LAZARUS J. Restless Legs syndrome in end-stage renal disease. *AM J Kidney Dis* 1996; 28: 372-8.
11. PERSI G, AYARZA A, ETCHEVERRY JL. Restless legs syndrome (RLS): A community-based study from Argentina. *Mov Disord* 2007; 22 (Suppl16): S268.
12. NICHOLS D, ALLEN R, GRAUKE J, BROWN J, RICE M, HYDE P ET AL. Restless Legs symptoms in primary care: a prevalence study. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2323-9.