

Trastornos del movimiento asociados al sueño

Dra. Cecilia Orellana

Médica especialista en Neurología
Especialista en Medicina del Sueño
Servicio de Neurología Hospital Maciel
Montevideo, Uruguay



Resumen. Los trastornos del movimiento asociados al sueño son patologías frecuentes en la clínica médica. El síndrome de piernas inquietas, movimientos periódicos nocturnos de extremidades, calambres y bruxismo son las más prevalentes.

El diagnóstico oportuno de estas patologías permite que sean tratadas adecuadamente, mejorando la estructura del sueño, la vigilia diurna y la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: trastornos de movimientos en el sueño, síndrome de las piernas inquietas, PLM.

Key words: movement disorders in sleep, restless legs syndrome, PLM.

Medicina del sueño

La Medicina del Sueño comprende:

- el diagnóstico de las patologías del dormir,
- la repercusión de las mismas durante la vigilia y
- el encare terapéutico apropiado.

Esta especialidad ha sido casi desconocida hasta mediados del siglo XX, teniendo un desarrollo exponencial desde entonces.

Actualmente se reconocen 65 diferentes patologías y 9 variantes normales de acuerdo a la **Clasificación Internacional de Desórdenes del Sueño ICSD⁽¹⁾**.

Trastornos del movimiento

Los **Trastornos del Movimiento asociados al Sueño** son motivos de consulta frecuentes en la clínica.

Se expresan como **movimientos simples, repetitivos y estereotipados de las extremidades**, características que los diferencian de las conductas motoras complejas asociadas a otras patologías hípnicas como las parasomnias o las crisis epilépticas.

Pueden presentarse antes del inicio o durante el período de sueño provocando insomnio, despertares nocturnos prolongados, somnolencia excesiva y/o fatiga diurna. En este artículo se expondrán las características de las dos patologías más habituales: la Enfermedad de Willis-Ekbom (**Síndrome de las piernas inquietas**) y el Síndrome de Movimientos Periódicos de las extremidades inferiores durante el sueño.

E-mail: draorellana.sleep@gmail.com

Abstract. Movement disorders associated with sleep are frequent pathologies in the medical clinic. Restless legs syndrome, periodic nocturnal limb movements, cramps and bruxism are the most prevalent.

The timely diagnosis of these pathologies allows them to be treated properly, improving sleep structure, daytime wakefulness and the patient's quality of life.

Síndrome de las piernas inquietas

La enfermedad de Willis-Ekbom se presenta como un síndrome sensitivo-motor que ocurre en vigilia, caracterizado por una urgencia incontrolable de mover las piernas, que frecuentemente (*aunque no siempre*) es precedida por parestesias. Estas son referidas como hormigueos, quemadura, corriente eléctrica, o muchas veces no se encuentran descripciones apropiadas y se explican como sensaciones desagradables.

Los síntomas presentan un ritmo circadiano dado por su predominio en la noche antes de dormir.

Los afectados experimentan sensación de alivio al mover las extremidades, por lo cual prolongan la latencia del sueño moviéndose o caminando antes de lograr descansar y durante los despertares nocturnos, dificultando volverse a dormir.

La severidad y frecuencia de presentación fluctúan con el correr del tiempo y algunos pacientes pasan períodos prolongados con síntomas poco intensos o sin ellos.

Los criterios diagnósticos actualizados⁽²⁾ se explicitan en la Tabla 1; existen criterios de soporte y síntomas asociados que complementan la clínica (*ver tabla 2*).

Etiopatogenia

La enfermedad de Willis - Ekbom puede ser primaria o secundaria a otras etiologías como insuficiencia renal, déficit férrico, anemia, embarazo, fármacos (*neurolépticos o antidepresivos*).

En estudios internacionales la prevalencia oscila entre 5 a 10% de la población⁽²⁾. Presenta un fenotipo tem-

Tabla 1 - Criterios diagnósticos de Enf. de Willis - Ekbom (IRLSSG, 2014)

- Urgencia incontrolable para mover las piernas o brazos acompañada o no de parestesias.
- El reposo induce o agrava la presentación de síntomas.
- El movimiento al caminar o estirarse mejora los síntomas. La actividad mental intensa también puede mejorarlos.
- Ritmo circadiano. Los síntomas se agravan en la noche y son mínimos o inexistentes durante el día.
- Descartar otras patologías que puedan provocar los síntomas o imitarlos.

prano en menores de 60 años ligado a polimorfismos genéticos y un fenotipo tardío más severo en mayores de esa edad. Predomina en relación 2:1 en mujeres respecto a hombres, expresándose también en niños.

En la compleja etiopatogenia de la enfermedad se destacan:

- alteraciones genéticas que implican la presencia de alelos de riesgo en cinco loci: MEIS1, BTBD9, PTPRD, MAP2k/SKOR1, TOX3/ BC034767 y en una región intergénica en el cromosoma 2,
- déficit de transporte de hierro circunscripto a los ganglios basales (*sustancia nigra, núcleo rojo y tálamo*), provocando hipoxia y desmielinización de vías somatosensitivas rápidas,
- regulación disminuida (*down regulation*) de receptores D2 dopaminérgicos sin neurodegeneración ni disminución de la dopamina y
- aumento de la excitabilidad cortical⁽³⁾.

Es importante descartar diagnósticos diferenciales como acatisia, polineuropatías, calambres, fibromialgia, patología vascular arterial o venosa, estereotipias voluntarias, mioclonias y otros.

Esta enfermedad se asocia frecuentemente a migrañas. Además se ha comprobado que los movimientos se vinculan a cambios disautonómicos que han sido implicados como factor de riesgo cardiovascular⁽³⁾.

Paraclínica

Los estudios complementarios se solicitan para descartar causas secundarias de la enfermedad: estudio del metabolismo férrico (*sideremia, ferritinemia, saturación de transferrina*), hemograma, creatininemia, glicemia, dosificación de vitamina B12.

Si el cuadro clínico sugiere descartar patología neurológica, se completa la valoración con estudio de neuroconducción eléctrica de miembros.

La polisomnografía se indica para la valoración de parámetros del sueño (*arquitectura, eficiencia, evaluar posibles trastornos respiratorios comórbidos*) y para la determinación del índice de movimientos periódicos de miembros en la noche (*número de movimientos por hora de sueño*).

Tabla 2 - Criterios clínicos de soporte diagnóstico de enf. de Willis Ekbom (IRLSSG, 2014)

- 1 Antecedentes familiares presentes
- 2 Respuesta positiva a los agonistas dopaminérgicos
- 3 Presencia de movimientos de extremidades frecuentes en la Polisomnografía

Criterios clínicos asociados

- 1 Curso clínico progresivo y crónico
- 2 Insomnio o trastornos del sueño en la primera mitad de la noche
- 3 Examen neurológico normal

Tratamiento

El abordaje terapéutico favorece mantener una conducta expectante en aquellos casos en que los síntomas son esporádicos, de baja intensidad o que no provocan alteraciones del inicio o la continuación del sueño.

En casos de presentación frecuente, severa o que altera el dormir, se inicia tratamiento farmacológico con agonistas dopaminérgicos en dosis bajas como **pramipexol** 0,25 mg a 0,375 mg LP en dosis única en la noche. En caso de falta de eficacia, se desaconseja aumentar las dosis ya que incrementan los efectos adversos sin mejorar los síntomas.

Otra opción terapéutica son los agonistas alfa-2- delta: **pregabalina** 150 mg, **gabapentina** 400 mg o gabapentina enacarbil (*no comercializado en Uruguay*).

De segunda elección se sugiere el uso de opiáceos como **tramadol** en dosis de 50 – 100 mg para casos refractarios, severos o desarrollo de tolerancia.

Dado el bajo índice terapéutico de los opiáceos, su uso debe ser cuidadoso y restringido a casos seleccionados. También se han utilizado carbamazepina o dipiridamol⁽³⁾.

Si la enfermedad es secundaria a otras etiologías, las mismas deben corregirse además de iniciar tratamiento sintomático.

Destacamos la utilización de hierro en los siguientes casos:

- **preparados por vía oral** (*sulfato ferroso con Vitamina C*): si la ferritinemia es menor de 75 µg/lit (con *ferritinemias mayores la absorción intestinal es muy limitada y carece de efectos clínicos*). Presentan el inconveniente de la mala tolerancia digestiva.
- **preparados parenterales**: de primera elección es el hierro carboximaltosa en infusión si la ferritinemia es menor de 300 µg/l o la saturación de transferrina es menor de 45%. Los efectos clínicos beneficiosos pueden tardar 4 a 6 semanas en experimentarse⁽⁴⁾.

El tratamiento no farmacológico complementa el encare terapéutico.

Se sugieren baños calientes y masajes en las extremidades, además de movimientos suaves de flexo-extensión del pie algunas horas antes de dormir. Se aconseja evitar el alcohol, el tabaco y la cafeína.

Recientemente la FDA ha aprobado dispositivos externos que a través de la presión o la vibración pueden mejorar los síntomas.

Movimientos periódicos de extremidades durante el sueño

Los movimientos periódicos de extremidades durante el sueño (PLM) son *episodios periódicos de movimientos repetitivos y estereotipados que ocurren durante el sueño*.

Son más frecuentes en miembros inferiores, y se describen como una extensión del primer dedo del pie asociado a flexión del tobillo, rodilla y eventualmente cadera. Los movimientos suelen asociarse con modificaciones disautónomas y breves despertares de los cuales el paciente no es consciente, pero que al repetirse en la noche fragmentan y deterioran la calidad del sueño. Ocasionalmente pueden estar afectados los miembros superiores⁽¹⁾.

Se configura el Síndrome de Movimientos Periódicos de Extremidades cuando se asocian *insomnio de conciliación, de mantenimiento o sueño no reparador y/o somnolencia diurna excesiva*, en ausencia de otros diagnósticos que expliquen las alteraciones del sueño y la vigilia.

La polisomnografía con registro de EMG de superficie del músculo tibial anterior muestra contracciones repetitivas que duran entre 0,5 y 10 segundos, afectando uno o ambos miembros inferiores, no necesariamente de forma simétrica.

Se presentan con mayor frecuencia al inicio del sueño, en etapas No REM N1 y N2, disminuyendo en frecuencia en N3 y ausentes en REM. El reporte polisomnográfico informa el índice de PLM. Se considera patológico cuando excede 15 movimientos por hora en adultos y 5 movimientos por hora en niños⁽¹⁾.

Destacamos que los PLM se asocian frecuentemente a otras patologías como *la enfermedad de Willis-Ekbom, narcolepsia, parasomnias, mielopatías, enfermedad de Parkinson, insuficiencia renal crónica, síndrome de stress postraumático y síndrome de Asperger*.

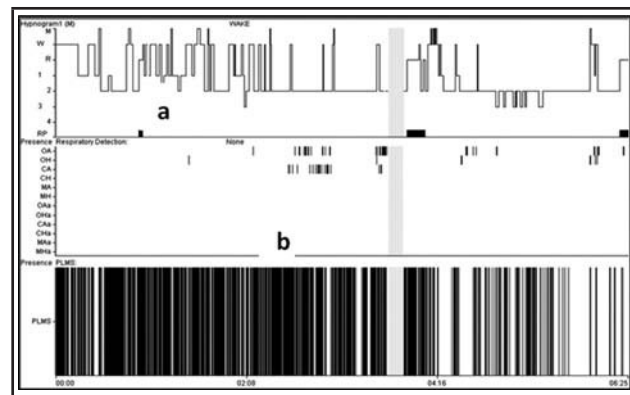


Figura 2 Hipnograma mostrando fragmentación del sueño mayor al inicio de la noche (a) y gráfico de PLM severo (b) durante el sueño

En estos casos el diagnóstico nosológico es el de la enfermedad primaria.

Ocasionalmente se registran PLM en población asintomática, por lo cual el diagnóstico debe asociar los datos de la Polisomnografía con el cuadro clínico del paciente. La terapéutica se asocia al tratamiento de la enfermedad primaria. En caso de llegarse al diagnóstico de síndrome de PLM, se recomiendan los agonistas alfa-2-delta y una mejora de los hábitos previos al sueño (*higiene de sueño*).

Otros trastornos del movimiento asociados al sueño

La clasificación ICSD⁽¹⁾ incluye en este grupo otros trastornos frecuentes como los calambres asociados al sueño, el bruxismo, el trastorno rítmico del movimiento (*jactatio capitis nocturna o body rocking*), mioclonias benignas de sueño en la infancia, mioclonias del adormecimiento y los trastornos del movimiento asociados a patologías médicas, neurológicas, medicaciones o abuso de sustancias.

En suma, los trastornos de movimiento asociados al sueño son patologías frecuentes que si son reconocidas y tratadas adecuadamente, mejoran la estructura del sueño, la vigilia diurna y la calidad de vida del paciente, disminuyendo además factores de riesgo vascular.

Recibido: 20/09/19
Aprobado: 21/10/19

Bibliografía

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3^o ed. Darien, IL, 2014; 281-335
2. Allen RP, Picchiatti DL, Garcia-Borreguero D, et al. Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria—history, rationale, description, and significance. *Sleep Med* 2014;15(8):860-73.
3. *Sleep Medicine Clinics*. September 2015 ;Volume 10: Number 3
4. Allen R et al - Evidence based and consensus clinical practice guidelines for the iron treatment of restless leg syndrome / Willis Ekbom disease, in adults and children - *Sleep Med* 41 (2018) 27 -44

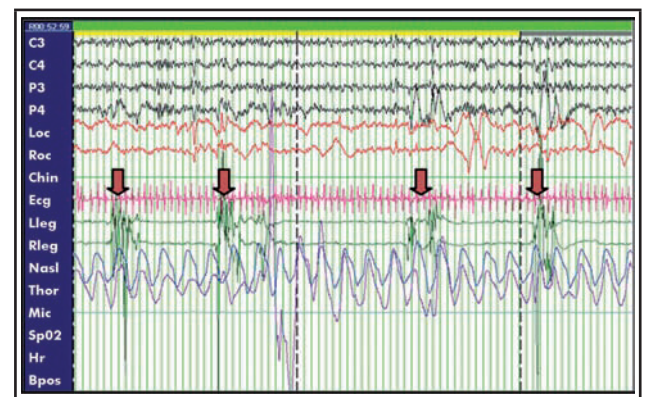


Figura 1 Registro polisomnográfico que muestra PLM repetidos (flechas)

PODÉS PASAR DE LEER UN TITULAR A LEER UNA NOTA.
PODÉS PASAR DE LEER NOTAS A COMPRENDER LO QUE OCURRE.
PODÉS PASAR DE INFORMARTE A FORMAR TU OPINIÓN.

VOS ELEGÍS HASTA DÓNDE LLEGAR.



Member PRO

Acceso ilimitado a todas las noticias.
Newsletters exclusivas.
Experiencias Member.
Financial Times newsletter semanal.

US\$ 4^{95*} / mes

*A partir del 4to. mes US\$ 9⁹⁰ / mes

Suscribite a EL OBSERVADOR