

Revisão Aberta: Síndrome das Pernas Inquietas: Revisão e Atualização

Open Review: Restless Legs Syndrome: Review and Up date

Maria José Vilela de Varela¹

1. Psicóloga, Setor de Neuro-Sono da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

Este é um assunto relevante¹. Por se tratar de uma enfermidade pouco conhecida, a Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) deve ser divulgada para a área da saúde e também para a população em geral. O desconhecimento da doença e a dificuldade do diagnóstico são fatores que causam sofrimento a pacientes e familiares.

Síntese.

A pesquisa pretende fazer uma revisão e atualização referentes à Síndrome das Pernas Inquietas, ressaltando o pouco conhecimento da doença pela população e por médicos, resultando em um tardio diagnóstico ou mesmo por um erro no mesmo. Os autores apontam que estudos genéticos têm sido desenvolvidos para uma melhor compreensão da fisiopatologia da SPI. Incluem na pesquisa os métodos diagnósticos mais utilizados, assim como opções de tratamentos dentro da melhor evidência científica.

Título

O título sintetiza o que foi efetivamente estudado.

Resumo

Apesar de os autores citarem a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e os distúrbios do sono² como unitermos, os mesmos não foram referidos no resumo. Sugerimos que o façam pela importância destes temas no contexto da SPI.

Ressaltamos, no entanto, que estes assuntos são encontrados no corpo do texto.

Introdução

No início da Introdução, os autores definem a SPI e a caracterizam: "A Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) é uma desordem neurológica, sensorio-motora, caracterizada por sensação de desconforto nas pernas, normalmente associada com uma necessidade irresistível de movimentar as pernas, principalmente próximo da hora de dormir ou em repouso". Não podemos deixar de mencionar que algumas vezes a sensação de desconforto se estende para os braços ou outras partes do corpo, conforme artigo já mencionado na pesquisa, referência 65.

Entretanto, observamos que deixam de fazer referência ao prejuízo no sono (insônia) causado pela enfermidade. Prosseguem com um breve e suficiente histórico da síndrome.

Além disso, dão realce à descrição feita pelos pacientes das sensações com palavras e expressões empregadas e que são comuns na fala deles. A respeito disso, podemos acrescentar que este tema tem sido estudado por nós, desde 2005, e o que aparece em nossos estudos, através desta linguagem específica, é o sofrimento dos pacientes portadores da SPI. Alguns de nossos trabalhos foram divulgados no *Journal Sleep da APSS*³.

Com relação à questão do sofrimento, destacamos também o sofrimento social vivido pelos pacientes por se tratar de uma enfermidade crônica, pela augmentation (quando se vê diante do fato de ter que parar uns tempos com a medicação) e pela insônia que afeta a qualidade de vida e as relações.

Os autores passam a discutir os seguintes tópicos:

EPIDEMIOLOGIA E QUADRO CLÍNICO. Os autores apontam a prevalência, sendo maior em mulheres, agravando-se com a idade e há referência à SPI infantil. Ao fazer menção ao diagnóstico tardio, podemos ressaltar que muitos pacientes tiveram que conviver com este sofrimento por décadas, muito antes dos critérios de diagnóstico e de gravidade internacionais terem sido estabelecidos.

Ao afirmar que "deve ser entendido que a SPI não é causada por fatores psiquiátricos ou por estresse, mas podem contribuir ou mesmo exacerbar os sintomas da SPI", concordamos que o estresse acentua os sintomas da SPI. Para complementar esta informação, citamos duas pesquisas que acrescentam dados importantes sobre estresse e fatores psiquiátricos.

A primeira pesquisa⁴ estuda a SPI e os cinco fatores da personalidade. Assim, os autores observam as características da personalidade "as potential mediators of the association between Restless Legs Syndrome (RLS) and psychiatric disorders", embora cheguem à conclusão que "neuroticism may mediate part of the relationship between RLS and depression or panic, but the mechanisms of these associations need further exploration".

A segunda pesquisa⁵, feita com ratos, traz interessantes achados que também podem ser observados em pacientes com a SPI. Este estudo conclui que "the repeated psychological stress exposures change iron distribution in rats, and up-regulate IL 6 – hepcidin axis, which is the main pathway for understanding iron metabolism disturbances such as hypoferrremia and increased hepatic iron storage, etc."

Quanto às comorbidades citadas e também observadas em pacientes, observamos que, na maioria dos casos, provocam a confusão dos sintomas e, juntando à

maratona de consultas, inauguram o sofrimento citado anteriormente num grau bem elevado.

Em relação à afirmação “sonolência diurna”, encontrada também na literatura como característica adicional para o diagnóstico da SPI, o que percebemos é que pacientes com SPI raramente dormem durante o dia, exceto aqueles que habitualmente cochilam após o almoço, já havendo estudos abordando este curioso aspecto: “RLS is rarely associated with daytime sleepiness even in the face of both severe insomnia at night and few RLS symptoms in the daytime, an observation consistent with an overactive hypocretin system maintaining a high level of alertness throughout the day⁶.”

Finalizando este tópico, ainda em relação ao sofrimento dos pacientes, acreditamos que os “fatores como desconforto, distúrbios do sono e fadiga” causam, sim, um grande impacto na qualidade de vida dessas pessoas.

DIAGNÓSTICO. Apesar da ajuda de alguns instrumentos, acreditamos ser importante ressaltar que o diagnóstico da SPI continua sendo clínico e deve ser feito por um médico, preferencialmente especialista em sono. Em relação à gravidade e diagnóstico, é importante destacar o trabalho de adaptação e validação desenvolvido por Masuko, conforme sua referência 34.

FISIOPATOLOGIA. Os autores afirmam não haver ainda certeza neste campo, porém apresentam achados importantes que vêm contribuindo para esclarecer o que diz respeito a esta síndrome como: a dopamina e os componentes genéticos principalmente. Ou seja, referem-se a “uma associação familiar que varia entre 40 e 60%, através de uma herança provavelmente autossômica dominante, de penetrância variável”. Assim, consideramos relevante também este aspecto em nossa prática, onde realmente o que se observa são famílias inteiras em que há portadores da SPI. Enfim, o estudo genético traz benefício para o entendimento desta enfermidade; os autores apontam, inclusive, vários estudos que têm contribuído para esta compreensão, referência 57 a 63.

TRATAMENTO. Neste quesito, os autores fazem uma descrição das possíveis formas de tratar a SPI. Acreditamos que o tratamento será eficaz dependendo de um diagnóstico bem feito, com a gravidade determinada, daí a importância da escala de gravidade da SPI. A melhor opção é observar o paciente em sua individualidade para que ele possa aderir ao tratamento⁷. O artigo aponta os medicamentos como primeira opção de tratamento, dando destaque aos:

1. agentes farmacológicos primários;
2. agentes farmacológicos secundários.

Os autores, porém, ressaltam que, além dos efeitos colaterais prováveis, a questão da dosagem deve ser acompanhada por um médico especialista e experiente para evitar ou minimizar o fenômeno do aumento (augmentation “which consists of an abnormally severe pat-

tern of RLS”), quando o sintoma se estende para os braços e outras partes do corpo, efeito comum em pacientes com a sintomatologia grave da SPI, cujo sofrimento, neste caso, fica indescritível, conforme artigo mencionado na pesquisa, referência 38.

Os autores relatam outros tratamentos: acupuntura, MTC e atividade física que também vem ganhando importância por trazer benefícios para os pacientes portadores de SPI.

O teste de imobilização sugerido, como foi observado, é de grande sofrimento para o paciente; por outro lado, fazer a imobilização forçada, acreditamos ferir a ética como afirmaram os autores, pois o diagnóstico pode ser feito pelo médico na entrevista clínica e, quando necessário, confirmado em outra consulta, com outro profissional treinado no diagnóstico de SPI.

Os exames laboratoriais têm sido utilizados como excelentes coadjuvantes.

Considerações finais

Devido aos já comprovados efeitos colaterais ou mesmo intolerância a alguns medicamentos pelos pacientes, principalmente atentando ao fenômeno do aumento (augmentation) que causam sofrimento ao enfermo, sugerimos que se faça referência a um trabalho interdisciplinar com profissionais da área da saúde⁸, contribuindo para a melhora dos sintomas e compreensão integral do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Silva Filho RC, Conti CF, Oliveira MM, Valbuza JS, Prado GF. Síndrome das Pernas Inquietas: Revisão e Atualização. Rev Neurocienc 2009; 17:263-9.
2. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. Westchester: AASM. 2005, 401p.
3. Varela MJV. Psychosocial Features of Restless Legs Syndrome (RLS) in Brazilian Patients. Sleep 2007; 30:834.
4. Kalaydjian A, Bienvenu OJ, Hening WA, Allen RP, Eaton WW, Lee HB. Restless Legs Syndrome and the five-factor model of personality: Results from a community sample. Sleep Med 2009;10:672-5.
5. Min JC, Wanyin W, Lei W, Long M, Hui S, Min L. Psychological stress induces hypoferremia through the IL-6–hepcidin axis in rats. Biochem Biophys Res Comm 2008; 373: 90-3.
6. Allen RP, Mignot E, Ripley B, Nishino S, Earley CJ. Increased CSF hypocretin-1 (orexin-A) in restless legs syndrome. Neurology 2002;59:639-41.
7. Happe S, Vennemann M, Evers S, Berger K. Treatment wish of individuals with known and unknown restless legs syndrome in the community. J Neurol 2008;255:1365-71.
8. Varela MJV. RLS: Interdisciplinary Approach. Sleep 2008;31:848.