

ACATISIA ASOCIADA A SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS TRAS TRATAMIENTO CON ISRS Y MANTENIDO TRAS LA RETIRADA DEL TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO (Ref 18358553)

Susana Herrera Caballero (FEA psiquiatría) Maria Nieves Garcia Recio (MIR psiquiatría) Rocio Torrecilla Olavarrieta (MIR psiquiatría). Servicio Andaluz de Salud

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años, diagnosticada hace dos, de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (CIE 10,F41.2). En tratamiento con ISRS y benzodiacepinas, presenta una evolución tórpida, que al añadir antipsicóticos (APS) atípicos a dosis bajas como coadyuvante, presenta un empeoramiento de la clínica basal y desarrolla un síndrome de piernas inquietas (fuerte irreversible urgencia en mover las piernas que inicialmente aparecía sobre todo por la noche, pero conforme avanzó el desorden comenzo a sucederse también en vigilia). Tras la reevaluación del caso y estudio somático en profundidad, se objetiva una anemia ferropénica leve como único hallazgo orgánico y se advierte que gran parte de los síntomas considerados como ansiosos, están producidos por una acatisia (experiencia subjetiva de desasosiego interno, disforia, incapacidad para mantenerse centrado, necesidad irresistible de moverse y empeoramiento del malestar cuando intenta quedarse quieto junto con insomnio global), por lo que se retiran ISRS y APS. A pesar de esta retirada y del inicio del tratamiento con betabloqueantes, anticolinérgicos, benzodiacepinas anticonvulsivantes y sulfato ferroso, tanto la acatisia como el síndrome de piernas inquietas permanecen resistentes al tratamiento

METODOLOGÍA

Reporte de caso clínico tras seguimiento de 12 semanas

OBJETIVOS

Reflexionar sobre la similitud entre acatisia y síntomas de la esfera ansiosa, y la repercusión sobre la evolución del cuadro clínico en función de un buen diagnóstico

Plantear el uso de agonistas dopaminérgicos en el tratamiento de la acatisia y el sd de piernas inquietas resistente a tratamiento

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuellar, NG. The Psychopharmacological Management of RLS in Psychiatric Conditions. A Review of the Literature. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. July/August 2012 vol. 18 no. 4 214-225
2. Erichsen D, Ferri R, Gonzal D. Ropinirole in restless legs syndrome and periodic limb movement disorder. *Ther Clin Risk Manag*. 2010; 6: 173-182. Published online 2010 April 15.
3. Trenkwalder C, Hogl B, Winkelmann J. Recent advances in the diagnosis, genetics and treatment of restless legs syndrome. *J Neurol*. 2009;256:539-553.
4. Patrick LR. Restless legs syndrome: pathophysiology and the role of iron and folate. *Altern Med Rev*. 2007;12:101-12

RESULTADOS

Según recientes estudios clínicos los agonistas del receptor dopamina no derivados ergotamínicos como el Ropirinol, han demostrado una mejoría significativa en la severidad del síndrome de piernas inquietas. Dado que la hipótesis fisiopatológica de ambos trastornos gira en torno a la dopamina, decidimos instaurar tratamiento Ropirinol a 0.25 mg/8h, subiendo progresivamente hasta 1mg día, desapareciendo completamente tanto los síntomas producidos por el síndrome de piernas inquietas como por la acatisia, y encontrándose la paciente tras tres meses de seguimiento completamente asintomática.

CONCLUSIONES

La acatisia es un síndrome de inquietud motora generalmente asociado con anti psicóticos, aunque también puede ser producida por ISRS. Se estima una prevalencia entre los consumidores psicofármacos en torno al 10 y el 20%. Su fisiopatología es bastante desconocida y se relaciona con la hipótesis del antagonismo dopaminérgico en las vías mesolímbicas y mesocorticales. La acatisia puede ser difícil de distinguir de la agitación psicótica o de la ansiedad.

El síndrome de piernas inquietas es un desorden sensitivo motor primario frecuente pero aún sub diagnosticado, reportándose los últimos años una prevalencia entre el 5 y 15%. Se desconoce su fisiopatología, aunque probablemente sea el resultado de una compleja interacción entre diferentes mecanismos: la herencia, el sistema dopamina se y el hierro sérico.

A pesar de la alta incidencia y morbilidad, ambos trastornos continúan siendo escasamente reconocidos y por tanto parcialmente tratados, aunque se dispone de estrategias terapéuticas muy efectivas. Se debe sospechar en todos los grupos de edad, no vincularlo exclusivamente al uso de APS y considerar su manejo en todo aquel paciente donde su calidad de vida y su rendimiento diario se vea afectada.