

“Síndrome das pernas inquietas”

Thiago de Almeida

Outro dia, uma paciente chegou para a sua consulta relatando os seguintes sintomas: “uma sensação desconfortável nas pernas com uma clara necessidade de movimentá-las, sensação esta que, por vezes lhe causava dores, formigamento, pressão, câimbras, arrepios, ou mesmo, repuxamentos; estes sintomas pioravam consideravelmente à noite, em situações de repouso e o alívio somente vinha com o movimento”. Ao término de sua locução a paciente relacionava tais manifestações a sua aparente timidez.

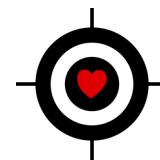
Gostaria de fazer um esclarecimento prévio a respeito do que é a timidez para posteriormente elucidar a patologia desta paciente. Costuma-se identificar como timidez o desconforto e as inibições que ocorrem na presença de outras pessoas. Suas expressões mais óbvias são o silêncio, o retraimento, o rubor, a tartamudez e a ansiedade. É bastante comum confundir a timidez com algumas situações como, por exemplo, a introversão, mas as pessoas introvertidas não são necessariamente tímidas. Elas possuem as habilidades conversacionais e, geralmente, a auto-estima necessárias para terem êxito na interação com outras pessoas, mas simplesmente optam por ficar sozinhas.

No caso desta paciente, um dos agravantes do seu quadro, o que a levou a procurar pela psicoterapia foi a pressão de seu cônjuge que já se sentia incomodado por ser o destinatário para o qual a paciente involuntariamente encaminhava seus pontapés e panázios involuntários. E esse quadro se repetiu por vários dias seguidos perturbando o próprio sono da paciente e, em razão da noite maldormida, ela acordava cansada, irritada e sonolenta. Dessa forma, podemos inferir que este quadro pode comprometer a qualidade de vida dos portadores e de seus parceiros.

Bem, o diagnóstico da paciente é simples, e não é propriamente uma psicopatologia. Trata-se da chamada Síndrome das Pernas Inquietas (no inglês conhecida como RLS - Restless Legs Syndrome). Segundo Montplaisir et al (1997) ela é uma irresistível necessidade de movimentar os membros inferiores, acompanhada de sensações de arrastamento das pernas. Estes sintomas causam grande dificuldade para as pessoas acometidas por essa síndrome, já que esses movimentos de perna causam despertares, resultando assim na redução no período de sono.

Embora tenha sido identificada há quase quatro séculos por Willis (1685, citado por Teive, Quadros, Barros, & Werneck, 2002), a síndrome é ainda desconhecida por muitos médicos. A síndrome das pernas inquietas foi descrita pela primeira vez pelo neurologista sueco Karl-Axel Ekbom em 1945 (Ekbom, 1945; 1960).

A síndrome das pernas inquietas pode se manifestar em qualquer fase da vida, todavia, geralmente ocorre com maior frequência em adultos e nos idosos e em determinadas famílias com predisposição genética para o problema. Segundo as estimativas, calcula-se que 5% da população possam desenvolver



esta síndrome (Danek, Trenkwalder & Logigian, 1996; Montplaisir et al, 1997; O'Keefe, 1996).

O corpo de conhecimento sobre esta desordem se expandiu rapidamente durante a última década e alterou nosso quadro de conceitos sobre tal desordem (Allen & Earley, 2001). Por exemplo, antes se considerava que esta doença somente acometesse os membros inferiores, atualmente, sabe-se que pode atingir também braços ou mesmo o próprio corpo. Outras descobertas recentes revelam que Embora os sintomas apareçam geralmente à noite, contudo, nos casos avançados, podem manifestar-se também durante o dia.

Um dos recursos utilizados para averiguar o diagnóstico desta síndrome é a polissonografia, exame que realiza um levantamento do que acontece durante o sono, como atividade cerebral, movimentos oculares e contrações musculares. Dessa forma, este exame ainda pode fazer um registro de o exame indica o número de movimentos RLS e o período em que eles ocorrem. Este mapeamento é importante porque permitirá ao médico responsável pelo caso, em geral, um psiquiatra ou mesmo um neurologista, a definir o tipo e a dosagem de medicamento a serem encaminhados aos seus portadores.

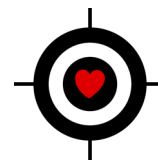
O tratamento da síndrome das pernas inquietas apresenta diversas controvérsias devido ao desconhecimento de suas causas. Alguns dos medicamentos mais utilizados na lida com a mesma são a carbamazepina, também útil, em outros distúrbios neurológicos como a epilepsia e a carbidopa-levodopa, um medicamento utilizado no tratamento da doença de Parkinson. Há alguns medicamentos que podem agravar ainda o quadro. Para que nenhuma situação desagradável ocorra como consequência disso, o correto mesmo é procurar um médico responsável sempre que houver dúvidas. O principal recurso que as pessoas empregam no combate desta síndrome é a atividade física em sua grande variedade de nuances possíveis.

Portanto, reiterando o começo da nossa discussão, faz se necessário não confundirmos esse distúrbio com alguns movimentos rítmicos e repetitivos que aparecem, em situações específicas, por exemplo, quando a pessoa está distraída, ou ainda, muito tensa, como numa situação de timidez ou mesmo de apaixonamento, onde a pessoa sente suas pernas trêmulas. Há ainda, aqueles que balançam as pernas enquanto lêem, escrevem ou ainda, vêem televisão, mas isso não se relaciona de maneira alguma com a síndrome das pernas inquietas. Estes podem ser interpretados enquanto cacoetes que desaparecem tão logo a pessoa se dá conta do que está fazendo, ou ainda, restritos a uma situação específica e não patológica.

Aconselho que as pessoas que tenham identificado ao longo deste breve artigo sintomas parecidos procurem um neurologista, ou mesmo, um psiquiatra a fim de iniciarem serem diagnosticados e iniciarem um tratamento. Existe também um excelente grupo situado na UNIFESP que realiza estudos relacionados a distúrbios envolvendo o sono e sua privação. Deixo o telefone aos interessados. (11) 2108-7633.

Mais informações também podem ser obtidas no site:

<http://www.sindromedaspernasinquietas.com.br/>



Referências

- Allen, R. P., Earley, C. J. (2001). Restless Legs Syndrome: A Review of Clinical and Pathophysiologic Features. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 18(2), 128-147.
- Danek, A., Trenkwalder, C., Logigian, E.L. (1996). Restless legs syndrome. In *Neurological disorders, course and treatment*. Brandt T., Caplan, L.R., Dichgans, J., Diener, H.C., Kennard, C. (Eds.) San Diego: Academic Press, pp. 819-823.
- Earley, C. J. (2003). Restless Legs Syndrome. *Clinical practice*, 21, (348), 2103-2109.
- Ekbohm, K. A. (1945). Restless legs syndrome. *Acta Neurologica Scandinavica*, 158 (4), 1-123.
- Ekbohm, K. A. (1960). Restless legs syndrome. *Neurology*, 10, 868-73.
- Montplaisir J., et al. (1997). Clinical, polysomnographic, and genetic characteristics of restless legs syndrome: a study of 133 patients diagnosed with new standart criteria. *Movement Disorders*, 12, 61-65.
- O'Keefe, S.T. (1996). Restless legs syndrome: a review. *Archives of Internal Medicine*, 156, 243-248.
- Teive, H. A. G., Quadros, A., Barros F. C., & Werneck, L. C. (2002). Síndrome das Pernas Inquietas com herança autossômica dominante piorada pelo uso de mirtazapina. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 60(4), 1025-1029.

Artigo veiculado em: http://www.brasilmedicina.com/noticias/pgnoticias_det.asp?Codigo=1406