

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS E ESQUIZOFRENIA

RESTLESS LEGS SYNDROME AND SCHIZOPHRENIA

A síndrome das pernas inquietas (SPI) é um transtorno de movimento ligado a alterações do sono. Caracteriza-se pelo ímpeto de movimentar as pernas, associado a desagradáveis disestesias – desconforto, arrepio, choque, coceira, comichão, fisgada, formigamento, pinicar, picada, dor (50% dos afetados descrevem a sensação como dor), aflição, angústia, ansiedade, desespero, tensão – nas pernas. Esses sintomas iniciam ou aumentam nos períodos de repouso ou inatividade, por exemplo, estando sentado ou deitado, vendo TV, dirigindo por longas distâncias, fazendo voos longos, assistindo palestras. Há piora ao entardecer.

Rápido alívio pode ser obtido com atividade motora, por exemplo, caminhando ou movimentando as pernas, porém o alívio é temporário. A sintomatologia segue um padrão circadiano: a piora dos sintomas tem início no final do dia e atinge seu máximo após a meia-noite, com os picos da temperatura corporal e da melatonina salivar. São comuns queixas de dificuldade para iniciar o sono. Os pacientes também se queixam de que os sintomas os despertam repetidas vezes durante a noite. Surpreende o número de pacientes que não se queixam de fadiga e sonolência diurnas, o que talvez se deva a uma elevação da hipocretina no cérebro.

A SPI pode ser primária e persistente ou secundária e temporária (por exemplo, durante a gravidez ou durante o uso de um antidepressivo). Os principais diagnósticos diferenciais psiquiátricos da SPI incluem: a) acatisia induzida por neuroléptico/antidepressivo ou pela retirada de droga dopaminérgica; b) depressão com sintomas somáticos; c) ansiedade/agitação; d) transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Na acatisia, há inquietude interna generalizada e impossibilidade de permanecer parado, havendo grande vontade de mover-se. A acatisia pode prejudicar o sono significativamente. Na SPI, a movimentação gera alívio dos sintomas, diferentemente da acatisia. Ademais, na SPI, há padrão circadiano de agravamento sintomatológico (piora ao entardecer), o que também a distingue da acatisia. Finalmente, trata-se a acatisia com anticolinérgicos (biperideno), antagonistas β -adrenérgicos (propranolol) e benzodiazepínicos (clonazepam).

De 80 a 90% dos pacientes com SPI apresentam movimentos periódicos das pernas à noite, na forma de episódios de movimentos repetitivos dos membros inferiores durante o sono NREM (*non-rapid eye movement*). O transtorno de movimentos periódicos das pernas (TMPP) se relaciona a ativações autonômicas/corticais/despertares, gerando queixas de sono irrequieto e não restaurador. Tanto a SPI quanto o TMPP respondem a tratamento com agonistas dopaminérgicos, e sua fisiopatologia possivelmente reflete deficiências dopaminérgicas.

Medicamentos neurolépticos causam SPI e TMPP na esquizofrenia, possivelmente em razão do bloqueio do receptor dopaminérgico D_2 . Como o diagnóstico da SPI é obtido em entrevista clínica e não depende de polissonografia, é relativamente fácil estimar sua prevalência na esquizofrenia. Nos pacientes esquizofrênicos tratados com neurolépticos, sua prevalência é mais que o dobro daquela observada em controles normais¹. Já o diagnóstico do TMPP exige a polissonografia noturna, e, assim, é mais difícil estudar sua prevalência na esquizofrenia, estimada em 14% nos casos tratados com neurolépticos de primeira geração². A SPI e o TMPP também são encontrados nos casos de esquizofrenia tratados com neurolépticos de segunda geração, inclusive a clozapina³. Além do acometimento dos membros inferiores, em quase metade dos casos de SPI também surgirá acometimento dos membros superiores, conforme observado por Konstantakopoulos et al.⁴ na esquizofrenia tratada com olanzapina.

O tratamento de SPI/TMPP habitualmente se vale de agonistas dopaminérgicos diretos – comumente ropinirole e pramipexole. No paciente esquizofrênico em uso de neuroléptico, contudo, esses tratamentos não são a primeira escolha, sendo preferível: a) reduzir a dose do neuroléptico; b) trocar o medicamento por outro neuroléptico; c) adicionar clonazepam; d) reduzir o uso de cafeína; e) pesquisar deficiência de ferro (fator de risco para a SPI) e, se necessário, prescrever sua reposição.

Correspondência:

Almir Tavares
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, sala 267
30130-100 - Belo Horizonte, MG
Tel.: (31) 3409.9785
E-mail: almirtav.bh@gmail.com

Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.

Referências

1. Kang SG, Lee HJ, Jung SW, Cho SN, Han C, Kim YK, et al. Characteristics and clinical correlates of restless legs syndrome in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007;31:1078-83.
2. Ancoli-Israel S, Martin J, Jones DW, Caligiuri M, Patterson T, Harris MJ, et al. Sleep disordered breathing and periodic limb movements in sleep in older patients with schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1999;45:1426-32.
3. Duggal HS, Mendhekar DN. Clozapine-associated restless legs syndrome. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27:89-90.
4. Konstantakopoulos G, Oulis P, Michalopoulou PG, Papadimitriou GN. Olanzapine-induced "restless arms syndrome". *J Clin Psychopharmacol*. 2009;29:89-90.