



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/2606 - EPILEPSIA: ¿PENSAMOS EN LOS FÁRMACOS COMO CAUSA?

E. Morales Hernández^a, I. Álvarez Reyes^a, A. Vives Argilagos^b e Y. Rando Matos^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Florida Norte. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^bMédico de Familia. ABS Florida Norte. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 27 años. Solicitó ayuda para abstinencia enólica en abril 2018 aparte de incapacidad temporal debido a ánimo depresivo por enfermedad terminal de su padre, problemas de adaptación en su trabajo y relación sentimental afectada por el consumo enólico. Es fumador de cigarrillos y de cannabis a diario y de 8 UBE/día además de intoxicaciones enólicas puntuales en el contexto de ansiedad y sociabilidad. No alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes patológicos de interés. Se inició pauta de deshabitación al no presentar criterios de abstinencia para realizar una desintoxicación. Se pautó naltrexona 50 mg/d, diazepam 5 mg puntual si precisaba, se realizó entrevista motivacional para la abstinencia enólica. En las visitas de control presentó recaída y persistía con ánimo decaído por lo que se añadió bupropion 150 mg/d tras consultar con servicio de drogodependencias. En la evolución se aumentó bupropion a 300 mg/d por persistencia del consumo puntual y ánimo deprimido. A los 15 días sufrió convulsión tónico-clónica generalizada presenciada por su pareja y con recidiva en el servicio de urgencias, se dio de alta con levetiracetam 500 mg/12h. Ha realizado un control por neurólogo de zona y está pendiente de RMN.

Exploración y pruebas complementarias: Tóxicos en orina cannabis positivo, resto (BZD, anfetaminas, cocaína, metadona, opiáceos) negativo, analítica, ECG, Rx tórax, TC craneal y EEG normales.

Orientación diagnóstica: Crisis epiléptica por bupropion.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de epilepsia, tóxicos (alcoholismo).

Comentario final: La ausencia de antecedentes epilépticos personales o familiares, la normalidad de las pruebas complementarias, la ausencia de ingesta enólica en el momento de la crisis y la estrecha relación temporal entre el aumento de dosis de bupropion y la crisis epiléptica sugieren un vínculo entre estos dos últimos procesos. Aunque la convulsión es un efecto adverso raro del bupropion (0,1%), esta es dosis dependiente (0,4% con 300 mg/d) y aumenta si hay consumo concomitante de alcohol. La forma más común de convulsión es la tónico-clónica y ante su aparición debe interrumpirse el tratamiento que es lo que se hizo en el caso de este paciente.

Bibliografía

1. Steinert T, Froscher W. Epileptic Seizures Under Antidepressive Drug Treatment: Systematic

Review. Pharmacopsychiatry. 2018;51(4):121-35.

Palabras clave: Bupropion. Epilepsia. Efectos adversos.