Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):17

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2922 - Menú a la carta: ¿Depresión o Epilepsia?

L. Alli Alonso[a], J.L. Cepeda Blanco[b], M.P. Carlos González[c], N. Santos Méndez[d], M.J. Labrador Hernández[e], V. Acosta Ramón[c], V.E. Choquehuanca Núñez[f], E.A. Lino Montenegro[g], M. El Sayed Soheim[h] y A. Aldama Martín[i]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. [b]Médico de Familia; [i]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. [d]Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. [g]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. [h]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 43 años con síndrome depresivo no severo reactivo a fallecimiento de su padre y mala adaptación al estrés. Acude a consulta con deseo de comenzar tratamiento antidepresivo. No presenta antecedentes médico-quirúrgicos. Se le pauta venlafaxina hidrocloruro 75 mg y mianserina 30 mg. Un mes después acude a Urgencias por episodio de pérdida de conciencia con movimientos tónico-clónicos generalizados de 1-2 minutos de duración, seguidos de hipertonía y vómito. No relajación de esfínteres ni mordedura de lengua. La paciente presenta amnesia global del episodio. Niega consumo de alcohol u otras drogas. No antecedentes familiares de epilepsia.

Exploración y pruebas complementarias: Bradipsiquia. Amnesia del episodio y de días previos, pero capaz de recordar su nombre y el de familiares. Nomina y repite bien. Entiende y obedece órdenes sencillas. Pupilas isocóricas normoreactivas. Pares craneales normales. Campimetría por confrontación normal. Fuerza y sensibilidad conservadas. No dismetrías ni ataxia. Auscultación cardiopulmonar normal. Analítica de rutina con calcio, magnesio y CPK sin hallazgos. Rx tórax y orina normal. Se deja en observación y 6 h después se recupera de la amnesia, dándole de alta. Dos días después vuelve a Urgencias por cuadro similar. Ante la normalidad de las pruebas se solicita TAC: normal. EEG: paroxismos irritativos generalizados frecuentes sobre una actividad de fondo normal. Se inicia tratamiento con fenitoína 100 mg c/8h. Dos semanas después acude de nuevo a urgencias por tercer episodio convulsivo.

Juicio clínico: Epilepsia.

Diagnóstico diferencial: Accidente isquémico transitorio, síncopes, pseudocrisis psicógenas.

Comentario final: Dada la normalidad de las pruebas realizadas y la repetición de las crisis, se decide investigar otras causas. Tras rechazar la posibilidad de trastorno conversivo se revisa su medicación. Tanto la literatura sobre venlafaxina como la de mianserina, describen un incremento del riesgo de aparición de crisis epilépticas con su uso. Son fármacos que disminuyen el umbral

convulsivo y se deben suspender si éstas ocurren. Así, recomendamos a la paciente pauta descendente de estos antidepresivos hasta suspensión completa, terapia conductual, y cambiamos fenitoína por lamotrigina. Un año después la paciente no ha repetido crisis epilépticas y mantiene buena estabilidad emocional.

Bibliografía

1. Martínez-Pérez B, González-Goizueta E, Mauri-Llerda JA. Depresión y epilepsia. Rev Neurol. 2002;35:580-6.

Palabras clave: *Antidepresivos. Epilepsia.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.