

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

E. Morales Hernández<sup>a</sup>, I. Álvarez Reyes<sup>a</sup>, A. Vives Argilagos<sup>b</sup> e Y. Rando Matos<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Florida Norte. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>b</sup>Médico 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 deshabituación 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

- Steinert T, Froscher W. Epileptic Seizures Under Antidepressive Drug Treatment: Systematic Review. *Psychopharmacology*. 2018;51(4):121-35.

**Palabras clave:** Bupropion. Epilepsia. Efectos adversos.