



CARTAS CIENTÍFICAS

Ataxia secundaria a valproato. Importancia de la elección del tratamiento antiepiléptico en el anciano**Ataxia secondary to valproate. The importance of the choice of anti-epileptic treatment in the elderly***Sr. Editor:*

La epilepsia en el anciano presenta una serie de características específicas que incrementan la complejidad de su manejo terapéutico y condicionan mayor número de interacciones farmacológicas y de reacciones adversas a los fármacos anti-epilépticos (FAE) a dosis "habituales"¹.

Actualmente, existe controversia entre la utilización de FAE "clásicos" o "nuevos". Algunos autores consideran que la elevada frecuencia de utilización de los "clásicos" se debe a la experiencia clínica acumulada, al desconocimiento de sus efectos adversos o, sobre todo, a que el coste económico es menor². Otros consideran que, si bien los "nuevos" son más caros, también proporcionan un mejor coste-efectividad por día adicional libre de crisis y años de vida ajustados por calidad de vida³.

Con este caso planteamos algunos interrogantes respecto a la utilización de unos u otros.

Mujer de 79 años con antecedentes de pericarditis, prótesis de cadera, fractura de hombro, osteoporosis, delirium secundario a infección del tracto urinario (ITU), hipoacusia y enfermedad de Alzheimer. Tratada con trifusal, omeprazol, memantina, carbonato cálcico y colecalciferol. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Barthel 95/100) y deterioro cognoscitivo moderado (MMSE 17/30).

De forma súbita presentó una crisis comicial tonicoclónica generalizada. Tratada con microenema de diazepam fue trasladada al hospital de referencia, donde se realizó analítica (normal) y TAC craneal (lesiones hipodensas en la sustancia blanca periventricular). Diagnosticada de "crisis epiléptica generalizada secundaria a patología vasculocerebral" es dada de alta con tratamiento farmacológico con valproato (800 mg/día, bajando posteriormente a 600 mg/día).

Tras 15 días, presentaba deterioro funcional con dependencia para asearse, vestirse y deambular, necesidad de ayuda para bipedestación, ampliación de la base de sustentación y marcha en flexión a paso corto y arrastrando los pies; no presentaba temblor ni rigidez de miembros.

Sospechando ataxia de la marcha secundaria al valproato, se cambió por gabapentina (1.200 mg/día), mejorando el cuadro, pasando a ser independiente para la deambulación y recuperando su situación funcional de base.

Antes de decidir con qué tipo de FAE se debe iniciar el tratamiento de la epilepsia en el anciano es preciso tener presente que:

1. Debe intentarse la monoterapia, introduciendo el FAE de forma progresiva y reduciendo la dosis total en un 20%⁴.
2. Es recomendable iniciar el tratamiento tras la primera crisis, pues el anciano presenta una recurrencia de crisis del 70–90%⁵.
3. Al no existir estudios sobre la recurrencia tras la retirada del FAE, el tratamiento será muy prolongado en el tiempo⁶.
4. La mayoría de los FAE han demostrado una eficacia similar. Por tanto, la elección dependerá de su perfil farmacocinético, sus efectos secundarios y su posible impacto sobre la situación funcional y mental⁵. En este sentido, los "nuevos" FAE ofrecen ciertas ventajas: presentan menos interacciones farmacológicas y efectos secundarios, no es necesario monitorizar niveles plasmáticos y tienen una eficacia similar a los "clásicos"⁷.
5. Los consensos de expertos consideran FAE de primera línea en el anciano la lamotrigina, la gabapentina, la pregabalina, la oxcarbacepina y el levetiracetam, y destacan que la gabapentina es interesante en la "epilepsia vascular"⁸.
6. Actualmente son escasas las evidencias científicas. Si bien el valproato es de primera elección en el anciano con crisis generalizadas idiopáticas (grado de evidencia C), existen otras evidencias que deben tenerse en cuenta⁹:
 - a) La lamotrigina es igual de eficaz que la carbamacepina en el control de las crisis focales en el anciano y muestra mejor tolerabilidad (grado Ia).
 - b) La lamotrigina es de primera elección en el tratamiento del anciano con epilepsia parcial (grado A).
 - c) La gabapentina, la oxcarbacepina y el valproato podrían ser de segunda elección (grado C).

En el caso que nos ocupa, ante la sospecha de crisis generalizada, se inició tratamiento con valproato. Sin embargo, también podría haberse considerado que en el anciano las crisis parciales son las más frecuentes (60%) y que la mayoría de las crisis convulsivas generalizadas tienen un origen focal¹⁰ y, consecuentemente, haber seleccionado otro FAE.

El valproato causó un deterioro funcional que se habría evitado si se hubiera realizado una valoración funcional y una evaluación de la situación de fragilidad. Además, debía haberse previsto que la utilización de un "nuevo" FEA contribuiría a disminuir el riesgo de dependencia como reacción adversa medicamentosa.

En definitiva, cuando se inicia un tratamiento antiepiléptico en el anciano la decisión debe sustentarse en una valoración geriátrica exhaustiva, para poder seleccionar un fármaco acorde con la situación de salud del paciente, independientemente del coste de éste.

Nuestra responsabilidad es la de realizar un manejo racional de los fármacos y seleccionar aquellos con mejor ratio coste-beneficio. Cumplir con esta premisa no nos puede llevar a caer en un "ageísmo terapéutico".

Bibliografía

1. Debe intentarse la monoterapia, introduciendo el FAE de forma progresiva y reduciendo la dosis total en un 20%⁴.

1. Arroyo S. Tratamiento de la epilepsia en enfermedades médicas, ancianos y gestantes. Rev Neurol. 1999;28:916–24.

2. French JA, Kanner AM, Bautista J, Abou-Khalil B, Browne T, Harden C, et al. Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs I: Treatment of new onset epilepsy. *Neurology*. 2004;62:1252-60.
3. Díaz S, Argumosa A, Horga JF, Vera M, Dukes E, Rejas J. Análisis coste-efectividad del tratamiento de la epilepsia parcial refractaria: un modelo de simulación de pregabalina y levetiracetam. *Rev Neurol*. 2007;45:460-7.
4. Stephen LJ, Brodie MJ. Epilepsy in elderly people. *Lancet*. 2000;355: 1441-1446.
5. Bergey GK. Initial treatment of epilepsy: Special issues in treating elderly. *Neurology*. 2004;63:S40-8.
6. Lackner TE. Strategies for optimizing antiepileptic drug therapy in elderly people. *Pharmacotherapy*. 2002;22:329-64.
7. LaRoche SM, Helmers SL. The new antiepileptic drugs. *JAMA*. 2004;291: 605-14.
8. Poza JJ. Epilepsia en ancianos. *Rev Neurol*. 2006;42:42-6.
9. Lepik IE, Birnbaum A. Epilepsy in the elderly. *Semin Neurol*. 2002;22: 309-320.
10. López Trigo J, Guerrero A, Mercedé J. Orientación diagnóstica de las crisis epilépticas en el anciano. En: Rufo M, De la Peña P, Elices E, editores. *Guía Oficial para el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia 2004*, 2 ed. Barcelona: Prous science; 2004. p. 117-25.

José Gutiérrez Rodríguez

Director Médico, OVIDA Centro Intergeneracional, Oviedo, España
Correo electrónico: jose.gutierrez@ovida.es

doi:10.1016/j.regg.2009.06.015

Sarcoma de Kaposi: causa inusual de edema persistente en una paciente anciana

Kaposi's sarcoma: An unusual cause of persistent edema in an elderly woman

Sr. Editor:

Se presenta el caso de una anciana de 83 años con edema indoloro asociado a placa hiperpigmentada y lesiones papulares aisladas en la pantorrilla derecha de 1 mes de evolución (fig. 1). Sus antecedentes incluían diabetes de 10 años de evolución, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular y convulsiones, fractura de la cadera osteoporótica e insuficiencia cardíaca, con un estado funcional basal de dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), debilidad muscular, dolor articular y 29/30 puntos en el Mini-Mental State Examination (MMSE) del estado mental. Su tratamiento de base incluía valproato, fenitoína, clopidogrel, irbesartan, glibenclamida y fluoxetina. En el examen físico no había datos de insuficiencia arterial o trombosis venosa.

La exploración ultrasonográfica evidenció insuficiencia venosa profunda con proceso inflamatorio subcutáneo, sin datos sugestivos de trombosis, por lo que se prescribió antibioticoterapia y diurético. Sin embargo, en la cita control existieron más lesiones papulonodulares violáceas en toda la pierna derecha y lesiones pequeñas en la planta del pie izquierdo, por lo que se decidió realizar una biopsia de piel, la cual documentó un sarcoma de Kaposi (SK) en estadio de placa. La serología por VIH fue negativa y por herpes, dudosa.

El caso fue valorado en conjunto con Oncología y se decidió tratamiento con radioterapia (36 Gy en 16 sesiones) en toda la pierna derecha y la planta del pie izquierdo. La respuesta fue total en el lado izquierdo y parcial en el derecho, ya que permanecieron 12 nódulos.

Discusión del caso y revisión de la literatura médica

El SK es un tumor de tipo mesenquimal que compromete los vasos sanguíneos y linfáticos. Fue descrito en 1872 por Moritz Kaposi en la Universidad de Viena, cuando publicó una serie de 5 casos que presentaban múltiples nódulos cutáneos hiperpigmentados¹. Su etiología es compleja, siendo algunas de las principales causas la acción oncogénica del virus del herpes humano 8 (VHH8), la presencia de citoquinas promotoras de crecimiento y algún grado de inmunocompromiso por parte del huésped².

Previo a la aparición del VIH/SIDA, los reportes de SK eran esporádicos y se consideraba endémico en Sudáfrica. Sin embargo,

luego de la pandemia de esta enfermedad, el número de reportes documentados se incrementó de manera exponencial, hasta ser el grupo de los pacientes seropositivos el de mayor prevalencia, incluso considerándose al SK definitorio del SIDA³.

Actualmente se reconocen 4 grupos con una alta predisposición a este tipo de tumores: 1) hombres ancianos de origen mediterráneo y de linaje judío; 2) africanos de áreas que incluyen Uganda, República del Congo, Burundi y Zambia; 3) pacientes con inmunosupresión iatrogénica, y 4) hombres homosexuales⁴. En un estudio poblacional reciente realizado en Italia, Anderson et al encontraron una relación fuerte e independiente entre el uso de corticoesteroides orales y la diabetes, con la forma clásica del SK⁵. En el caso de América Latina, las estadísticas no son uniformes, pero se reporta que la presentación clínica observada es similar a la forma clásica descrita en las comunidades africanas, con la excepción de una menor incidencia de anticuerpos para VHH8 en Argentina, Chile y Brasil. Además, se describe un nuevo subtipo de virus (VHH8 subtipo E) en los amerindios de Brasil y Ecuador, donde se considera endémico⁶.

El SK es una neoplasia multicéntrica, que se presenta de manera frecuente con lesiones múltiples vasculares cutáneas y nódulos en las mucosas. Su curso varía desde lesiones indoloras limitadas a la piel, de predominio en los miembros inferiores, hasta una enfermedad rápidamente progresiva con lesiones extensas en la piel acompañada de extensión visceral. En la literatura médica se han descrito casos en los cuales la neoplasia podría iniciar como linfedema, sin embargo, estos casos han sido



Figura 1. Características clínicas al momento del diagnóstico.