

# Déficit de atención, epilepsia y uso de derivados anfetamínicos: a propósito de un caso

Gonzalez Bardanca, S.  
Medico Psiquiatra. CHU A Coruña - Marítimo de Oza

Díaz Allegue, M.  
Médico Anestesiólogo. CHU A Coruña

Filgueiras Martínez, P.  
Médico Equipo Valoración de Minusvalías. Xunta de Galicia. A Coruña.

Cad Aten Primaria  
Año 2008  
Volume 15  
Pág. 255-256

Dos hermanos de 9 (chico) y 16 (chica) años acuden acompañados de su madre a consulta. Ésta informa que es un niño con problemas graves de comportamiento, sobre todo en ámbito escolar, con gran distraibilidad y falta de concentración para realizar los deberes escolares y gran inquietud física y dificultad para acatar normas disciplinarias. Su hermana presenta una clínica de falta de rendimiento académico grave y en una prueba de coeficiente intelectual (C I), realizado por su profesora, se sospecha Retraso Mental Leve, parece perpleja y enlentecida, responde de manera pueril. Como antecedentes personales, ambos tienen ausencias desde la primera infancia, y están a tratamiento con anticomociales (ácido valproico) pautados por un neurólogo pediátrico, teniendo la niña dosis máximas terapéuticas. Por vía materna, múltiples familiares maternos padecen Epilepsia.

## DIAGNÓSTICO

Nuestro caso clínico es el de dos hermanos con antecedentes familiares genéticos por vía materna de epilepsia y que ambos están diagnosticados de crisis de ausencia desde la infancia y a tratamiento con anticomociales. Además, el niño, cumple los criterios diagnósticos de Déficit de Atención e Hiperactividad, mientras que la niña destaca por presentar un enlentecimiento psicomotor y cierta bradipsiquia que, apoyado en el resultado de C I Bajo, nos hacen pensar en la necesidad de reducir medicación anticomocional y valorarla sin dicho tratamiento. El niño podría beneficiarse del uso de derivados anfetamínicos, pero estos sí influyen disminuyendo el umbral de convulsión.

## EXPLICACIÓN FINAL

A raíz de este caso clínico, proponemos la realización de una revisión bibliográfica actualizada sobre este tema usando las siguientes palabras clave en pubmed: epilepsy, attention deficit hyperactivity disorder, methylphenidate, and psychopharmacology treatment.

El Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad es un síndrome neurobiológico cuya prevalencia ronda el 5% de niños y adolescentes, y es altamente heredable. Existen diferentes causas o factores que influyen en su aparición y cuya detección temprana podría prevenir su debut<sup>1</sup>.

La epilepsia es uno de estos factores, y está asociado en cerca de un 20% de los pacientes con epilepsia podrían presentar características de ADHD<sup>2</sup>. En estudios epidemiológicos realizados el rango oscila entre 12-39%<sup>3</sup>.

Los tratamientos usados para este diagnóstico son con metilfenidato, derivados anfetamínicos mixtos, atomoxetina (ambos aprobados por la FDA), modafilino, guanfacina, clonidina o incluso antidepressivos<sup>3</sup>. El metilfenidato es un tratamiento que es efectivo en las 3/4 partes de los pacientes con ADHD, pero uno de sus efectos secundarios es que disminuye el umbral de convulsión, por lo que se recomienda precaución en este aspecto<sup>2</sup>.

Otro aspecto relevante es que los anticomociales pueden contribuir a presentar dificultades en la atención y niveles de actividad, incrementando la irritabilidad en muchos de estos niños, sobre todo en caso de fenobarbital y las benzodiazepinas<sup>2</sup>. Aquellos niños que padecen epilepsia con afectación centro-temporal (rolándica) presentan mayor dificultad de atención<sup>2</sup>. Además en caso de episodios de ausencias, han llegado a ser mal diagnosticados, solo como ADHD ya que debido al elevado número de convulsiones pueden presentar una atención muy pobre. Por ello, se recomienda realizar EEG cuando se diagnostica de ADHD<sup>2</sup> ya que puede haber episodios de ausencias y haber pasado desapercibidos.

No parece en los distintos estudios realizados, que el uso de metilfenidato empeore los cuadros comociales, pero se recomienda monitorizar el número de crisis después de su prescripción<sup>2,3</sup> como precaución. El metilfenidato ha demostrado eficacia en el 70% de los casos y series estudiadas y en pequeños estudios controlados y randomizados, siendo actualmente el mejor planteamiento para estos

### DIRECCIÓN DE CONTACTO

Sonia González Bardanca.  
Médico Psiquiatra del CHU A Coruña - Marítimo de Oza  
Servicio de Psiquiatría. C/ Xubias de Abajo 84, 15006.  
Email: sgonbar@canalejo.org, sophyagb@yahoo.es

pacientes, pero usándose con especial precaución en aquellos pacientes que han tenido una crisis en menos de un mes<sup>3,4,5</sup>.

El mecanismo de acción del metilfenidato explicaría la mejoría de los síntomas de ADHD sin exacerbar las convulsiones ni los efectos adversos de los anticonvulsivos<sup>5</sup>.

En caso de otros derivados anfetamínicos no hay estudios randomizados controlados; se ha demostrado un 10% de respuesta en un ensayo abierto; y en un estudio retrospectivo ha dado menos eficacia que el metilfenidato. Recomendándose en caso de pacientes con convulsiones bien controladas<sup>3</sup>.

La atomoxetina ha demostrado buena eficacia en un estudio abierto, pero no hay datos de estudios controlados y aleatorizados. Puede usarse con precaución en pacientes con crisis epilépticas bien controladas aunque hay que recordar que hay riesgo elevado de toxicidad hepática cuando se usan anticonvulsivos<sup>3</sup>.

Ni el modafilino (alto riesgo de rash cutáneo), ni la clonidina o guanfacina están aprobados por la FDA para su uso en estos pacientes. No hay datos de estudios randomizados controlados en estos casos. Se plantea su uso con precaución sólo en aquellos casos en los que no haya respondido a tratamientos previos recomendados<sup>3</sup>.

En cuanto al abordaje con antidepresivos, tampoco están indicados por la FDA y se recomienda evitarlos excepto en casos muy severos de ADHD y cuando ya el resto de abordaje psicofarmacológico ha fallado. Además hay riesgo de incremento de convulsiones por alteración del umbral de convulsión y tampoco hay datos disponibles de estudios controlados ni randomizados<sup>3</sup>.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico de ADHD requiere realizar EEG dada la elevada prevalencia de este cuadro en pacientes con Epilepsia.

El uso de Metilfenidato en pacientes con ambos diagnósticos puede ser usado con precaución, monitorizando el número de crisis tras su prescripción farmacológica demostrando eficacia en el 70 % de los casos.

- El resto de tratamientos planteados como abordaje psicofarmacológico de ADHD en pacientes con epilepsia no han sido estudiados desde el punto de vista científico con ensayos randomizados controlados.
- El uso de Atomoxetina asociado a anticonvulsivos incrementa el riesgo de toxicidad hepática por lo que es recomendable precaución en este aspecto.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Millichap JG. Etiologic classification of attention- deficit/ hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2008 Feb; 121(2):358-65
- 2.- M Tan, R Appleton. Attention deficit and hyperactivity disorder, methylphenidate, and epilepsy. *Arch Dis Child* 2005; 90: 57-59
- 3.-A. Torres, J. Whitney, J González- Hendrich et al. Attention- deficit/ hyperactivity disorder in pediatric patients with epilepsy: Review of pharmacological treatment. *Epilepsy and Behavior* 12, 2008; 217-233.
- 4.- V Gross- Tsur, O Manor, J Van der Meere et al. Epilepsy and attention déficit hyperactivity disorder: Is methylphenidate safe and effective?. *The Journal of Pediatrics* 1; 1997 Apr; 30 (4); 670-674
- 5.- Baptista-Neto L, Dodds A, Rao S et al. An expert opinion on methylphenidate treatment for attention deficit hyperactivity disorder in pediatric patients with epilepsy. *Expert Opin Investig Drugs* 2008, Jan; 17 (1): 77-84.