

## Retirada de medicación antiepiléptica

### *Withdrawal of antiepileptic drugs*

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0966>

L. Pulido Fontes, M. Pulido Fontes

#### Sr. Editor:

La epilepsia supone una de las patologías neurológicas crónicas más prevalentes, fundamentándose su tratamiento en el empleo de fármacos antiepilépticos. Cuándo comenzar con estos tratamientos esta aceptablemente consensuado; sin embargo, no existe el mismo consenso en cuanto a la retirada de los fármacos antiepilépticos. En términos generales, hasta el 70% de los pacientes epilépticos presentan una remisión completa de las crisis tras el uso de fármacos antiepilépticos<sup>1</sup>, pero no está resuelto si esta respuesta es debida a la acción de los fármacos antiepilépticos o a una verdadera remisión de la epilepsia. Por tanto, sigue existiendo mucha controversia sobre la seguridad de la retirada de los fármacos antiepilépticos, dado que se desconoce con certeza la probabilidad de que las crisis recurran. Los datos de los que disponemos para tratar de llegar a conocer este riesgo de recurrencia provienen de estudios observacionales.

De un metaanálisis<sup>2</sup> de estudios observacionales con 10.000 pacientes, se obtuvo

que las crisis recurrían hasta en un 30% de los pacientes a los que se les retiraba los fármacos antiepilépticos. Sin embargo, existen determinadas cuestiones por las que resulta importante plantearse la retirada de estos fármacos, destacando la sensación de sentirse *curado* de la epilepsia, la minimización del riesgo de efectos secundarios cognitivos-conductuales de los fármacos y los aspectos económicos.

En un metaanálisis de 10 artículos con datos de 1.769 pacientes se determinaron los factores predictores de recurrencia de las crisis. Los más importantes son: duración de la epilepsia antes de la remisión de crisis (a mayor duración, mayor riesgo), intervalo libre de crisis antes de la retirada de los fármacos (a menor intervalo, mayor riesgo), edad al inicio de la epilepsia (inicio en adultos, mayor riesgo), historia de crisis febriles, más de 10 crisis antes de la remisión, ausencia de un síndrome epiléptico bien determinado, y anomalías en el electroencefalograma previo a la retirada de los fármacos<sup>3</sup>.

Dentro de los síndromes epilépticos clásicamente considerados como muy sensi-

*An. Sist. Sanit. Navar. 2021; 44 (2): 309-310*

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

#### Correspondencia:

Laura Pulido Fontes  
Servicio de Neurología  
Complejo Hospitalario de Navarra  
C/ Irunlarrea, 3  
31008 Pamplona (Navarra)  
España  
E-mail: [laura.pulido.fontes@navarra.es](mailto:laura.pulido.fontes@navarra.es)

Recepción: 19/07/2021  
Aceptación definitiva: 27/07/2021

bles a los fármacos antiepilépticos, y con alta probabilidad de recurrencia de crisis tras su retirada, se encuentra la epilepsia mioclónica juvenil (EMJ)<sup>4</sup>. Por ello, habitualmente estos pacientes se mantienen con tratamientos crónicos.

Sin embargo, tras leer el artículo de Viloría Alebesque y col<sup>5</sup> vemos que es posible la retirada de fármacos antiepilépticos en paciente con EMJ. Es un estudio descriptivo de 20 paciente con EMJ, de los que el 60% presentaba un periodo libre de crisis de más de cinco años. En cuatro de ellos se llevó a cabo la retirada de fármacos antiepilépticos y dos pacientes se mantuvieron libres de crisis tras la retirada de medicación, aquellos que mostraban mayor tiempo libre de crisis con tratamiento antiepiléptico previo a la retirada y, en consecuencia, mayor edad media en el momento de la retirada. Por tanto, sugieren que en los pacientes con EMJ se tenga presente, previamente a la retirada de los fármacos antiepilépticos, la edad de suspensión y la existencia previa de un tiempo prolongado de libertad de crisis.

Como conclusión, el artículo de Viloría Alebesque y col<sup>5</sup> resulta interesante como punto de partida para sucesivos estudios que nos permitan identificar perfiles de pacientes con epilepsia a los que se les pueda retirar los fármacos antiepilépticos con el mínimo riesgo de recaída.

## BIBLIOGRAFÍA

1. SHORVON SD, GOODRIDGE DM. Longitudinal cohort studies of the prognosis of epilepsy: contribution of the National General Practice Study of Epilepsy and other studies. *Brain* 2013; 136: 3497-510. <https://doi.org/10.1093/brain/awt223>
2. LAMBERINK HJ, OTTE WM, GELEJNS K, BRAUN KP. Antiepileptic drug withdrawal in medically and surgically treated patients: a meta-analysis of seizure recurrence and systematic review of its predictors. *Epileptic Disord* 2015; 17: 211-228. <https://doi.org/10.1684/epd.2015.0764>
3. LAMBERINK HJ, OTTE WM, GEERTS AT, PAVLOVIC M, RAMOS-LIZANA J, MARSON AG et al. Individualised prediction model of seizure recurrence and long-term outcomes after withdrawal of antiepileptic drugs in seizure-free patients: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Lancet Neurol* 2017; 16: 523-531. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(17\)30114-x](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(17)30114-x)
4. MARTÍNEZ-JUÁREZ IE, ALONSO ME, MEDINA MT, DURÓN RM, BAILEY JN, LÓPEZ-RUIZ M et al. Juvenile myoclonic epilepsy subsyndromes: family studies and long-term follow-up. *Brain* 2006; 129: 1269-1280. <https://doi.org/10.1093/brain/awl048>
5. VILORIA ALEBESQUE A, BELLOSTA DIAGO E, SANTOS LASSAOSA S, MAURI LLERDA JA. Epilepsia mioclónica juvenil: pronóstico a largo plazo y retirada de tratamiento. *An Sist Sanit Navar* 2020; 43: 43-49. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0756>