

Acabé con las crisis y con todo lo demás

Marta Furones García*, Raquel Berzosa López*, Edgar Rivera*, Rafael Martos Martínez*, Faustino Furones Blanco**, Lucía Marcela Figueroa Ospina*, Alba Pérez Pérez*, María de la Parte Cancho*, Roi Piñeiro Pérez*

*Hospital Universitario General de Villalba

**Centro de Salud Dos de Mayo.

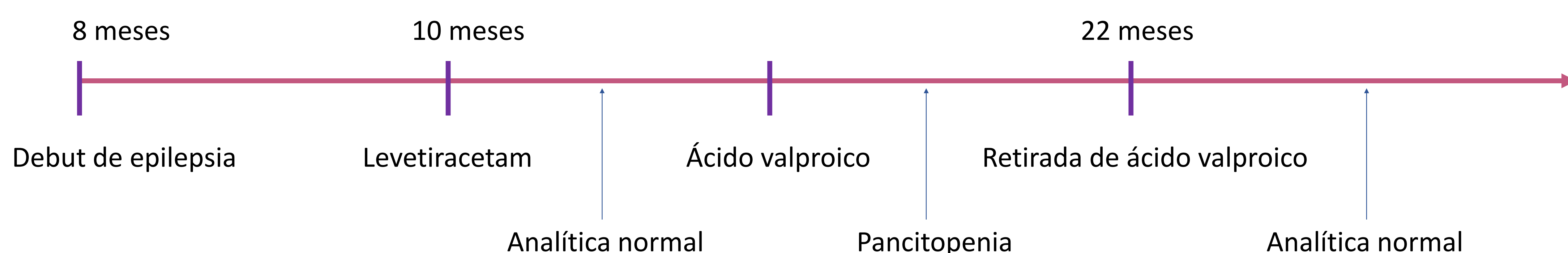
CASO CLÍNICO

Acude a las consultas de neuropediatría una niña de 22 meses en seguimiento por epilepsia y retraso global del desarrollo.

Inicia el seguimiento a los 8 meses, momento en el que debuta con una epilepsia generalizada que precisa tratamiento inicialmente con levetiracetam, tras lo que se añade ácido valproico por mal control a los 10 meses. A lo largo de los meses posteriores presenta una evolución favorable, permaneciendo libre de crisis en el último año.

Se realiza un estudio de extensión por su patología de base: RM craneal (ligera atrofia generalizada), EEG seriados (normal) analítica general inicial (normal), punción lumbar (normal) y valoración por ORL y OFT (normal).

En la analítica de control a los 22 meses se objetiva una pancitopenia (hemoglobina 10,7 mg/dl, 600 neutrófilos, 32.000 plaquetas). Se revisan las analíticas previas, objetivando valores normales en las analíticas iniciales, con un descenso progresivo de los valores de las tres series tras el inicio del ácido valproico.



Es valorada por hematología, donde realizan un estudio inmunofenotípico linfocitario normal con buena representación de las subpoblaciones, por lo que se descarta la posibilidad de que se trate de un proceso linfoproliferativo monoclonal. Se interpreta el cuadro como posible efecto secundario del ácido valproico y se retira dicha medicación, con normalización de los valores analíticos en un mes.

CONCLUSIONES

El ácido valproico es uno de los fármacos antiepilépticos más antiguos y utilizados. Aunque es de uso frecuente en población pediátrica, puede dar lugar a efectos secundarios a múltiples niveles (gastrointestinal, neurológico, piel...). Es habitual encontrar reacciones adversas a nivel hematológico, siendo la trombocitopenia el hallazgo por excelencia. Otras discrasias sanguíneas, como la anemia, leucopenia o la pancitopenia, como ocurrió en nuestro caso, son infrecuentes y poco descritas en la bibliografía. Es importante tener en cuenta la posibilidad de una pancitopenia adquirida en pacientes con epilepsia, ya que las discrasias sanguíneas secundarias a fármacos antiepilépticos son frecuentes, y valorar esta posibilidad puede evitar estudios complementarios innecesarios. En estos casos, disminuir o retirar el fármaco, como hicimos en nuestra paciente, revierte las alteraciones hematológicas.