

**8. P. Ryvlin, A. Montavont, N. Nighoghossian. Optimización de la terapia para las crisis convulsivas en pacientes con accidente cerebrovascular. *Neurology* 2006;67:S3-S9.**

El accidente cerebrovascular es la principal causa de epilepsia sintomática en el adulto y representa hasta un tercio de las crisis convulsivas diagnosticadas *de novo* entre los ancianos. Alrededor del 3-5 % de los pacientes con accidente cerebrovascular sufrirán una crisis convulsiva aislada, y el 54-66 % de ellos desarrollarán epilepsia. Hasta ahora no se han valorado específicamente el momento de instauración y el tipo óptimo de tratamiento antiepiléptico para los pacientes con crisis y epilepsia secundarias a accidente cerebrovascular. Aunque diversos estudios sugieren que las convulsiones alteran la recuperación funcional después de un accidente cerebrovascular, sigue siendo difícil determinar si la aparición o no de una segunda crisis convulsiva en un paciente con un accidente cerebrovascular no tratado podría empeorar el resultado global. Por consiguiente, es necesario individualizar la decisión de instaurar tratamiento con fármacos antiepilépticos (FAE) después de una primera o segunda crisis convulsiva secundaria a un accidente cerebrovascular, teniendo en cuenta principalmente el impacto funcional del primer episodio convulsivo y las preferencias del paciente. Una suma de factores sugieren que la mayoría de los FAE de primera generación, especialmente la fenitoína, no constituyen la elección más apropiada en los pacientes con accidente cerebrovascular debido a su impacto potencialmente nocivo sobre la recuperación funcional y la salud ósea, su perfil farmacocinético subóptimo y su interacción con anticoagulantes y salicilatos, su mayor probabilidad de mala tolerancia y la falta de evidencia de clase A sobre su uso específico en pacientes ancianos. Entre los FAE de nueva generación que no interactúan con anticoagulantes y antiagregantes ni comprometen la salud ósea, la lamotrigina y la gabapentina son los dos únicos que han demostrado ser más eficaces que la carbamazepina de liberación inmediata en pacientes ancianos, lo que aporta una evidencia de clase A para su uso en esta indicación. Además, la gabapentina sigue siendo el único fármaco que ha sido evaluado específicamente en pacientes con accidente cerebrovascular, y ha demostrado buenos porcentajes de ausencia de crisis a largo plazo. En el momento actual, la lamotrigina o la gabapentina en dosis bajas parecen ser la terapia óptima de primera línea para las crisis y la epilepsia secundarias a accidente cerebrovascular en pacientes ancianos o en pacientes más jóvenes que re-

quieran anticoagulantes. Sin embargo, la carbamazepina de liberación retardada en dosis bajas podría ser una opción razonable y más barata en pacientes con salud ósea apropiada que no necesiten anticoagulación.