

Normas Uso Racional De Los Medicamentos No POS

Medicamento: **Lamotrigina**

Mecanismo De Acción: El mecanismo celular de la acción de lamotrigina (LTG) no es comprendido totalmente; en los preparativos de cerebro de roedor, LTG bloquea repetitivamente las neuronas desactivando canales de sodio. Sin embargo, hay algunas pruebas de que LTG, a diferencia de carbamazepina y fenitoina, puede influir en neuronas que sintetizan glutamato y aspartato, ya que disminuyen estos neurotransmisores excitatorios de forma selectiva.

Prerequisitos: Haber agotado todas las posibilidades terapéuticas del plan obligatorio de salud para el tratamiento de la Epilepsia: Fenitoina, Carbamazepina, Acido valproico, Clonazepam, a dosis máximas o haber presentado efectos adversos a las combinaciones posibles.

Indicaciones: 1) Epilepsia parciales simples y compleja o generalizadas primarias refractarias. (primera elección en medicamentos de 2da línea)

Lamotrigina (LTG) es eficaz para el tratamiento de los ataques parciales en adultos y niños, también ha demostrado la eficacia en la terapia de combinada en ataques de tónica-clónicos generalizados.

Lamotrigina también puede ser usado para el tratamiento de ataques de ausencia recién diagnosticados en niños. Sin embargo, LTG no es aprobado por la FDA para este uso

Los niveles del medicamento son incrementados por una interacción notable con valproato, que impide glucuronidación, la vía metabólica principal de LTG. Los niveles son reducidos en presencia fenitoina, carbamazepina, y en menor grado oxcarbazepina.

Niveles terapéuticos de LTG no han sido definidos concluyentemente. Sin embargo, los datos de 811 pacientes que recibieron LTG como monoterapia o terapia combinada revelaron una correlación importante entre las concentraciones de suero de LTG y toxicidad clínica. Por lo tanto los estudios indican una meta inicial de 1.5 a 10 mcgs / ml para la terapia de LTG

Los efectos secundarios sistémicos de LTG incluyen rash y náusea. Un sarpullido benigno podría desarrollarse en hasta 10 por ciento de pacientes entre el primer al segundo mes inicial de la terapia y necesita suspender el medicamento. El riesgo de desarrollar un rash con peligro de muerte como síndrome de Stevens - Johnson necrosis epidérmica tóxica, o angioedema es aproximadamente de 1 en 1000 adultos; este riesgo es incrementado en niños

Los estudios randomizados doble - ciegos han comparado los regímenes de AED más nuevo versus más viejos en ancianos: Lamotrigina se comparo con carbamazepina en un estudio de 24 semanas en 150 pacientes ancianos. Los pacientes con lamotrigina tuvieron menos efectos adversos Otro estudio que comparaba lamotrigina y carbamazepina en 185 pacientes mayores de 65 años no encontró ninguna diferencia entre los grupos en la remisión de ataque, o los eventos adversos después de 40 semanas. Tres grupos de tratamiento, lamotrigina, gabapentin, fueron comparados con carbamazepina. El abandono temprano (44.2, 51, % de 64.5 respectivamente) atribuibles a los efectos adversos del medicamento .Pero no hubo una diferencia significativa en tiempo libre de convulsiones.

Estudios a corto plazo recomiendan favorecer drogas con los efectos secundarios más bajos, incluso si son menos eficaces. La liga internacional en contra de la epilepsia llegó a la conclusión de que lamotrigina, gabapentin, y carbamazepina habían demostrado la eficacia para el control de ataque en estudios de pacientes de edad.

Un estudio randomizado de drogas de Antiepilépticas que comparaba el tratamiento inicial de epilepsia. 1721 pacientes con epilepsia parcial y 716 pacientes con ataques generalizados,. Midieron el tiempo para el control de los ataques o los efectos secundarios intolerables a 12 meses. Las conclusiones principales fueron: Para pacientes tratados por la epilepsia parcial, lamotrigina y oxcarbazepina tenían el tiempo más largo de remisión comparado con carbamazepina, gabapentin, y topiramato. Lamotrigina y carbamazepina fueron relacionados con remisión más rápida. Para pacientes tratados por epilepsia generalizada, valproato y lamotrigina eran superiores a topiramato con respecto al tiempo de remisión.

Los investigadores llegaron a la conclusión de que lamotrigina debía ser considerado la droga de la primera elección para la epilepsia parcial y valproato para la epilepsia generalizada. Este estudio no explicó el potencial de efectos adversos serios con algunos AEDs (como el potencial para teratogenicidad con valproato) y la probabilidad de los efectos secundarios diferentes y el Levetiracetam no fue incluido por tanto se considera hizo falta algunos aspectos relevantes en el manejo de estos medicamentos

Bibliografía

- 1) - ILAE treatment guidelines: evidence-based analysis of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. Glauser T; Ben-Menachem E; Bourgeois B; Cnaan A; Chadwick D; Guerreiro C; Kalviainen R; Mattson R; Perucca E; Tomson T. *Epilepsia*. 2006 Jul;47(7):1094-120.
- 2) Seizures in the elderly: etiology and prognosis. Holt-Seitz A; Wirrell EC; Sundaram MB. *Can J Neurol Sci* 1999 May;26(2):110-4.
- 3) Multicentre, double-blind, randomised comparison between lamotrigine and carbamazepine in elderly patients with newly diagnosed epilepsy. The UK Lamotrigine Elderly Study Group. Brodie MJ; Overstall PW; Giorgi L. *Epilepsy Res* 1999 Oct;37(1):81-7

4) An international multicenter randomized double-blind controlled trial of lamotrigine and sustained-release carbamazepine in the treatment of newly diagnosed epilepsy in the elderly. Saetre E; Perucca E; Isojarvi J; Gjerstad L. *Epilepsia*. 2007 Jul;48(7):1292-302. Epub 2007 Jun 11