

A. Pérez-Poza, P. Pérez-Poza,
C. Fernández Milian, J.M. Civeira Murillo

An Esp Pediatr 1999;51:537-539.

Dos casos de trastorno bipolar confundidos con trastorno hiperactividad/déficit de atención

Introducción

La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad⁽¹⁾ es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad, sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años. Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en 2 situaciones, por lo menos (en la escuela, en casa ...). Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social o académica propia del nivel de desarrollo. Los sujetos afectados de este trastorno pueden no prestar suficiente atención a los detalles o cometer errores por descuido en tareas escolares o en otros trabajos. Experimentan dificultad para mantener atención hasta la finalización de las tareas. Parecen tener la mente en otro lugar procediendo a cambios frecuentes de una actividad a otra. Para establecer el diagnóstico de desatención debe tenerse en cuenta que no se deba a otras posibles razones, p.e. incapacidad para comprender las instrucciones. Suelen tener dificultades para organizar tareas y actividades y las tareas que exigen esfuerzo son experimentadas como desagradables y aversivas. A menudo extravían objetos necesarios para tareas. Suelen ser olvidadizos en lo que concierne a actividades cotidianas.

La hiperactividad puede manifestarse por estar inquieto o retorciéndose en el asiento, por un exceso de movimientos en situaciones que resulta inadecuado hacerlos, experimentando dificultad para jugar tranquilamente. Hablan excesivamente.

La impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes que las preguntas hayan sido completadas, a menudo interrumpen e interfieren actividades de otros.

La irritabilidad y los problemas comportamentales también suelen ocurrir en niños o adolescentes con un episodio maníaco.

La característica esencial del trastorno bipolar I⁽¹⁾ es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos, previamente se ha podido presentar algún episodio depresivo mayor o no. Es posible, también, la presencia de episodios mixtos o hipomaníacos (si estos últimos fueran el único tipo de episodios de exaltación del ánimo se hablaría de trastorno bipolar tipo II)

Los criterios diagnósticos⁽¹⁾ para el episodio maníaco son: un período distinto con humor anormalmente elevado, expansivo o irritable que dura por lo menos una semana, o de cualquier duración si requiere hospitalización. Además, durante el período de la alteración del humor deben estar presentes al menos tres de los siguientes síntomas: autoestima aumentada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, presión del habla, fuga de ideas o experiencia de que los pensamientos se sucedan a gran velocidad, distractibilidad, incremento de la actividad e implicación excesiva en múltiples actividades^(2,3). Los episodios maníacos atípicos se observan a veces en niños con antecedentes familiares de trastorno bipolar. Estos episodios atípicos se caracterizan por variabilidad extrema del estado de ánimo, conducta agresiva cíclica y altos niveles de distractibilidad^(2,3). Los niños con episodios hipomaníacos clásicos deben diferenciarse de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede compartir características de manía, pero su conducta permanece durante largos períodos de tiempo más que con una periodicidad cíclica. Además, en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad no suele haber antecedentes familiares de trastorno bipolar^(2,3). En general, cuando los episodios maníacos aparecen en la adolescencia se acompañan de características psicóticas a menudo haciéndose necesaria la hospitalización^(2,3).

Notas clínicas

Primer caso

Adolescente varón de 15 años, hijo único que vivía con la madre tras una separación matrimonial. En el último año ha necesitado hospitalización en unidad de agudos por un episodio maníaco caracterizado por verborrea con fuga de ideas sin sintomatología psicótica, pero con grave alteración conductual en forma de agresividad en contra de la madre que se había iniciado hace 2 semanas. Durante la hospitalización se le administró litio (niveles 0,9-1,5 mEq/l) y diazepam (10 mg/día) siendo la respuesta muy positiva. La evolución durante los últimos 9 meses

Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Hospital San Joan de Déu (Esplugas) Barcelona
Correspondencia: Alfonso Pérez-Poza. Urb. Torres San Lamberto, Edif. Burdeos, 1, 1ªA. 50011 Zaragoza.
Recibido: Enero 1999
Aceptado: Marzo 1999

ha sido de estabilidad estableciéndose el diagnóstico de trastorno bipolar y manteniéndose el tratamiento con litio (0,7-1 mEq/l) y diazepam (2,5 mg/día).

En los 7 años previos había presentado episodios de grave irritabilidad sin un carácter cíclico claro que incluso en ocasiones adquirirían carácter violento, sus explosiones implicaban ataques a otros niños, familiares y profesores, motivo por el que había acudido en varias ocasiones a servicios de urgencias. Presentaba ansiedad moderada durante todo el día y distractibilidad intensa. Había sido valorado como un trastorno por déficit de atención/hiperactividad con muy mala respuesta a terapia psicológica de modificación de conducta y sistémica a la que se había sumado tratamiento farmacológico con metilfenidato durante un período de 6 meses a los 10 años de edad que tuvo que suspenderse ante su ineficacia.

Segundo caso

Niña de 9 años que acude a la unidad de salud mental infanto-juvenil tras haber llevado un tratamiento de carácter psicoeducativo por grave dificultad en los estudios, alteraciones en el sistema de sueño en forma de insomnio inicial y medio, episodios de inquietud psicomotriz intensa. La niña tenía una historia personal de dificultad en las relaciones con los otros niños, siempre marginada en el colegio. Los padres la definen como una niña con mucha facilidad para desbordarse ante cualquier situación frustrante. Tiene un hermano de 13 años y el padre presenta un trastorno bipolar con buena respuesta al tratamiento con litio. Su madre es cariñosa y muy preocupada por ella. Las relaciones entre los padres son buenas. El pediatra la remitió con el diagnóstico de posible trastorno por déficit atencional/síndrome hiperactivo, pero posteriormente se reconsideró este diagnóstico etiquetándola de trastorno bipolar y la respuesta ha sido muy favorable con litio (nivel plasmático 0,7-1 mEq/l).

Discusión

Existe una tendencia que pervive hasta la actualidad que consistente en negar el trastorno bipolar infanto-juvenil, aunque ya en 1921 Kraepelin había apuntado que un 3% de las psicosis maníaco-depresivas del adulto tenían su inicio antes de los 15 años⁽⁴⁾.

En trabajos posteriores^(5,6) se han realizado revisiones amplias a ciegas de publicaciones de niños con alteraciones graves psiquiátricas decidiendo si cumplían criterios DSM III de manía. Se concluyó que, aproximadamente, el 50% habían sido diagnosticados incorrectamente de trastorno de conducta, niños con déficit de atención con hiperactividad o esquizofrenia. En consecuencia se demostraba que la manía en niños y adolescentes era infradiagnosticada y en nuestra opinión continúa siendo infradiagnosticada apesar de la aceptación generalizada del trastorno bipolar en el período infanto-juvenil y de la solidez de los criterios DSM IV⁽¹⁾.

En un trabajo de Wozniak⁽⁷⁾ se estudiaron 43 niños maníacos estableciéndose que el 70% de los cuadros se habían iniciado antes de los 5 años. En definitiva, es necesario aceptar que el trastorno bipolar puede iniciarse a cualquier edad.

Los niños que inician clínica de características bipolares antes de los 9 años presenta, en general, más trastornos crónicos que episódicos, más psicopatología asociada, más irritabilidad, más episodios hipomaníacos y más episodios mixtos^(8,9).

Existen semejanzas y asociaciones entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la clínica bipolar. Teniendo en cuenta que se piensa muy pocas veces en el diagnóstico de trastorno bipolar en edades tempranas, se puede entender fácilmente la posibilidad de que niños que se muestran irritables, con crisis de cólera, distractibilidad e inquietud psicomotora se estén diagnosticando de niños hiperactivos. Es cierto que ambos trastornos presentan características muy similares, en especial la dificultad de concentrar la atención y la hiperactividad motora así como los trastornos en el sueño. Puede ser, pues, muy difícil diferenciar en edades muy tempranas hiperactivos y maníacos⁽¹⁰⁾.

Se complica la situación, todavía más, teniendo en cuenta las altas tasas de comorbilidad de ambos procesos^(7,11,12). Se ha hallado una tasa significativamente más alta de bipolaridad en familias de hiperactivos⁽¹²⁾. Esto podría indicar que ambos trastornos se agregan en determinadas familias, pero en nuestra opinión hacen falta todavía más estudios para poder concluir esto.

La manía y el trastorno bipolar existen, tanto en la infancia, como en la adolescencia. Creemos que está siendo diagnosticado menos que los que le correspondería pudiendo ser que en ocasiones se confunda con el trastorno por déficit atencional con hiperactividad. Faltan más investigaciones para ver las relaciones entre ambos procesos.

En conclusión, un trastorno bipolar y un trastorno por déficit de atención con hiperactividad se caracterizan⁽¹³⁾ por una actividad excesiva, comportamiento impulsivo, empobrecimiento del juicio y negación de problemas. Es necesario, dada la diferencia pronóstica y la importancia de una correcta terapéutica temprana, diferenciar perfectamente ambos procesos teniendo en cuenta que no siempre es fácil.

El diagnóstico es a veces tan dudoso que para dilucidarlo algunos autores⁽¹⁴⁾ han propuesto en todo trastorno severo de niños que presente una periodicidad temporal la administración de litio. A pesar de la inespecificidad terapéutica del litio hay que recordar que un niño con un déficit de atención e hiperactividad suele responder a estimulantes y su casi nula mejoría con litio. En nuestra opinión puede ser una opción válida en casos con mala respuesta terapéutica y con graves trastornos conductuales. Siempre será obligado una exploración evolutiva especializada.

Bibliografía

- 1 American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
- 2 Pataki C S, Carlson G A: Affective disorders in children and adolescents. In Handbook on Studies on Child Psychiatry, B Tonge, G D Burrows, J S Werry, editors, Elsevier Amsterdam, 1990; p. 137.
- 3 Pataki C S, Carlson G A: Bipolar disorder in children and adolescents. In Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents, M Shafii, S Shafii, editors. American Psychiatric Press, Washington, 1992; p. 269.

- 4 Kraepelin E. Mixed states. En: Maniac-depressive insanity and paranoia. Edimburgo: Livingston, 1921.
- 5 Weller EB, Wellwr RA, Fristad MA. Bipolar disorder in children: misdiagnosis, underdiagnosis and future directions. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; **34**:709-714
- 6 Weller RA, Weller AB, Trucker SG et al. Mania in prepubertal children: has it been underdiagnosed? *Journal of Affective Disorders* 1986; **11**:141-154.
- 7 Wozniak J, Biederman J, Kiely K et al. Mania like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; **34**:867-876.
- 8 Carlson GA. Bipolar affective disorder in childhood and adolescence. En: Cantwell DP, Carlson GA (eds.): Affective disorders in childhood and adolescence. Nueva York: SP 1983.
- 9 Akiskal HS, Downs J, Jordan P et al. Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives: mode of onset and prospective course. *Archives of General Psychiatry* 1985; **42**:996-1003.
- 10 Toro J. Trastornos bipolares en niños y adolescentes. En Vieta E, Gastó C: Trastornos bipolares. Barcelona, 1997; pp. 496-511.
- 11 Strober M. Bipolar disorders: natural history, genetic and follow-up studies. En: Shafii M, Shafii SL (eds): Clinical guide to depression in children and adolescents. Washington: American Psychiatric Press, 1992.
- 12 Biederman J, Faraone F, Mick E et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and juveniles maia: an overlooked comorbidity? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; **35**:997-1008.
- 13 Kaplan H.I., Sadock B.J. Grebb J.A. Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Panamericana, 1996. Buenos Aires.
- 14 Ansell A.L. Lithium in the treatment of children and adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1969; **207**(supl):19-33.