

REVISTA DE PSIQUIATRÍA
 INFANTO-JUVENIL
 Número 3/2018
 Julio-Septiembre

Caso Clínico

269

P. Fernández-Sotos, E. Albaladejo Gutiérrez,
 N. Carrera Solera

Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid, España)

Trastorno bipolar infantil: A propósito de un caso

Correspondencia:
 patry333@hotmail.com

Pediatric bipolar disorder: Description of a case

RESUMEN

Introducción: Existe evidencia creciente sobre la validez del diagnóstico de trastorno bipolar infantil. Existen múltiples factores que contribuyen a que la enfermedad esté infradiagnosticada y se confunda con facilidad con otros trastornos con conductas de externalización patológica, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un niño con sospecha de trastorno bipolar infantil con el que se ha llevado a cabo un seguimiento semanal desde los 3 hasta los 5 años, con la finalidad de observar su conducta y llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial.

Conclusiones: El diagnóstico de trastorno bipolar infantil debe ser considerado en aquellos menores con síntomas graves de hiperactividad, distraibilidad, impulsividad y alteración de la conducta, especialmente en aquellos casos en los que encontremos antecedentes familiares de trastorno bipolar, fluctuaciones anímicas llamativas, episodios de agresividad graves y alteración del sueño.

Palabras clave: Trastorno bipolar infantil, Diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

Introduction: There is increasing evidence on the validity of the diagnosis of pediatric bipolar disorder. There are multiple factors that contribute to the disease

being underdiagnosed and easily confused with other disorders with pathological externalizing behaviors, such as attention deficit hyperactivity disorder.

Clinical case: The case of a child with suspected childhood bipolar disorder is exposed. He has attended intensive follow-up from 3 to 5 years, in order to observe their behavior and carry out an adequate differential diagnosis.

Conclusions: The diagnosis of pediatric bipolar disorder should be considered in children with severe symptoms of hyperactivity, distractibility, impulsivity and behavior alteration, especially in those with a family history of bipolar disorder, flashy mood fluctuations, episodes of aggressiveness severe and sleep disturbance.

Keywords: Pediatric bipolar disorder, Differential diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar es una enfermedad mental grave caracterizada por fluctuaciones patológicas del estado de ánimo (episodios de depresión, manía y mixtos) que interfiere en el funcionamiento diario de las personas que lo padecen (1).

Aunque tradicionalmente se ha considerado como un trastorno de inicio en la edad adulta, existe evidencia creciente sobre la validez del diagnóstico en población infantil (2). Un estudio reciente llevado a cabo con adultos diagnosticados de trastorno bipolar informó que en el 24% de los casos, los síntomas afectivos se iniciaron entre los 1 y los 8 años (3).

La prevalencia del trastorno bipolar infantil (TBI) en estudios epidemiológicos es comparable en diferentes países, con tasas promedio de aproximadamente 1 al 2 por ciento, aunque según señalan diferentes estudios, esta cifra podría estar sesgada por el infradiagnóstico del trastorno en edad infantil (4).

Existen diversas razones que contribuyen al infradiagnóstico de TBI. Una de ellas, es que a pesar de que los síntomas que aparecen en la población infantil son diferentes a los clásicos síntomas del trastorno bipolar del adulto (especialmente en el caso de los niños más pequeños), no existen a día de hoy criterios diagnósticos específicos para la edad pediátrica (5). De esta manera, los síntomas más observados en los episodios maníacos en niños y adolescentes son: energía elevada, distraibilidad, alta presión del habla e irritabilidad mientras que la euforia, la hipersexualidad o la fuga de ideas resultan menos prevalentes (6). Otra razón que dificulta el diagnóstico es que la enfermedad tiene un inicio insidioso y un curso más continuo, a diferencia del trastorno bipolar del adulto, en el que las descompensaciones afectivas son más claramente marcadas (7). Otras razones implicadas incluyen la dificultad que los niños y los adolescentes presentan a la hora de verbalizar sus emociones, la alta tasa de trastornos comórbidos y la mayor refractariedad al tratamiento estabilizador (8). Con frecuencia, la presentación clínica específica resulta difícil de distinguir de otros trastornos con conductas de externalización patológica, como el trastorno de conducta, el trastorno negativista desafiante y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (3).

El componente genético involucrado en la patogenia del trastorno bipolar es indiscutible. En el caso de que exista un pariente de primer grado con el trastorno, el riesgo aumenta hasta un 5-10%. De esta manera, en un niño o adolescente con síntomas afectivos más el antecedentes familiar de trastorno bipolar, debemos plantearnos como posibilidad diagnóstica un TBI (9).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un menor de 3 años que inicia seguimiento por nuestra parte con 3 años presentando como síntomas principales dificultad para mantener la atención, hiperactividad, cambios de humor bruscos, frecuentes rabietas, comportamientos en la línea

oposicionista y dificultades a la hora de relacionarse con otros niños.

Hace 6 meses, el menor fue valorado en una ocasión en un centro privado, con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA). Según se refiere en informes, el menor no parecía comprender las situaciones sociales, presentaba intereses restringidos con cuentos y números. Presentaba un discurso estereotipado, frecuentes ecolalias e hipersensibilidad a ruidos.

Los padres cuentan que lo que más les preocupa actualmente son las dificultades a la hora de relacionarse con otros niños. Lo han visto jugar en el parque y han observado que trata de incluir a otros niños en sus juegos, pero éstos son incapaces de seguir su ritmo elevado de actividad. La familia describe algunas etapas de euforia durante una semana, aunque lo más frecuente es una fluctuación anímica llamativa a lo largo del día. Las rabietas que inicialmente parecían mediadas por la rigidez mental (aparecían cuando la madre no le daba lo que quería en ese momento, cuando la madre no estaba presente durante el juego, cuando se llevaban a cabo cambios en las rutinas diarias...), en los últimos meses no parecen estar mediadas por factores externos. Los padres describen risas inmotivadas frecuentes, así como un miedo que el menor les verbalizó en una ocasión relacionado con que un personaje imaginario llamado "es posible", le tocara sus partes. Les llama la atención que a pesar de que tarde horas en quedarse dormido y se despierte en varias ocasiones por la noche, no notan al menor cansado por las mañanas. A su vez, presenta enuresis nocturna tras 6 meses de control esfinteriano y pesadillas de reciente aparición.

A nivel somático no presenta antecedentes de relevancia. A nivel familiar, tiene antecedentes de trastorno bipolar en la madre y el abuelo materno, con suicidio consumado de este último durante una fase depresiva.

Con respecto al desarrollo evolutivo, el embarazo fue controlado, sin exposición a tóxicos o infecciones. Parto a término, con fórceps. APGAR 4/9 que precisó de REA tipo II. Peso al nacer de 4000 g. Se refieren fases depresivas durante el embarazo y el puerperio. Cribado auditivo bilateral normal. Lactancia artificial. Dentición a tiempo. No se describen problemas en la alimentación. Algo distraído. Llamaba la atención un sueño muy fraccionado, se despertaba cada 2 horas durante los primeros 2 años y presentaba pesadillas frecuentes que a

día de hoy mantiene. No recuerdan bien la sonrisa social. No describen carcajadas. Descrito como un bebé poco cariñoso, no le gustaba que le cogieran en brazos o que le dieran besos. Descritas alteraciones del tono de bebé, se ponía muy rígido cuando le tomaban en brazos. Sí atendía a su nombre, fijando la mirada desde bebe. Ha compartido intereses en casa y lo hace habitualmente, aunque con tendencia a las actividades solitarias. En el cole se describen importantes dificultades de integración. Solía quedarse solo en el patio. Los hitos de psicomotricidad se describen dentro de lo normal. No se describen movimientos estereotipados. No se describe especial rigidez ni intolerancia a los cambios. Desarrollo del lenguaje inicialmente sin dificultades. Silabeo, primeras palabras. Algo más tardío en la estructura de frases, empezando alrededor de los 3 años. En ocasiones hablaba en tercera persona. Desarrollo del juego simbólico sin problemas.

Durante las entrevistas iniciales se objetiva una marcada inquietud, un discurso atropellado y reiterativo, un juego desorganizado y agresivo, alta demanda de atención, episodios de irritabilidad y en alguna ocasión, risas inmotivadas. Fija la mirada de forma adecuada, presenta un lenguaje acorde a su edad, sin objetivarse ecolalias. Imita a los padres. Muestra intereses variados. Antes de ir a la cama tiene el ritual de meter varios peluches en la cama y leerles siempre el mismo cuento. La familia ha intentado cambiar el cuento en varias ocasiones, con escasa aceptación. Presenta algunas conductas repetitivas pero que van cambiando y en los últimos meses se han reducido. Persiste la hipersensibilidad a estímulos. Presenta juego funcional y simbólico. El paciente es valorado por el programa de diagnóstico diferencial de TEA del Hospital Universitario 12 de Octubre, sin cumplir en el momento actual criterios diagnósticos.

Con la finalidad de observar la sintomatología del menor de manera directa y tratar de filiar el cuadro, se propone a los padres la incorporación del menor a terapia grupal con enfermería, quienes aceptan. Durante 2 años el menor ha estado acudiendo de manera regular una hora a la semana a la terapia grupal. En las sesiones se objetiva que el menor trata de incluir a otros niños en su juego. Se muestra acelerado y se cansa muy rápido de las actividades, por lo que las cambia con frecuencia, lo que genera el rechazo de los otros niños que parecen agobiados por su ritmo elevado de actividad. Esto le frustra y se enfada con facilidad, presentando episodios

de ira, llegando a agredir física y verbalmente a otros niños y a objetos. En algunas ocasiones se arrepiente, se echa a llorar y pide disculpas. Es muy rígido con respecto al contenido de los juegos, manifestando dificultades para tolerar las improvisaciones de otros niños. Con frecuencia verbaliza comentarios grandilocuentes acerca de sí mismo y se objetivan a su vez dificultades a la hora de comprender las emociones de otros. A nivel de estado de ánimo, se objetiva una fluctuación anímica llamativa a lo largo de la sesión con facilidad para pasar en pocos minutos de un ánimo exaltado a la irritabilidad y la tristeza.

Como sospecha diagnóstica inicial, se plantea un posible TDAH grave versus un TBI. Se inicia tratamiento con risperidona, llegando hasta 0.5 ml diarios con mejoría parcial a nivel de inquietud, calidad atencional, rigidez y sueño. El menor comienza a presentar hipersomnolencia y apatía como efectos secundarios de dicho tratamiento. Se inicia a su vez tratamiento con metilfenidato, con mala tolerancia y empeoramiento anímico, por lo que se procede a su retirada.

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial entre TDAH y TBI resulta difícil debido al solapamiento de síntomas entre ambos trastornos [13, 14]. Algunos síntomas comunes incluyen aumento de la actividad motriz, verborrea, distraibilidad, impulsividad, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño y baja capacidad de juicio [15]. Sin embargo, existen diferencias cualitativas que nos ayudan en el diagnóstico diferencial (Tabla 1).

A continuación, se describen de manera detallada los síntomas que presenta el menor del caso clínico y que apoyan la sospecha diagnóstica de TBI.

Con respecto a las conductas agresivas objetivadas en las sesiones de grupo, parecían ser intencionadas y paralelas a los picos de irritabilidad. En varias ocasiones el menor trató de agredir a otros niños porque no seguían su ritmo de juego o porque interpretaba que se estaban riendo de él. En otras ocasiones, los episodios no parecían estar mediados por ningún factor externo y la irritabilidad se acompañaba de desorganización conductual. Durante estos episodios, era frecuente que verbalizase amenazas violentas y homicidas. Inmediatamente después de agredir, el menor no parecía comprender la gravedad de lo sucedido, se mostraba escasamente empático y con frecuencia olvidaba lo sucedido al terminar la sesión.

Tabla 1: Características clínicas diferenciadoras entre TBI y TDAH [16, 17].	
TBI	TDAH
La conducta agresiva parece ser intencional y provocativa, con falta de remordimiento. A veces se describe como "el matón del patio de recreo". En ocasiones puede mostrarse sádico. El niño a menudo mentirá acerca de golpear a otros niños. Puede percibir amenazas imaginarias.	La conducta agresiva no suele ser secundaria a un enfado sino a una falta de atención.
Las rabietas son intensas y persistentes, pueden durar más de una hora.	Las rabietas son breves, menos intensas.
El menor se involucra en el comportamiento de búsqueda de riesgo debido a problemas de juicio, impulsividad y desinhibición maníaca.	Se involucra en conductas que conducen a consecuencias dañinas, pero a menudo desconoce el peligro hasta que ocurre la consecuencia.
Presenta una mayor impulsividad.	Presenta una menor impulsividad.
Puede sentirse enfadado por períodos de tiempo más largos, guarda rencor, es implacable.	Puede calmarse generalmente en 20-30 minutos, tiende a olvidarse del motivo de estar molesto.
A menudo se muestra rígido, inflexible y ansioso.	Gestiona mal el tiempo.
Puede expresar amenazas violentas y homicidas.	Suele presentar gritos de frustración e ira.
Durante los episodios de agresividad suele presentar una posición corporal regresiva. Por ejemplo, la posición fetal.	No suele presentar comportamientos regresivos.
La amnesia de arrebato y comportamiento es común.	Por lo general, no hay amnesia de los eventos.
La agresión está frecuentemente desencadenada por fijación de límites, falta de sueño, hipoglucemia, deshidratación, calor y sobreestimulación emocional.	La agresión suele estar desencadenada por la dificultad de aprendizaje o las demandas de atención dirigida.
Hiperactividad episódica, dirigida a actividades placenteras, el paciente está "muy ocupado".	Hiperactividad continua y sin objetivo.
La alta presión del habla se debe a la fuga de ideas, la imaginación vívida y la elevada emoción. Existe por lo general, una mayor dificultad para redirigir el discurso.	Se muestra hablador debido a la falta de inhibición, a veces se puede redirigir.
Fluctuación en el nivel de actividad durante todo el día. A menudo presenta baja energía en la mañana, presentando más energía en la comida, poca energía en la siesta y elevada energía en la tarde-noche.	Hiperactividad y/o falta de atención durante todo el día, con marcado empeoramiento cuando se espera una atención prolongada o un comportamiento en la tarea.
Dificultades para conciliar y mantener el sueño o frecuentes despertares durante la noche.	Generalmente descansan bien. Ritmo circadiano normal.
Disminución de la necesidad de dormir.	No disminución de la necesidad de dormir.
La perturbación del sueño incluye pesadillas o terrores nocturnos. A menudo los temas muestran la mutilación explícita del cuerpo o la sangre.	Resistencia al sueño, menos trastornos del sueño, a menos que esté relacionado con un trastorno del sueño comórbido.
Inercia del sueño, despertar lento, a menos que se encuentre en una fase maníaca. A menudo irritable en la mañana con disforia, pensamiento borroso, "telarañas" y variedades de dolencias somáticas como dolores de cabeza y de estómago.	Tiende a despertarse rápidamente y está alerta en pocos minutos.

Estado de ánimo a menudo disfórico. La irritabilidad es un síntoma prominente especialmente en la excitación matutina.	En general, no tiene un estado de ánimo disfórico como síntoma predominante. Los cambios de humor generalmente están relacionados con las demandas de aprendizaje. La irritabilidad a menudo empeora por la retirada del tratamiento psicoestimulante.
Rápidos cambios de humor, sin insight.	Menos cambios de humor, con mayor insight.
Superdotación cognitiva, a menudo verbalmente precoz y verbalmente avanzada para la edad.	Puede ser precoz pero también puede tener problemas de aprendizaje.
El autoestima fluctúa en función del estado anímico.	Problemas de autoestima relacionados con el fracaso escolar y social.
Fuerte interés y comportamiento sexual temprano.	Sin interés sexual precoz.
Puede presentarse con síntomas psicóticos.	Sin síntomas psicóticos.
A menudo exhiben grandes distorsiones en la percepción de la realidad e interpretaciones de eventos emocionales.	Sin pérdida de contacto con la realidad.
Con más frecuencia presenta ideas o comportamiento suicida.	Con menos frecuencia presenta ideas o comportamiento suicida.
Los antipsicóticos y estabilizadores del ánimo mejoran los síntomas.	Los antipsicóticos y estabilizadores del ánimo no mejoran los síntomas.
Los estimulantes pueden interrumpir el sueño o empeorar el estado de ánimo.	Los psicoestimulantes son efectivos.

Las ocasiones en las que se arrepentía, se echaba a llorar y pedía disculpas, coincidían con un episodio de bajo ánimo. Por lo general, la duración de las rabietas no excedía la media hora. Durante los episodios nunca se objetivó una posición corporal regresiva.

En relación a la hiperactividad del menor, impresionaba de ser sostenida en el tiempo, más que episódica. Parecía estar dirigida a actividades que le producían placer (en varias ocasiones el menor verbalizó no poder parar porque “tenía muchas cosas divertidas que hacer”).

A nivel de estado de ánimo, se objetivó en cada sesión rápidas fluctuaciones del humor, con facilidad para pasar en pocos minutos de la risa, al llanto incontrolable y a la irritabilidad, siendo en la mayor parte de las ocasiones una fluctuación no mediada por estresores externos.

Con respecto al sueño, los padres señalaban su asombro al observar que el menor “nunca parecía estar cansado”, a pesar de que le costaba mucho quedarse dormido y se despertaba muchas veces por la noche.

La sintomatología descrita hasta ahora, junto a las etapas de euforia referida por los padres, la rigidez mental, la verbalización de comentarios grandilocuentes acerca de sí mismo, el miedo de contenido sexual que el menor ha verbalizado, la escasa respuesta al tratamiento psicoestimulante y la eficacia parcial de risperidona a

baja dosis, apoyan el diagnóstico de TBI.

Con respecto a la posible comorbilidad de TBI con un TEA, los síntomas presentes en el menor que apoyarían este diagnóstico son: la dificultad para comprender las relaciones sociales, la limitación a la hora de reconocer estados emocionales en otros, la rigidez mental, la hipersensibilidad a ruidos y la persistencia de algunos rituales. Sin embargo, la presencia de un buen contacto ocular, de una buena expresión facial y en general de un buen uso de los gestos reguladores de la interacción social, el interés por la interacción con pares, la ausencia de estereotipias verbales o ecolalias, la mejora de las conductas repetitivas, la ausencia de intereses restringidos en la actualidad, así como la presencia de juego funcional y simbólico, alejan al menor de este diagnóstico.

CONCLUSIONES

Debemos plantearnos la sospecha de TBI ante un menor con síntomas graves de hiperactividad, distraibilidad, impulsividad y alteración de la conducta, especialmente en aquellos casos en los que encontremos antecedentes familiares de trastorno bipolar, fluctuaciones anímicas llamativas, episodios de agresividad graves y alteración del sueño.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses en relación con el material redactado en este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodgers MJ, Zylstra RG, McKay JB, Solomon AL, Choby BA. Adolescent Bipolar Disorder: a clinical vignette. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010; 12(4).
2. Geoffroy PA, Jardri R, Etain B, Thomas P, Rolland B. Le trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent : un diagnostic difficile. *Presse Med* 2014; 43 (9): 912–20.
3. Hellander M. Pediatric bipolar disorder: the parent advocacy perspective. *Biol Psychiatry* 2003; 53 (11): 935–7.
4. Van Meter AR, Moreira ALR, Youngstrom EA. Meta-Analysis of Epidemiologic Studies of Pediatric Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry* 2011; 72 (9): 1250–6.
5. Méndez I, Birmaher B. Pediatric Bipolar Disorder: Do we know how to detect it? *Actas Esp Psiquiatr* 2010. 38 (3): 170–82.
6. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D. Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11 (3): 619–37.
7. Ulloa RE, Birmaher B, Axelson D, Williamson DE, Brent DA, Ryan ND, et al. Psychosis in a pediatric mood and anxiety disorders clinic: phenomenology and correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39 (3): 337–45.
8. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet* 2013; 381 (9878): 1654–62.
9. Marangoni C, De Chiara L, Faedda GL. Bipolar Disorder and ADHD: Comorbidity and Diagnostic Distinctions. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17 (8): 67.