

**Castaño Díaz C, Aguilera Martínez MJ,
De Burgos Marín R.**

Unidad de Salud Mental Infanto- Juvenil. Hospital
Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Correspondencia:

Rafael de Burgos Marín.
USMIJ- Hospital Los Morales
Ctra. de Los Morales, s/n. 14012- Córdoba.
e-mail: rafadbm@gmail.com

*Dificultades del diagnóstico
del Trastorno Bipolar en la
infancia: a propósito de un
caso.*

*The difficulties of diagnosing
Bipolar Disorder in infancy:
a case study.*

RESUMEN

El Trastorno bipolar en la infancia es objeto de debate desde hace ya bastantes años. Su forma de presentación distinta a la forma clásica de presentación en el adulto y la ausencia de criterios diagnósticos específicos para estas edades dificulta de manera notable su diagnóstico.

Presentamos el caso de un paciente de nueve años al que diagnosticamos de “Trastorno bipolar tipo I, episodio maníaco único”. Presentaba una marcada irritabilidad, labilidad afectiva, euforia, clara inquietud psicomotriz, aumento de la tasa y tono de habla, disminución de las horas de sueño y aumento del apetito en el marco de una alta fluctuabilidad anímica con cambios súbitos de humor.

Generalmente se acepta que la irritabilidad es el síntoma más característico del Trastorno bipolar en la infancia. Sin embargo, no resulta suficiente para su diagnóstico ya que se trata de un síntoma común en otros trastornos propios de la infancia y adolescencia.

Palabras clave: Trastorno bipolar, infancia, irritabilidad.

ABSTRACT

Bipolar Disorder in infancy has been the subject of debate for a considerable number of years. The fact that

its presentation differs from the classic presentation in adulthood, together with the absence of specific diagnostic criteria for this age group, make its diagnosis significantly more difficult.

The subject of the present study is a nine year-old patient diagnosed with “Type I bipolar disorder, single manic episode”. He presented with marked irritability, labile affect, euphoria, pronounced psychomotor restlessness, rapid speech and raised tone of voice, diminished hours of sleep and an increase in appetite, within the framework of high emotional volatility characterized by sudden changes of mood.

It is generally accepted that irritability is the most characteristic symptom of Bipolar Disorder in infancy. This however is not sufficient for its diagnosis because the same symptom frequently occurs in other disorders observed in infancy and adolescence.

Key words: Bipolar disorder, infancy, irritability.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Bipolar en la infancia es objeto de controversia desde hace ya bastantes años. Los discrepancias sobre su frecuencia (sonrojan algunas diferencias epidemiológicas entre las muestras europeas y americanas), su forma de presentación, su diagnóstico e, incluso, la duda

de su existencia a estas edades, nos indican que, lejos de tener un consenso entre la comunidad científica, éste es un campo de debate abierto en la psiquiatría de la infancia y adolescencia.

Existen descripciones de casos de manía en niños aportados ya por los autores de la psiquiatría clásica (Kraepelin, Bleuler...). Anthony y Scott revisaron y propusieron en 1.960 una serie de criterios restringidos para el diagnóstico de la enfermedad maníaco-depresiva en la infancia de cuya existencia dudaban (Anthony J et al, 1960). Desde entonces se han propuesto diferentes criterios diagnósticos más o menos amplios o específicos que, de alguna manera, se aproximan o alejan de los criterios diagnósticos clásicos utilizados para el diagnóstico en adultos (Weller E et al, 2006).

Diversos estudios sugieren que el trastorno bipolar en niños y adolescentes puede estar siendo infradiagnosticado y/o diagnosticado erróneamente (Biederman et al, 1998). La forma de presentación distinta a la de la edad adulta, la ausencia de criterios diagnósticos específicos para estas edades unánimemente aceptados (DSM-IV-TR y CIE-10), la relevancia de sintomatología inespecífica (la irritabilidad) presente en otros trastornos comunes de la infancia y su elevada comorbilidad, especialmente con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), dificultan la detección de este trastorno.

En la actualidad, el trastorno bipolar supone hasta el 15% de los trastornos del humor que presentan los niños y adolescentes (Soutullo et al., 2005). Se estima que el 20-40% de los adultos con Trastorno bipolar comenzaron con síntomas afectivos en la infancia (Geller et al., 2004). Varios estudios retrospectivos demuestran que aproximadamente el 60% de los adultos con Trastorno bipolar debutaron antes de los 20 años (Pavuluri et al., 2005), entre un 10-20% antes de los 10 años y que, en Europa, el 30% debutaron en edad pediátrica (Soutullo et al., 2009). Además, los expertos señalan un aumento paulatino de la prevalencia en adolescentes debido al fenómeno de "anticipación genética" que describe un adelantamiento del primer episodio afectivo debido a factores genéticos (Carlson et al., 1988; Kessler et al., 1994).

En la actualidad se acepta que la presentación clínica de la manía en niños es diferente a la presentación en adultos. Los síntomas más prevalentes que presentan los niños y adolescentes con manía serían los siguientes: aumento del nivel de energía (76-96%), distraibilidad (71-92%), presión del habla (69-90%), irritabilidad (55-

94%), grandiosidad (67-85%), pensamiento acelerado (51-88%), disminución de la necesidad del sueño (53-86%), euforia/humor elevado (45-87%), pobre capacidad de juicio (38-89%), fuga de ideas (46-66%) e hipersexualidad (31-45%) (Kowatch et al, 2005). Además, algunos autores señalan que la enfermedad bipolar en niños y adolescentes se caracterizaría por irritabilidad, "tormentas afectivas" o rabietas intensas prolongadas en lugar de euforia y grandiosidad (Wozniak et al, 1995).

Por su parte, la depresión infantil también presenta diferencias respecto a la del adulto. En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable, pudiendo aparecer hostilidad o interacciones agresivas. La disminución de la capacidad para el placer generalmente se manifiesta como una disminución o ausencia de participación en juegos con los compañeros o en actividades escolares. Es importante valorar el fracaso en lograr los aumentos esperables de peso además de la disminución del apetito. Además, la fatiga se puede manifestar como abandono de juegos, negarse a asistir al colegio o absentismo escolar (Axelson et al, 2006).

La situación puede ser aún más compleja debido a que el Trastorno bipolar en niños y adolescentes se asocia con comorbilidad psiquiátrica hasta en el 90% de los casos (Soutullo et al, 2009). Los trastornos comórbidos más frecuentes son: TDAH (69%), Trastorno Negativista Desafiante (46%), Trastorno de Ansiedad (37%), Trastorno de Conducta (12%) y abuso de sustancias (5%) (Axelson et al, 2006). Además, la comorbilidad es mayor cuanto antes comiencen los síntomas de manía: hasta un 90% si se inician en la infancia y un 57% si se inician en la adolescencia (Soutullo et al, 2009).

CASO CLÍNICO.

Presentamos el caso de un niño, de nueve años de edad, que es el menor de tres hermanos varones y vive con sus padres en el domicilio familiar. Ambos padres reconocen tener un carácter fuerte pero no hay antecedentes familiares psicopatológicos relevantes. No existen antecedentes personales de tipo médico relevantes. No habían precisado consultas con anterioridad por ninguna alteración psicopatológica y, en este ámbito, únicamente referían ciertos síntomas de ansiedad de separación durante los primeros años de escolarización.

Iniciaron consultas cuando tenía siete años de edad. Acudían por un cuadro de inquietud y alto nivel de actividad motora que le interfería tanto en sus estudios como

en su integración escolar. Presentaba un alto nivel de actividad motora con cambios frecuentes de postura y de manos y pies cuando estaba sentado. Cambios frecuentes de actividad sin centrar su atención en ninguna de ellas. Impaciente e impulsivo con conductas de riesgo en las que no preveía las situaciones de riesgo. Tanto en su casa como en su colegio le describían como un niño distraído con dificultades en la organización y planificación de sus tareas y estudios donde le costaba mantener su atención de manera prolongada. Aunque presentaba un aceptable rendimiento académico, sus calificaciones se veían penalizadas por las alteraciones descritas. Le definían como un niño de carácter fuerte, impaciente, impulsivo y exigente. Frecuentemente desobediente, enfadado, irritable, negativista, opositor, desafiante y susceptible. Baja tolerancia a la frustración respondiendo con rabietas ante la negativa a peticiones suyas y ante la imposición de límites. Pertenecía a un club deportivo local sin dificultades en sus relaciones personales e integración. Su apetito y sueño se hallaban conservados. Su nivel intelectual se hallaba dentro de la normalidad. Fue diagnosticado de un “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad subtipo con predominio de la hiperactividad e impulsividad” y un “Trastorno negativista desafiante” junto a sintomatología propia de un “Trastorno de ansiedad de Separación” aunque sin reunir en este último caso todos sus criterios diagnósticos. Junto al asesoramiento familiar y la indicación de iniciar el tratamiento psicopedagógico adecuado, se inició tratamiento con metilfenidato de liberación osmótica (36 mgrs/día) con mejoría significativa generalizada sin efectos secundarios significativos.

Cuando contaba nueve años de edad, sin factor precipitante conocido excepto un dudoso golpe en la cabeza haciendo deporte (no hubo pérdida de conciencia ni precisó asistencia médica), refieren un cambio súbito en su comportamiento. Presentaba un comportamiento irascible con un incremento marcado de irritabilidad y labilidad afectiva. Cambiaba varias veces al día de un estado de franca apatía, desgana y tristeza a otro de ánimo disfórico con enfado, susceptibilidad e irritabilidad con un comportamiento negativista, desafiante y provocador sin motivo que lo justificara. En ocasiones manifestaba una alegría exagerada e inmotivada con locuacidad excesiva y con aumento en la tasa y tono de habla. Se mostraba eufórico cantando de manera exagerada y sin motivo. Inquietud psicomotriz. Se comportaba además

con personas poco conocidas con un descaro, desparpajo y excesiva familiaridad inadecuadas y completamente inhabituales en él. Autoestima elevada, prepotente. Sus padres le definían como “un poco chulo, como muy echado para adelante”. Presentaba dificultades para conciliar el sueño, pesadillas y disminución total de las horas de sueño. Aumento de apetito comiendo con ansiedad sin aumento de peso. Refería también miedo a estar solo y un miedo constante a que algo malo le pudiera pasar a sus padres exigiendo estar en contacto con ellos prácticamente durante todo el día. Negativa a separarse de los mismos y por este motivo a acudir al colegio. En ningún momento se apreciaron alteraciones sensorio-perceptivas o del juicio de realidad. No presentaba sintomatología neurológica focal ni alteraciones del nivel de conciencia. La analítica (hemograma y bioquímica habitual con pruebas de función tiroidea) se encontraba dentro de la normalidad. Se solicitó consulta al Servicio de Neuropediatría con exploración neurológica normal y sin hallazgos en las exploraciones complementarias efectuadas.

Fue diagnosticado según los criterios DSM IV-TR como un “Trastorno Bipolar tipo I, episodio maníaco único” con ciclación ultradiana. Se retiró el tratamiento con metilfenidato de liberación osmótica que tomaba y se inició tratamiento con valproato sódico (800 mgrs/día), lorazepam (1.5 mgrs/día) y risperidona (1.5 mgrs/día) junto al oportuno asesoramiento familiar e intervención psicológica individual. Presentó una buena respuesta lo que permitió la retirada del tratamiento con benzodiazepinas a los tres meses. En nuestro paciente, los primeros síntomas que mejoraron fueron la tristeza, la apatía, la alegría y el humor expansivo y la extrema labilidad afectiva con los cambios súbitos de humor que experimentaba. Tras la mejoría de los síntomas afectivos mejoraron los síntomas de ansiedad de separación. Persistieron durante más meses la irritabilidad y la conducta negativista desafiante disminuyendo en los meses siguientes en ese mismo orden. A pesar de observarse una mejoría casi total a los cuatro-cinco meses de iniciado el tratamiento, se mantuvo el tratamiento con risperidona durante catorce meses y con valproato durante cuatro meses más. En la actualidad lleva doce meses sin tratamiento farmacológico alguno, realiza su vida (familiar, personal, escolar,...) con total normalidad y se encuentra asintomático desde el punto de vista psicopatológico. No se observa síntoma alguno de la

esfera afectiva ni de ansiedad de separación y, aunque sigue mostrando una muy discreta inquietud, tampoco presenta síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad por los que inicialmente consultó.

DISCUSIÓN

A pesar de los numerosos estudios que lo avalan, la existencia del trastorno bipolar en niños es aún controvertida, especialmente en las formas atípicas de bipolaridad que, a falta de criterios más adecuados, frecuentemente son diagnosticadas como un “Trastorno bipolar no especificado”.

En nuestro caso nos hemos inclinado por el diagnóstico de “Trastorno Bipolar tipo I, episodio maníaco único” con ciclación ultradiana pues, a nuestro juicio, existen síntomas específicos de manía lo suficientemente diferenciados. Se trata de un episodio de manía único caracterizado sobre todo por una irritabilidad excesiva, inquietud psicomotriz, aumento del nivel de energía, euforia, aumento de la tasa y tono de habla, disminución de las horas de sueño, aumento de apetito y una alta labilidad afectiva.

El síntoma más característico del Trastorno bipolar de la infancia parece ser la irritabilidad (Gómez-Arnau et al 2.013). Este síntoma, lejos de ser específico, es común en algunos de los trastornos más frecuentes de la infancia como son el TDAH y el Trastorno negativista-desafiante.

Nuestro paciente, en el momento de la primera consulta, presentaba sintomatología compatible con un Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

(TDAH). La comorbilidad entre el Trastorno bipolar y el TDAH unida al solapamiento de síntomas entre ambos trastornos hacen del diagnóstico un reto para el clínico (Tabla 1) (Palacios et al, 2008).

En respuesta a un posible sobrediagnóstico del Trastorno bipolar en Estados Unidos y al perjuicio que el tratamiento farmacológico pudiera conllevar en niños, se anuncia con el próximo DSM-V la inclusión de una nueva categoría diagnóstica (“Trastorno de Disregulación Emocional”) (Axelson et al, 2011). Este trastorno se caracterizaría por rabietas y/o pataletas severas y recurrentes como respuesta a estresores comunes. Se manifestarían de forma verbal y/o en el comportamiento, serían desproporcionadas en intensidad o duración a la situación o provocación y serían inconsistentes con el nivel de desarrollo. Estas “rabietas” deben ser frecuentes (tres o más veces por semana), tener una duración al menos de un año y el estado de ánimo “entre rabietas” debe ser, casi todos los días, persistentemente negativo (irritable, enojado, y/o triste). El eje de esta nueva categoría diagnóstica es la irritabilidad compartida con varios trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes y muy especialmente con el Trastorno negativista-desafiante que, para algunos autores, se presenta de manera comórbida en la mitad de los casos con el Trastorno Bipolar Infantil. (Kowatch et al, 2.005).

Parecería que, con la irritabilidad como síntoma guía, pudiera observarse un cierto continuum entre el Trastorno negativista-desafiante, el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el Trastorno bipolar y el Trastorno de

(Tabla 1) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EL TRASTORO BIPOLAR INFANTIL Y EL TDAH		
	TDAH	Trastorno Bipolar
Distraibilidad	Presente	Presente
Exceso de actividad motriz	Inquietud psicomotriz sin finalidad y escasa persistencia en actividades	Aumento de la energía y de la actividad dirigida a un fin
Impulsividad	Presente	Presente
Alteración del sueño	Sueño inquieto	Disminución de la necesidad de sueño
Logorrea	Habla rápida y tendencia a interrumpir conversaciones	Fuga de ideas, pensamiento acelerado, presión del habla y verborrea
Irritabilidad	Menos intensa	Más intensa, persistente y asociada a violencia
Curso	Crónico, persistente	Episódico, fluctuante

Disregulación Emocional. Aunque la sintomatología específica de cada uno de estos trastornos orientará el diagnóstico en cada caso, no es menos cierto que éste puede ser muy difícil en aquellos casos en los que en la presentación clínica predominen los síntomas comunes de estos trastornos y no los más específicos (más aún cuando con frecuencia debemos hacer el diagnóstico de manera transversal sin la oportunidad de observar su evolución temporal). La posibilidad de la aparición en el DSM-V de una variante de la disregulación emocional (“temper dysregulation with dysphoria”) añadiría un nuevo eslabón cuya validez diagnóstica habrá que demostrar (Axelson et al, 2011).

Junto a todas estas dificultades diagnósticas señaladas, el diagnóstico de Trastorno bipolar en niños es aún más difícil que en los adultos por otras dos razones: 1) por los efectos del desarrollo en la expresión de los síntomas, y 2) por la dificultad que tienen los niños para expresar sus síntomas (por ejemplo, los niños que aún no han completado el desarrollo del lenguaje pueden expresar pensamientos negativos como quejas físicas, expresión facial triste o evitación del contacto ocular) (Axelson et al., 2006). Los niños y adolescentes (sobre todo los menores de seis años) muestran más dificultad para describir sus sentimientos y pensamientos, lo que dificulta la detección de la psicopatología. Otras veces, los síntomas de un trastorno del humor se manifiestan como “problemas inespecíficos del comportamiento”: rabietas en niños o alteraciones de la conducta en adolescentes. (Soutullo et al, 2005.).

La controversia en el diagnóstico del Trastorno bipolar en niños evidencia la necesidad de más estudios y del desarrollo de criterios diagnósticos específicos para estas edades. Llegados a este punto cabría plantearse, además, la opción de trabajar con sistemas de clasificación dimensionales que acompañen a los categoriales al uso (DSM-IV-TR y CIE-10).

BIBLIOGRAFÍA

1. Anthony J, Scott P. Manic-depressive psychosis in childhood. *Child Psychology and Psychiatry* 1960; 4: 53-72.
2. Axelson DA, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. Phenomenology of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 1139-1148.
3. Axelson DA, Birmaher B, Findling RL, Fristad MA, Kowatch RA, Youngstrom EA, et al. Concerns regarding the inclusion of temper dysregulation disorder with dysphoria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *J Clin Psychiatry* 2011; 72 (9): 1257-62.
4. Biederman J, Mick E, Bostic JQ, Prince J, Daly J, Wilens TE, Spencer T, Garcia-Jetton J, Russell R, Wozniak J, Faraone SV. The naturalistic course of pharmacologic treatment of children with manic-like symptoms: a systematic chart review. *J Clin Psychiatry* 1998b; 59: 628-637.
5. Carlson GA, Glovinsky I. The Concept of Bipolar Disorder in Children: A History of the Bipolar Controversy. *Child Adolesc Psychiatric Clin* 2009; 18: 57-271.
6. Geller B, Tillman R, Craney JL, Bolhofner K. Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 459-67.
7. Gómez-Arnau J, San Sebastián J. Controversias en relación al trastorno bipolar en edad preescolar: a propósito de un caso. *Actas Esp Psiquiatr* 2013; 41 (5): 311-3.
8. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-II-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
9. Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A, Findling RL. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord* 2005; 7: 483-496.
10. Palacios L, Romo F, Patiño LR, Leyva F, Barragán E, Becerra C, De la Peña F. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar pediátrico ¿comorbilidad o traslape clínico?: una revisión. Segunda Parte. *Salud Mental* 2008; 31 (2): 87-92.
11. Pavuluri MN, Gracyk P, Carbray J, Heidenreich J. Child and Family focused cognitive behavioral therapy for bipolar disorder. New Research Poster C6. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry Annual Meeting*, Miami Beach, FL, USA, Oct 14-19

- 2003, Scientific Proceedings page 132-133.
12. Soutullo CA, Chang KD, Díez-Suárez A, Figueroa-Quintana A, Escamilla-Canales I, Rapado-Castro M, Ortuño F. Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on Epidemiology and phenomenology. *Bipolar Disord* 2005; 7: 497-506.
 13. Soutullo C.A., Escamilla I., Wozniak J., Gamazo P., Figueroa A., Biederman J. Phenomenology of pediatric bipolar disorder in a Spanish sample: Features before and at the moment of diagnosis. *J Affect Disord* 2009; 118 (1-3): 39-47.
 14. Weller E et al: Trastornos del estado de ánimo en niños prepuberales. En Wiener JM, Dulcan MK. *Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia*. Barcelona: Masson; 2006. p. 413-437.
 15. Wozniak J, Biederman J, Kiely K, Ablon J, Faraone S, Mundy E et al. Mania-like symptoms suggestive of childhood onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995b; 34: 867-76.