

Alberto Rodríguez Quiroga¹
Antonio Pelaz Antolín²

¹MIR de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos,
Madrid

²Psiquiatra Infantil del Hospital Clínico San Carlos,
Madrid

Correspondencia:

alberto_rodriguezquiroga@yahoo.com

Hospital Clínico San Carlos.

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental.

C/ Profesor Martín Lagos S/N, 28040 Madrid

*Síndrome de disregulación
emocional. una nueva
entidad diagnóstica. A
propósito de un caso*

*Disruptive mood
dysregulation disorder: a
new disease. A case report*

RESUMEN

La disregulación emocional es un término utilizado para referirse a una respuesta emocional pobremente modulada y que no entra dentro de los rasgos convencionalmente aceptados para las mismas. El síndrome de disregulación emocional aparece como forma de encuadrar a niños con episodios de irritabilidad cuyos síntomas no encajan con el diagnóstico de trastorno bipolar. Su aparición en la infancia se relaciona con trastornos de ansiedad y con depresión unipolar en la edad adulta y se caracteriza, fundamentalmente por la presencia de rabietas o pataletas graves y recurrentes como respuesta a estresores comunes. El tratamiento de elección es la terapia cognitivo conductual, constituyendo la diana terapéutica los pensamientos repetitivos. Presentamos un caso clínico ilustrativo de dicho síndrome, en el que un paciente varón de once años tiene frecuentes episodios de rabietas. Tras instauración de tratamiento con valproato y técnicas cognitivo conductuales, presenta importante mejora del cuadro.

Palabras clave: Síndrome de disregulación emocional, trastorno bipolar, irritabilidad.

Abstract

Mood dysregulation is a term used to refer to a poorly modulated emotional response not falling within the

features conventionally accepted for them. Severe mood dysregulation appears as a way to classify children with episodes of irritability whose symptoms do not fit the diagnosis of bipolar disorder. Its appearance in childhood is associated with anxiety disorders and unipolar depression in adulthood and is characterized mainly by the presence of severe and recurrent tantrums in response to common stressors. The treatment of choice is cognitive behavioral therapy, constituting the therapeutic target repetitive thoughts. We present an illustrative case of this syndrome, in which an eleven year old male patient has frequent episodes of tantrums. After the introduction of valproate treatment and cognitive behavioral techniques, he presents significant improvement of the symptoms.

Keywords: Mood dysregulation syndrome, bipolar disorder, irritability.

Motivo de consulta

Paciente varón de once años de edad que se encuentra en seguimiento en las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil donde acudió derivado por su pediatra por TDAH.

Antecedentes personales

Nacido en Ceuta, hijo de padres nigerianos. Se desconocen datos sobre el embarazo y el parto, así como de posibles complicaciones perinatales. En la actualidad vive

con su madre adoptiva y sus tres hermanas, quienes también son adoptadas.

No presenta alergias medicamentosas conocidas, así como tampoco antecedentes médico quirúrgicos de interés. Fue estudiado en Neuropediatria, con exploraciones de resonancia encefálica normal, cariotipo normal y varios electroencefalogramas, donde sólo ocasionalmente se describían leves alteraciones inespecíficas.

En seguimiento en Psiquiatría Infantil desde noviembre de 2005, inicialmente diagnosticado de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, recibió tratamiento con metilfenidato de liberación prolongada en dosis ascendente. A dosis de 36mg presentó un cuadro de progresivo empeoramiento y aumento de la agresividad. Presentó una buena respuesta al tratamiento con risperidona 0,5mg/diarios y metilfenidato de liberación combinada 10mg/diarios. Posteriormente, tomó atomoxetina, con respuesta escasa. Continuó seguimiento en consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil en otra ciudad una vez se hubo trasladado allí con sus padres.

El paciente ha requerido dos ingresos psiquiátricos, en junio de 2009, donde fue diagnosticado al alta de trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento y de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y otro en septiembre de 2012 tras episodio de agitación psicomotriz.

La primera vez que requirió ingreso, a los ocho años, fue porque desde hacía aproximadamente tres semanas se encontraba dominante, lloraba, tenía episodios de agresividad en casa y llamadas de atención continuas que no presentaba en el ámbito escolar. Los días previos al ingreso protagonizó episodios de agitación en los que destroza su habitación, siendo precisa la intervención de los servicios de emergencia. Parecía tener problemas para salir a la calle en el pueblo donde residía, ya que algunos chicos mayores se metían con él por el color de su piel. Durante el ingreso reaccionó inicialmente con importante ansiedad de separación, expresando su temor a ser rechazado por el resto de pacientes de la unidad. Sin embargo, su conducta fue adecuada y no tuvo momentos de pérdida de control ni de agitación, adaptándose a la dinámica de la unidad e integrándose con el resto de menores. Destacaba los problemas depresivos y la situación de posible acoso que estaba sufriendo en su entorno, verbalizando que las conductas destructivas que presentaba en el hogar tenían que ver con la sensación de que no le estaban prestando la atención adecuada.

Antecedentes familiares

Se desconocen antecedentes de patología médica o psiquiátrica en la familia de origen, ya que lo dieron en adopción en Ceuta cuando el paciente contaba tan solo con cuatro meses de edad.

Situación basal

Este año ha comenzado 1º de la E.S.O. Hasta el momento ha tenido un buen rendimiento académico, no ha repetido ningún curso, aunque sus notas tampoco son brillantes. En cuanto a las relaciones con sus compañeros, está bien integrado y es querido por ellos. Dice disfrutar de las actividades deportivas.

Exploración psicopatológica

Vigil, consciente y orientado a lo y autopsíquicamente. Inatento. Aspecto cuidado y aseado. Mantiene adecuado contacto visual. Inquieto, incapaz de permanecer sentado durante un tiempo seguido. Verbaliza imposibilidad para mantenerse quieto. No agitación psicomotriz. Manierismos y movimientos bruscos de las extremidades superiores. Lenguaje hiperfluido, espontáneo, no verborreico, no fuga de ideas ni tendencia al descarrilamiento. Discurso coherente y estructurado, en ocasiones tangencial y superficial. Le cuesta respetar turnos de palabra, interrumpiendo continuamente. Irritable, pero contenible, se desprende de su discurso un tono continuo de enfado. Labilidad no presente durante la entrevista. Sin astenia, apatía, abulia o anhedonia. No desesperanza. Niega ideación o planificación autolítica. Intereses en actividades de ocio limitados y circunscritos. Discreta taquipsiquia, sin otras alteraciones en la forma o contenido del pensamiento, así como tampoco fenómenos de alienación del mismo. No sensación de autoestima desbordada. Niega alteraciones sensorio-perceptivas. No auto ni heteroagresividad. Marcada incapacidad para mantener la atención y la concentración. Ritmos cronobiológicos conservados.

Enfermedad actual

El paciente acude a consulta por primera vez en septiembre de 2012, cuando, encontrándose ingresado por un episodio de agitación, goza de un permiso de salida para tener una primera cita en las consultas externas del servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. En esta primera entrevista se puso de manifiesto un elevado nivel de inquietud psicomotriz, desprendiéndose del discurso cierta irritabilidad y taquipsiquia. Se dejaba entrever un alto

grado de impulsividad. Se encontraba, además, notablemente enfadado y desafiante; levantándose y saliendo del despacho una vez se encontraba dentro.

Al alta del ingreso hospitalario tuvo que reingresar a los pocos días por un nuevo episodio de agitación psicomotriz. Presentó, además, distonía aguda de la musculatura orofacial a raíz del tratamiento pautado. Con el reajuste farmacológico (biperideno y oxcarbacepina) se encontraba más tranquilo y adecuado, quejándose de sueño y tumbándose en la mesa.

Sin embargo, el paciente volvió a protagonizar un nuevo episodio de agitación a los pocos días, por lo que fue llevado al Servicio de Urgencias, donde se le pautó risperidona depot 12,5mg. En la tercera entrevista, pasadas dos semanas, se volvía a encontrar agresivo e inadecuado, por lo que se le cambió toda la medicación por aripiprazol 5mg/diarios y valproato 400mg/diarios, retirando la risperidona depot y la oxcarbacepina.

En la cuarta entrevista acude muy aseado y arreglado, mucho más contenido y estable. Es capaz de centrar el discurso, aunque le cuesta respetar turnos de palabra y en ocasiones se dispersa. Entra con un periódico que tira y con una carta escrita por él mismo a su madre en la que le pide que le compre una videoconsola. Se tira en la mesa, hace aspavientos y bosteza. Ha tolerado bien el cambio de medicación, no notando ningún efecto secundario desagradable. Ha pasado a 1º de la E.S.O, habiendo cambiado su grupo de amigos. “Bien y mal, pero alguno se mete conmigo y dice cosas que no puedo decir porque me hacen daño”.

La madre cuenta que todo comenzó en 1º de Primaria, cuando el paciente tenía cinco años. Fueron los profesores del colegio quienes la pusieron sobre aviso, ya que habían detectado en el niño mucha inquietud. “Me llamaron y me dijeron que no paraba quieto, que molestaba a los demás niños, que no prestaba atención y me recomendaron que lo viera un profesional.” En casa, además, coincidiendo con la llegada de su hermana menor, comenzó a tener rabietas cuando nunca antes las había tenido. Por este mismo motivo, acude por primera vez a consultas de Psiquiatría Infantil, donde se le diagnostica de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y se inicia el tratamiento psicofarmacológico. Tras el primer ingreso estuvo contenido, pero volvió a presentar episodios de agitación psicomotriz con agresividad hacia objetos a partir de febrero de 2012.

La madre cuenta que este verano comenzó a romperlo

todo, resultando imposible contenerle. “Insulta a sus hermanas y las amenaza”. Cuestiona la autoridad, “incluso se ha encarado con la Policía”. Percibe de su hijo una baja autoestima, ya que continuamente rumia acerca de ser inferior a los demás y ser diferente. La madre no considera que haya tenido períodos de depresión franca, pero sí de mayor tristeza. Tanto ella como el paciente coinciden en afirmar que la mayor parte del día está “de mal humor y enfadado con el mundo y consigo mismo”. Se siente ofendido con facilidad ante cualquier situación cotidiana, enojándose muy rápidamente y de manera muy intensa. También ha detectado la rapidez con la que pasa de estar riéndose “a carcajadas” a terminar en una “crisis de agitación” o “llorando”. Ambos coinciden en señalar que tiene “dos o tres” momentos al día en los que “habla sin parar”, alternándolo incluso con cánticos y bailes. Ha llegado a perder el hilo de la conversación, pues permanece anclado en pensamientos repetitivos que le impiden centrar su atención y concentrarse en otro tema. En el momento actual consigue dormir bien, pero hace meses, cuando se inició el cuadro ha llegado a estar más de una hora en la cama sin lograr dormirse y sin parar de moverse, manifestando cansancio al día siguiente.

La madre lo define como “cariñoso, necesita que le toquen”. “Absorbe mucho tu atención, no permite que esté con sus hermanas o con otras personas porque en seguida se pone celoso”.

Tras la instauración de tratamiento con ácido valproico y diversas técnicas cognitivo conductuales, el cuadro clínico mejoró rápidamente, dejando al paciente de presentar episodios de irritabilidad que lo hacían incontinente en el ámbito familiar; mejorando también el ánimo y otros factores asociados al mismo como la autoestima o la autoconfianza. Todos los síntomas descritos y padecidos por el paciente parecían reactivos a su situación vital.

DISCUSIÓN

La disregulación emocional es un término utilizado para referirse a una respuesta emocional pobremente modulada y que no entra dentro de los rasgos convencionalmente aceptados para las mismas.

El síndrome de disregulación emocional es una de las nuevas propuestas para el DSM-V^{3,9}. Surge como una reacción frente al aumento en las tasas de diagnóstico de trastorno bipolar en la infancia desde los años noventa en Estados Unidos¹, ya que se ha visto que, si bien, muchos

niños presentaban algunos criterios para el diagnóstico de trastorno bipolar, no todos terminaban desarrollándolo en la edad adulta. Así, el trastorno de disregulación emocional constituiría una disfunción biológica caracterizada, fundamentalmente por la presencia de rabietas o pataletas graves y recurrentes como respuesta a estresores comunes. Se manifiestan de forma verbal y/o en el comportamiento tales como en forma de agresividad verbal o física hacia personas o hacia objetos, siendo una reacción en exceso desproporcionada en intensidad o duración a la situación que la ha desencadenado. Estas rabietas, que son inconsistentes con el nivel de desarrollo, ocurren, al menos, tres veces por semana, con un estado de ánimo entre las mismas persistentemente negativo (irritabilidad, enfado y/o tristeza) y objetivable por otros. Todo ello ha estado presente, al menos, durante doce meses y nunca ha habido un tiempo libre de síntomas que durase tres meses consecutivos. Además, tanto las rabietas como el estado de ánimo entre las mismas, están presentes por lo menos en dos ámbitos distintos. Finalmente, el inicio debe tener lugar antes de los diez años y después de los seis³. El tratamiento propuesto para esta nueva entidad diagnóstica conjugaría la terapia cognitivo-conductual clásica con otras de tercera generación, como la terapia dialéctico conductual, e incluso con otros abordajes como la activación conductual⁴. Estas técnicas se basan en el mantenimiento del ánimo disfórico en la depresión a causa de los pensamientos repetitivos (descritos tanto en los trastornos del ánimo, como en el trastorno bipolar, la irritabilidad y la disregulación emocional en la infancia). En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, existe la controversia de tratarlo como un trastorno bipolar, recurriendo tanto a estabilizadores del ánimo como a antipsicóticos; o tratarlo como un trastorno afectivo mayor unipolar, utilizando inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Dado los posibles efectos secundarios de cada tipo de medicación, dar con la más adecuada resulta importante. Muchos de estos niños han sido tratados con risperidona, probablemente porque es un fármaco indicado para la irritabilidad³. En uno de los ensayos clínicos más recientes se describió que la combinación de ácido valproico con terapia conductual resultaba más efectivo que un psicoestimulante junto con placebo y terapia conductual².

La pregunta que se hacen numerosos trabajos es si la irritabilidad grave no episódica sería una forma de presentación de manía en un trastorno bipolar o bien constituiría

una categoría diagnóstica diferente. Distintos estudios han puesto de manifiesto que dicho síntoma tendría más que ver con síntoma de un trastorno depresivo mayor que de un trastorno afectivo bipolar⁸. Es por ello, que en la actualidad, se propone la irritabilidad como una dimensión diferente independiente de otros trastornos¹⁰. En muchas ocasiones, se confunde la irritabilidad con otros síntomas, como pueden ser la agresividad o el oposicionismo^{6, 7}. Por ello, se ha sugerido que el oposicionismo pudiera englobar dos dimensiones diferenciadas: por una parte la irritabilidad, que estaría relacionado en la edad adulta con la depresión y, por otra, la testarudez o cabezonería, relacionadas en el futuro con el comportamiento antisocial.

No consideramos que el paciente encaje con los criterios diagnósticos del trastorno bipolar (DSM-IV), porque durante su evolución no se han objetivado nunca sentimientos de grandiosidad, predominando, por el contrario, sentimientos de minusvalía e inferioridad, no han existido alteraciones en los patrones circadianos de sueño y apetito; tampoco hemos detectado alteración en el curso o en la forma del pensamiento (no habiendo fuga de ideas o discurso saltígrado) ni tampoco participación excesiva en actividades placenteras potencialmente peligrosas y con consecuencias dolorosas. Además, tampoco ha habido un periodo marcado por el ánimo anormal y persistentemente elevado, tratándose, más bien, de ánimo persistentemente negativo.

El caso que presentamos encaja con el síndrome previamente descrito, ya que pese a haber sido diagnosticado en el pasado de TDAH, el paciente nunca respondió al tratamiento con psicoestimulantes. De su historia biográfica se infieren, además, datos clínicos que se asemejarían más al síndrome previamente descrito. Si bien es cierto que los niños con TDAH son más propensos a sufrir síntomas afectivos y relacionados con la regulación emocional⁵, ambas entidades constituyen categorías diagnósticas bien diferenciadas. Así, en el caso previamente descrito, no existen criterios suficientes para hacer un diagnóstico de TDAH.

CONCLUSIONES

La evidencia de diversos estudios apunta a que los niños con irritabilidad grave no episódica tienen mayor riesgo de padecer depresión unipolar y trastornos de ansiedad en la edad adulta y que además, se diferencian tanto en la clínica y en la psicopatología como en lo referente al

pronóstico de los niños que cumplen criterios DSM-IV para el trastorno bipolar.

Cabe destacar, además, que la irritabilidad es un síntoma todavía poco estudiado, pese a ser uno de los motivos de consulta más frecuentes en la consulta. Se necesitarían más estudios para dilucidar si debería ser considerado una dimensión distinta a otras, con su clínica, tratamiento y pronóstico independiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blader JC et al. (2007). Increased rates of bipolar disorder diagnoses among US child, adolescent, and adult inpatients. *Biological Psychiatry*.62:107-114.
2. Blader JC et al. (2009). Adjunctive divalproex versus placebo for children with ADHD and aggression refractory to stimulant monotherapy. *The American Journal of Psychiatry*.166:1392-1401.
3. Leibenluft, E. (2012). Severe Mood Dysregulation, Irritability, and the Diagnostic Boundaries of Bipolar Disorder in Youths. *The American Journal of Psychiatry*. 168(2): 129-142.
4. Leigh, E et al. (2012). Mood regulation in youth: research findings and clinical approaches to irritability and short-lived episodes of mania-like symptoms. *Current Opinion in Psychiatry*. 25(4): 271-276.
5. Pliszka SR et al. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 9:525-40.
6. Stringaris, A et al. (2008). Three dimensions of oppositionality in youth. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50(3): 216-223.
7. Stringaris, A et al. (2009). Adult Outcomes of Youth Irritability: A 20-Year Prospective Community-Based Study. *The American Journal of Psychiatry*. 166(9): 1048-1054.
8. Stringaris, A et al. (2010). Pediatric Bipolar Disorder versus Severe Mood Dysregulation: Risk for Manic Episodes on Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 49(4): 397-405.
9. Stringaris, A et al. (2011). Dimensions and Latent Class of Episodic Mania-Like Symptoms in Youth: An Empirical Enquiry. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 39: 925-937.
10. Stringaris, A et al. (2012). Adolescent Irritability: Phenotypic Associations and Genetic Links With Depressed Mood. *The American Journal of Psychiatry*. 169:47-54.