



# Caso Clínico

## “Trastorno bipolar en la infancia: a propósito de un caso”

**Aranzazu Fernández Rivas**

Psiquiatra. Jefe Sección Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao

**Esther Fernández Martín**

Residente de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

**Maialen Arístegui Aguirre**

Psicólogo. Servicio de Psiquiatría Hospital de Basurto. Bilbao.

**Miguel Ángel González Torres**

Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

### PALABRAS CLAVE:

Trastorno Bipolar, Niño, Adolescente

### KEY WORDS:

Bipolar Disorder, Child, Adolescent

### CASO CLINICO:

Se trata de un varón de 12 años de edad que reingresa en la Unidad Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto remitido por su psiquiatra de referencia.

No antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Como antecedentes personales reseñar que es el menor de tres hermanos. Su madre había fallecido hacía 5 años. Nueve meses previos a este ingreso el paciente y sus hermanos fueron internados en un hogar funcional pero al ser difícil su contención se procedió a separarlos en tres hogares diferentes cuatro meses más tarde.

Como antecedentes psiquiátricos personales el paciente había comenzado a recibir tratamiento ambulatorio un año antes debido a problemas de conducta. Desde hacía seis meses seguía pauta con Olanzapina (5mg/día) con cumplimiento irregular hasta su primer ingreso en la misma Unidad tres meses antes del ingreso actual. Ese primer ingreso fue motivado por la conducta trasgresora, opositora e incluso amenazante del menor, que hacía imposible su contención en el hogar funcional. Al alta fue diagnosticado de Trastorno Disocial con indicación de mantener la pauta de Olanzapina y el tratamiento psiquiátrico ambulatorio.

Se desconocen datos de la familia del menor (incluidos antecedentes psiquiátricos) salvo que reciben ayudas económicas de los Servicios Sociales, quienes han constatado la insuficiencia de cuidados emocionales y físicos del paciente y sus hermanos por parte de su padre.



La situación de descompensación que motiva este segundo ingreso comienza de modo agudo dos semanas antes. El paciente presenta un estado de alerta, hipervigilante, trasgresor, con alteraciones conductuales severas tanto en el hogar como en el colegio. Presenta cambios bruscos de ánimo y conducta (“pasa de estar gritando, agresivo a estar calmado y tranquilo”). Comentan que es como si tuviera momentos de exaltación—excitación con otros posteriores de tranquilidad y calma. Previamente al inicio de este cuadro refieren estabilidad sintomática por lo que se había decidido disminuir la dosis de Olanzapina. Se sospecha además el cumplimiento irregular del tratamiento del menor durante los permisos de fin de semana a su domicilio familiar. No consume alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Al ingreso el paciente se encontraba consciente, orientado en tiempo y espacio. Contacto demandante de atención y afecto. Eutímico el día del ingreso, aunque presentó hipertimia e irritabilidad durante algunos otros días durante el ingreso. Sin ansiedad manifiesta. Refería varios episodios de “muchas energía” (“como loco”) y exaltación en los que manifestaba realizar intensa actividad física sin cansarse ni percibir el riesgo, lo cual sorprendía a su entorno: “sentirse con mucha energía es que te lo pasas muy bien, haces muchas cosas (jugar al fútbol, saltar bancos), puedes hacer de todo y no te cansas, estás contento, ...de tanta energía que tengo pienso en pocas cosas,... tengo ganas de hacer muchas cosas (leer, jugar, bailar, cantar...) ...hay más energía de lo normal”. Los educadores referían que además presentaba otros momentos en los que se encontraba irritable—disfórico, opositor, trasgresor, reaccionando con descontrol y agresividad intensa ante mínimas frustraciones. Dificil contención en dichos momentos. Refería momentos en los que se sentía “aplanado” (tras ceder la clínica de exaltación) pero no claramente hipotímico. Presentaba dificultad de conciliación del sueño e hiperorexia durante los periodos de exaltación—irritabilidad.

La duración de estos episodios era de 2–3 días, máximo 5 días.

La exploraciones médicas complementarias (ECG, HRF, Bioquímica de sangre y orina —incluidos cortisol, hormonas tiroideas—, drogas de abuso en orina, TAC craneal) resultaron normales.

Se realiza diagnóstico de Trastorno Bipolar I, Episodio Maniaco único, grave, sin síntomas psicóticos, y se añade al tratamiento previo (Olanzapina), sales de Litio. El paciente rápidamente se estabiliza y es dado de alta.

## Discusión

El caso clínico que presentamos cumple criterios DSM–IV–TR para episodio maniaco. Sin embargo esto no es tan habitual en la infancia y la adolescencia, épocas de la vida en las predominan los episodios mixtos y los cicladores rápidos.

En la actualidad se está llevando a cabo un intenso debate respecto a los criterios diagnósticos nucleares de episodio maniaco para niños y adolescentes, especialmente respecto al criterio A (DSM–IV–TR). En el adulto se acepta la posibilidad de presentación bien de un estado de ánimo elevado—expansivo o bien irritable; sin embargo en el niño y el adolescente se abre la discusión de si ambos deben ser considerados criterios de igual peso dada la alta prevalencia de la irritabilidad en estas edades.

Ciertos autores como Biederman et al (cit. en Pavulari et al, 2005) opinan que la irritabilidad debe ser considerada un síntoma nuclear de episodio maniaco en el niño, puesto que lo han hallado en el 77% de sus pacientes (hipertimia en 14%).

Por su parte, Geller et al (cit. en Pavulari et al, 2005) piensan que la irritabilidad no diferencia a Trastorno Bipolar del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o



de niños sanos. Si lo hacen otros síntomas como: grandiosidad, humor expansivo, hipersexualidad, fuga de ideas o descenso de la necesidad de sueño. Por ello abogan por no considerarlo un síntoma nuclear de criterio A.

En una posición intermedia, compartida por nosotros, se hallan autores como Birmaher et al (Birmaher, 2004; Pavulari et al, 2005) quienes consideran a la irritabilidad un síntoma nuclear pero sólo si se presenta junto con humor expansivo o grandiosidad.

A pesar del interés en los últimos años por el estudio de esta patología en la infancia y adolescencia aún carecemos de estudios epidemiológicos serios que nos aporten datos sobre la prevalencia real del trastorno.

Tan sólo Lewinsohn et al (1995) realizaron un estudio al respecto, valorando la prevalencia de Trastornos del espectro Bipolar en adolescentes (14–18 años). Vieron cómo la mayoría se trataba de T. bipolares II y ciclotímicos; el 5,7% presentaba síntomas subsindrómicos, y la prevalencia a lo largo de la vida fue del 1%.

En base a estudios retrospectivos realizados con población adulta se sabe que el 60% de los pacientes presentan un inicio de T. Bipolar antes de los 20 años de edad; el 30% antes de los 13 años y el 10–20% antes de 10 años de edad.

Otro aspecto importante en esta patología es la frecuente comorbilidad que presenta. Así los trastornos comórbidos más frecuentes en la infancia y adolescencia son: TDAH (11–75%), Trastorno Negativista Desafiante (46,4–75%), Trastorno Disocial (5,6–37%), Trastorno de Ansiedad (12,5–56%), Trastornos Generalizados del Desarrollo (especialmente T. de Asperger: 11%) o Abuso de drogas (0–40%; riesgo 8,8 veces superior en T. Bipolar de inicio en adolescencia frente al de inicio en la infancia).

En nuestro caso clínico también existían otras patologías comórbidas que confundían y complicaron inicialmente el diagnóstico:

- Rasgos TDAH: en relación con la crianza precaria que había recibido con rasgos secundarios de angustia de abandono–avidez afectiva.
- Conductas opositoras: reflejo de la externalización de sufrimiento interno.
- T. Disocial o conductas disociales: coincidiendo con internamiento en el hogar funcional, secundario a la reactivación de angustia de abandono. Pero la finalidad no era la trasgresión de normas sociales sino la de regresar a su hogar familiar.
- Riesgo de consumo de drogas debido al ambiente marginal, falta de supervisión–cuidados. (Ello unido a la sospecha de que sus hermanos consumen cannabis).

Respecto al diagnóstico diferencial de este trastorno las patologías a considerar en la infancia y adolescencia son las siguientes:

- TDAH: se diferencia por la expansividad y la grandiosidad, pensamiento acelerado (o fuga de ideas), decremento del sueño que los pacientes en episodio maniaco presentan.
- Esquizofrenia: especialmente difícil en la manía con alteraciones del contenido del pensamiento. La diferencia fundamental se centra en el estado de ánimo.
- Trastornos Generalizados del Desarrollo: estos trastornos pueden presentar clínica de irritabilidad, labilidad afectiva y agresividad que habría que diferenciar de la manía.
- Abuso de drogas: puede causar activación, desinhibición y, por tanto, asemejarse a un episodio maniaco.



- Trastorno Disocial: se diferencia por la alteración del estado de ánimo. Esta diferenciación puede ser difícil en los casos de T. Disocial unido a consumo de sustancias psicoactivas.

Respecto a la evolución de este tipo de trastornos se sabe que el 40–100% se recuperan en 1–2 años (considerando “recuperación” como la permanencia de semanas sin cumplir criterios diagnósticos). Sin embargo las recurrencias son frecuentes, el 60–70% recurre en 10–12 meses.

Se sabe que el trastorno Bipolar de inicio precoz (inicio de 13–18 años) está asociado con: mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y abuso de sustancias, más recurrencias, periodos de eutimia más breves, más frecuentes conductas violentas y mayor incidencia de tentativas suicidas.

También se sabe que el 20–30% de los niños con depresión desarrollan Trastorno Bipolar, especialmente si la depresión cursa con síntomas psicóticos, existe historia familiar de T. Bipolar y si se produce manía inducida farmacológicamente.

Según los datos actuales no hay evidencia suficiente que indique que el Trastorno Bipolar del niño continúe con T. Bipolar del adulto. (Sí parece que ocurre con la manía psicótica del adolescente).

La evolución de nuestro paciente cinco meses después del alta hospitalaria fue positiva: se ha recuperado del episodio maniaco, presenta un mejor control emocional y adaptación al hogar funcional y centro escolar. No ha presentado ningún episodio maniaco, ni hipomaniaco ni depresivo. No obstante, sigue ocurriendo alguna crisis en relación a periodos de permanencia en el hogar familiar.

El Trastorno Bipolar en la infancia y adolescencia añade a la propia gravedad de la enfermedad una serie de complicaciones en el proceso madurativo del menor que es importante destacar: interfiere en el normal desarrollo emocional, cognitivo y social; puede llevar a dificultades en las relaciones interpersonales (familia, amigos, profesores); incrementa los problemas de comportamiento (faltas disciplinarias, problemas legales); suele cursar con mal rendimiento escolar, incremento de hospitalizaciones, desgaste familiar emocional, mayor prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas e incremento del riesgo de suicidio y tentativas suicidas.

Todo ello unido a la propia gravedad de la enfermedad en sí hacen que sea necesario un abordaje terapéutico múltiple (bio-psico-social) en este trastorno para favorecer la recuperación del menor y minimizar el riesgo de comorbilidad o consecuencias negativas en su maduración.



---

## BIBLIOGRAFÍA

- Birmaher B. New hope for Children and Teens with Bipolar Disorder. Three Rivers Press. New York, 2004.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IVTR. American Psychiatric Association, 2000.
- Lewinsohn PM, Klein DN, Seely JR. Bipolar Disorders in Community Sample of Older Adolescents: Prevalence, Phenomenology, Comorbidity, and Course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995; 34(4): 454–463.
- Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor MW. Pediatric Bipolar Disorder: A Review of the Past 10 Years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2005; 44(9): 846–871.
- Weller EB, Weller RA, Sánchez LE. Bipolar Disorder in children and adolescents. En: Lewis M, Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002.