

TRASTORNO BIPOLAR INFANTO-JUVENIL

AUTOR: Carla Gutierrez

RESUMEN: Los trastornos afectivos que aparecen en la infancia, niñez y adolescencia pueden

clasificarse en dos grandes grupos: los trastornos depresivos unipolares y los trastornos bipolares. Ambos, cuando aparecen en épocas precoces de la vida, van a estar muy condicionados por los aspectos evolutivos y madurativos que caracterizan estas etapas del desarrollo y, por lo tanto, va a ser muy difícil separar los síntomas propios de la enfermedad de la patoplastia añadida por el desarrollo madurativo.

A pesar de todo, esto no debe plantearnos grandes problemas ya que es lo típico de todos los trastornos psiquiátricos infantiles. Así, el estudio de los TBP del niño debe tener en cuenta la enfermedad, el paciente, el ambiente socio-familiar y el momento evolutivo en que se encuentre el niño o adolescente.

Comparada con el adulto, el trastorno bipolar (TBP), o la manía, de la infancia o adolescencia se manifiestan con una presentación atípica y un historial clínico confuso en el que destacan las alteraciones del comportamiento, la aparición de conductas explosivas, la hiperactividad temprana y la presencia de **síntomas psicóticos**.

Estos niños representaron, y en gran medida aún lo son, un desafío, no solo por su presentación clínica polimorfa y cambiante y por las dificultades de un abordaje terapéutico casi artesanalmente establecido, sino, justamente, por la dificultad tanto de prever la evolución de la sintomatología y del trastorno, como de establecer un pronóstico.

Palabras clave: trastorno bipolar, infancia, adolescencia, abordaje terapéutico, pronóstico.

ABSTRACT: The affective disorders that show up in the childhood and adolescents can be divided into two large groups: depressive disorders (unipolar) and bipolar disorders. Both, when they appear in times early in life, are going to be very conditioned by the evolutionary features and maduratives that characterize these stages of development and, therefore, is going to be very difficult to separate the symptoms of the disease of the patoplasty added by the development madurative.

In spite of all, this should not bring major problems because it is the typical of all psychiatric disorders in children. Thus, the study of the bipolar disorders of the child must take into account of the disease, the patient, the environment partner family and the time evolutionary in that they will find the child or adolescent.

Compared with the adult, the bipolar disorder, or the mania, for children or adolescent are manifested in atypical presentation and a medical history Confusing in that highlights, the behavioral changes, the emergence of explosive behavior, the early hiperactivity and the presence of psychotic symptoms.

These children represented, and largely still are, a challenge, not only by their polymorphous and changing presentation, but also because of the difficulty of a therapeutic approach, almost craftsmen established, but precisely, by the difficulty of both predict the evolution of the symptomatology and of the disorder as to establish a prognosis.

Keywords: Bipolar disorders, childhood, adolescence, therapeutic approach, prognosis.

HISTORIA

La depresión en los jóvenes se identificó en fechas recientes, hasta hace poco tiempo se la consideraba muy rara, e incluso imposible en los jóvenes. (1)

Si bien los pediatras reconocen desde hace tiempo que los lactantes institucionalizados padecen problemas emocionales y físicos, Rene Spitz puso esta deplorable situación en un primer plano al describir la **“situación viciada del cuerpo debido al confinamiento hospitalario”** como hospitalismo. Dentro del mismo espectro de negligencia emocional y estimuladora, Spitz y Wolfe articularon el concepto de **depresión anaclítica**, que afecta lactantes de 6 a 11 meses de edad, separado de una figura primaria con la cual ya formó lazos emocionales. Según estos autores, si el lactante no ve al encargado con frecuencia ni dispone de un sustituto, al cabo de varias semanas se evidencia un estado emocional similar a la depresión del adulto. Spitz describió que cuando esta situación se prolonga más de 5 meses sobreviene el **hospitalismo**, con disminución del apetito, pérdida del apetito y pronóstico mucho más grave.

Las investigaciones realizadas en pacientes jóvenes se centraron más en discriminar depresión espontánea, recurrente, grave y tal vez psicótica y el trastorno bipolar. En cuanto al trastorno bipolar infanto-juvenil, es importante mencionar, como algo más que anécdotas históricas, que las primeras referencias a este cuadro se ubican alrededor del año 150 d. C. con las clásicas descripciones de Areteus de Cappadocia acerca de depresiones y manías en niños menores de 12 años. Siglos después, Esquirol (1854) encontramos la presentación de un caso de manía en preescolares y de varios casos en escolares prepúberes. Emil Kraepelin en 1921 describió a un niño de 6 años con psicosis maniaco-depresiva y la literatura describe algunos pacientes jóvenes, en general adolescentes, con depresión grave, el libro **“nervous child”** de 1952 fue el primero que estudió la depresión maniaca en la niñez. En aquel momento no se requería un episodio maniaco para aplicar el diagnóstico de Síndrome maniaco-depresivo, que indicaba depresiones graves, tal vez endógenas y recurrentes.

Entre las décadas del 50' y 70' predominaron dos opiniones sobre la depresión (o depresión maniaca) y su ausencia relativa en prepúberes. La perspectiva psicoanalítica más tradicional sostenía que en esa etapa del desarrollo aún no se había generado el superyo rígido necesario para el inicio de la depresión. Es decir la hostilidad e ira dirigida a objetos decepcionantes internalizados aún no podía producir culpa y depresión o su defensa, la manía. La segunda opinión consideraba que la depresión estaba enmascarada por diversas conductas que en esencia eran equivalentes depresivos.

Durante la década del 70', se elaboraron criterios operativos y entrevistas estructuradas para detectar depresión y manía en adultos y en niños.

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría infanto-juvenil se encuentra atravesando un momento evolutivo crítico en el que no solo deberá definir criterios diagnósticos específicos que se diferencien claramente de los que utilizamos en la población adulta, sino también levantar la bandera del abordaje terapéutico correcto de una población en la que es tan importante evitar prescripción de medicación cuando no es estrictamente necesario, como no caer en la iatrogenia de no medicar cuando de esto depende la vida futura de quien actualmente es un niño.(2)

Resulta importante considerar distintos puntos que nos permitan buscar similitudes y diferencias entre el trastorno bipolar clásico del adulto y el de comienzo en la infancia y adolescencia.

Los motivos por los cuales con frecuencia no se reconoce el trastorno bipolar en niños incluye el desconocimiento del cuadro, confusión diagnóstica y las características proteiformes del trastorno. En prepúberes se caracteriza por ser más crónico que episódico, de rápida ciclación con estados mixtos y comorbilidad importante.

Alrededor del 60% de los niños y adolescentes con trastorno bipolar se diagnostican mal. Al igual que algunas otras entidades en la psiquiatría infanto-juvenil. La familia del niño bipolar demora mucho en realizar la primera consulta. El tiempo medio en que se demora para diagnosticar el trastorno bipolar es de 10,2 años, pero si se toma en cuenta la población inferior a 20 años, la cifra se eleva a 19,3 años. Este hecho, agregado al desconocimiento del diagnóstico de bipolaridad en la infancia y a errores diagnósticos sobre todo en casos de inicio temprano, torna mucho más virulenta la evolución. Recordemos además que el riesgo de suicidio o de conducta parasuicida es alto en esta población.

Una vez establecida la posibilidad de este diagnóstico en la población infanto-juvenil, es de vital importancia considerar la importancia de que si no se detecta a tiempo podemos facilitar el switch maníaco por antidepresivos, lo cual conlleva a una evolución más maligna de la enfermedad.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA BIPOLARIDAD INFANTO-JUVENIL

La edad de comienzo de la psicosis maníaco-depresiva se había ubicado en la tercera década de la vida. El inicio más frecuente se produce entre los 15 y 19 años.

El trastorno bipolar tiene una prevalencia de 0,6 en la población general y es más frecuente en el sexo masculino. Cuando existen problemas de conducta en adolescentes bipolares, se correlaciona con mala evolución, recurrencia de manías y tendencia al abuso de sustancias. El denominador común de los síntomas maníacos es la **labilidad emocional**.

Es importante resaltar una y otra vez que los niños requieren criterios diagnósticos propios, es un error muy grave el intento de utilizar criterios propios para el adulto, como los que se exponen por ej. En el DSM-IV. Es mucho más importante considerar en la población pediátrica la presencia de irritabilidad, explosividad, ciclación rápida y estados mixtos, que cualquier otro

TRASTORNO BIPOLAR INFANTO-JUVENIL

AUTORA: Carla Gutiérrez

síntoma típico del adulto. Asimismo, es de capital importancia descartar una causa de origen médico general o de otra especialidad, que puede incluir uso de sustancias, hipertiroidismo, traumatismo craneano, esclerosis múltiple, acv de hemisferio derecho y tálamo, trastornos comiciales con foco temporal izquierdo y tumores de tálamo.

No existe un signo patognomónico del trastorno bipolar de inicio en la infancia. Es importante la ***búsqueda de historia familiar de trastorno bipolar y otras alteraciones del humor, de abuso de alcohol y drogas en las familias de ambos padres y considerar que si el primer episodio es depresivo lo más probable es que en dos años el 33% haya virado hacia la manía, razón por la cual debemos ser muy cautos en el uso de antidepresivos para su tratamiento.*** Como ya se anticipó, los padres, al igual que con otros cuadros de inicio en la infancia como el trastorno obsesivo-compulsivo, acostumbran mantener en secreto los síntomas y pueden demorar muchos años en realizar la primera consulta.(2)

El niño bipolar suele ser inflexible, opositorista e irritable y llegar incluso a casos de verdadera furia. Son hiperactivos, con humor cambiante y a menudo sufren berrinches. Las alteraciones del sueño son muy frecuentes y con gran contenido afectivo e incluyen falta de necesidad de dormir; duermen poco, se acuestan tarde, presentan terrores nocturnos y tienen ensoñaciones vívidas con sangre y mutilaciones. En descripciones retrospectivas, las madres de los niños bipolares recuerdan que lloraban mucho y que presentaban excesiva actividad intraútero.

Es frecuente que estos niños sean precoces, brillantes y creativos, pero también sensibles a estímulos, con ansiedad de separación y miedo y obsesión con la muerte. En su inquietud rompen objetos y generan la sensación de que pueden matar algún animal, con frecuencia su propia mascota. Suelen adoptar actitud desafiante, discutir con adultos, ser negativos y desobedientes.

El niño bipolar puede ser ciclador rápido, ultrarrápido o ultraurrápido

(2). La ciclación rápida puede contribuir a un estado mixto, con agitación, gran energía y movimiento constante, autodestrucción y la sensación de ser inútiles e inservibles. Se frustran con gran rapidez y reaccionan con irritabilidad.

Presentan problemas para relacionarse con pares. Con frecuencia aparecen períodos de automutilación, enuresis y encopresis. Presentan además precocidad y aumento de la sexualidad de un modo no esperable para la edad.

Son características la grandiosidad y la labilidad en el humor y en la conducta. Los síntomas "psicóticos" pueden incluir alucinaciones, conductas extravagantes, estado paranoide y suicidio. Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas (voces que ejercen gran influencia en el niño) y las visuales (figuras satánicas); menos frecuentes son las alucinaciones táctiles y olfatorias. Los delirios en general son de grandiosidad o de culpa.

Tanto las alucinaciones como los delirios por lo habitual son congruentes con el estado de ánimo y están presentes durante la alteración anímica. Uno de los mayores riesgos que plantea este diagnóstico son las consecuencias de los pensamientos suicidas, que suelen ser precoces y con intentos impulsivos.

Zamora-Cabral y col. Refieren que la bipolaridad en adolescentes pueden confundirse con esquizofrenia o trastornos por déficit atencional con hiper-

TRASTORNO BIPOLAR INFANTO-JUVENIL

AUTORA: Carla Gutiérrez

actividad (ADHD). Por lo general comienzan con depresión y presentan historia familiar positiva.

CURSO DEL TRASTORNO BIPOLAR DE INICIO PRECOZ

Se señalará algunos conceptos que actualmente se manejan en trastorno Bipolar en la infancia:

Produce una severa alteración en todas las áreas y en cada etapa de desarrollo. La presentación clínica difiere del adulto, pero se acepta que en los prepúberes hay dos fenotipos; aquellos que concuerdan con los criterios para el trastorno Bipolar tipo I y II, según el DSM-IV. (3)

La clásica presentación de ambos tipos de episodios claramente diferenciados que duran por lo menos una semana, caracterizados por grandiosidad, exaltación y humor expansivo no se encuentra con frecuencia en el niño.

La presentación es polimorfa, cambiante y heterotípica. Caracterizada por estados patológicamente prolongados de reactividad emocional en respuesta a desencadenantes irrelevantes, pueden ser ciclos de corta duración que se suceden unos tras otros durante horas o días. Crónica con irritabilidad como síntoma cardinal, labilidad del humor, tormentas afectivas en donde no se distinguen los estados afectivos, lo que se conoce como estados mixtos. Se encuentran ciclos complejos dentro de un episodio prolongado, el pasaje continuo de depresión a la exaltación, sin que puedan delinearse ni claros períodos libres de síntomas ni diferenciarse unos de otros.

El ciclado es diario, pudiendo haber varios episodios en el mismo día, entendiéndose por tal los ritmos ultradianos (más de 3 ciclos diarios). En cualquiera de las formas mencionadas se agrega, conducta explosiva, agresiva, erotización muy precoz, pesadillas con imágenes muy violentas, períodos de intensa distractibilidad o actividad frenética. Altas tasas de suicidio, conductas riesgosas, con agresividad intrafamiliar y fracaso escolar.

Estas características de la presentación clínica obligan a la valoración exhaustiva de los diagnósticos diferenciales y/o comorbilidades, que modifican el cuadro clínico y la estrategia terapéutica.

HALLAZGOS BIOLÓGICOS

En **estudios de neuroimágenes** se describe activación prefrontal derecha en la depresión e izquierda en la manía. (2) Es habitual comprobar una alteración del ritmo de la temperatura corporal, alteración en la capacidad para suprimir la secreción de melatonina por exposición a luz brillante, distribución anormal del período REM (disminución de la latencia REM y aumento del período REM), inestabilidad no-REM en coincidencia con terrores y despertares nocturnos, enuresis, caminar dormido, síndrome de piernas inquietas y otros movimientos anormales.

Entre los clásicos neurotransmisores, el MOPEG, metabolito central de la Noradrenalina, es el más comprometido en el trastorno bipolar, pero no se ha estudiado de manera específica en la población infanto-juvenil.

La prueba psiconeuroendocrinológica más estudiada y significativa en los trastornos afectivos en la población joven es la **prueba de supresión con**

TRASTORNO BIPOLAR INFANTO-JUVENIL

AUTORA: Carla Gutiérrez

dexametasona (DST), que como se sabe consiste en la medición basal de cortisol a las 8 a.m del primer día, la administración de 1mg de dexametasona a las 11 p.m de ese mismo día y la medición de cortisol postdexametasona a las 4 p.m del día siguiente a la administración de la Dexametasona. La falta de supresión de la secreción de corticoides luego de la administración del corticoide se considera prueba positiva y se ve con mayor frecuencia cuanto más joven es el paciente, más inhibido, más psicótico y más agresivo; esto último lleva implícito a su vez un riesgo mayor de conducta suicida. Se considera que un niño depresivo que recibe tratamiento psicofarmacológico y presenta DST no supresor no puede interrumpir su tratamiento farmacológico mientras esta prueba continúe positiva, ya que el riesgo de recurrencia es muy elevado.

Otra evaluación psiconeuroendocrinológica de gran utilidad para el estudio biológico de los trastornos afectivos es ***la prueba TRH/TSH, que implica medición de TSH basal y posestimulación con TRH a los 25, 60 y 90 minutos. De nuestros datos en pacientes infanto-juveniles surge que por lo menos un 60% de curvas son anormales, dentro de las cuales el 20% corresponde a curvas con hiperrespuesta, en general relacionada con la población bipolar o con comienzo depresivo del cuadro afectivo en población de alto riesgo a evolucionar hacia la bipolaridad. En este último grupo es importante destacar que la hiperrespuesta, nos alerta a ser muy cautos en el tratamiento con antidepresivos debido al riesgo de desencadenar el switch maníaco y en el tratamiento con litio por el riesgo de potenciar un hipotiroidismo preexistente.*** (2).

ALTERACIONES GENÉTICAS

Las investigaciones clínicas señalan desde hace unos cuantos años la presencia de características similares tanto en las familias de los niños bipolares como en los adultos bipolares con hijos que permitirían la identificación de subtipos del TBP de inicio temprano.

Los niños cuyos padres son portadores de TBP tienen una probabilidad mayor de desarrollar trastornos psiquiátricos, trastornos por ansiedad, disruptivos, trastornos por abuso de sustancias o ADD. A su vez, la probabilidad de tener un trastorno del espectro bipolar es cuatro veces mayor que en el grupo control.

En las familias de los niños portadores de TBP, el ADD y el TBP se co-agregan, sugiriéndose que esta condición comórbida pueda representar un sub-tipo diferente del trastorno con alta carga genética. (3).

DIAGNÓSTICO

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). (4) 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***

TRASTORNO BIPOLAR INFANTO-JUVENIL

AUTORA: Carla Gutiérrez

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 al Trastorno Bipolar del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) o de niños sanos.

Sí 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 Ciclotimias; 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).

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.

TRASTORNO BIPOLAR INFANTO-JUVENIL

AUTORA: Carla Gutiérrez

- **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.(4)

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

NEUROPSICOLOGÍA EN LA COMORBILIDAD DE TBP Y TDAH

El papel de la comorbilidad secuencial o concurrente entre la neuropsicología o la neuroanatomía del trastorno bipolar y el trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) aún no está claro. El único reporte publicado utilizando imagen estructural indica que no existe diferencia en la neuroanatomía del trastorno bipolar en adolescentes con y sin TDAH concurrente.(5)

Reportes independientes indican un traslape en los circuitos neurales implicados en la fisiopatología del Trastorno Bipolar y el TDAH. Algunos de éstos son las estructuras frontoestriatales como el caudado y el putámen, otros reportes de la amígdala y lóbulo temporal normales en niños con TBP con y sin TDAH, así como de adolescentes con trastornos de conducta, con o sin trastorno bipolar no han demostrado diferencias.

Otros estudios, por el contrario, han demostrado algunas diferencias entre éstos grupos.

por el contrario, han demostrado algunas diferencias entre estos grupos.

Al parecer existe un traslape en el que los niños con TDAH sin trastorno bipolar tienen déficit en la inhibición del comportamiento, la atención sostenida, al aprendizaje verbal, la planeación, la memoria de trabajo, el aprendizaje visuoespacial y las habilidades motoras.(5)

EL PROBLEMA DEL DIAGNÓSTICO ADECUADO EN EL TRATAMIENTO DE LA COMORBILIDAD TBP PEDIÁTRICO Y TDAH

Es esencial la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de estos niños y adolescentes con TDAH y TBP pediátrico.

A este respecto, Tillman y cols. Examinaron las características entre sujetos con trastorno bipolar prepuberal y de adolescencia temprana en sitios pediátricos versus sitios psiquiátricos. Se encontraron tasas de diagnóstico de manía mixta y riesgo suicida que fueron significativamente mayores en el grupo psiquiátrico comparado con el pediátrico.

Significativamente más sujetos con fenotipo TB prepuberal y de adolescencia temprana seguidos en sitios psiquiátricos contra pediátricos estuvieron

TRASTORNO BIPOLAR INFANTO-JUVENIL

AUTORA: Carla Gutiérrez

tomando medicación antimaniaca, mientras la medicación estimulante fue significativamente más común entre los sujetos en sitios pediátricos.

Esto sugiere que los pediatras reconocen el TDAH y subreconocen la manía, y por lo tanto no prescriben la medicación adecuada para éstos pacientes (estabilizadores del ánimo). Una de las recomendaciones de los autores de éste artículo es que los pediatras deben referir más a los niños con los psiquiatras cuando son evidentes la depresión o el riesgo suicida.⁽⁵⁾

REFLEXIONES MÁS QUE CONCLUSIONES

Se ha demostrado que el TDAH y el Trastorno Bipolar infanto-juvenil son altamente comórbidos, aunque éste no es el único escenario clínico ya que pueden ser trastornos que generan confusión. Su sintomatología logra traslaparse, y puede ser entonces que se tome por un TBP infantil lo que realmente es un TDAH posiblemente con otros trastornos comórbidos como el Trastorno Oposicionista Desafiante o el Trastorno de Conducta, o viceversa, que se piense en un TDAH cuando en realidad se trata de un TBP infantil.

Desde ahora, existen alrededor del mundo grupos de trabajo conformados por expertos para apuntalar futuras clasificaciones, como el DSM V.

En cuanto al tratamiento, es importante recalcar que en todos los casos de TBP infantil, independientemente de la comorbilidad con el TDAH, la enfermedad a tratar primero es el trastorno Bipolar. ⁽⁵⁾

Aunque los estimulantes pueden ser generalmente benéficos para muchos pacientes con TBP y TDAH, otros no pueden tolerarlos, debido a los efectos secundarios o a la desestabilización del estado de ánimo.

Para ofrecer un mejor tratamiento a estos pacientes es imperativo seguir buscando otras opciones de tratamiento que mejoren los síntomas residuales de atención y de cognición, incluso después de que los síntomas afectivos se encuentren controlados.

La atomoxetina en primer término o el bupropión después, podrían ser dos alternativas de tratamiento para la población con esta comorbilidad. Por último, es importante tener en cuenta esta comorbilidad ya que de lo contrario su desconocimiento puede complicar el pronóstico, el resultado del tratamiento y el pronóstico a mediano y largo plazo.

Abordaje terapéutico

En el tratamiento del TBP infanto-juvenil, lo principal, es su reconocimiento. El diagnóstico equivocado, más frecuente en la edad infantil, nos puede llevar a tratamientos erróneos, negando al niño y al adolescente la posibilidad de recibir un tratamiento profiláctico anticíclico o antirrecurrencial adecuado frente a las posibles recaídas y complicaciones posteriores. Después de la sospecha diagnóstica es necesario confirmar si estamos tratando una manía clásica, una

TRASTORNO BIPOLAR INFANTO-JUVENIL

AUTORA: Carla Gutiérrez

hipomanía o un trastorno del espectro bipolar. El tratamiento adecuado del TBP debe incluir un abordaje amplio, psicofarmacológico, psicoeducativo y psicosocial. La hospitalización puede ser necesaria para controlar la seguridad del paciente. (6)

La asistencia al niño portador de un trastorno bipolar debe necesariamente integrar diversos aspectos: La medicación psicotrópica para estabilizar el humor; la psicoeducación al niño y la familia sobre el trastorno. Las intervenciones dirigidas al abordaje de:

La depresión aguda, Reducción del impacto psico-social, regulación de las emociones, prevenir la recurrencia, mejorar los períodos intercríticos, aumentar la adherencia al tratamiento, El tratamiento de los trastornos comórbidos, por ejemplo el Trastorno por Ansiedad y el ADAH, focalización de los hábitos de higiene y rutina diaria., la inserción académica y sus problemas, la reducción de los conflictos familiares y de la expresión de los afectos.(3)

La elección del tratamiento farmacológico del trastorno bipolar infanto-juvenil es un verdadero desafío para el médico a cargo. Podría decirse que **los fármacos de elección son los antirrecurrentes o estabilizadores de Humor, frecuente y temporariamente asociados con antipsicóticos**, pero no cabe duda de que el mayor problema lo plantea el **uso de antidepresivos. Éstos pueden inducir con facilidad el switch y tornar mucho más virulenta la evolución de la enfermedad.** Por esta razón siempre deben asociarse con antirrecurrentes y usarse por el menor tiempo posible. Recordemos también que la TEC es de gran utilidad en la depresión como neuroestabilizador.

Con el propósito de desestigmatizar el tratamiento psicofarmacológico en la infancia y la adolescencia es importante recordar que numerosas moléculas, incluida el litio y los antidepresivos, así como la TEC, incrementa la neurogénesis de las células de la capa granular del Hipocampo.(6)

EL INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN

El trastorno Bipolar, en su evolución presenta una alta tasa de ideación suicida e intentos de autoeliminación, fundamentalmente cuando se agregan elementos psicóticos.

La conducta suicida es un tema de preocupación y más cuando se trata de niños y adolescentes. Si bien el suicidio es raro antes de la pubertad, se torna un problema en la adolescencia temprana. Entre los factores predisponentes se destaca la presencia de un trastorno psiquiátrico de por lo menos 2 años de evolución, y eventos vitales estresantes, reales o así percibidos por él.

A su vez, **la ideación suicida** está incrementada en los trastornos disruptivos y los trastornos de ansiedad, comórbidos del TBP. En la evaluación de los factores de riesgo para el intento de autoeliminación, el estado mental depresivo, maníaco, hipomaníaco o mixto, la irritabilidad o la agitación, delirio y alucinaciones, tienen un gran peso.

Sin embargo, no todos los niños y adolescentes portadores de un TBP tienen el mismo riesgo. En este sentido, en un análisis multivariado de los factores de riesgo se destacan como un subtipo que deberá ser cuidadosamente

TRASTORNO BIPOLAR INFANTO-JUVENIL

AUTORA: Carla Gutiérrez

monitoreado en su evolución y en su abordaje terapéutico, aquellos que presentan episodios mixtos, psicosis, conductas autoagresivas, hospitalizaciones y abuso de sustancias. (7)

TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO Y PSICOSOCIAL

El conocimiento de la familia y el paciente de los distintos aspectos del TBP favorecen el ajuste a la enfermedad, el entendimiento de la misma y el cumplimiento de las diferentes medidas terapéuticas. Este es el papel de las medidas terapéuticas psicoeducativas que incluyen una serie de intervenciones entre las que es fundamental crear una empatía adecuada con el paciente y la familia; informar sobre las causas, síntomas, tratamiento, evolución y pronóstico del trastorno. Asimismo, hay que enfatizar la necesidad de cumplimentación del tratamiento, señalando como causa frecuente de recaída la mala cumplimentación del mismo y hay que monitorizar el estado afectivo y las conductas de forma periódica así como estudios regulares para el control del tratamiento (litemias, niveles de los fármacos empleados y otros estudios de laboratorio). Es importante educar en la detección precoz de las recaídas y en las complicaciones del trastorno al tiempo que promovemos la integración y adaptación a las dificultades psicosociales (“cicatrices psicosociales”) del TBP. Debemos minimizar las consecuencias académicas, sociales e interpersonales del trastorno en la vida del paciente. (8)

TRATAMIENTO PSICOTERÁPICO

Otro aspecto importante del tratamiento lo constituyen las intervenciones psicológicas que, en los períodos Interepisódicos, ayudan a reducir la morbilidad y las recaídas y, proporcionan actuaciones específicas en los procesos comórbidos. La aparición de trastornos afectivos en edades tempranas puede afectar al desarrollo de la personalidad con mayor intensidad que en edades tardías. En la literatura podemos encontrar estudios abiertos y controlados sobre este tipo de intervenciones en la depresión del niño y del adolescente, pero no en el tratamiento del TBP. Aquí las intervenciones se basan en la literatura del adulto adaptadas al proceso evolutivo de estas edades, lo que implica mayor participación de la familia e incluyen; terapia familiar, terapia de soporte, terapia de grupo, terapia cognitivo-conductual, terapia sobre el manejo conductual de la familia y, terapias interpersonales y sociales. (8)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico del episodio maníaco del niño y del adolescente se basa en la adaptación de las guías terapéuticas utilizadas en los adultos con TBP, de momento, no existen estudios bien diseñados (doble ciego, comparados con placebo) que valoren la eficacia de los psicofármacos normalmente empleados en estas edades. Sin embargo, sí existen numerosos estudios abiertos y series de casos en los que se ha utilizado litio y carbamazepina, ácido valproico y, más recientemente, otros fármacos

TRASTORNO BIPOLAR INFANTO-JUVENIL

AUTORA: Carla Gutiérrez

antiepilépticos o neurolépticos atípicos, en el tratamiento de niños y adolescentes con Trastorno bipolar.

En la práctica clínica podemos establecer tres fases de tratamiento dependiendo de la situación clínica del niño o del adolescente:

1º. Tratamiento farmacológico durante la fase aguda.

El objetivo radica en controlar los síntomas agudos del episodio maníaco, así como los síntomas añadidos de agitación o psicosis. El **litio** permanece como el tratamiento de

elección en el adulto y, también, se recomienda como primer agente en el TBP de inicio

precoz. Se han realizado algunos estudios sistemáticos (pero abiertos) del uso del litio en el TBP del adolescente y han encontrado cifras de respuesta del 80% en la manía clásica y del 40% en la de los pacientes con TDAH previo. Por el contrario, la pre-sencia de TDAH no condiciona tanto los tratamientos de mantenimiento a corto plazo pero esto sí pasa en el caso de que exista una psicosis ya que es necesario normalizar la clínica de ésta con neurolépticos para que la respuesta global sea la adecuada.

En la práctica clínica habitual el **ácido valproico** y, en menor grado, **carbamazepina**

pueden utilizarse como alternativas o como tratamientos asociados al litio cuando aparece resistencia al mismo. Incluso se ha sugerido que **los anticonvulsivantes** pueden ser más efectivos que **el litio** en la manía mixta o de ciclos rápidos. Al igual que con el tratamiento con litio, no existen estudios controlados en niños y adolescentes con manía y, el conocimiento en estas edades se debe preferentemente a su uso en neurología y en psiquiatría, por su uso en las alteraciones de la conducta. Se han descritos estudios

abiertos y casos clínicos con otros fármacos antiepilépticos (**topiramato, lamotrigina, gabapentina**) que demuestran que pueden ser útiles en pacientes específicos.

Las **benzodiazepinas** de alta potencia se han utilizado en el adulto como alternativa terapéutica a los neurolépticos en el manejo de la agitación y del insomnio en los estados agudos de manía y de la agitación psicótica. Hasta que haya estudios específicos para niños, su utilización debe ser prudente dada la posible producción de desinhibición de las BZD en esta población. El incremento de la frecuencia en la aparición de síntomas psicóticos en la manía del adolescente, hace necesario el uso de **neurolépticos** pero no existe, sin embargo, una evidencia definitiva de la necesidad de añadir NLPs en el tratamiento de los síntomas psicóticos de la manía en el niño y en el adolescente. De los datos preliminares de pequeños estudios abiertos se deduce que el tratamiento aislado con litio puede ser eficaz para el tratamiento de las alucinaciones y las ideas delirantes. Por otro lado, la literatura del adulto recoge que, independientemente de la existencia de síntomas psicóticos, los

TRASTORNO BIPOLAR INFANTO-JUVENIL

AUTORA: Carla Gutiérrez

NLP han demostrado ser tan efectivos como el litio en el tratamiento del episodio agudo de manía, no quedando claro si su efectividad es debida a efectos antimaniacos o secundarios al efecto sedativo.

La necesidad de la instauración de tratamiento neuroléptico va a venir determinada en

gran medida por la presentación clínica del episodio maniaco, en función sobre todo de la presencia de alteraciones de conducta graves y difíciles de manejar, así como de la aparición de síntomas psicóticos. La búsqueda de nuevos antipsicóticos con perfiles farmacológicos más seguros hace que los neurolépticos atípicos como risperidona, olanzapina y quetiapina, se vayan incorporando progresivamente al campo de la psicofarmacología infanto-juvenil. Solo existe un estudio doble-ciego placebo donde se valora el efecto de quetiapina añadida a AVP para el tratamiento de la manía en el adolescente. La **TEC** es efectiva en el tratamiento del episodio agudo de manía y de depresión en el

adulto. Su uso en niños y adolescentes con TBP ha sido descrito en episodios de depresión, manía y en ciclos rápidos, con buena respuesta. Este tratamiento se indicará solo cuando otras modalidades terapéuticas hayan fracasado o no haya sido posible su aplicación. **Otros fármacos** utilizados en el TBP del adulto como los bloqueadores de los canales del calcio, la clonidina y las hormonas tiroideas, no han sido estudiados de momento en el TBP del niño y del adolescente.

2º Tratamiento farmacológico durante la fase de continuación.

El tratamiento en esta fase va orientado a consolidar la respuesta obtenida en el tratamiento de la fase aguda y a prevenir las recaídas. Es importante considerar que todos los pacientes deben tener una fase de consolidación. Se realizará habitualmente con el mismo tratamiento que ayudó a remitir los síntomas en la fase aguda, si bien se podrá ir considerando la retirada de otros fármacos como los Neurolépticos. Puesto que existe un mayor riesgo de discinesia tardía en los pacientes con trastornos afectivos tratados con Neurolépticos, los niños con TBP se muestran especialmente vulnerables dado el mayor tiempo de exposición al que pueden estar expuestos a este tipo de tratamientos a lo largo de la vida. No existen además datos evidentes de que los NLPs puedan ser utilizados por sí solos en el tratamiento de mantenimiento del TBP.

3º Tratamiento farmacológico durante la fase de mantenimiento.

El tratamiento durante la fase de mantenimiento va orientado principalmente hacia la prevención de recurrencias. Las informaciones sobre quién debe recibir tratamiento de mantenimiento, cuál y durante cuánto tiempo, no están bien definidos. Como orientación general podremos basarnos en las siguientes aproximaciones: presencia de más de dos episodios o en pacientes con un único episodio que fue difícil de tratar, gravedad de la clínica (suicidio, funcionamiento pobre), presencia de síntomas psicóticos y niño o adolescente con historia familiar de TBP o depresión mayor con psicosis.

El tratamiento será el mismo utilizado durante la fase de consolidación y la duración del mismo dependerá de factores tales como severidad, frecuencia y

tipo de TBP; dificultad para tratarlo, motivación del paciente y de los padres, así como de la respuesta y los efectos adversos al tratamiento. El periodo de tiempo de mantenimiento debe ser, al menos, de un año. (8)

El mayor problema lo plantea el uso de antidepresivos, su uso en el tratamiento de TBP ha sido muy cuestionado por muchos autores, al punto de ser contraindicado por algunos de ellos. En nuestra experiencia es indudable que existen casos que solo responden cuando se utilizan estos fármacos, lo cual debe realizarse con mucha cautela, siempre asociados a antirrecurrenciales y por el menor tiempo posible. Es importante tener en presente que puede favorecer el switch, sobre todo en caso de trastorno bipolar tipo I y cuanto más joven sea el paciente. Se considera que el 50% de los casos tratados con antidepresivos viran a la manía, cifra que sería algo menor considerando que espontáneamente también viraría el 20%. El otro punto importante a considerar es que éstas moléculas pueden producir resistencia a los neuroestabilizadores. Los antidepresivos que con más frecuencia producen viraje son los tricíclicos, la venlafaxina y los IMAO. Se considera que el litio a dosis altas no requiere la adición de moléculas antidepresivas. (2)

Conclusiones

El trastorno del espectro bipolar de inicio muy precoz es una patología crónica, grave e invalidante, aunque su entidad mórbida no sea única ni evidente. Designamos así, con este nombre, entidades clínicas diversas cuyo carácter en común es la gravedad del cuadro confirmada por su evolución, al igual que el espectro de formas intermedias que exigen también abordaje específico y medidas preventivas.

La mayoría de estos niños, a pesar de la diversidad de sus presentaciones clínicas, de su adaptación o seudoadaptación a las obligaciones escolares, familiares y sociales, se convierte en adultos con patologías cuyo punto en común es la dificultad de tener realizaciones adecuadas y relaciones satisfactorias para sí y para el entorno. Por eso creemos firmemente en la necesidad del diagnóstico precoz, para que su tratamiento sea adecuado y oportuno y nos permita acotar las graves consecuencias que tiene en el niño y en la familia el trastorno bipolar de inicio precoz.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Tratado de psiquiatría. Volumen 4, sexta edición. Capítulo 44 “trastornos del estado de ánimo y suicidio” Pág. 2293-2320.
(2) Akiskal. Trastornos Bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Capítulo “trastorno bipolar infanto-juvenil”. 1° Edición, Buenos Aires, 2006.
(3) Laura Viola , Carlos E Prego. Artículo “ Evolución del Trastorno Bipolar de inicio muy temprano y sus controversias”. Revista de Psiquiatría Uruguaya, 2006.

- (4) Aranzazu fernandez Rivas, Esther Fernandez Martin. Artículo sobre “ Trastorno Bipolar en la infancia: a propósito de un caso”. Revista Norte de salud Mental N° 25, 2006.
- (5) Lino Palacios Cruz, Francisco Romo Nava, Luis Rodrigo Patiño Durán, Fernando Leyva Hernandez, Eduardo Barragán Paez, Claudia Becerra Palars, Francisco de la Peña Olvera. Artículo sobre Trastorno por déficit atencional y Trastorno bipolar pediátrico, comorbilidad o traslape clínico?. Mediagraphic Artemisa en línea, salud mental 2008.
- (6) Carlson GA. Bipolar disorder. En, Martin A, Scahill L, Charney DS, Leckman JF. Pediatric psychopharmacology. New York: Oxford University Press, 2003.
- (7) Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Ryan ND, Strober MA, Gill MK, et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. Bipolar Disord 2005; pag: 525-535.
- (8) Gutierrez Casares J R, Martinez Rey T, Salcedo MS, García White J. “Guía clínica del trastorno Bipolar en la infancia, niñez y adolescencia”.Revista de Psiquiatría-Paidopsiquiatría.

REFERENCIAS DE LA AUTORA:

AUTOR: Carla Gutiérrez

DOMICILIO: Buenos Aires 2177 piso 12 dpto. E, Mar del Plata

TELÉFONO: (0223) 155902877

E-MAIL: carlaguti917hotmail.com

Médica Residente de Psiquiatría de adultos, Hospital neuropsiquiátrico Domingo Taraborelli , Necochea.