

# **TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

## **(BIPOLAR DISORDERS IN CHILD AND ADOLESCENTS)**

*Rodrigo Muñoz Tamayo\**

*Esta revisión de la literatura busca establecer los conceptos vigentes sobre las manifestaciones clínicas, los problemas para el diagnóstico, el diagnóstico diferencial y el tratamiento del trastorno bipolar en niños y adolescentes. Se demuestra que es un trastorno que se presenta con más frecuencia de lo que comúnmente se cree, pero que por sus particulares e inespecíficas manifestaciones clínicas, que llevan a confundirlo con otras entidades psiquiátricas, es habitualmente subdiagnosticado y por ende no adecuadamente tratado.*

*Palabras Clave: Trastorno bipolar, niños, adolescentes.*

*This review of the literature tries to establish the actual concepts about the clinical features, the diagnostic problems, the differential diagnosis and treatment of the bipolar disorder in children and adolescents. It shows that the disorder occurs more frequently than what it is usual/y thought, but due to the peculiar and nonspecific clinical characteristics, it is often misdiagnosed and therefore not appropriate/y treated.*

*Key words: Bipolar Disorders, Child, Adolescents.*

Durante mucho tiempo se consideró que los trastornos afectivos eran exclusivos de la edad adulta. Hasta hace pocos años los textos de psiquiatría infantil no solían contener un capítulo sobre el tema. En los últimos años y en la medida que nuestra disciplina se ha ocupado de desarrollar criterios diagnósticos más precisos basados en definiciones operacionales, se ha hecho evidente que los trastornos afectivos se presentan en la infancia y adolescencia, y son más frecuentes de lo que habitualmente se piensa.

### **EPIDEMIOLOGÍA**

En 1921 Kraepelin llamaba la atención sobre el hecho de que un porcentaje de sus pacientes maníacodepresivos habían desarrollado la enfermedad tempranamente: 0,4% antes de los 10 años, 3% antes de los 15 y 20% antes de los 20.

Estos datos de Kraepelin fueron ratificados por Lorangery Levine quienes en 1978 demostraron que 0,5% de los pacientes adultos refirieron el inicio de su cuadro bipolar entre los 5 y los 9 años, y el 7,5% entre los 10 y los 14 años.

Posteriormente Carlson y Kashani (1988) estudiaron 150 adolescentes entre 14 y 16 años de edad, encontrando una prevalencia de manía del 14% si el

\* Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Jefe Depto de Salud Mental Clínica Reina Sofía

**Muñoz R.**

criterio de duración no es tenido en cuenta, del 7,5% si el de severidad no es tenido en cuenta y del 0,6% si los criterios de severidad y duración son tenidos en cuenta de manera estricta.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

No hay mucha controversia sobre las características clínicas de la manía desde la descripción de Kraepelin (1921). Los dos elementos fundamentales para el diagnóstico han sido en primer lugar un estado de ánimo expansivo y volátil que se refleja en grandiosidad, exceso de compromiso, ligereza y displacer al ser obstaculizado; y, en segundo lugar, una energía incansable que se manifiesta en hiperactividad, discurso y pensamiento apresurados, distractibilidad y falta de necesidad de dormir.

Sin embargo, es muy probable que algunas características particulares de la manía en niños y adolescentes, atribuibles al momento del desarrollo cognoscitivo en que se encuentra el niño y a la inespecificidad de los síntomas psiquiátricos en niños y adolescentes, hayan dificultado que se haga el diagnóstico adecuadamente. Además, algunas teorías y creencias que se discutirán más adelante han llevado a que haya confusión con otros cuadros, como la esquizofrenia.

Los esfuerzos por establecer claramente el diagnóstico y las características clínicas de la manía en niños y adolescentes datan de 1960, con los trabajos de Anthony y Scott quienes intentaron definir unos criterios para diagnosticar manía juvenil, basados en manifestaciones clínicas y antecedentes familiares. Demostraron una continuidad del trastorno desde la infancia a la edad adulta.

La revisión de la literatura muestra cómo los síntomas maníacos en eda-

des tempranas son muy poco específicos y fácilmente confundibles con manifestaciones frecuentes en el desarrollo de los niños o con perturbaciones de otra índole. A medida que se observan los síntomas en niños de mayor edad, estas son más parecidas al cuadro clínico del adulto.

Sin embargo, la observación clínica cuidadosa de los elementos clásicos de la manía adaptados a la realidad y el entorno del niño, la elaboración de una historia minuciosa del desarrollo y funcionamiento del niño en sus diferentes etapas y su seguimiento a largo plazo permite hacer el diagnóstico.

Las descripciones del trastorno bipolar en preescolares han mostrado una respuesta emocional exagerada ante estímulos mínimos, con cambios marcados en el nivel de actividad y acompañados de síntomas depresivos menores (Carlson 1983), cuadros de pataletas explosivas e inmanejables, juegos sexuales, pesadillas con imágenes violentas (Popper, 1984).

Carlson (1983) estudió los síntomas de manía en niños encontrando siempre un cuadro de hiperactividad, distractibilidad y un discurso apresurado. Los niños menores de 9 años tienden a presentar irritabilidad y labilidad afectiva, mientras que en los niños mayores de 9 años se pueden observar síntomas más típicos, como son euforia, elación, paranoia y delirios de grandeza.

De Long y Aldershof (1987) demostraron que la manía en niños se caracteriza por la presencia de ciclos donde se mezcla un ánimo disfórico con hipomanía y agitación, similar al descrito en los episodios mixtos. Según Akiskal y Weller (1989) la manía infantil es diagnosticable por criterios de manía de adultos, siempre y cuando el clínico conozca la fenomenología de los estados mixtos.

Otros autores insisten en el hecho de que se pueden identificar síntomas maníacos claros si son buscados en forma sistemática en el adolescente. (Berg et al, 1974; Horowitz, 1977).

Los episodios leves se caracterizan por un empeoramiento de comportamiento disruptivo, susceptibilidad, dificultades para dormir, impulsividad, desconcentración, épocas de baja atención, baja tolerancia a la frustración, rabia explosiva seguida de rumiación de ideas de culpa, cambios bruscos (Carlson 1990).

Varanka (1988) hace una descripción de 10 niños hospitalizados con diagnóstico de trastorno bipolar (Tabla 1). Es llamativa la frecuencia con que se observaron fenómenos alucinatorios visuales (70%) y auditivos (50%), y delirios persecutorios (70%), lo cual demuestra una vez más la inespecificidad del cuadro.

Además de la inespecificidad de los síntomas que pueden llevar a confu-

sión con variantes normales del desarrollo o con otros cuadros como el déficit de atención con hiperactividad y los trastornos de conducta, existe el riesgo de hacer un diagnóstico errado de esquizofrenia (Weller, 1995).

Este último riesgo se presenta en primer lugar por la tendencia *arraigada* acerca de que el trastorno bipolar no ocurre en jóvenes y de que la esquizofrenia es mucho más frecuente en gente joven. En segundo lugar, por una tendencia del trastorno bipolar a ser más "psicótico" en jóvenes. Esto último ha sido corroborado en diversas descripciones de trastorno bipolar en niños y adolescentes, quienes lo han calificado como "salvaje" (Campbell, 1952; Kasanin, 1931), con "tinte esquizofrénico" (Landolt, 1957), con "elementos esquizofreniformes" (Olsen, 1961) o con "elementos psi-cóticos" (Ballenger et al 1982)

En lo que respecta a la severidad del trastorno, también existen dificultades y controversias. Esto ha llevado al concepto de espectro con términos como ciclotimia, t. bipolar I y II y t. esquizoafectivo, con límites poco definidos entre ciclotimia y normalidad y ciclotimia y manía (Carlson, 1990)

De la misma manera, la presencia de una manía con francos síntomas psi-cóticos ni establece límites claros entre manía y t. esquizoafectivo, ni tampoco permite predecir una evolución afectiva o esquizofrénica (Carlson, 1990).

El reconocimiento del trastorno bipolar subsindromático es de gran relevancia en adolescencia ya que esta es la edad en que suele comenzar (Akiskal, 1985, 1995; Klein et al, 1986). Asimismo los trastornos psicóticos tienden a considerarse esquizofrenia, mientras que los trastornos leves tienden a considerarse "adolescencia turbulenta" o reacción de adaptación (Carlson et al, 1978).

**Tabla 1**

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	
" DE 10 NIÑOS ENTRE 6 y 12 AÑOS	
Inquietud	100%
Disminución sueño	90%
Alucinaciones visuales	70%
Delirios persecutorios	70%
Discurso apresurado	60%
Taquipsiquia	60%
Aumento activ. sexual	60%
Logorrea	50%
Distractibilidad	50%
Fuga de ideas	50%
Alucinaciones auditivas	50%
Elación	50%
Irritabilidad	50%
Delirios de grandeza	20%
manía	20%
Historia familiar de depresión	50%
alcoholismo	60%

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Dentro del diagnóstico diferencial es necesario considerar algunas enfermedades médicas, como hipertiroidismo, secuelas de trauma craneo-encefálico, esclerosis múltiple, uso de esteroides. Dentro de los cuadros psiquiátricos, se debe diferenciar un trastorno por déficit de atención e hiperactividad y de un trastorno de conducta, los cuales pueden observarse como parte del cuadro inicial o ser una comorbilidad (Geller y Luby, 1997), y de la esquizofrenia (We-ller 1995).

En el trastorno por déficit de atención e hiperactividad se observa una historia de inquietud y distractibilidad permanentes, de inicio temprano y curso crónico, frecuentemente asociado a baja autoestima y sin síntomas psicóticos. El uso de estimulantes mejora rápidamente las manifestaciones del TDAH, mientras que en manía producen un empeoramiento de la sintomatología.

Con frecuencia, es difícil establecer límites entre los trastornos de conducta y la manía no psicótica. En ambos hay hiperactividad, distractibi-

lidad, juicio pobre, irritabilidad al ser obstaculizados, impulsividad, conductas de riesgo, alteraciones en el sueño y negación de los problemas. La mayor diferencia es el momento de inicio y el curso crónico v.s episódico en manía.

En los trastornos de conducta, la actuación peligrosa tiende a ser más destructiva, usualmente sin síntomas psicóticos y sin un discurso apresurado. La referencialidad y suspicacia en el trastorno de conducta es generalmente debida al miedo al castigo.

La esquizofrenia tiene usualmente un inicio más insidioso, con una historia familiar más frecuente de este padecimiento que de trastorno afectivo y no se observan un lenguaje apresurado o fuga de ideas en el examen mental.

### TRATAMIENTO

"El asunto crucial en el tratamiento de la manía es reconocerla". Esta frase de Dunner y Clayton (1987) resume perfectamente la complejidad del problema. Una vez hecho el diagnóstico, se debe emprender un tratamiento integral, que abarque el manejo psi-

Tabla 2

ESTABILIZADORES DEL ANIMO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

	Dosis (mg/kg/día)	Niveles (meq/l)	Efectos secundarios
Litio	~	0.6-1.4	SNC Gastroint. Endocrino Genitourinario
Carbamazepina	15-30	3-11	SNC Gastroint. Sup. med. osea
Ac. valproico	25-60	50-120	Gastroint. Hepatotóxicidad
Clonazepan	0.03-0.1	0.02-0.07	SNC T. comport.

coterapéutico y farmacológico del niño, es aconsejable involucrar el entorno familiar, brindando todo el apoyo psicoeducativo posible, incluido un apoyo escolar adecuado y el debido seguimiento de las medidas terapéuticas a largo plazo.

El manejo psicoterapéutico busca resolver los problemas de funcionamiento en la familia, el colegio y con sus pares (Puig Antich et al, 1993), asegurándose que el niño entienda muy bien sus síntomas y las características de su enfermedad.

El abordaje de los padres incluye una evaluación para identificar la presencia de trastorno bipolar en alguno de ellos, así como una adecuada psico-educación que les permita identificar síntomas de descompensación, entender la cronicidad del problema y favorecer la adherencia al tratamiento.

El colegio debe estar advertido sobre el tipo de problema que tiene el niño, para entender las dificultades o limitaciones que el trastorno y su tratamiento puedan producir en el desempeño académico.

Se ha propuesto una serie de indicaciones para el uso de un estabilizador de ánimo, como presencia de episodios de manía y depresión incapacitantes, depresión severa con probable hipomanía, depresión con retardo psicomotor y elementos psicóticos, desarrollo de un episodio psicótico con síntomas afectivos y presencia persistente de comportamiento agresivo con manifestaciones afectivas y con antecedentes familiares de un

trastorno afectivo que responda a litio (Campbell et al 1984)

En la tabla 2 se presentan los estabilizadores de ánimo utilizados en niños y adolescentes, así como su dosificación por kilo de peso y los efectos secundarios más frecuentes.

Se han descrito casos de resistencia al litio en el trastorno bipolar de aparición antes de los 12 años (Strober et al, 1988), en los estados mixtos (Himmelhoch y Garfinkel, 1986) y cuando se presenta un trastorno de personalidad en eutimia (Kutcher et al, 1990).

El uso de neurolépticos debe hacerse durante el menor tiempo, debido al riesgo de discinesia tardía en niños con trastornos afectivos, el cual ha sido explicado por la posibilidad de una exposición más larga a neurolépticos en la vida (Kane, 1991; Mukherjee et al, 1986).

## CONCLUSIÓN

La información disponible permite concluir que la enfermedad bipolares una entidad más común de lo que se cree. Se requiere un ejercicio clínico minucioso y un seguimiento estrecho de los pacientes, así como familiaridad con el desarrollo cognoscitivo para hacer un diagnóstico preciso y una adecuada diferenciación del cuadro. No existe aún una cantidad suficiente de estudios farmacológicos, por los que se debe prestar especial atención a las indicaciones para el uso de los medicamentos estabilizadores del ánimo en niños y el manejo de los neurolépticos.

## Referencias

Akiskal HS et al (1985), Affective disorders in referred children and younger siblings of manic depressives. Arch Gen of Psychiatry, 42,996-1 004.

Akiskal HS , Weller EB (1 989), Mood disorders and suicide in children and adolescents. En Kaplan y Sadock (eds) Comprehensive Textbook of Psychiatry (vol 2, 5th Ed). Baltimore, Williams and Wilkins.

Muñoz R.

- Akishal HS (1995), Developmental pathways to bipolarity: are juvenile-onset depressions prebipolar? *J Am Acad of Child and Adol Psychiatry*, 34, 754-763.
- Ballenger JC et al (1982). The "atypical" presentation of adolescent mania. *Am Jou of Psychiatry*, 139, 602-606.
- Berg I et al (1974), Bipolar Manic Depressive psychosis in early adolescence. *Br Jou of Psychiatry*, 125,416-419.
- Campbell JD (1952), Manic depressive psychosis in children-report of 18 cases. *Jou of Nervous and Ment Dis*, 116,424-439.
- Campbell M et al (1984), Use of lithium in children and adolescents. *Psychosomatics* 25:95-106.
- Carlson GA, Strober M (1978), Manic depressive illness in early adolescence: a study of clinical and diagnostic characteristics in six cases. *Juo Am Acad of Child Psychiatry*, 17,138-153.
- Carlson G (1983), Bipolar affective disorders in childhood and adolescence. En Cantwell DP, Carlson G (eds) *Affective disorders in childhood and adolescence, an Update*. New York, Spectrum.
- Carlson GA, Kashani JH(1988), Manic symptoms in an non-referred adolescent population. *J Affect Disord* 15, 219-226.
- Carlson G (1990) Annotation: Child and adolescent mania. Diagnostic considerations. *Jou of child pschol and psychiatry*. Vol 31 ,No 3,1990.
- DeLong GR, Aldershof AL (1987) Long-term experience with lithium treatment in childhood: Correlation with clinical diagnosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26, 389-394.
- Dunner DI, Clayton P (1987), Drug treatment of bipolar disorder. En: *Psychopharmacology: The third generation of progress*, Meltzer, ed. New York: Raven Press.
- Geller B, Luby J (1997) Child and adolescent bipolar disorder. A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 1168-1176.
- Himmelhoch JM et al (1986), Mixed mania: diagnosis and treatment. *Psychopharmacol Bull* 22:613-620.
- Horowitz Ha (1977), Lithium and the treatment of adolescent manic depressive illness. *Diseases of Nerv System*, 6, 480-483.
- Kane JM (1991), *Tardive Dyskinesia: Atask forcé Report of the APA*. Washington DC. American Psychiatric Press.
- Kasanin J. (1931). The affective psychoses in children. *Am Jou of Psychiatry*, 6, 897-926.
- Klein DN et al (1986), Inventory identification of cyclothymia. IX. Validation in offspring of bipolar 1 patients. *Arch of Gen Psychiatry*, 43,441-445.
- Kraepelin E (1921), *Manic depressive insanity and paranoia*. Edinburgh, Livingstone.
- Kutcher SP et al (1990), Adolescent bipolar illness and personality disorders. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:355-358.
- Landolt AD (1957), Follow-up studies on circular manic depressive reactions occurring in the young. *Bull NY Acad Med* 33,65-73.
- Mukherjee S et al ((1986), Persistent tardive dyskinesia in bipolar patients. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 342-346.
- Olsen T (1961), Follow-up study of manic-depressive patients whose first attack occurred before the age of 19. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 162, 45-51.
- Popper C (1984) Biological cyclicality in two preschool children. Paper presented at the 137 APA meeting, Los Angeles.
- Puig Antich J et al (1993) The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *J Am Acad of Child and Adol Psychiatry*, 32,244-253.
- Strober M et al (1988), A family study of bipolar I disorder in adolescence: early onset of symptoms linked to increased familial loading and lithium resistance. *J Affect Disord* 15:255-268.
- Varanka TM et al (1988) Lithium treatment of manic episodes with psychotic features in prepubertal children. *Am J Psychiatry*, 145,1557-1559.
- Weller E (1995) Bipolar disorder in children. *J Am Acad of Child and Adol Psychiatry*, 34, 710-714