



TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES BIPOLAR DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Carmen Herrera Basadre¹
María Jesús Vargas Baldares²

RESUMEN

El Trastorno Bipolar (TB) es una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado del ánimo, entre episodios de depresión, de manía y mixtos. El TB en jóvenes suele aparecer de una forma atípica. El diagnóstico y tratamiento en jóvenes prepuberales y adolescentes es aún un tema controversial y generalmente este trastorno no se reconoce ni se trata adecuadamente.

El objetivo de este artículo es revisar la literatura sobre el TB en niños y adolescentes, enfocándonos en su prevalencia, etiología, clínica característica, comorbilidad, curso y pronóstico al igual que en la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz, para así poder ejecutar un manejo psicofarmacológico adecuado, asociado a psicoterapia y educación del paciente y su entorno familiar, ya que es de suma importancia para la evolución y pronóstico del paciente.

Palabras clave: Trastorno bipolar, niños, adolescentes, prevalencia, etiología, clínica, pronóstico, diagnóstico y tratamiento

ABSTRACT

Bipolar disorder (BD) is a psychiatric illness that is a cyclical and recurrent disturbance of the mood, between episodes of depression, mania and mixed. BD in young people usually occurs in an usual shape. The diagnosis and treatment in prepubertal and young adolescents is still a controversial issue and this condition is usually not recognized or treated properly.

The aim of this paper is to review the literature on BD in children and adolescents, focusing on its prevalence, etiology, clinical characteristics, comorbidity, longitudinal course and prognosis as well as its diagnosis and early treatment, in order to run an appropriate psychopharmacological management, plus psychotherapy and education to the patient and their family, as it is of great importance for the evolution and prognosis of the patient.

Key words: Bipolar disorder, children, adolescents, prevalence, etiology,, clinic, prognosis, diagnosis, treatment

¹ Médico general. Email. : carmenbasadre@yahoo.com

² Médico general. Servicio de Urgencias. Hospital Nacional Psiquiátrico Email. : marjvb@yahoo.es



INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad psiquiátrica que frecuentemente no se reconoce ni se diagnostica adecuadamente, caracterizada por fluctuaciones episódicas del estado de ánimo. Es una de las formas más graves de enfermedad mental y compromete por igual a ambos sexos. Es la sexta causa de discapacidad para ajustarse a los diferentes eventos que se presentan durante los años de vida, a nivel mundial, en personas de 15 a 44 años. (1, 2, 3, 4, 5)

El TB se ha convertido en uno de los principales campos de estudio de la psiquiatría moderna. (9) Hasta en un 60% de los casos la enfermedad bipolar debuta en la etapa infantil o juvenil y se ve agravado por una alta prevalencia de comorbilidades.

El diagnóstico y tratamiento del TB en jóvenes prepuberales y adolescentes es aún un tema controversial. (6) Es de suma importancia identificar las manifestaciones del TB en este grupo; ya que una detección y tratamiento tempranos podrían mejorar el manejo y los resultados clínicos en estos pacientes.

El TB en la población prepuberal y adolescente es un problema serio, recurrente y debilitante. (6) Con mucha frecuencia el TB no se considera como una posible patología en los niños, retrasando su diagnóstico, lo cual puede tener efectos negativos en el curso clínico y pronóstico de ellos. Es necesario desarrollar criterios alternativos de diagnóstico e instrumentos de evaluación para pre-púberes y adolescentes con TB. (6)

PREVALENCIA

Aunque algunos estudios epidemiológicos indican una prevalencia del TB en niños y adolescentes del 1%, este valor podría ser superior. (7, 8, 9, 10) Akiskal (1995) fue uno de los primeros en señalar el posible enmascaramiento del TB como Depresión Mayor en la infancia, y se ha confirmado que entre un 20-30% de los niños expresivos evolucionarían hacia la bipolaridad en la edad adulta. Se menciona en la revisión de literatura realizada por Méndez y Birmaher (2010) en las Actas Españolas Psiquiátricas que varios autores han remarcado el frecuente error diagnóstico del TB en las fases iniciales. Por último, se ha establecido de manera convencional considerar el inicio temprano del TB antes de los 18 años y el inicio muy temprano antes de los 13 años. (9) Faeda y col. (2004) incluso encontraron que 75% de los casos de inicio temprano tuvieron su debut antes de los 3 años. A semejanza del TB en adultos, suele haber un retraso en el diagnóstico de más de 7 años en la población infantil. (9)

Un estudio realizado por Moreno y col. en Estados Unidos durante el periodo de 1994-1995 al 2002-2003, muestra un incremento global del número de visitas a psiquiatría con un diagnóstico de TB. Mientras que en la población adulta el diagnóstico se multiplicó por 2, en la población infantil-juvenil (menores de 18 años) se multiplicó por 40 en el mismo periodo. Ante la escasez de estudios epidemiológicos, no sabemos si es posible generalizar este aumento de casos a todos los países. Parece ser que este diagnóstico sería menos frecuente fuera de los Estados Unidos. (9, 11)



En la revisión bibliográfica realizada por Méndez y Birmaher (2010) se menciona que anteriormente se había señalado una edad media de inicio a los 20 años, siendo habitual un retraso en el diagnóstico de más de 10 años (9); sin embargo, muchos estudios retrospectivos realizados por diferentes grupos alrededor del mundo muestran que en hasta un 60% de los casos, los síntomas habrían empezado antes de los 18 años. (9, 11, 12) No se han hallado diferencias entre sexos en la prevalencia global de TB, aunque la incidencia en las edades extremas de la vida (menos de 25 y más de 76) podría ser superior en la población masculina. (9)

Es más probable que el TB afecte a los hijos de padres que lo padecen. Cuando el padre o la madre tienen el TB, se estima que el riesgo de cada niño es del 15-30%. Cuando ambos padres de familia padecen de TB, el riesgo aumenta a 50-75%. (13)

Estudios naturalistas mencionados en el estudio Birmaher y col. (2010) sobre el curso longitudinal del TB en niños y adolescentes por un periodo de 4 años, han demostrado que mientras que las tasas de recuperación de los episodios tienen un alto índice (70-100%), de aquellos que se recuperan hasta un 80% experimentará una o más recurrencias sindrómicas en un periodo de 2 a 5 años. Los jóvenes con desorden bipolar experimentan fluctuaciones del estado de ánimo de intensidad variable a lo largo del 60-80% del tiempo de seguimiento; particularmente síntomas depresivos y mixtos. (14)

ETIOLOGÍA

Aunque el TB tiene un componente genético, su modo de herencia permanece en la oscuridad y ningún gen de vulnerabilidad se ha identificado claramente. A pesar de que Robins y Guze (1970) resaltaron la influencia predominante de la genética e historia familiar como un marcador etiológico esencial, es claro que los factores y procesos psicosociales son igualmente importantes para proporcionar un coherente y comprensivo entendimiento de la etiología del TB. (15, 16)

Al ser el TB una enfermedad multifactorial, es difícil probar que un gen específico influye en la edad de inicio temprano. En un estudio europeo realizado por Mathieu y col. (2010), sobre evidencia genética en el TB de inicio temprano, se describe la presencia de numerosos genes involucrados en el TB y que interactúan entre sí. También después de diversos estudios se ha sugerido que existen algunos factores genéticos que comparte la presentación de inicio temprano y la de inicio tardío del TB. (16)

Claramente, las investigaciones sobre biomarcadores genéticos y neurobiológicos son importantes para entender la etiología del TB en un nivel diferente y complementario de análisis, sin embargo, hay que destacar que son pocos los estudios de biomarcadores genéticos y neurobiológicos que utilicen diseños longitudinales rigurosos para predecir el inicio y el curso del TB a través del tiempo. (15)

Es imprescindible que los científicos clínicos y profesionales empíricamente tengan comprensión de la información y bases teóricas de las potenciales causas de inicio, curso y variaciones de expresión y del espectro bipolar durante toda la vida.



CLÍNICA

El TB se caracteriza por un curso episódico, alternándose estados de ánimo expansivo o irritable con estados de ánimo depresivo o pérdida de la capacidad para el placer. (9) A fin de consensuar el diagnóstico del TB, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH por sus siglas en inglés) organizó una mesa redonda en 2001 donde se clasificó este trastorno en 3 categorías: tipo I, tipo II y TB no especificado (NOS por sus siglas en inglés). (9)

El tipo I se caracteriza por una historia de 1 o más episodios de manía, muchas veces acompañados de 1 o más episodios de depresión. Este grupo de pacientes presenta predominantemente más síntomas psicóticos y exaltados que estado de ánimo irritable. Se asocia con ciclismos frecuentes que con frecuencia continúa durante la edad adulta. (1) Pacientes con TB II presentan una menor proporción de severidad y a menudo inicialmente se presentan con depresión. Su diagnóstico requiere la presencia de 1 o más episodios de depresión mayor y un mínimo de 1 episodio hipomaniaco en al menos los últimos 4 días.

Frecuentemente son mal diagnosticados como trastorno depresivo en el grupo de edad pediátrica. El TB II es el subtipo más común de TB, tiene la tasa más alta de recurrencia y se asocia frecuentemente con trastornos de ansiedad. (1)

El TB NOS más frecuentemente involucra un humor más irritable que exaltado y requiere síntomas que se presentan mínimo por 4 horas en un periodo de 24 horas. Es más crónico que episódico, tiene inicio en la prepubertad, y típicamente requiere de una

recuperación prolongada después de un evento. Su identificación se puede dificultar por la frecuente comorbilidad con Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) y Trastorno de Oposición Desafiante (TOD). (1) Los síntomas del TB pueden ser difíciles de reconocer en los niños, ya que pueden confundirse con emociones y comportamientos propios de la edad en niños y adolescentes. El TB en niños podría ser atípico en su presentación, sólo en un 50% de los casos se cumplirían los criterios actuales diagnósticos, ya sea porque el criterio temporal no es el adecuado, por el predominio de otros síntomas cardinales ó por su curso crónico e insidioso. (9, 13, 17)

Los adolescentes con TB a menudo manifiestan un curso más crónico, no episódico, con patrones cíclicos rápidos y continuos que los adultos. La labilidad emocional asociada con TB puede ser un factor muy destructivo del desarrollo de la propia identidad del adolescente. (1, 6)

NEUROPSICOLOGÍA

Las deficiencias neuropsicológicas del TB han sido ampliamente estudiadas en adultos, sin embargo, poco se conoce sobre la caracterización neuropsicológica del TB en niños y adolescentes. En este sentido, ha sido de gran interés investigar sobre ello para conocer si los niños y adolescentes con TB presentan alteraciones cognitivas y analizar si las deficiencias neuropsicológicas son parecidas a las ya documentadas en los adultos con este trastorno. En el TB en niños y adolescentes se presenta labilidad afectiva, reactividad emocional e irritabilidad; lo cual sugiere que hay una falla en la regulación en los sistemas cerebrales responsables del



control afectivo, ejecutivo e inhibitorio que organizan el comportamiento. (18) Se piensa que los signos neuropsicológicos pueden aportar información que coadyuve en el diagnóstico diferencial. (18)

Posterior a un estudio realizado en la Unidad de Neuropsicología del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en México, publicado en el 2009 se observó que las deficiencias neuropsicológicas en el adolescente incluyen el funcionamiento ejecutivo, y otros dominios cognitivos que influyen sobre la capacidad general para solucionar problemas, y posiblemente también tengan un efecto negativo sobre el desempeño escolar de estos adolescentes. Estos signos neuropsicológicos podrían considerarse como una caracterización neurocognitiva del trastorno, que permita una distinción más clara con otras entidades psiquiátricas o neurológicas con fenomenología parecida que impliquen dificultad diagnóstica. (18)

Estudios neuropsicológicos, mencionados en el estudio sobre funcionamiento neuropsicológico de adolescentes con TB de Castañeda y col. (2009), a menudo reportan similar déficit neurocognitivo en pacientes con TDAH y TB. Los pacientes con TB tienen déficit en la flexibilidad cognitiva, atención sostenida y memoria verbal de trabajo, independientemente del estado de su enfermedad. De forma similar, los pacientes con TDAH exhiben déficit en las funciones ejecutivas, atención, vigilancia, memoria de trabajo, planeación y respuesta de inhibición. Por otra parte, estudios recientes también sugieren que los adolescentes con TDAH pueden presentar más grave daño neurocognitivo que aquellos con TB, con o sin diagnóstico de TDAH comórbido. (19)

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

Se conoce poco acerca del funcionamiento psicosocial en la población joven con TB. El TB en adultos se asocia con un gran deterioro en casi todos los dominios del funcionamiento, con una mayor discapacidad asociada más con la depresión que con la hipomanía. El deterioro en el TB de adultos no se limita a los periodos sintomáticos, sino que persiste durante los periodos de remisión de la enfermedad. Los niños y adolescentes con TB también experimentan un deterioro funcional significativo.

La literatura existente indica que el TB en jóvenes se asocia con una discapacidad psicosocial significativa. Sin embargo; todavía quedan muchas preguntas acerca el funcionamiento en jóvenes con TB. (20)

En un estudio realizado por Goldstein y col. (2009) sobre el funcionamiento psicosocial en jóvenes con TB, se observan niveles leves a moderados de deterioro psicosocial en los aspectos de trabajo (incluyendo académicos) y relaciones interpersonales (incluyendo familia y amigos) en una muestra de jóvenes con TB. (20) En promedio, los pacientes jóvenes con TB aprobaron un buen funcionamiento recreacional pero reportaron moderada insatisfacción con su nivel general de funcionamiento. (20)

Los resultados del estudio mencionado de Goldstein (2009) indican que la psicosis es un fuerte predictor del deterioro del funcionamiento en el TB. También se observó que en los jóvenes con TB en un episodio afectivo presentaban más daño que aquellos en remisión parcial o recuperación en todos los dominios funcionales examinados y era menos satisfecho con su funcionamiento. (20)



DIAGNÓSTICO

El diagnóstico y tratamiento en este grupo etario permanece como un tema controversial. (6) Algunos investigadores han reportado que la fenomenología de la manía en adolescentes es similar a la de los adultos, mientras otros investigadores reportan que los pacientes adolescentes muestran una tasa significativamente más alta de episodios mixtos y una tasa significativamente menor de características psicóticas que los pacientes adultos. (6) El diagnóstico del TB se trata de un diagnóstico clínico, recomendándose seguir los criterios del DSM-IV como guía, no hay exámenes de laboratorios ni imágenes médicas. (9, 21)

La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (2007) recomienda la búsqueda activa de síntomas maníacos en todas las primeras entrevistas psiquiátricas, con preguntas específicas sobre periodos espontáneos de cambios de humor acompañados de activación psicomotriz, episodios depresivos previos, y antecedentes de trastornos afectivos en la familia. Si tras la primera visita se sospecha de clínica compatible con manía, es recomendable que un clínico con experiencia en trastornos afectivos del niño y del adolescente, lleve a cabo una evaluación exhaustiva, entrevistando tanto al menor como a uno de sus progenitores. El diagnóstico debe hacerse siempre desde una perspectiva longitudinal, teniendo en cuenta tanto la evolución de los síntomas, como el contexto en el que se producen y la repercusión funcional. (9)

Las personas con familiares (principalmente los padres) que hayan padecido TB de inicio temprano y que además sean portadores de un Trastorno Depresivo Mayor (TDM), con

intentos de suicidios o con abuso de sustancias adictivas, tienen un alto riesgo de presentar este padecimiento. (7)

Es importante establecer una buena secuencia temporal, delimitando la forma debut, periodos de remisión y empeoramiento, respuesta a tratamientos previos, estresores y factores precipitantes de cada episodio. (9)

En cada entrevista, debe explorarse la ideación suicida (e ideas homicidas), dado el elevado riesgo en esta población.

La historia debe completarse con preguntas específicas sobre el desarrollo del niño, así como antecedentes familiares, con los tratamientos recibidos y nivel de respuesta. Es necesario establecer la gravedad clínica del episodio, siendo útil el sistema FIND: (9)

- Frecuencia: los síntomas ocurren la mayoría de días de una semana
- Intensidad: los síntomas son suficientemente severos como para causar distorsión extrema en un área de funcionamiento, o moderada en 2 o más áreas
- Número: los síntomas ocurren 3-4 veces al día
- Duración: los síntomas ocurren 4 o más horas al día en total no necesariamente contiguos

Para poder realizar una buena entrevista diagnóstica pueden necesitarse varias horas o espaciar la recogida de información en varias visitas.



Es importante señalar que si bien es posible la presencia de casos maniacos en edades muy precoces, el diagnóstico en menores de 6 años es controvertido, siendo necesario adaptar la entrevista al nivel del desarrollo del niño y completándose en la medida de lo posible con la observación directa del niño en su domicilio. (9)

Es esencial la detección temprana y el diagnóstico oportuno de los niños y adolescentes con TDAH y TB. Se han propuesto múltiples variables, como la misma comorbilidad, y otras como el nivel de experiencia del médico tratante, del profesional de la salud, pues el contexto clínico y la especialidad del médico dificultan el diagnóstico por el traslape de síntomas. (22) Es importante recalcar la importancia de que los pediatras refieran más a los niños hacia los psiquiatras cuando son evidentes la depresión o el riesgo suicida. (11, 22)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDADES

Ambos tipos de enfermedad bipolar, tanto la de inicio prepuberal y del adulto se ven agravados por una alta prevalencia de comorbilidades. (11)

La mezcla de comorbilidades del TB de inicio en prepúberes, que a menudo complican su diagnóstico, son algo diferentes a las de los adultos. Dentro del TB, el TDAH sería el trastorno comórbido más frecuente, con una prevalencia entre 11-90%, superior en las formas de debut muy precoz (menos de 12 años) y en los varones. Los Trastornos de Conducta (TC) ocuparían el segundo lugar en frecuencia, pudiendo relacionarse con un peor

nivel de funcionamiento, con peor rendimiento escolar, más antecedentes de ingresos y más tratamientos previos.

No está claro si habría diferencias entre el debut en la infancia o en la adolescencia o entre sexos. La comorbilidad con ansiedad ocuparía el tercer lugar, con tasas generales del 17-60%. (7, 9, 11)

No habría diferencias entre niños y adolescentes, salvo para el Trastorno de Ansiedad (TA) por separación que es mayor en niños comparado con adolescentes. En todos los casos predominaría el género femenino, y el fenotipo TB II frente a los TB I y TB NOS. Parece que la comorbilidad entre Trastornos de Pánico (TP) y TB se asociaría a una mayor prevalencia de síntomas psicóticos, y mayor riesgo suicida. Los Trastornos de Abuso de Sustancias serían muy poco frecuentes, 4-18%, y ocurrirían principalmente en los adolescentes. (9)

En el diagnóstico diferencial del TB en niños y adolescentes debe tenerse en cuenta su elevado solapamiento con el TDAH y los TC. Casos de TDAH atípicos que debutan tardíamente (mayores de 15 años), de forma brusca; o TDAH y TC con fluctuaciones en el tiempo en función del ánimo, y baja respuesta al tratamiento; o la presencia de síntomas característicos de manía junto con alucinaciones o psicosis, y antecedentes familiares afectivos, deben hacernos pensar siempre en la posibilidad de un TB. El TB en niños y adolescentes puede confundirse también con Esquizofrenia si los síntomas psicóticos son prominentes. También debemos pensar en TB en los casos de TDM de debut precoz, con síntomas psicóticos,



elevada inhibición psicomotriz, y resistentes al tratamiento.

Otra fuente de confusión serían los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), donde son frecuentes periodos de irritabilidad, fluctuaciones del ánimo y graves pataletas si se altera su rutina. Por último, debemos descartar otras enfermedades médicas o fármacos que puedan mimetizar la clínica maniaca. (9)

TDAH Y TB EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

El TB y el TDAH tienen síntomas clínicos distintos y también superposición de síntomas. El TB se caracteriza por desregulación emocional, humor exaltado, irritabilidad, aumento de energía y desinhibición. El TDAH se caracteriza por hiperactividad motora, desatención, impulsividad y pobre control de conducta. (19)

En la práctica clínica, algunos de los síntomas del TDAH (taquilalia, distraibilidad) pueden confundirse fácilmente con algunos de los síntomas del TB. Esto puede llevar a recomendar un tratamiento erróneo y ensombrear el pronóstico del paciente. (7)

El clínico debe sospechar la presencia de un TB en lugar de un TDAH cuando: los síntomas aparecen en etapas tardías de la vida del sujeto (después de los 10 años); los síntomas aparecen abruptamente en un niño que previamente estaba sano; los síntomas hubieran estado respondiendo a los estimulantes y hayan perdido su efectividad a pesar del apego al tratamiento; los síntomas se presentan de manera intermitente y tienden

a ocurrir junto con cambios en el estado de ánimo; un niño o adolescente comienza a tener periodos de júbilo exagerado e inexplicable, depresión, disminución de la necesidad del dormir sin cansancio al día siguiente y conductas sexuales inapropiadas; un niño o adolescente presenta cambios graves en su estado de ánimo, berrinches o rabia; un niño o adolescente tiene alucinaciones o delirios; y un niño o adolescente tiene una fuerte historia familiar de TB en su familia. (7, 11, 22)

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

En la revisión bibliográfica realizada por Méndez y Birmaher (2010) se describe que en el TB a menor edad de inicio, peor sería el pronóstico, y así parece confirmarse en los estudios longitudinales de bipolares pediátricos. (9) Como factores de mal pronóstico se ha señalado la presencia de síntomas psicóticos, una mayor duración de la enfermedad, el debut en la etapa infantil, presencia de psicosis, las formas TB NOS, síntomas subsindrómicos y trastornos comórbidos. Un bajo nivel socioeconómico, la carencia de cariño materna y la exposición a eventos negativos en la vida influirían también de forma negativa. También influyen la falta de psicoterapia, pobre adherencia al tratamiento farmacológico y la psicopatología familiar. (3, 9, 14)

En un estudio realizado por Birmaher y col. (2009) con 413 pacientes entre las edades de 7 a 17 años con diagnóstico de TB I, II y NOS, a lo largo de 4 años se observó que aproximadamente 2,5 años luego del inicio de los episodios primarios, 81% de los sujetos se recuperaron por completo (se define recuperación total como un periodo de 8 semanas de síntomas mínimos o sin síntomas



del estado de ánimo) pero 1,5 años más tarde 62,5% presentaron recurrencias sindrómicas, particularmente depresión, un tercio de los sujetos presentó una y un 30% dos o más. Los sujetos fueron sintomáticos en un 60% del seguimiento, particularmente con síntomas subsindrómicos de depresión y polaridad mixta, con numerosos cambios en la polaridad del estado de ánimo. La sintomatología maniaca, especialmente sindrómica, fue menos frecuente, y el TB II se manifestó principalmente por síntomas depresivos. (14) El TB aparece en un momento clave en desarrollo y maduración del niño, limitando sus capacidades de aprendizaje e interacción social; cuanto antes aparezca el trastorno más se verá afectado su desarrollo normal. Sabemos además, que a cualquier edad y progresando paulatinamente después de la pubertad, el TB aumenta el riesgo de suicidio, homicidio, abuso de sustancias, psicosis y problemas laborales, académicos y sociales, y riesgo de embarazo y enfermedades contagiosas sexuales. Sólo la intervención precoz en estas edades, podría disminuir la elevada morbilidad asociada a esta enfermedad.

En familias de pacientes bipolares se han descrito alteraciones en el funcionamiento psicosocial intrafamiliar, tales como ruptura en la relación conyugal y déficit en la calidad de la relación entre familiares. (2)

El inicio temprano se ha relacionado con mayor cronicidad y comorbilidad. Adolescentes con TB concomitante con abuso de sustancias, experimentan un incremento de embarazos no deseados y abortos, problemas legales, e intentos de suicidio.

TRATAMIENTO

El establecimiento del diagnóstico del TB prepuberal parece ser crucial para un buen

resultado final en el niño. Para el control del TB, es necesario el tratamiento medicamentoso continuo. Los medicamentos efectivos usados en combinación con la psicoterapia, permiten que 75-80% de los pacientes portadores de TB lleven una vida esencialmente normal. (4, 6, 11)

A pesar de tener muestras pequeñas y algunos problemas metodológicos en los ensayos de Litio, este medicamento es el que tiene mayor evidencia e historia de uso en niños y adolescentes con TB de inicio temprano. (12) El uso de estabilizadores del ánimo u otros agentes psicofarmacológicos puede estar justificado; sin embargo, se debe tener cuidado para evitar la polifarmacia innecesaria. Es recomendable el uso de tratamiento de mantenimiento y de seguimiento para prevenir recaídas, aunque todavía se carece de evidencia en niños. (11, 12)

El uso del Carbonato de Litio se ha limitado principalmente por sus frecuentes efectos adversos, su alto potencial tóxico por tener un pequeño rango terapéutico y pobre eficacia en ciertas subpoblaciones de pacientes bipolares. Desde la década de los años sesenta se comenzaron a utilizar la Carbamazepina y el Valproato en el tratamiento de los TB, considerándose desde entonces buenas opciones terapéuticas para el manejo de la enfermedad bipolar. La introducción de dichos anticonvulsivantes como modificadores afectivos ha estimulado el interés en anticonvulsivantes de segunda generación como Lamotrigina, en relación con su posible utilidad y eficacia en el tratamiento del TB. (8, 11)

Los diversos estudios abiertos publicados que utilizan la Lamotrigina como monoterapia o en combinación con otros moduladores del estado



de ánimo en el trastorno afectivo bipolar muestran una mejoría por encima del 50%. (8)

Los profesionales se enfrentan con el dilema de cómo tratar el TB prepuberal dada la escasez sobre la eficacia o efectividad de los fármacos antimaníacos en niños prepúberes con TB. De manera conservadora, puede ser prudente evitar los antidepresivos en niños que tienen o se sospecha el diagnóstico de TB, especialmente si hay antecedentes familiares de TB. Además, los niños diagnosticados con TB deben tener un seguimiento cercano por el posible empeoramiento de los síntomas maníacos. (11)

El tratamiento farmacológico de los adolescentes con TB es difícil y a menudo requiere terapia combinada para hacer frente a comorbilidades como TDAH o Trastornos de Ansiedad. Puede ser necesario realizar varios ensayos de combinaciones terapéuticas antes de encontrar una solución adecuada. El riesgo de obesidad y desarrollo de diabetes mellitus limita las opciones con el uso de antipsicóticos atípicos. Los adolescentes pueden sentirse incómodos con la posible estigmatización asociada a la medicación psiquiátrica y/o encontrar difícil recordar tomar el medicamento constantemente. (1)

Los antipsicóticos atípicos han probado ser efectivo en el tratamiento de la manía aguda y en estados mixtos en niños y adolescentes con TB. La eficacia de un fármaco debe ser balanceada con su seguridad y tolerancia para ayudar a la optimización de la selección del tratamiento. Estudios adicionales son necesarios para determinar la eficacia a largo plazo y la tolerancia de estos medicamentos así como en otros trastornos del estado de ánimo como depresión bipolar, y condiciones comórbidas como ansiedad y TDAH. (3)

La eficacia del tratamiento medicamentoso está directamente relacionada a la adhesión al mismo. Entretanto, un problema común en el tratamiento del TB es que las personas no siempre toman los medicamentos regularmente. La no adhesión puede aumentar la recurrencia de la manía, la frecuencia de episodios depresivos, las hospitalizaciones e intentos suicidas, comprometiendo la calidad de vida de los pacientes y familiares y aumentando los costos para el sistema de salud. (4)

En el curso de los últimos años se ha acumulado abundante evidencia sobre el beneficio de las intervenciones psicosociales en el tratamiento integral del TB. La psicoeducación a pacientes y familiares ha sido reportada por distintos grupos como un medio de reforzar la adherencia al tratamiento. (3, 12, 22)

Estudios recientes de terapia interpersonal y de ritmo social demostraron una rápida mejoría en funciones laborales especialmente en mujeres. Esta terapia establece un horario diario para regular el ritmo circadiano endógeno. También promueve el entendimiento del TB, desarrolla estrategias para resolver los estresores externos, y promueve comprensión diferenciada de la enfermedad en comparación con sentido de sí mismo.

Las intervenciones del tratamiento psicosocial incluyen el entendimiento familiar del TB para así mejorar técnicas de crianza, manejo del estrés, frustración, tolerancia, y estrategias efectivas e afrontamiento, lo que promueve también las habilidades de comunicación e interacciones familiares con los jóvenes bipolares. Los miembros de la familia deben tomar seriamente el trato dado a los adolescentes bipolares debido a la alta tasa de suicidio, incidentes repetitivos de escaparse de



la casa y estallidos físicos más común en esta población, que entre la población adolescente en general. Una fuerte red familiar contribuye a la continuidad de la emociones, desarrollo de la propia identidad del adolescente y a reducir recaídas y severidad de los eventos. (1)

La temprana identificación y tratamiento del TB y sus comorbilidades asociadas, tanto con medicación como consejería individual y familiar, son críticos para un desarrollo social individual y futuro éxito. Escuchando al paciente y alentándolo a realizar nuevas actividades y oportunidades de un modo no amenazante, promueve su recuperación y contribuye a la realización personal.

Ayudando a desarrollar una propia identidad positiva y habilidades sociales efectivas en un adolescente con TB; a través de promover un soporte familiar, alentando consejería y psicoterapia, mejorando la conformidad con medicación, y proporcionar una relación significativa con un médico de familia, pediatra, y/o psiquiatra ofrece una mejor esperanza de éxito.

CONCLUSIÓN

En las últimas décadas se ha dado un incremento importante del diagnóstico de TB en la edad pediátrica. El TB en la población prepuberal y adolescente es un problema serio, recurrente y debilitante, que con mucha

frecuencia no se considera como un posible diagnóstico en la etapa infantil o juvenil. Se ha señalado una presentación atípica en este grupo de edades, con predominio de irritabilidad y un curso crónico. Muchos estudios retrospectivos realizados por diferentes grupos alrededor del mundo, muestran que en hasta un 60% de los casos, los síntomas habrían empezado antes de los 18 años.

Los adolescentes con TB a menudo manifiestan un curso más crónico, no episódico, con patrones cíclicos rápidos y continuos que los adultos. Un retraso en el diagnóstico podría llevarnos a un diagnóstico erróneo y un tratamiento inadecuado provocando así un efecto negativo en el curso clínico de la enfermedad y un mal pronóstico, perjudicando al niño y a su familia. El curso del TB, la relativa infrecuencia de episodios maniacos sindrómicos del DSM, los efectos en el desarrollo en la manifestación de los síntomas y la alta prevalencia de trastornos comórbidos son al menos parte, motivo por el cual es difícil la detección y el manejo de esta enfermedad en la juventud. La recurrencia, cronicidad y morbilidad psicosocial asociados a este trastorno en estados críticos del desarrollo, alerta a la importancia de su pronto reconocimiento, y el desarrollo de tratamientos más eficaces, particularmente porque cada año de enfermedad parece disminuir la probabilidad de recuperación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodgers MJ, Zylstra RG, McKay JB, Solomon AL, Choby BA. Adolescent Bipolar Disorder: A Clinical Vignette. *J Clin Psychiatry* 2010; v.12(4): PCC.09r00895
2. Holmgren D, Lermenda V, Cortés C, Cárdenas I, Aguirre K, Valenzuela K. Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Rev Chil Neuro-Psiquia* 2005; 43(4): 275-286
3. Singh MK, Ketter TA, Chang KD. Atypical Antipsychotics for Acute Manic and Mixed Episodes in Children and Adolescents with Bipolar Disorder. *Drugs* 2010; 70(4): 433-442
4. Miasso AI, Monteschi M, Giaccherio KG. El trastorno afectivo bipolar: Adhesión al medicamento y satisfacción con el tratamiento y orientaciones del equipo de salud en un núcleo de salud mental. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(4)
5. Medina E, Molina H, Sánchez S. Efecto del consumo del alcohol en la evolución del paciente bipolar. *Rev perú med exp salud pública* 2008; v.24(3): 279-284
6. Song M, Yoon H, Choi I, Hong D, Joung YS. Differences of Clinical Characteristics and Phenotypes between Prepubertal- and Adolescent- Onset Bipolar Disorders. *J Korean Med Sci* 2010; 25: 912-917
7. Palacios L, Romo F, Paliño L, et al. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar pediátrico. ¿Comorbilidad o traslape clínico? Primera parte. *Salud Mental* 2008; 31: 19-22
8. Pinzón A. Lamotrigina: Evidencia de su utilidad en el trastorno bipolar. *MedUNAB* 2001; 4(11): 142-148
9. Méndez I, Birmaher B. Pediatric Bipolar Disorder: Do we know how to detect it? *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38(3): 170-182
10. Rich BA, Brotman MA, Dickstein DP, Mitchell DG, Blair RJ, Leienluft E. Deficits in attention to emotional stimuli distinguish youth with severe mood dysregulation from youth with bipolar disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2010; 38(5): 695-706
11. Post RM, Chang KD, Finding RL, Kowathc RA, Kutcher SP, Leverich GS. Prepubertal bipolar I disorder and bipolar disorder NOS are separable from ADHD. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(7): 898-902
12. Evans-Lacko SA, dosReis S, Kastalic EA, Paula CS, Steinwachs DM. Evaluation of Guidelin-Concordant Care for Bipolar Disorder Among Privately Insured Youth. *J Clin Psychiatry* 2010; 12(3): PCC.09M00837
13. Martínez, E. Trastorno bipolar, un mal silencioso. Publicado en el Periódico el centroamericano el 25 de setiembre de 2008
14. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Strober M, Gill MK, Hunt J, et al. Four-Year Longitudinal Course of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) Study. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 795-804.



15. Hanking BL. Etiology of Bipolar Disorder Across the Lifespan: Essential Interplay With Diagnosis, Classification, and Assessment. Clin Psychol 2009; 16(2): 227-230

16. Mathieu F, Dizier MH, Etain B, Jamain S, Rietschel M, Maier W, et al. European collaborative study of early-onset bipolar disorder: Evidence for genetic heterogeneity on 2q14 according to age at onset. Am J Med Genet B Neuropsychiatric Genet 2010; 153B(8): 1425-1433

17. Clark L, Iversen SD, Goodwin GM. Sustained attention deficit in bipolar disorder. The British Journal of Psychiatry 2002; 180. 313-319

18. Castañeda M, Tirado E, Feria M. Funcionamiento neuropsicológico de adolescentes con trastorno bipolar. Salud Mental 2009; 32: 279-285

19. Passarotti AM, Sweeney JA, Pavuluri MN. Neural correlates of response inhibition in Pediatric Bipolar Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Psychiatry Res 200; 181(1): 36-43

20. Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Goldstein BI, Gill MK, Esposito-Smythers C, et al. Psychosocial Functioning Among Bipolar Youth. J Affect Disord 2009; 114(1-3): 174-183

21. Sáenz G. El trastorno bipolar no tiene cura. Publicado en el periódico La Nación en San José, Costa Rica el 24 de octubre de 2009

22. Palacios L, Romo F, Paliño L, et al. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar pediátrico ¿Comorbilidad o traslape clínico? Segunda parte. Salud Mental 2008; 31: 87-92