

Jorge Gómez-Arnau¹
Javier San Sebastián²

Controversias en relación al trastorno bipolar en edad preescolar: a propósito de un caso

¹Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Ramón y Cajal
Madrid

²Psiquiatría Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Ramón y Cajal
Madrid

Existe cierto debate en cuanto a la fenomenología del trastorno bipolar en edad pediátrica, entidad que se caracteriza por la irritabilidad y las oscilaciones bruscas del ánimo y que carece de criterios diagnósticos específicos. El desacuerdo es aún mayor para el trastorno bipolar en población preescolar.

Describimos el caso de un niño de cuatro años y nueve meses al que diagnosticamos de trastorno bipolar no especificado. Presenta irritabilidad como síntoma predominante, explosiones de ira, agresividad verbal y verbalizaciones extrañas y grandiosas, todo ello con un patrón temporal muy fluctuante.

Encontramos casos similares y discrepancias en publicaciones previas. Se ha propuesto que los pacientes con irritabilidad no fásica podrían ser diagnosticados de trastorno de disregulación emocional. Se requieren más estudios sobre trastornos del humor en niños preescolares.

Palabras clave: Psiquiatría infantil, Trastorno bipolar, Irritabilidad, Trastorno por disregulación emocional

Actas Esp Psiquiatr 2013;41(5):311-3

Controversies regarding bipolar disorder in preschool age: case report

There is some discussion concerning the phenomenology of pediatric bipolar disorder. This condition is marked by irritability and sudden mood swings, and has no specific diagnostic criteria. Disagreement is even greater for bipolar disorder in preschool age.

Correspondencia:

Jorge Gómez-Arnau Ramírez
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal
Carretera de Colmenar Viejo km 9,100
28034, Madrid
Correo electrónico: jorgearnau@gmail.com

We report the case of a child of four years and nine months with diagnosis of bipolar disorder not otherwise specified. Predominant symptom presents as irritability with outbursts of anger, verbal aggression and strange and grandiose utterances, all of them with a very fluctuating temporal pattern.

We found similar cases and discrepancies in previous publications. It has been suggested that patients with non-episodic irritability may receive a diagnosis of severe mood dysregulation disorder. Further studies on mood disorders in preschool children are required.

Key words: Child psychiatry, Bipolar disorder, Irritability, Severe mood dysregulation disorder

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha tenido lugar un incremento importante del diagnóstico de trastorno bipolar en la infancia^{1,2}. A pesar de ello, el trastorno bipolar infantil sigue siendo una entidad que genera controversia, tanto en cuanto a cifras de prevalencia, con discrepancias notables entre distintos medios y autores, como a características fenomenológicas del cuadro³. Esta falta de consenso podría deberse, en gran medida, a la ausencia de criterios diagnósticos específicos de trastorno bipolar infantil en las actuales clasificaciones (CIE-10 y DSM-IV-TR).

Se admite que el trastorno bipolar en edad pediátrica suele tener una presentación clínica diferenciada respecto a lo descrito en adultos. La irritabilidad parece ser el síntoma más característico, presentándose a menudo en forma de bruscas oscilaciones anímicas, con ritmicidad ultradiana, mientras que los estados eufóricos son menos habituales. Grandiosidad e hipersexualidad se dan de manera inconsistente. El acortamiento del sueño no siempre está presente^{4,5}.

El panorama se complica cuando nos referimos exclusivamente a población preescolar. Al menor número de publicaciones en esta edad, siendo la mayor parte de estas series de casos o notas clínicas, se añade que el desacuerdo entre autores respecto a las características clínicas del trastorno es aún mayor⁶.

CASO CLÍNICO

Se trata de un niño de cuatro años y nueve meses de edad que viene a consulta de psiquiatría infantil derivado por su pediatra, para estudio de alteraciones conductuales.

El paciente había sido valorado por neuropediatría, desde donde se habían solicitado una RMN craneal y un EEG, que resultaron sin alteraciones, descartándose patología neurológica o estructural del SNC. El paciente carecía de otros antecedentes médico-quirúrgicos relevantes.

Es hijo único y convive con sus dos progenitores y la abuela materna, en un ambiente familiar pacífico. Es un niño querido.

El paciente había ido adquiriendo los distintos hitos del desarrollo psicomotor en plazos habituales. Exhibía un juego simbólico rico desde el primer año y había desarrollado el lenguaje con normalidad. Escolarizado desde los veinticinco meses, no había presentado problemas de aprendizaje y se relacionaba fluidamente con sus pares.

Sus padres lo definen como un niño cariñoso, que busca el contacto y responde a gestos de afecto. No parece especialmente rígido o rutinario ni tampoco es despistado. Por lo general no muestra dificultades para ejecutar tareas que requieran atención sostenida. Suele preferir entretenimientos tranquilos a juegos que impliquen mayor actividad física.

Durante los últimos meses de embarazo y el puerperio, la madre del paciente sufrió un cuadro depresivo de intensidad moderada, con datos de endogenicidad afectiva, que requirió tratamiento antidepresivo y fue cediendo progresivamente hasta remitir *ad integrum*. No constan otros antecedentes familiares psiquiátricos en infancia o edad adulta.

Los padres del paciente le traen a consulta preocupados por los cambios de humor que éste aqueja, muy frecuentes y exagerados. Destaca una intensa irritabilidad, presentando por temporadas, con frecuencia prácticamente diaria, arrebatos de ira que se acompañan de inquietud psicomotriz y distraibilidad y que surgen abruptamente, como reacción a mínimos contratiempos o carecen de causa aparente. En el transcurso de ellos el paciente somete su entorno a importante violencia tanto física como sobre todo verbal, profiriendo crudas amenazas de muerte hacia sus familiares (e. g., "te voy a cortar la cabeza"). Durante estos episodios, el paciente verbaliza además contenidos insólitos, que im-

presionan de grandilocuencia, muchas veces expresando su propia omnipotencia (e. g., "voy a destruir el sol y la luna con spray de hechizo", "voy a eliminar todos los relojes del mundo y nadie sabrá qué hora es"). De semblante habitualmente serio, en dichas ocasiones exhibe una expresión inequívoca de rabia.

En otros momentos, el paciente presenta crisis de llanto mantenido, en las que puede estar inmerso, a intervalos, varias horas, y durante los cuales, según sus padres, parece triste y melancólico.

El patrón temporal de los cambios de humor descritos es poco claro. Los raptos de irritabilidad y los ataques de llanto se dan más en las últimas horas vespertinas pero también los han notificado en el colegio. Los padres han observado como durante varios días seguidos tienen lugar cambios de humor más intensos y frecuentes que se suceden de otros períodos en los que el paciente presenta un ánimo más estable. Sitúan los tres años y medio como fecha de inicio del cuadro.

El paciente no parece mostrar síntomas de hiperactividad conductual mantenida. Tampoco ha presentado alteraciones en el ritmo del sueño ni en su alimentación.

La exploración física es anodina. En las entrevistas, el paciente no aporta una explicación consistente para sus oscilaciones anímicas. En general se muestra tranquilo, sin datos de inquietud ni otras alteraciones psicomotrices. Normoproséxico. No expresa ideas de contenido patológico o inusual para su edad y su discurso no sugiere psicoticismo. Aparentemente eutímico en las entrevistas, con un afecto congruente y resonante.

Utilizamos la *Child Mania Rating Scale-Parent Version* (CMRS-P), sencilla de aplicar en niños de corta edad, y validada como instrumento complementario a la historia clínica en el despistaje de manía pediátrica⁷, obteniendo una puntuación de 26.

DISCUSIÓN

Estamos ante un ejemplo de alteración severa y fundamental del humor en un niño de muy corta edad. La irritabilidad extrema con grandilocuencia, sugestiva de manía pediátrica, y la alta fluctuabilidad anímica nos llevan a considerar plausible el diagnóstico de trastorno bipolar. Puesto que los episodios no reúnen los criterios de temporalidad de las formas bipolares clásicas (tipo I o II), optamos por el diagnóstico de trastorno bipolar no especificado, común en clínica e investigación en psiquiatría infantil, a falta de una categoría más adecuada⁸.

Encontramos coincidencias notables a nivel psicopatológico entre nuestro caso y lo descrito por Danielyan et al. en su serie de 26 casos de trastorno bipolar en edad preesco-

lar, con irritabilidad y agresividad como síntomas maníacos predominantes⁹. No obstante, otros autores han estudiado casos de enfermedad bipolar en niños preescolares, encontrando una proporción importante de pacientes con ánimo eufórico y fases bien delimitadas que cumplían criterios temporales DSM-IV-TR^{10,11}. Estas discrepancias podrían explicarse en parte por los pequeños tamaños muestrales y la ausencia de criterios diagnósticos específicos, que dan lugar a series heterogéneas.

Desde hace algunos años, se viene proponiendo el trastorno de disregulación emocional de la infancia (*severe mood dysregulation*) como una nueva categoría que englobaría a pacientes pediátricos con predominio de irritabilidad no claramente fásica, raptos de ira e hiperactivación¹². Aunque se han presentado argumentos que apoyan la independencia de esta entidad respecto al trastorno bipolar infantil¹³, en casos individuales el diagnóstico diferencial puede ser difícil, al compartir frecuentemente un mismo núcleo sintomático, la irritabilidad. En nuestro caso, aunque faltan síntomas altamente específicos como la hipersexualidad o el acortamiento del sueño⁴, consideramos que existen episodios maníacos lo suficientemente diferenciados (tanto a nivel fenomenológico, con megalomanía, como a nivel temporal) para inclinarnos por un trastorno bipolar. Por desgracia, otros factores propuestos para distinguir ambas entidades, como la tasa de conversión a formas bipolares clásicas, mayor en el trastorno bipolar no especificado¹⁴, no son valorables transversalmente.

Ante la posibilidad de incorporar una variante de la disregulación emocional como categoría diagnóstica al DSM-5 (*temper dysregulation with dysphoria*)¹⁵, algunos autores han alertado acerca de la escasa especificidad de este síndrome respecto a otros diagnósticos ya existentes en psiquiatría infantil como el trastorno negativista-desafiante¹⁶. En nuestro caso, es el solapamiento sindrómico con el trastorno bipolar no especificado, constituido en torno a los síntomas de disforia, lo que arroja dudas sobre su independencia nosológica. Esperamos que futuros estudios permitan delimitar más sólidamente los trastornos del humor en pacientes pediátricos y más concretamente en preescolares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Sep;64(9):1032-9.
2. Blader JC, Carlson GA. Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biol Psychiatry*. 2007 Jul 15;62(2):107-14.
3. Soutullo CA, Chang KD, Díez-Suárez A, Figueroa-Quintana A, Escamilla-Canales I, Rapado-Castro M, et al. Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on epidemiology and phenomenology. *Bipolar Disord*. 2005 Dec;7(6):497-506.
4. Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A, Findling RL. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord*. 2005 Dec;7(6):483-96.
5. Youngstrom EA, Birmaher B, Findling RL. Pediatric bipolar disorder: validity, phenomenology, and recommendations for diagnosis. *Bipolar Disord*. 2008 Feb;10(1Pt 2):194-214.
6. Goldstein BI, Birmaher B. Prevalence, Clinical Presentation and Differential Diagnosis of Pediatric Bipolar Disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2012;49(1):3-14.
7. Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B, Carbray JA, Birmaher B. Child mania rating scale: development, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 May;45(5):550-60.
8. Axelson D, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Oct;63(10):1139-48.
9. Danielyan A, Pathak S, Kowatch RA, Arszman SP, Johns ES. Clinical characteristics of bipolar disorder in very young children. *J Affect Disord*. 2007 Jan;97(1-3):51-9.
10. Dilsaver SC, Akiskal HS. Preschool-onset mania: incidence, phenomenology and family history. *J Affect Disord*. 2004 Oct;82(Suppl 1):S35-43.
11. Luby J, Tandon M, Nicol G. Three clinical cases of DSM-IV mania symptoms in preschoolers. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007 Apr;17(2):237-43.
12. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*. 2003 Mar;160(3):430-7.
13. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry*. 2011 Feb;168(2):129-42.
14. Towbin K, Axelson D, Leibenluft E, Birmaher B. Differentiating bipolar disorder-not otherwise specified and severe mood dysregulation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 May;52(5):466-81.
15. DSM-5 Childhood and Adolescent Disorders Work Group. Justification for Temper Dysregulation Disorder With Dysphoria. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2010.
16. Axelson DA, Birmaher B, Findling RL, Fristad MA, Kowatch RA, Youngstrom EA, et al. Concerns regarding the inclusion of temper dysregulation disorder with dysphoria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *J Clin Psychiatry*. 2011 Sep;72(9):1257-62.