

Kayhan Bahali<sup>1</sup>  
Ozden Sükran Uneri<sup>1</sup>  
Hamiyet Ipek<sup>1</sup>

# Atomoxetina- síntomas maniformes inducidos en una paciente adolescente

<sup>1</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry  
Bakirkoy Research and Training Hospital for Psychiatry  
Neurology and Neurosurgery  
Istanbul, Turkey

Al Editor.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos mentales más comunes a nivel mundial, con una prevalencia en niños entorno al 5%<sup>1</sup>. La farmacoterapia es la intervención más frecuentemente recomendada para el TDAH. El metilfenidato, la dexanfetamina y la atomoxetina son los fármacos que se emplean para el tratamiento del TDAH en Europa y Norte América<sup>2</sup>. La atomoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de norepinefrina es el primer fármaco no estimulante que se aprueba para el tratamiento del TDAH por la *Food and Drug Administration* de EE.UU.<sup>3</sup> La eficacia de la atomoxetina está documentada por estudios a corto y a largo<sup>4</sup>. Planteamos un caso de síntomas maniformes inducidos por atomoxetina, que se observó en una adolescente con TDAH y trastorno oposicionista desafiante (TOD).

Se diagnosticó con TDAH tipo mixto, combinado con TOD a una niña de 12 años según el Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición. Mostraba inatención, hiperactividad y síntomas oposicionistas, así como problemas de atención a los detalles, distraibilidad, olvido, impulsividad y regulación de la ira. No existían antecedentes personales de trastorno bipolar ni de depresión. Tampoco había antecedentes familiares de trastorno bipolar. Su madre tenía antecedentes de depresión. La paciente no había sido tratada previamente con medicamentos para TDAH. Su peso corporal era de 35 kg y el examen físico no reveló ninguna anormalidad. Se inició el tratamiento con atomoxetina 0,5 mg/kg/d, que toleró

bien. Tras una semana, la dosis de atomoxetina se incrementó a 1,2 mg/kg/d. Sin embargo, en el 4º día del aumento de la dosis, apareció un marcado aumento en la distracción, hiperactividad, locuacidad, hostilidad y la autoestima en la escuela y en casa. Se volvió más irritable. Tenía una necesidad de sueño (3 o 4 horas de sueño por noche) menor de lo habitual (5 o 6 horas de sueño por noche). La paciente amenazó con matar al nieto de su tía. No mostraba grandiosidad, delirios, alucinaciones, fuga de ideas, aumento del comportamiento dirigido a meta o hipersexualidad. Estos síntomas son similares a la actividad producida por ISRS y se consideraron como síntomas maniformes inducidos por la atomoxetina. La dosis de atomoxetina se redujo y se finalizó a los tres días. No se inició ninguna otra medicación. Los síntomas maniformes mejoraron en 1 semana. La paciente regresó a sus comportamientos de base tanto en el colegio como en casa. La paciente estuvo en observación durante 2 meses sin medicación en los que no se observaron episodios espontáneos de manía o hipomanía, aunque continuó con sus problemas de base como inatención, hiperactividad y síntomas oposicionistas. Por lo tanto, se inició la administración de metilfenidato a una dosis de 5 mg/d y se incrementó gradualmente hasta 20 mg/d en 1 mes. Con este medicamento, sus síntomas mejoraron significativamente. No se produjeron síntomas maniformes bajo los efectos del metilfenidato.

El caso ilustrado no presenta medicación combinada o confusa y muestra con claridad la aparición y resolución de los síntomas maniacos con la introducción de la atomoxetina y la subsecuente retirada de la misma. Aunque existen otros casos de manía inducida por metilfenidato en niños con TDAH<sup>5,6</sup> o de empeoramiento de la enfermedad bipolar por estimulantes documentados en la literatura<sup>7</sup>, en nuestro caso la niña toleró bien el metilfenidato. Solo existe un caso en la literatura que informe sobre manía inducida por atomoxetina en un paciente adolescente con TDAH. En este caso aparecían antecedentes personales de manía inducida por consumo de drogas y antecedentes familiares de trastorno bipolar<sup>8</sup>. Por otra parte, Henderson y Hartman (2004), en un estudio de

Este artículo se ha presentado en un poster en 20<sup>th</sup> World IACAPAP Congress.

Correspondencia:

Kayhan Bahali

M.D. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Bakirkoy Research and Training Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery  
Istanbul, Turkey, 34147.

Tel: 00 90 212 5715730

Fax: 00 90 212 5719595

Correo electrónico: mkbahali@yahoo.com

153 pacientes que tomaban atomoxetina establecieron que existía inducción de extrema irritabilidad, agresión, manía o hipomanía en 51 casos (33%). La mayoría de los 51 casos tenían antecedentes personales y familiares de trastornos del estado de ánimo, mientras que sólo seis pacientes (11%) no tenían estos antecedentes<sup>9</sup>. Según el artículo citado, la historia personal y/o familiar de trastorno bipolar es un factor de riesgo significativo para la manía/hipomanía inducida por atomoxetina. Por otro lado, aparece manía/hipomanía inducida por atomoxetina con poca frecuencia en pacientes sin factores de riesgo para el trastorno bipolar. Nuestro caso sugiere que los clínicos que eligen atomoxetina para el tratamiento del TDAH deberían tener en cuenta la posible aparición de manía/hipomanía, incluso en casos en los que no hay factores de riesgo personales o familiares para el trastorno bipolar. Como consecuencia, todos los pacientes que son tratados con atomoxetina deben ser estrechamente monitorizados para detectar síntomas maniformes que puedan ser inducidos por esta medicación.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:942-8.
2. Graham J, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann RW, et al. European Guidelines Group. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:17-37.
3. Kaplan G, Newcorn JH. Pharmacotherapy for child and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatr Clin N Am*. 2011;58:99-120.
4. Pliszka S. AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:894-921.
5. Chakraborty K, Grover S. Methylphenidate-induced mania-like symptoms. *Indian J Pharmacol*. 2011;43:80-1.
6. Koehler-Troy C, Strober M, Malenbaum R. Methylphenidate-induced mania in a prepubertal child. *J Clin Psychiatry*. 1986;47:566-7.
7. Soutullo CA, DelBello MP, Ochsner JE, McElroy SL, Taylor SA, Strakowski SM, et al. Severity of bipolarity in hospitalized manic adolescents with and without a history of stimulant or antidepressant treatment. *J Affect Disord*. 2002;70:323-7.
8. Henderson TA. Mania induction associated with atomoxetine. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24:567-8.
9. Henderson TA, Hartman K. Aggression, mania, and hypomania induction associated with atomoxetine. *Pediatrics*. 2004;114:895-6.