

Guía Clínica del Trastorno Bipolar en la Infancia, Niñez y Adolescencia.

Gutiérrez Casares JR, Martínez Rey T, Pérez A, Salcedo MS, García White J.

Unidad de Psiquiatria Infantil. Hospital Infanta Cristina. Badajoz

0. Introducción	1
1. Concepto y Epidemiología.....	2
2. Etiopatogenia.....	4
3. Clínica Evolutiva.....	4
4. Evaluación.....	7
5. Diagnóstico.....	9
6. Diagnóstico Diferencial y Patología Asociada.....	10
7. Tratamiento.....	11
7.1. Tratamiento psicoeducativo y psicosocial.....	12
7.2. Tratamiento psicoterápico.....	12
7.3. Tratamiento psicofarmacológico.....	13
1º. Tratamiento farmacológico durante la fase aguda.....	13
2º Tratamiento farmacológico durante la fase de continuación.....	15
3º Tratamiento farmacológico durante la fase de mantenimiento.....	15
7.4. Otros Tipos de Tratamiento.....	16
Bibliografía	¡Error! Marcador no definido.

0. Introducción

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 y es la esencia de nuestra especialidad. 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. A pesar de esta atipicidad, el DSM-IV y la CIE-10 no han desarrollado criterios diagnósticos específicos para estas edades. Sólo en el DSM-IV, en el apartado “Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo”, se especifica que los episodios maníacos de los adolescentes son más proclives a incluir síntomas psicóticos y pueden asociarse a mal comportamiento escolar, comportamiento antisocial, fracaso escolar o consumo de sustancias.

1. Concepto y Epidemiología.

La **manía** es un trastorno primario del humor que se caracteriza por la presencia de alegría excesiva, euforia y expansividad que se acompañan de alteraciones de la conducta, alteraciones del pensamiento y excitación psicomotriz. Suele aparecer de forma brusca y supone un cambio en el funcionamiento basal del paciente. El **TBP** se caracteriza por la presencia de uno o más episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos seguidos, o precedidos, de uno o más episodios depresivos.

Es importante tener en cuenta dos aspectos. Uno, que hablamos, con certeza, de TBP de la infancia y adolescencia cuando el episodio de manía aparece el primero o muy poco después del episodio depresivo ya que no va a haber tiempo material para que el psiquiatra infantil pueda diagnosticar un TBP cuyo episodio maníaco aparece 4-8 años después del episodio depresivo. Dos, que algunos de los episodios depresivos que aparecen en la infancia pueden ser el inicio depresivo de un TBP que no va a poder diagnosticarse adecuadamente hasta que presente un episodio maníaco en la vida adulta. Diferenciar estos episodios depresivos de los que son trastornos depresivos mayores recurrentes es uno de los retos, y de las necesidades, de la investigación de los trastornos afectivos de la infancia, niñez y adolescencia.

El TBP en la edad infanto-juvenil es una patología que puede estar infradiagnosticada debido a lo dicho anteriormente y debido a que los psiquiatras infantiles “no pensamos en ella” como debiéramos. Este hecho dificulta las estimaciones de incidencia y prevalencia del trastorno ya que además el número de estudios sobre trastornos afectivos en estas edades es escaso. Sin embargo, algunos datos sugieren que la prevalencia del TBP en la adolescencia se acerca mucho al 1% del adulto. De hecho, del 20 al 40% de los adultos

refieren que el inicio de su trastorno se realiza en edades tempranas. Aunque en los adultos el TBP afecta en la misma proporción a varones y a hembras, en los casos de inicio precoz aumenta la incidencia en los varones, especialmente si el inicio es antes de los 13 años.

Las primeras descripciones que encontramos sobre la manía infanto-juvenil las realizó Areteo de Capadocia que la relaciona con estados pasionales y describe una mayor predisposición hacia la manía en hombres jóvenes, en edad puberal, en climas cálidos y en la primavera. En épocas más recientes la preocupación por la existencia de episodios maníacos en niños y adolescentes aparece con Kraepelin, Bleuler y Esquirol. Kraepelin refiere que su presentación en los niños es poco frecuente, aunque reconoce que su incidencia aumenta en la adolescencia y expone que aproximadamente el 0.5% de sus pacientes maniaco-depresivos tuvieron su primer episodio a la edad de 10 años, o incluso más jóvenes. Sin embargo, debido a la poca atención que se prestó a estas observaciones, la manía juvenil se mantuvo como un concepto muy controvertido y algunos psiquiatras infantiles de la década de los 60 (Kanner, Anthony y Scott) dudaron de su existencia. La mayoría de las informaciones apuntaban, pues, a que la manía rara vez aparecía antes de la pubertad y que aumentaba en frecuencia a partir de la segunda mitad de la adolescencia por lo que las comunicaciones anecdóticas sobre los TBP aumentaban a medida que aumentaba la edad de la población estudiada.

En los años 70 surgieron numerosos intentos para diferenciar las características propias de los trastornos afectivos en la infancia. Davis ^[19] desarrolló una serie de criterios para el diagnóstico de la manía en el niño y que denominó "síndrome variante de la enfermedad maniaco-depresiva", que fueron poco específicos y no acabaron consolidándose.

Weller et al ^[62] realizan una revisión de 157 casos de niños y adolescentes con cuadros psiquiátricos severos aplicando los criterios diagnósticos del DSM-III y, encuentran que un 50% de los casos que cumplen criterios de manía habían sido previamente diagnosticados de alteraciones de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o esquizofrenia. Con estos hallazgos los psiquiatras infantiles

empezamos a ser conscientes de que esta patología podría estar infradiagnosticada en la población infanto-juvenil.

2. Etiopatogenia.

Los factores genéticos, biológicos y psicosociales interactúan y se influyen entre sí en el desarrollo de los trastornos del humor. Los avances en este campo son todavía limitados. Sin embargo, con los datos disponibles en la actualidad podemos intuir un importante papel de los factores genéticos. Conocemos que el TBP es uno de los trastornos mentales con mayor componente genético y los estudios hasta el momento revelan una incidencia incrementada de trastornos afectivos en los padres de niños y adolescentes con TBP. Es más, si el inicio de la enfermedad ocurre en la edad prepuberal, la tasa de TBP en otros miembros de la familia es tres veces superior a la esperada si el trastorno debutara después de la pubertad. En las familias de adolescentes con TBP, se ha encontrado una prevalencia del trastorno en los familiares de primer grado alrededor del 15%. La prevalencia de la depresión mayor también aumenta en los miembros de la familia de pacientes con TBP. Todo esto junto con algunos estudios de adopción nos sugiere un fuerte componente genético en el TBP de inicio precoz.

No hay que olvidar la influencia de los factores psicológicos y ambientales a la hora de precipitar, desencadenar o mantener el episodio afectivo. Las teorías psicodinámicas entienden la manía como una reacción defensiva frente a la depresión o como la satisfacción inconsciente de las aspiraciones narcisísticas del individuo. La explicación del TBP desde el punto de vista del modelo cognitivo conductual es aún más limitada.

3. Clínica Evolutiva.

La manía suele aparecer de forma brusca y supone un cambio en el funcionamiento basal del paciente. Como ya hemos visto, el TBP se caracteriza por la presencia de uno o más episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, junto con uno o más episodios depresivos. En los adultos con historia de TBP de inicio en la infancia, el primer episodio suele ser de depresión; mientras que en los que tuvieron su inicio en la adolescencia se ha

comunicado un ligero predominio de la manía sobre la depresión en la instauración del trastorno.

Cuando el psiquiatra infantil se enfrenta al paciente clínico se plantea el diagnóstico del aquí y ahora de un niño con una posible manía (¿“es una manía y, por tanto un TBP de inicio en la infancia”?) y el futuro evolutivo de un niño a adolescente con una posible depresión (¿“es este episodio depresivo el inicio de una futuro TBP”?). Considerar que todos los niños con episodios depresivos mayores de inicio en la infancia pueden ser TBP en potencia sería aumentar excesivamente la frecuencia de bipolaridad en la infancia y adolescencia: Muchos TBP de la adolescencia o de la vida adulta empiezan por depresiones en la infancia pero no todas las depresiones en la infancia van a ser TBP en la vida adulta.

La clínica del TBP de la edad infanto-juvenil, se caracteriza por una clínica atípica (-si se compara con la “típica” del adulto-) y confusa, encontrando tasas aparentemente mayores de características depresivas, irritabilidad, marcada labilidad afectiva, psicosis florida y conductas disruptivas, explosivas y difíciles de manejar, así como aparición temprana de hiperactividad.

Algunos autores encuentran variaciones en la sintomatología según la edad de presentación del cuadro. El humor lábil, inestable, cambiante y la irritabilidad son particularmente llamativos entre los pacientes menores de 9 años. Clínicamente, este fenómeno puede ser observado en forma de cambios afectivos rápidos o “tormentas afectivas” que hacen que a menudo los padres describan a sus hijos como impredecibles, beligerantes, desagradables y malintencionados.

En los niños mayores es más frecuente la euforia, exaltación, paranoia e ideas de grandeza. En el adolescente la manía es particularmente explosiva y desorganizada y puede conducir a un descontrol de la conducta (agresiones físicas, delincuencia, conflictos con la ley y abuso de sustancias) y debuta, con mayor frecuencia que en edades tempranas, con síntomas psicóticos. Se ha señalado que la ciclotimia y el TBP II,

pueden ser también formas comunes de presentación del TBP en el niño y el adolescente, incluso más frecuentes que el TBP I.

El TBP en el niño y el adolescente se diferencia del adulto no sólo en la presentación de los síntomas, sino que lo hace también en el curso de la enfermedad presentando variaciones del estado de ánimo que se aprecian mejor a medida que disminuye la edad del sujeto, principalmente en la edad prepuberal, donde es más frecuente, por ejemplo, la tendencia a la ciclación rápida o ultra-rápida (cambios bruscos de la depresión a la manía en un espacio de tiempo inferior a las 24 horas).

Existen pocos datos sobre el curso natural y la evolución a largo plazo del TBP de inicio muy precoz (TBP-prepuberal). En esta edad la duración de los episodios tanto maníacos como depresivos tiende a ser más corta y con frecuentes cambios de un estado a otro. Cuando el niño entra en la adolescencia, la duración de los episodios y de los periodos asintomáticos tiende a incrementarse, asemejándose al cuadro clásico del adulto. Así, cuanto menor sea la edad de presentación mayor tendencia se observará a una semiología con carácter mixto o con ciclos rápidos de múltiples episodios breves.

El TBP del niño y del adolescente se considera habitualmente como un trastorno que se mantendrá a lo largo de la vida y que tendrá un mayor riesgo de inadaptación personal, social y familiar y que puede complicarse con deterioro del rendimiento académico, el abuso de sustancias, dificultades relacionales con compañeros e iguales y, en algunos casos, con conductas suicidas, etc. A pesar de todo, Bashir et al, en un seguimiento de 30 pacientes ingresados con TBP, con edades entre los 13 y 17 años, encuentran que la evolución es favorable a lo largo de 10 años, aunque el 80% seguía precisando tratamiento y la mayoría presentaban, al menos, una o dos recaídas anuales. Estas recaídas, al igual que en el adulto, aparecen con mayor incidencia en el tipo mixto y en los cicladores rápidos, presentando estos pacientes un peor pronóstico a largo plazo, con mayor susceptibilidad a una forma recurrente y crónica de la enfermedad.

4. Evaluación.

El instrumento básico de la evaluación psiquiátrica es una cuidadosa historia clínica de la sintomatología actual y de su curso desde el inicio; que incluya los episodios pasados de depresión, además de una historia familiar psiquiátrica que incida sobre los trastornos afectivos. Otros instrumentos de valoración del niño y del adolescente con clínica sugerente de TBP son los estudios psicológicos y pruebas complementarias.

Es importante hacer una valoración del niño y del adolescente en el contexto de su historia vital ya que ciertos pensamientos, impulsos, conductas o niveles de actividad no tienen por qué ser expresiones de patología:

- **Conciencia, orientación y capacidad intelectual.** Se mantienen dentro de la normalidad.
- **Atención y memoria.** Se distraen con facilidad, dirigiendo su atención hacia estímulos externos que carecen de importancia. A medida que el episodio maníaco progresa le puede resultar imposible por ejemplo, prestar atención en clase.
- **Afectividad.** Es el trastorno nuclear, el ánimo aparece expansivo o elevado. El niño puede mostrarse inapropiadamente atolondrado y más contento de lo que la ocasión requiere. Los adolescentes maníacos pueden hacer también tonterías de forma exagerada y mostrarse, de forma poco realista, excesivamente optimistas. Durante el episodio maníaco, estos pacientes a menudo carecen de conciencia de enfermedad. Otra característica importante es la irritabilidad, con frecuentes estallidos de enfado. El adolescente también puede mostrarse extremadamente oposicionista, beligerante, hostil o brusco.
- **Curso del lenguaje-pensamiento** El lenguaje puede volverse rápido y apresurado hasta el punto de volverse continuo y a veces ininteligible o difícil de seguir. El pensamiento está subjetivamente acelerado o aparece fuga de ideas que él vive como que tienen tantas ideas interesantes en la cabeza que apenas pueden ordenarlas o llevarlas a la práctica.
- **Contenido del pensamiento.** Hay una tendencia a la grandiosidad y a la autoestima exagerada que en ocasiones puede llegar a alcanzar un tono delirante. Los contenidos irán acordes a la edad del paciente. El niño o el adolescente pueden creer por ejemplo

que tienen “superpoderes”, o pueden llegar a creer que llegarán a tener una profesión relevante aunque estén suspendiendo en el colegio

- **Sensopercepción.** La relativa frecuencia de aparición de síntomas psicóticos en la presentación de la manía en estas edades, en comparación con la edad adulta, incluye la aparición de alucinaciones, incluidas las auditivas, que pueden determinar en gran parte la mayor tendencia hacia el diagnóstico erróneo de esquizofrenia.
- **Psicomotricidad.** Aparece un incremento de la actividad psicomotora. Se muestran inquietos, pasando rápidamente de una actividad a otra. El niño puede parecer hiperactivo, pero puede ser capaz de finalizar las diferentes tareas que ha comenzado.
- **Trastorno de los impulsos.** Pueden involucrarse en actividades placenteras que en ocasiones conllevan un riesgo importante. Pueden presentar conductas hipersexuales. Así el niño por ejemplo puede tocar de forma inadecuada a compañeros o adultos, o el adolescente puede presentar conductas promiscuas o usar de forma indiscriminada las líneas telefónicas eróticas. Otra característica importante es que disminuye la necesidad de dormir, necesitando en ocasiones 3 ó 4 horas al día de sueño.
- **Presentación, conducta y comportamiento.** La conducta y el comportamiento van a venir determinados por el grado de desinhibición y la tendencia a la grandiosidad. Así, el niño por ejemplo puede comenzar a hacer trampas en el colegio, escaparse de casa, robar etc. el adolescente puede invitar extraños a casa, teñir su pelo de verde....

Estudios psicológicos. Por el momento su utilidad en la clínica es limitada, encontrando su mayor aplicación en el campo de la investigación. Las más utilizadas son las Entrevistas estructuradas, que incluyen apartados para la evaluación del TBP, y las escalas de severidad de los síntomas de la manía (La YMRS-Young Mania Rating Scale es la mas utilizada aunque no ha sido adecuadamente probada su utilidad en niños y adolescentes).

Estudios complementarios y de laboratorio. Los estudios complementarios y las pruebas de laboratorio irán, en un principio, orientados hacia la valoración del estado físico del paciente, con la finalidad de descartar patología orgánica o tóxica y hacia la instauración de tratamientos psicofarmacológicos correctos.

Los estudios de neuroimagen suelen mostrar diferencias morfométricas en el grupo de niños y adolescentes con manía respecto al grupo control, sugiriendo la necesidad de

mayores investigaciones en este campo. Su utilidad en la práctica clínica es, todavía, limitada.

5. Diagnóstico.

El DSM-IV y la CIE-10 no tienen criterios diagnósticos específicos para la manía o para el TBP del niño o del adolescente. La CIE-10-MIA define dos diagnósticos dentro de los Trastornos del Humor: el F30-Episodio maníaco y el F31-Desorden afectivo bipolar. En ambos define subcategorías o tipos clínicos: Hipomanía, Manía sin síntomas psicóticos, Manía con síntomas psicóticos, Otros episodios maníacos y Episodios maníacos sin especificación. El Trastorno afectivo bipolar está caracterizado, para esta clasificación, por la presencia de (al menos dos) episodios reiterados en los cuales el humor y los niveles de actividad de los pacientes están significativamente alterados de forma que en algunas ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado del humor y en un incremento de la energía y del nivel de actividad, y en otras, en un empeoramiento del humor y disminución de la energía (depresión).

La DSM-IV define el episodio maníaco como:

- A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
 - (1) Autoestima exagerada o grandiosidad
 - (2) Disminución de la necesidad de dormir
 - (3) Más hablador de lo habitual o verborreico
 - (4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
 - (5) Distraibilidad
 - (6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora

(7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

El DSM-IV, en el apartado “Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo”, especifica que los episodios maníacos de los adolescentes son más proclives a incluir síntomas psicóticos y pueden asociarse a mal comportamiento escolar, comportamiento antisocial, fracaso escolar o consumo de sustancias.

6. Diagnóstico Diferencial y Patología Asociada.

Diferentes trastornos médicos y psiquiátricos pueden presentar características clínicas similares a las de la manía o las del TBP. Será necesario por lo tanto realizar una historia médica y psiquiátrica completa, además de los estudios médicos y neurológicos específicos.

Los trastornos más comunes a considerar en el diagnóstico diferencial de los TBP son los siguientes: Trastorno depresivo mayor recurrente, TDAH, Trastornos de conducta, Trastornos específicos del lenguaje, Esquizofrenia, Trastornos esquizo-afectivos, Trastornos caracteriales o de la personalidad y Trastornos orgánicos de distinta índole (enfermedades neurológicas, endocrinológicas, infecciosas, abuso de sustancias), etc.

Uno de los primeros diagnósticos diferenciales es el relacionado con la posibilidad de que los trastornos depresivos en la niñez y la adolescencia vayan a acompañarse de episodios maníacos y que por lo tanto van a ser diagnosticados de TBP. En este sentido hay datos generales que nos permiten correlacionar una serie de características de la

depresión postpuberal con la predisposición a desarrollar un TBP. Están características incluyen:

- Una presentación del primer episodio depresivo a una edad muy temprana.
- Instauración aguda del episodio depresivo.
- Fenomenología asociada de hipersomnia y enlentecimiento.
- Síntomas psicóticos.
- Tendencia a la hipomanía con tratamientos antidepresivos.
- Historia familiar de TBP.

También se ha propuesto a la sintomatología distímica en el adolescente o en el adulto joven como un precursor de un TBP “suave”.

El resto de los trastornos citados comparten algunos síntomas con el TBP por lo que es bastante fácil que puedan, en algún momento, confundirse. Será la evolución a corto y medio plazo lo que defina claramente el diagnóstico. En esta situación creemos que es muy importante el separar el diagnóstico de manía en el “episodio index” que estamos evaluando del diagnóstico de alteraciones psicopatológicas complejas que aparecen en un niño que luego pudiera tener un TBP. El primero, creemos que, por definición, es bastante fácil; mientras que el segundo es bastante imposible con los datos de que disponemos en la actualidad.

Otro aspecto importante es la comorbilidad. Muchas veces un niño puede presentar un cuadro clínico maniforme y, además, un TDAH u otro trastorno. Que esto es posible y que tiene relevancia en la clínica es el hecho de que los fármacos estabilizadores mejoren el cuadro maniforme pero no afecten a la clínica del TDAH.

7. Tratamiento.

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 adecuado frente a las posibles recaídas y complicaciones posteriores. Después de la

sospecha diagnóstica es necesario confirmar si estamos tratando una manía clásica, una hipomanía o un trastorno de espectrum 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.

7.1. 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.

7.2. Tratamiento psicoterápico.

Otro aspecto importante del tratamiento lo constituyen las intervenciones psicológicas que, en los períodos Inter-episódicos, 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.

7.3. Tratamiento psicofarmacológico.

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 pues, 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 antiepilépticos o neurolépticos atípicos, en el tratamiento de niños y adolescentes con TBP (Figura 1).

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 presencia 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 **benzodiacepinas** (BZDs) 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** (NLPs) 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 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 NLPs. Puesto que existe un mayor riesgo de discinesia tardía en los pacientes con trastornos afectivos tratados con NLPs, 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 cuanto 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 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.

7.4. Otros Tipos de Tratamiento.

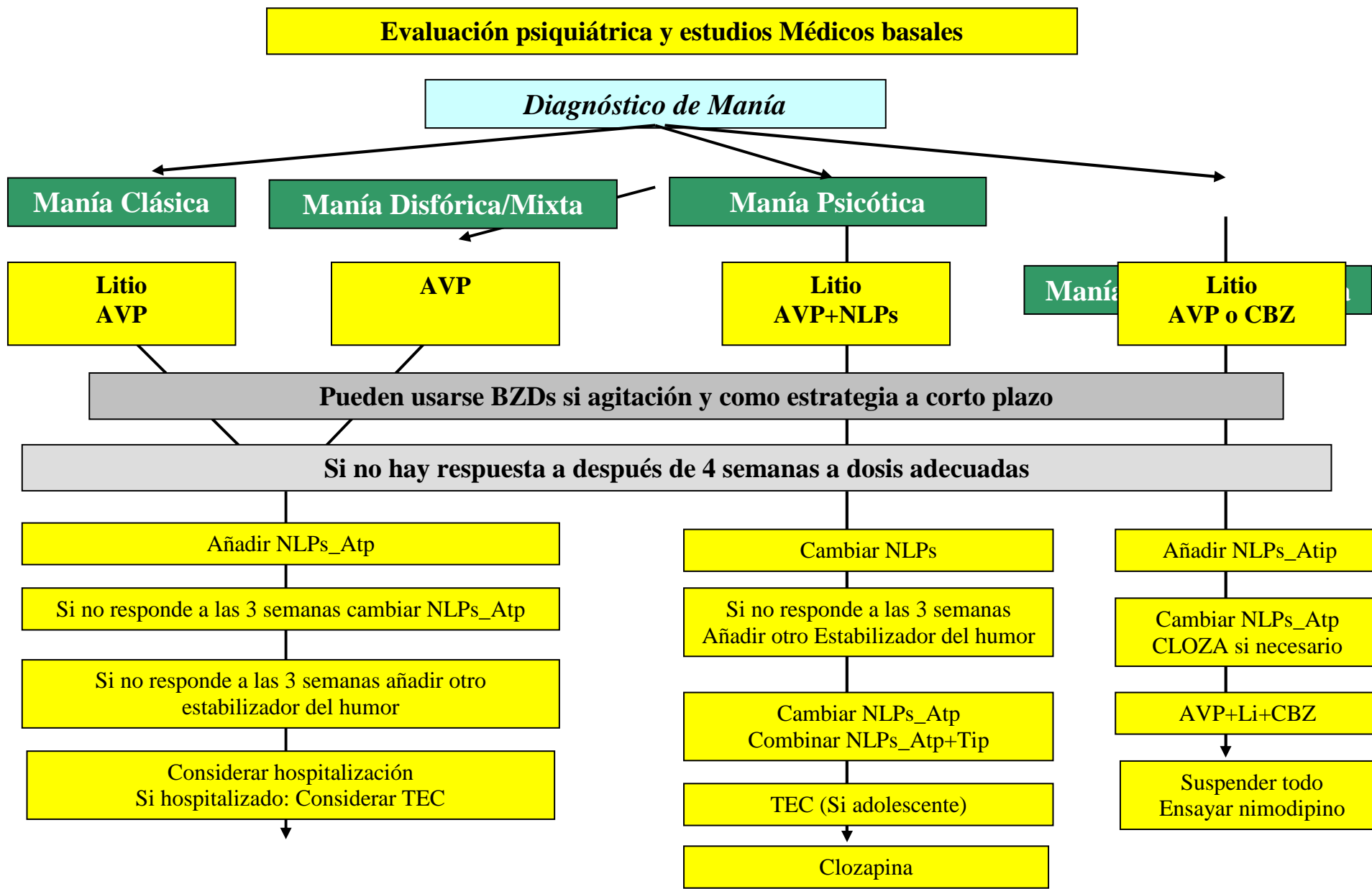
El tratamiento de pacientes con manía suele ser necesario en muchas ocasiones. En ingreso se realizaría según los aspectos generales del tratamiento de cualquier trastornos psiquiátrico grave. La mayoría de los casos está condicionado por la agitación psicomotriz o por la falta de respuesta terapéutica a un intento de tratar ambulatoriamente.. También se realiza el ingreso en casos de necesidad de TEC.

Como ya hemos visto es frecuente que el TBP curso con enfermedades concomitantes que necesitan tratamiento específico: metilfenidato para el TDAH, tratamiento específico para el abuso de sustancias.

Bibliografia

- Davis RE. Manic-depressive variant syndrome in childhood: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1979, 136: 702-706.
- Weller RA, Weller EB, Tucker SG, et al. Mania in prepubertal children: has it been underdiagnosed?. *J Affective Disorders* 1986, 11:151-154.
- Bashir M, Russell J, Johnson G. Bipolar affective disorder un adolescence: a ten year study. *Aust NZ J Psychiatry* 1987, 21:36-43.
- Young RC, Biggs, JT, Ziegler VE, Meyer DA. A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. *Br J Psychiat.* 1978, 133:429-35.
- Carlson GA, Rapport MD, Pataki C, Kelly KK. The effect of methylphenidate and lithium on attention and activity level. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, 31:262-270.
- Carlson GA. Bipolar disorder. En, Martin A, Scahill L, Charney DS, Leckman JF. *Pediatric psychopharmacology*. New York: Oxford University Press, 2003, pp:484-496

Figura 1. Algoritmo para el Tratamiento Farmacológico General del Episodio Maníaco en Niños y Adolescentes





AVP: Ácido Valproico. CBZ: Carbamazepina. NLPs: Neurolépticos. NLPs_Atp: Neurolépticos Atípicos. NLPs_Tip: Neuroléptico Típico