

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastorno Bipolar en gemelas dicigóticas. A propósito de un caso.

Matias Real López*, Monserrat Pàmias Massana**, Laura Revert Marín***

*Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario La Fe (Valencia) Av Campanar 21, 46009, Valencia

**Servei de Salut Mental. Consorci Parc Taulí de Sabadell. c/Parc Taulí s/n, 08208, Sabadell

***Unitat de Salut Mental Infantil. Centro de Atención Pediátrica. C/ Oliver 23, 03802, Alcoi. Alicante.

Dirección para la correspondencia: Matias Real López, C/ Llano de Zaidia 5 esc dcha 1ª, 46009, Valencia. E-mail: matiasreallopez@yahoo.es

Observaciones: El caso que se presenta fue atendido en el Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Clínic de Barcelona, donde coincidieron laboralmente los autores.

Attention Deficit Disorder with Hyperactivity and Bipolar Disorder. A dizygotic twin case report

Abstract

Since Wozniak L. and Bierderman J. stated a high prevalence rate of bipolar disorder (BP) in attention-deficit-hyperactivity-disorder (ADHD) children and adolescent samples, an increasing interest in the study and description of both pathologies has developed. At the same time, some confusion (and perhaps some ignorance by the professionals) still exists in the moment you must realize a correct diagnosis. About that, the relation between both pathologies, in clinical and genetic aspects, has been tried to clarify. In the same way diagnosis have also been validated and the characteristics symptoms have been defined.

This case report, about two dizygotic twin sisters, on one side shows the existence of the mentioned relationships, and on the other side shows the role of the inheritability in bipolar disorder. In addition to this, the presence of an ADHD in a Turner Syndrome child is remarkable.

Keywords: Bipolar Disorder. Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. Turner Syndrome.

Resumen

Desde que Wozniak L. y Biederman J. describieran una elevada incidencia de Trastorno Bipolar (16%) entre los niños y adolescentes diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), ha existido un interés creciente en el estudio y descripción de ambas patologías. Al mismo tiempo todavía existe cierta confusión (y posible desconocimiento por parte de los profesionales) a la hora de realizar un correcto diagnóstico diferencial. En este sentido, se ha tratado de esclarecer la relación que existe entre ambas patologías, tanto a nivel clínico como genético, así como también se han validado los diagnósticos y se han tratado de definir los síntomas característicos.

Presentamos el caso de dos hermanas gemelas dicigóticas que pone de manifiesto por un lado la existencia de dichas relaciones, y por otro lado el papel de la heredabilidad en el Trastorno Bipolar. Además, consideramos un hallazgo clínico destacable la presencia de clínica compatible con TDAH en una niña con un síndrome de Turner.

Palabras clave: Trastorno Bipolar. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Síndrome de Turner.

Introducción

Desde que en 1995 Wozniak L. y Biederman J. ⁽¹⁾ describieran una elevada incidencia de Trastorno Bipolar (16%) entre los niños y adolescentes diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), se han realizado múltiples estudios tratando de esclarecer esta relación e intentando identificar síntomas específicos de ambas patologías. Geller et al. (2002)⁽²⁾ ⁽³⁾ describieron 5 síntomas característicos y específicos de la manía en niños y adolescentes: euforia, grandiosidad, descenso de la necesidad de sueño, taquipsiquia e hipersexualidad. A su vez, se ha señalado que el síntoma más frecuente en la manía es la irritabilidad ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾, presente en el 77-98% de los casos ⁽³⁾, pero no hay que olvidar que sólo un pequeño porcentaje de los niños con irritabilidad padecerán manía (Wozniak et al, 1995; Geller et al, 2002) ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

El caso que presentamos resulta de interés por varios aspectos. Pone de manifiesto por un lado la relación existente entre el TDAH y el trastorno bipolar de inicio en la infancia, tanto a nivel genético como clínico, y por otro lado el papel ya demostrado de la heredabilidad en el Trastorno Bipolar (Althoff et al, 2005) ⁽⁶⁾. Además, consideramos un hallazgo clínico destacable la presencia de clínica compatible con TDAH en una niña con un síndrome de Turner.

Observación Clínica

Se trata de dos gemelas bivitelinas que acuden a nuestra Unidad de Salud Mental Infantil a los 8 años de edad, remitidas por su pediatra por problemas de conducta, dificultades de relación interpersonal, y sintomatología de déficit atencional en el contexto de un retraso mental leve. Las pacientes previamente habían sido atendidas en otro centro.

Ambas mostraban importante agresividad desde la primera infancia, con episodios de llanto intenso y frecuentes pataletas, habiendo sido expulsadas de la guardería a los 2 años por su conducta agresiva.

Antecedentes psiquiátricos familiares (explorados con FIG-S): Madre con Trastorno bipolar tipo II y abuela paterna con Trastorno Bipolar tipo I. Padre con antecedentes de tratamiento con valproato en la infancia y rasgos paranoides de personalidad. Tío materno con trastorno por dependencia de alcohol.

Paciente A:

Gestación controlada. Parto eutócico vaginal con presentación cefálica (2450gr.), sin problemas en el postparto. Inicio de la deambulación a los 18 meses, con gateo previo

desde los 12. Control de esfínteres a los 3 años, con aparición de episodios enuréticos nocturnos un mes antes de nuestra primera consulta, atribuidos a la medicación que tomaba en ese momento (periciazina). A los 2,5 años presentaba un lenguaje totalmente comprensible.

Antecedentes médico-quirúrgicos: Miopía y astigmatismo, por los que lleva lentes correctoras. Neumonía a los 13 meses de edad que requirió ingreso hospitalario. Soplo cardíaco funcional los primeros meses de vida. Anemia en seguimiento en otro hospital desde los 1,5 a los 3,5 años. Otitis medias que precisaron cánulas de drenaje. Cuando acudieron a nuestro centro estaba en estudio por talla baja, siendo posteriormente diagnosticada de Síndrome de Turner.

Antecedentes psiquiátricos personales: Recibió estimulación precoz y fue diagnosticada a los 2 años de retraso mental. Presentaba, además de las conductas agresivas ya descritas, tricotilomanía. En la escuela comentaban que estaba siempre enfadada y, aunque era trabajadora, siempre ha presentado dificultades en la realización de las tareas que precisan mantener la atención. Cuando acudió a nuestro servicio estaba en tratamiento con 12 mg. de periciazina, que se sustituyó inicialmente por risperidona hasta 1mg/día ante la falta de respuesta.

Exploraciones complementarias: CARIOTIPO: 45X0 (síndrome de Turner). WISC-IV: nivel intelectual situado en la zona media-baja de la normalidad (IGC: 86), con peor rendimiento en tareas que requieren velocidad de ejecución. Procesos de lecto-escritura dentro de la normalidad. Peor rendimiento en cálculo. En la Escala abreviada de Conners para padres se obtuvo una puntuación significativa en problemas de conducta, problemas de aprendizaje, impulsividad-hiperactividad, quejas psicósomáticas e índice de hiperactividad. Hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas sin alteraciones. ECG con alteración leve en la conducción, razón por la que fue valorada por cardiología pediátrica, aconsejando controles periódicos, pero sin contraindicar el tratamiento con psicoestimulantes.

En las sucesivas visitas se muestra colaboradora y alegre, con evidente inquietud motora. Reconoce dificultades atencionales en la escuela, así como peleas con su hermana y compañeros. Centra su discurso en hablar sobre su padre, las dificultades que existen actualmente por el proceso de divorcio y la angustia que ello le provoca. No se aprecia taquipsiquia ni verborrea en las distintas entrevistas, y se pone de manifiesto clínica de déficit de atención por la que hay que repetirle reiteradamente nuestras preguntas. Preocupada por la enuresis nocturna que presenta a diario. En estudio por

endocrinología para valorar inicio de tratamiento hormonal (GH/hormonas sexuales), y por cardiología y nefrología por las posibles afecciones somáticas del Síndrome de Turner.

Paciente B:

Gestación controlada. Parto a término, espontáneo y vaginal con presentación podálica (2800gr.) Fue la primera en nacer. Sin complicaciones en el postparto. Inicio de la deambulación a los 11 meses de edad, con gateo previo desde los 6. Sin alteraciones en la aparición de los principales hitos del desarrollo. Control de esfínteres a los 2,5 años. Emitió las primeras palabras a los 18 meses, existiendo dificultades en la articulación hasta los 2,5 años y tartamudeo hasta los 5.

Antecedentes médico-quirúrgicos: Miopía y astigmatismo, por los que lleva lentes correctoras.

Antecedentes psiquiátricos personales: De siempre ha sido la más agresiva, con baja tolerancia a la frustración e impulsividad manifestada como frecuentes pataletas. Por estos motivos se inició tratamiento psicológico a los 2 años. En ese momento se planteó a los padres el diagnóstico de hiperactividad. A los 5 años continuó terapia en otro centro por persistencia de los problemas de conducta y presencia de actitudes desafiantes y oposicionistas. Se muestra impulsiva e inquieta (aunque menos movida que su gemela). Dificultades en las relaciones sociales, principalmente con iguales en el medio escolar, mostrándose sociable y confiada con los adultos. Muy habladora. Desinhibición e interés sexual desde la infancia: se tocaba los genitales en la cama mientras la madre les leía cuentos, se bajaba la ropa en el colegio delante de sus compañeros y se detenía por la calle a observar a parejas besándose. Muy fantasiosa, realiza comentarios a su madre que a ésta le resultan muy exagerados (sobre lo que ha hecho en la escuela, o en alguna excursión, p. ej.). Presenta mucho apetito, no saciándose fácilmente, lo que le llevó a padecer sobrepeso y secundariamente problemas de tensión arterial (antes de haber recibido ningún tratamiento farmacológico). Insomnio de conciliación. Tics motores simples (elevación de las cejas). A los 6 años se inicia tratamiento farmacológico con periciazina, siendo sustituido por olanzapina hasta alcanzar 7,5mg diarios con mejoría inicial de la impulsividad y la agresividad. Se retiró la olanzapina para realizar valoración psicométrica, pero a la semana hubo que reintroducirla por un empeoramiento importante de la clínica, mostrándose más agresiva, con poca tolerancia a la frustración, aumento de los tics e insomnio, junto a oposicionismo y ansiedad. Posteriormente se inició tratamiento con metilfenidato 10mg/día de acción inmediata y 18mg/día de liberación retardada, asociándose un empeoramiento clínico importante tanto en casa como en el colegio.

Exploraciones complementarias: CARIOTIPO: normal. WISC-IV: coeficiente intelectual en el límite inferior de la normalidad (IGC: 81). En la Escala abreviada de Conners para padres y para profesores se obtuvo una puntuación significativa en problemas de conducta, problemas de aprendizaje, impulsividad-hiperactividad y en el índice de hiperactividad; en el límite de lo significativo en problemas de inatención. Puntuación inicial en la Escala de Young para la evaluación de la Manía (YMRS) de 22 y de 14 con tratamiento; puntuación significativa en la YMRS para padres (34). Con la entrevista K-SADS se obtienen los diagnósticos de trastorno bipolar I y TDAH. Hemograma y bioquímica sin hallazgos de significación patológica.

En nuestra consulta se muestra colaboradora y sociable, con un trato familiar pese a estar presentes varios terapeutas desconocidos para ella. Su actitud es de coqueteo si hay un varón delante, sin respetar la distancia interpersonal. Se muestra inquieta durante las entrevistas. Discurso fluido, verborreico, con algunas asociaciones sonoras, pero sin presión del habla ni fuga de ideas; su pensamiento es saltigrado y taquipsíquico con dificultades atencionales secundarias. Verbaliza ideas de superioridad (“soy la más fuerte del cole”...), así como etapas previas de desinhibición sexual. Reconoce reacciones de ira y peleas con su hermana difíciles de controlar.

Diagnóstico y tratamiento

Paciente A: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (314.01).

Síndrome de Turner.

Enuresis nocturna secundaria.

En tratamiento con metilfenidato con buena respuesta. Grupos terapéuticos de niños y grupos psicoeducativos para padres. Pendiente de iniciar método de alarma para la enuresis.

Paciente B: Trastorno Bipolar de inicio en la infancia (296.6) y Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (314.01).

Trastorno por tics transitorios.

Tto: Valproato 700 mg/día y olanzapina 2.5 mg/día. Grupos psicoeducativos para padres.

Discusión

Diversos autores han señalado desde hace más de dos décadas la existencia de un solapamiento entre los síntomas del Trastorno Bipolar y del TDAH (Potter, 1983; Poznanski et al., 1984)^{(7) (8) (9)}, así como que los niños que cumplen criterios para ser diagnosticados de manía también cumplen los criterios de TDAH (Wozniak et al., 1995)⁽¹⁾. Pese a ello, se ha validado la existencia de 2 trastornos distintos mediante instrumentos diagnósticos y escalas de clasificación (Singh et al, 2006)^{(10) (12)}.

Esto también ocurre en nuestro caso, donde la presencia de síntomas como la grandiosidad, la irritabilidad intensa y persistente, y las conductas hipersexualizadas, resulta de interés en el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos, de acuerdo a la descripción fenomenológica realizada para diferenciar la sintomatología del Trastorno Bipolar de inicio en la infancia (Geller et al. 2002)⁽²⁾.

Por otra parte, se ha descrito una elevada incidencia de TDAH en chicas con Síndrome de Turner (24%), llevando asociado problemas académicos, tanto a nivel conductual como cognitivo (Russell et al., 2006)⁽¹¹⁾. A pesar de que la literatura refiere que el subtipo más frecuente asociado al Turner es el hiperactivo-impulsivo, en nuestro caso la paciente presenta el subtipo mixto del TDAH.

Los datos provenientes de estudios familiares, con gemelos y de genética molecular, han demostrado consistentemente una agregación familiar y transmisión genética del trastorno bipolar. A su vez, estos estudios han demostrado que el trastorno bipolar de inicio en la infancia confiere un mayor riesgo familiar hacia los parientes de padecer una forma de enfermedad más severa (Althoff et al., 2005)^{(5) (12) (13) (14)}. En nuestro caso, la heredabilidad del trastorno bipolar está asociada a una anticipación en las manifestaciones clínicas. Creemos que serían necesarios estudios de gemelos y adopción, con el fin de esclarecer aspectos genéticos en el trastorno bipolar, así como estudios longitudinales con mayores tamaños muestrales para conocer mejor los aspectos clínicos y evolutivos todavía por dilucidar en esta importante patología.

Bibliografía

1. Wozniak J, Biederman J, Kiely K et al. Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:867-76.
2. Geller B, Zimmerman B Williams M et al. Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need of sleep, racing thoughts, and hipersexuality. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002;12(1):3-9.
3. Geller B, Zimmerman B Williams M et al. DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to ADHD and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002;12(1):11-25.
4. Biederman J. Advances in the psychopharmacology of pediatric bipolar disorder and ADHD. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000;10:153-4.
5. Papolos DF, Papolos J. *The Bipolar Child: The definitive and reassuring guide to childhood's most misunderstood disorder*. New York, 1999.
6. Althoff RR, Faraone SV, Rettew DC, Morley CP Hudzick JJ Family, twin, adoption, and molecular genetic studies of juvenile bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005;7:598-609.
7. Potter RL. Manic-depressive variant síndrome of childhood. Diagnostic and therapeutic considerations. *Clin Pediatr (Phila)* 1983;22:495-99.
8. Poznanski E, Israel M, Grossman J. Hypomania in a four-year-old. *J Am Acad Child Psychiatry* 1984;23:105-10.
9. Biederman J, Faraone S, Mick E, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:997-1008.
10. Sing MK, DelBello MP, Kowatch RA, Strakowski SM. Co-occurrence of bipolar and attention-deficit hyperactivity disorders in children (Revisión). *Bipolar Disord* 2006;8(6):710-20.
11. Russell HF, Wallis D et al. Increased prevalence of ADHD in Turner syndrome with no evidence of imprinting effects. *J Pediatr Psychol* 2006;31(9):945-55.
12. Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor MW. Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years (Revisión). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(9):846-71.
13. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J and Quintero Lumbreras FJ. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida*. Ed Ergon, 2006.
14. Brown TE. *Attention déficit disorder*. Masson, 2006.