



TRASTORNO BIPOLAR EN EL SÍNDROME DE DOWN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Enrique Pérez Ruiz; Maria Jesús García Cantalapiedra; Laura García García.

mikas@ole.com

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Down, sigue alcanzando en algunas regiones de nuestro país prevalencias de casi 3/1000, ante esta incidencia, resulta importante determinar las características que las enfermedades psiquiátricas presentan en estos pacientes.

OBJETIVOS: Mediante la presentación de un caso clínico reciente, se pretende revisar las características de los trastornos del estado de ánimo en el paciente con Síndrome de Down.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de un caso clínico en los siguientes términos: Antecedentes personales y familiares, proceso actual, diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento.

RESULTADOS: Mujer de 28 años, mayor de 2 hermanas, diagnosticada de Síndrome de Down con antecedentes psiquiátricos de un episodio depresivo en 2007 de 2 meses de duración que en el momento actual presenta clínica compatible con episodio mixto con marcada inquietud psicomotriz, verborrea hiperfagia y episodios heteroagresivos en su centro educativo. Tras 3 semanas en tratamiento con ácido valproico y quetiapina se logra remisión sintomática completa.

CONCLUSIONES: Los episodios depresivos, resultan más prevalentes entre pacientes Down que en población general. Lo mismo sucede con la patología tiroidea. No obstante, en el trastorno bipolar cuyo diagnóstico resulta muy infrecuente en estos pacientes. La predominancia de ciclos rápidos, las dificultades para expresar emociones, el marcado nivel de ansiedad, las dificultades de control y alteraciones conductuales son las diferencias fundamentales que perfilan una sintomatología que emula el trastorno bipolar de la infancia.

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Down, sigue alcanzando en algunas regiones de nuestro país prevalencias de casi 3/1000 nacimientos. A pesar de que las técnicas de diagnóstico precoz y control de la natalidad han reducido en gran medida su incidencia, resulta importante determinar las características que las enfermedades psiquiátricas presentan en estos pacientes para permitir un óptimo abordaje de los mismos.

Por una parte, el bajo CI es un factor de vulnerabilidad a toda clase de estresantes facilitando la aparición de trastornos adaptativos, por otra parte, la comorbilidad tiroidea presente entre los pacientes con síndrome e Down así como otras alteraciones descritas en el síndrome, suponen importantes factores de riesgo para la aparición de múltiples trastornos psiquiátricos. El trastorno bipolar no es una de las patologías que habitualmente se encuentre asociada al síndrome de Down. Si bien los episodios depresivos sí parecen verse facilitados por el síndrome, los episodios maníacos no son nada frecuentes, al menos de acuerdo a los criterios diagnósticos establecidos. (1)

OBJETIVOS:

Mediante la presentación de un caso clínico reciente, se pretende revisar las características de los trastornos del estado de ánimo en el paciente con Síndrome de Down.

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis de un caso clínico en los siguientes términos:

- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Proceso actual
- Diagnóstico
- Diagnóstico diferencial
- Tratamiento.

RESULTADOS:

Antecedentes familiares:

La abuela materna presentó al menos un episodio depresivo grave.

La madre sigue tratamiento por trastornos de ansiedad.

La paciente es la menor de 2 hermanos sanos.

Antecedentes personales:

Mujer de 28 años que reside con sus padres en Valladolid.

Diagnosticada de Síndrome de Down al nacimiento. Parto a término. Acudió a centro de desarrollo infantil y atención temprana y posteriormente en un centro multidisciplinar para

TRASTORNO BIPOLAR EN EL SÍNDROME DE DOWN, A PROPÓSITO DE UN CASO

formación. Cuenta con un CI total de 65 evaluado a los 19 años de edad.

Sin alergias medicamentosas conocidas, diabetes mellitus o HTA.

Presentó infecciones respiratorias de repetición en la infancia sin otra patología somática de relevancia.

No presenta hábitos tóxicos.

La paciente sufrió un episodio depresivo en 2007 de 2 meses de duración aproximada, iniciando entonces tratamiento antidepresivo con fluoxetina y lorazepam que siguió hasta hace un año, habiendo permanecido asintomática desde entonces.

Proceso Actual

La paciente es traída a consulta por presentar un cuadro clínico de intensa ansiedad de 10 días de evolución que pone en relación con un enfrentamiento con unos chicos del centro con los que ya había tenido problemas en el pasado. Según refiere la madre, la paciente nunca antes se había mostrado agresiva pero en esta ocasión golpeó a un chico que la había insultado habiendo sido por este motivo expulsada del centro durante unos días. Desde este momento, la paciente se recluyó en habitación repitiendo durante todo el día amenazas e insultos. Le fue pautado un tratamiento ansiolítico sin respuesta aparente. Los días siguientes, la paciente tomó la decisión de abandonar el centro para hacer un viaje a Italia. Ante la negativa de los padres, decidió regresar al centro ignorando su expulsión y fue nuevamente expulsada por desobedecer a un educador.

Apenas dormía, y pasaba gran parte de la noche comiendo, ya que durante el día se negaba a comer, algo que hacía habitualmente cuando estaba enfadada señaló la madre y haciendo ruidos por la casa habiendo también recibido quejas de los vecinos.

A la exploración, la paciente se mostraba poco colaboradora, aunque en un principio se negaba a responder a las preguntas, cuando la madre intervenía no podía resistirse a interrumpir y corregir constantemente a ésta. En un tono muy alto que justificaba alegando que su madre estaba sorda. Presentaba un discurso coherente pero difícil de seguir con importante fuga de ideas y asociaciones laxas. La paciente hablaba sobre el centro, sobre su novio, los viajes que tenía planificados sin un claro hilo conductor. Animo disfórico y ansiedad importante de predominio idéico. No se evidenciaron alteraciones sensorio-perceptivas ni otras alteraciones en curso o contenido del pensamiento. Nula conciencia de enfermedad. Insomnio global.

Diagnóstico:

Según DSM-IV:

F31.8 Trastorno bipolar II episodio más reciente mixto 296.89

Diagnóstico diferencial:

El primer diagnóstico diferencial a plantear debe establecerse con el consumo de tóxicos. Se solicitó una determinación que resultó negativa.

TRASTORNO BIPOLAR EN EL SÍNDROME DE DOWN, A PROPÓSITO DE UN CASO

En un principio, la clínica asemejaba un trastorno por ansiedad o un cuadro adaptativo reactivo al conflicto en el centro.

La sospecha de un trastorno de tipo paranoide o un cuadro de carácter delirante, aunque también posible en un principio pronto quedó en un segundo plano ante la clínica maniforme cada vez mas instaurada.

Tratándose de un síndrome de Down, es fundamental contar con estudio tiroideo que también podría dar explicación al cuadro presentado. Se realizó determinación mostrando niveles hormonales normales.

Tratamiento:

Se instauró tratamiento con ácido valproico a dosis de 1000 mg/24 horas y quetiapina 1200 mg logrando un control sintomático parcial pero siendo necesario asociar benzodiacepinas durante las 2 primeras semanas. La remisión del cuadro tuvo lugar tres semanas mas tarde. En la actualidad, la paciente sigue tratamiento con ácido valproico a dosis de 1000 mg/24horas y quetiapina a dosis de 900 mg.

CONCLUSIONES:

La predominancia de ciclos rápidos, las dificultades para expresar emociones, el marcado nivel de ansiedad , las dificultades de control de impulsos y emociones y las alteraciones conductuales, son las diferencias fundamentales que explican para algunos autores la baja representación que el trastorno bipolar tiene en la población con síndrome de Down cuando son aplicados los criterios clásicos.

Se establece una clara semejanza entre el trastorno bipolar en el paciente con síndrome de Down y el trastorno bipolar en el niño, recientemente descrito por los trabajos de Papolos y Papolos ().

La rápida resolución de las fases, la facilidad de viraje y la demora en el diagnóstico por las peculiaridades clínicas referidas, a expensas fundamentalmente de la alexitimia y las dificultades en el control de impulsos que se traducen a menudo en conductas disruptivas, distorsionan la clínica habitual asociada al trastorno. La hiperactividad, la presencia de soliloquios, la agitación psicomotriz o la desinhibición son conductas que también presentan de manera característica un protagonismo especial en este síndrome.

En cuanto a las fases depresivas, también la alexitimia se hace patente dejando de lado los sentimientos de culpa, incapacidad o tristeza para reflejarse en forma de irritabilidad y disforia (3).

Conociendo las características clínicas que los trastornos del estado de ánimo presentan en el paciente con síndrome de Down, podremos afrontar mejor el diagnóstico y tratamiento del mismo.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Garvia, B. "Salud mental en el síndrome de Down" Disponible en <http://www.cfsd.org>
- 2- Papolos, D.F. Papolos, J.D. The Bipolar Child. New York City: Broadway Books, 1999.
- 3- Mc Guire, D. Chicione, B. "Bienestar mental en el adulto con síndrome de Down". Fundación Iberoamericana Down21 Disponible en <http://www.down21.org>