



# XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

## **SÍNTOMAS MANÍACOS EN POBLACIÓN INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Rocío Alonso Díaz, Carmen González Macías, Sandra Fuentes Márquez.

[rocio.alonsodiaz@hotmail.com](mailto:rocio.alonsodiaz@hotmail.com)

### **INTRODUCCIÓN**

Desde hace mucho tiempo los clínicos han observado síntomas maníacos en niños y adolescentes. Los primeros casos fueron descritos por Esquirol en 1845.

En 1921, Kraepelin presentó una muestra de 900 pacientes con enfermedad maníaco-depresiva, que incluía adolescentes y hasta cuatro niños menores de diez años. Muchos adultos con enfermedad bipolar refieren que sus síntomas comenzaron antes de los 19 años, sobre todo síntomas de depresión e hiperactividad.

En 1980 diversos investigadores sugirieron la posibilidad de que la manía en niños prepuberales y adolescentes podía estar siendo infradiagnosticada.

Es complicado estudiar determinadas características en la población pediátrica, tales como fenomenología, epidemiología, formas de presentación clínica y respuesta a los distintos tratamientos.

Formas atípicas de bipolaridad en edad pediátrica, enfermedad bipolar no especificada y la continuidad de este diagnóstico en la edad adulta.

Se estima que el 20-40% de los adultos bipolares comenzaron con síntomas afectivos en la infancia (Geller et al., 1997), y el 0,3-0,5% antes de los 10 años (Goodwin et al., 1990).

La prevalencia de enfermedad bipolar en adolescentes es similar a la de adultos, y oscila entre el 1 y el 7%.

### **CASO CLÍNICO**

Este trabajo consiste en la descripción de un caso clínico que ha sido evaluado en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil- Hospital de Día donde se ponen de relieve las características principales de este trastorno.

Presentamos el caso de un varón de 17 años de edad, con diagnóstico actual de TAB, actualmente en remisión. Inicia seguimiento en la unidad de salud mental desde pequeño por inestabilidad emocional, con diagnóstico de TDAH y Trastorno de conducta. Actualmente acude por empeoramiento de los trastornos de conducta y desbordamiento familiar con gran dificultad para manejar conductas disruptivas.

Adoptado a los 11 meses por pareja con hija biológica, nacido con síndrome de abstinencia a opiáceos. Primer contacto en USMIJ-HD a la edad de 10 años.

## **SÍNTOMAS MANÍACOS EN POBLACIÓN INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

En su historial quedan recogidas numerosas asistencias a urgencias. Primer ingreso hospitalario fue en 2009 por trastornos de conducta y episodios de heteroagresividad hacia el padre que precisa intervención de FFSS, y con diagnóstico al alta de trastorno psicótico a filiar, ingresando tras el alta hospitalaria en la Unidad de Hospital de Día. A su llegada se mostaba agresivo con importante inquietud psicomotora, tics faciales y posible ideación delirante megalomaniaca y de perjuicio. En la exploración, expresaba continuas autorreferencias e ideas de perjuicio hacia su persona, focalizadas en torno a su padre. Refirió que en los últimos días escuchaba ruidos extraños, sin ser capaz de precisar la localización de estos, aunque en ocasiones refería que provenían de dentro de su cabeza.

Se objetivaron conductas desinhibitorias y disruptivas así como interpretaciones incongruentes a hechos sin importancia. Las conductas extravagantes el niño las justifica como llamadas de atención para caer bien a los demás.

En los años posteriores, ha precisado de tres nuevos ingresos en la UHA con diagnósticos al alta de Trastorno Grave de Conducta, Trastorno Afectivo Bipolar y Amenazas suicidas. Presenta alteraciones conductuales y episodios de agresividad con imposibilidad de contención en el domicilio familiar.

Coincidiendo con la adolescencia comienza a realizar comportamientos de riesgo tales como consumo de alcohol, tabaco, contactos con personas de riesgo y abandono de la medicación, inicia alteraciones en conducta alimentaria de forma imitativa a su pareja actual, con varios gestos autolíticos en este periodo coincidiendo con el abandono de medicación por lo que ante esta actitud se decide iniciar tratamiento depot.

Actualmente no presenta descompensación de su patología de base (TAB en remisión); si continúa con la restricción alimentaria de muchos alimentos y la consecuente pérdida de peso. No presenta alteraciones conductuales ni nuevos episodios de agresividad en el domicilio.

Diagnósticos diferenciales: TDHA, TND; Trastornos de conducta, Trastorno de la inestabilidad emocional.

### **CONCLUSIONES**

La comorbilidad complica el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. En el eje I: TDAH (42%), TND (53%), Trastornos de ansiedad (27%), TC (19%), Abuso de sustancias (12%).

No hay estudios epidemiológicos en población general para los trastornos de la personalidad de la misma calidad que los realizados para los trastornos del EjeI.

Hay variedad en los informes de prevalencia de trastornos de la personalidad con el trastorno bipolar, estudios más recientes indican que la prevalencia a lo largo de la vida de trastornos de la personalidad en pacientes bipolares oscila entre el 29-48%.

Estudios sobre trastorno bipolar comórbido con trastornos de personalidad ha encontrado que entre el 40 y 50% cumplen criterios para ser diagnosticados de trastorno de la personalidad con una preponderancia de los clúster B y C.

## **SÍNTOMAS MANÍACOS EN POBLACIÓN INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Los estudios de prevalencia de personalidad específica en pacientes maníacos han encontrado ratios elevadas sobre todo de clúster B (antisocial, borderline, narcisista e histriónico).

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. Mediator.
2. Vieta, E. (1999). Abordaje actual de los trastornos bipolares. Barcelona, Masson.
3. Kay y cols (2002). Impact of axis II comorbidity of the course of bipolar illness in men.
4. Vallejo, J. (1997): Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Madrid. Salvat.