

Reporte de caso

Adolescente maniaco, la clave para un diagnóstico temprano: A propósito de un caso

Javier Andrés Caicedo Blanco¹, Ana María Gómez Puentes²

1. Médico psiquiatra infantil – Clínica Montserrat - Hospital Universitario, Docente posgrado psiquiatría - Universidad El Bosque

2. Médica interna (2024) - Universidad El Bosque, Clínica Montserrat - Hospital Universitario

Correspondencia: amagomez@unbosque.edu.co

Resumen

Introducción: Un episodio maniaco es un periodo agudo de síntomas afectivos caracterizado por energía anormalmente elevada, que en los niños y adolescentes se presenta con gran variedad de síntomas y comorbilidades. Esto ocasiona un diagnóstico tardío, en el que pueden transcurrir hasta 10 años para su establecimiento, comprometiendo el pronóstico de estos pacientes.

Objetivo: Presentar un caso clínico de un paciente adolescente con manía aguda de relevancia para el clínico por la inespecificidad sintomática en este grupo etario a la hora de realizar un diagnóstico de trastorno bipolar tipo I (TB-I) en población infanto-juvenil.

Método: Reporte de caso.

Resultados: Se presenta el caso de un paciente masculino de 15 con antecedente familiar de manía de inicio temprano en su padre. El paciente debutó con un episodio de manía aguda con síntomas psicóticos, por lo cual fue hospitalizado. Se relata el tratamiento intrahospitalario y su evolución clínica hasta el alta hospitalaria.

Conclusión: En conjunto, este reporte de caso proporciona una relevante contribución a la comprensión de la complejidad del trastorno bipolar en la adolescencia, destacando la necesidad de una evaluación diferenciada, consideración de factores familiares y un enfoque terapéutico individualizado para lograr resultados clínicos exitosos en estos pacientes.

Palabras clave: manía, trastorno bipolar, adolescencia, olanzapina.

Summary

Introduction: A manic episode is a well-defined period of abnormally elevated mood and energy. In children and adolescents, there is a wide variety of symptoms together with many comorbidities, and it has been shown that there is a late diagnosis, in which it has been observed that up to 10 years may elapse for its establishment, compromising the prognosis of these patients.

Objective: To present a clinical case of an adolescent patient with acute mania

who complies with the manifestations according to his developmental period. This is of relevance for the clinician due to the lack of symptomatic specificity in this age group when making a diagnosis of Bipolar Disorder Type I (TB-I) in children and adolescents.

Methods: A case report.

Results: We present the case of a 15-year-old male patient with a family history of early-onset mania in his father. The patient experienced an acute manic episode with psychotic features, leading to hospitalization. This report details the inpatient treatment and clinical progression until hospital discharge

Conclusion: Overall, this case report provides a relevant contribution to the understanding of the complexity of bipolar disorder in adolescence, highlighting the need for a differentiated assessment, consideration of family factors, and an individualized therapeutic approach to achieve successful clinical outcomes in these patients.

Keywords: Mania, bipolar disorder, adolescence, olanzapine.

Introducción

Un episodio maníaco se define como un periodo bien definido de estado de ánimo y energía anormalmente y persistentemente elevado, con duración mínima de una semana, presentándose la mayor parte del día, casi todos los días, causando un deterioro importante en la funcionalidad, que requiere de manejo intramural para evitar daño a sí mismo o a otros. De igual forma, no puede atribuirse este episodio a los efectos fisiológicos de una sustancia (1).

El trastorno bipolar tipo I (TB-I) se encuentra en la categoría de trastornos del estado de ánimo, en el que ocurren cambios cíclicos entre manía y episodios depresivos mayores (1). El diagnóstico de esta enfermedad en este grupo etario es un desafío para el clínico por la inespecificidad de los síntomas y la alta comorbilidad, por esto es importante tener claro las manifestaciones del estado de ánimo.

En un meta-análisis de trastorno bipolar (TB) pediátrico se demostró que se encuentra presente en un 70% el estado de ánimo elevado y el sentimiento de grandiosidad en un 78% de los adolescentes diagnosticados (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el TB es la sexta causa de discapacidad en el mundo, lo que lo convierte en un importante problema de salud pública (1). Si bien los síntomas francos suelen diagnosticarse en la adultez, se ha evidenciado que frecuentemente están precedidos por sintomatología que puede corresponder a una instauración temprana que puede ser diagnosticada trastornos de conducta o trastornos de déficit de atención e hiperactividad. En estudios retrospectivos realizados en adultos con TB, se ha observado que entre el 10% y el 20% han manifestado síntomas antes de los 10 años y un 60% antes de los 20 años (3). Además, se su-

giere que, desde la aparición de los primeros síntomas hasta el establecimiento del diagnóstico formal y el inicio del tratamiento, transcurren alrededor de 10 años, lo que implica un sub diagnóstico o diagnóstico tardío, con consecuencias desfavorables para el pronóstico (4). Por lo tanto, resulta esencial identificar la sintomatología de manera temprana para instaurar un tratamiento oportuno.

Caso clínico

Paciente masculino de 15 años, natural, residente y procedente de Bogotá, producto de la segunda gestación, vive con su padre y madrastra, quienes están en una relación en unión libre de 9 meses de duración. Su madre biológica falleció a los 6 días de vida del paciente por complicaciones de preeclampsia. Al momento de la consulta se encontraba cursando octavo grado. Respecto a antecedentes personales mencionó 2 años previos al inicio del cuadro actual haber presentado episodios de tristeza la mayor parte del día con tendencia al aislamiento social, sin ideas de muerte o suicidio, sin episodios autolesivos, sin requerimiento de valoración por psicología ni psiquiatría. Refirió antecedente familiar en el padre, quien presentó síntomas similares en la infancia, sin recordar el diagnóstico y fue manejado con ácido valproico que suspendió sin indicación médica.

El paciente ingresó remitido del colegio, posterior a una valoración por parte de orientadora escolar, donde se identificaron síntomas maniformes de 2 días de evolución dados por aumento de actividad intencionada, afecto con tendencia a la expansividad, pensamiento ilógico,

asociación laxa de ideas hasta la fuga de ideas, ideas delirantes de grandeza de contenido megalomaniaco de las que refería “quiero mejorar el mundo de alguna forma y hay una ley para que pongan como materia crecimiento personal, así podría hacer un escándalo gigante en el colegio porque el profesor me dijo que nadie quería escuchar mi discurso y sé que hay muchos que sí”. No cursaba con alteración en la sensorpercepción o agresividad, el juicio estaba desviado y su introspección nula. Adicionalmente tenía una disminución de la necesidad de dormir.

Se interrogó por sintomatología somática encontrándose cuadro reciente de infección de vías respiratorias altas que fue manejado con corticoides y antigripal. En la valoración psiquiátrica de ingreso refirió persistencia de odinofagia y tos con expectoración. Como único factor estresante identificó la relación con su madrastra; sin embargo, sin embargo, aclaró que está mejoró desde el inicio del cuadro actual. Como factores protectores reconoció la relación con sus amigos, esperanza en cumplir sus sueños y una fuerte convicción por cambiar el mundo. Por otra parte, comentó de su funcionamiento previo ser una persona introvertida y no ser muy inteligente, pese a que recientemente recibió un reconocimiento por su desempeño académico.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó una impresión diagnóstica de manía con síntomas psicóticos y se indicó manejo intrahospitalario. Se solicitaron paraclínicos de extensión para descartar patología orgánica y se inició tratamiento farmacológico con risperidona 0,5mg y

Tabla 1. Escala de manía de Young al ingreso

Young Mania Rating Scale (YMRS)		
Indicador	Puntaje	Interpretación
Euforia	3	Elevada e inapropiada.
Hiperactividad	3	Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud.
Impulso sexual	1	Posible o moderadamente aumentado.
Sueño	4	Niega necesidad de dormir.
Irritabilidad	0	Ausente.
Expresión Verbal	6	Claramente aumentada, difícil de interrumpir, intrusiva.
Trastorno del curso del pensamiento	3	Fuga de ideas, tangencialidad, rimas, ecolalia.
Trastorno formal del pensamiento	6	Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia.
Agresividad	0	Ausente.
Apariencia	0	Indumentaria apropiada y limpia.
Conciencia de enfermedad	4	Niega cualquier cambio de conducta.
Total	30	Manía grave.

ácido valproico 250mg en la noche dado a la intensidad sintomática. Para evaluar la severidad de los síntomas maniformes se aplicó la escala de manía de Young, herramienta psicométrica que recopila la información subjetiva durante las últimas 48 horas proporcionada por el paciente y el comportamiento que este tiene durante la entrevista, obteniéndose una puntuación de 30, indicando manía grave.

Durante la primera noche de hospitalización, se requirió un refuerzo farmacológico con quetiapina 25mg debido a dificultades en la conciliación del sueño e inquietud motora, presentando una respuesta adecuada con este medicamento. A lo largo del primer día, se obtuvo el informe de los paraclínicos solicitados al

ingreso, los cuales se encontraron dentro de los rangos de normalidad, descartando así la presencia de alteraciones orgánicas. En ese momento, inició el proceso de adaptación a la Unidad Juvenil, persistiendo los síntomas maniformes por lo que se realizó un ajuste al tratamiento psicofarmacológico. Se procedió al cambio del antipsicótico a olanzapina 5mg durante la noche por su efecto ansiolítico agregado de acuerdo al manejo con antipsicótico atípico en primer episodio de manía, y nuevamente se requirió un refuerzo farmacológico con antihistamínico para facilitar la conciliación del sueño durante la noche.

Al tercer día de hospitalización, el paciente persistió taquialíco y taquipsíquico,

Tabla 2. Escala de manía de Young de seguimiento

Young Mania Rating Scale (YMRS)		
Indicador	Puntaje	Interpretación
Euforia	2	Clara, aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre.
Hiperactividad	1	Subjetivamente aumentada.
Impulso sexual	1	Posible o moderadamente aumentado.
Sueño	0	No reducido.
Irritabilidad	0	Ausente.
Expresión Verbal	2	Sensación de locuacidad.
Trastorno del curso del pensamiento	0	Ausentes.
Trastorno formal del pensamiento	2	Planes discutibles, nuevos intereses.
Agresividad	0	Ausente.
Apariencia	0	Indumentaria apropiada y limpia.
Conciencia de enfermedad	2	Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad.
Total	10	Manía leve.

aunque se observó una mejor modulación en el patrón de sueño y en la asociación laxa del pensamiento. En este punto, se decidió suspender el modulador del estado de ánimo debido a la preferencia del manejo con monoterapia para este grupo y así limitar los efectos adversos. Para el quinto día, se observó una mayor modulación en la sintomatología maniforme, en la que el paciente manifestó una leve crítica hacia las ideas sobrevaloradas de grandeza. Al día siguiente, mostró crítica respecto a la presencia de sus síntomas, lo que sugirió una evolución lenta hacia la mejoría. Además, continuó con una mejor regulación del patrón sueño.

Para el octavo día de hospitalización, de-

bido a la persistencia y lenta evolución de los síntomas maniformes, se decidió realizar un ajuste farmacológico en el antipsicótico atípico, aumentando la dosis de olanzapina a 5mg en la mañana y 10 mg en la noche. Al día siguiente, se observó una mejor modulación en el tono afectivo en comparación con días anteriores, así como en la asociación laxa del pensamiento. Además, el paciente mostró una mayor crítica de las ideas delirantes de grandeza, aunque con introspección pobre en el momento, por lo que se realizó un nuevo ajuste de olanzapina a 5 mg en la mañana y 5 mg en la noche.

Para el día 12 de hospitalización, se volvió a aplicar la escala Young, obteniéndose 10

puntos que correspondían a una manía leve. Se evidenció una mejoría sustancial en la euforia, hiperactividad, patrón de sueño con modulación completa, expresión verbal y en los trastornos del curso y formales del pensamiento. Además, el paciente mostró conciencia de la enfermedad en la que admitió un cambio en su conducta que no consideró como una enfermedad.

En el día 13 de hospitalización, se observó una mejoría en la organización del pensamiento y el paciente realizó crítica frente a la sintomatología previa. Debido a esta mejoría, se consideró que en este momento el paciente presentaba una condición clínica que permitía continuar el tratamiento de manera ambulatoria. Se propuso un seguimiento estrecho por parte del servicio de psiquiatría para una observación longitudinal y se planificaron estudios adicionales para investigar la etiología del trastorno.

Discusión

La caracterización del trastorno afectivo bipolar en adolescentes varía frente a la sintomatología adulta y depende del grupo etario la presentación de síntomas atípicos, como ciclos ultrarrápidos con irritabilidad sin episodios claramente definidos, evidenciándose como síntomas relevantes las alteraciones en el patrón del sueño, como disminución de necesidad de dormir y aumento de energía (5).

La relevancia de las características tan puntuales de este cuadro nos permite identificar un episodio de manía aguda en el adolescente y en caso de repetición del cuadro se podría hacer un diagnósti-

co formal de TB-I y así iniciar el manejo de forma temprana para mejorar el pronóstico del paciente reduciendo el tiempo de diagnóstico formal.

El caso clínico expuesto de un adolescente de 15 años muestra la presentación sintomática de un episodio maniaco característico del grupo etario como es la presencia de irritabilidad, disminución de la necesidad de dormir, expansividad, y aumento de la actividad motora intencionada, de inicio rápido, y con síntomas afectivos depresivos dos años previos, sin diagnóstico previo de trastorno depresivo o requerimiento de manejo farmacológico, sin antecedente de síntomas atencionales o componente de hiperactividad, mostrando el típico curso del trastorno afectivo del adolescente, como establece la literatura donde se precede los síntomas depresivos o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (4).

No se estableció un antecedente claro de patologías mentales en familiares, con presencia de síntomas afectivos en la infancia del padre, estableciéndose una asociación entre la presencia de factores familiares, donde se encuentran antecedentes positivos en casi 20% de los casos (6), por lo que es de importancia tener en cuenta que en la práctica clínica podría existir una limitación en el establecimiento de comorbilidades psiquiátricas de los padres por el no diagnóstico en ellos pese a la sintomatología compatible con este.

En este caso se presentó una adecuada respuesta terapéutica al estabilizador del ánimo y un antipsicótico atípico, establecidos como tratamiento con mayor evi-

dencia clínica en el trastorno bipolar en niños y adolescentes pese a efectos adversos metabólicos (7). Dentro de las consideraciones terapéuticas, la indicación de monoterapia con antipsicótico de segunda generación como olanzapina se representa en la viñeta del caso de una típica manía en un adolescente con adecuada respuesta terapéutica a dosis de 15 mg/día, con respuesta inicial sobre el impacto en la asociación laxa, la necesidad de dormir, y posteriormente en la modulación de la exaltación afectiva.

Referencias

1. Trastorno bipolar E.2 Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP.
2. Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A, Findling RL. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord.* 2005 Dec 8;7(6):483–96.
3. Perlis RH, Dennehy EB, Miklowitz DJ, Delbello MP, Ostacher M, Calabrese JR, et al. The Authors. Vol. 11, Blackwell Munksgaard. *Bipolar Disorders.* 2009.
4. Diler RS, Uguz S, Seydaoglu G, Erol N, Avcı A. Differentiating bipolar disorder in Turkish prepubertal children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Bipolar Disord.* 2007;9(3).
5. Meyer TD, Fuhr K, Hautzinger M, Schlarb AA. Recognizing mania in children and adolescents-age does not matter, but decreased need for sleep does. *Compr Psychiatry.* 2011 Mar;52(2):132–8.
6. Hazell P, Jairam R. Acute treatment of mania in children and adolescents. Vol. 25, *Current Opinion in Psychiatry.* 2012.
7. Stepanova E, Findling RL. Psychopharmacology of Bipolar Disorders in Children and Adolescents. Vol. 64, *Pediatric Clinics of North America.* W.B. Saunders; 2017. p. 1209–22.