

UNA ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TRASTORNO BIPOLAR

TDAH con trastorno bipolar: genética, diagnóstico y nuevas ideas sobre el tratamiento



David N. Osser, MD

Un estudio determinó que los niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tienen una incidencia diez veces mayor de desarrollar trastorno bipolar en comparación con niños sin TDAH.¹ Se trata de una comorbilidad habitual, presenta un progreso más grave que cualquiera de los dos diagnósticos por separado, y se le asocia con un mayor riesgo de intentos de suicidio.²

Una genética superpuesta

La comorbilidad del TDAH y el trastorno bipolar puede incluir una superposición genética. En Suecia se realizó un estudio con 13.532 pares de mellizos (de entre 9 y 12 años) utilizando herramientas basadas en evaluaciones de los padres para el TDAH y los episodios hipomaniacos.³ Los pares de mellizos fueron reevaluados a los 15 años (n = 3.784) y luego otra vez a los 18 años (n = 3.013). Se determinó que

Un estudio determinó que los niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tienen una incidencia diez veces mayor de desarrollar trastorno bipolar en comparación con niños sin TDAH.

los factores genéticos asociados con la hipomanía explicaban entre un 25% y un 42% de las probabilidades de presentar los síntomas de hiperactividad/impulsividad del TDAH. El efecto sobre los síntomas de falta de atención

del TDAH fue menor. Los mellizos monogóticos mostraron una asociación más fuerte entre ambas afecciones que los mellizos dicogóticos. Se presume que el resto de la varianza obedeció a causas del TDAH que no contribuyen con la hipomanía.

Diagnóstico

Puede que los médicos tengan dificultades a la hora de establecer qué diagnóstico se ajusta mejor al paciente –si TDAH o trastorno bipolar–, cuando a menudo el paciente padece ambos trastornos. Suele suceder que el paciente (y el profesional) se inclinen por el diagnóstico de TDAH y por los fármacos estimulantes que se utilizan para este tratamiento. Esperan poder evitar el diagnóstico de trastorno bipolar a causa del estigma que supone y la complejidad del tratamiento. El diagnóstico diferencial se realiza sabiendo que las (hipo)manías bipolares se dan en episodios discretos que duran al menos entre cuatro y siete días, en tanto que la hiperactividad y los síntomas

asociados con el TDAH están presentes de forma constante como rasgos del temperamento del individuo. Durante la fase maníaca, el paciente despliega un nivel de actividad claramente más alto que el habitual y presenta otros síntomas típicos, como una menor necesidad de sueño y una forma de hablar veloz. A esto le sigue, a menudo, una rápida caída depresiva donde esos niveles elevados de actividad y energía decaen drásticamente.

Tratamiento

El tratamiento con estimulantes para el TDAH cuando existe trastorno bipolar comórbido ha resultado polémico. Un estudio observacional realizado en Suecia con 2.307 adultos sugirió que los pacientes con trastorno bipolar deberían recibir un estabilizador del estado de ánimo antes de sumar un estimulante para el TDAH, ya que, caso contrario, el riesgo de desarrollar manía o hipomanía aumentaba siete veces.⁴ El estimulante que se utilizó en ese estudio fue el metilfenidato (MPH), ya que en Suecia no se venden productos con anfetamina. De todas maneras, un nuevo estudio observacional realizado en Dinamarca (que también usó MPH) intentó repetir ese estudio y corregir los errores propuestos en la metodología. Los investigadores relevaron a 1.043 adultos y no hallaron ningún aumento de (hipo)manía en los pacientes con trastorno bipolar que no recibían estabilizadores del estado de ánimo y sí se trataban con MPH.⁵ Este estudio parecía más convincente. En parte, los investigadores estaban motivados por su creencia de que el MPH podía ser un tratamiento para la manía. En un breve ensayo controlado con placebo, el MPH no demostró ningún beneficio, pero en esos pacientes tampoco se observó un empeoramiento de la manía por el uso del MPH.⁶ Cabe señalar que se han realizado muy pocos estudios sobre los productos con anfetamina para el TDAH en pacientes con trastorno bipolar, y es posible que no resulten tan seguros.⁷

Reflexiones finales

Para resumir, el corolario que se desprende de esta actualización es que, según los datos recientes, no hay problema en usar MPH en pacientes adultos con trastorno bipolar para su TDAH comórbido, incluso si no se administran además estabilizadores del estado de ánimo. No tenemos la certeza de que se pueda decir lo mismo sobre los productos con anfetaminas (que se utilizan con mayor frecuencia para tratar el TDAH en adultos comparados con el MPH, aunque tal vez injustificadamente). Hace falta realizar nuevas investigaciones sobre la seguridad de esos productos en esta situación.

El Dr. Osseer es profesor adjunto de psiquiatría en la Escuela de Medicina de Harvard en Boston, Massachusetts; psiquiatra en el Sistema de Salud de Asuntos de Veteranos (VA) de Boston, División de Brockton, y codirector del Programa Nacional de Trastorno Bipolar y Telesalud del Departamento de



Asuntos de Veteranos de Estados Unidos. El autor manifiesta no tener ningún conflicto de interés en relación con el tema tratado en este artículo.

Referencias

1. Meier SM, Pavlova B, Dalsgaard S, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and anxiety disorders as precursors of bipolar disorder onset in adulthood. *Br J Psychiatry*. 2018;213(3):555-560.
2. Lan WH, Bai YM, Hsu JW, et al. Comorbidity of ADHD and suicide attempts among adolescents and young adults with bipolar disorder: a nationwide longitudinal study. *J Affect Disord*. 2015;176:171-175.
3. Hosang GM, Lichtenstein P, Ronald A, et al. Association of genetic and environmental risks for attention-deficit/hyperactivity disorder with

hypomanic symptoms in youths. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(11):1150-1158.

4. Viktorin A, Rydén E, Thase ME, et al. The risk of treatment-emergent mania with methylphenidate in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2017;174(4):341-348.
5. Jepsen OH, Østergaard SD, Rohde C. Risk of mania after methylphenidate in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2023;43(1):28-34.
6. Hegerl U, Mergl R, Sander C, et al. A multi-centre, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of methylphenidate in the initial treatment of acute mania (MEMAP study). *Eur Neuropsychopharmacol*. 2018;28(1):185-194.
7. Moran LV, Skinner JP, Shinn AK, et al. Risk of incident psychosis and mania with prescription amphetamines. *Am J Psychiatry*. 2024;181(10):901-909.