

DESÓRDENES DEL ESTADO DE ÁNIMO. PUESTA AL DÍA EN TRASTORNO BIPOLAR

TDAH en pacientes con trastorno bipolar: genética, diagnóstico y tratamiento

David N. Osser, MD.

Los resultados de estudios recientes indican que los niños con un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) presentan una incidencia diez veces superior de desarrollo posterior de trastorno bipolar (TB), en comparación con niños de control emparejados sin TDAH.¹ La comorbilidad es frecuente, con una evolución más grave que cualquiera de los dos trastornos por separado y se asocia con un riesgo más elevado de intentos de suicidio.² Los clínicos pueden tener dificultades en determinar cuál de los diagnósticos es el más adecuado para un paciente, aunque pudiera ser que el paciente presente ambos diagnósticos. A menudo, el paciente (y/o su médico prescriptor) prefiere un diagnóstico de TDAH y los medicamentos estimulantes que se utilizan en su tratamiento. Confían en poder evitar un diagnóstico de TB y la medicación utilizada para tratarlo, a causa del estigma percibido que acarrea y por la complejidad de su tratamiento. El diagnóstico diferencial se realiza al reconocer episodios de manía (hipomanía) bipolar que se manifiestan de forma recortada durante cuatro a siete días, mientras que la hiperactividad y los síntomas asociados con el TDAH están presentes de modo más o menos constante, como rasgos del temperamento de la persona.

La comorbilidad de TDAH con TB puede deberse a elementos genéticos superpuestos. Se ha evaluado a 13.532 pares de gemelos (de edades comprendidas entre 9 y 12 años) en Suecia, mediante instrumentos de evaluación por los padres de TDAH y de episodios de hipomanía.³ Se eliminaron los síntomas superpuestos para facilitar el análisis. Se volvió a evaluar a las parejas de gemelos a los 15 años, y de nuevo a los 18 años (N = 3.013 pares). Se encontró que los factores genéticos asociados con hipomanía explicaban del 25% al 42% de la probabilidad de presentar síntomas de hiperactividad o impulsividad del TDAH. Se vio un menor efecto sobre los síntomas de inatención del TDAH. Los gemelos monocigóticos presentaron una mayor asociación de los dos trastornos que los dicigóticos. El resto de varianza se atribuyó a causas asociadas de TDAH que no contribuyen a la hipomanía.

El balance final de estos datos es que resulta importante dedicar tiempo para diagnosticar con precisión un trastorno bipolar en pacientes con una historia de TDAH, o que presentan TDAH en ese momento. La medicación estabilizadora del ánimo, tal



como el litio, va a estar indicada por lo general en el trastorno bipolar.

El tratamiento con estimulantes del TDAH está sujeto a controversia cuando se

El metilfenidato puede ser seguro y efectivo para los síntomas de TDAH si el paciente está recibiendo un estabilizador del estado de ánimo para tratar el trastorno bipolar.

presenta un TB de forma comórbida. No obstante, un estudio importante de Viktorin y colaboradores de 2016⁴ puede tener influencia sobre la práctica clínica. Este estudio observacional de gran tamaño encontró que los pacientes tratados con metilfenidato por su TDAH, en los que su TB no se trata con estabilizadores del estado del ánimo, presentan una probabilidad multiplicada casi por 7 de realizar un viraje a manía en los siguientes tres a seis meses, en comparación con los pacientes con TB no tratados con

metilfenidato. Sin embargo, si los pacientes están en tratamiento con un estabilizador del estado de ánimo para su trastorno bipolar, el añadir metilfenidato se asoció con una reducción de la probabilidad de viraje maniaco, en comparación con los pacientes con TB control a los que no se les administró un estimulante, con un cociente de riesgo (*hazard ratio*) de 0,6 (es decir, un 40% de reducción). Por lo tanto, parece que el metilfenidato puede ser seguro y efectivo para los síntomas de TDAH si el paciente está recibiendo un estabilizador del estado de ánimo para tratar el TB. Es importante señalar que los fármacos anfetamínicos no han sido evaluados para su autorización en Suecia y que muchos países europeos no tienen aprobados estos medicamentos.

En resumen, tiene importancia crítica evaluar cuidadosamente a los pacientes con TDAH para determinar si también presentan un TB. Si se omite el diagnóstico de trastorno bipolar y se trata el TDAH con un estimulante, el riesgo de provocar un perjuicio al paciente (es decir, inducir manía) es considerable. Sin embargo, si el trastorno bipolar está controlado con un estabilizador del estado de ánimo, no es preciso dejar de utilizar un estimulante (por lo menos, de metilfenidato). De hecho, puede resultar ser de bastante utilidad.

Dr. Osser: es profesor asociado de psiquiatría, Harvard Medical School, y psiquiatra co-líder, US Department of Veterans Affairs, National Telemental Health Center, Bipolar Disorders Telehealth Program, Brockton, MA, EE.UU. Es miembro del consejo editorial de Psychiatric Times. El autor no manifiesta ningún conflicto de interés en relación con el tema de 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 W-H, Bai Y-M, Hsu J-W, 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, Lundström, Taylor MJ. 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.