

TRASTORNO BIPOLAR Y SÍNDROME DE DOWN: UN CASO EXCEPCIONAL

Zapico Barrial, Jesús¹; Ruíz Sanz, Francisco J.²; Martín Jurado, Alicia³; Gómez Aribayos, Eva³; Jiménez Carvajal M^a Dolores⁴

1-Residente Psicología CAUPA (Centro Asistencial Universitario de Palencia); 2-Jefe Servicio Salud Mental CAUPA; 3-Psicóloga Clínica CAUPA; 4-Enfermera Salud Mental Infanto-Juvenil CAUPA

Caso Clínico

- **Antecedentes personales:** Varón de 12 años de edad, primogénito de una fratria de dos. Síndrome de Down sin complicaciones perinatales y con desarrollo dentro del patrón promedio de sus circunstancias. Diagnóstico de Hiperactividad a los 6 años, tratado con Metilfenidato con buenos resultados.
- **Proceso:** Acude a urgencias presentando un cuadro de inquietud extrema, logorrea, labilidad emocional, incapacidad para controlar sus impulsos, irritabilidad, insomnio y agresividad que precisa de ingreso hospitalario de 3 días de duración. Inicialmente se pauta Risperidona que no resulta bien tolerado por discinesia y sialorrea. Entre medias se prescribe Haloperidol siendo sustituido por Ac. Valproico que produce mejoría con brevedad, una vez alcanzados niveles terapéuticos. Se mantiene el tratamiento con Ac. Valproico siendo este bien tolerado. El Metilfenidato se ha ido ajustando sin problemas.
- **Diagnóstico:** Síndrome de Down, TDAH, Trastorno Bipolar
- **Evolución posterior:** Excelentes resultados con remisión del cuadro de Trastorno Bipolar. Actualmente sigue en tratamiento con Ac. Valproico. No se han dado recaídas posteriores ni episodios significativos (Edad actual 20 años).

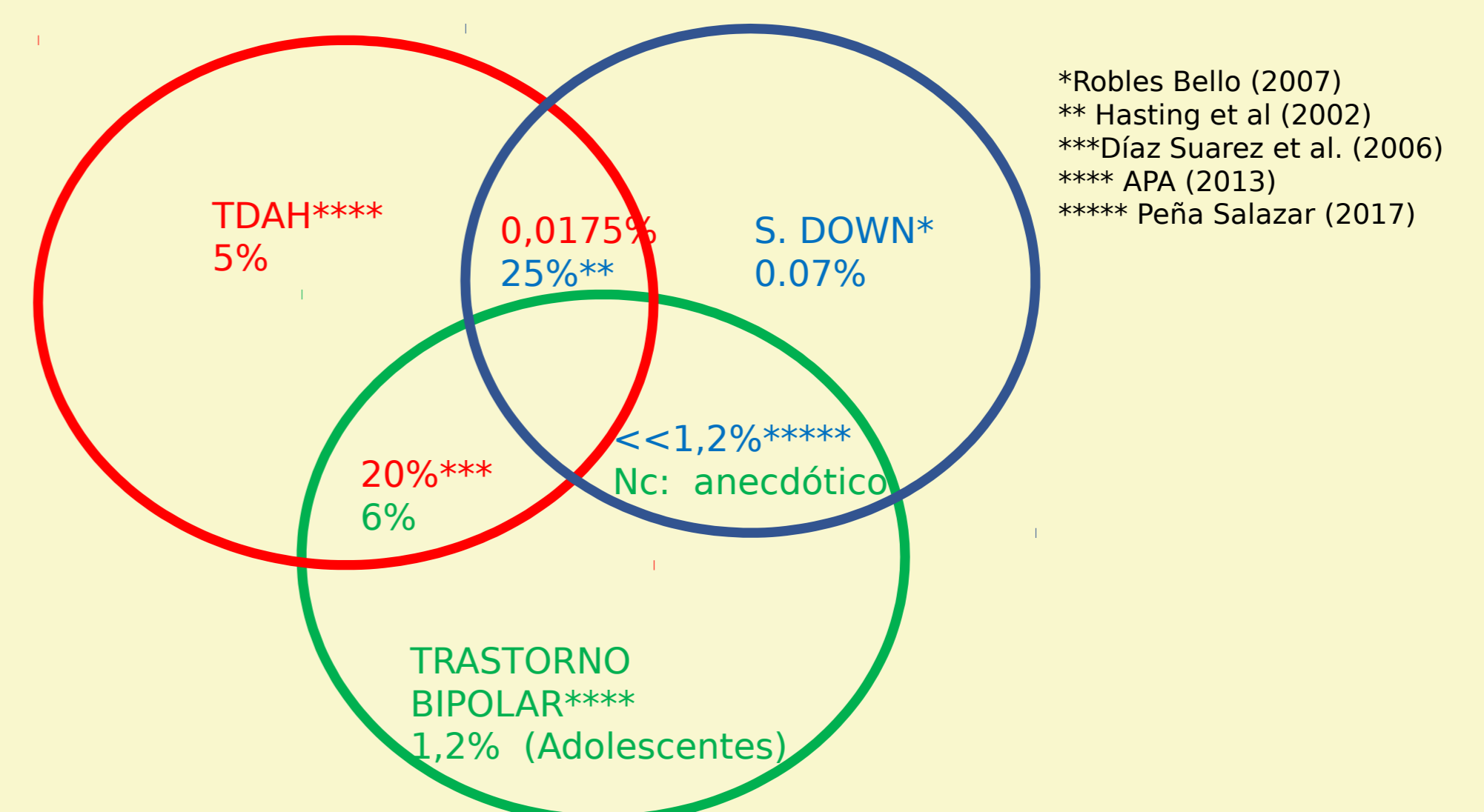
Introducción

El **Síndrome de Down**, o trisomía del par 21, se corresponde con un conjunto de signos y síntomas entre los que tenemos como más relevantes: grado variable de discapacidad intelectual, anomalías en el desarrollo así como unos rasgos físicos particulares. La incidencia ha sufrido un descenso considerable tomando en cuenta los datos de los últimos cuarenta años en España, así, tenemos que para el período entre 1976 a 1980 fue de 16,2 nacimientos por cada 10.000, bajando a un tercio: 5,5 por cada 10.000 nacimientos en el período 2011 a 2015 (2016, Huete).

Por su parte, el **trastorno Bipolar** se encuentra dentro de los llamados trastornos afectivos y cuya característica principal es la manifestación de un episodio maníaco (tipo I) o hipomaníaco (tipo II) según los criterios diagnósticos DSM 5 (APA, 2014). Según la OMS (Merikangas et al, 2011), la prevalencia de los trastornos del espectro Bipolar, tomados como un continuo (Tipo I, Tipo II y Ciclotimia), se situaba en torno al 2,4%. La prevalencia en adolescentes se sitúa en el 1,2% (Peña Salazar, 2017).

Por último el **TDAH** es uno de los trastornos del neurodesarrollo más habituales, situándose su prevalencia alrededor del 5% (Peña Salazar, 2017). Los principales síntomas están relacionados con dificultades en la atención, el control de impulsos y la hiperactividad, y se suele manifestar principalmente a nivel de rendimiento escolar y a través trastorno de conducta. Esta patología suele desembocar en dificultades a nivel de autoestima, calidad de vida y relaciones sociales.

Prevalencia de Comorbilidad estimadas en base a la literatura



Discusión

- La probabilidad de que un especialista TDAH se encuentre con un S. de Down es bajísima, por lo que es fácil que pueda pensar en una comorbilidad improbable. Sin embargo quienes atienden personas con síndrome de Down deben estar atentas ante los síntomas de TDAH ya que el abordaje y tratamiento puede suponer una mejoría clínica importante,
- En las personas con síndrome de Down se ha observado una protección ante el desarrollo de episodios maniacos, existiendo muy pocos casos reportados en la literatura circunscritos al sexo masculino (Peña Salazar 2017). En nuestro paciente, la comorbilidad con TDAH hace aun más infrecuente el caso.
- Sin embargo queremos prevenir porque existe una superposición clínica, como presentamos en la tabla adjunta, que puede hacer dudar sobre alguna sintomatología de mayor incidencia en el síndrome de Down propia de la persona, exacerbada ante situaciones de estrés o frustración que pueden llevar a equivoco y a diagnósticos y tratamiento incluso farmacológicos que pudieran ser evitados con otras intervenciones.

CLÍNICA DIFERENCIAL TDAH, S. DOWN, EPISODIO MANÍACO

	TDAH	EPISODIO MANÍACO	S DOWN
CONDICION	Persistente	Episódico	Permanente
ACTIVIDAD FISICA	Intensa	Frenética	Placida
CONCENTRACION	Inatención	Aproxesia	Fatiga
IMPULSIVIDAD	Frecuente (salvo pres inatenta)	Frecuente	Reactiva
INQUIETUD PSICOMOTRIZ	Frecuente	Muy frecuente	Rara
ESTADO DE ANIMO	Optimismo	Euforia	Eutimia
EXPANSIVIDAD	Leve	Muy frecuente	No
IRRITABILIDAD	Posible	Frecuente	Raro
LABILIDAD EMOCIONAL	Si ante frustraciones	Frecuente	Si ante frustraciones
CONDUCTAS DE RIESGO	Frecuentes	Muy frecuentes	Infrecuentes
ALTERACIÓN DEL SUEÑO	Insomnio de conciliación	Disminución de la necesidad de dormir	No

CONCLUSIONES

- La comorbilidad de episodio maníaco (considerado en algunos estudios como factor protector (Craddock et al, 1994)), TDAH y S. de Down es muy infrecuente.
- En nuestro caso, en la fase aguda, el tratamiento con Ac. Valproico fue muy eficaz y mejor tolerado que los neurolépticos.
- El ajuste de la dosis de estimulante no ha provocado nuevos episodios con niveles plasmáticos de Ac Valproico estables.
- Las oscilaciones del estado de animo y de atención- hiperactividad e impulsividad debe estudiarse cuidadosamente en el S de Down por la presencia de síntomas comunes.
- Dentro de las características más destacadas encontramos labilidad emocional, agresividad, una rápida resolución del episodio maníaco y una buena respuesta al tratamiento con Valproato Sódico. Estas mismas características ya han sido señaladas en casos similares (Ruíz et al, 2010), en los que además se indica la hiperactividad y las conductas disruptivas como parte del cuadro.

Bibliografía:

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Craddock N, Owen M. J. (1994). Is there an inverse relationship between Down's syndrome and bipolar affective disorder? Literature review and genetic implications. *Intellect Disabil Res. Dec*;38 (Pt 6):613-20.
- Díaz Suarez A y cols. (2006). TDAH: comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria. Vol VIII, Suplemento 4.*
- Hasting, Beck, Daley Hill C. (2002). Symptoms of ADHD and their correlates in children with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*;26(5):456-468
- Huete García, A. (2016). Demografía e inclusión social de las personas con síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down. 33, 38-50.*
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, ... & Ladea, M. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry, 68(3), 241-251.*
- Peña Salazar (2017). El infra diagnóstico de los trastornos psiquiátricos en la población con discapacidad intelectual. Tesis doctoral. Universidad central de Cataluña.
- Robles Bello M.A Incidencia y prevalencia del síndrome de Down en España. *Revista Síndrome de Down Vol 24 junio 2007*
- Ruiz, E. P., Cantalapiedra, M. J. G., & García, L. G. (2010). Trastorno Bipolar en el Síndrome de Down. A propósito de un caso. *11º Congreso Virtual Psiquiatría 2010.*