

Consideraciones actuales del espectro de enfermedad bipolar **Current Considerations about the Spectrum of the Bipolar Disease**

MSc. David Pedrosa Palomino,^I Dr. Jose Luis Torres Larrañaga,^{II} MSc. Odalis González Montagne,^{III} Dra. Tanya Lisseth Pedrosa Ortega,^{IV}

I Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría General. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente. Policlínico Comunitario "Celia Sánchez Manduley". Sancti-Spíritus, Cuba.

II Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría General. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Camilo Cienfuegos. Sancti-Spíritus, Cuba.

III Doctora en Medicina. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría General. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Asistente .Hospital Universitario Camilo Cienfuegos. Sancti-Spíritus, Cuba.

IV Doctora en Medicina. Policlínico Comunitario I. Sancti-Spíritus, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La importancia del trastorno bipolar ha ido creciendo a instancias de un concepto clínico más amplio de la enfermedad, conocido con el nombre de "Espectro Bipolar", de ahí su prevalencia en la población. Su curso crónico, comienzo precoz y diagnósticos errados, favorecen a un alto grado de discapacidad.

Objetivos: Destacar desde una revisión bibliográfica actualizada, las consideraciones actuales en relación a la definición del espectro de enfermedad bipolar, y el valor en su diagnóstico oportuno.

Método: Revisión temática basada en la literatura especializada, que posee información vigente y relevante sin importar el año de su publicación. La búsqueda se realizó en las bases de datos: Intramed, Scielo, Pubmed, Google Scholar, Cochrane, y Medline, seleccionándose descriptores tanto en español como en inglés y francés.

Desarrollo: La evidencia científica en la psiquiatría contemporánea, ha demostrado que el trastorno afectivo bipolar resulta una patología acuciante que exige sumo interés en el campo de la investigación por su alto grado de discapacidad. La definición sobre el espectro de enfermedad bipolar no está exenta de polémicas por los diferentes autores, es una categoría más amplia que la descrita en diferentes glosarios y clasificaciones internacionales, cuyo conocimiento favorece a un diagnóstico de certeza.

Conclusiones: El espectro de enfermedad bipolar es una entidad de evolución crónica, inicio temprano, grave, prevalente y discapacitante, cuyo error diagnóstico retarda el inicio de un tratamiento adecuado.

Palabras clave: Espectro bipolar, trastorno afectivo bipolar, manía, hipomanía, depresión.

ABSTRACT

Introduction: The importance of the bipolar disorder has been increasing due to a wider clinical concept of the disease known as "Bipolar Spectrum". A high degree of disability occurred because of its chronic course, the precocious beginning and wrong diagnosis.

Objective: To emphasize since a current bibliographic review, the recent considerations related to the definition of the spectrum of the bipolar disease and the value of its early diagnose.

Methods: A review based on the specialized literature with current and relevant information without taking into consideration the year of publication. The search was done in searchers such as Intramed, Scielo, PubMed, Scholar Google, Cochrane and Medline with a selection of descriptors on Spanish, English and French.

Development: The scientific evidence on modern psychiatry has shown that the bipolar disorder is a burning pathology that demands a high interest on the investigation field due to its high degree of disability. The definition about the bipolar spectrum is theme of discussion by several authors. The definition is a category wider than the one describes in different glossaries and international classifications and which knowledge helps a secure treatment.

Conclusion: The spectrum of the bipolar disease is characterized by the chronic evolution, and an early start, it is a critical, prevailing and disabling disease that a mistaken diagnose delays the beginning of an adequate treatment.

Keywords: Bipolar spectrum, affective bipolar disorder, mania, hypomania, depression

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar se ha convertido en el asunto de nuestro tiempo, es la enfermedad mental que ocupa el centro de nuestras preocupaciones. El psicoanalista inglés Darian Leader lo explica así en un ensayo llamado 'Estrictamente bipolar' (editorial Sexto Piso), que se puede resumir en una tesis: igual que la posguerra fue la época de los ataques de ansiedad y los años 80 y 90 fueron los años de la depresión, hoy vivimos el momento de la Era Bipolar.¹

En la actualidad reconocidos estudios llevados a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que la mayor causa de mortalidad prematura y capacidad vital de un individuo está representada por las enfermedades cardíacas en primer lugar, a las que les siguen en orden de importancia los trastornos afectivos. Dentro de las manifestaciones de la patología afectiva, la enfermedad bipolar es uno de los tópicos que suscitan mayor interés tanto en el ámbito clínico como en la investigación y en la especulación teórica.²

El trastorno bipolar está asociado a un significativo deterioro en el funcionamiento social, laboral y familiar, incluso en los períodos de estabilidad clínica. Este desajuste psicosocial se traduce en problemas para encontrar y mantener un empleo, realizar actividades de ocio y sociales, desenvolverse de manera autónoma o llevar una vida estable de pareja. Esta fuente de discapacidad, además, no parece deberse exclusivamente a la aparición de recaídas afectivas, y se observa tanto en pacientes con Trastorno Bipolar (TB) tipo I como en aquellos con tipo II.³

Algunos estudios han tratado de identificar los factores que participan en este deterioro funcional, tales como el déficit cognitivo, la comorbilidad del abuso de sustancias, los efectos secundarios del tratamiento, la historia previa de síntomas psicóticos, el bajo funcionamiento premórbido, los síntomas subsindrómicos persistentes, el número de episodios previos, el número de ingresos hospitalarios, la falta de adherencia al tratamiento, la personalidad

premórbida y la edad precoz de inicio.³

Los manuales oficiales de diagnóstico en Psiquiatría han denominado como trastorno bipolar a la entidad clínica que había sido conocida durante la mayor parte del siglo pasado como psicosis maníaco depresiva. La definición actual del trastorno bipolar brindada por el DSM-5 y el ICD-10 (American Psychiatric Association, 2013; OMS, 1992) es bastante más estrecha que el concepto original de la entidad descripta por Kraepelin (1996).⁴

No es menos cierto que la interpretación de esta definición no ha evolucionado en paralelo en relación a las investigaciones científicas y en la actualidad ha adquirido una connotación diferente que va más allá de las ya expuestas en las actuales clasificaciones internacionales, permitiendo englobar en una categoría más amplia que es el llamado **espectro de enfermedad bipolar** (EB), indudablemente esto ha ampliado considerablemente el margen de esta entidad nosológica, por la inclusión de diferentes formas dentro del mismo.

Espectro se usa para referirse a una gran amplitud de cada uno de los trastornos, desde los síntomas centrales del mismo hasta los rasgos temperamentales. Las manifestaciones del espectro pueden aparecer durante, entre o hasta en ausencia de un episodio o un trastorno totalmente definido.⁵

El diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del EB siguen inquietando desde hace mucho tiempo a los investigadores y a los clínicos que tratan la enfermedad. Los nuevos conceptos acerca del EB, sobre los nuevos anticonvulsivantes (anticíclicos), sobre la definición de los tiempos del tratamiento y las investigaciones sobre los mecanismos moleculares que ejercen los fármacos, aportan amplios conocimientos en un área tan desconocida por muchos años.

En esta revisión, los autores pretenden realizar una puesta al día en relación a las actuales concepciones referentes a la enfermedad bipolar sumidas en el ya conocido Espectro Bipolar, tema controvertido en la actualidad, y, que del análisis que se haga al respecto fortalecerá en gran medida la atención que meritan todos aquellos pacientes que desgraciadamente sufren hoy esta enfermedad de las emociones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión temática basada en la literatura especializada, cuyo método se describe a continuación:

Origen de los datos: La búsqueda se realizó en las bases de datos: Intramed, Scielo, Pubmed, Google Scholar, Cochrane, y Medline, seleccionándose descriptores tanto en español como en inglés y francés, además de búsqueda manual de revistas especializadas en el tema y posteriormente fueron citadas en las referencias bibliográficas.

Selección de estudios y análisis: Se revisaron estudios publicados en idioma inglés, francés y español que poseen información vigente y relevante para el desarrollo de la revisión sin importar el año de su publicación. Fueron incluidas investigaciones de diverso diseño, trabajos originales y artículos de revisión de autores prestigiosos en el tema.

Se utilizaron como referencias, solamente aquellos artículos en que se pudo revisar el texto completo y se descartaron los que se consideraron con deficiencias metodológicas importantes, los que no fueron adecuados al tema específico, o que presentaran información ofrecida de manera insuficiente.

DESARROLLO

Si bien en los últimos años ha predominado la idea de separar nítidamente las formas bipolares de las unipolares, la existencia de un continuo entre las formas maníacas y depresivas cuenta con importantes antecedentes históricos. La evolución histórica de los cuadros bipolares ha sido revisada por varios autores, quienes refieren que el concepto aparece en el siglo I AC, pero las

primeras descripciones pertenecen a Arateus de Capadocia en el siglo II DC, quien ya relacionaba las formas maníacas con las formas melancólicas de enfermar.^{6,8} Destacan en el siglo XIX, en la psiquiatría francesa la descripción de la Folie à Doublé Forme por Baillarger en 1845 y de la Folie Circulaire por Falret en 1854. En Alemania, Kraepelin, entre 1904 y 1921,⁹ describió las psicosis maníaco depresivas y también diferentes estados afectivos subsindromáticos, a los que llamó temperamentos afectivos y que postuló que serían parte del mismo proceso patológico. Más cercanamente, en los años 60,¹⁰⁻¹² se plantea la franca dicotomía bipolar /unipolar. En 1975, Fieve y Dunner acuñan el concepto de Bipolar II en pacientes hospitalizados que tienen historia de hipomanía.¹³ En 1980, el DSM III establece una clara diferenciación entre cuadros bipolares y unipolares.¹⁴ En 1981 Akiskal plantea la existencia de los trastornos subafectivos: distimias, ciclotimias y trastornos bipolares II¹⁵ y en 1983 este mismo autor, plantea el concepto de EB.¹⁶ En 1994, el DSM IV reconoce los bipolares II, entendiéndolos como cuadros en los que, además de los episodios depresivos, puede haber episodios hipomaníacos.¹⁷ En 1998, Angst estudia ampliamente la epidemiología de la hipomanía y de la bipolaridad II y termina por adscribirse a la postura de EB.^{18,19} En el 2003, Akiskal plantea una completa revisión del EB entre los que denomina como fenotipo "duro" el representado por el bipolar tipo I (psicóticos o no psicóticos) y los llamados "soft", bipolares II y más allá dentro del espectro bipolar.²⁰ El concepto de espectro afectivo intenta reflejar la idea de que los trastornos del ánimo tendrían raíces hereditarias y/o biológicas y/o de desarrollo temprano similares, pero se manifestarían fenotípicamente como enfermedades unipolares y bipolares.¹⁸ A partir de este constructo teórico inicial y en el campo de la bipolaridad, surge el llamado EB, que es un término más amplio aplicado a los trastornos bipolares, y, más allá de la manía clásica (o bipolar I), modifica los conceptos actuales de trastorno bipolar II ya que incluye, según Akiskal y Vázquez,²¹ el trastorno esquizo-bipolar, la manía, los estados mixtos, las depresiones con hipomanías (indistintas de su duración), las hipomanías inducidas farmacológicamente por antidepresivos o drogas de abuso (o bipolar III), depresiones instaladas sobre temperamentos ciclotímicos e hipertímicos (bipolar IV), depresiones recurrentes con historia familiar de bipolaridad o respondedoras al litio (y por extensión a los demás estabilizantes del ánimo) (bipolar V), y los episodios hipomaníacos instaurados en cuadros con deterioro cognitivo (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer) inicial moderado a severo (bipolar VI) (tabla 1).²¹

Tabla 1.

El espectro bipolar (Akiskal, Cetkovich-Bakmas, García-Bonetto, Strejilevich, & Vázquez).

Subtipo bipolar. Características clínicas distintivas

T Bip 1/2	Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar
T Bip I	Al menos un episodio de manía o mixto
T Bip I1/2	Depresiones con hipomanías prolongadas
T Bip II	Depresiones con hipomanía
T Bip III1/2	Depresiones con inestabilidad anímica
T Bip III	Hipomanía por antidepresivos
T Bip III1/2	Cambios anímicos por abuso de sustancias / alcohol
T Bip IV	Depresiones sobre temperamentos hipertímicos (o ciclotímicos)
T Bip V	Depresiones cíclicas recurrentes (>5) con síntomas hipomaníacos, antecedentes familiares de bipolaridad y respuesta + a estabilizantes
T Bip VI	Inestabilidad anímica y/o hipomanías en pacientes con demencia temprana

A su vez Klerman realizó una clasificación donde existían seis grupos dentro de los trastornos bipolares.²²

- I. Episodios de manía y episodios de depresión
- II. Hipomanía-depresión
- III. Origen farmacológico
- IV. Ciclotimia
- V. Depresión mayor con antecedentes familiares de trastorno bipolar
- VI. Manía monopolar

Siguiendo los pasos de Klerman en el EB, muchos autores apoyan la existencia de un continuo bipolar, en el rango menor del cual encontraríamos formas de temperamentos hipertímicos y en el otro extremo del continuo los casos más severos de manía con delirios.²³

Tal como expone Gorwood la definición de EB difiere según los autores y cuanto más se agranda el espectro menos se asemejan a las distintas formas al clásico tipo I del DSM IV y más difícil será su diagnóstico, siendo el límite del espectro bipolar un tema en debate, claramente conflictivo.

El concepto del EB, es un concepto heurístico, con raíces en la tradición clínica descriptiva, y está validado por una nueva ola de estudios epidemiológicos que demuestran la alta prevalencia de las formas subumbral, así como los estudios de agregación familiar, estudios de los descendientes de alto riesgo, análisis de monocigóticos "discordantes" y estudios moleculares de *linkage*. La historia familiar de trastorno bipolar y de viraje por antidepresivos representa los principios validantes más útiles en la práctica clínica cuando se examinan pacientes depresivos sin antecedentes de hipomanía franca. Una edad de comienzo temprano, un inicio en el posparto, los síntomas mixtos, una alta tasa de recurrencia, la ciclicidad, y la estacionalidad también pueden servir como validadores clínicos.²¹

Ha sido precisamente la alta prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en la población general, que hoy por hoy se consideraba infra estimada por los sistemas de clasificación, lo que ha motivado al DSM 5 a adoptar una perspectiva dimensional.²⁶

Un estudio epidemiológico reciente a nivel mundial basado en la Iniciativa de Encuesta sobre la Salud Mental propuesta por la OMS, reveló tasas de prevalencia a lo largo de la vida del EB de aproximadamente un 2,4%, concretamente del 0,6% para el TB tipo I , del 0,4% para el TB tipo II y del 1,4% para otras formas subclínicas del TB, mientras que las tasas de prevalencia anual era del 1,5% para el EB, particularmente, del 0,4% para el TB tipo I, del 0,3% para el TB tipo II y del 0,8% para el resto del espectro. No obstante, estas estimaciones dependen de los cambios en los criterios diagnósticos a lo largo del tiempo y de la zona geográfica de donde es extraída la muestra.²⁶

Una revisión de estudios epidemiológicos realizados en países de la Unión Europea basados en criterios DSMIII- R, DSM-IV o CIE-10 reveló que la tasa de prevalencia anual del TB tipo I o/y tipo II ascendía al 1,1% mientras que la incidencia acumulativa a lo largo de la vida fue ligeramente más alta (el 1,5-2%) y del 6% cuando se consideró todo el EB y no solo las formas clínicas.²⁷

En relación a su definición los autores consideran oportuno el enfoque brindado por Ghaemi cuando expone que el concepto de EB permite definir en forma general a aquellos pacientes con estados de ánimo intermedios entre la enfermedad unipolar clásica y la bipolaridad tipo I, con depresión grave recurrente (similar a la forma de depresión unipolar de Leonard), antecedentes familiares de enfermedad bipolar, manía inducida por antidepresivos u otros rasgos de bipolaridad en cuanto a síntomas, curso de la enfermedad o respuesta al tratamiento. La presencia de hipertimia o ciclotimia también podría ser incluida en este espectro, y de esta manera, aproximadamente, un tercio de los cuadros de depresión mayor, los cuadros depresivos con hipomanías de muy corta duración, los episodios depresivos recurrentes breves de curso cíclico, los episodios depresivos disfórico (entendidos como cuadros mixtos).²⁸

Existe preocupación sobre el concepto de espectros, debido al riesgo de sobrediagnosticar patologías y aumentar el número de falsos positivos, en las distintas ediciones de los DSM intentan evitar estos problemas manteniendo los umbrales diagnósticos lo más altos posibles (para tener alta especificidad), una solución que ha fracasado durante los últimos 30 años. Dado que el valor predictivo positivo depende más de la prevalencia de la enfermedad que de la especificidad del método de diagnóstico, y que la prevalencia del EB (incluso tomado ampliamente) no excede el 10% de la población (o 20 %, si se incluyen los temperamentos), utilizar el concepto de EB garantizaría al menos el 50 % de valor predictivo positivo. La especificidad debería ser mayor del 95 % para que el valor predictivo positivo sea aproximadamente del 70%. ²⁸

No obstante, lejos de ser una entidad diagnóstica discreta, hay un creciente reconocimiento de un espectro de TB que va desde la perturbación anímica grave a las variaciones del estado de ánimo leves que están mucho más cerca de las fluctuaciones del estado del ánimo no patológicas. Para los clínicos e investigadores este es uno de los principales problemas que deben ser resueltos a la hora de vislumbrar si estamos ante un paciente con diagnóstico de TB o no.⁶

Hay estudios que sugieren que más del 40 % de los pacientes con trastorno bipolar son

inicialmente diagnosticados de otro trastorno, y pasan años antes de que reciban el diagnóstico correcto, y estudios como el de Lish que muestran uno de cada dos pacientes consulta al menos a tres profesionales antes de recibir el diagnóstico apropiado de TB.^{24,25,29}

De aquí se desprende el valor concedido a la entrevista médica como verdadero instrumento en la nosografía de los trastornos mentales, obviamente, a diferencia de otras especialidades en la medicina, la psiquiatría carece de medios diagnósticos que validen o corroboren entidades nosológicas. En efecto, es responsabilidad de cada galeno tratante, realizar un examen psiquiátrico exhaustivo explorando minuciosamente las diferentes esferas de la psiquis y sean capaces de identificar hallazgos favorecedores para llevar a cabo un diagnóstico de certeza. El éxito de la misma radica en poder llegar en tan solo unos minutos frente al paciente a un diagnóstico adecuado.

Ya es conocido que la manía, hipomanía y la depresión son los puntos cardinales de este trastorno, el conocimiento adecuado que se tenga en relación a la diversidad de expresión y manifestación de dichas categorías, conllevarían a evitar falsos positivos y diagnósticos errados en el ejercicio diario de la profesión médica.

Son los síntomas maníacos los que diferencian claramente el TB de otras enfermedades psiquiátricas, y este grupo de síntomas son los que determinan la condición bipolar. Aunque en la mayoría de los casos las personas que son diagnosticadas con TB experimentan tanto episodios maníacos como depresivos durante el curso de su enfermedad, el 12-16 % de los individuos no experimenta los 2 polos de la enfermedad, es decir, no sufren episodios depresivos.³⁰ De hecho, un estudio prospectivo ha llegado a confirmar que la manía unipolar puede existir durante 15-20 años sin que se experimenten episodios depresivos.³¹ Sin embargo, el DSM 5 no reconoce ni a la manía pura ni a la hipomanía como entidades diagnósticas propiamente dichas a pesar de que existe evidencia reciente que defiende que la manía es genéticamente independiente.^{32,33}

No obstante, aunque la manía es mucho menos común que la depresión en los pacientes con TB los síntomas de manía suelen estar durante aproximadamente el 10% del tiempo frente al 40% del tiempo de los síntomas depresivos,^{34,35} los comportamientos extremos asociados a ella pueden ser devastadores. Los pacientes pueden presentar disminución de la necesidad de dormir, verborrea, aceleración del pensamiento, incremento de la actividad (sexual, agresiva o motora) y su capacidad de juicio se suele ver comprometida. Además, es criterio indispensable que los pacientes en fase maníaca aguda exhiben un humor expansivo, que puede ser predominantemente eufórico o irritable. El DSM 5 añade que la presencia de un estado de ánimo eufórico o irritable ha de estar asociado con la presencia de una mayor energía y/o actividad. Esta restricción, en contraposición con su intención inicial, lamentablemente podrá repercutir en que TB tipo I y tipo II estén infra diagnosticados en comparación con los criterios del DSM-IV-TR.³³

A pesar de que el polo maníaco es el que define el TB, durante el curso de la enfermedad los pacientes suelen cambiar de polaridad 3 veces al año.³⁴ Además, los pacientes con TB pasan la mitad del tiempo con síntomas afectivos, de los cuales, los síntomas depresivos son 3 veces más frecuentes que los maníacos,^{34,36} por lo que la sintomatología depresiva tiene un peso nada despreciable en el TB, sobre todo teniendo en cuenta que parece ser el principal contribuyente a la discapacidad asociada a la enfermedad.³⁷ Es más, algunos pacientes con TB pueden llegar a presentar estados mixtos con síntomas de manía y síntomas depresivos, y algunos parecen tener episodios breves, de minutos a horas, de depresión durante los episodios de manía. La presencia de sintomatología mixta tuvo cabida en el DSM-IVTR considerándola dentro de los episodios mixtos; sin embargo, el DSM 5 la elimina de los episodios afectivos y permite, en cambio, aplicar el especificador de características mixtas al episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo actual.³³

Los criterios diagnósticos para los episodios depresivos mayores en el TB son similares a los experimentados en la depresión mayor unipolar (humor deprimido o pérdida de intereses, hiporexia, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, anergia, sentimientos de inutilidad o culpa, problemas para concentrarse, o pensamientos de muerte). Sin embargo, la evidencia sugiere que los «síntomas atípicos» como la hipersomnia y la hiperfagia, la inhibición psicomotora, las características psicóticas y/o culpabilidad patológica y la labilidad afectiva, así como episodios más cortos, son más comunes en la depresión bipolar.³⁸ Además, las tasas de suicidio consumado, los intentos de suicidio y la ideación suicida son más prevalentes en el TB y suelen darse predominantemente durante el episodio depresivo.³⁷

Se ha sostenido muchas veces que el principal desafío en el diagnóstico del trastorno bipolar lo constituye la posibilidad de detectar los episodios de hipomanía en el transcurso de una enfermedad depresiva recurrente, que en general no son referidos por los pacientes ni los familiares como un episodio de alteración anímica. Sin embargo, parece ser que en realidad debemos enfrentarnos con una tarea más difícil aún: llegar a realizar el diagnóstico de enfermedad bipolar desde la depresión y no desde la hipomanía.

La fase depresiva del trastorno bipolar es la más importante en términos de frecuencia y duración, diversos estudios han mostrado que los pacientes con trastorno bipolar pasan mucho más tiempo en fase de depresión siendo esta de mayor impacto en el funcionamiento y calidad de vida como en el riesgo de suicidio. En el caso del TB tipo II los episodios depresivos son cuarenta veces mayor a los hipomaníacos.³⁹ La importancia clínica de estos hallazgos repercute directamente en el manejo terapéutico. Además, un apreciable porcentaje de pacientes presenta síntomas subsindrómicos tras la remisión de los episodios agudos, fundamentalmente de tipo depresivo, que se han asociado a una peor funcionalidad psicosocial y a un mayor riesgo de recaída.⁴⁰

Aunque existen muchos libros y trabajos publicados que describen las características clínicas particulares de los cuadros depresivos mayores, muy pocos hacen hincapié en la diferenciación clínica entre los cuadros unipolares y bipolares. En realidad, el diagnóstico de depresión unipolar debe ser un diagnóstico por descarte: primero, por supuesto, tenemos que asegurarnos de que no se trata de una depresión secundaria (es decir, por enfermedad médica o por sustancias) y después deberíamos buscar dentro del cuadro depresivo los indicadores de bipolaridad.

Lamentablemente, y como lo demuestran numerosas investigaciones, el primer diagnóstico asignado a un síndrome depresivo es el de depresión unipolar primaria.^{41,42}

En general, se ha instaurado la idea de que la depresión bipolar se caracteriza fundamentalmente por manifestarse como un cuadro de depresión inhibida, también se han reportado formas depresivas bipolares con agitación. Es por eso que más allá de la presentación clínica, el diagnóstico diferencial debería basarse además en otros parámetros particulares. En la **tabla 2** se resumen las características distintivas más relevantes que podemos encontrar en la literatura para ambos trastornos.^{41,43,44}

Tabla 2. Características diferenciales entre la depresión bipolar y unipolar.

Parámetros comparativos	Depresión Bipolar	Depresión Unipolar
Abuso de sustancias	Muy frecuente	Moderado
Historia hipomanía/manía	Sí	No
Temperamento	Ciclotímico	Distímico
Distribución por sexo	Mujeres=Hombres	Mujeres>Hombres
Edad de comienzo	Adolescencia, 20 y 30 años	30 a 50 años
Inicio del episodio	Generalmente agudo	Más insidioso
Cantidad de episodios	Numeroso	Menor
Duración de los episodios	3 a 6 meses	3 a 12 meses
Episodios de inicio postparto	Más frecuente	Menos frecuente
Episodios psicóticos	Más frecuente	Menos frecuente
Actividad psicomotora	Retardada>agitada	Agitada>retardada
Sueño	Hipersomnia>insomnio	Insomnio>hipersomnia
Historia familiar bipolar	Alta	Baja
Historia familiar unipolar	Alta	Alta

Modificado de Akiskal (2005), Baldessarini et al. (2010), y Souery et al. (2012).

Dado que el paciente consulta mayormente en fase depresiva será crucial el reconocimiento de antecedentes de episodios de manía o hipomanía que favorecerían a un diagnóstico adecuado como bipolar. Sucede que en ocasiones estas fases pasan desapercibidas entonces el paciente

recibirá el diagnóstico de depresión recurrente o depresión atípica, porque excluyendo los casos de hospitalización, el diagnóstico de una fase maníaca realizado retrospectivamente es difícil y en el caso de la hipomanía señala Plaussu puede pasar desapercibida o ser confundida con la fase de resolución de un trastorno depresivo.^{24,45}

Se desprende la necesidad del conocimiento en el diagnóstico diferencial de ambas depresiones, ya que desgraciadamente, y bien frecuente, el riesgo fundamental recae sobre el paciente en el momento de elegir el fármaco oportuno para la prescripción, frecuentemente se recurre exclusivamente a un tratamiento antidepresivo(ATD) y con ellos se exacerba la manía, hipomanía o el ritmo de ciclación,^{46,48} aumentando en algunos pacientes la irritabilidad, la agresividad y el riesgo de suicidio;⁴⁵ habiendo incluso estudios que sugieren que el tratamiento inadecuado con antidepresivos en el inicio con personas con trastorno bipolar altera su sistema neuronal haciéndolas refractarias al litio.⁴⁶

En las actuales guías y glosarios de clasificación de los trastornos mentales está plasmado con claridad las pautas diagnósticas en relación a este desorden, aunque existen pequeñas diferencias en la categorización y codificación de las distintas fases del TB. El 3.er Glosario Cubano de Psiquiatría (GC3) y la lista de la Guía Latinoamericana de Diagnósticos Psiquiátricos-Versión Revisada 2012 (GLADP-VR) aparecen en el código F30-F39, bajo el nombre de Trastornos del Humor (Afectivos), la guía de Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma revisión (CIE-10) codifica al TB I (F31.11), TB Tipo II (F31.81) y la Ciclotimia (F34.0).

El DSM-5 introduce criterios para el diagnóstico de estados clínicos pertenecientes al EB que previamente no estaban especificados y por tanto no eran diagnosticables. Bajo el epígrafe «Otros trastornos bipolares específicos y condiciones relacionadas», el TB tipo I se codifica en el 296.41, el tipo II en el 296.89 y la Ciclotimia le corresponde el 301.13.33

Los manuales diagnósticos, tienen como finalidad unificar criterios diagnósticos facilitando así la investigación y la comunicación entre especialistas. El conseguir una clasificación aceptada por todos es difícil pero lo es todavía más en el caso del TB. A pesar de las múltiples propuestas todavía no se ha llegado a un consenso y las clasificaciones actuales están en continuo cambio. El reducir el enfoque del TB solo a una perspectiva tradicional, es decir estableciendo una clara delimitación entre trastornos bipolares (entendidos como aquéllos que presentan episodios maníacos o hipomaníacos) y los unipolares (que solo presentan fases depresivas), conllevaría a que probablemente un gran número, si no la mayoría de pacientes bipolares sigan siendo no identificados, es decir no diagnosticados y por ende no tratados adecuadamente. Sin embargo, esta visión dicotómica es aún persistente en los sistemas de clasificaciones de enfermedades aunque ello no se ajuste a lo que tanto clínicos como investigadores han observando mayoritariamente.⁴⁹

Las clasificaciones actuales asumen un sistema categorial que puede ser útil en la práctica clínica pero hay multitud de pacientes que no caben en ninguna categoría o están entre dos. Hay comorbilidades que llevan a categorías intermedias como sucede en un paciente que padece psicosis, esquizofrenia y trastorno bipolar es diagnosticado finalmente de trastorno esquizoaffective. Otros pacientes no tienen síntomas de gravedad o de duración suficiente para las categorías propuestas. Sería más adecuado, sobre todo para la investigación, una aproximación dimensional, aunque no se ha mostrado tan práctica para la clínica.²

Evidentemente ante la cantidad de entidades clínicas diferentes habría que tener una gran experiencia y conocimiento propio de los posibles indicadores clínicos de bipolaridad. Es por ello que para facilitar la detección y en un intento por operacionalizar el diagnóstico del EB, Nassir Ghaemi propone una serie de criterios más allá de los criterios tradicionales del DSM-V para los tipos I y II, en realizar el diagnóstico de un paciente bipolar.

A continuación se enumeran los criterios diagnósticos propuestos para la detección de dicho espectro: 50

- A - Por lo menos un episodio depresivo mayor
- B - Sin episodios hipo/maníacos espontáneos
- C - Cualquiera de los siguientes más dos ítems del criterio D o los dos juntos más 1 ítem del criterio D:
 - 1- Historia familiar de 1er grado de Trastorno Bipolar
 - 2- Inducción de hipo/manía por antidepresivos (ATD)

- D - Si no hay ningún ítem del criterio C, seis de los nueve ítems siguientes:
1- Personalidad hipertímica
2- Episodios depresivos recurrentes (>3)
3- Episodios depresivos breves (< 3 meses)
4- Síntomas depresivos atípicos (según DSM)
5- Episodios depresivos psicóticos
6- Inicio depresivo temprano (< 25 años)
7- Depresión postparto
8- Agotamiento de respuesta ATD
9- Falta de respuesta a 3 o más pruebas con ATD

El rápido reconocimiento clínico del EB no debería ser tomado como un preciosismo diagnóstico ya que constituye un problema sanitario mayor. A pesar de contar con nuevos y mejores tratamientos, el subdiagnóstico y la demora en el diagnóstico definitivo son tan habituales en nuestro medio como en los países más avanzados.

CONCLUSIONES

Ha sido del interés de los autores revisar una enfermedad que para muchos médicos generales y para más de un tratante le es relativamente desconocida.

El trastorno del espectro bipolar es una entidad nosológica crónica, de inicio muy temprano, grave e invalidante, con un alto grado de discapacidad superado solo por las patologías cardiovasculares, obviamente, se desprende la importancia en su diagnóstico precoz, para que su tratamiento sea adecuado, oportuno y nos permita simplificar las graves consecuencias implícitas en él y el grado de discapacidad.

Su alta prevalencia en la población mundial exige a los investigadores continuar profundizando en estudios ya sean doble ciego, metanálisis y ensayos clínicos, en relación a su etiopatogenia, pues aún existen enigmas que nefastamente constituyen barreras en su prevención.

Las nuevas consideraciones en relación al espectro de la enfermedad amplían el diapasón en el conocimiento de sus diversas formas de expresión, latentes y evidentes en los portadores de la enfermedad, no reconocidas en diferentes sistemas de clasificaciones actuales.

El error en el diagnóstico retarda el inicio de un tratamiento adecuado, incrementando considerablemente los costes de sanidad, alargando el padecimiento del paciente y de su familia cuando se ha demostrado que un tratamiento adecuado, suelen reducir la duración y la severidad de los episodios, así como el riesgo de suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alemany L. La Era Bipolar. [Internet]. 2015 [Actualizado 26 Jun 2015; citado 26 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/cultura/2015/01/26/54c573b922601dda678b456e.html>
2. Romero E. Revisión de aspectos neurocognitivos del trastorno bipolar. Sub Proc Cognit. 2012; 16(2): 146-64.
3. Vieta E, Phillips ML. Deconstructing bipolar disorder: a critical review of its diagnostic validity and a proposal for DSM-V and ICD-11. Schizophr Bull. 2007; 33(4): 886-92.
4. Akiskal HS. The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. JAffect Disord. 2005; 84(2-3): 107-15.
5. Cassano GB, Dell'Osso L, Miniati M, et al. The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. J AffectDisord. 1999; 54(3): 319-28.
6. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. Psychiatr Clin North Am. 1999; 22(3): 517-34.

7. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: Beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol.* 1996; 16(2 Suppl)1:4S-14S.
8. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conceptions birth and_rebirth. *J Affect Disord.* 2001; 67(1-3):3-19.
9. Kraepelin E. Manic-Depressive Illness and Paranoia. Edinburgh, E&S Livingstone Ltd; 1921.
10. Angst J. On the etiology and nosology of endogenous depressive psychoses. A genetic, sociologic and clinical study. *Monogr Gesamtgeb Neurol Psychiatr.* 1966; 112: 1-18.
11. Perris C, d'Elia G. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. IX. therapy and prognosis. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1966; 194: 153-71.
12. Winokur G, Clayton PJ, Reich T. Manic depressive illness. St. Louis: CV Mosby; 1969.
13. Fieve RR, Dunner DL. Unipolar and bipolar affective states. In: Flach FF, Draghi SS, editores. *The Nature and Treatment of Depression.* New York: John Wiley & Sons; 1975.p.145-160.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; 3rd ed; Washington, DC: American Psychiatric Press; 1980.
15. Akiskal HS. Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic, and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatr Clin North Am.* 1981; 4: 25-46.
16. Akiskal HS. The bipolar spectrum: New concepts in classification and diagnosis. In: Grinspoon L, ed. *Psychiatry Update: The American Psychiatric Association Annual Review.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1983. p. 271-292.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; 4th ed; Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
18. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord.* 1988; 50(2-3):143-51.
19. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich, Rossler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J. Affect Disord.* 2003; 73(1-2):133-46.
20. Akiskal HS. Validating "hard" and "soft" phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity? *J. Affect Disord.* 2003; 73(1-2):1-5.
21. Akiskal HS, Vázquez GH. Una expansión de las fronteras del trastorno bipolar: validación del concepto de espectro. *Rev Arg Psiquiat.* 2006; 17(69):340-6.
22. Clasificación de los trastornos bipolares. [Internet]. [Actualizado 15 Mar 2011; citado 2 Sep 2015]. Disponible en: <http://vitriolv.m.blogspot.com/2011/03/clasificacion-de-los-trastornos.html>
23. Faravelli C, Gorini Amedei S, Scarpati MA, Faravelli L. Bipolar Disorder: an impossible diagnosis. *ClinPractEpidemiolMentHealth.* 2009; 5: 13.
24. Gorwood P. Masques trompeurset diagnostics différentiels du trouble bipolaire. *L'Encéphale.* 2004; 30:182-93.
25. Konuk N, Kiran S, Tamam L, Karaahmet E, Aydin H, Atik L. Validation of the Turkish version of the mood disorder questionnaire for screening bipolar disorders. *Turk Psikiyatri Derq.* 2007; 18(2): 147-54.
26. Merikangas KR, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68(3):241-51.
27. Pini S, de Queiroz V, Pagnin D, Pezawas L, Angst J, Cassano GB, et al. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur Neuro psychopharmacol.* 2005; 15(4): 425-34.
28. Ghaemi N, Dalley S. The Bipolar Spectrum: Conceptions and Misconceptions. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014; 48(4): 314-24.
29. Miller CJ, Klugman J, Berv DA, Rosenquist KJ, Ghaemi SN. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *J. Affect Disord.* 2004; 81(2): 167-71.
30. Shulman KI, Tohen M. Unipolar mania reconsidered: evidence from an elderly cohort. *Br. J. Psychiatry.* 1994; 164(4): 547-9.
31. Solomon DA, Leon AC, Endicott J, Coryell WH, Mueller TI, Posternak MA, et al. Unipolar mania over the course of a 20-year follow-up study. *Am J. Psychiatry.* 2003(11); 160: 2049-51.
32. Merikangas K, Cui L, Heaton L, Nakamura E, Roca C, Ding J, et al. Independence of familial transmission of mania and depression: Results of the NIMH family study of affective spectrum disorders. *Mol Psychiatry.* 2014; 19(2): 214-9.
33. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association; 2013.p.123-154.

34. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(6):530-7.
35. Post RM, Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes TM, Keck PE, et al. An overview of recent findings of the Stanley Foundation Bipolar Network (Part I). *Bipolar Disord*. 2003; 5(5):310-9.
36. Paykel ES, Abbott R, Morriss R, Hayhurst H, Scott J. Sub-syndromal and syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2006; 189:118-23.
37. Mitchell PB, Malhi GS. Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disord*. 2004; 6(6):530-9.
38. Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirschfeld R. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disord*. 2008; 10(1Pt2):144-52.
39. Altshuler LL, Gitlin MJ, Mintz J, Leight KL, Frye MA. Subsyndromal depression is associated with functional impairment in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(9):807-11.
40. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV, Beaulieu S, O'Donovan C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord*. 2009; 11(3):225-55.
41. Angst J, Gamma A, Bowden CL, Azorin JM, Perugi G, Vieta E, et al. Diagnostic criteria for bipolarity based on an international sample of 5,635 patients with DSM IV major depressive episodes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012; 262(1):3-11.
42. Dunner DL. Clinical consequences of under- recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disord*. 2003; 5(6):456-63.
43. Baldessarini R, Tondo L, Vázquez G, Undurraga J, et al. Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar- I disorder patients. *World Psychiatry*. 2012; 11(1):40-6.
44. Baldessarini RJ, Undurraga J, Vázquez GH, Vieta, E, et al. Predominant recurrence polarity among 928 adult international bipolar I disorder patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2012; 125(4):293-302.
45. Plaussu C. Le trouble bipolaire en médecine générale. *L'Encéphale*. 2006; 32(Pt2):553-6.
46. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatr Serv*. 2001; 52(1):51-5.
47. Soutullo CA, et al. Pediatric bipolar disorder in a Spanish sample: features before and at the time of diagnosis. *J Affect Disord*. 2009; 118(1-3):39-47.
48. Ben Abla T, Ellouze F, Amri H, Krid G, Zouari A, M'Rad MF. Dépression unipolaire Versus dépression bipolaire: facteurs prédictifs d'une évolution bipolaire. *L'Encéphale*. 2006; 32(6 Pt 1):962-5.
49. Verónica LW. Consideraciones clínicas sobre los trastornos bipolares especialmente los llamados espectro bipolar "soft". *Rev Med Clin Condes*. 2005; 16(4):194-208.
50. Ghaemi N. The Diagnosis of Bipolar Disorder. Posgraduate Course on Bipolar Disorder. Boston: Harvard University. 2003.

Recibido: 08 de septiembre de 20115
Aceptado: 27 de noviembre de 2015