Manía unipolar: un ineludible diagnóstico. Revisión de la literatura a propósito de un caso

Unipolar mania: an unavoidable diagnosis: Case report and literature review.

Felipe Vergara T.¹, Jennifer Green M.¹, Antonia Cooper S.²

Introduction: Unipolar mania (UM) is a disorder that behaves differently from bipolar-I disorder (BP-I), however, it is not considered an independent entity by current diagnostic manuals, but rather included within the diagnosis of BP-I. **Case report:** A 21-year-old man presented a 3-month-long episode characterized by exalted mood and mood-congruent psychotic symptoms. The patient denies previous depressive episodes. Treatment with lithium and aripiprazole was established, which was satisfactory, not showing recurrence after 5 years of follow-up. **Literature review and discussion:** Diagnostic manuals describe that to diagnose BP-I the presence of a major depressive episode is not required, which implies that patients with UM fall into the same diagnostic category as patients with BP-I. Differences between UM and BP-I have been demonstrated in epidemiological, clinical, and genetic studies, therefore, including heterogeneous patients within the same category could hinder the interpretation of studies and limit advances in the knowledge of both disorders. **Conclusion:** Based on the literature review, it is suggested that UM should be recognized as an independent diagnosis. Despite its low prevalence, by validating it as such, in the future we could have more and better-quality data about this diagnosis. In this way, its distinctive characteristics can be defined more concretely, and therefore improve the clinical approach of these patients.

Keywords: Unipolar mania; Bipolar disorder; Classification.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2021; 59 (4): 302-307

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Aceptado: 2021/03/04

Recibido: 2020/07/20

¹ Médico Cirujano, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

² Interna 7mo año Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El concepto de enfermedad bipolar que se conoce actualmente, como una enfermedad cíclica con períodos de manía y melancolía, fue desarrollado inicialmente por psiquiatras franceses quienes la denominaron folie circulaire o locura circular⁽¹⁾. Posteriormente, fue Carl Wernicke (1848-1905) quien defendió el concepto de que episodios únicos o recurrentes unipolares de manía o depresión debieran estudiarse como trastornos independientes, conformando así la depresión unipolar y la manía unipolar (MU)⁽¹⁾. Desde entonces, creciente evidencia en estudios epidemiológicos, clínicos y genéticos han demostrado que la MU existe y que se comporta de manera distinta al trastorno bipolar-I (TB-I)⁽²⁾, sin embargo, no es considerada como una entidad independiente por los manuales diagnósticos vigentes DSM – 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013)⁽³⁾ y CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 1993)⁽⁴⁾, sino que es incluida dentro del diagnóstico de TB-I. Incluso, la propuesta de la versión número 11 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) que entraría en vigencia el 2022, tampoco haría una distinción nosológica entre ambos trastornos⁽⁵⁾.

El objetivo de esta revisión es presentar de manera ilustrativa un caso clínico de MU y realizar una actualización bibliográfica sobre el tema, poniendo énfasis en la necesidad de reconocer la MU como un trastorno autónomo, modificación que no se ha realizado hasta la fecha a pesar de la vasta evidencia que hay para considerarlo como tal. Se discuten las limitaciones metodológicas del estudio de MU, posibles razones de porqué aún no se considera una entidad nosológica independiente y se plantean recomendaciones para contribuir a aumentar el reconocimiento de este diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Hombre de 21 años sin antecedentes mórbidos presenta cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por ánimo exaltado, taquipsiquia, verborrea, insomnio, gasto descontrolado de dinero e ideas delirantes de grandeza. Reconoce afectación intensa de su funcionalidad. Al interrogatorio dirigido niega consumo de sustancias u otros desencadenantes específicos del cuadro. También niega episodios depresivos previos y antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas. Dentro de los exámenes de importancia destaca perfil de drogas negativo.

Ante la marcada aberración de la conducta, es llevado por familiar al servicio de urgencias donde se diagnostica episodio maniaco con características psicóticas, por lo que se indica hospitalización y tratamiento antipsicótico. A las 2 semanas se decide alta, pero se hospitaliza nuevamente a los 10 días por falta de conciencia de enfermedad y mala adherencia al tratamiento, permaneciendo 2 semanas más. Al alta definitiva se indica tratamiento con litio 1.600 mg al día y Aripiprazol 15 mg al día, control regular con psiquiatría y psicoterapia.

Durante 5 años de seguimiento no ha presentado recurrencias maníacas ni depresivas. Actualmente el paciente se encuentra eutímico, con buen ajuste social y funcional. Como herramienta académica se le aplica la versión traducida al español de la Escala Autoaplicada de Temperamento TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San Diego)⁽⁶⁾, la cual concluye que el paciente presenta temperamento hipertímico. No presenta trastornos de ansiedad concomitantes. Nunca ha presentado ideación o conducta suicida.

REVISIÓN DE LA LITERATURA Y DISCUSIÓN

La prevalencia estimada de MU como sub-

tipo de TB-I es de un 1.7% en países occidentales⁽¹⁾, aumentando en países no occidentales y en vías de desarrollo⁽⁷⁾. Aunque la MU es relativamente infrecuente, existe evidencia importante que demuestra que se comporta de manera distinta al TB-I. Dentro de sus diferencias destacan:

Características sociodemográficas

La mayoría de los estudios concuerdan en que la prevalencia del TB-I es mayor que la de MU. En un estudio de Stokes et al. (2019), observaron que el porcentaje de pacientes con MU comprendidos dentro del diagnóstico de TB-I, en una cohorte británica y francesa, es de un 1.2% y 3.3% respectivamente⁽⁷⁾. Una frecuencia similar se observa en un estudio reportado en Estados Unidos, con una frecuencia del 5%⁽⁸⁾. Sin embargo, estos datos contrastan con lo observado en países no occidentales, tales como India, Túnez, Nigeria, Sudáfrica y Hong Kong, donde la MU se observó en hasta un 40% de las personas diagnosticadas con TB-I⁽¹⁾⁽⁷⁾. Esta distinción se respalda con otro de los hallazgos encontrados en el estudio de Stokes et al. (2019), donde observaron una mayor frecuencia de MU en etnias africanas versus no africanas⁽⁷⁾. Las diferencias entre la prevalencia entre culturas son difíciles de interpretar, se requieren estudios con escenarios interculturales para clarificar este fenómeno.

Características clínicas

Con respecto a la revisión de Angst et al. (2019), la edad promedio y de debut de episodio maniaco es similar para ambos grupos, sin embargo, existe una diferencia en cuanto al sexo predominante entre ambos grupos, donde en los pacientes con MU predomina el sexo masculino y en TB-I el sexo femenino⁽⁹⁾. También se destaca la mayor prevalencia de temperamento hipertímico, mayor tasa de remisión, y mejor funcionalidad y pronóstico a largo plazo entre los pacientes con MU⁽⁹⁾. Otra diferencia es que la MU pre-

senta mayor incidencia de episodios maníacos y síntomas psicóticos congruentes al estado de ánimo, de hasta 1.7 a 2.5 veces más que en el TB-I⁽⁷⁾.

Enfermedades comórbidas

La MU, tanto en adultos como en adolescentes, está menos asociado al trastorno de ansiedad generalizada, al trastorno de pánico, a los trastornos de la conducta alimentaria y trastornos por abuso de sustancias en comparación al TB-I⁽⁹⁾. Respecto a intentos de suicidio, es menor en MU versus TB-I, con una prevalencia de 19.3% versus 38.3% en adultos y de un 5.6% versus 22% en adolescentes, respectivamente⁽⁹⁾.

Historia familiar y características genéticas

La MU infrecuentemente reporta antecedentes familiares de trastorno depresivo mayor en comparación con el TB-I⁽¹⁾. Por otro lado, estudios en gemelos monocigotos y dicigotos muestran que la manía es más heredable que la depresión⁽¹⁾.

Un estudio de Merikangas et al. (2014) confirma que la manía y la depresión mayor son transmitidas en gran medida de manera independiente entre familias, sugiriendo que estos grandes componentes del trastorno bipolar pueden originarse por vías subyacentes distintas en vez de manifestaciones cada vez más graves de una diátesis subyacente en común⁽¹⁰⁾.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento profiláctico de MU es menos complejo en comparación con el de TB-I, ya que solo debe enfocarse en la manía y no en episodios de ambas polaridades, donde se suele necesitar la asociación de más de un fármaco⁽⁹⁾. Un estudio previo de Angst et al. (2015), muestra que los pacientes con MU se tratan frecuentemente con antipsicóticos y probablemente tienen una menor respuesta al tratamiento con litio en comparación con

el TB-I (1).

Los manuales diagnósticos describen que para diagnosticar TB-I no se requiere la presencia de un episodio depresivo mayor, lo que implica que pacientes con MU quedan dentro de la misma categoría diagnóstica que pacientes con TB-I⁽¹¹⁾. Incluir pacientes heterogéneos dentro de la misma categoría podría dificultar la interpretación de estudios y limitar los avances en el conocimiento de ambos trastornos. Tal como consideramos la depresión unipolar distinta al trastorno bipolar, deberíamos hacer lo mismo con la MU.

Uno de los principales problemas metodológicos sobre el estudio de esta patología es la falta de consenso sobre los criterios definitorios para hacer el diagnóstico. Las principales discrepancias tienen que ver con el número mínimo de episodios maníacos, duración mínima de seguimiento y criterios de exclusión. Se destaca el tiempo de seguimiento ya que desde el debut maniaco no se puede predecir si el paciente tendrá un episodio depresivo a futuro o no, por lo que la estabilidad diagnóstica de MU aumentaría mientras más tiempo pase en ausencia de episodios depresivos. Un estudio de Yacizi (2014) revisó los distintos criterios de inclusión diagnóstica en 20 estudios sobre MU y propuso el siguiente consenso para un diagnóstico definitivo de MU: "Presencia de al menos 3 episodios maníacos, sin episodios depresivos, con un seguimiento mínimo de 4 años"⁽¹²⁾.

Las limitaciones en la interpretación de la literatura estarían dadas por la baja prevalencia del trastorno y la ausencia de definición y criterios diagnósticos establecidos. En esta línea, la evidencia científica sobre MU es aún escasa y se caracteriza por reducido tamaño muestral y diseños de estudio considerablemente heterogéneos entre sí.

CONCLUSIÓN

De la revisión de la literatura se sugie-

re que la MU debe ser reconocida como un diagnóstico independiente. A pesar de su baja prevalencia, al validarlo como tal, en un futuro podríamos contar con mayor cantidad y mejor calidad de datos sobre este. De esta forma, se podrá definir de manera más concreta sus características distintivas y por consiguiente mejorar el abordaje clínico de estos pacientes. Esta práctica estaría notablemente potenciada por la introducción de la MU como un diagnóstico autónomo dentro de la próxima versión de los manuales de clasificación. La inclusión de MU y TB-I dentro del mismo código diagnóstico descrita en la propuesta del próximo CIE -11 debería ser considerada una pérdida, en términos clínicos y de investigación.

A pesar de las limitaciones metodológicas mencionadas, los datos nos permiten resumir diferencias entre MU y TB-I: la MU se presentaría más comúnmente en pacientes de sexo masculino, tendría mayor incidencia de síntomas psicóticos congruentes al estado de ánimo y temperamento hipértimico, tendría menor riesgo de suicidio y estaría menos asociado a trastornos ansiosos y de abuso de sustancias concomitantes. En cuanto al tratamiento, se ha visto menor respuesta al litio. También, estaría asociado a mayor tasa de remisión y mejor funcionalidad a largo plazo. Con respecto al caso clínico expuesto, llama la atención que presenta la mayoría de las características distintivas de MU previamente señaladas. A pesar de ser sólo 1 paciente, sus características clínicas apoyan a la MU como trastorno autónomo.

¿Cómo podemos llevar estos conocimientos a la práctica clínica? Frente a pacientes con diagnóstico de TB-I sin historia de episodios de depresión y con al menos 4 años de seguimiento, podríamos clasificarlos como MU y así abordarlos con las características distintivas ya mencionadas. Para pacientes que debutan con manía, el diagnóstico se debe hacer luego de años de seguimiento en ausencia de episodios depresivos, ya que

actualmente no existen características claras para poder diferenciar ambos trastornos desde un inicio.

Más estudios con metodologías homogéneas y criterios diagnósticos definidos son

necesarios para tener mayor certeza sobre las diferencias entre ambas entidades nosológicas y así poder caracterizar mejor a la MU.

Resumen

Introducción: La manía unipolar (MU) es un trastorno que se comporta de manera distinta al trastorno bipolar-I (TB-I), sin embargo, no es considerado como una entidad independiente por los manuales diagnósticos vigentes, sino que es incluido dentro del diagnóstico de TB-I. **Caso clínico:** Hombre de 21 años presenta cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por ánimo exaltado y síntomas psicóticos congruentes al estado de ánimo. El paciente niega episodios depresivos previos. Se instaura tratamiento con litio y aripiprazol que resulta satisfactorio, sin presentar recurrencias tras 5 años de seguimiento. **Revisión de la literatura y discusión:** Los manuales diagnósticos describen que para diagnosticar TB-I no se requiere la presencia de un episodio depresivo mayor, lo que implica que pacientes con MU quedan dentro de la misma categoría diagnóstica que pacientes con TB-I. Diferencias entre MU y TB-I han sido demostradas en estudios epidemiológicos, clínicos y genéticos, por lo tanto, incluir pacientes heterogéneos dentro de la misma categoría podría dificultar la interpretación de estudios y limitar los avances en el conocimiento de ambos trastornos. **Conclusión:** De la revisión de la literatura se sugiere que la MU debe ser reconocida como un diagnóstico independiente. A pesar de su baja prevalencia, al validarlo como tal, en un futuro podríamos contar con mayor cantidad y mejor calidad de datos sobre este. De esta forma se podrá definir de manera más concreta sus características distintivas, y por consiguiente mejorar el abordaje clínico de estos pacientes.

Palabras clave: Manía unipolar; Trastorno bipolar; Clasificación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angst J, Grobler C. Unipolar mania: a necessary diagnostic concept. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2015; 265: 273-280.
2. Angst J, Ajdacic-Gross V, Rossler W. Bipolar disorders in ICD-11: current status and strenghts. *Int J Bipolar Disord.* 2020; 8: 3.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1993.
5. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019; 18: 3-19.
6. Jimenez E, Bonnín C, Solé B, Sanchez-Moreno J, Reinares M, Torrent C, et al. Spanish validation of the Barcelona TEMPS-A questionnaire in patients with bipolar disorder and general population. *J Affect Disord.* 2019; 249: 199-207
7. Stokes P, Yalin N, Mantingh T, Colasanti A, Patel R, Bellivier F, et al. Unipolar mania: Identification and characterization of cases in France and the United Kingdom. *J Affect Disord.* 2020; 263: 228-235.
8. Baek J.H, Eisner L.R, Nierenberg A.A. Epidemiology and course of unipolar mania: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *Depress Anxiety.* 2014; 31, 746–755.
9. Angst J, Rossler W, Ajdacic-Gross V, Angst F, Wittchen H.U, Lieb, R, et al. Differences between unipolar mania and bipolar-I disorder: evidence from nine epidemiological studies. *Bipolar Disord.* 2019; 21, 437–448.
10. Merikangas KR, Cui L, Heaton L, Nakamura E, Roca C, Ding J, et al. Independence of mania and depression: results of NIMH family study of affective spectrum disorders. *Mol Psychiatry.* 2014; 19: 214-9
11. Angst J, Ajdacic-Gross V, Rossler W. Classification of mood disorders. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49 (4): 663-671.
12. Yazici O. Unipolar mania: A distinct entity? *J Affect Disord.* 2014; 152-154: 52-56

Correspondencia:
Felipe Vergara Tike
Camino el Alba 11494, Las Condes,
Santiago
felipevtike@gmail.com
+56976224630