

COMORBILIDAD Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La distinción entre diagnóstico diferencial y comorbilidad no siempre es clara o fácil de establecer. Por una parte, la hiperactividad, impulsividad e inatención puede darse en otras patologías neuropsiquiátricas, muchas de las cuales además pueden darse en presencia de un TDAH.

La cronicidad, persistencia y universalidad en la presentación de los síntomas, ayuda a distinguir el TDAH de otros trastornos de conducta reactiva (estrés agudo, disfuncionalidad familiar, trastorno adaptativo de expresión conductual, etc).

COMORBILIDAD

El TDAH en más del 50% de los casos se diagnostica en comorbilidad con otros desórdenes mentales^(59,60) situación que varía según sexo, edad (mayor edad - mayor comorbilidad), origen de la muestra seleccionada, y sub-tipo de trastorno hiperactivo⁽³²⁾.

La importancia de la comorbilidad radica en:

- 1.-el impacto sobre la terapéutica;
- 2.-pronóstico de la enfermedad a mediano y largo plazo y;
- 3.-la persistencia del DAH en el tiempo.

En cuanto a la respuesta terapéutica, los trastornos ansiosos o de tipo internalizados responderían en menor grado a los psicoestimulantes^(61,62) aunque algunos encuentran niveles de respuesta similar en pacientes hiperactivos con o sin trastornos ansiosos⁽⁶³⁾. Por el contrario, niños DAH con trastorno de conducta comórbido, responden favorablemente a psicoestimulante mejorando aspectos cognitivos y atencionales⁽⁶⁴⁾ reduciendo los niveles de agresividad e impulsividad⁽⁶⁵⁾. La influencia de la comorbilidad en el pronóstico a mediano y largo plazo se relaciona con el mayor riesgo que algunos pacientes pueden tener para el desarrollo de otras patologías. A modo de ejemplo, los niños hiperactivos con desorden de conducta asociado presentan niveles más altos de agresividad y ansiedad, con mayores índices de psicopatología parental⁽⁶⁶⁾ y problemas de rechazo por sus pares⁽⁶⁷⁾. Del mismo modo, el DAH asociado a desorden de conducta disocial tiene un riesgo mayor para suicidalidad, abuso de sustancias, y trastornos en el desarrollo de la personalidad.

Por otra parte, la comorbilidad estaría involucrada en la persistencia del DAH influyendo en grado variable el tipo de patología asociada. Al respecto, Biederman y cols.⁽¹⁶⁾ reportan en un seguimiento a 4 años que uno de los predictores de persistencia para el DAH es la comorbilidad con trastornos del ánimo, conducta y ansiedad. En la tabla 10 se observan las patologías comórbidas más frecuentes, y en la 11 con su rango de prevalencia promedio.

Tabla 10. Comorbilidad del TDAH

Comorbilidad del TDAH	
Muy frecuentes (sobre 50%)	Oposición desafiante. Trastorno de conducta (disocial).
Frecuentes (hasta 50%)	Trastorno de ansiedad: por separación, fobias. Trastornos del desarrollo de la coordinación (hipotonía generalizada, torpeza motora fina). Trastornos específicos del aprendizaje (lectura o dislexia; escritura o digrafía; alteraciones del cálculo matemático o discalculia; del lenguaje con pocas habilidades narrativas; etc).
Menos frecuentes (del 20%)	Trastorno de tics. Trastornos del ánimo (depresión mayor, enfermedad bipolar, distimia).
Infrecuentes	Trastornos generalizados del desarrollo. Retardo mental. Esquizofrenia.

*Modificado de Soutullo y cols. (2007)⁽⁵⁾ y modificado de Popper y cols (2004)⁽⁵⁰⁾.

Tabla 11. Algunas Comorbilidades según Prevalencia Promedio y Rango.

Comorbilidad	Prevalencia (%)	
	Promedio	Rango
Conductas Antisociales (oposición desafiante, disocial)	35	23 a 64
Depresión Mayor	25	15 a 75
Ansiedad	25	8 a 30
Trastornos del Aprendizaje	37	6 a 92
Trastorno Bipolar	-	6 a 10
Trastorno Psicossomático	-	24 a 35 (en adolescentes)

Modificado de Waisburg y cols (2004)⁽⁴⁾.

Entre el 25 a 75% de los adolescentes con TDAH reúne criterios diagnósticos para un “trastornos de la conducta perturbadora” (desorden de conducta de oposición desafiante o para trastorno conductual disocial)⁽⁶⁷⁾. La coexistencia con “oposición – desafiante” y “trastorno disocial” alcanzan al 30 - 40% y al 30 - 50% respectivamente⁽⁶⁸⁾. En contraste, un estudio multicéntrico multimodal de tratamiento (MTA) en niños con TDAH⁽⁶⁹⁾, que reunió a 576 pacientes (tipo combinado) entre 7 y 9 años de edad, encontró que sólo 14.3% de los niños estudiados presentaba una comorbilidad para trastorno de conducta.

Los adolescentes con desorden de oposición desafiante son persistentemente mas argumentativos, discutidores, negativistas, y desafiantes que el adolescente promedio⁽²⁾. Pese a que la mayoría de los adolescentes con TDAH y desorden de oposición desafiante no manifiestan los problemas propios del trastorno de conducta (disocial), a menudo presentan problemas serios a nivel escolar, familiar y en la relación social. Un factor central que subyace en este desorden es la dificultad o el impedimento por parte del adolescente en modular y en cubrir las frustraciones propias de la vida cotidiana.

La comorbilidad con trastornos de conducta hacen del tratamiento un proceso más complejo y menos eficiente, incrementando el riesgo para abuso de sustancias y desórdenes del ánimo^(70,71). A largo plazo, niños con TDAH y trastornos de conducta han reportado que durante la adolescencia tardía el riesgo para desarrollar un desorden de personalidad antisocial es mayor que en el resto de los adolescentes^(12, 71-73).

Referente al trastorno disocial, si los síntomas se dan previo los 12 años, en la mayoría de los casos se asocia un TDAH; mientras que sólo 1/3 de los niños con trastorno disocial de aparición en la adolescencia cumplen con dichos criterios⁽⁵⁰⁾.

Los niños con desórdenes de ansiedad y TDAH asociado (principalmente los de predominio inatentivo) pueden ser crónicamente tensos y ansiosos, desarrollar cuadros de pánico, preguntar constantemente hasta tener certeza, o bien tender a la fobia social; ser extremadamente tímidos y evitativos de cualquier interacción no estructurada con personas ajenas a su entorno familiar ⁽²⁾. Algunos adolescentes con TDAH pueden presentar un TOC, con miedos obsesivos persistentes que le lleva a realizar compulsiones como chequear, repetir, contar, limpiar, colocar, acumular, etc. ⁽²⁾. El TDAH a menudo se asocia a un elevado riesgo de distimia y depresión mayor, a veces en combinación con desórdenes de ansiedad o trastorno de oposición desafiante ⁽⁷⁴⁾. Los desórdenes del ánimo pueden manifestarse como una persistente y profunda infelicidad, con semanas y meses de incapacidad para sentir algún tipo de placer o disfrute real, incluso en actividades que en alguna ocasión resultaron de agrado; pudiendo la infelicidad puede manifestarse como un humor persistentemente irritable.

Síntomas tales como la hypersomnia o insomnio, extremos entre el excesivo o insuficiente apetito, pérdida marcada de la energía, sentimientos de intensa inutilidad, sentimientos persistentes de “no dar más” puede indicar la presencia de un trastorno depresivo mayor comórbido ⁽²⁾.

La asociación enfermedad depresiva / TDAH, resulta en una potencial amenaza vital ya que la combinación depresión / desesperanza - conducta disruptiva/hiperactividad/impulsividad, incrementan el riesgo para intento de suicidio ⁽⁷⁵⁾. Por esta consideración, la búsqueda activa de elementos depresivos debe ser un ejercicio rutinario en el clínico que evalúa un paciente con TDAH. Cuando aparecen signos de morbilidad, debe evaluarse cuidadosamente la intensidad de la sintomatología depresiva y el riesgo autolesivo, ya que el tradicional tratamiento del TDAH en forma aislada – si bien puede ser de utilidad - resultaría parcial e insuficiente ⁽⁷⁶⁾.

La tasa de prevalencia para depresión en pacientes TDAH fluctúa entre 9 y 38%, en el MTA fue de 3.8%; mientras que para los desórdenes de ansiedad la co-ocurrencia sería del 25%, con cifras algo superiores en el MTA del 33.5% ^(68,69).

En la comorbilidad con trastornos del ánimo, la asociación DAH y enfermedad bipolar resulta controversial, ya que establecer la diferencia diagnóstica y el “solapamiento” entre los síntomas de ambos trastornos puede ser en extremo complejo ⁽⁷⁷⁾. Generalmente, la bipolaridad puede distinguirse del DAH severo por la presencia de humor elevado, grandiosidad, fuga de ideas o pensamiento acelerado, y disminución en la necesidad de dormir ⁽⁷⁸⁾, aunque la atipicidad de la bipolaridad infantil pueden simular un TDAH en comorbilidad a un desorden de la conducta.

Las bajas tasas de trastorno conductual y depresión en el estudio MTA puede deberse a la edad de los niños estudiados (7 a 9 años) versus el rango generalmente utilizado en este tipo de evaluaciones (6 a 12 años), siendo altamente probable que los niños del estudio MTA aún no hayan desarrollado un desorden de conducta o una enfermedad depresiva.

La comorbilidad con desórdenes de aprendizaje varía entre un 9 a 30% en niños hiperactivos ^(59,79). En el estudio MTA, ascienden al 15.5% ^(69,79).

Estudios en adultos con abuso de sustancias muestran que un elevado porcentaje son o han presentado en la infancia un TDAH ⁽²⁾, y esto porque los niños y adolescentes con DAH tienen un riesgo de consumo de sustancias que puede incrementarse con los años hacia la adultez.

La presencia del DAH incrementa la severidad del consumo, incluyendo altas tasas de violencia y accidentes automovilísticos relacionados con droga ⁽⁸⁰⁻⁸²⁾.

Según estudios de prevalencia, el riesgo de desarrollar abuso de drogas a lo largo de la vida en individuos DAH es el doble que en aquellos pacientes sin el ⁽⁸³⁾, y por otra, entre un 15 a 25% de los adultos con abuso de drogas presentan un TDAH ⁽⁸⁰⁾.

Si el DAH se presenta asociado a trastorno conductual o bipolar comórbido, el consumo de drogas podría ser más intenso, con mayor riesgo para involucrarse en problemas legales ^(81,84,85). Pese a que los adolescentes con TDAH tienen un riesgo mayor de abuso de drogas, la evidencia sugiere que un tratamiento adecuado, que incluya psicoestimulantes, no incrementarían dicho riesgo. Un meta-análisis reciente realizado por Wilens y cols., que incluye un total de 7 estudios relacionados con TDAH y droga, encuentra que la farmacoterapia con psicoestimulantes resulta protector para el desarrollo de abuso de drogas a edades posteriores (riesgo relativo: 1.9 veces) siendo este más fuerte en adolescentes comparado con los adultos ⁽⁸⁶⁾. Durante la adolescencia, la presencia de abuso de drogas en DAH no diagnosticados pueden dificultar y confundir el proceso diagnóstico, ya que el uso recurrente de alcohol o drogas, incluyendo el cannabis, entorpecen la capacidad atencional y producen dificultades de tipo cognitiva ⁽⁸⁷⁾. Por ello, debe haber cautela en diagnosticar un TDAH en quienes consumen droga, especialmente en aquellos casos en que no ha habido dificultad previa de tipo cognitivo o atencional. En estos casos es preferible esperar a lo menos un mes post consumo antes de diagnosticar una probable comorbilidad.

En relación al TDAH y el trastorno de tics, por tres décadas, ha existido controversia por la aparente relación entre ambos desórdenes ⁽⁸⁸⁾. Uno de los hallazgos más llamativos es que cerca de la mitad de quienes padecen un Gilles de la Tourette tienen un TDAH asociado ⁽⁸⁹⁾. Paralelo a ello, historia de trastornos por tics o tics transitorios han sido observados en aproximadamente el 27% de los niños con DAH. ⁽⁹⁰⁾. Tasas inferiores han sido reportadas por otros autores con un 5 a 18% para los hombres y 1 a 11% para las mujeres a lo largo de la vida. Las más altas incidencias para desórdenes por tics se han observado entre los 7 a 13 años de edad. Coincidente con ello, muchos niños a menudo inician psicoestimulantes en ese rango de edad, por lo que se plantea la posibilidad que la aparición de tics en asociación a dichas medicaciones sean causa o sólo coincidencia ⁽⁸⁸⁾.

Diagnóstico Diferencial

Los síntomas del DAH no son patognomónicos ni exclusivos del trastorno, por lo que, la evaluación debe orientarse a descartar otras patologías o situaciones que pudieran llevar a confusión.

En el diagnóstico deben considerarse factores ambientales (familiares, sociales), psicológicos y médicos (neurológicos, endocrinos, toxicidad por drogas o medicamentos, problemas psiquiátricos, de inteligencia o del aprendizaje); y en primer lugar, debe descartarse que la sintomatología esté dentro de lo normal para la edad del paciente. Muchos niños, mientras más pequeños mayor probabilidad de cumplir con uno o más criterios diagnósticos de TDAH sin tener necesariamente el trastorno. La diferencia estará en la “cantidad” y “calidad” o intensidad de los síntomas, en su penetrancia (interferencia en el funcionamiento personal y social, presentación en más de un lugar o situación) y en la persistencia (a lo largo del tiempo).

También en la entrevista inicial, entre otros aspectos, debe evaluarse el ambiente familiar y social, si éste es adecuado para el correcto funcionamiento del menor, si favorece una asistencia óptima a la escuela, y si existe o no estructura u organización en las actividades del hogar (como horarios irregulares de comida, estudio, ocio, sueño, ambientes ruidosos, hacinamiento, falta de supervisión, condiciones de pobreza, maltrato, negligencia, etc).

Un niño en un ambiente disfuncional o con cualquier grado de abandono (físico, afectivo, nutricional, etc.) puede desarrollar síntomas que se confunden con DAH, pudiendo explicarse desde lo desadaptativo, ansioso, depresivo o conductual. En estos casos, se observarán otros indicadores como ansiedad, dificultades en el dormir, conductas evitativas, irritabilidad, expectación angustiada, preocupaciones excesivas, quiebre en su rendimiento académico, etc.

Por su parte, un mal dormir, una mal nutrición, la adversidad económica y/o social o cualquier tipo de carencia o problemática externa, puede afectar severamente tanto la capacidad de atención como la motivación académica por. La variabilidad inexplicable en el cumplimiento de tareas y obligaciones, así como en el rendimiento logrado en las evaluaciones, orientarían a un problema ambiental o emocional más que atencional puro.

Si existe sospecha de una dificultad cognitiva, es importante realizar un test de inteligencia que permita descartar este aspecto. Un nivel intelectual normal lento o inferior, hacen que a medida que se avance de curso (por el aumento de la dificultad y exigencia) se incremente el riesgo de fracaso escolar.

Tal como se describe en la tabla 12, el diagnóstico diferencial del TDAH incluye una amplia gama de patologías, y – como hemos señalado - muchas de ellas pueden presentarse como comorbilidad para DAH lo que hace más compleja la delimitación de los diagnósticos.

Al respecto, desórdenes conductuales, oposición desafiante, trastornos del ánimo, de ansiedad, y de adaptación, deben ser evaluados como probable comorbilidad o como diagnóstico diferencial. Por su parte, algunas patologías orgánicas como déficit sensorial (visual y/o auditivo), intoxicación por plomo, crisis de ausencias o petit mal, hipo o hipertiroidismo, infecciones, neoplasias y reacciones a drogas, deben ser investigadas si la historia clínica o el cuadro clínico confiere complejidad.

El ambiente, lo situacional e intrafamiliar necesita ser evaluado para determinar si los problemas de esa esfera son causales de la expresión sintomática o bien conviven y exacerbaban la sintomatología del TDAH. Por ejemplo, un niño con un trastorno del aprendizaje que estudie en un ambiente escolar inadecuado para su problema específico, si además presenta un DAH, el fracaso escolar será mayor, la autoestima menor, habrá más dificultades de relación con sus pares, padres y profesores, generando un problema de proporciones. De igual forma, un ambiente familiar poco estructurado, poco contenedor, o caótico, con una disciplina deficiente, puede facilitar la presencia de problemas de tipo conductual. Por ello, evaluar la situación ambiente tanto del colegio como familiar son parte de la rutina médica frente al TDAH.

Tabla 12. Diagnóstico diferencial del TDAH según tipo de causa.

Diagnóstico Diferencial del TDAH según Causa		
Enfermedades Médicas	Medicaciones y Sustancias	Trastornos Psiquiátricos
Malnutrición o mala alimentación	Antiasmáticos (teofilina, salbutamol)	Trastornos del ánimo (depresión, distimia, bipolar)
Problemas de sueño (p.ej., apnea del sueño).	Antiepilépticos (carbamazepina, fenobarbital)	Trastornos de conducta perturbadora (oposición desafiante, conducta disocial)
Síndrome de piernas inquietas	Antihistamínicos	Trastornos de ansiedad (ansiedad de separación, fobia social, estrés post-traumático, TOC, etc.).
Vicios de refracción	Descongestionantes nasales (efedrina, pseudoefedrina)	Secuelas de abuso y abandono (físico, afectivo, sexual)
Alteraciones auditivas	Benzodiazepinas	Trastorno por abuso de sustancias
Endocrinopatías (diabetes, hipotiroidismo o hipertiroidismo).	Drogas de abuso (alcohol; marihuana; cocaína; inhalantes; pegamentos, disolventes; éxtasis; LSD; etc.).	Trastorno generalizado del desarrollo (espectro autista)
Anemia		Trastorno de tics o de Tourette
Alteraciones electrolíticas		
Enfermedades neurológicas (Epilepsia o crisis de ausencia; secuelas de traumatismo encéfalo-craneano; secuelas de daño cerebral perinatal; trastornos del lenguaje; de la memoria; del control motor; movimientos anormales; parálisis cerebral; patología neuromuscular, entre otros).		
Drogas, tabaco, alcohol en embarazo		
Síndromes metabólicos (déficit de G6PD; fenilcetonuria; resistencia a la hormona tiroidea).		
Trastornos del aprendizaje (lectura, escritura, cálculo, no verbal).		
Otros (Cromosoma X frágil, intoxicación por plomo, esteñimiento grave, dolor crónico persistente).		

*Modificado Soutullo y cols. (2007) ⁽⁵⁾ .

Tabla 13. Diagnóstico Diferencial del TDAH según Etiología.

<p>Trastornos Orgánicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Desórdenes sensoriales, particularmente sordera, dificultades visuales. -Problemas graves pre o perinatal (raro) [lesión cerebral por trauma o infección; efecto teratogénico del alcohol, cocaína, plomo y probablemente tabaco]. -Dificultad atencional inducida por fármacos (antihistamínicos, betabloqueadores, fenobarbital). -Trastornos convulsivos (epilepsia). -Trastornos tiroideos. -Trastornos del aprendizaje. -Retardo mental. -Absceso del lóbulo frontal, neoplasias. -Abuso de sustancias. -Intoxicación (pseudofedrina, barbitúricos, teofilina, carbamazepina, benzodiazepinas, plomo). -Desórdenes pervasivos del desarrollo.
<p>Desórdenes Funcionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Trastorno oposicionista. -Trastorno conductual. -Trastornos del ánimo (depresión, enfermedad bipolar). -Trastornos ansiosos. -Trastornos adaptativos con expresión conductual. -Gilles de la Tourette, desorden múltiple de tics. -Trastorno de personalidad. -Trastorno obsesivo – compulsivo.
<p>Desórdenes Desarrollo</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sobreactividad propia de la edad infantil. -Problemas situacionales, familiares o del ambiente. -Dificultades escolares (dificultades de aprendizaje, integración en la sala de clases). -Alteraciones familiares y sociales (divorcio, abuso, negligencia). -Ausencia o patología parental. -Ambiente familiar caótico, disciplina inefectiva. -Abuso, negligencia o ambos.

*Modificado de Soutullo y cols (2007)⁽⁵⁾.