

Reflexiones en relación al trastorno de déficit atencional e hiperactividad en adultos y sus diagnósticos diferenciales

Reflections on attention deficit hyperactivity disorder in adults and their differential diagnoses

Dra. Pamela Córdoba Meriño, Residente de Neurología, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae

Dr. Jorge González-Hernández, Docente de Neurología, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Hospital de Urgencia Asistencia Pública

Correspondencia: pcordobam@uft.edu

INTRODUCCIÓN:

El trastorno de déficit atencional e hiperactividad (TDAH) es un trastorno común del neurodesarrollo, que se caracteriza por inatención y/o hiperactividad e impulsividad. Ha sido ampliamente conocido como un trastorno de la infancia, sin embargo, la evidencia ha demostrado que hasta en un 60% puede persistir en la vida adulta alterando el desempeño social, académico y laboral de los pacientes (1).

El TDAH afecta aproximadamente a un 4.4 – 5.2% de los adultos entre los 18 y 44 años, sin embargo, se estima que menos del 20 % se encuentra diagnosticado y/o tratado (1). Además, existe un aumento de pacientes sobre 50 años que consultan por primera vez por síntomas de TDAH (2).

Dentro de los principales diagnósticos diferenciales de TDAH en el adulto se encuentran alteraciones psiquiátricas, deterioro cognitivo leve, demencia, reacción adversa a fármacos y apnea del sueño (2).

El alza en la consulta de pacientes mayores de 50 años por síntomas cognitivos puede instaurar un desafío diagnóstico. Esta revisión se enfoca en destacar los principales síntomas y datos de la historia clínica que permitan diferenciar estos cuadros, así como también los exámenes complementarios necesarios, ya que un diagnóstico certero tiene implicancias pronósticas y de calidad de vida de los pacientes.

TDAH COMO FACTOR DE RIESGO

El subdiagnóstico del TDAH y la ausencia de tratamiento se han visto asociados a un aumento del riesgo de trastorno de abuso de sustancias; trastorno de función adaptativa

en contexto educacional, laboral y social; problemas financieros; mayor tendencia a actividad criminal; mayor inclinación a síntomas depresivos; divorcio; accidentes y mortalidad (1).

Un estudio de cohorte en Suecia, utilizando una base de datos de una población de 2.132.929, sugiere que el TDAH está asociado a un leve mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer (EA) y cualquier demencia a lo largo de generaciones. Los padres de individuos con TDAH poseen un riesgo aumentado de EA con un hazard ratio 1.55, siendo más atenuado en abuelo/as y tío/as (hazard ratio 1.11-1.15 respectivamente), con una asociación más fuerte para EA de inicio precoz (3).

CUADRO CLÍNICO

El tdah adulto es la continuación del tda en la infancia. Si bien es cierto comparten ciertos síntomas, existen algunas diferencias entre ambos. En la adultez persisten principalmente los síntomas de inatención, mientras que la impulsividad e hiperactividad tienden a disiparse con el paso de los años. En aproximadamente la mitad de los casos, se observa la remisión del cuadro de tdah (1).

Además el TDAH en adultos comúnmente presenta comorbilidades psiquiátricas, siendo la más frecuente el trastorno de ansiedad en un 47%, pero también depresión, bipolaridad, trastornos de personalidad, abuso de sustancia, etc. (4)

Con el paso de los años el cuadro puede estar enmascarado por el desarrollo de estrategias compensatorias, haciéndose evidente cuando se ven sometidos a labores más complejas, multitareas o cambios en su estilo de vida que requieran de mayor funcionalidad (1).

Según los Criterios diagnósticos de TDAH en el adulto (DSM-V) (5):

- Cinco o más síntomas de falta de atención y/o ≥ 5 síntomas de hiperactividad / impulsividad deben haber persistido durante ≥ 6 meses en un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo y tiene un impacto negativo en las actividades sociales y académicas/ocupacionales.
- Varios síntomas (falta de atención o hiperactividad / impulsividad) estaban presentes antes de los 12 años.
- Varios síntomas (falta de atención o hiperactividad / impulsividad) deben estar presentes en ≥ 2 entornos (p. Ej., En el hogar, la escuela o el trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).
- Existe una clara evidencia de que los síntomas interfieren o reducen la calidad del funcionamiento social, académico u ocupacional.
- Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. Ej., Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación por sustancias o abstinencia).

Síntomas de inatención (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.) (5):

- Comete errores por descuido / no presta atención a los detalles.
- Dificultad para mantener la atención.
- No parece escuchar cuando se le habla directamente.
- No cumple con las tareas y las instrucciones.
- Exhibe una mala organización.
- Evita o no le gustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Pierde cosas necesarias para tareas / actividades.
- Se distrae fácilmente (incluidos pensamientos no relacionados).
- Es olvidadizo en las actividades diarias.

Síntomas de hiperactividad e impulsividad (5):

- Se mueve inquieto o golpea con las manos o los pies, se retuerce en el asiento.
- Deja el asiento en situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- Experimenta sentimientos de inquietud.
- Tiene dificultad para participar en actividades tranquilas y pausadas.
- Está "en movimiento" o actúa como "impulsado por un motor".
- Habla excesivamente.
- Responde sin pensar.
- Tiene dificultad para esperar su turno.
- Interrumpe a terceros.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Debe tenerse presente que los diagnósticos diferenciales de TDAH en adultos, en ocasiones, pueden también constituir comorbilidad. En este caso es relevante la anamnesis, en el sentido de que los síntomas de tdah son crónicos (desde la infancia) mientras que los de las comorbilidades o diagnósticos diferenciales aparecen en distintos momentos según sea el caso.

En mayores de 18 años se ha visto asociación a enfermedades psiquiátricas como Depresión, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés post traumático, fobias específicas y trastornos de personalidad, por lo que es importante descartarlas o reconocerlas como comorbilidad y así brindar el tratamiento más adecuado (6).

En el caso de nuevo inicio de síntomas progresivos como alteración de memoria, trastorno del lenguaje, visuoespacial o disfunción ejecutiva, es importante descartar causas neurodegenerativas tales como EA. Si existe predominio de apatía o cambios de personalidad considerar demencia frontotemporal (2).

El síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS) es un diagnóstico diferencial y una comorbilidad importante del TDAH. Características del SAOS son la excesiva somnolencia diurna, fuertes ronquidos e instalación tardía de inatención y quejas de memoria (7). En estudios donde se comparó pacientes con SAOS/TDAH Vs SAOS sin TDAH, se observó que los primeros cursan con mayores índices de ansiedad y peor calidad de vida (11).

Aunque poco frecuente, la esclerosis múltiple (EM) puede cursar con síntomas neuropsiquiátricos como presentación inicial, traduciendo una variante cortical, significando también un diagnóstico diferencial de TDAH en el adulto. Un 85% de los pacientes con EM de menos de 2 años de duración cursan con algún nivel de deterioro cognitivo (9).

Como trastorno del neurodesarrollo, es importante destacar que el TDAH, el trastorno del espectro autista, dislexia y la discapacidad intelectual son comorbilidades altamente frecuentes, conformando en la infancia un desafío para el diagnóstico diferencial (10).

Finalmente se sugiere, ante la sospecha, descartar lesiones cerebrales focales, trastornos metabólicos (ej. hipotiroidismo, déficit Vit b12), cuadros carenciales e infecciones crónicas (2).

APROXIMACIÓN AL PACIENTE ADULTO CON SÍNTOMAS DE TDAH

El primer paso es extraer la mayor información posible de la historia del paciente a lo largo de su vida, antecedentes médicos personales, historia psiquiátrica, historia familiar (incluyendo a hijos del paciente), dado la carga genética del trastorno (2).

Existen múltiples escalas adaptadas a la edad que también sirven para ayudar al proceso diagnóstico, siendo la más recomendada por la Organización mundial de la salud, la escala “Adult ADHD Self-Report Scale” (5). También es importante, rescatar el impacto funcional de los síntomas, ya que si hay compromiso de actividades instrumentales de la vida diaria, implica considerar como más probable otros trastornos neurodegenerativos.

Se sugiere preguntar dirigidamente por síntomas depresivos, de ansiedad y por alteraciones del sueño (8).

Dentro del estudio inicial, se sugiere un panel de exámenes de laboratorio que al menos contenga un hemograma, perfil bioquímico, niveles de vit b 12, pruebas tiroideas y electrolitos plasmáticos.

Aunque la evaluación neuropsicológica no es un requisito de criterio diagnóstico para el TDAH, puede ser de utilidad en el diagnóstico diferencial, especialmente en casos atípicos o con síntomas de instalación tardía, además de permitir obtener un perfil de disfunción cognitiva y establecer un punto de corte objetivo para determinar evolución con pruebas sucesivas.

En cuanto a los estudios de imagen, se sugiere realizarlos en presencia de síntomas nuevos, focalidad neurológica o cefalea con banderas rojas. Otros estudios dirigidos según los hallazgos clínicos encontrados podrían ser: VIH, VDRL, polisomnografía, electroencefalograma o punción lumbar.

CONCLUSIONES

El TDAH en el adulto es un trastorno frecuente que a lo largo del tiempo ha aumentado el número de consultas neurológicas. Para lograr un diagnóstico certero es importante una exhaustiva historia clínica, preguntando dirigidamente por historia de inatención/hiperactividad en la infancia lo que apoya el diagnóstico, como también síntomas depresivos y ansiosos principalmente para descartar otros diferenciales o posibles comorbilidades. En el presente artículo se presentan diferentes sugerencias para el estudio inicial y puntos importantes para considerar los variados diagnósticos diferenciales.

Bibliografía:

- 1) Joel Y, David G. Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis, Management, and Treatment in the DSM-5 Era. *Prim Care Companion CNS Disord* 2016;18(6). doi:10.4088/PCC.16r02000.
- 2) David G, Sara M, Lauren R, et al. Clinical Presentation, Diagnosis and Treatment of Attention- Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Older Adults: A Review of the Evidence and its Implications for Clinical Care. *Drugs Aging*. 2016 Jan;33(1):27-36. doi:10.1007/s40266-015-0327-0.
- 3) Le Z, Ebba D, Ralf K, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and Alzheimer's disease and any dementia: A multi-generation cohort study in Sweden. *Alzheimers Dement*. 2021 Sep 9. doi: 10.1002/alz.12462.
- 4) Grogan K, Gormley C, Rooney B, et al. Differential diagnosis and comorbidity of ADHD and anxiety in adults. *Br J Clin Psychol*. 2018 Mar;57(1):99-115. doi: 10.1111/bjc.12156.
- 5) Jeffrey A, Carol B, Brian C. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Attention-deficit and disruptive behavior disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- 6) Bernardi S, Faraone S, Cortese S, et al. The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychol Med*. 2012;42(4):875–87.
- 7) Naseem S, Chaudhary B, Collop N. Attention deficit hyperactivity disorder in adults and obstructive sleep apnea. *Chest*. 2001 Jan;119(1):294-6. doi: 10.1378/chest.119.1.294.

- 8) Magnin E, Maurs C. Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Rev Neurol (Paris)*. 2017 Jul-Aug;173(7-8):506-515. doi: 10.1016/j.neurol.2017.07.008.
- 9) Zarei M, Chandran S, Compston A, et al. Cognitive presentation of multiple sclerosis: evidence for a cortical variant. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(7):872-877. doi:10.1136/jnnp.74.7.872.
- 10) McClain M, Hasty M, Murphy L. Inattention and hyperactivity/impulsivity among children with attention-deficit/hyperactivity-disorder, autism spectrum disorder, and intellectual disability. *Res Dev Disabil*. 2017 Nov;70:175-184. doi: 10.1016/j.ridd.2017.09.009.
- 11) Oğuztürk Ö, Ekici M, Çimen D, et al. Attention deficit/hyperactivity disorder in adults with sleep apnea. *J Clin Psychol Med Settings*. 2013;20(2):234-239. doi:10.1007/s10880-012-9331-2.