

## CASO CLÍNICO

### PSICOSIS TRAS INICIO DE METILFENIDATO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE TDAH.

Resumen: Paciente varón de 16 años con antecedentes de sospecha diagnóstica de TEA, no confirmado, con inicio de tratamiento con Metilfenidato en enero 2022 por su pediatra por "sospecha de TDAH", diagnóstico sin confirmar. Tras inicio de éste, presenta clínica de 2 meses de insomnio conciliación, escaso apetito, inquietud psicomotriz. Días antes del ingreso, inicia con desorganización, heteroagresividad, alteraciones de conducta marcadas con ideas megalománicas, autorreferenciales e ingresa por "episodio maniforme a estudio". Durante el ingreso se retira el metilfenidato y se inicia tratamiento antipsicótico con buena respuesta, cediendo la clínica.

Palabras clave: psychotic disorders, methylphenidate, attention deficit disorder with hyperactivity

### INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN:

#### Motivo de Ingreso:

Paciente varón de 16 años que ingresa en Unidad de Psiquiatría Adolescentes con Juicio Clínico de "TEA Sind Asperger. Episodio maniforme, a estudio".

#### Antecedentes Personales Médicos

Alergia al polen por el que recibe tratamiento con bilina y desloratadina. No otros antecedentes de interés.

#### Antecedentes Personales Psiquiátricos

- Una valoración en Hospital de Referencia por Psiquiatría Infantil en 2017, derivado por neuropediatría, por sospecha de TEA.
- Antecedente de un posible episodio depresivo en torno a junio 2021, según refieren los padres debido a situación escolar (suspensos y acoso de compañeros), es valorado por Psicología, pero no continúa el seguimiento.
- Valorado de nuevo por psiquiatría en julio de 2021, con juicio clínico: TEA Sd Asperger y sintomatología ansiosa (preocupación por suspensos y posibilidad de repetir curso). No pautan tratamiento y derivan a enfermería para técnicas de relajación.
- Paralelamente mantiene seguimiento por neuropediatría.

Blanca Molins Benavent, MIR2 Psiquiatría  
José David Cozar Ortiz, Adjunto Psiquiatría  
Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla  
[blancamolinsb@gmail.com](mailto:blancamolinsb@gmail.com)  
MIR Psiquiatría. No col: 280859985

-Última valoración por Pediatría el 17 de enero de 2022, según informe, ante dificultades de concentración a nivel académico y sospecha de TDAH (no diagnóstico confirmado) pauta Metilfenidato 36MG 1-0-0 con plan de aumento a 54mg en dos meses (marzo 2022).

**Tratamiento psicofarmacológico pautado previo a su ingreso:**

Concerta (Metilfenidato) 36mg 1-0-0

Concerta (Metilfenidato) 54mg 1-0-0 pautado (que no ha llegado a tomarlo)

Historia del Neurodesarrollo

Embarazo normal, controlado. RNAT de PAEG (3700 grs.)

Período neonatal normal.

No antecedente de TCE importantes, infecciosos u otros.

**DESARROLLO PSICOMOTOR:**

- Marcha adquirida a los 9-10 meses

- Retraso en adquisición del lenguaje, sus primeras palabras las pronuncia a los 3 años, pero posteriormente tras inicio de escolarización progresa adecuadamente, sin precisar logopeda. En el hogar hablan rumano.

- No problemas de coordinación fina ni torpeza motora.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS MARZO 2017, por EOEP (Equipo de Orientación y Psicopedagógica específicos).

ESCALA DE INTELIGENCIA (WISC-IV): ICG 94. (CV 99, RP 91, MT 105, VP 76)

EVALUACIÓN NEURPSICOLÓGICA DE FUNCIONES EJECUTIVAS EN NIÑOS (ENFEN): dificultades para resolución de problemas y organización, planificación y autogestión, que compensa con perseverancia. Dificultades para inhibición conductual, es disperso.

ESCALA DE OBSERVACIÓN PARA DIAGNÓSTICO DE AUTISMO (ADOS-2): juego poco elaborado, escasa imaginación, no juego compartido con iguales en entorno escolar, dificultades en teoría de la mente, le cuesta predecir la conducta de otras personas, intenciones o conocimientos, emociones y creencias. SUPERA PUNTO DE CORTE. Aspecto socio-comunicativos: escaso contacto ocular, escasa expresión facial, risa a carcajadas descontextualizada. Dificultades para comprensión del mundo social, sus reglas y roles".

**Antecedentes familiares**

Madre: 32 años. Sana. No dificultades escolares ni de socialización. Procedente de Rumanía Padre: 36 años. Sano. No dificultades escolares ni de socialización. Procedente de Rumanía. Hermana: 11 años, sana. Desarrollo normal. No otras enfermedades de interés en la familia.

### **Situación basal**

Vive con sus padres y una hermana menor. Repitiendo 3º de la ESO. Dificultades en la socialización.

### **Anamnesis**

Paciente varón de 16 años traído por su padre al servicio de Urgencias por alteración del comportamiento. El padre refiere empeoramiento conductual en el último mes y sobre todo en los últimos días.

Describe comportamiento desorganizado en domicilio, conductas heteroagresivas e inapropiadas. Describe que en una ocasión “por la noche se escapó de casa por la ventana y le trajo la policía a domicilio”. El familiar refiere que “habla cosas incoherentes” y se muestra irritable, con disminución de horas de sueño.

En febrero fue cuando comenzó a mostrarse inquieto, “mucho más activo de lo normal” y a tener insomnio. Aproximadamente una semana antes del ingreso, inicia los síntomas de agresividad e ideas de carácter delirante y la referencialidad.

Relata dos posibles desencadenantes en el mes de enero:

- Periodo de exámenes, cursando 3ºESO por repetición. Refiere suspender muchas asignaturas ya el curso pasado y presentando dificultades académicas de larga data.
- El padre refiere además que el inicio alteraciones de conducta coincide con el inicio de tratamiento con metilfenidato en el mes de enero, pautado por pediatra por estas dificultades académicas.

El familiar niega episodios previos similares al actual, ni antecedentes familiares de trastorno mental.

A la entrevista con el paciente en Urgencias, éste se muestra desorganizado en conducta y discurso. Habla de ser un cantante, “habla de la OTAN”. Se muestra referencial con la cámara que hay en la habitación donde lo entrevisto e intenta romperla.

Exploración psicopatológica en Urgencia: consciente y orientado. Alerta. Sin datos de intoxicación ni abstinenciales. Desorganizado. Conductas heteroagresivas, irritable. Discurso incoherente, tangencial, mecanizado, con pararrespuestas. Ideas referenciales, megalomaníacas. Disminución de horas de sueño. Leve inquietud psicomotriz. Juicio de realidad alterado.

Ingreso en planta con juicio clínico: "TEA Sind Asperger. Episodio maniforme, a estudio".

En el Servicio de Urgencias:

Analítica sanguínea: sin alteraciones significativas.

Exploración física por aparatos: anodina.

Blanca Molins Benavent, MIR2 Psiquiatría  
José David Cozar Ortiz, Adjunto Psiquiatría  
Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla  
[blancamolinsb@gmail.com](mailto:blancamolinsb@gmail.com)  
MIR Psiquiatría. No col: 280859985

### **Durante el ingreso:**

#### Electroencefalograma 25-3-2022:

El registro EEG muestra una actividad bioeléctrica cerebral de características normales. No se observa actividad epileptiforme ni signos de afectación cortical focal".

#### Resonancia Magnética Cerebral 5-4-2022:

"Se realiza RM cerebral sin administración de contraste paramagnético, con planos de corte y secuencias de pulso habituales. No se dispone estudios previos comparativos. No se observan procesos expansivos intracraneales ni signos que sugieran la presencia lesiones isquémicas ni hemorrágicas. No se aprecian alteraciones morfológicas ni de intensidad señal en estructuras supra ni infratentoriales. Sistema ventricular de calibre y distribución dentro la normalidad. Línea media centrada. Se visualiza en el ápex petroso izquierdo una imagen de aspecto ovalado, con contenido que muestra hiperintensidad señal en secuencias potenciadas en T2 e hiperintensa en secuencias potenciadas en T1, que sugiere lesión quística a dicho nivel, de escaso valor significativo.

Quiste de retención mucoide en porción declive este seno maxilar izquierdo.

#### Conclusión:

Estudio sin hallazgos patológicos significativos a nivel intracraneal.

### **Evolución y comentarios:**

Durante el ingreso se retira Metilfenidato y se inicia olanzapina 5-0-10mg, con buena respuesta, cede la clínica, aunque marcada somnolencia y lentitud psicomotriz.

Debido a esto, la **principal sospecha diagnóstica** es un episodio psicótico breve con características maniformes probablemente inducido por metilfenidato.

Dentro **del diagnóstico diferencial**, teniendo en cuenta antecedentes del paciente, así como posible episodio depresivo en torno a junio 2021 referido por el padre, podríamos pensar en un posible episodio maníaco de un trastorno bipolar.

Por otro lado, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente, las dificultades en la adaptación escolar, historia previa de presunto acoso escolar, y la dificultad de comunicación emocional en el contexto de una capacidad intelectual limitada, incluiríamos en el diagnóstico diferencial, un posible episodio depresivo con síntomas psicóticos.

Al inicio, se retira progresivamente la olanzapina hasta suspenderla, tras lo que aparecen algunas ideas delirantes de carácter megalomaniaco (tener "poderes especiales"), pero que no predominan en su discurso, que se mantienen en un segundo plano y de las que puede hacer crítica parcial, aunque sí muestra cierta inquietud psicomotriz, se mantiene abordable, colaborador y adecuado durante el ingreso. Debido a esta clínica, y a que la olanzapina le provocaba elevada somnolencia,

Blanca Molins Benavent, MIR2 Psiquiatría  
José David Cozar Ortiz, Adjunto Psiquiatría  
Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla  
[blancamolinsb@gmail.com](mailto:blancamolinsb@gmail.com)  
MIR Psiquiatría. No col: 280859985

se decide inicio de **Aripiprazol**, que se aumenta de forma gradual y progresiva hasta una dosis de 15mg al día, con adecuada tolerancia al fármaco, no objetivándose eventos adversos y no desarrollando acatisia o síntomas extrapiramidales, y mejorando la sintomatología psicótica. Tras llegar a la dosis de 15mg al día, el paciente deja de verbalizar ideas delirantes, y es capaz de hacer crítica de estas, aunque en ocasiones impresiona de mantenerlas en un segundo plano, pero sin repercusión conductual o afectiva.

### **Exploración psicopatológica al alta**

Al alta, el paciente se muestra consciente, orientado auto y alopsíquicamente. Colaborador, abordable, cortés en el trato. Normoproséxico. Se muestra eutímico, con adecuada irradiación y reactividad afectivas, mejor sintonía afectiva con respecto al momento en el que ingresa. Cierta ansiedad referida reactiva a situación de ingreso y de separación de núcleo familiar, que es capaz de contener adecuadamente y que no repercute en la conducta del paciente. No presenta alteraciones en el curso, contenido o forma del pensamiento, no presenta alucinaciones ni otras alteraciones sensorio-perceptivas, no presenta otra semiología de carácter psicótico. Discurso fluido, coherente, organizado, adecuado en tono y ritmo. No alteraciones de conducta. Adecuada crítica de las ideas delirantes y de las alteraciones de conducta presentadas a su ingreso. No presenta ideas de muerte, no presenta ideas autolíticas ni heterolíticas. Adecuado descanso nocturno. Apetito conservado. Adecuada conciencia de enfermedad. Juicio crítico de la realidad conservado.

### **Diagnóstico:**

(F15.959) Trastorno psicótico inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación.

### **Otros diagnósticos:**

Los previos:

299.00 (F84.0) Trastorno del espectro del autismo.

### **Tratamiento psicofarmacológico al alta:**

- Aripiprazol 15mg 1-0-0 (1 comprimido en el desayuno).
- Rivotril 0'5mg 1-0-1 (1 comprimido en desayuno y 1 comprimido en cena).
- Si ansiedad o insomnio: rivotril 0'5mg 1 comprimido.
- Acudirán a su cita programada con Psiquiatría Infanto-Juvenil en centro de referencia.

### **DISCUSIÓN:**

Blanca Molins Benavent, MIR2 Psiquiatría  
José David Cozar Ortiz, Adjunto Psiquiatría  
Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla  
[blancamolinsb@gmail.com](mailto:blancamolinsb@gmail.com)  
MIR Psiquiatría. No col: 280859985

Se describe el caso de un adolescente de 16 años con antecedentes de diagnóstico de TEA, capacidad intelectual en el límite bajo de la normalidad (CI 94), dificultades en el rendimiento académico, refuerzos extraescolares pero sin adaptación curricular, historia de acoso escolar, referido por los padres, en la que el centro escolar ha intervenido, antecedentes de un posible episodio depresivo en torno a junio 2021,

Éste inicia con Metilfenidato en enero 2022 por su pediatra por "sospecha de TDAH", diagnóstico sin confirmar, no pruebas psicométricas, solo consta problemas de atención y escaso rendimiento académico, según informe.

Tras inicio de Metilfenidato: insomnio conciliación, escaso apetito, inquietud psicomotriz, durante enero y febrero, referido por el paciente y por sus padres. Días previos al ingreso, comienza con desorganización, heteroagresividad, alteraciones de conducta marcadas, verbaliza ser "un cantante famoso", clínica psicótica y maniforme.

Los estimulantes, en particular el metilfenidato y las anfetaminas, son una opción fundamental de primera línea en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes.<sup>1</sup> El potencial de los estimulantes para inducir síntomas similares a la psicosis o maníacos en los niños se conoce desde los años '70, desde que Lucas y Weiss publicaron tres casos de "alucinosis por metilfenidato".<sup>2</sup>

Según investigaciones remotas y recientes, los medicamentos estimulantes en dosis altas pueden inducir síntomas de manía y psicosis muy similares a los de las enfermedades bipolares o esquizofrénicas. Los efectos farmacológicos de los estimulantes incluyen la capacidad de aumentar la neurotransmisión dopaminérgica y noradrenérgica.<sup>3</sup>

En la actualidad existen numerosas investigaciones evidenciando la aparición de psicosis tras inicio de tratamiento con psicoestimulantes, tanto con metilfenidato como anfetaminas en pacientes diagnosticados de TDAH. Cabe destacar, que estudios recientes concluyen mayor proporción de aparición de psicosis temprana en pacientes tratados con anfetamínicos en comparación con metilfenidato.<sup>4</sup>

La psicosis asociada al uso de psicoestimulantes como el metilfenidato es un hecho conocido principalmente a partir de la publicación de casos anecdóticos. Es decir, se trataría de un fenómeno idiosincrático, poco común e impredecible. Puesto que no existe evidencia fuerte de que la psicosis por metilfenidato se asocie a trastornos esquizofrénicos o bipolares futuros, debe ser el psicofármaco de primera línea en el tratamiento de niños mayores de seis años con trastorno por déficit de atención, manteniendo una monitorización constante.

Blanca Molins Benavent, MIR2 Psiquiatría  
José David Cozar Ortiz, Adjunto Psiquiatría  
Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla  
[blancamolinsb@gmail.com](mailto:blancamolinsb@gmail.com)  
MIR Psiquiatría. No col: 280859985

Por otro lado, cabe destacar que dentro de las investigaciones recientes y evidencia de psicosis tras introducción de metilfenidato, la escasa evidencia de casos reportados de síntomas maníacos, siendo este poco descrito en la literatura.

Mediante este reporte de caso, se pone de manifiesto, además, un tema poco estudiado; el inicio de tratamiento psicoestimulante en paciente sin diagnóstico confirmado de TDAH.

Según informes recogidos del paciente, se pauta inicio de tratamiento psicoestimulante sin haber realizado pruebas psicométricas pertinentes que confirmen el diagnóstico de TDAH. Debido a la limitación ética, hay pocas investigaciones en relación con aparición de síntomas psicóticos con psicoestimulantes en pacientes sin diagnóstico confirmado de TDAH.

Reflejado en la literatura, actualmente, la Comisión Europea indica que el tratamiento con Metilfenidato no está indicado en todos los niños con TDAH y la decisión de usar este medicamento debe estar basado en una minuciosa evaluación de la severidad y la cronicidad de los síntomas del niño en relación a su edad.<sup>5</sup>

## **CONCLUSIONES:**

En primer lugar, se sugiere aumentar la investigación clínica en relación a los procesos neurobiológicos que están en la base son desconocidos, invitando así a ampliar la línea de investigación en relación a la aparición del cuadro psicótico con características mamiformes, o posible episodio maníaco producido por tratamiento psicoestimulante.

Y para concluir, a propósito de este caso, y lo mencionado anteriormente, se considera recomendable hacer un examen exhaustivo previo al inicio el uso del metilfenidato, y la correcta confirmación de diagnóstico de TDAH.

## **Bibliografía:**

<sup>1</sup>Randal G. Ross M.D. Psychotic and Manic-like Symptoms During Stimulant Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The American Journal of Psychiatry.

<sup>2</sup>Lucas AR, Weiss M: Metilfenidato alucinosis. JAMA 1971

<sup>3</sup>JC Martínez-Aguayo , M. Arancibia, N. Meza-Concha, C.Bustamante, J.Pérez-Bracchiglione, E. Madrid. Brief psychosis induced by methylphenidate in a child with attention deficit disorder: a case report and literature review. 2017.

<sup>4</sup>Lauren V. Moran, M.D., Dost Ongur, M.D., Ph.D., John Hsu, M.D., M.S.C.E., Victor M. Castro, M.S., Roy H. Perlis, M.D., and Sebastian Schneeweiss, M.D., Sc.D. Psychosis with Methylphenidate or Amphetamine in Patients with ADHD. 2019.

Blanca Molins Benavent, MIR2 Psiquiatría  
José David Cozar Ortiz, Adjunto Psiquiatría  
Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla  
[blancamolinsb@gmail.com](mailto:blancamolinsb@gmail.com)  
MIR Psiquiatría. No col: 280859985

<sup>5</sup>European Union. Community referral

(2007) [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Referrals\\_document/Methylphenidate\\_31/WC500011138.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Methylphenidate_31/WC500011138.pdf)