

PSICOSIS CICLOIDE VS AGUDA PERO DE REPETICIÓN

Cecilia Calero Mora¹, Natividad Megías Simarro¹, Pablo Botías Cegarra¹, Isabel Ibernón Caballero², Manuel Martínez-Carlón Bueso¹, Santiago Pina Franco¹, Maria Gavilan Morales¹, Maria Angeles Carrillo Cordoba¹, Maria Jose Maria Jose, Pavel Manzur Rojas³

1. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
2. CSM Águilas, Murcia.
3. CSM Mar Menor, Murcia.

cecil_lya_87@hotmail.com

RESUMEN

Las psicosis agudas son cuadros psicóticos de comienzo súbito, con o sin desencadenante, de duración breve y remisión completa, recuperándose el nivel de funcionamiento premórbido y permaneciendo la personalidad intacta. Estos trastornos han recibido múltiples denominaciones por parte de distintos autores y poseen mejor pronóstico que la esquizofrenia o el trastorno bipolar, pese a que pueden recidivar. Existe un concepto, el diagnóstico de psicosis cicloide que, aunque no viene como tal recogido en ninguno de las clasificaciones psiquiátricas comunes, podría aplicarse a determinados pacientes con cuadros de psicosis agudas de repetición y que nos ayudaría a ubicarlos sin necesidad de introducirlos en otras categorías.

Presentamos el caso de una mujer de 52 años natural de Escocia que presenta un cuadro de una semana de duración consistente en alucinaciones auditivas, bloqueos de pensamiento y lenguaje disgregado. No alteraciones mayores del estado de ánimo. Destacan 3 episodios anteriores de características similares y de unos dos meses de duración, con recuperación completa y un factor estresante desencadenante, su despido laboral.

PSICOSIS CICLOIDE VS AGUDA PERO DE REPETICIÓN

INTRODUCCIÓN

Las psicosis agudas son cuadros psicóticos de comienzo súbito, con o sin desencadenante, de duración breve y remisión completa, recuperándose el nivel de funcionamiento premórbido y permaneciendo la personalidad intacta (1).

Existe un concepto, el diagnóstico de psicosis cicloide que, pese a que no viene como tal recogido en ninguna de las clasificaciones psiquiátricas comunes CIE-10 y DSM-5(1-6), podría aplicarse a determinados pacientes con cuadros de psicosis agudas de repetición, y que nos ayudaría a ubicarlos sin necesidad de introducirlos en otras categorías. Tienen mejor pronóstico que la esquizofrenia y el trastorno bipolar, pese a que pueden recidivar (1), constituyendo entre 15-24% de los internamientos psiquiátricos (7).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 52 años, casada, sin hijos y natural de Escocia. Lleva 8 años viviendo en España con su pareja y trabaja desde entonces como profesora de inglés. Carece de antecedentes somáticos de interés. Como antecedentes psiquiátricos destacan 3 episodios psicóticos en el pasado, hace aproximadamente 20, 16 y 10 años, y que fueron diagnosticados como Trastorno esquizofreniforme. Su duración fue de menos de dos meses, con un inicio brusco y que cedieron de forma completa sin dejar secuelas.

A la exploración psicopatológica la paciente presenta alucinaciones auditivas, bloqueos de pensamiento y lenguaje disgregado, que la paciente afirma tener desde hace unos 5 días. No alteraciones mayores del estado de ánimo, insomnio de una semana de evolución. Cabe destacar que la paciente se encontraba muy desorientada en tiempo como en espacio. Tanto la paciente como la familia relacionan el inicio del cuadro con un factor estresante, su despido laboral.

DISCUSIÓN

El concepto de psicosis cicloide ha tenido una larga tradición en la psiquiatría europea (2;3), recibiendo múltiples denominaciones por parte de distintos autores: bouffee delirante, psicosis psicógenas, psicosis reactivas, etc...(1-4;7). Esta patología se ha definido como un trastorno psicótico agudo, de inicio abrupto, recurrente y benigno, cuyos síntomas son típicamente no afectivos ni esquizofrénicos, sino esencialmente polimórficos (2;3;7).

Karl Leonhard en 1957 fue uno de los primeros autores en definir esta patología (3;4) y sus tres subtipos (4). Pero fueron Perris y Brockington en 1981 los primeros en realizar una guía con criterios diagnósticos (3;4). Posteriormente a esto, múltiples autores han intentado describir subtipos de psicosis cicloide sin llegarse a un consenso entre ellos (3). Ni el DSM-V ni la CIE-10

PSICOSIS CICLOIDE VS AGUDA PERO DE REPETICIÓN

han incorporado en sus clasificaciones los criterios diagnósticos de las psicosis cicloides (3;5;6) aunque la CIE-10 incluye algunas características cicloides bajo el diagnóstico de episodios psicóticos agudos y transitorios (3;5;7). Muchos pacientes cicloides son diagnosticados de trastorno esquizoafectivo ya que hasta 2/3 presentan síntomas afectivos a lo largo de su vida. Pese a esto, diversos estudios que han examinado la relación entre ambas patologías han encontrado poca concordancia entre ambos diagnósticos (3).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de las Psicosis Cicloides, por Perris y Brockington(7).

a) Episodio psicótico agudo, sin relación con uso de sustancias ni organicidad cerebral, de inicio entre los 15 y los 50 años de edad
b) Comienzo repentino en unas cuantas horas o, como mucho, unos cuantos días
c) Para el diagnóstico definitivo se requiere la concurrencia de al menos cuatro de los siguientes síntomas: 1. Confusión en algún grado, desde perplejidad a desorientación severa 2. Delirios con humor incongruente, de cualquier tipo, la mayoría de las veces de contenido persecutorio 3. Experiencias alucinatorias de cualquier tipo, a menudo relativas al temor a la muerte 4. Una intensa y abrumadora experiencia de ansiedad, no relacionada con alguna situación particular 5. Profundos sentimientos de felicidad o éxtasis, usualmente de tinte místico 6. Alteraciones de la motilidad de tipo acinético o hipericinético 7. Una peculiar preocupación con la muerte 8. Oscilaciones basales de la afectividad pero no suficientes para diagnosticar un trastorno del estado de ánimo
d) No hay una constelación sintomatológica fija sino que los síntomas pueden cambiar frecuentemente en el curso del episodio entre polos sintomatológicos opuestos

En el manejo de este tipo de psicosis habría que diferenciar entre el tratamiento de la fase aguda y el de las inter-crisis. En el episodio agudo, el tratamiento con terapia electroconvulsiva ha sido clásicamente el de elección, mientras que los antipsicóticos de primera generación no están indicados. Otros tratamientos que pueden ser útiles son los antipsicóticos atípicos, las benzodiacepinas a dosis altas o los antiepilépticos (carbamacepina y valproato). Hay autores que defienden que es posible que en algunos casos, la clínica remita de forma espontánea y leve, y que sería posible identificar y actuar sobre los factores precipitantes, en esos casos podría utilizarse un tratamiento más conservador. Cabe destacar que, muchos pacientes con psicosis cicloides reciben regímenes prolongados de tratamiento antipsicóticos mientras que, sin fármacos podrían estar bien (2).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) García-Valdecasas Campelo J, Vispe Astola A, Díaz Meilán D, Martín Olmos M. Psicosis cicloides: Controversias diagnósticas y nosológicas a propósito de un caso. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2007;27(1).
- (2) García-Andrade R, López-Ibor J. Acute treatment of Cycloid Psychosis: Study on a sample of naive hospitalized patients with First-Episode Psychosis (FEP). Actas Españolas de Psiquiatría 2015;43:51-7.

PSICOSIS CICLOIDE VS AGUDA PERO DE REPETICIÓN

- (3) Peralta V, Cuesta M, Zandio M. Cycloid Psychosis: An Examination of the Validity of the Concept. *Current Psychiatry Reports* 2007;9:184-92.
- (4) Yavad D. Cycloid Psychosis: Perris Criteria Revisited. *Indian Journal of Psychological Medicine* 2010;32(1):54-8.
- (5) World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva, 1993.
- (6) Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- (7) Lizardo Cruzado D, Rondón de la Jara J, Renzo Paima R, Miguel Sanchez F. Psicosis cicloides: a propósito de dos probables casos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 2012;50:106-11.