

UN EPISODIO TRANSITORIO

Natividad Megías Simarro¹, Cecilia Calero Mora¹, María Isabel Ibernón Caballero², Pablo Botias Cegarra¹, María Gavilán Morales¹, Santiago Pina Franco¹, Manolo Martínez-Carlón Bueso¹, Miriam Fueyo Estevez¹, María de los Angeles Carrillo Cordoba¹, M^a Jose Martínez Mirere³

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

natividad.megias@gmail.com

RESUMEN

Se expone el caso de un paciente que acude a Urgencias tras insomnio y alteración de conducta tras acontecimiento adverso. No presenta antecedentes psiquiátricos de interés. El paciente refiere insomnio, realiza conductas extrañas y refiere telepatía. A la exploración psicopatológica, está consciente y orientado en tres esferas. Discurso circunstancial, con bloqueos del pensamiento, principalmente cuando cuenta en la entrevista que a un familiar se le realizan pruebas de neoplasia. No presenta verborrea pero sí presenta presión al habla. Ideas de perjuicio con respecto a familiares. Contenido autorreferencial del pensamiento. No episodios depresivos o maniformes previos. Insomnio de características mixtas, escasamente corregidos con medicación. El paciente fue ingresado en planta, siendo diagnosticado de Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo, evolucionando favorablemente el cuadro clínico. A partir del caso clínico se expondrá las características principales de dicho trastorno y su correcto manejo.

UN EPISODIO TRANSITORIO

INTRODUCCIÓN

El trastorno psicótico agudo polimorfo se puede definir como un tipo de trastorno psicótico de comienzos abruptos, recurrentes y benignos, cuya sintomatología no es típicamente afectiva ni esquizofrénica, sino esencialmente polimorfa¹. A diferencia de los trastornos psicóticos crónicos, como esquizofrenia y paranoia, presenta labilidad emocional, comportamiento extraño, gritos o mutismos y alteración de la memoria reciente.

La característica esencial es el polimorfismo y la variabilidad de los síntomas (tanto intraepisódica como entre los distintos episodios), sin que pueda describirse una constelación sintomática prototípica que defina un cuadro clínico patognomónico. Son cuadros de iniciación brusca, duración breve (menos de 1 mes), recuperación completa, con tendencia a la repetición y sin deterioro a largo plazo. Deben estar presentes en algún momento las alucinaciones, la ideación delirante y las alteraciones en la motilidad².

A pesar de la relevancia clínica y terapéutica de este tipo de psicosis, hasta el momento actual no se han realizado estudios controlados sobre el tratamiento. Por ello, los datos sobre su tratamiento se basan en la experiencia clínica, en estudios no controlados y en referencias publicadas de casos aislados³.

CASO CLÍNICO

Se expone el caso de un paciente que acude a Urgencias tras insomnio y alteración de conducta tras acontecimiento adverso. No presenta antecedentes somáticos ni psiquiátricos de interés. El paciente, coincidiendo con la realización de pruebas diagnósticas para descartar una neoplasia a su madre, presenta conductas extrañas durante las últimas semanas, refiere insomnio y refiere telepatía.

A la exploración psicopatológica, está consciente y orientado en tres esferas. Discurso circunstancial, incoherente en ocasiones, con bloqueos del pensamiento, principalmente cuando cuenta en la entrevista que a un familiar se le realizan pruebas de neoplasia. No presenta verborrea pero sí presenta presión al habla. Ideas de perjuicio con respecto a familiares. Contenido autorreferencial del pensamiento. Interpretaciones laxas sobre hechos causales. Refiere el familiar acompañante que el paciente cree que hay algo organizado para que a su madre le aparezca un cáncer, y considera que su madre puede transferírselo. No presenta antecedentes de episodios depresivos o maníacos. Insomnio de características mixtas, escasamente corregidos con medicación. El paciente fue ingresado en la Unidad de Agudos de psiquiatría. Se instauró tratamiento con Risperidona 6mg cada 24 horas y Diazepam 5mg cada 12 horas. Se realizaron varias pruebas complementarias, (analítica general, tóxicos en orina, electroencefalograma y TAC cerebral) sin encontrar alteraciones significativas.

UN EPISODIO TRANSITORIO

Durante su estancia en planta de agudos evolucionó favorablemente del cuadro clínico que motivó su ingreso. Fue dado de alta con el diagnóstico de Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo, evolucionando favorablemente para seguimiento y control ambulatorio.

DISCUSIÓN

Frente al diagnóstico de este tipo de psicosis hay que analizar el tratamiento desde dos ángulos: tratamiento del episodio agudo y tratamiento de mantenimiento (interfase). Los datos sobre tratamiento se basan en la experiencia clínica, en estudios no controlados y en referencias publicadas de casos aislados. Clásicamente, el uso de antipsicóticos de primera generación no ha estado indicado en el tratamiento agudo. La idea clásica de que los antipsicóticos no estarían indicados en el tratamiento de las psicosis cicloides hace referencia fundamentalmente a los antipsicóticos de primera generación. Y esto se debe a que en los estados acinéticos, los antipsicóticos típicos podrían facilitar, quizás, el desarrollo de complicaciones tales como la aparición de un síndrome neuroléptico maligno o "catatonía letal"^{4,6}.

En referencia al tratamiento del episodio agudo, la terapia electroconvulsiva (TEC) ha sido el tratamiento de elección durante muchos años⁴, sobre todo en trastornos con importante afectación motora⁵, produciéndose una intensa mejoría después de unas pocas sesiones. En la literatura americana reportaron el uso satisfactorio de la TEC en la disminución de los síntomas biológicos fundamentales y en las alteraciones de la psicomotricidad. Pero en la actualidad, cada día más clínicos nombran los antipsicóticos atípicos (de segunda generación) como posibles de ser utilizados por sus propiedades estabilizadoras del ánimo⁶.

No existen conclusiones definitivas sobre algoritmos desarrollados con antipsicóticos atípicos o combinaciones, pero es indudable que su utilización abre una nueva expectativa terapéutica. Los antipsicóticos atípicos se postularían como potencial herramienta terapéutica gracias a su efecto en la modulación afectiva a través de la afinidad por receptores 5HT (5HT_{2A}, 5HT_{1A}, 5HT_{2C} y más recientemente descrito 5HT₇). Mientras que el uso asociado de benzodiazepinas a dosis altas, se sustentaría en la hipótesis de que un uso adicional de sustancias ansiolíticas puede mejorar a menudo los síntomas de grave angustia que caracterizan a las psicosis cicloides. Las benzodiazepinas a dosis altas, clásicamente se han utilizado durante la fase aguda⁴ de este tipo de psicosis, posiblemente por el componente catatoniforme (donde las benzodiazepinas son de elección).

Varios autores destacan que algunos trastornos agudos polimorfos tienden a remitir espontáneamente y que también en algunos casos es posible identificar y abordar los factores precipitantes del episodio. Por ello, en casos en los que los síntomas no sean muy disruptivos, podría ser aconsejable un tratamiento conservador (por ejemplo, utilizar benzodiazepinas y

UN EPISODIO TRANSITORIO

tratar el factor desencadenante). Otra de las posibilidades, en cuanto al tratamiento de la fase aguda, es el uso de anticomieles (carbamazepina o valproato) acompañando al tratamiento. Y en el caso de psicosis relacionadas con un bajo nivel de estrógenos, parece existir una ligera evidencia sobre el posible efecto beneficioso de la terapia sustitutiva con estrógenos⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garcia-Andrade RF, Diaz-Marsa M, Carrasco JL, Lopez-Mico C, Saiz-Gonzalez, Lopez-Ibor JJ, et al. Diagnostic features of the cycloid psychoses in a first psychotic episode sample. *J Affect Disord.* 2011;130:239-44.
2. CALCEDO ORDOÑEZ A.: *Psiquiatría y ley*. En: *Tratado de Psiquiatría*. Dirigido por Julio Vallejo Ruiloba y Carmen Leal Cerós. Cap. 152, pp. 2357-2373. Ars Médica, Barcelona, 2005
3. Peralta V, Cuesta MJ. Cycloid psychosis: a clinical and nosological study. *Psychol Med.* 2004;33:443-53.
4. Derito M, Martínez-Rodríguez G, Monchablon-Espinoza A. Las Psicosis Cicloides: Psicosis Bipolares no Maníaco-depresivas. *Alcmeón.* 2005;47:271-99.
5. Little JD, Ungvari GS, McFarlane J. Successful ECT in a case of Leonhard's cycloid psychosis. *J ECT.* 2000;16:62-7.
6. Peralta V, Cuesta MJ, Zandio M. Cycloid psychosis: an examination of the validity of the concept. *Curr Psychiatry Rep.* 2007;9:184-92.
7. Stein M, Blumenshon R, Witztum E. Perimenstrual psychosis among female adolescents: two case reports and an update of the literature. *Int J Psychiatry Med.* 2003;33:169-79.