



PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ángela González Maiso.

angelagmaiso@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica psiquiátrica nos encontramos con cierta frecuencia con pacientes psicóticos que presentan síntomas y evoluciones que no encajan fácilmente dentro de las clasificaciones habituales.

OBJETIVOS

Identificar características diferenciadoras entre cuadros psicóticos similares, con el objetivo de realizar diagnósticos más precisos e individualizados.

MÉTODO

Exposición de un caso clínico y posibles controversias diagnósticas.

EXPOSICIÓN DEL CASO Y RESULTADOS

Mujer de 31 años. Convive con su pareja. Buen rendimiento sociolaboral.

Primer contacto con Salud Mental en 2010 (23 años), por ingreso en Unidad de Corta Estancia (UCE). Se orienta como Esquizofrenia aunque impresiona de clínica maniaca con síntomas psicóticos congruentes. En un mes remisión completa ad integrum. Finaliza seguimiento ambulatorio en 2015 tras un año de estabilidad sin tratamiento farmacológico.

En 2018 comienza en contexto de mayor estrés con insomnio, ansiedad, además de alucinaciones auditivas, asociaciones laxas...que precisa ingreso en UCE. Prevalece la expansividad anímica junto a la desorganización del discurso. Ideación delirante de perjuicio.

Se instauró aripiprazol, y, en vistas de ser un posible segundo episodio maníaco, Plenur. A los diez días de ingreso presenta remisión completa ad integrum.

Se plantea, dada la estabilidad previa, sin déficit y funcionamiento social pleno, el inicio abrupto tras días de insomnio y estrés, la hipótesis diagnóstica de psicosis cicloide. Como

PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

diagnóstico diferencial, trastorno esquizoafectivo tipo bipolar dado que hay clínica psicótica delirante que parece haberse mantenido larvada.

CONCLUSIÓN

La importancia de realizar una mejor diferenciación nosológica de entidades parecidas, pero que su diferenciación tiene implicaciones a nivel pronóstico y terapéutico.

La actividad clínica en el campo de la salud mental está marcado, en la actualidad, por el uso de dos manuales clasificatorios: CIE-10 y DSM-V. Es indudable su utilidad al conseguir cierta equiparabilidad entre los diagnósticos realizados por profesionales en distintas partes del mundo¹, pero también es cierto que con cierta frecuencia nos encontramos con pacientes psicóticos que presentan síntomas y evoluciones que no encajan fácilmente dentro de las clasificaciones nosológicas actuales². En el presente trabajo nos proponemos, partiendo de un caso clínico, revisar las posibles controversias que surgen al diagnóstico del mismo.

CASO CLÍNICO

Mujer que tiene en la actualidad 31 años. Vive con su pareja, relación desde hace 5 años. Buena relación con familia de origen (madre y hermana menor), aunque refiere maltrato recibido por parte del padre con el cual actualmente no mantienen contacto. Familiares describen a la paciente como activa, trabajadora, alegre y competente.

Sus antecedentes psiquiátricos comienzan en 2010, a los 23 años, que es ingresada en una Unidad de Corta Estancia (UCE) y orientada hacia el diagnóstico de Esquizofrenia, aunque impresiona (hablando con la familia), de clínica maniaca con síntomas psicóticos congruentes. En 15 días, existe una mejoría y, en un mes aparece una remisión completa ad integrum realizando posteriormente seguimiento en la Unidad de Salud Mental (USM las Fuentes) desde el 2011, y se plantea como diagnóstico diferencial, el Trastorno Esquizoafectivo. Es dada de alta en 2015, tras más de un año de estabilidad sin ningún tipo de tratamiento farmacológico. Tratamientos farmacológicos ensayados: Haloperidol, Risperidona consta (presento hiperprolactinemia y se retiró por dicho motivo), olanzapina (aumento de peso), Valproato (alopecia), lorazepam, y, el último, aripiprazol, con el cual mantuvo la estabilidad. Niega consumo de tóxicos ni previo ni actual.

En 2018, tras importante sobrecarga sociolaboral (inicia varios cursos de mejora profesional, organización de su boda...), inicia con insomnio (descanso de aproximadamente 2 horas), además de aumento de la ansiedad, nerviosismo, alucinaciones auditivas, asociaciones laxas, hiperactividad, discurso desorganizado, exaltación del yo. Consulta en urgencias varios días antes del ingreso hospitalario, instaurándose olanzapina que toma correctamente. El cuadro

PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

no mejora y aumenta la desorganización conductual además de la clínica afectiva siendo necesario ingreso.

A la exploración psicopatológica la paciente está consciente, orientada en espacio y tiempo. Discurso acelerado, tangencial llegando a la fuga de ideas con ideación delirante de perjuicio poco sistematizada y probable megalomaniaca. Hiperprosexia. Exaltación del yo, hiperestesia, hipertimia, alucinaciones visuales y auditivas. Hiperactividad motriz. Taquipsiquia. Juicio de realidad mermado.

Exploraciones complementarias sin alteraciones significativas excepto TAC craneal que muestra una hipodensidad focal en región Silvana profunda compatible con espacio de Virchow Robin.

Los primeros días del ingreso prevalece la expansividad anímica junto a la desorganización del discurso con fluctuación de la clínica siempre con un tinte místico y de felicidad extrema.

Reconocía la ideación delirante paranoide del episodio previo y actualmente empezaba a dudar también de compañeras del curso. Se ha instaurado olanzapina y aripiprazol 15 mg, dada la buena respuesta previa, con progresiva remisión del cuadro maniaco-psicótico y normalización del sueño.

Vista la evolución (y la información previa) se hipotetiza que pueda tratarse de un segundo episodio maniaco y se instaura tratamiento con Plenur con buena tolerabilidad. Se retira progresivamente la olanzapina y el clonazepam sin empeoramiento y a los 10 días de ingreso presenta remisión ad integrum con amnesia parcial del episodio, por lo que se procede al alta hospitalaria.

RESVISIÓN BIBLIOGRÁFICA RESPECTO AL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen diferentes entidades nosológicas para realizar diagnóstico diferencial en este caso clínico.

En primer lugar, aunque en el primer episodio se valoró como posible *Esquizofrenia*, se podría descartar el diagnóstico con una visión longitudinal debido a la falta de cronicidad de los síntomas (deberían persistir al menos seis meses)^{1,3}, y la ausencia de disfunción social o laboral desde el comienzo del trastorno¹.

Otra gran trastorno que puede cursar con sintomatología psicótica es el *trastorno bipolar*, de curso periódico con fases de enfermedad caracterizadas por episodios depresivos, maniacos o mixtos¹. Mientras que la CIE-10 señala que lo característico es que la recuperación sea completa entre los episodios⁴, el DSM-V afirma que pueden mostrar labilidad afectiva interepisódica y otros síntomas residuales, pudiendo aparecer también problemas crónicos

PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

interpersonales o laborales⁵. En este caso la diferenciación respecto a las psicosis cicloides es si, ante la presencia de fases con recuperación plena y sin deterioro, predomina el aspecto afectivo o bien el trastorno delirante-alucinatorio con cierta afectación global de la vida psíquica³.

Otro cuadro especialmente controvertido desde el punto de vista nosológico es el *trastorno esquizoafectivo*. El DSM-V lo describe como un trastorno con sintomatología de episodio depresivo, maniaco o mixto junto a síntomas característicos de esquizofrenia, sin que sea precisa la aparición de disfunción social o laboral, pero sí un periodo de al menos dos semanas con síntomas delirantes o alucinatorios pero no afectivos marcados^{5,6}. La CIE-10, por su parte afirma que el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo debe hacerse cuando las manifestaciones de ambos tipos de síntomas, esquizofrénicos y afectivos, son claras y destacadas y aparecen simultáneamente durante el mismo episodio⁴. En base a esto, es difícil diferenciar entre trastorno esquizoafectivo y la anterior citada, psicosis afectiva⁶.

Por otra parte, la *paranoia o trastorno de ideas delirantes* se caracteriza fundamentalmente por ideas delirantes con muy escaso componente alucinatorio y sin deterioro salvo el directamente provocado en el desempeño interpersonal y social del paciente como consecuencia de su actividad delirante¹. Además, esta ideación debe durar como mínimo tres meses según la CIE-10⁴ o un mes según el DSM-V⁵, lo que descartaría el diagnóstico en este caso.

Siguiendo las actuales guías, se podría valorar el diagnóstico de *trastorno psicótico agudo y transitorio* (según CIE-10)⁴ o *trastorno psicótico breve* (según DSM-V)⁵ por su comienzo agudo (en menos de dos semanas desde un estado previo no psicótico a otro con sintomatología delirante o alucinatoria). La evolución será hacia una recuperación completa en un plazo de menos 2-3 meses (según CIE-10)⁴ o menos de un mes (según DSM-V)⁵. Puede haber cambios emocionales o síntomas afectivos ocasionalmente en primer plano, pero sin llegar a configurar un episodio maníaco o depresivo¹.

Existe otro diagnóstico, descrito por autores clásicos y contemporáneos, pero fuera como tal de las clasificaciones actuales, que es el de *psicosis cicloide*, cuyos rasgos esenciales incluyen: polimorfismo, alteración global de la vida psíquica ("holodisfrenia")³, agudeza en la aparición de los síntomas (horas o pocos días), insomnio total tres días antes de la eclosión de los síntomas, labilidad intra e interepisódica, tendencia a la alternancia (estructura polar), tendencia a la repetición de los episodios, relativa amnesia tras el episodio (síndrome oniroide)³, remisión completa de los episodios (fases) y remisión a largo plazo (no deterioro)², manteniéndose una buena adaptación familiar, social y laboral¹. Hay autores que defienden su existencia como entidad propia por sus diferencias con otros tipos de trastornos psicóticos tanto a nivel genético (menor heredabilidad), fisiológico (mayor componente P300 de la onda de potencial evocado respecto a la esquizofrenia, niveles de triptófano en plasma disminuidos y de

PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

glicina aumentados⁷ y asociación a oscilaciones hormonales estrogénicas), como en neuroimagen (observaciones no replicadas sobre ausencia de agrandamiento de ventrículos cerebrales)³. Dada la anterior estabilidad de la paciente durante 7 años, sin déficit y funcionamiento social pleno, el inicio abrupto tras días de insomnio y estrés, se plantea como diagnóstico el de una psicosis cicloide.

CONCLUSIONES

El caso de la paciente que se presenta, tiene especial interés, entre otras cosas, por su dificultad en la categorización diagnóstica.

Según las clasificaciones de la OMS y la APA, no existe el diagnóstico de psicosis cicloide y es necesario ubicar a los pacientes en otras categorías, perdiéndose ciertas características y diferencias importantes entre cuadros parecidos¹.

Pero su trascendencia rebasa lo concerniente a la nosotaxia: aunque la categoría de Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23, CIE-10) supuestamente engloba a las Psicosis Cicloides y constructos análogos, el mismo texto del CIE-10 advierte que "la nomenclatura y status nosológico de esta categoría son inciertos". De hecho, un buen porcentaje de pacientes con Trastornos psicóticos agudos y transitorios (alrededor de 50%) no encaja en el diagnóstico de Psicosis Cicloide³.

Se concluye reafirmando la psicosis cicloide como entidad nosológica propia, y la importancia de realizar una aproximación sistemática para el estudio de la misma, con el objetivo de establecer unos claros criterios para el diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos agudos, por su implicación en el diagnóstico, tratamiento y profilaxis de los mismos⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Valdecasas J et al. *Cyclothymic disorders: diagnostic and nosologic controversies with regard to a case*, Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2007; 27(99): 59-73.
2. Garnica E et al. *Caso clínico: una psicosis cicloide*. Rev. Norte de Salud Mental. 2007; 7(29): 121-123.
3. Cruzado L. et al. *Cycloid psychosis: regarding two probable cases*. Rev Chil Neuro- Psiquiat. 2012; 50(2): 106-111.
4. OMS, *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*, Madrid, Meditor, 1992.

PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

5. American Psychiatric Association., et al. *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Barcelona, Masson, 2017
6. Bergsholm P. *Is schizophrenia disappearing? The rise and fall of the diagnosis of functional psychoses: an essay*. BMC Psychiatry. 2016; 16(1): 387.
7. Van de Kerkhof NW et al. *Cycloid psychoses in the psychosis spectrum: evidence for biochemical differences with schizophrenia*. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2016; 12: 1927- 33.
8. Bhaskara SM. *A woman with recurrent acute confusion: a case of cycloid psychosis*. J Psychiatry. Neurosci. 1998; 23(1): 61-3.