



PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Miguel Alcántara Gutiérrez.

miguelalcantara20@gmail.com

RESUMEN

Las psicosis agudas quedan recogidas en la CIE-10 bajo la denominación de Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios, caracterizados por su comienzo súbito (de menos de dos meses de evolución), un cuadro clínico cambiante y variable, en el que a su vez pueden aparecer o no síntomas esquizofrénicos típicos y en el que existe un estrés agudo, si bien esto no ocurre necesariamente en todos los casos. Dentro de estas, las Psicosis Cicloides son un tipo de psicosis agudas que se caracterizan especialmente, además de por un comienzo brusco, por la gran variabilidad e intensidad de los síntomas que las conforman, pudiendo existir o no un factor desencadenante específico. Otra de las características fundamentales de estas psicosis es su carácter benigno ya que en poco tiempo en la mayoría de los casos el paciente presenta una remisión completa de los síntomas, lo que contrasta con el carácter crónico de otros trastornos que también cursan con síntomas psicóticos.

Proponemos el caso de una mujer de 42 años que presenta un cuadro clínico de una semana de evolución consistente en irritabilidad hacia sus familiares, desorientación temporoespacial, desconexión con el entorno, discurso disgregado con asociaciones laxas y pararrespuestas, así como ideas delirantes de persecución y autorreferenciales y alteraciones sensorio-perceptivas. Dos años antes había padecido un episodio previo similar al actual, con posterior remisión completa de toda la sintomatología.

ABSTRACT

Acute psychoses are included in the ICD-10 under the name of Acute and Transient Psychotic Disorders, characterized by their sudden onset (less than two months of evolution), a changing and variable clinical symptoms, in which may appear or no typical schizophrenic symptoms and in which there is acute stress, although this does not necessarily occur in all cases. Within these, the Cycloid Psychoses are a type of acute psychosis that are characterized, in addition to a sudden onset, by a great variability and intensity of the symptoms, sometimes with a specific trigger. Another of the fundamental characteristics of these type of psychoses is their benign course since in a short time in most cases the patient presents a complete remission of symptoms, which contrasts with the chronic course of other disorders that also present psychotic symptoms.

PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

We propose the case of a 42-year-old woman who presents a one-week evolution clinical picture consisting of irritability towards her family members, tempospacial disorientation, disconnection with the environment, disintegrated discourse, lax associations and para-response, as well as delusional persecution and self-referential ideas and sensory-perceptual alterations. Two years earlier she had suffered a previous episode similar to the current one, with subsequent complete remission of all the symptoms.

INTRODUCCIÓN

Las psicosis agudas quedan recogidas en la CIE-10 bajo la denominación de Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios, caracterizados por su comienzo súbito (de menos de dos meses de evolución), un cuadro clínico cambiante y variable, en el que a su vez pueden aparecer o no síntomas esquizofrénicos típicos y en el que existe un estrés agudo, si bien esto no ocurre necesariamente en todos los casos. Dentro de estas, las Psicosis Cicloides son un tipo de psicosis agudas que se caracterizan especialmente, además de por un comienzo brusco, por la gran variabilidad e intensidad de los síntomas que las conforman, pudiendo existir o no un factor desencadenante específico. Otra de las características fundamentales de estas psicosis es su carácter benigno ya que en poco tiempo en la mayoría de los casos el paciente presenta una remisión completa de los síntomas, lo que contrasta con el carácter crónico de otros trastornos que también cursan con síntomas psicóticos.

Por otra parte, en el DSM-V no se hace referencia a estos cuadros como entidades independientes, de forma que los pacientes que padecen este tipo patología quedarían ubicados en el Trastorno Esquizofreniforme o en el Trastorno Psicótico Breve, perdiéndose ciertas características y diferencias importantes entre cuadros parecidos.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Se trata de una mujer de 42 años de edad que acude al Servicio de Urgencias acompañada por su marido presentando una sintomatología consistente en gran ansiedad y angustia, con desorganización conductual y heteroagresividad hacia sus familiares en el domicilio.

Datos psicobiográficos

Es una mujer casada. Reside con su marido y su hijo de 10 años en el domicilio familiar. Actualmente trabaja como empleada de administración en la Consejería de Sanidad desde hace un mes, si bien se encuentra en situación de Incapacidad Laboral Transitoria desde hace cinco días.

Antecedentes personales

Niega antecedentes médico-quirúrgicos de interés y no constan en su historia clínica previas. En analíticas de sangre solicitadas por su Médico de Atención Primaria se objetiva leve anemia sin tratamiento farmacológico en la actualidad. Niega alergias medicamentosas o alimenticias

PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

conocidas.

Como antecedentes psiquiátricos ha padecido en el pasado episodios depresivos, teniendo el último episodio depresivo hace aproximadamente cuatro años, cuando estuvo en seguimiento por un psiquiatra por vía privada y con remisión completa del episodio depresivo con tratamiento antidepresivo, que el marido no sabe precisar y que no consta en su historia previa.

Posteriormente consta un ingreso en la Unidad de Internamiento Breve de nuestro hospital, hace aproximadamente unos dos años, que requirió una estancia en la planta de hospitalización de nueve días y donde la paciente presentó un cuadro clínico consistente en desorientación temporoespacial, con momentos de gran irritabilidad y heteroagresividad que se alternaban con momentos de perplejidad, verbalizando ideas de perjuicio y autorreferenciales, objetivándose la presencia de alucinaciones auditivas y cenestésicas. Finalmente recibe el alta hospitalaria con remisión completa de la sintomatología psicótica tras nueve días de ingreso, con la impresión diagnóstica de Trastorno psicótico agudo polimorfo (sin síntomas de esquizofrenia) (CIE-10 F23.0) y con el siguiente tratamiento: Olanzapina 10 mg. en la cena

No existen antecedentes familiares de interés y no existen antecedentes de consumo de sustancias tóxicas.

ENFERMEDAD ACTUAL

El marido de la paciente refiere que ésta ha presentado desde hace aproximadamente siete días la paciente comienza a presentar empeoramiento de sintomatología ansiosa, con momentos de gran irritabilidad hacia sus familiares, desorientación temporoespacial, momentos de desconexión con el entorno, conductas desorganizadas y con un discurso disgregado, con asociaciones laxas y pararrespuestas, así como ideas delirantes de persecución y autorreferenciales en algunos momentos, aunque en otros también de contenido místico y grandiosidad, con existencia de alucinaciones auditivas y visuales. Como único acontecimiento estresante el marido de la paciente señala el nuevo puesto de trabajo que tenía la paciente desde hacía un mes.

Por otra parte reconoce que en los dos últimos años la paciente no había estado tomando el tratamiento farmacológico pautado en el ingreso previo debido a que éste le produjo un considerable aumento de peso. Pese al abandono del tratamiento, el marido insistía en que no había presentado ningún síntoma desde que recibió el alta del primer ingreso.

Exploración física: Sin focalidad neurológica ni otros hallazgos significativos.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

En el momento de su valoración en el Servicio de Urgencias la paciente se muestra consciente y desorientada en tiempo, orientada en espacio y persona. Inquieta psicomotrizmente. Aspecto

PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

cuidado. Contacto suspicaz hacia el personal sanitario. Disproséxica. Lenguaje espontáneo, incoherente, disgregado y con pararrspuestas, con pérdidas del hilo conductor y asociaciones laxas. Fluctuaciones anímicas, con afecto predominante irritable alternando con momentos de bienestar subjetivo. Verbaliza una gran preocupación por la muerte tanto la propia como la de su familia, sobre tofo la posible muerte de su hijo. Verbaliza ideas delirantes de perjuicio poco estructuradas y de referencia con importante repercusión conductual y emocional, si bien posteriormente las alterna con ideas de contenido religioso y de grandiosidad. Reconoce alucinaciones auditivas en forma de "ruidos" a partir de los que realiza interpretaciones delirantes. Falsos reconocimientos con respecto a sus compañeros de trabajo. Insomnio mixto de varios días de evolución.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la bioquímica se objetiva anemia leve de larga evolución ya conocida. Se solicita serología infecciosa (VIH, Lúes, VHB y C) con resultado negativo y perfil de hormonas tiroideas, Vitamina B12 y ácido fólico que se encuentran dentro de la normalidad. Se solicitan niveles de tóxicos en orina con resultado negativo para todos los tóxicos solicitados. Se solicita TC Craneal sin contraste que se informa como dentro de la normalidad.

EVOLUCIÓN

Durante su estancia en la planta de hospitalización se instaura un tratamiento antipsicótico y ansiolítico. Tras la instauración del tratamiento y conforme avanza el ingreso va remitiendo progresivamente la desorganización conductual, con una conducta más adecuada y adaptada a la dinámica de la planta, con remisión de la ideación delirante que presentaba al comienzo del mismo y remisión de las alucinaciones auditivas y visuales, así como menor suspicacia hacia el personal sanitario y afecto tendente a la eutimia. Finalmente recibe el alta hospitalaria tras doce días de ingreso con impresión diagnóstica de Trastorno psicótico agudo polimorfo (posible Psicosis Cicloide) (CIE-10 F23.0) y con el siguiente tratamiento farmacológico: Risperidona 3mg. En la cena, Lorazepam 1mg en caso de mayor ansiedad y Lormetazepam 2mg. Al acostarse en caso de insomnio. Finalmente se le proporciona una nueva cita en su Unidad de Salud Mental de referencia.

Posteriormente se contacta telefónicamente con su psiquiatra de referencia, que informa de estabilidad psicopatológica de la paciente a los seis meses tras el alta hospitalaria, con remisión completa la sintomatología que motivó el ingreso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dadas las características del caso que nos ocupa, proponemos los siguientes diagnósticos diferenciales:

1. Episodio psicótico en el contexto de intoxicación aguda por tóxicos: Descartado debido a

PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

que los resultados de tóxicos dieron resultado negativo.

2. Episodio psicótico debido a otra enfermedad médica: Descartado debido a que los resultados de todas las pruebas complementarias realizadas a la paciente descartaron patología orgánica concomitante.
3. Trastorno psicótico esquizofreniforme: En este trastorno la duración de la sintomatología psicótica debe mantenerse entre uno y seis meses, mientras que la duración del episodio del paciente es inferior a un mes.
4. Trastorno disociativo de la identidad: En este tipo de trastorno se produce una alteración de la conciencia, la memoria, la identidad o la percepción integrada del entorno que rodea al paciente. Se podrían objetivar alteraciones del discurso e incluso conductas desorganizadas, como presentaba nuestra paciente. Sin embargo, la sintomatología disociativa suele ir precedida de un suceso traumático y, por otra parte, no explicaría la labilidad afectiva y la sintomatología psicótica que presenta nuestra paciente.
5. Esquizofrenia: El diagnóstico de Esquizofrenia se descarta principalmente por la evolución que presenta la paciente de los episodios de la paciente, de comienzo brusco, con restitución completa entre los episodios y sin que se objetive clínica defectual. Por otra parte, pese a que algunos de los síntomas psicóticos constatados en este caso podrían aparecer en pacientes con Esquizofrenia, no hay que olvidar la variabilidad de la sintomatología psicótica que presenta nuestra paciente, así como su manifestación fluctuante y las oscilaciones afectivas que experimenta, lo que nos hace descartar este diagnóstico.
6. Trastorno esquizoafectivo: Uno de los principales diagnósticos diferenciales, dada la concurrencia de sintomatología psicótica y afectiva. Sin embargo, el hecho de que nuestra paciente presente restitutio ad integrum entre los episodios, el gran polimorfismo de la sintomatología que presenta, que no presente sintomatología psicótica en ausencia de sinomatología afectiva y las alteraciones del nivel de conciencia objetivadas nos llevan a descartar el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.
7. Episodio maníaco: Algunos de los síntomas psicóticos que presenta la paciente, como la ideación delirante con tintes megaloides, así como la labilidad afectiva y la tendencia a la irritabilidad se asemejan a un episodio maníaco, pero hay pequeños matices que nos ayudan a diferenciarlos: frente a la experiencia del maníaco asociada a una manifiesta intranquilidad motriz, la experiencia de felicidad del enfermo cicloide es estática, calmada y placentera, como la que presentaba la paciente. Además de nuevo el polimorfismo de los síntomas, con ideas delirantes que cambian continuamente de contenido y que no son congruentes con el estado de ánimo, no son frecuentes en el episodio maníaco y sí en las psicosis cicloides.
8. Trastorno psicótico agudo y transitorio sin síntomas de Esquizofrenia (subtipo Psicosis Cicloide): Este trastorno viene definido en la CIE-10 como un trastorno psicótico agudo en

PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

el cual las alucinaciones, las ideas delirantes y las alteraciones de la percepción son evidentes pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro e incluso de una hora a otra. También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimientos fugaces de felicidad y éxtasis o de angustia e irritabilidad. Este cuadro clínico cambiante, polimorfo e inestable es característico y aunque a veces destacan síntomas individuales de tipo afectivo o psicótico, no se satisfacen las pautas para episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o esquizofrenia (F20.-). Por estas razones nos decantamos por este diagnóstico definitivo.

DISCUSIÓN

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, varios autores europeos han reflejado en la literatura la existencia de cuadros psicóticos de comienzo súbito y breve duración, con enorme variabilidad de la sintomatología psicótica y afectiva, y con pronóstico benigno, sin aparición de clínica defectual tras la resolución del episodio.

En la escuela francesa, Valentin Magnan acuñó el término "bouffées délirante" para referirse a psicosis agudas, transitorias, con remisión rápida y restitución ad integrum, que cursan con variaciones importantes en el estado de conciencia y en las emociones del sujeto, acompañadas de alteraciones sensorio-perceptivas y de una semiología delirante polimorfa e inestable. En la escuela alemana, Wernicke describió distintos cuadros con una variedad de condiciones clínicas independientes, sin consideraciones pronósticas o nosológicas ("psicosis de motilidad", "autopsicosis expansiva con ideas autóctonas", "psicosis de angustia", etc). Posteriormente, a partir de la obra de Wernicke, Kleist elaboró el concepto de "Psicosis marginales" para referirse a un alto número de psicosis con rasgos comunes como la tendencia al inicio agudo, curso fásico y benigno. A partir del concepto de Psicosis marginales de Kleist, Leonhard acuña por primera vez el término "Psicosis Cicloides": independencia nosológica, carácter hereditario autónomo, riqueza sintomatológica, benignidad del proceso respecto a la evolución y deterioro de la personalidad. Kleist dividió el Grupo en cinco categorías, que Leonhard redujo a tres: Psicosis angustia-felicidad, Psicosis confusionales y Psicosis de la motilidad.

Finalmente, Perris y Brockington en un intento de sintetizar el concepto de psicosis cicloides, propusieron los siguientes criterios diagnósticos:

- A) Condición psicótica aguda entre los 15 y los 50 años.
- 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, frecuentemente expresada como perplejidad.
 2. Delirios con humor incongruente, de cualquier tipo, la mayoría de las veces de contenido persecutorio.

PSICOSIS CICLOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

3. Experiencias alucinatorias, de cualquier tipo, a menudo relativas al temor a la muerte.
4. Una arrolladora, espantosa y persuasiva experiencia de ansiedad, no relacionada con una particular situación o circunstancia.
5. Profundos sentimientos de felicidad o éxtasis, la mayoría de las veces de tonalidad religiosa.
6. Alteraciones de la motilidad de tipo acinético o hiperkinético.
7. Una particular preocupación por la muerte.
8. Cambios de humor en origen, no lo bastante pronunciados como para justificar el diagnóstico de trastorno afectivo.

D) No hay una constelación sintomatológica fija, por el contrario, los síntomas pueden cambiar frecuentemente en el curso del mismo episodio, desde luego mostrando características bipolares.

A modo de conclusión, nos parece importante recordar las características específicas que presentan las psicosis cicloides con respecto a otras patologías y consideramos que poder emplear este diagnóstico ayudaría a no incluir a estos pacientes en otras categorías diagnósticas, con el consiguiente beneficio que conllevaría, por ejemplo, a la hora de realizar futuras investigaciones sobre esta patología. Al no ser un diagnóstico reconocido oficialmente, tenemos muy pocos estudios sobre su epidemiología, características o tratamiento, lo que repercute negativamente a la hora de llevar a cabo un abordaje terapéutico de los pacientes con esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barcia D. Psicosis cicloides. Madrid: Tricastela, 1998.
2. Psicosis cicloides: Controversias diagnósticas y nosológicas a propósito de un caso. José García-Valdecasas Campelo, Amaia Vispe Astola, Desirée Díaz Melián y Marta Martín Olmos.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva, 1993. (6) Asociación Americana de Psiquiatría.
4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
5. "Tratamiento de la Psicosis Cicloide en fase aguda: Estudio sobre una muestra de pacientes libres de medicación hospitalizados por un Primer Episodio Psicótico (PEP)" Rafael F. García-Andrade^{1,2}; Juan J. López-Ibor[†]. Actas Esp Psiquiatr 2015;43(2):51-7.
6. Brockington IF, Perris C, Kendell RE, Hillier VE, Wainwright S. The course and outcome of cycloid psychosis. Psychol Med. 1982;12:97-105.
7. Psicosis cicloide: a propósito de un caso. Beatriz Carrasco Calvo, María José Echánove Lanuza, Miriam Anguix Caballero, Miguel Hernández Viadel y Juan Francisco Pérez Prieto. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.