



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía de Chile

Chile

Cruzado D., Lizardo; Rondón de la Jara, José; Paima R., Renzo; Sánchez F., Miguel
Psicosis cicloides: a propósito de dos probables casos

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 50, núm. 2, junio, 2012, pp. 106-111

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527729004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Psicosis cicloides: a propósito de dos probables casos

Cycloid psychosis: regarding two probable cases

Lizardo Cruzado D.¹, José Rondón de la Jara¹, Renzo Paima R.² y Miguel Sánchez F.²

Cases of acute psychosis which during longitudinal follow-up did not meet criteria for schizophrenic psychosis or affective psychosis are common in clinical practice; however, those cases can be classified into diagnostic categories that are not sufficiently representative of their nosological individuality. This intermediate group of psychosis: characterized by acute onset, usually brief course, polymorphic symptomatology and recovery without defect, has been conceived in different psychiatric schools through different concepts: in this sense, the construct of Cycloid Psychoses, original from German psychiatry, has demonstrated validity and is embedded in a heuristically profitable diagnostic system (the Wernicke-Kleist-Leonhard classification). Apropos of two representative cases, we review here the relevant literature and highlight the need to consider this diagnostic possibility – not fully considered in the present diagnostic systems yet- in order to avoid prolonged antipsychotic treatments based on unnecessarily ominous nosological hypothesis.

Key words: *Psychotic disorders, acute and transient psychotic disorders, schizophrenia.*

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2012; 50 (2): 106-111

Introducción

El reconocimiento de una tercera categoría de psicosis funcionales, adicional a la dicotomía kraepeliniana de demencia precoz y psicosis maníaco-depresiva, data de principios del siglo XX –Kraepelin llegó a comentar favorablemente tal postura en sus escritos posteriores¹. En este rubro intermedio se han descrito cuadros de psicosis caracterizados por presentar síntomas mixtos de las patologías antes mencionadas pero cuya naturaleza se discute: así, se ha postulado que tal grupo sería

una variedad cercana ya sea a la esquizofrenia o a las psicosis afectivas, o una variedad distinta y medianera, o bien una heterogénea conglomeración².

Hay consenso acerca de algunas características generales de este grupo de psicosis: inicio agudo, curso remitente, desenlace favorable a largo plazo y polimorfismo sintomatológico. Estos rasgos han sido descritos en distintos constructos nosológicos según las respectivas escuelas psiquiátricas, verbi-gracia: la bouffée délirante de la escuela francesa, la psicosis psicogénica de los escandinavos, la psicosis atípica de los japoneses o las psicosis cicloides de

Recibido: 3/02/2012

Aprobado: 28/05/2012

Financiamiento: por los mismos autores.

Conflictos de interés: ningún conflicto por declarar.

¹ Médico Psiquiatra. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima, Perú.

² Médico residente de Psiquiatría. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima, Perú.

los alemanes, por mencionar algunos ejemplos: las diferentes conceptualizaciones del aparentemente mismo fenómeno reflejan la predominancia dispar que se asigna a sus distintos rasgos clínicos^{3,4}.

Lo heterogéneo de estas concepciones se plasma en los sistemas clasificatorios: mientras el DSM-IV –muy usado en nuestro medio por el influjo de la psiquiatría norteamericana– menciona al Trastorno psicótico breve, al Trastorno esquizofreniforme y al Trastorno psicótico no especificado, diferenciados solamente por su tiempo de duración o por la completitud de criterios; en la CIE-10 encontramos en la categoría de Trastornos psicóticos agudos y transitorios, diversos cuadros que comparten el inicio agudo y la presencia de múltiples síntomas psicóticos^{3,5}. Este último grupo recoge algunas características de las Psicosis Cicloides aunque existe evidencia de que tales criterios no las representan cabalmente⁵.

Con la finalidad de revisar tópicos acerca de las psicosis agudas, especialmente las Psicosis Cicloides, presentamos un par de casos ilustrativos. Cabe anotar que estos casos no son infrecuentes en la casuística cotidiana –se ha mencionado que las Psicosis Cicloides constituyen entre 15 y 24% de los internamientos psiquiátricos⁶, asimismo hacemos énfasis en la necesidad de una mejor diferenciación nosológica de estas entidades en la práctica clínica.

Caso clínico 1

Varón de 56 años, dedicado a la compra y venta de chatarra, sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Presentó el primer episodio de su enfermedad a los 18 años de edad luego de enterarse de la infidelidad de su pareja: tras la intensa cólera inicial empezó a mostrarse inusitadamente jovial, inquieto, verborreico, llegando a deambular desnudo, agresivo y hablando incoherencias por los cerros aledaños a su vivienda. Refería no guardar pleno recuerdo de lo sucedido durante las tres semanas que duró el episodio. Luego de tres años presentó un episodio similar de un mes de duración y fue internado en un hospital psiquiátrico: al alta no siguió ningún tratamiento y mantuvo su estabilidad durante nueve años, sin nuevos episodios ni oscilaciones marcadas de su estado anímico.

En el transcurso de más de treinta y cinco años de evolución el paciente ha presentado un total de nueve episodios similares y que sus familiares describen con la frase: “se pone como borracho”, es decir, inquieto y locuaz al inicio, pronto se muestra frenético, destructivo, desorganizado, entremezclando situaciones y vivencias previas “como si estuviera soñando”, incluso sin reconocer a los familiares. La menor duración de estos episodios ha sido una semana y la máxima aproximadamente siete semanas: hasta en un par de ellos ni siquiera llegó a recibir tratamiento. En general, nunca la prescripción antipsicótica se prolongó más allá de pocos días tras la finalización del episodio, tanto por los efectos secundarios como porque el paciente se sentía ya plenamente restablecido. Una minoría de episodios fueron precedidos por algún suceso particularmente estresante. Tras los episodios psicóticos en sólo dos oportunidades el paciente mostró pesadumbre por haber estado “como loco”, pero nunca tal decaimiento anímico excedió las dos semanas de duración; tampoco hubo nunca ideación o intento suicida.

El último episodio de la enfermedad sucedió hace dos meses: tras una serie de sinsabores el paciente empezó a mostrarse taquilílico e hiperactivo, trazó planes sobre edificar su casa con material noble y sin ayuda, intentó derribar a puntapiés una pared de adobe y se volvió furibundo al ser contenido, destrozando enseres. Tras una semana de alteraciones conductuales fue llevado para atención psiquiátrica: al llegar a emergencia se le halló perplejo, en estado de confusión mental, con parcial desorientación en espacio y tiempo: decía saber que estaba en el hospital pero a la vez buscaba supuestas prendas de vestir para cambiarse. Su ánimo era ansioso y su afecto restringido. En su discurso fragmentado negaba tener alucinaciones aunque podía entreverse la presencia de delirios paranoides. En el transcurso de escasos días empezó a mostrar conciencia de enfermedad preguntando: “¿otra vez he estado loco, no?” pero evidenciaba amnesia importante de lo ocurrido durante su enfermedad. El examen neurológico fue anodino. Se efectuaron diversos análisis hemáticos, bioquímicos y hormonales, además de electroen-

cefalograma y tomografía encefálica, sin hallazgos positivos. En el momento actual el paciente se halla totalmente asintomático y en ejercicio pleno de sus capacidades, sin prescripción antipsicótica.

Caso clínico 2

Varón de 42 años, albañil, sin antecedentes personales o familiares de importancia. Refiere que hace dos años, tras ruptura de relación conyugal, reaccionó con pesadumbre e ira hacia su esposa, sufrió insomnio y sensación de que “no controlaba sus pensamientos” así que fugó de su hogar: hizo un extraño periplo por la carretera en bus o a pie a lo largo de varios días y fue hallado a setecientos kilómetros al norte de Lima, deambulando desnudo en unos basurales: al ser intervenido se mostró irritable y suspicaz, con delirios de persecución y referencia. Fue llevado para atención médica e intentó fugar del vehículo donde era conducido: tras repetidos exámenes y análisis médicos no se hallaron datos de organicidad. El episodio en total duró alrededor de dos semanas y el paciente recuerda fragmentariamente: “No quería estar en este mundo, esperaba un llamado desde lo alto. Mi ropa no la sentía como propia por eso me la quité buscando un estado de pureza. Pensaba que nadie me amaba pero yo sí amaba a todos.” Al examen mental se le notó perplejo, confuso ante la situación en que fue hallado, su lenguaje era fluido, su ánimo era ansioso y suspicaz, su discurso contenía delirios paranoides y místicos e igual temática afloraba en sus alucinaciones auditivas; no tenía conciencia de enfermedad. Tras unos pocos días de tratamiento antipsicótico y benzodiazepínico el paciente mostró parcial desaparición de síntomas, que en menos de un mes fue total. No continuó la medicación y reanudó a plenitud sus actividades habituales.

Hace seis meses el paciente empezó a mostrarse preocupado por unas deudas contraídas. En el transcurso de pocos días se tornó insomne y ansioso: percibía inexistentes hostigamientos –con elementos de grandiosidad– tanto en su trabajo como en su domicilio: “me envidian porque soy capataz, me ponen pruebas, creen que no puedo demostrar mi capacidad”. Incorporó en su sistema delirante a

sus familiares, rechazando su acercamiento, y en el paroxismo de su miedo notaron cómo el paciente desorganizaba su afecto, lenguaje y conducta: empezó a desnudarse, amenazaba con lanzarse por la ventana, ora lloraba, ora los bendecía al borde del éxtasis místico. Fue llevado para atención psiquiátrica donde se repitieron la evaluación neurológica y los exámenes de laboratorio y de imágenes sin hallazgos positivos: en el examen mental se le halló aterrorizado y clamando que lo querían asesinar: arrancó la tubería del baño aferrándose para que los enfermeros “no lo lleven”. Sin embargo, por momentos se lo apreciaba en postura quiescente y pasmada como si estuviese orando. Su evolución fue igualmente favorable en pocos días. Ahora se halla asintomático y no ha cumplido con la dosis mínima de risperidona que se le prescribió.

Discusión

La concepción de las Psicosis Cicloides entraña con la noción novecentista de “degeneración”, en el sentido de una labilidad predisponente a la eclosión de brotes psicóticos en ciertos individuos^{1,2}. Kleist –discípulo de Wernicke– trabajó la idea de un grupo de “psicosis marginales” a la dicotomía kraepeliniana: en 1926 este autor acuñó el término “Zycloiden Psychosen”, recogido luego por Leonhard⁷, quien a su vez describió hasta tres subtipos de Psicosis Cicloides: la psicosis de angustia –felicidad, la psicosis confusional y la psicosis de la motilidad, aunque sin enunciar criterios diagnósticos específicos. Posteriormente, Perris y Brockington⁸, establecieron criterios diagnósticos generales para las Psicosis Cicloides por encima de subtipos hipotéticos (Tabla 1).

A parte de estos criterios, son prominentes en el cuadro clínico de las Psicosis Cicloides la alteración global de la vida psíquica (“holodisfrenia”), la característica variabilidad de síntomas intra e interepisodios –al punto que un cuadro totalmente estable suele ser incompatible con el diagnóstico del cuadro–, la inexistencia de síntomas deficitarios durante y tras los brotes y la relativa amnesia luego del episodio, a modo de un síndrome oniroide². La edad de inicio es, en promedio, posterior a la de la

Tabla 1. Criterios diagnósticos de las Psicosis Cicloides, por Perris y Brockington*

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 hipercinético
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

Elaborada a partir de referencias (2,8,9).

esquizofrenia. Asimismo la brevedad de los episodios no debe asumirse como norma pues varios casos de Psicosis Cicloides llegan a durar algunos meses^{3,4,9}.

En los casos presentados resaltan los síntomas clásicos de las Psicosis Cicloides: nuestro primer paciente semeja una psicosis cicloide de tipo confusional por su marcada desorientación, perplejidad e incoherencia del discurso; el segundo, una psicosis de angustia-felicidad, donde destaca la interposición de ansiedad extrema y terror a la muerte con sentimientos de altruismo extático y prominentes delirios paranoides y místicos. La benignidad del curso y la recuperación ad integrum de los pacientes corroboran nuestra impresión clínica. La estabilidad diagnóstica del primer cuadro abarca inclusive más de tres décadas y la condición clínica en ambos casos nunca ha requerido sino dosis bajas de antipsicóticos en cursos cortos.

La trascendencia del diagnóstico de las Psicosis Cicloides rebasa lo concerniente a la nosotaxia^{10,11}: 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 Cicloide¹². Se ha demostrado asimismo

que esta categoría posee validez incierta y pobre poder predictivo^{6,12}.

Ante ello, y siendo las psicosis agudas más frecuentes en países en desarrollo como los latinoamericanos, se impone su consideración y estudio amplio en nuestras latitudes: infelizmente el grueso de la investigación científica psiquiátrica se ejecuta en países industrializados donde estas psicosis son raras¹³. Es penoso que tal situación nos haga susceptibles a lo denunciado por Leonhard: por desconocimiento, o inadecuada ponderación en el diagnóstico diferencial, muchos pacientes con Psicosis Cicloides reciben regímenes prolongados e innecesarios de antipsicóticos mientras que, sin fármacos, tales pacientes podrían estar perfectamente bien⁹. No existen estadísticas de tal hecho aunque constatarlo en la práctica psiquiátrica no es una experiencia infrecuente.

Si bien la independencia de las Psicosis Cicloides respecto a la esquizofrenia parece hallarse más o menos esclarecida, un aspecto aún controversial es su filiación con las psicosis afectivas; algunos estudios han distinguido dos grandes grupos en las Psicosis Cicloides: uno cercano a los trastornos afectivos y otro independiente de ellos^{3,14}. Recordemos que Kleist había señalado que las Psicosis Cicloides eran ciertamente psicosis “bipolares” pero no psicosis maníaco-depresivas⁷. Esta circunstancia se aduna a lo descrito por otros autores acerca de la difícil distinción entre psicosis agudas como las

cicloides y episodios afectivos tal los maníacos y mixtos¹⁵ –cuántos episodios de Psicosis Cicloides podrían estar siendo etiquetados como episodios afectivos mixtos en nuestro medio y hasta qué punto podrían traslaparse sus respectivos cuadros clínicos, es punto pendiente de discernimiento aún–. García-Valdecasas², en su autorizada revisión, propone operativamente reservar el diagnóstico de esquizofrenia para cuadros psicóticos crónicos con deterioro, o bien el de paranoia si, siendo también crónicos, tal deterioro no existe. Y diferenciar entre trastornos bipolares o Psicosis Cicloides 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 psíquica.

Recientemente se ha introducido el constructo de Psicosis Agudas Remitentes No Afectivas¹³ en un intento de englobar psicosis sin exigencia de sintomatología específicamente definida pero con un límite de duración de hasta seis meses (de tal manera que se incluyan no sólo los Trastornos psicóticos agudos y transitorios cuyo margen temporal es de tres meses). Sin embargo, tal propuesta global e indiferenciada –con interés quizá a nivel epidemiológico– obsta contra la creciente validez del constructo de las Psicosis Cicloides: tanto a nivel genético –menor heredabilidad ante otras psicosis–; fisiológico –mayor componente P300 de la onda de potencial evocado respecto a la esquizofrenia, algu-

nas alteraciones en el metabolismo de aminoácidos y asociación a oscilaciones hormonales estrogénicas–; de neuroimágenes –observaciones no replicadas sobre ausencia de agrandamiento de ventrículos cerebrales– y obviamente su sólida validez a nivel psicopatológico y terapéutico^{3,4,5,10,11}. Pero aparte del valor clínico y pronóstico de las Psicosis Cicloides, debe señalarse su trascendencia heurística que desborda los límites estrictos de las taxonomías actuales al incorporar signos y síntomas alternativos como las experiencias subjetivas de perplejidad, desconcierto emocional y sentimientos extáticos así como disturbios de la motilidad distintos a la catatonía⁵.

Desde luego, hay razones para presumir que pese a la elevada consistencia interna del constructo de Psicosis Cicloides, probablemente estemos ante un trastorno heterogéneo desde el punto de vista etiológico³: en nuestro actual nivel de conocimientos es imposible articular todavía una hipótesis neurobiológica. Sin embargo, existe un buen número de razones para considerar a las Psicosis Cicloides como una propuesta diagnóstica seria, al menos a nivel descriptivo^{5,10}, a saber: su consistencia interna, su valor discriminativo ante diagnósticos adyacentes, su valor predictivo de benignidad y el hecho insoslayable de que tomar en cuenta este diagnóstico diferencial permitirá ampliar el panorama ante cuadros psicóticos frecuentes en nuestra práctica, y que pudieran estar siendo mal abordados o simplemente pasando desapercibidos.

Resumen

Los casos de psicosis aguda que durante el seguimiento longitudinal no reúnen criterios de esquizofrenia ni de psicosis afectivas son frecuentes en la práctica clínica habitual; sin embargo, pueden ser catalogados dentro de categorías diagnósticas que no representan de modo suficiente su individualidad nosológica. Este grupo intermedio de psicosis: caracterizado por su inicio agudo, curso usualmente breve, sintomatología polimórfica y recuperación sin defecto, ha sido concebido en diferentes escuelas psiquiátricas mediante diferentes conceptos: en tal sentido, el constructo de Psicosis Cicloides, proveniente de la psiquiatría alemana, ha demostrado validez y se halla engarzado en un sistema diagnóstico heurísticamente valioso (el de Wernicke-Kleist-Leonhard). A propósito de dos casos representativos, revisamos la literatura pertinente y resaltamos la necesidad de considerar esta posibilidad diagnóstica, a fin de evitar prolongados y potencialmente perjudiciales tratamientos antipsicóticos, prescritos bajo hipótesis incorrectas y gravosas.

Palabras clave: Trastornos psicóticos, Esquizofrenia y trastornos con características psicóticas.

Referencias bibliográficas

1. Pillmann F, Marneros A. Brief and acute psychoses: the development of concepts. *Hist Psychiatry* 2003; 14: 161-77.
2. García-Valdecasas J, Vispe-Astola A, Díaz-Melián D, Martín-Olmos M. Psicosis cicloides: controversias diagnósticas y nosológicas a propósito de un caso. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2007; XXVII (99): 59-73.
3. Peralta V, Cuesta MJ, Zandio M. Cycloid psychosis: an examination of the validity of the concept. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9: 184-92.
4. Peralta V, Cuesta MJ. Cycloid psychosis. *Int Rev Psychiatry* 2005; 17: 53-62.
5. van der Heijden FMMA, Tuinier S, Pepplinkhuizen L, van Praag HM, Verhoeven WMA. Más allá de la corriente dominante: el valor heurístico de la Psicosis Cicloide. *Eur J Psychiatr* 2002; 16: 15-26.
6. van der Heijden FMMA, Tuinier S, Kahn RS, Verhoeven WM. Nonschizophrenic psychotic disorders: the case of Cycloid Psychoses. *Psychopathology* 2004; 37: 161-7.
7. Leonhard K. Cycloid psychoses-Endogenous psychoses which are neither schizophrenic nor manic-depressive. *Br J Psychiatry* 1961; 107: 633-48.
8. Perris C. A study of Cycloid Psychosis. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1974; 253: 1-77.
9. Salvatore P, Bhuvaneswar C, Ebert D, Maggini C, Baldessarini RJ. Cycloid psychosis revisited: case reports, literature review and commentary. *Harv Rev Psychiatry* 2008; 16: 167-80.
10. Peralta V, Cuesta MJ. Cycloid psychosis: a clinical and nosological study. *Psychol Med* 2003; 33: 443-53.
11. Jabs BE, Pfuhlmann B, Bartsch AJ, Cetkovich-Bakmas M, Stöber G. Cycloid Psychoses-from clinical concepts to biological foundations. *J Neural Transm* 2002; 109: 907-19.
12. Castagnini A, Berrios GE. Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): a review from a European perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 259: 433-43.
13. Nugent KL, Pakarian D, Mojtabai R. Nonaffective acute psychoses: uncertainties on the way to DSM-V and ICD-11. *Curr Psychiatry Rep* 2011; 13: 203-10.
14. Pfuhlmann B, Jabs B, Althaus G, Schmidtke A, Bartsch A, Stöber G, Beckmann H, Franzek E. Cycloid psychoses are not part of a bipolar affective spectrum. Results of a controlled family study. *J Affect Disord* 2004; 83: 11-9.
15. Varela-González O, Peleteiro-Pensado L, Yáñez-Sáez RM. Una tragedia de Shakespeare: la difusa frontera entre lo afectivo y lo psicótico. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33: 201-4.

Correspondencia:

Lizardo Cruzado D.

Departamento de Emergencia. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Av. Eloy Espinoza 709. Urb. Palao. SMP. Lima 31. Lima, Perú.

Teléfono móvil: (511) 995 733 555

E-mail: lizardo_cruzado@yahoo.com