



Caso Clínico

Una psicosis cicloide

Eva Garnica de Cos, Edurne Basterreche Izaguirre, Ramiro Merino Fernández
Psiquiatras, Hospital Psiquiátrico de Zamudio, Bizkaia.

Introducción

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

Los síntomas catatoniformes son relativamente frecuentes entre los pacientes psiquiátricos, según estudios aparecen entre un 7.6% a 38% (1). Se sabe que son cuadros que pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente y que con frecuencia se asocian a síndrome neuroléptico maligno, incluso algunos autores lo consideran una variante del mismo cuadro (1,2,3), lo que hace que sea necesario tener un especial cuidado con el uso de neurolépticos. Responden especialmente bien al tratamiento con Terapia Electroconvulsiva (TEC), y benzodiacepinas (1,2,3,4,5). Sus manifestaciones incluyen mutismo, negativismo, rigidez, ecofenómenos, etc; y se presentan en una forma retardada–estuporosa o en forma excitada–delirante (1,2,3).

Pero los síntomas catatoniformes no son patognomónicos de ningún trastorno. En algunos pacientes las manifestaciones catatoniformes no se engloban en una evolución a largo plazo como la de la esquizofrenia (con deterioro, etc), ni acompañan un cuadro afectivo como en el trastorno bipolar. Varios autores, entre ellos Leonhard (6,7,8) describen un tipo de psicosis, las Psicosis cicloides, con características peculiares: inicio brusco, a veces prece-

dido de un precipitante externo, finalización también brusca, cuadros polimorfos que en el transcurso de horas o días pasan de momentos de franca agitación a otros de estupor o negativismo catatónico... En este tipo de psicosis está también comprobada la mejoría rápida con TEC (6,7,8).

Se presenta un caso clínico en el que consideramos que, dada la evolución a largo plazo, el diagnóstico más acertado es el de Psicosis cicloide.

CASO CLINICO

Motivo de ingreso:

Se trata de una paciente de 44 años que ingresa en una Unidad de Agudos de Psiquiatría por primera vez por descompensación psicótica (indica el ingreso su psiquiatra ambulatorio habitual por “posible Psicosis reactiva”).

Antecedentes personales:

Sin antecedentes médicos de interés. Es la 5ª de 5 hermanas; los padres viven, sanos. No se refieren antecedentes familiares de enfermedad mental. Viuda desde hace 2 años, sin hijos, vive sola. Tiene estudios básicos y ocasionalmente trabaja de limpiadora.

Desde los 25 años se refieren 5 episodios similares al actual, siempre reactivos a estresantes externos de mayor o menor importancia (desde dificultades en el trabajo, al fallecimiento



por cáncer del marido). Todos los episodios han tenido una duración de aproximadamente un mes y han sido tratados a nivel ambulatorio, con el cuidado estrecho de las hermanas (que llegan a darle la comida triturada, dormir con ella...) y reajustes farmacológicos por parte del psiquiatra ambulatorio (basándose en lo que la familia refería, ya que la paciente no acudía a consulta en las reagudizaciones). La familia asegura que la recuperación entre episodios es total, pudiendo mantener una vida autónoma: trabajando, viviendo sola, e incluso cuidando por temporadas a sus padres. La definen como una persona “muy sensible y miedosa”, pero tiene amistades y se relaciona muy bien con la gente.

Enfermedad actual:

Días previos al ingreso la paciente tiene una fuerte discusión con una vecina, la cual llega a amenazarla de muerte (confirmado por varios testigos). En el transcurso de 2–3 días la paciente deja de dormir, y aparece una agitación psicomotriz e ideación delirante de perjuicio que, unido al hecho de que su psiquiatra y varias hermanas se encuentran de vacaciones, hace que se decida su ingreso por primera vez.

Exploración psicopatológica y evolución:

Al ingreso la paciente está consciente, orientada en tiempo y persona pero no en espacio, pero incapaz de colaborar, con una marcada inquietud psicomotriz que hace que no permanezca sentada en ningún momento. Sin apreciarse hipertimia, se muestra verborreica, por momentos desinhibida con frecuentes comentarios de índole sexual y desprendiéndose de parte de la ropa. Aunque con frecuencia el discurso es incoherente, sí presenta una ideación delirante de perjuicio, poco estructurada. Se refiere (y objetiva los primeros días) un insomnio importante. Presenta frecuentes falsos reconocimientos.

En los primeros días son necesarias altas dosis de neurolépticos y benzodiacepinas para disminuir la inquietud psicomotriz, y la angustia asociada a la ideación delirante. En el transcurso de pocos días sufre un cambio brusco hacia

otra forma de catatonía, permaneciendo mutista la mayor parte del tiempo, o con ecolalia o habla entrecortada e hipofónica (como de robot) en otros momentos, negativista (negándose a comer y tomar medicación oral), perpleja, sobresaltada por cualquier sonido y en algún momento manteniendo un postura rígida. Los pocos comentarios que hace suelen ser acerca de la muerte (cree que su madre está muerta, habla de que queremos incinerarla, envenenarla con el agua o la medicación...). Deja de orinar en varias ocasiones, motivo por el que se la traslada a un hospital general en alguna ocasión (donde completan el estudio orgánico –ver exploraciones complementarias) confirmando el origen “psicógeno” del cuadro. En un momento de máxima rigidez llega a bajar la saturación de oxígeno (restableciéndose después) y presenta fiebre (descartándose nuevamente origen “orgánico”).

Exploraciones complementarias:

Se le han realizado varias analíticas completas (hematimetría, bioquímica, hormonas tiroideas, electrolitos, coagulación, análisis de orina), TAC craneal, ECG, Radiografías de tórax, punción lumbar e incluso hemocultivos y TAC para descartar tromboembolismo pulmonar con resultados dentro de la normalidad. En una ecografía abdominal se observó litiasis en vesícula, sin datos de inflamación.

Diagnóstico y tratamiento:


Al presentar un síndrome catatoniforme con negativa a comer y tomar medicación oral, se opta por iniciar tratamiento con TEC, con mejoría espectacular desde las primeras sesiones y resolución completa del cuadro, permaneciendo la paciente totalmente asintomática al alta. Dada la evolución a largo plazo de la paciente, con periodos asintomática en los que hace vida normal, y psicosis breves de inicio y fin brusco con sintomatología polimorfa dentro del mismo episodio, se opta por el diagnóstico de “Psicosis cicloide”, englobado en CIE–10 como “Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia”.

Discusión

Previamente a la descripción de las psicosis cicloides, la psiquiatría francesa con Magnan, y después H. Ey, describieron las bouffées délirantes (también incluidas hoy en día en la CIE-10 como Trastorno psicótico agudo polimorfo), que presentan algunas características comunes, con las Psicosis cicloides, como el inicio brusco, el polimorfismo, variación del cuadro de un día a otro, etc (6,7,8). En la psiquiatría alemana Kleist describe otras psicosis que considera independientes de las psicosis endógenas de Kraepelin, a las que denomina “Psicosis marginales”, entre las que incluye las Psicosis cicloides, que posteriormente desarrolla Leonhard (6,7,8).

Leonhard habla de tres subtipos de Psicosis Cicloides: la psicosis de angustia-felicidad, la psicosis confusional (incoherente-estuporosa) y la psicosis de la motilidad (acinética-hipercinética), cuyas características con cierta frecuencia se solapan (6). Los rasgos esenciales de las Psicosis cicloides incluyen: polimorfismo, alteración global de la vida psíquica, agudeza en la aparición de los síntomas, 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, remisión completa de los episodios (fases) y remisión a largo plazo (no deterioro) (6). Los criterios diagnósticos más citados en la literatura son los de Perris y Brockington de 1982 que incluyen: Psicosis aguda

entre los 15 y 50 años; Comienzo repentino en horas o pocos días; Concurrencia, al menos de cuatro de los síntomas siguientes: confusión o perplejidad, delirios (más persecutorios), alucinaciones, ansiedad intensa, sentimientos de felicidad o éxtasis, alteraciones de la motilidad, preocupación por la muerte, cambios de humor; Cambios de los cuadros sintomáticos (6,7,8). Como ocurre con la Catatonía, se recomienda el tratamiento con TEC (6). La CIE-10 contempla las Psicosis Cicloides dentro de los Trastornos psicóticos agudos polimorfos, pero en DSM-IV no se incluyen las Psicosis Cicloides, por lo que debe usarse el Trastorno psicótico breve (menos de un mes) o el Trastorno esquizofreniforme (entre un mes y seis).

El caso de la paciente que presentamos tiene especial interés a nuestro entender, entre otras cosas, por su diagnóstico. Creemos que no puede diagnosticarse de esquizofrénica a una paciente con una recuperación tan completa entre episodios (a pesar de que la catatonía se considera un síntoma típico de algunas formas de esta enfermedad); no puede diagnosticarse de Trastorno bipolar ni esquizoafectiva porque no se aprecia un cuadro afectivo que acompañe a la sintomatología antes descrita; y una Psicosis reactiva parece inapropiado por la frecuencia con que se repiten estos cuadros en la paciente. Por todo esto nos inclinamos por el diagnóstico de Psicosis cicloide, que se ajusta más, en nuestra opinión, a las características y evolución a largo plazo de este caso. 

BIBLIOGRAFÍA

1. Taylor MA, Fink M: Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1233-1241.
2. Rajagopal S. Catatonia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2007, vol. 13, 51-9.
3. Fink M, Taylor MA. Catatonia: Subtype or Syndrome in DSM? *Am J Psychiatry* 2006; 163: 11.
4. Fink M, Taylor MA. The many varieties of catatonia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251: Suppl. 1, 1/8-1/13.
5. Anguita-Romero M, Ruiz-Veguilla M, Barrigón-Estévez ML, Fontalba-Navas A, Gomis-Fletcher L. Síndrome catatónico: a propósito de dos casos. *Psiquiatr Biol* 2006; 13 (1): 35-7.
6. Barcia D. *Psicosis cicloides*. Fundación Archivos de Neurobiología, Ed. Triacastela. Madrid. 1998.
7. García-Valdecasas J, Vispe A, Díaz D, Martín M. Psicosis cicloides: controversias diagnósticas y nosológicas a propósito de un caso. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2007, vol XXVII, nº 99, 59-73.
8. Camacho M, Franco MD, Sanmartín A, Giner J. Otros trastornos delirantes. *Psicosis reactiva breve. Psicosis psicógena*. En Tratado de Psiquiatría de Vallejo J, Leal C. Ed. Ars Medica. Barcelona. 2004.