

Rafael F. García-Andrade<sup>1,2</sup>  
Juan J. López-Ibor<sup>† 1,2</sup>

# Tratamiento de la Psicosis Cicloide en fase aguda: Estudio sobre una muestra de pacientes libres de medicación hospitalizados por un Primer Episodio Psicótico (PEP)

<sup>1</sup>Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos

<sup>2</sup>Departamento de Psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Spain

**Introducción.** A pesar de la relevancia histórica, clínica y terapéutica de las psicosis cicloides, hasta el momento actual no se han realizado estudios controlados sobre su tratamiento. La terapia electroconvulsiva ha sido clásicamente de elección y los antipsicóticos de primera generación no han estado indicados. El presente estudio tiene como objetivo analizar el tratamiento agudo (y la respuesta al mismo) de las psicosis cicloides.

**Metodología.** En una muestra de 75 pacientes libres de medicación hospitalizados y tratados por presentar un Primer Episodio Psicótico (PEP), se detectaron los posibles casos de psicosis cicloides utilizando los criterios diagnósticos operativos de Perris y Brockington. Se dividió la muestra en "cicloides" y "no cicloides" y se compararon ambos grupos en función de variables clínicas y terapéuticas.

**Resultados.** Todos los pacientes fueron tratados con antipsicóticos de segunda generación. No se encontraron diferencias significativas ( $p=0,17$ ;  $t-1,39$ ) en la dosis de antipsicótico pautado (equivalentes de clorpromacina), pero si se observaron diferencias significativas en la mejoría al alta hospitalaria (CGI-S), con una mejor respuesta en el grupo de los "cicloides" ( $p=0,002$ ;  $u=162$ ). También se observaron diferencias significativas en la dosis de benzodiacepinas, siendo notablemente mayor para el grupo de "cicloides" ( $p>0,001$ ;  $u=28$ ).

**Conclusiones.** Sin contradecir la idea clásica del tratamiento de las psicosis cicloides, el presente estudio contribuye a abrir una nueva expectativa terapéutica. De manera que en el tratamiento agudo de las psicosis cicloides, el uso de antipsicóticos de segunda generación podría tener un efecto

particularmente beneficioso, especialmente si se combina con benzodiacepinas a dosis altas. Si bien es preciso la realización de estudios controlados que confirmen este dato.

**Palabras clave:** Psicosis Cicloide, Tratamiento, Psicosis, Primer Episodio Psicótico, Antipsicóticos

*Actas Esp Psiquiatr 2015;43(2):51-7*

## Acute treatment of Cycloid Psychosis: Study on a sample of naive hospitalized patients with First-Episode Psychosis (FEP)

**Introduction.** In spite of the historic, clinical and therapeutic importance of cycloid psychosis, no controlled studies have been performed as yet on its treatment. Electroconvulsive therapy has classically been the treatment of choice and the first generation antipsychotics have not been indicated. This study has aimed to analyze the acute treatment (and response to it) of cycloid psychoses.

**Methodology.** In a sample of 75 hospitalized medication-naive patients treated for a First Psychotic Episode (FPE), possible cases of cycloid psychoses were detected using the Perris and Brockington operative diagnostic criteria. The sample was divided into "cycloids" and "non-cycloids" and both groups were compared based on clinical and therapeutic variables.

**Results.** All the patients were treated with second generation antipsychotics. No significant differences ( $p=0.17$ ;  $t-1.39$ ) were found in the antipsychotic dose prescribed (equivalents of chlorpromazine). However, significant differences were observed in the improvement on hospital discharge (clinical global impression severity: CGI-S), with better response in the "cycloid" group" ( $p=0.002$ ;  $u=162$ ). Significant differences were also observed

Correspondencia:

Rafael F. García-Andrade  
Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Universitario San Carlos,  
Universidad Complutense  
28040 Madrid, España  
Tel: +34 91 3303572  
Correo electrónico: primerosepisodios@hotmail.com

in the dose of benzodiazepines, there being significantly greater improvement for the "cycloid" group ( $p > 0.001$ ;  $u = 28$ ).

**Conclusions.** Without contradicting the classical idea of the treatment of cycloid psychoses, the present study contributes to the opening of a new therapeutic prospect. Thus, the use of second generation antipsychotics could have a particularly beneficial effect, especially if combined with high doses of benzodiazepines in the acute treatment of cycloid psychoses. However, controlled studies need to be carried out to confirm this.

**Keywords:** Cycloid Psychosis, Treatment, First Episode Psychosis, Antipsychotics

## INTRODUCCIÓN

El concepto de psicosis cicloide, descrito inicialmente por Leonhard<sup>1</sup> posee una larga tradición en la psiquiatría europea<sup>2,3</sup>. No obstante, las características clínicas de las psicosis cicloides han sido descritas por otros autores y/o escuelas, con multitud de nombres tales como: psicosis esquizoafectiva aguda<sup>4</sup>, psicosis esquizofreniforme<sup>5</sup>, psicosis reactiva<sup>6</sup>, psicosis atípicas (también denominadas psicosis de Mitsuda)<sup>7</sup>, psicosis puerperal<sup>8</sup>, bouffée délirante<sup>9</sup>. Estas diferentes denominaciones de posiblemente el mismo trastorno, manifestaciones con el énfasis puesto en las distintas características del mismo. Finalmente se ha impuesto el concepto de psicosis cicloide<sup>10</sup> y actualmente existe un amplio consenso entre diferentes autores sobre las principales características de las psicosis cicloides: trastornos psicóticos agudos de comienzos abruptos, recurrentes y benignos, cuya sintomatología no es típicamente afectiva ni esquizofrénica, sino esencialmente polimorfa<sup>11</sup>.

A pesar de la relevancia clínica y terapéutica de las psicosis cicloides, hasta el momento actual no se han realizado estudios controlados sobre el tratamiento de la psicosis cicloide. Esto se debe principalmente a que los sistemas nosológicos de consenso (CIE-10<sup>12</sup> y DSM-5<sup>13</sup>) han mostrado escaso interés en su diagnóstico, así como por la exigua disposición que tradicionalmente se ha mostrado por los aspectos terapéuticos de las psicosis transitorias<sup>14</sup>. Por ello, los datos sobre su tratamiento se basan en la experiencia clínica, en estudios no controlados y en referencias publicadas de casos aislados<sup>15,16</sup>.

Frente al diagnóstico de psicosis cicloide hay que analizar el tratamiento desde dos ángulos: tratamiento del episodio agudo y tratamiento de mantenimiento (interfase).

En referencia al tratamiento del episodio agudo, la terapia electroconvulsiva (TEC) ha sido el tratamiento de elección durante muchos años<sup>17</sup>, sobre todo en trastornos con

importante afectación motora<sup>18</sup>, produciéndose una intensa mejoría después de unas pocas sesiones. Tanto la literatura americana como la escuela de Leonhard<sup>1</sup> reportaron el uso satisfactorio de la TEC en la disminución de los síntomas biológicos fundamentales y en las alteraciones de la psicomotricidad.

Clásicamente, el uso de antipsicóticos de primera generación no ha estado indicado en el tratamiento agudo de las psicosis cicloides. 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 ánimo<sup>3,17</sup>.

Las benzodiazepinas a dosis altas también se han utilizado durante la fase aguda<sup>17</sup>. Varios autores destacan que algunas psicosis cicloides 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 (p. ej., utilizar benzodiazepinas y tratar el factor desencadenante).

Otra de las posibilidades, en cuanto al tratamiento de la fase aguda, es el uso de anticomiciales (carbamazepina o valproato) acompañando al tratamiento. Y en el caso de psicosis cicloides relacionadas con un bajo nivel de estrógenos, parece existir una ligera evidencia sobre el posible efecto beneficioso de la terapia sustitutiva con estrógenos<sup>19,20</sup>.

El presente estudio tiene como objetivo analizar el tratamiento agudo (y la respuesta al mismo) de las psicosis cicloides, mediante su detección en una muestra de pacientes libres de medicación, hospitalizados y tratados por presentar un Primer Episodio Psicótico (PEP).

## METODOLOGÍA

El presente trabajo se basa en, un estudio observacional, sobre una muestra de pacientes libres de medicación, que presentaron un Primer Episodio Psicótico (PEP). Se incluyeron a un total de 75 pacientes hospitalizados en la unidad de agudos de un hospital general de Madrid (España), entre los años 2005 y 2009, que presentaron un Primer Episodio Psicótico compatible con los criterios diagnósticos DSM-IV-TR<sup>21</sup> de trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia.

Los Criterios de Inclusión para el estudio fueron: 1) Pacientes hospitalizados en la unidad de agudos, que presentaban un Primer Episodio Psicótico (PEP) compatible con los criterios diagnósticos DSM-IV-TR<sup>21</sup> de trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia; 2) Pacientes libres de medicación, sin historia de tratamiento previo con antipsicóticos; 3) Edades comprendidas entre 18-65 años; 4) Ser capaces de dar el consentimiento informado.

Y como Criterios de Exclusión se establecieron: 1) No cumplir cualquiera de los criterios de inclusión; 2) Diagnóstico médico que pueda producir cambios en la sustancia blanca (ej. HIV, esclerosis múltiple); 3) Trastorno cerebral que pueda producir déficit cognitivo o alteraciones en el comportamiento (ej. historia de traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular); 4) Condición médica inestable (ej. diabetes o hipertensión mal controlada); 5) Historia vital de dependencia a sustancias según criterios DSM-IV-TR<sup>21</sup>.

Cada sujeto fue cuidadosamente estudiado con un adecuado historial clínico, examen médico y estudios de laboratorio para asegurar que cumplieran los criterios de inclusión. Además de los requisitos anteriormente citados se ofreció al paciente una información clara y detallada sobre las características del estudio, los requerimientos y las consecuencias. Todos y cada uno de ellos otorgaron su consentimiento informado, en el que se mostraban de acuerdo con el estudio. Los pacientes fueron incluidos y valorados en el momento de su ingreso y tras el alta hospitalaria. Todos los sujetos fueron sometidos a una entrevista clínica completa efectuada por un mismo psiquiatra.

Con respecto a la duración de la psicosis sin tratar (DUP, duration of untreated psychosis), se aplicó una definición de acuerdo con las recomendaciones de Bromet et al.<sup>22</sup>. A través de una entrevista semiestructurada con los familiares y el paciente, se recogieron los datos acerca de la cronología de los primeros síntomas psicóticos, y en función de dicha información se fijó el tiempo de evolución, en días, del trastorno psicótico, para cada caso, calculándose posteriormente la edad de inicio del paciente en el momento del debut de la psicosis<sup>23</sup>.

La detección de los posibles casos de psicosis cicloide, se llevó a cabo aplicando los criterios operativos para el diagnóstico de psicosis cicloide de Perris y Brockington<sup>24</sup> (1982), que siguen siendo en la actualidad los más usados<sup>15,16</sup>. Además, a diferencia de los criterios diagnósticos iniciales descritos por Leonhard, en los de Perris y Brockington, el criterio de buen pronóstico (característica típica de la psicosis cicloide) no está incluido en la definición, lo que evita una definición tautológica del trastorno respecto a su evolución<sup>16</sup>. Estos criterios son los siguientes: 1) Psicosis aguda no relacionada con consumo de drogas y sin fundamento orgánico alguno, que aparece por primera vez entre los 15-50 años. 2) Aparición de forma súbita con una progresión rápida hacia una psicosis. 3) Presencia de al menos cuatro de los siguientes criterios de inclusión: confusión, humor incongruente, ideas delirantes de cualquier tipo, alucinaciones de cualquier tipo, angustia abrumadora (angustia psicótica), intensos sentimientos de felicidad o de éxtasis, alteraciones de la motilidad de tipo acinético o hiperacético, especial interés en la muerte y discretos cambios del humor. 4) No existe ninguna combinación específica, más bien la sintomatología puede cambiar con bastante frecuencia mostrando

un carácter bipolar. Posteriormente se dividió la muestra en dos grupos, "cicloides" y "no cicloides", en función de que cumplieran o no cumplieran los criterios diagnósticos de psicosis cicloide respectivamente.

La gravedad del episodio psicótico, fue valorada con la sub-escala de Severidad de la Escala de Impresión Clínica Global (CGI), escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro. Para evaluar los síntomas psicóticos, se aplicó la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (*Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS).

En el momento del alta hospitalaria, se anotó el tratamiento que se había prescrito para cada uno de los pacientes de la muestra. Para los pacientes que recibieron medicación antipsicótica, la dosis al alta hospitalaria fue transformada en equivalentes de clorpromacina, según las recomendaciones de Woods<sup>25</sup>. En lo que respecta al uso de benzodiazepinas, a aquellos a los que se les prescribió alguna al alta hospitalaria, la dosis fue transformada en equivalentes de clorazepato dipotásico<sup>26</sup>. También se evaluó al alta, la duración del ingreso hospitalario, medido en días.

La mejoría en el momento del alta hospitalaria, fue valorada con la sub-escala de Mejoría de la CGI, escala descriptiva que valora la mejoría experimentada por el paciente respecto a su estado basal, independientemente de que ésta se deba por completo al tratamiento.

Las variables cualitativas se expresaron mediante su distribución de frecuencias y las variables cuantitativas por su media  $\pm$  desviación estándar (DS). Las variables continuas no distribuidas normalmente se expresaron en la mediana y rango intercuartilico (RIQ, 25-75). Para la comparación entre grupos de variables cuantitativas, se utilizó la prueba *t* de Student o prueba no paramétrica de *U* Mann-Whitney. En el caso de variables cualitativas, la comparación entre grupos se evaluó mediante el test de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher (en caso de que más del 25% de los valores esperados fueran menos de 5). Para todas estas pruebas, el nivel de significación aceptado fue del 5%. El proceso y análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows (SPSS, Chicago, IL, EE.UU.).

## RESULTADOS

Se observó que un total de 11 pacientes (14,7%) cumplían criterios diagnósticos de psicosis cicloide, frente a 64 (85,3%) pacientes que no los cumplían.

La edad promedio de inicio de todos los pacientes fue de 27,6 años (DS+6,30). Y no se encontraron diferencias significativas en la edad de inicio ( $p=0,112$ ,  $t=-1,607$ ) entre el grupo de psicosis "cicloides" y el de "no cicloides. Siendo la edad media de inicio para el grupo de "cicloides" 30,4 años

| Tabla 1                                     | Diferencias entre "cicloides" y "no cicloides" |                        |                        |                |       |
|---|--|------------------------|------------------------|----------------|-------|
|   | "cicloides"<br>n=11                            | "no cicloides"<br>n=64 | nivel de significación |                |       |
|   |  |                        | t                      | U              | p     |
| Edad (años): Media $\pm$ SD                 | 30,4 $\pm$ 8,5                                 | 27,1 $\pm$ 5,6         | -1,607                 |                | 0,112 |
| DUP (días): Mediana (RIQ)                   | 7 (4-7)  | 90 (90-150)            |                        | 53             | 0,000 |
| CGI-Severidad: Mediana (RIQ)                | 5 (5-6)  | 5 (4-5)                |                        | 234            | 0,059 |
| PANSS total: Media $\pm$ SD                 | 110,5 $\pm$ 22,1                               | 87,5 $\pm$ 22,8        | -3,107                 |                | 0,003 |
| Dosis APS (mg): Media $\pm$ SD              | 392,3 $\pm$ 206,1                              | 327,2 $\pm$ 130,2      | -1,385                 |                | 0,170 |
| Dosis BZD (mg): Mediana (RIQ)               | 45 (30-100)                                    | 0 (0-10)               |                        | 28             | 0,000 |
| Duración del ingreso (días): Media $\pm$ SD | 23 $\pm$ 12,3                                  | 21,1 $\pm$ 12,3        | -0,443                 |                | 0,659 |
| CGI-Mejoría: Mediana (RIQ)                  | 1 (1-1)  | 2 (1-2)                |                        | 162            | 0,002 |
|   | Recuento (%)                                   | Recuento (%)           |                        | X <sup>2</sup> | p     |
| Sexo  |  |                        |                        | 3,5            | 0,060 |
| -Mujer                                      | 8 (72,7)                                       | 27 (42,2)              |                        |                |       |
| -Hombre                                     | 3 (27,3)                                       | 37 (57,8)              |                        |                |       |

DUP: Duración de la psicosis sin tratar  
 APS: Antipsicótico (equivalencia Clorpromacina)  
 BZD: Benzodiazepina (equivalencia Clorazepato Dipotásico)  
 CGI: Impresión Clínica Global  
 PANSS: Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia

(DS+8,5) y en el grupo de "no cicloides" 27,1 años (DS+5,6) (Tabla 1).

Para toda la muestra, la mediana de la duración de la psicosis sin tratar (DUP) fue de 60 días, con un rango intercuartílico de 15 a 120 días. Y se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ( $p < 0,001$ ;  $u = 53$ ), con una menor duración en el grupo de los "cicloides" (Tabla 1).

En cuanto al sexo, el 53,3% ( $n = 40$ ) de toda la muestra eran varones, mientras que un 46,7% ( $n = 35$ ) eran mujeres. Y tampoco se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ("cicloides" y "no cicloides") ( $p = 0,06$ ,  $\chi^2 = 3,5$ ) (Tabla 1).

En la CGI-Gravedad, se encontraron diferencias (aunque no estadísticamente significativas) ( $p = 0,06$ ;  $u = 234$ ) entre los "cicloides" y "no cicloides". Observándose una puntuación mediana igual para ambos grupos (CGI-Gravedad = 5 = "Marcadamente enfermo"), pero con un rango mayor en los "cicloides" que en los "no cicloides" (RIQ 5-6 y RIQ 4-5, respectivamente) (Tabla 1).

Respecto a las medidas clínicas de sintomatología psicótica, se encontraron diferencias significativas en la puntuación total de la PANSS ( $p = 0,003$ ;  $t = -3,107$ ) al comparar ambos grupos, presentando una puntuación total mayor el grupo de los "cicloides" (110,5 $\pm$ 22,1) que el de los "no cicloides" (87,5 $\pm$ 22,8) (Tabla 1).

Todos los pacientes habían sido tratados con antipsicóticos atípicos de segunda generación (risperidona, ziprasidona, olanzapina, aripiprazol o quetiapina) en monoterapia antipsicótica (Tabla 2). La dosis mediana de antipsicóticos pautaada al alta hospitalaria y transformada en equivalentes de clorpromacina, fue de 337,3 miligramos (DS+144) para toda la muestra. Y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos ("cicloides" y "no cicloides"), en la dosis de antipsicóticos (equivalentes de clorpromacina) administrada al alta hospitalaria ( $p = 0,17$ ;  $t = -1,385$ ) (Tabla 1).

La dosis de benzodiazepinas pautaada al alta hospitalaria y transformada en equivalentes de clorazepato dipotásico, fue de 0 miligramos RIQ (0-22,5), ya que tan sólo a un 41,3% ( $n = 31$ ) de los pacientes se les prescribió al alta tratamiento benzodiazepínico, frente a un 58,7% ( $n = 44$ ) de los pacientes a quienes no se les prescribió ese tratamiento. Y si bien se observó que al 100% de los pacientes "cicloides" se les prescribieron benzodiazepinas al alta, tan sólo un 31,3% de los "no cicloides" precisaron de este tratamiento. Encontrándose también diferencias significativas ( $p < 0,001$ ;  $u = 28,0$ ) en la dosis de benzodiazepinas (en equivalentes de clorazepato dipotásico) entre ambos grupos (Tabla 1).

A ningún paciente de la muestra se le había administrado TEC (Terapia Electro Convulsiva). Y a ningún paciente se le prescribió tratamiento antimicótico, ni antidepresivo.

| Tabla 2                            | Tratamiento antipsicótico pautado |                     |                             |
|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------|
|                                    | "no cicloides"<br>n=64            | "cicloides"<br>n=11 | TOTAL DE LA MUESTRA<br>n=75 |
| Pacientes tratados con Risperidona | 35                                | 6                   | 45                          |
| Dosis (mg): Media $\pm$ DS         | 5,5 $\pm$ 2,2                     | 6,2 $\pm$ 3,4       | 5,7 $\pm$ 2,2               |
| Pacientes tratados con Olanzapina  | 8                                 | 2                   | 10                          |
| Dosis (mg): Media $\pm$ DS         | 23 $\pm$ 7                        | 35 $\pm$ 7          | 25,4 $\pm$ 8,2              |
| Pacientes tratados con Ziprasidona | 14                                | 2                   | 16                          |
| Dosis (mg): Media $\pm$ DS         | 182,9 $\pm$ 66                    | 200 $\pm$ 56,4      | 185 $\pm$ 63,5              |
| Pacientes tratados con Aripiprazol | 6                                 |                     | 6                           |
| Dosis (mg): Media $\pm$ DS         | 17 $\pm$ 7,6                      |                     | 17 $\pm$ 7,6                |
| Pacientes tratados con Quetiapina  | 1                                 | 1                   | 2                           |
| Dosis (mg): Media $\pm$ DS         | 600                               | 600                 | 600                         |

El número de días de hospitalización para el total de la muestra fue de 21,5 días (DS+12,4). Y no se encontraron diferencias significativas en el número de días hospitalizado entre el grupo de "cicloides" y "no cicloides" ( $p=0,659$ ;  $t=-0,443$ ) (Tabla 1).

En la sub-escala de Mejoría de CGI, se encontraron diferencias significativas ( $p=0,002$ ;  $u=162$ ) entre "cicloides" y "no cicloides", con una mejoría significativamente mayor en los "cicloides" (Tabla 1).

## DISCUSIÓN

La detección de los posibles casos de psicosis cicloide, permitió observar que estos síndromes representaron el 14,7% de del total de los ingresos por un primer episodio psicótico, en sintonía con los escasos estudios previos que las cifran entre el 10-15%<sup>15</sup>.

Como es lógico, la DUP (duración de la psicosis sin tratar) en los pacientes "cicloides" fue muy inferior al resto de primeros episodios "no cicloides", ya que se utilizaron los criterios diagnósticos de Perris y Brockington entre los cuales se incluye "Comienzo brusco: desde el estado normal hasta el acmé de la psicosis transcurren entre unas horas y varios días".

Otro hallazgo diferencial de las psicosis cicloides respecto al resto de primeros episodios psicóticos, fue la impresión clínica de mayor gravedad así como la puntuación mayor en la PANSS-total observada en los pacientes "cicloides". Lo que se explicaría por el añadido psicopatológico de la clínica confusional (agitado y/o inhibido) y las alteraciones de la motilidad (hipo y/o hiperkinéticas) que caracterizan a las psicosis cicloides.

En lo que concierne al tratamiento pautado al alta hospitalaria, lo primero que llama la atención es que la dosis de

antipsicótico, aunque aparentemente mayor para el grupo de los "cicloides", lo cierto es que no fue estadísticamente diferente a la dosis pautada en los "no cicloides". Estos resultados contrastarían con la idea clásica según la cual los antipsicóticos, por lo menos los de primera generación, no estarían indicados en el tratamiento agudo de las psicosis cicloides. Más aun cuando, la respuesta al tratamiento fue favorable en todos los pacientes "cicloides".

No obstante, conviene recordar que:

1. Hasta el momento actual no se han realizado estudios controlados sobre el tratamiento de las psicosis cicloides.
2. Los datos sobre tratamiento se basan en la experiencia clínica, en estudios no controlados y en referencias publicadas de casos aislados.
3. 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 y/o "catatonía letal"<sup>3,17</sup>.
4. En la muestra del presente estudio, todos los pacientes "cicloides" habían sido tratados con antipsicóticos atípicos de segunda generación. Y en la actualidad, recientes estudios<sup>3,14,27</sup> nombran los antipsicóticos atípicos como posibles de ser utilizados por sus propiedades estabilizadoras del ánimo.

Por otra parte, a diferencia de los hallazgos encontrados en el tratamiento con antipsicóticos, cuando se compararon las dosis de benzodiazepinas al alta entre el grupo de "cicloides" y "no cicloides", se evidenció una dosis al alta

sustancialmente mayor en el grupo de los "cicloides". En este sentido, las benzodiazepinas a dosis altas, clásicamente se han utilizado durante la fase aguda de las psicosis cicloides, posiblemente por el componente catatoniforme (donde las benzodiazepinas son de elección).

Conviene recordar que en palabras del propio Leonhard<sup>1</sup>, "las psicosis cicloides son un grupo de trastornos psicóticos agudos y autolimitados que pueden diagnosticarse de una manera fiable en base a la valoración transversal de las características clínicas del cuadro". Esta afirmación ha creado cierto desorden conceptual a lo largo de los años, al suponer que la noción de "autolimitado" y la de "transversal" son sinónimos a la de "brevedad". De hecho, según Ferris<sup>28</sup>, la duración de cada uno de los episodios de la psicosis cicloide suele oscilar entre varias semanas y varios meses, si bien en una substancial minoría de los pacientes, la duración puede ser menor de una semana o de hasta más de un año. Por este motivo no parece extraño que no se hallasen diferencias en la duración en días del ingreso hospitalario entre los pacientes "cicloides" y el resto de primeros episodios psicóticos. La replicación de este hallazgo, que de forma similar ya ha sido descrito por otros autores<sup>15</sup> es importante y debe ser tenido en cuenta por los clínicos, para así evitar un diagnóstico erróneo de esquizofrenia, sobre todo en pacientes con un primer episodio psicótico.

Finalmente, como se ha comentado anteriormente, los pacientes con psicosis cicloide se recuperan totalmente del episodio psicótico. Y a pesar de la buena respuesta al tratamiento y mejoría que gozan los primeros episodios psicóticos en general, los resultados del presente estudio respecto a la mejoría al alta hospitalaria, resultan fácilmente predecibles. Es decir, que parece lógico y esperable que los pacientes "cicloides" puntuasen significativamente mejor que el resto de primeros episodios psicóticos en la sub-escala de Mejoría de la CGI.

## CONCLUSIONES

En relación al tratamiento agudo de las psicosis cicloides, se podría resumir que:

1. El tratamiento con antipsicóticos o benzodiazepinas, así como estabilizadores del ánimo o terapia electroconvulsiva, es puramente empírico y basado en la experiencia.
2. No existen estudios comparativos randomizados entre las diferentes intervenciones ni con respecto a placebo.
3. No existen conclusiones definitivas sobre algoritmos desarrollados con antipsicóticos atípicos o combinaciones, pero es indudable que su utilización abre una nueva expectativa terapéutica.

El presente estudio, sin contradecir la idea clásica del tratamiento agudo de las psicosis cicloides, contribuye a

abrir una nueva expectativa terapéutica. De manera que, en el tratamiento del primer episodio de una psicosis cicloide, el uso de antipsicóticos atípicos podría tener un efecto particularmente beneficioso, especialmente si se combina con benzodiazepinas a dosis altas. En el caso de los antipsicóticos atípicos (o de nueva generación), se postularían como potencial herramienta terapéutica gracias a su efecto en la modulación afectiva a través de la afinidad por receptores 5HT (5HT<sub>2A</sub>, 5HT<sub>1A</sub>, 5HT<sub>2C</sub> y más recientemente descrito 5HT<sub>7</sub>). 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.

No obstante, el presente estudio cuenta con algunas limitaciones, siendo la más importante la que hace referencia al tamaño muestral pequeño. Por otra parte, la mayor gravedad de sintomatología psicótica observada en las psicosis cicloides, podría justificar las diferencias en el tratamiento escogido. Es por tanto preciso la realización de estudios controlados que confirmen estos datos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Leonhard K. Cycloid psychoses-endogenous psychoses, which are neither schizophrenic or manic-depressive. *J Ment Sci.* 1961;107:632-48.
2. Barcia D. Psicosis cicloides. Madrid: Tricastela, 1998.
3. Peralta V, Cuesta MJ, Zandío M. Cycloid psychosis: an examination of the validity of the concept. *Curr Psychiatry Rep.* 2007;9:184-92.
4. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. *Am J Psychiatry.* 1994;151:144-54.
5. Langfeldt G. The schizophreniform states. Copenhagen: Munksgaard, 1939.
6. McCabe MS. Reactive psychoses. A clinical and genetic investigation. *Acta Psychiatr Scand.* 1975;259:1-133.
7. Mitsuda H. The concept of atypical psychoses—from the aspect of clinical genetics. *Acta Psychiatr Scand.* 1965;41:372-7.
8. McNeil TF. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. 1. Clinical characteristics of the current postpartum episodes. *Acta Psychiatr Scand.* 1986;74:205-16.
9. Pichot P. The diagnosis and classification of mental disorders in French-speaking countries; background, current views and comparison with other nomenclatures. *Psychol Med.* 1982;12:475-92.
10. Peralta V, Cuesta MJ. Cycloid psychosis. *Int Rev Psychiatry.* 2005;17:53-62.
11. García-Andrade RF, Díaz-Marsa M, Carrasco JL, López-Mico C, Saiz-González, López-Ibor JJ, et al. Diagnostic features of the cycloid psychoses in a first psychotic episode sample. *J Affect Disord.* 2011;130:239-44.
12. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva, 1993.
13. American Psychiatric Association. DSM-5. [www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/SchizophreniaSpectrumandOtherPsychoticDisorders.aspx](http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/SchizophreniaSpectrumandOtherPsychoticDisorders.aspx): 2013.
14. Harima H. Diagnosis and treatment of "acute psychosis" from

- the dimensional perspective. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2011;113:1235-40.
15. Peralta V, Cuesta MJ. The nosology of psychotic disorders: a comparison among competing classification systems. *Schizophr Bull*. 2003;29:413-25.
  16. Peralta V, Cuesta MJ. Cycloid psychosis: a clinical and nosological study. *Psychol Med*. 2004;33:443-53.
  17. Derito M, Martínez-Rodríguez G, Monchablon-Espinoza A. Las Psicosis Cicloides: Psicosis Bipolares no Maníaco-depresivas. *Alcmeón*. 2005;47:271-99.
  18. Little JD, Ungvari GS, McFarlane J. Successful ECT in a case of Leonhard's cycloid psychosis. *J ECT*. 2000;16:62-7.
  19. Ahokas A, Aito M, Rimon R. Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:166-9.
  20. 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.
  21. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, 2000.
  22. Bromet EJ, Schwartz JE, Fennig S, Geller L, Jandorf L, Kovasznay B, et al. The epidemiology of psychosis: the Suffolk County Mental Health Project. *Schizophr Bull*. 1992;18:243-55.
  23. Larsen TK, Moe LC, Vibe-Hansen L, Johannessen JO. Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2000;45:1-9.
  24. Brockington IF, Perris C, Kendell RE, Hillier VE, Wainwright S. The course and outcome of cycloid psychosis. *Psychol Med*. 1982;12:97-105.
  25. Woods SW. Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64:663-7.
  26. Ashton H. *Benzodiazepines: How they Work & How to Withdraw (The Ashton Manual)*. Newcastle University, 1993.
  27. Ehlis AC, Zielasek J, Hemmann MJ, Ringel T, Jacob C, Fallgatter AJ. Beneficial effect of atypical antipsychotics on prefrontal brain function in acute psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;225:299-307.
  28. Perris C. A study of cycloid psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 1974;253:1-77.