

# Psicosis cicloide. A propósito de un caso

H. Dolengevich Segal y J. Saiz Ruiz

Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid

## Cycloid psychoses. A case report

### Resumen

Las psicosis cicloides, descritas por Leonbard, se caracterizan por un comienzo repentino, sintomatología delirante polimorfa e inestable, variación importante del estado de conciencia, ausencia de síntomas físicos, remisión rápida con restitutio ad integrum y normalidad intercrítica. Leonbard clasificó estas psicosis en tres grupos: psicosis de angustia-felicidad, psicosis confusional (inherente-estuporosa) y psicosis de la mortilidad (acinéctica e hiperkinética). Los rasgos esenciales de las psicosis cicloides son: polimorfismo, alteración global de la vida psíquica, agudeza en la aparición de los síntomas, insomnio total 3 días antes de la aparición de los síntomas, labilidad intra e interepisódica, tendencia a la alternancia (estructura polar), tendencia a la repetición de los episodios (fases) y buen pronóstico a largo plazo.

Presentamos el cuadro clínico y la evolución de una paciente que cumple las características de este tipo de psicosis endógenas.

**Palabras clave:** Psicosis cicloide.

### Summary

Cycloid psychoses, described by Leonbard, have a sudden onset, unstable polymorphic delusion symptomatology, labile state of consciousness, lack of physical symptoms, quick remission with no residual mental abnormalities and normality between episodes. Leonbard distinguished three clinical forms: anxiety-happiness psychosis, excited-inhibited confusion psychosis and hyperkinetic-akinetic motility psychosis. The essential characteristics of this clinical subtypes are: polymorphism, global disturbance of psychic life, acute appearance of symptoms, total insomnia 3 days before onset of symptomatology, intra and interepisode lability, polar structure, tendency to repetition of episodes (phases) and a good long-term prognosis.

We present a patient's clinical history and evolution that illustrate the characteristics of this kind of endogenous psychoses.

**Key words:** Cycloid psychosis.

## INTRODUCCIÓN

Bajo la denominación de trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23) la CIE-10 reúne una serie de cuadros clínicos caracterizados por: *a*) comienzo agudo (de menos de 2 meses); *b*) presencia de síndromes típicos, y *c*) presencia de estrés agudo.

Sin embargo, se señala acertadamente que no es necesario que se den los tres rasgos referidos para llegar a un diagnóstico adecuado. El hecho fundamental reside en la agudeza del proceso, en el sentido de que en pocas horas puede aparecer un cuadro psicótico florido y, en segundo lugar, que este cuadro esté determinado por síntomas típicos y característicos, como la alteración de la conciencia, el afecto y la psicomotilidad.

De todo el grupo, ciertamente, son las psicosis cicloides el cuadro fundamental que en la CIE-10 se califican

de «trastorno psicótico agudo polimorfo». Aunque el cuadro puede surgir como consecuencia de situaciones de estrés, en ocasiones los trastornos aparecen sin la concurrencia de factores desencadenantes. Finalmente, hay que señalar que es característica la relativa benignidad del proceso, ya que en poco tiempo, en la mayoría de los casos, el paciente vuelve a la normalidad psíquica, lo que contrasta con la usual malignidad de los procesos esquizofrénicos. En el DSM-IV no se reconoce la independencia de este cuadro, por lo que los pacientes que sufren de este trastorno se incluyen en el trastorno esquizofreniforme o en un trastorno psicótico breve<sup>1</sup>.

A propósito de las anteriores consideraciones, presentamos el siguiente caso clínico seguido de un análisis de la sintomatología, proponiendo como diagnóstico la psicosis cicloide.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 38 años de edad que es traída al Servicio de Urgencias, y presenta una herida de arma blanca en el hemiabdomen superior a nivel del epigastrio, por intento autolítico en el contexto de un episodio psicótico.

### Correspondencia:

Helen Dolengevich Segal  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital Ramón y Cajal  
Ctra. Colmenar, km 9,100  
28034 Madrid  
Correo electrónico: edolen@ya.com

No cuenta con antecedentes medicoquirúrgicos de importancia. Como antecedentes psiquiátricos presenta un cuadro psicótico de características esquizofreniformes a los 17 años, de mes y medio de duración, tratada con psicofármacos y con recuperación *ad integrum*. En un período breve de tiempo (1 a 2 días) comienza a comportarse de un modo «extraño», diciendo incoherencias y con fluctuaciones en su estado de ánimo. Hace referencia constante a los muertos y presenta falsos reconocimientos. Posteriormente a este cuadro comienza con sintomatología depresiva, con sentimientos de tristeza y minusvalía, anhedonia parcial, hipobulia e insomnio de conciliación, la cual remite sin tratamiento después de aproximadamente 1 año.

Un año antes de la enfermedad actual presenta nuevamente síntomas depresivos. Se sentía triste y pesimista, cansada, con sueño poco reparador y ansiedad flotante. Después de 3 meses se le pauta tratamiento con paroxetina 20 mg 1-0-0 y bromacepam 1,5 mg 0-0-1 durante 4 meses, desapareciendo la sintomatología y suspendiendo el tratamiento. Se mantiene estable durante 6 meses, hasta que comienza a tener errores mínimos en el área laboral, lo cual la hace preocuparse excesivamente por cada detalle del trabajo; no era capaz de concentrarse ni de mantener la atención más allá de unos pocos minutos, con sentimientos de tristeza, minusvalía y culpa por «no poder cumplir las expectativas de los demás». Llegaba a casa preocupada, con rumiaciones obsesivoides acerca de estas cuestiones, sin lograr descansar e incrementándose su ansiedad paulatinamente.

Como antecedentes familiares, su hermana mayor fallece a los 42 años por un accidente cerebrovascular agudo y tiene un sobrino de 18 años con diagnóstico de dismorfofobia delirante.

Respecto a la personalidad previa, se describe a sí misma como muy perfeccionista, aunque flexible, inteligente, sensible, trabajadora e impaciente. Es muy autoexigente; suele menospreciar sus logros y está muy necesitada de reconocimiento por parte de los demás. Es católica no practicante y no considera importante el tema de la religión. Practica el yoga habitualmente, le gusta el cine, leer y escribir.

La enfermedad actual comienza 1 semana antes del ingreso en el hospital, presentando reagudización de la sintomatología depresiva ya previamente establecida. Refiere ánimo bajo con ansiedad. Comienza de manera paulatina con inquietud psicomotriz, lo que le hacía estar en casa moviéndose todo el tiempo, pero sin llegar a concretar ninguna tarea, lo que incrementaba sus sentimientos de inutilidad. Refiere dificultad para conciliar el sueño, llegando al insomnio global 4 días antes del ingreso; se le agolpaban pensamientos en la cabeza a gran velocidad; pensaba «todo esto tiene que tener una solución...». Se sentía responsable por las desgracias de su familia. Tenía intuiciones de tipo místico-religioso que la inundaban y le hacían darse cuenta de las cosas, como una especie de revelación: «Dios es el que da un orden a la vida...; no puedes saltar las normas de la vida.» En los últimos días se encontraba confusa; vivía en un estado

oniroide; le costaba darse cuenta de lo que era real y lo que no. «Era como si viviera en una película y yo fuera parte del guión.» Sus conductas se tornaron extravagantes y sin sentido. El estado de ánimo era fluctuante, pasando de la angustia a la felicidad de un momento a otro, sin una causa aparente, muchas veces inapropiada. El día del ingreso mantenía una sensación de extrañeza constante. Tenía la percepción delirante de que sólo ella podía comprender que «lo que sale en la tele hace referencia a una situación de locura en todo el mundo», sintiendo que era la elegida para «ayudarlos a todos». Sin ningún desencadenante aparente, tomó un cuchillo y se lo clavó en el abdomen, con la sensación de que «todo era irreal». Se encontraba tranquila, pero cuando la trataron de ayudar presenta importante angustia y agitación psicomotriz, requiriendo contención física. Es trasladada al hospital en ambulancia. Ya en el servicio de urgencias solicitaron la valoración por psiquiatría para sedarla.

En la exploración psicopatológica se encuentra consciente, con orientación no valorable. Abordable, aunque ofrece nula colaboración. Contacto ausente, perplejidad ocasional. Por momentos, suspicaz, recelosa debido a la sujeción mecánica. Discurso coherente, aunque por momentos incongruente, vago y circunstancial, con referencias continuas a la muerte y verbalización de un temor vago a ser perjudicada. Preocupación por resolver problemas familiares. Ideación deliroide de tinte oniroide; por momentos confusa. Falsos reconocimientos. Sin evidencia de alteraciones sensorio-perceptivas. Alterna momentos de angustia-felicidad, inapropiada e insulsa. Insomnio global e hiporexia. Nula conciencia de enfermedad. La exploración física revela herida incisa en epigastrio de aproximadamente 4 cm que a la exploración no parece penetrante. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Tensión arterial: 110/70; frecuencia cardíaca: 100 lpm; temperatura: 37 °C.

Durante su estancia en el servicio de urgencias se procede a la sujeción mecánica y la sedación. La tomografía computarizada (TC) abdominal muestra «incisión de la herida en pared abdominal anterior; aumento de tamaño del músculo psoas derecho, con pequeña lengüeta de líquido y desflecamiento de su contorno». La placa de abdomen evidencia «pequeño neumoperitoneo». Hemograma con leucocitosis: 21.000 (90 N); resto, normal. Se mantiene en observación y con tratamiento a base de haloperidol 10 mg/día, biperideno 2 mg/día y clonazepam 4 mg/día.

Se evalúa a la paciente 2 días después del ingreso, estando ingresada en el servicio de cirugía. Se la encuentra consciente y orientada en las tres esferas, tranquila, discretamente somnolienta. Realiza crítica parcial del evento. No se evidencian ideas delirantes ni alteraciones de la sensorio-percepción. Eutímica, con el afecto levemente embotado, aunque apropiado. Sin ideación autolítica, ni auto o heteroagresividad. Sueño incrementado y comienza a tolerar la vía oral.

Se ajusta tratamiento, disminuyendo el clonazepam a 2 mg/día. En el servicio de cirugía evoluciona sin complicaciones, por lo que se da de alta. En los aspectos psiquiátricos evoluciona favorablemente, ya sin somnolen-

cia diurna y cada vez con más conciencia del episodio. Considerando la ausencia de sintomatología psicótica o confusional, así como el excelente apoyo familiar, se decide dar de alta a la paciente para seguimiento por consulta externa. Las pruebas complementarias realizadas revelan: TSH, tóxicos en orina, vitamina B<sub>12</sub>, ácido fólico normales. TC de cráneo: normal.

Tras ser dada de alta se mantiene seguimiento semanal a través de consulta externa. Al inicio, la paciente presentaba ánimo bajo, poca iniciativa y dificultad para realizar sus actividades diarias, con disminución en la atención y la concentración. Asimismo presenta ansiedad diurna, con rumiaciones obsesivoides acerca del episodio psicótico, que le generan angustia y preocupación ante la posibilidad de que se vuelva a presentar. Conforme va tomando conciencia del episodio presenta sentimientos de culpabilidad y responsabilidad ante lo ocurrido. Con sueño fraccionado, poco reparador. Refiere una sensación de inquietud psicomotriz que no la deja estar quieta en un sitio, lo que se interpreta como acatisia. Se agrega al tratamiento paroxetina hasta 40 mg y se disminuye paulatinamente el haloperidol, para después sustituirlo por olanzapina 5 mg por la noche, por lo que se retira el biperideno y el clonazepam se mantiene sólo en caso necesario.

Después de aproximadamente 4 semanas comienza una mejoría del estado de ánimo, desaparece la ansiedad y el sueño es adecuado. Se muestra más segura de sí misma, logra quedarse sola y cuidar de sus hijos; manifiesta deseos de trabajar, sintiéndose cada vez más capaz de llevar una vida totalmente integrada tanto en el plano familiar como en el laboral.

## DISCUSIÓN

Las psicosis cicloides, elaboradas por Leonhard, proceden del desarrollo de los planteamientos fundamentales de Magnan en Francia y de Wernicke y Kleist en Alemania<sup>1</sup>. Magnan<sup>2</sup> y Legrain<sup>3</sup> describieron unas psicosis agudas que denominaron *bouffées délirantes*, caracterizadas por un comienzo repentino, sin factor desencadenante, semiología delirante polimorfa e inestable, variación importante del estado de conciencia, ausencia de síntomas físicos, remisión rápida con *restitutio ad integrum* y normalidad intercrítica.

Kleist<sup>4</sup> a su vez, con las influencias de Wernicke en principio y posteriormente de Westphal y Schroder, elaboró la noción de «psicosis marginales» (*randpsychosen*), que llamó así porque se relacionaban prácticamente con todas las psicosis endógenas de la clasificación de Kraepelin<sup>5</sup>, pero sólo en lo referente a la sintomatología, ya que estableció que eran psicosis autóctonas e independientes. Los cinco grupos que Kleist distinguió son: psicosis cicloides, psicosis del yo, psicosis paranoides, psicosis epileptoides y psicosis de la cualidad de relación<sup>6</sup>.

A partir de la investigación de Kleist, Leonhard propuso el nombre de psicosis cicloides para referirse a la totalidad de los cuadros<sup>7</sup>. Leonhard clasificó estas psico-

sis en tres grupos: psicosis de angustia-felicidad, psicosis confusional (incoherente-estuporosa) y psicosis de la motilidad (acinética e hipercinética)<sup>8</sup>. Lo característico de estos cuadros es el estado de labilidad, apareciendo una mezcla sindrómica, tanto dentro de la misma fase (labilidad intrafásica) como de una fase a otra (labilidad interfásica). Cabaleiro considera que la psicosis de angustia y la de felicidad no constituyen una unidad, sino que son síndromes marginales ambos: la primera del círculo maniaco-depresivo o timopático y la segunda se identifica con la psicosis aguda expansiva de inspiración de Kleist<sup>9</sup>.

Los rasgos esenciales de las psicosis cicloides son: polimorfismo, alteración global de la vida psíquica, agudeza en la aparición de los síntomas, insomnio total 3 días antes de la aparición de los síntomas, labilidad intra e interepisódica, tendencia a la alternancia (estructura polar), tendencia a la repetición de los episodios (fases) y buen pronóstico a largo plazo<sup>10</sup>.

La paciente que presentamos cumple los criterios de la CIE-10 para el trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia<sup>11</sup>, así como los del DSM-IV para el trastorno psicótico breve<sup>12</sup>. Sin embargo, al considerar que tuvo un primer episodio a los 17 años, caracterizado por fluctuación del estado de ánimo, referencia a los muertos y falsos reconocimientos, con recuperación completa, y un segundo episodio en la cuarta década de la vida de características similares, la consideración de la psicosis cicloide como diagnóstico se hace necesaria. Tomando en cuenta las características de estos cuadros, la paciente cumple con las condiciones necesarias para integrarse el diagnóstico: el insomnio global días antes de la eclosión de la sintomatología psicótica, en forma de intuiciones delirantes de tinte místico-religioso, la referencia constante a los muertos, los falsos reconocimientos, el ánimo fluctuante desde la angustia hasta la felicidad y el estado oniroide, evidenciándose una transformación de la vida psíquica de la paciente. Para un diagnóstico preciso se requiere que el comienzo sea agudo, estén presentes varios tipos de alucinaciones o ideas delirantes, variando de tipo e intensidad de un día a otro o dentro del mismo día, que exista un estado emocional cambiante y que a pesar de la variedad de los síntomas ninguno esté presente con la suficiente consistencia como para satisfacer las pautas de esquizofrenia o de un episodio maniaco o depresivo<sup>6</sup>.

Nuestra paciente respondió de manera favorable a la farmacoterapia con neurolépticos, desapareciendo por completo la sintomatología psicótica al cabo de 3 días. Esto es importante de cara al tratamiento, ya que aunque Leonhard se oponía al tratamiento crónico de las psicosis cicloides, existen otros autores que apoyan la utilización de antipsicóticos con o sin antiepilépticos, tanto para la rápida remisión de los episodios agudos como respecto a la prevención de recidivas<sup>13,14</sup>. Nosotros decidimos mantener al tratamiento durante por lo menos 3 meses con dosis bajas de olanzapina y agregar paroxetina para tratar la sintomatología depresiva, a lo cual ha tenido una buena respuesta clínica y excelente tolerancia.

Hay autores que consideran las psicosis cicloides como una forma atípica de las psicosis afectivas<sup>15,16</sup>. Así, también, el agrupamiento de síntomas similares o compartidos ha recibido distintas denominaciones, tales como psicosis reactiva<sup>17</sup>, psicosis esquizoafectiva<sup>18</sup>, *bouffée délirante*<sup>19</sup>, psicosis atípica<sup>20</sup> o psicosis puerperal<sup>21</sup>. La clasificación hecha por Leonhard de las psicosis endógenas y el planteamiento de las psicosis cicloides como una categoría nosológica independiente, distinta del trastorno maniaco-depresivo y las esquizofrenias, coincide con otros autores<sup>22-24</sup> y ha sido de gran utilidad en los últimos años, ya que permite clasificar de una manera más apropiada cuadros como el que se presenta en esta comunicación. La concepción original de Leonhard acerca de las psicosis cicloides ha sido confirmada ampliamente por la investigación actual<sup>25-28</sup>. De hecho, las modificaciones a este concepto, sobre todo las tendentes hacia la simplificación, han resultado en la pérdida de su valor heurístico. Un renovado énfasis en la caracterización precisa de manifestaciones y síndromes individuales, tal y como lo describieron en sus trabajos Wernicke, Kraepelin, Kleist y Leonhard, es muy prometedor como una vía de revivir un progreso en la comprensión científica de la etiología, genética, pronóstico y tratamiento de las distintas psicosis endógenas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barcia DS. Características de los cuadros delirantes de las psicosis cicloides. *An Psiquiatría* 2002;18(9):389-97.
2. Magnan V. Leçons cliniques sur maladies mentales. París: Progress Medicales, 1893.
3. Legrain M. Du délire chez les dégénérés. París: Deshayes & Lecrosnier, 1886.
4. Kleist K. Über cycloide, paranoide und epileptoide psychosen and über die frage der degenerationpsychosen. *Swiz Arch Neur Psychiat* 1928;23:1-17
5. Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. [Ed. orig., 1919]. New York: Krieger RE, 1971.
6. Barcia DS. Capítulo 16. Psicosis cicloides. En: Tratado de psiquiatría. Tomo I. Madrid: Arán, 2000.
7. Leonhard K. Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology. Berlín: Springer, 1999.
8. Leonhard, K. Psicosis cicloides. En: Solé Segarra J, Leonhard G, editores. Tratado de psiquiatría. Madrid: Morata, 1959.
9. Cabaleiro GM. Psicosis marginales y atípicas endógenas, el concepto de psicosis mixtas y los síndromes esquizofrenoides, maniformes y seudodepresivos. En: Barcia D, editor. Esquizofrenia. Cuadros afines y cuadros delirantes. Madrid: ELA, 1997.
10. Barcia D. Psicosis cicloide. Madrid: Triacastela, 1998.
11. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992
12. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México: Masson, 1995.
13. Barcia D. Esquizofrenia y epilepsia. Afinidades y diferencias. *Actas Luso-Esp Neur y Psiq* 1977;3:121-32.
14. Barcia D. Epileptic schizophrenia-like psychoses and kindling phenomenon. *Eur J Psychiatry* 1992;6:5-15
15. Peralta V, Cuesta MJ. Cycloid psychosis: a clinical and nosological study. *Psychol Med* 2003;33:443-53.
16. Cutting JC. Relationship between cycloid psychosis and typical affective psychosis. *Psychopathology* 1990;23:212-9.
17. McCabe MS. Reactive psychoses. A clinical and genetic investigation. *Acta Psychiatr Scand* 1975(Suppl. 259).
18. Kasanin J. The acute schizo-affective psychoses. *Am J Psychiatry* 1933;13:97-126.
19. 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.
20. Mitsuda H. The concept of atypical psychoses-from the aspect of clinical genetics. *Acta Psych Scand* 1965;41:372-7.
21. McNeil TE. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. 1. Clinical characteristics of the current post-partum episodes. *Acta Psychiatr Scand* 1986;74: 205-16.
22. Perris C. A study of cycloid psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 1974;Suppl 253.
23. Maj M. Clinical course and outcome of cycloid psychotic disorder: a three-year prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:182-7.
24. Maj M. Cycloid psychotic disorder: validation of the concept by means of follow-up and family study. *Psychopathology* 1990;23:196-204.
25. Beckmann H, Franzek E. Chapter 28. Cycloid psychoses and their differentiation from affective and schizophrenic psychoses. En: Contemporary psychiatry. Vol. 3. Specific psychiatric disorders. Berlín: Springer, 2001.
26. Brockington IF, Roper A, Buckley M, et al. Bipolar disorder, cycloid psychosis and schizophrenia: a study using lifetime psychopathology ratings, factor analysis and canonical variate analysis. *Eur psychiatry* 1991;6:223-36.
27. Jönsson SAT, Jonsson H, Nyman AK, Nyman GE. The concept of cycloid psychosis: sensitivity and specificity of syndromes derived by multivariate clustering techniques. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:353-62.
28. Meda G, Martínez G, Morgante E. Numerical taxonomy applied to Leonhard's classification of endogenous psychoses. *Psychopathology* 1991;30:291-7.