

Psicosis periódica del adolescente. (Psicosis puberal periódica)

Por los Dres.:

JOSE PEREZ VILLAR* y PEDRO CAÑIZARES RODRIGUEZ**

Pérez Villar, J.; Cañizares Rodríguez, P. Psicosis periódica del adolescente. (Psicosis puberal periódica). Rev Cub Ped 51: 6, 1979.

La psicosis periódica del adolescente es un tipo de trastorno psicótico exclusivo del adolescente de uno y otro sexos y que no ha sido informado en nuestro país. El cuadro clínico consta de delirios poco estructurados, somnolencia y otros síntomas psicóticos. Evoluciona por crisis de corta duración con intervalos asintomáticos y recuperación final total. Su conocimiento es importante para el pediatra, por ser quien los recibe en primera instancia con frecuencia.

INTRODUCCION

En los últimos años hemos venido observando en nuestro servicio un tipo de afección psíquica de nivel psicótico que no se corresponde con ninguno de los tipos descritos en los libros de texto que hemos revisado¹⁻⁵ y que no aparece en la Octava Clasificación Internacional de Enfermedades ni en el Glosario Cubano (G-1).

Esta presentación se basa en el estudio de 9 pacientes observados durante los 3 últimos años en una etapa de recopilación y confirmación del cuadro clínico. Esta etapa fue precedida de un período anterior, cuya duración no podemos precisar, durante el cual estuvimos elaborando la conceptualización de

la entidad en contacto con nuestros primeros pacientes, que todavía no reconocíamos claramente como pertenecientes a un nuevo grupo⁶.

En revisión de la literatura a nuestro alcance hemos encontrado dos referencias extranjeras, una soviética⁷, y otra norteamericana⁸, en las que se describen cuadros clínicos similares al descrito por nosotros.

Cuadro clínico

Esta psicosis se presenta siempre en pacientes que ya han iniciado sus cambios puberales y, sobre todo, en las primeras etapas de dicho cambio. Por otra parte, no hemos encontrado referencia alguna a su presencia en adultos y ninguno de nuestros pacientes ha mantenido la enfermedad más allá de los 17 años. Se trata, al parecer, de un trastorno exclusivo del período adolescente.

La esencia de esta psicosis, que permite diferenciarla como un cuadro con personalidad propia, es una evolución

* Profesor Titular del ISCM. Jefe del servicio de psiquiatría del hospital pediátrico docente "William Soler".

** Residente de tercer año de psiquiatría infantil. Hospital pediátrico docente "William Soler".

en crisis, generalmente de corta duración, seguidas de periodos asintomáticos de recuperación total. El rango de duración de las crisis en nuestros casos oscila entre 4 y 36 días, y los intervalos asintomáticos, de duración también variable, entre 3 días y un año.

Los pacientes que hemos seguido hasta más allá de los 17 años, 4 en total (teniendo el de más edad 20 años), dejaron de tener crisis psicóticas a los 16 años o antes y no presentan secuelas de ningún tipo.

Las crisis se presentan de modo brusco, en pocas horas, y desaparecen de igual manera. En ocasiones los padres, después de familiarizarse con la afección, nos dicen que conocen el comienzo de una crisis por una mirada algo vaga, "como de borracho", que le observan al paciente. De igual manera que un día amaneció mal o se puso mal, otro amanece o se pone bien en unas horas, recuperando su expresión facial y conducta habituales.

Durante las crisis el paciente puede presentar los siguientes síntomas:

- a) Somnolencia: que no llega a ser un sueño profundo. Es posible despertarlo con relativa facilidad o él se despierta espontáneamente después de periodos de sueño de duración variable, en ocasiones de tan sólo unos minutos. Este es un síntoma muy frecuente, observado en 8 de nuestros 9 pacientes.
- b) Ruptura con la realidad: abandona sus estudios, su aseo personal, se desinteresa de la relación con las personas que lo rodean y de sus distracciones habituales.
- c) Ideas delirantes: aparecen generalmente acompañadas de temor y de llanto; son variables, a menudo cambiantes y poco estructuradas. Un paciente creía que su tía venía a atacarlo con un cuchillo, lo cual decía llorando asustado. Otro paciente decía que se había tragado la lengua. Otro que lo querían envenenar, sin precisar quién, pero negándose a tomar los alimentos.
- d) Pérdida de la autocritica: una paciente de 13 años, que habitualmente era muy recatada, se dejaba ver desnuda durante las crisis, sin ningún pudor. Otra expulsaba gases por el ano ruidosamente ante el psiquiatra que la entrevistaba. Un muchacho de 14 años comenzó a masturbarse en la sala de espera, sin parecer comprender la reacción que provocaba a su alrededor.
- e) Ausencia de síndrome confusional: este elemento negativo es importante para diferenciar esta psicosis de las sintomáticas. Aunque resulta difícil explorar la orientación en estos pacientes por el desinterés en el medio y la somnolencia que presentan, si se logra, en la mayoría de los casos puede comprobarse una correcta orientación. En nuestra casuística, sólo 2 de los 9 pacientes presentaban evidencia de confusión mental. La mayor parte de nuestros pacientes también fueron capaces de recordar, en los periodos intercríticos, muchas de las vivencias psicóticas tenidas durante las crisis.
- f) Conducta regresiva: los pacientes insisten en que la madre permanezca constantemente a su lado. Se muestran excesivamente cariñosos y "ñoños" y se conducen en general como niños más pequeños, cosa que desaparece totalmente cuando remite la crisis.
- g) Antecedente de proceso febril: en todos nuestros pacientes la primera crisis psicótica fue precedida de un episodio febril generalmente inespecífico, que terminaba generalmente 2 ó 3 días antes de los primeros síntomas psicóticos. En uno de los casos se comprobó hepatitis. Este paciente ha tenido un total de 6 crisis, 4 de las cuales ocurrieron cuando los parámetros sanguíneos de la función hepática se habían normalizado. En dos de los casos hubo otros episodios febriles que precedieron a algunas de las restantes crisis, pero en la mayoría de los casos las crisis

subsiguientes no fueron precedidas de fiebre u otra manifestación infecciosa.

El examen físico general, el examen neurológico y los exámenes de laboratorio, incluyendo el LCR, generalmente practicados dentro de la primera crisis, han sido negativos en todos nuestros casos.

El EEG fue normal en 6 de los casos, en 2 de ellos recogido durante una crisis. En un caso fue lento de base. Otro paciente presentó algunas oleadas de ondas lentas occipitales y otro mostró ondas lentas y punteagudas asincrónicas durante el sueño. Estos hallazgos no guardan necesariamente relación con la afección psíquica actual. Así, en 2 de los 3 pacientes con EEG anormal, existían antecedentes de riesgo perinatal y uno de ellos mostraba una inteligencia de nivel fronterizo en el WISC, con ligeras dificultades históricas de aprendizaje.

La inteligencia de los restantes 8 pacientes se encontraba dentro de límites normales y no habían presentado dificultades del aprendizaje.

El test de Rorschach pudo aplicarse a 4 de nuestros enfermos. Tres de ellos, practicados en períodos intercríticos, resultaron no psicóticos, y de éstos, uno normal y 2 mostraron rasgos neuróticos histéricos y obsesivos. El cuarto paciente mostraba en el test signos de salida o entrada en brote psicótico, cosa que concordó con el hecho de que fue practicado el último día de una de sus crisis.

En cuanto a los antecedentes patológicos familiares, no hemos encontrado en ninguno de nuestros casos, entre los padres, hermanos u otros familiares, antecedentes de una afección de este tipo en la adolescencia.

El rango de edades de nuestros pacientes al comienzo de la enfermedad, osciló entre 10.4/12 y 13.4/12 años. Todos presentaban cambios puberales correspondientes la mayoría a los estadios 2 y 3 de Tanner.

Diagnóstico diferencial

Debe hacerse fundamentalmente con:

a) Psicosis sintomáticas.

La ausencia de un síndrome confusional bien definido, el examen físico y neurológico, los análisis de laboratorio y el LCR negativos y la presencia de la característica somnolencia, pueden orientar hacia la posibilidad de una psicosis puberal, pero, a nuestro juicio, el diagnóstico sólo podrá hacerse con mayor rigor basándose en la evolución por crisis repetidas con intervalos asintomáticos y *restitutio ad integrum* final.

b) Histeria disociativa.

El carácter psicológicamente comprensible del fenómeno histérico, su relación intrínseca con la vida y los conflictos del paciente, la menor duración de las crisis y la falta de antecedente febril, permiten hacer frecuentemente el diagnóstico desde la primera crisis, antes de que la periodicidad del trastorno lo confirme.

c) Episodio esquizofrénico agudo.

Además de la personalidad premórbida esquizoide y de la presencia de alucinaciones (que son muy raras en las psicosis puberales), es de nuevo la evolución, es decir, la periodicidad, la que nos permite una diferenciación más segura.

d) Psicosis manícodepresiva.

Esta entidad constituye una rareza en la etapa de la adolescencia; además, los accesos maníacos o depresivos, centrados en cambios del humor (exaltación y depresión), no se parecen al cuadro de abulia y somnolencia, alternando con alguna excitación, característico de la psicosis puberal. El insomnio, característico de la fase depresiva de la PMD y la poca necesidad de sueño, contrastan con la hipersomnia característica de nuestros enfermos. En la PMD suelen observarse antecedentes familiares de la misma enfermedad, que faltan por completo en la psicosis puberal.

Evolución y pronóstico

El número de crisis que puede presentar un paciente con psicosis puberal periódica es muy variable. En nuestra casuística tenemos pacientes que han presentado dos crisis solamente y otros que han presentado hasta 16. El tiempo total de la enfermedad es también variable, oscilan entre 2 meses y 3 años.

El pronóstico, de acuerdo con lo que ya señalamos, es favorable, con recuperación total a largo plazo en todos los pacientes observados hasta ahora. Creemos necesario, sin embargo, realizar un número mayor de observaciones de seguimiento para confirmar estos datos referentes a la duración del trastorno y su pronóstico a largo plazo.

Etiopatogenia

Kleitman, Mnugin, autores soviéticos, y *Takashi*, autor japonés, citados por *Isaev*⁷, describen una psicosis periódica en adolescentes, con crisis que duran de 1 a 2 semanas, e intervalos asintomáticos de 15 días a 3 meses. Estos autores suponen un origen diencefálico de estos cuadros, debido a factores traumáticos o infecciosos. La descripción clínica de estos pacientes por estos autores incluye muchas manifestaciones que no concuerdan con las observadas por nosotros.

*Altschule*⁸, autor norteamericano, describe el caso de una niña de 13 años que presentó estados psicóticos de carácter periódico, cuyos síntomas eran muy similares a la de nuestros pacientes. En la revisión de la literatura que hace este autor cita informes de casos de varones con esta afección. Concluye que "en el presente estos pacientes deben ser considerados como portadores de una psicosis de origen y mecanismo desconocidos".

Nosotros entendemos que el antecedente febril, constante en nuestros pa-

cientes, hace pensar en la presencia de un factor de nivel biológico. Pero este factor posible no se muestra capaz de explicar la periodicidad de la afección. Consideramos que los estudios etiopatogénicos deben proseguirse, tanto en el nivel biológico como en el psicosocial.

Tratamiento

No hemos encontrado tratamiento efectivo para esta afección. Hemos empleado fenotiazinas y otros neurolepticos, antidepresivos, estimulantes del SNC (anfetamina y metilfenidato), tranquilizadores menores y antihistamínicos, sin lograr yugular la crisis ni evitar las recaídas.

Resulta importante en el manejo de estos pacientes el apoyo de los familiares, explicándoles las características de la afección y su buen pronóstico final. No parece que la continuación de los estudios escolares por parte del paciente durante los periodos de remisión, afecte negativamente la evolución de la enfermedad, por lo cual recomendamos a la familia que se le permita continuar estudiando si así lo desea —que es lo usual— y que se le ayude pedagógicamente en las materias en las que se atrase durante los periodos de ausencia de la escuela.

CONCLUSIONES

Esta afección, al parecer poco o nada conocida entre nosotros, nos parece de interés, tanto para el psiquiatra como para el pediatra. Este último es quien con frecuencia la recibe en primera instancia y teniendo en cuenta que, con frecuencia la primera crisis y en ocasiones, algunas de las subsiguientes, están precedidas por un episodio febril, resulta importante que realice el diagnóstico diferencial, especialmente con las psicosis sintomáticas.

SUMMARY

Pérez Villar, J.; Cañizares Rodríguez, P. *Periodic psychosis in the adolescent. (Periodic puberal psychosis)*. Rev Cub Ped 51: 6, 1979.

Periodic psychosis in the adolescent is a psychotic disorder exclusive for adolescents of both sexes and it has not been reported in our country. The clinical picture involves poor structured deliria, somnolence and other psychotic symptoms. It evolves with short episodes, asymptomatic intervals and total final recovery. Pediatricians must be aware of this affection since they frequently face it.

RÉSUMÉ

Pérez Villar, J.; Cañizares Rodríguez, P. *Psychose périodique de l'adolescent. (Psychose pubertaire périodique)*. Rev Cub Ped 51: 6, 1979.

La psychose périodique de l'adolescent c'est un type de trouble psychotique exclusif de l'adolescent des deux sexes, lequel n'a pas été rapporté dans notre pays. Le tableau clinique comprend des délires peu structurés, somnolence et d'autres symptômes psychotiques. Il évolue par des crises de courte durée avec des intervalles asymptomatiques et récupération finale totale. Sa connaissance est importante pour le pédiatre, car il doit recevoir fréquemment ces malades pour la première fois.

РЕЗЮМЕ

Перес Вийар, Х.; Канисарес Родригес, П. Периодический психоз у подростков. (Периодический пуберальный психоз). Rev Cub Ped 51: 6, 1979.

Периодический психоз у подростков представляет собой тип психического поражения, который имеет место исключительно у подростков; как одного, так и другого пола. О случаях такого поражения не было раньше информации в нашей стране. Клиническая картина подобного поражения включает в себе неструктурированный бред, вялость, а также другие психические симптомы. Развитие болезни, вызываемое не долго длящимся кризисом, с асимптотическими интервалами и с окончательным полным выздоровлением. Значение этого поражения является очень важным для педиатрии, так как врачи этой специальности очень часто и первыми принимают таких подростков, страдающих периодическим пуберальным психозом.

BIBLIOGRAFIA

1. Chess Stella, M.D. An introduction to child psychiatry. New York. Grunne and Stratton, Editors, 2nd. Edition, 1969.
2. Cooke, R.E. Bases psicológicas de la práctica pediátrica. España, Salud, Editores, S.A., 1970.
3. Freedman, A.M. et al. Comprehensive textbook of psychiatry. USA. Williams and Wilkins Co., Editors.
4. Kanner Led, M.D. Child psychiatry. Ch. C. Thomas, Publisher, 1948.
5. Slater, E. et al. Clinical psychiatry. 3erd. Edition. Instituto Cubano del Libro.
6. Pérez Villar, J. Psicosis Puberal. Presentado en la Jornada Nacional de Pediatría, 1973.
7. Isaev, D.N. Bases teóricas de los problemas centrales de la psiquiatría infantil. Editorial: Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. Vol. VII. Número extraordinario, 1966.
8. Altschule, M.; J. Brens. Periodic psychosis of puberty. Am J Psychiat 119 [12]: Junio, 1963.

Recibido: febrero 12, 1979.

Aprobado: mayo 16, 1979.