

# Psicose Cicloide: Um Caso Clínico

## *Cycloid Psychosis: A Case Report*

Andreia Curto<sup>1</sup>, Dinis Correia Mateus<sup>1</sup>, Fernando Cruz Pessoa<sup>1</sup>, Maria Vaz Velho<sup>2</sup>,  
Maria João Gracias<sup>1,2</sup>

**Autor Correspondente:**

Maria João Gracias [Maria.Gracias@hvfx.pt]  
Estrada Carlos Lima Costa, nº 2, Povos, 2600-009 Vila Franca de Xira, Portugal

### RESUMO

Os autores descrevem o caso clínico de uma doente com 41 anos com um episódio psicótico inaugural caracterizado por alucinações auditivo-verbais e visuais e delírios de caráter persecutório e místico-messiânico com discurso altissonante e catastrófico. Pela exuberância do quadro clínico, a doente foi internada, tendo sido excluída a causa orgânica para a sintomatologia. Foi medicada com risperidona, que manteve após alta, tendo atingido uma remissão total do quadro clínico e de funcionamento, retomando a sua atividade social e profissional. O diagnóstico foi de psicose cicloide. O relato deste caso justifica-se pela sua apresentação particular e importância de um correto diagnóstico, com adequada avaliação do ponto de vista orgânico e psiquiátrico, dado o bom prognóstico atribuído a esta patologia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Esquizofrenia; Perturbação Ciclotímica; Perturbações Psicóticas

### ABSTRACT

*The authors describe a clinical case of a 41-year-old woman with a first-episode psychosis characterized by visual, verbal, and auditory hallucinations, delusional persecutory and mystic-messianic ideation in parallel with high-sounding and catastrophic speech. Due to exuberant clinical presentation organic disease was excluded and the patient was admitted. The patient was medicated with risperidone, including after discharge, achieving total remission of the clinical and functional situation, having restarted professional and social activity. The report of this case is justified by its presentation and the importance of a correct diagnosis, with adequate medical assessment in view of the good prognosis attributed to this pathology.*

**KEYWORDS:** Cyclothymic Disorder; Psychotic Disorders; Schizophrenia

1. Nova Medical School - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

2. Serviço de Psiquiatria - Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca de Xira, Portugal.

Recebido: 27/02/2019 - Aceite: 19/03/2019

## INTRODUÇÃO

O conceito de psicose cicloide e a sua delimitação clínica têm vindo a ser alterados ao longo dos anos.<sup>1,2</sup> Historicamente, este conceito teve as suas origens em França, no final do séc. XIX, pelo psiquiatra Valentin Magnan que utilizou o termo “*bouffées délirantes*” para referir-se a psicoses agudas, transitórias com remissão rápida e *restitutio ad integrum* que cursavam com variações importantes do estado de consciência e das emoções do sujeito, acompanhadas de delírios polimórficos.<sup>3</sup> Também a escola alemã, no mesmo século, por Wernicke, descreveu vários quadros psicóticos com as mesmas características sem lhes atribuir, contudo, independência nosológica.<sup>3</sup>

O caminho iniciado por Wernicke e Magnan serviu de ponto de partida para a obra de Kleist que descreveu um conjunto de psicoses, chamadas cicloides,<sup>4</sup> que se manifestavam em diferentes momentos ao longo da vida, muitas vezes apresentando sintomas opostos de confusão e estupor, hipercinesia e acinesia, sem deterioração mental do doente.<sup>2,3</sup> Posteriormente, Karl Leonhard dividiu as psicoses cicloides em três subtipos: psicoses de ansiedade-êxtase, psicoses confusionais e da motilidade<sup>2</sup> (Tabela 1). Para Leonhard, as psicoses cicloides eram entidades que se enquadravam conceptualmente entre as perturbações episódicas do humor e a esquizofrenia crónica.<sup>5</sup> Estas três entidades nosológicas mantiveram-se até aos dias de hoje. Os critérios de diagnóstico das psicoses cicloides foram desenvolvidos por Perris<sup>6</sup> e encontram-se elencados na Tabela 2.

Muitos investigadores na área da saúde mental foram validando esta entidade nosológica, enquanto outros a consideravam uma variante das perturbações do humor, no espectro da perturbação bipolar ou mesmo como uma forma atípica de esquizofrenia. Também em Portugal a independência nosológica do conceito foi posta em causa pela escola de Lisboa pela mão de Pedro Polónio e Barahona Fernandes. No entanto, estes autores afirmavam que a descrição sindrômica era importante para a diferenciação de esquizofrenia aguda. Barahona Fernandes propôs uma nomenclatura diferente para estas psicoses escolhendo o termo holodisfrenia porque este fazia “sobressair o seu significado clínico, distinto do esquizofrénico”. A escola de Lisboa adotou, então, o termo holodisfrenia para caracterizar as situações em que existia “desintegração aguda da mente, sem dissociação da personalidade que evoluciona em episódios variados para a total reintegração do conjunto”. Barahona Fernandes destacava que neste quadro a consciência estava muitas vezes alterada, com a atenção difícil de fixar, incoerência

do pensamento, com perturbação da perceção, orientação e memória e incoerência no agir.<sup>3</sup>

A falta de consenso na definição e classificação das psicoses cicloides abrandou o interesse dos clínicos e investigadores após 1980.<sup>4</sup> No entanto, a inexistência de uma classificação satisfatória para os episódios psicóticos, por vezes recidivantes, mantém o interesse na matéria e a discussão atual uma vez que os sistemas internacionais de classificação das doenças incluem as psicoses cicloides nas perturbações psicóticas polimórficas com ou sem sintomas de esquizofrenia (*International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> Revision - ICD-10 F23*) ou nas perturbações psicóticas breves (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition - DSM-V 298.8*).<sup>5</sup>

Existem poucos dados de incidência de psicoses cicloides, mas Lindvall e colaboradores estimaram-na em 4,3/100 000 pessoas entre os 15 e os 50 anos de idade.<sup>7</sup> Os mesmos autores mostraram que a psicose cicloide era ligeiramente mais frequente nas mulheres e que constituía 20% das psicoses neste género.<sup>8</sup> Esta patologia é menos comum que a esquizofrenia (cerca de 1/3 da incidência), o que faz dela um desafio diagnóstico.<sup>7</sup>

## CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 41 anos, leucodérmica, casada, três filhos, trazida ao serviço de urgência em março de 2017 por quadro de agitação psicomotora, discurso incoerente e insónia total com cerca de três dias de evolução. À observação, a doente encontrava-se emagrecida, vígil, colaborante, orientada no espaço e no tempo. Encontrava-se muito agitada, com discurso altissonante, com atenção captável, mas não fixável. Fez falsos reconhecimento. Manifestava alterações da perceção, com alucinações auditivo-verbais e visuais (“ouvia uma voz de homem, amigável e tranquilizadora, que me dava indicações (...) falava com aquela voz (...) também conseguia ver-lhe o rosto (...) associei a Jesus Cristo”), bem como alterações do pensamento, com delírios de carácter persecutório e místico-messiânico. O humor era irritável. Não apresentava consciência mórbida significativa para o seu estado clínico.

Como antecedentes pessoais não apresentava história psiquiátrica significativa. Apurou-se uma sucessão de eventos marcantes no período prévio ao quadro que incluíram uma cirurgia a um dos seus filhos com complicações e emigração do marido. Por estes motivos, recorreu a uma médium que lhe disse estar a ser “vítima de bruxaria” e que seria necessário um retiro espiritual,

que veio a efetuar durante um fim-de-semana, três dias antes do início dos sintomas.

No serviço de urgência foram realizados exames laboratoriais que incluíram hemograma completo e cinética do ferro, avaliação da função renal, hepatobiliar e tiroideia, glicemia, ionograma sérico, marcadores de doenças autoimunes, serologias para *Treponema pallidum*, anticorpos anti-HIV, creatinina cinase, análise de urina tipo II e pesquisa de substâncias tóxicas na urina. Os resultados foram todos negativos. Foi medicada com diazepam 10 mg *per os* e haloperidol 5 mg e prometazina 50 mg, por via intramuscular. A doente efetuou uma tomografia computadorizada cranioencefálica que não revelou alterações quer da densidade, quer da morfologia.

Após exclusão de causa orgânica e dada a exuberância do quadro clínico foi decidido o internamento no serviço de psiquiatria, por episódio psicótico agudo inaugural.

Durante o internamento foi medicada com risperidona 2 mg/dia. Apresentou uma melhoria clínica significativa com recuperação rápida da consciência do seu estado clínico e remissão total do quadro. Teve alta mantendo a mesma terapêutica, francamente melhorada após 15 dias e encaminhada para consulta externa. Aos 15 dias após alta, encontrava-se bem, sem queixas e com completa recuperação da crítica em relação ao episódio psicótico.

## DISCUSSÃO

O caso clínico apresentado ilustra um caso típico de psicose cicloide tendo em conta as características do caso:

- Início abrupto;
- Duração limitada;
- Recuperação completa (*restitutio ad integrum* e geralmente com bom prognóstico);
- Sintomas polimórficos e flutuantes;

- Clínica que inclui sintomas afetivos e psicóticos (ideias delirantes, sentimentos de pseudo-êxtase místico, alterações do curso do pensamento e do movimento e algumas características mais típicas das psicoses cicloides como sejam os falsos reconhecimentos, alucinações visuais, vivências de iluminação e preocupações com a morte);
- Associação a eventos de vida stressores.

Dentro dos subtipos descritos por Leonhard (Tabela 1) o presente caso poderia enquadrar-se mais na ansiedade-êxtase visto que a doente se apresentava com grande ansiedade, ideias delirantes de ameaça e alucinações concordantes com as emoções. Convém notar que há, frequentemente, sobreposição dos diversos subtipos.

A psicose cicloide nem sempre é fácil de diagnosticar, principalmente nos episódios inaugurais, como foi o caso apresentado. É, por isso, importante efetuar diagnóstico diferencial com outras patologias, nomeadamente a esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, episódio maníaco e perturbação orgânica.

No serviço de urgência foi descartada causa orgânica através da avaliação laboratorial e imagiológica. As alterações hormonais, nomeadamente as tiroideias (quer hipo, quer hiperfunção)<sup>2,9</sup> e as infeções no sistema nervoso central podem estar na origem de psicoses<sup>2,10</sup> que assumem características similares às descritas no caso.

Em relação à esquizofrenia descartamos este diagnóstico vista a recuperação rápida, ausência de sintomas residuais e caráter polimórfico dos sintomas. Adicionalmente, a doente não apresentava personalidade pré-mórbida patológica, comum em doentes com esquizofrenia. Convém, contudo, destacar que a ICD-10 considera a psicose cicloide uma perturbação do espetro da esquizofrenia.

A perturbação esquizoafetiva é um diagnóstico diferencial importante porque coexistem sintomas afetivos e

TABELA 1. Características clínicas das psicoses cicloides. Adaptado de 2.

Psicose da motilidade	Psicose confusional	Psicose de ansiedade-êxtase
<b>Hipercinesia:</b> Aumento de movimentos expressivos/reactivos e distratibilidade.	<b>Excitada:</b> Pensamento incoerente, discurso excessivo ou com temática incoerente.	<b>Ansiedade:</b> Ansiedade grave, ideias autodestrutivas, de perseguição ou ameaça.
<b>Hipocinesia:</b> Ausência de movimentos reativos, rigidez dos movimentos expressivos e diminuição dos movimentos voluntários.	<b>Inibida:</b> Pensamento inibido, perplexidade, ideação autorreferencial e alucinações auditivas, visuais ou somáticas.	<b>Êxtase:</b> Humor elevado com ideias de felicidade, vocação, componente altruísta.
<b>Sintomas gerais:</b> Discurso incoerente, mutismo, alterações do humor e alucinações.	<b>Sintomas gerais:</b> Falsos reconhecimentos fugazes, ideação autorreferencial fugaz, alucinações fugazes e labilidade emocional.	<b>Sintomas gerais:</b> Ilusões ou alucinações relacionadas com as emoções e variações rápidas entre angústia e felicidade.

TABELA 2. Critérios de diagnóstico de psicose cicloide. Adaptado de 6.

Critérios de diagnóstico
1. Evento psicótico agudo, não relacionado com a administração ou abuso de fármacos ou drogas nem com lesões cerebrais, que ocorre pela primeira vez em doentes entre 15 e 50 anos de idade.
2. Este evento tem início abrupto em horas ou dias.
3. Pelo menos quatro dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Algum grau de confusão, habitualmente expresso como perplexidade ou desorientação;</li> <li>b. Delírios com humor incongruente, que qualquer tipo, a maioria de conteúdo persecutório;</li> <li>c. Alucinações de qualquer tipo, muitas vezes relacionadas com a temática da morte;</li> <li>d. Experiência arrebatadora de ansiedade, não ligada a situações particulares (pan-ansiedade);</li> <li>e. Sentimentos de felicidade ou êxtase, muitas vezes com tonalidade religiosa ou mística;</li> <li>f. Alterações da motilidade do tipo híper ou hipocinético;</li> <li>g. Preocupação vincada com a morte;</li> <li>h. Alterações da tonalidade do humor, mas não suficientemente graves que justifiquem um diagnóstico de perturbação afetiva.</li> </ul>
4. Não há uma constelação fixa dos sintomas, antes pelo contrário, os sintomas podem oscilar entre polos opostos durante o episódio.

psicóticos, que não se observaram neste caso. A rápida recuperação e ganho de crítica em relação à situação aponta mais para o diagnóstico da psicose cicloide.

Em relação ao diagnóstico de episódio maníaco inaugural (principalmente no subtipo ansiedade-êxtase quando no polo extático), este foi descartado porque os sintomas afetivos não predominavam na apresentação para além do polimorfismo dos sintomas e rápida recuperação do quadro.

Em relação ao tratamento é importante analisar a atuação na fase aguda e na fase pós-crítica. Na fase aguda, o tratamento de primeira escolha inicialmente proposto foi a eletroconvulsivoterapia,<sup>11</sup> sobretudo em situações com alteração motora marcada.<sup>12</sup> No entanto, a combinação de benzodiazepinas e antipsicóticos de segunda geração,<sup>11,12</sup> provavelmente pelo efeito na estabilização do humor, é uma opção válida.<sup>11</sup> Os antipsicóticos de primeira geração, como o haloperidol, também podem ser usados, embora estejam contraindicados nos estados acinéticos por aumentarem o risco de síndrome maligna dos neurolépticos.<sup>12</sup> A adição de um fármaco com propriedades antiepiléticas também está descrita.<sup>12</sup> À data, não existem estudos randomizados entre as diferentes intervenções que permitam aferir a melhor abordagem. Como terapêutica na fase pós-crítica é habitualmente aceite o uso de antipsicóticos de segunda geração, como a risperidona.<sup>12</sup>

Em termos de prognóstico, existe evidência robusta que as psicoses cicloides apresentam, por comparação com a esquizofrenia, melhor prognóstico, nomeadamente em termos de recorrência.<sup>13</sup>

## CONCLUSÃO

A psicose cicloide refere-se a uma entidade nosológica independente que se caracteriza pela ocorrência de episódios psicóticos de início brusco, com características polimórficas, de duração limitada e com recuperação completa sem sintomatologia residual.

Este caso mostra a importância de um correto diagnóstico, com adequada avaliação do ponto de vista orgânico e psiquiátrico, dado o bom prognóstico atribuído a esta patologia. A escolha da terapêutica com antipsicóticos de segunda geração garantiu a remissão total da sintomatologia, com retoma do funcionamento social e profissional da doente.

**CONFLITOS DE INTERESSE:** Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse na realização do presente trabalho.

**FONTES DE FINANCIAMENTO:** Não houve qualquer fonte de financiamento na realização do presente trabalho.

**CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

**CONFLICTS OF INTEREST:** The authors declare that they have no conflicts of interest.

**FINANCIAL SUPPORT:** This work has not received any contribution, grant or scholarship.

**CONFIDENTIALITY OF DATA:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

## REFERÊNCIAS

1. Peralta V, Cuesta M. Cycloid psychosis: a clinical and nosological study. *Psychol Med*. 2003;33:443-53.
2. Ribeiro J, Oliveira P, Santos A, Silva T, Madeira N. De 'Bouffée Délirante' a perturbação psicótica aguda e transitória: revisão do conceito a propósito de um caso clínico. *Psicologos*. 2016;14:33-43.
3. Gamito A. Psicoses Agudas e Transitórias – A Escola Portuguesa e o conceito de holodisfrenia. *Psilogos*. 2007;4:17-22.
4. Peralta V, Cuesta M. Cycloid psychosis. *Int Rev Psychiatry*. 2005;17:53-62. doi: 10.1080/00207390500064684.
5. Teixeira B, Perestrelo J, Venâncio Â. Reavaliando o lugar das psicoses cicloides: a propósito de um caso clínico. *Psilogos*. 2015;13:58-66.
6. Yadav D. Cycloid psychosis: Perris criteria revisited. *Indian J Psychol Med*. 2010;32:54-8. doi: 10.4103/0253-7176.70536.
7. Lindvall M, Axelsson R, Öhman R. Incidence of cycloid psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1993;242:197-202.
8. Lindvall M, Hagnell O, Öhma R. Epidemiology of cycloid psychosis. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 1986;236:109-18.
9. Brownlie BE, Rae AM, Walshe JW, Wells JE. Psychoses associated with thyrotoxicosis - "thyrotoxic psychosis." A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. *Eur J Endocrinol*. 2000;142:438-44.
10. Yolken, Torrey. Are some cases of psychosis caused by microbial agents? A review of the evidence. *Molecular Psychiatry*. 2008;13(5):mp20085.
11. Holm J, Brus O, Båve U, Landen M, Lundberg J, Nordanskog P, et al. Improvement of cycloid psychosis following electroconvulsive therapy. *Nord J Psychiatry*. 2017;71:405-10. doi: 10.1080/08039488.2017.1306579.
12. García-Andrade R, López-Ibor J. Acute treatment of cycloid psychosis: study on a sample of naive hospitalized patients with first-episode psychosis (FEP). *Actas Esp Psiquiatria*. 2015;43:51-7.
13. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Bonoldi I, Hui C, Rutigliano G, Stahl D, et al. Prognosis of brief psychotic episodes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:211-20. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2313.