

El trastorno delirante agudo en la clasificación internacional de enfermedades-10: Antecedentes históricos y resultados empíricos preliminares*

Mario Maj**
Juan Ramón de la Fuente***
Dargut Kemali**

Summary

The last available draft of ICD-10 includes the new category of acute delusional disorder (psychotic disorders of abrupt onset according to the second revision of such draft). This category did not appear in the previous editions of ICD, and cannot be found in any edition of DSM. Nevertheless, its roots can be easily traced not only in the European and American psychiatric literature, but also in several clinical reports of psychiatrists working elsewhere.

This paper deals with the review of the concepts of "bouffée délirante", introduced in France at the end of the 19th century, and that of "cycloid psychosis" which was introduced by German psychiatrists at the beginning of this century. The preliminary results of two studies conducted in patients fulfilling simultaneously the criteria for those two conditions which would have been classified as suffering from acute delusional disorders according to the 1987 draft of ICD-10, are reported as well.

The former, a family study, suggests that a specific genetic predisposition may be involved in some families of patients suffering from acute delusional disorder; that a subclinical cerebral dysfunction consequent to birth trauma may be a vulnerability factor in some of these cases, and that pregnancy or puerperium may be a precipitating factor. The second study suggests that lithium carbonate prophylaxis may be sometimes useful in these patients. Further studies are undoubtedly required to further explore these issues.

Resumen

La última versión de la ICD-10 incluye la nueva categoría de trastorno delirante agudo (trastornos psicóticos que se inician súbitamente, de acuerdo con la segunda revisión de dicha versión). Esta categoría no aparecía en las ediciones anteriores del ICD-10, y no se encuentra en ninguna edición del DSM. Sin embargo, sus raíces pueden encontrarse no sólo en la literatura psiquiátrica europea y americana, sino también en diversos informes clínicos de psiquiatras de otros lugares.

En este trabajo se revisan los conceptos de *bouffée délirante*, introducido en Francia a finales del siglo XIX, y de "psico-

sis cíclica", introducida a principios de este siglo por los psiquiatras alemanes. También se informa acerca de los resultados preliminares de dos estudios de pacientes que llenaban simultáneamente los criterios de esos dos trastornos que habrían sido clasificados por la versión de 1987 del ICD-10, como trastornos delirantes agudos.

En el primero, que es un estudio familiar, se sugiere que puede haber una predisposición genética específica en algunas familias de los pacientes que padecen el trastorno delirante agudo; que una disfunción cerebral subclínica, debida a un traumatismo perinatal, podría ser un factor de vulnerabilidad en algunos de estos casos, y que el embarazo o el puerperio pueden ser factores precipitantes. El segundo estudio sugiere que la profilaxis con carbonato de litio puede ser útil para estos pacientes.

Sin duda se requiere que se hagan otros estudios a fin de explorar más profundamente este tema.

Introducción

La versión preliminar de la décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) incluye una nueva categoría: el trastorno delirante agudo, que en una revisión más reciente se ha formulado como "trastorno psicótico de inicio repentino". Esta categoría se refiere a aquellas condiciones psicóticas de aparición súbita, con un cuadro clínico caracterizado por delirios de naturaleza polimórfica, pobremente estructurados, con frecuencia de un contenido persecutorio, grandioso, religioso o erótico, en todo caso fluctuante, sin alteraciones significativas en el estado de conciencia y con un importante componente emocional. Predominan la ansiedad y la irritabilidad, sin que la depresión o la euforia sean tan prominentes, y puede acompañarse de fenómenos ilusorios, alucinatorios, de despersonalización y cambios en la actividad motora. El cuadro remite totalmente en unas cuantas semanas con un alto riesgo de que recurra.

Esta categoría diagnóstica no aparecía como tal en las ediciones previas de la Clasificación Internacional y tampoco se incluyó en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III). No obstante, sus orígenes descriptivos se identifican con claridad tanto en la literatura psiquiátrica europea como norteamericana, y aún en

* Parte de este trabajo fue presentado en el Simposio organizado por la Organización Mundial de la Salud durante el XII Congreso del Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum en Munich, en agosto de 1988.

** Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría, Escuela de Medicina de la Universidad de Nápoles, Italia.

*** Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D. F.

informes de casos clínicos elaborados por psiquiatras de otros países en los que se ha descrito una gran variedad de condiciones psicóticas que comparten elementos con este cuadro clínico.

En Europa, la concepción de un trastorno delirante agudo se identifica en las descripciones clínicas de los pacientes con *bouffée délirante* o con "psicosis cicloide". El concepto de *bouffée délirante* apareció en Francia a finales del siglo pasado. Se le atribuye a Magnan y a sus discípulos (1,2), aunque fue elaborado con más precisión en la segunda mitad de este siglo por Ey y cols. (3,4) y por Pichot y cols. (5,6). De hecho, fueron estos últimos quienes elaboraron y propusieron una serie de criterios diagnósticos operativos entre los cuales destacan: 1) la edad de inicio aproximadamente entre los 20 y los 40 años; 2) sin otros antecedentes psiquiátricos aparte de episodios similares; 3) tiene una fase activa que remite completamente en semanas o meses, pero que puede volver a presentarse en la misma forma sin que haya manifestaciones clínicas entre un episodio y otro; 4) los síntomas característicos incluyen: a) delirios o alucinaciones de cualquier tipo, b) confusión o despersonalización, c) depresión o euforia, d) síntomas variantes de uno a otro día y aún en un mismo día; y 5) el cuadro no se debe a ningún trastorno orgánico, incluido el alcoholismo o el uso de drogas.

Por otro lado, el concepto de psicosis cicloide tiene sus raíces en los trabajos de los psiquiatras alemanes, Bonhoffer (7), Birnbaum (8) y Schroder (9) quienes a principios de este siglo, describieron una condición psicótica aguda que originalmente llamaron *degenerative psychosen*. Este concepto fue posteriormente elaborado por Kleist y Leonhard (10,11), y recientemente por Perris (12), quien junto con Broskington (13) han propuesto algunos criterios de diagnóstico para este cuadro clínico: 1) se trata de una condición psicótica que se inicia súbitamente, y que no está relacionada con la administración o uso de ninguna droga ni con una lesión cerebral, y que se presenta por primera vez, entre los 15 y los 50 años; 2) para dar el diagnóstico definitivo se requiere que haya por lo menos cuatro de los síntomas siguientes: a) confusión que se expresa, sobre todo, como un estado de perplejidad, b) delirios incongruentes con el estado de ánimo, sobre todo de contenido persecutorio, c) experiencias alucinatorias frecuentemente relacionadas con temas de muerte, d) ansiedad y temores intensos que no guarden relación con una situación o circunstancia particular, e) alegría excesiva y éxtasis, en ocasiones con un colorido religioso, f) alteraciones motoras que pueden expresarse como hipo o hiperquinesia, y g) una particular preocupación por la muerte, con cambios en el estado de ánimo que no son lo suficientemente intensos como para justificar el diagnóstico de un trastorno depresivo propiamente dicho; 3) no hay un esquema fijo de síntomas, por el contrario, éstos cambian con frecuencia en el curso del mismo episodio.

Es evidente que ambos conceptos, el de *bouffée délirante* y el de la psicosis cicloide, comparten algunos elementos, muchos de los cuales han sido incorporados en la definición de trastorno delirante agudo de la ICD-10. Conviene insistir en que ninguno de

estos conceptos diagnósticos aparecieron en el DSM-III. La descripción de Perris y cols. (13) no coincide con la definición de "trastorno afectivo mayor con características psicóticas incongruentes con el estado anímico" del DSM-III, ni tampoco con el de "esquizofrenia con trastorno afectivo atípico sobreimpuesto", o con el de "trastorno esquizofreniforme".

En varios aspectos, tanto el concepto de *bouffée délirante* como el de psicosis cicloide, coinciden con la descripción original de la psicosis esquizoafectiva aguda, descrita, por Kasanin (14), sobre todo en lo referente a su aparición en sujetos jóvenes así como el hecho de que su inicio es súbito, de duración breve y la recuperación es completa. Asimismo, estos factores son parcialmente congruentes con la categoría de "trastorno esquizofreniforme de buen pronóstico", que se introdujo como tal en la versión revisada del DSM-III (DSM-III-R).

De las condiciones psicóticas transitorias que comparten características con las que se mencionan en la descripción del trastorno delirante agudo de la ICD-10, así como con los criterios de la *bouffée délirante* y la psicosis cicloide antes mencionadas, destacan las reportadas por algunos psiquiatras africanos, tales como Yap (15), Lambo (16) y otros (17-21), así como los descritos por Enright y cols., en Filipinas (22), Meadow y cols., en pacientes mexicano-norteamericanos (23) y otros que han hecho estudios etnopsiquiátricos en diversos países (24,25).

Las manifestaciones clínicas de esas psicosis atípicas, sobre todo en grupos aborígenes, están muy relacionadas con factores culturales, algunos de los cuales permiten una expresión más libre de reacciones emocionales dramáticas e intensas; y también con factores mágico-místicos propios de ciertas tribus. Sin embargo, no se puede descartar la posibilidad de que algunas de ellas estén ligadas con otros problemas médicos relacionados, tales como avitaminosis, hipoproteïnemia, o infecciones parasitarias, poco comunes en países más desarrollados. Sin embargo, no hay estudios sistemáticos que muestren que tales factores sean capaces de condicionar la aparición de un trastorno delirante agudo.

Tampoco se han hecho ensayos clínicos controlados que permitan establecer con precisión cuál es su tratamiento de elección. Y, finalmente, ocurre que con frecuencia, un cuadro clínico de este tipo no se identifica como una categoría diagnóstica específica. En suma, se trata de un fenómeno que, aunque frecuente, no ha sido suficientemente estudiado.

A continuación se revisan los resultados de dos estudios realizados recientemente (26) en pacientes que reunieron simultáneamente los criterios de Perris y Broskington para la psicosis cicloide (13), y de Pull y Pichot (5) para la *bouffée délirante*, los cuales reunían también los criterios diagnósticos del trastorno delirante agudo según la ICD-10.

Primer estudio

Se trató de establecer la prevalencia de esquizofrenia, trastorno afectivo mayor y trastorno psicótico mix-

to en los familiares de primer grado de 22 pacientes: 9 hombres y 13 mujeres ($\bar{x} \pm DE$) de 34.9 ± 6.4 años de edad, que reunían los criterios señalados para trastorno delirante agudo; en 25 pacientes: 11 hombres y 14 mujeres de 34.3 ± 7 años de edad, con diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-III; y en 25 pacientes, 11 hombres y 14 mujeres de 35.0 ± 7.1 años de edad, con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar también según el DSM-III. Los pacientes con trastorno delirante agudo fueron reclutados para el estudio en forma consecutiva en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Nápoles, mientras que los pacientes esquizofrénicos y bipolares se incluyeron en el estudio selectivamente con el propósito de que las distribuciones por sexo y edad fueran similares a las del primer grupo que era el más interesante:

Todos los familiares de los pacientes fueron entrevistados en forma independiente y ciega al diagnóstico del probando. Se usó el inventario para trastornos afectivos y esquizofrenia, que incluye antecedentes biográficos, desarrollado por Endicott y Spitzer (SADS-L, 27). El riesgo de morbilidad psiquiátrica en los familiares se determinó por el método de Weinberg (28). Se establecieron los siguientes periodos de riesgo: entre los 15 y los 70 años de edad, para el trastorno afectivo mayor; entre los 15 y los 50 años, para la esquizofrenia y para el trastorno psicótico mixto. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de X^2 con corrección de Yates.

CUADRO 1
Riesgo de morbilidad en familiares (%)
de primer grado de pacientes
con trastorno delirante agudo, esquizofrenia
y trastorno afectivo bipolar

Diagnóstico del probando	N	Esquifrenia	T. afectivo mayor	T. psicótico mixto
Trastorno delirante agudo	22	0*	4.2**	4.8
Esquizofrenia	25	9.0	3.8	1.9
Trastorno afectivo bipolar	25	0	13.2	1.8

* Diferente a los familiares de los esquizofrénicos, $p < 0.05$
** Diferente a los familiares de los bipolares, $p < 0.05$

Como puede observarse en el Cuadro 1, los familiares de los pacientes con trastorno delirante mostraron un riesgo de morbilidad para la esquizofrenia significativamente más bajo que los familiares de los pacientes esquizofrénicos, e igual al de los familiares de los enfermos bipolares; así como un riesgo de morbilidad para el trastorno afectivo mayor, significativamente menor que los familiares de los pacientes bipolares y similar al de los familiares de los enfermos esquizofrénicos; y un riesgo de morbilidad para trastorno psicótico mixto más alto que los familiares tanto de pacientes esquizofrénicos como bipolares, aunque éste no alcanzó a ser estadísticamente significativo.

Los resultados de este estudio sugieren que el trastorno delirante agudo no está necesariamente relacionado con las psicosis tradicionales (esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva).

Por otro lado, también se obtuvo información que muestra que los antecedentes de complicaciones neo-

natales son más frecuentes en los pacientes con trastorno delirante agudo (18.2%) que en los esquizofrénicos (8%) y en los bipolares (4%). Además, en el 38.5% de las pacientes con trastorno delirante agudo, por lo menos uno de los episodios psicóticos parecía haber sido precipitado por el embarazo o el puerperio. Dicha asociación ocurrió solamente en el 7.1% de las pacientes esquizofrénicas y en el 14.3% de las pacientes bipolares.

Estas últimas observaciones sugieren que, como ha sido propuesto por Kiev (29), una disfunción cerebral subclínica que puede ser el resultado de una complicación neonatal, podrá estar etiológicamente relacionada con las psicosis agudas atípicas; y, por otro lado, que algunas de las llamadas "psicosis puerperales" pueden, a su vez, estar relacionadas con las psicosis ciclotides y/o la *bouffée délirante* (trastorno delirante agudo).

Segundo estudio

Se trató de establecer en un estudio abierto, el posible efecto terapéutico del carbonato de litio en un grupo de 18 pacientes: 7 hombres y 11 mujeres ($\bar{x} \pm DE$) de 33.6 ± 6.8 años de edad, que reunían los mismos criterios ya señalados para el trastorno delirante agudo, y que habían tenido, por lo menos, otro episodio similar al actual en los dos años anteriores. La evolución clínica se hizo con la escala desarrollada por Asberg y cols. (30).

Los pacientes recibieron carbonato de litio en forma convencional. Las dosis se ajustaron de acuerdo con los niveles plasmáticos, los cuales se mantuvieron entre 0.6 y 1.0 mEq/l. Se hicieron determinaciones de litio en sangre, mensual o bimestralmente. De los 18 pacientes, 13 completaron el periodo de seguimiento de 2 años. Tres de los 5 pacientes que no completaron el estudio tuvieron una recaída.

CUADRO 2
Respuesta profiláctica al carbonato de litio en pacientes
con trastorno delirante agudo (n = 15)

	Antes del tratamiento (2 años)	Durante el tratamiento (2 años)
Nº de episodios ($\bar{x} \pm DE$)	1.64 \pm 0.54	0.95 \pm 1.03
Morbilidad en meses ($\bar{X} \pm DE$)	2.40 \pm 1.25	1.29 \pm 1.35

* Diferente a lo ocurrido antes del tratamiento, $p < 0.05$

Como puede observarse en el Cuadro 2, en aquellos pacientes que completaron los 2 años del estudio, el número de episodios sintomáticos y el tiempo de duración de dichos episodios fue menor durante el período que estuvieron en tratamiento con carbonato de litio, en comparación con los 2 años anteriores (sin litio). Sin embargo, esto sólo alcanzó niveles de significancia estadística en relación con el número de episodios, y si se analiza el grupo completo de 18 pacientes, la diferencia no alcanza en ningún caso significado estadístico.

Seis de los pacientes que completaron el estudio y que tuvieron por lo menos una recaída durante el mismo, el año subsecuente recibieron, además de litio, decanoato de haloperidol (100 mg. cada 21 días). Tampoco este esquema modificó el riesgo de morbilidad.

Los datos de este estudio, aún siendo de naturaleza preliminar, sugieren que el tratamiento a largo plazo con carbonato de litio podría ser de cierta utilidad en el trastorno delirante agudo recurrente. Aunque es necesario que esto se pruebe o se descarte mediante estudios controlados, es poco probable que de ser realmente efectivo, lo sea tanto como en la profilaxis de los trastornos afectivos recurrentes. Por otro lado, los datos también sugieren que si un paciente no responde al carbonato de litio, es poco probable que un neuróléptico de acción prolongada impida la aparición de episodios recurrentes.

Conclusiones

Los resultados de estos dos estudios deben ser tomados con cautela. El tamaño de las muestras de

pacientes estudiados es pequeño, más no por ello inválido, sobre todo porque la información que proporcionan es congruente con diversas observaciones clínicas, tales como que una disfunción cerebral subclínica secundaria a complicaciones neonatales puede ser un factor de vulnerabilidad en ciertas psicosis agudas "atípicas"; o bien, que el embarazo o el puerperio pueden ser factores precipitantes de algunas de ellas; y, finalmente, que es posible que haya una predisposición genética específica susceptible de ser identificada en algunas familias. Asimismo, el segundo estudio no descarta el posible efecto profiláctico del carbonato de litio en estos pacientes.

No obstante, es innegable que se requieren más y mejores estudios con pacientes seleccionados aleatoriamente, en el caso de que se use algún medicamento, prospectivos, probablemente multicéntricos, que permitan evaluar simultáneamente a grupos de pacientes más numerosos, y que empleen los nuevos criterios diagnósticos operativos que la Organización Mundial de la Salud proponga en la versión final de la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades para el trastorno delirante agudo, con el fin de aclarar muchas de las dudas que aún persisten.

REFERENCIAS

1. LEGRAIN M: *Du Délire chez les Dégénérés*. Deshayé et Lecrosnier, París, 1886.
2. MAGNAN V: *Leçons Cliniques sur les Maladies Mentales*, 2nd ed.. Bataille, París, 1893.
3. EY H: *Etudes Psychiatriques*, vol. 3. Desclée de Brouwer, París, 1954.
4. EY H, BERNAD P, BRISSET V: *Manuel de Psychiatrie*. Masson, París, 1963
5. PULL CB, PULL MC, PICHOT P: *Psychiat Clin*, 16:141, 1983.
6. PICHOT P: *Psychopathol*, 19:35, 1986
7. BONHOFFER K: *Klinische Beitrage zur Lehre von den Degenerationspsychosen*. Marhold, Halle, 1907.
8. BIRNBAUM K: *Psychosen mit Wahnbildungen und wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten*. Marhold, Halle, 1908.
9. SCHRODER P: *Z. Ges Neurol Psychiat*, 60: 119, 1920.
10. KLEIST K: *Schweis Arch Neurol Psychiat.*, 23:3, 1928
11. LEONHARD K: *Aufteilung der Endogenen Psychosen*. Akademie, Berlin, 1957.
12. PERRIS C: *Acta Psychiatr Scand, suppl.* 253, 1974.
13. PERRIS C: BROCKINGTON I F: En: *Biological Psychiatry* Elsevier, Amsterdam, 1981, pp 447-45
14. KASANIN J: *Am J Psychiat*, 13:97, 1933.
15. YAP P M: *J Ment Sci*, 97:313, 1951
16. LAMBO T A: *J Ment Sci*, 101: 239, 1955.
17. TOOTH G: *Studies in mental illness in the Gold Coast. Colonial Research Publication* no. 6, Londres, 1950
18. CAROTHERS J C: *The African mind in health and disease. A study in ethnopsychiatry*. WHO Monograph Series, Ginebra, 1953.
19. FIELD M J: *J Ment Sci*, 104:1043, 1958.
20. ILEK W G, JILEK-Aall L: *Psychiat Clin*, 3: 327, 1970.
21. CONSTANT J: *Psychopathol Africaine*, 8: 169, 1972.
22. ENRIGHT J B, JAEKLE W R: *Int J Soc Psychiat*, 9: 12, 1963.
23. MEADOW A, STOKER D: *Arch Gen Psychiat*, 12: 267, 1965.
24. ROYES K: *Proc. III World Congress of Psychiatry* 2: 1121, 1961.
25. LIN H, LIN T -Y: *J Ment Sci*, 108: 134, 1962.
26. MAJ M, DE LA FUENTE J R, KEMALI D: *Psychopharmacol* 96: 58, 1988.
27. ENDICOTT J, SPITZER R L: *Arch Gen Psychiat*, 35: 837, 1978.
28. WEINBERG W: En: *Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsvorsorge*. Gottstein A y cols. (eds.), Springer, Berlin, 1925, pp. 71-148.
29. KIEV A: *Transcultural Psychiatry*. Free Press, Nueva York, 1972.
30. ASBERG M, PERRIS C, SHALLING D y cols: *Acta Psychiatr. Scand, Supp.* 271 pp. 5-27.