



SÍNDROME DE COTARD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alemán-Gutiérrez B (MD), Rivero-Rodríguez P (MD), Trufero-Miguel S (MD), Cañas-Jiménez S (MD), Reyes-Hurtado P(MD), Martínez-Grimal M(MD).

melisa.550@hotmail.com

Cotard, nihilista

RESUMEN

Descrito por primera vez en el año 1880 por el neurólogo y psiquiatra Jules Cotard, este síndrome se caracteriza por la presencia de delirios nihilistas que varían desde la creencia de destrucción o ausencia de funcionalidad de un órgano, hasta la negación de la propia existencia. Los delirios hipocondríacos, el delirio de enormidad y el delirio de inmortalidad también son característicos.

El síndrome de Cotard no está definido como un trastorno específico en el DSM-V o CIE-10. Actualmente se acepta que puede ser secundario a muchas condiciones neuropsiquiátricas como la depresión psicótica, la esquizofrenia o la demencia, entre otras.

Aunque es raro, este síndrome implica un gran riesgo de suicidio por lo su reconocimiento clínico es fundamental para un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. El manejo farmacológico se basa en la condición clínica subyacente. En pacientes con trastornos afectivos, los antidepresivos pueden ser efectivos; sin embargo, debido a la presencia de delirios, la terapia electroconvulsiva ha sido fuertemente sugerida por varios autores e incluso se ha llegado a plantear como el tratamiento de elección.

SÍNDROME DE COTARD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Si bien el síndrome de Cotard se describió hace más de un siglo, la literatura sigue siendo escasa; por lo tanto, es necesario que los clínicos estén atentos a las múltiples posibilidades de presentación. Es por ello que describimos un caso clínico en el que se describe el delirio nihilista e hipocondríaco.

INTRODUCCIÓN

Descrito por primera vez en el año 1880 por el neurólogo y psiquiatra Jules Cotard, este síndrome se caracteriza por la presencia de delirios nihilistas que varían desde la creencia de destrucción o ausencia de funcionalidad de un órgano, hasta la negación de la propia existencia. Los delirios hipocondríacos, el delirio de enormidad y el delirio de inmortalidad también son característicos.

Aunque este síndrome se describió hace más de un siglo, la literatura sigue siendo escasa; por lo tanto, es necesario que los clínicos estemos atentos a las múltiples posibilidades de presentación, y es por ello que describimos un caso clínico a continuación.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Motivo de Ingreso: Angustia

-Antecedentes Familiares: Niega familiares con trastorno mental grave.

Padre y tío paterno con diagnóstico confirmado de Displasia Arritmogénica del Ventrículo Derecho (DAVD). Hermano (caso índice) con DAVD que fallece tras trasplante cardiaco.

-Antecedentes Personales:

-A. Médico-Quirúrgicos: No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Sobrepeso, no otros factores de riesgo cardiovascular. DAVD diagnosticada hace cuatro años, con implantación de Desfibrilador Automático (DAI).

SÍNDROME DE COTARD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sin contactos previos con la red de salud mental.

-Situación sociofamiliar: Es el mayor de una fratría de dos hermanos. Convive con sus padres. Trabaja de administrativo, de baja laboral desde hace 3 meses. Actualmente sin pareja tras una ruptura reciente. Sin hijos.

Historia Actual: Varón de 38 años que acude por iniciativa propia solicitando ayuda médica. Preocupado, centrado en múltiples dolencias a nivel físico. Refiere haber acudido a varios médicos sin respuesta de lo que le ocurre, manifestando desamparo sanitario y sensación de muerte inminente. Elevado estado de angustia que imposibilita una correcta evaluación, siendo necesario la colaboración de su padre.

Su progenitor describe patología cardíaca genética (Displasia arritmogénica del ventrículo derecho, DAVD), con varios familiares afectos. Se trata de una enfermedad en la que son frecuentes las arritmias, que pueden desembocar en muerte súbita. Asimismo describe el fallecimiento de su otro hijo (y hermano del paciente) debido a esta patología. El paciente no ha elaborado el duelo tras la pérdida de su hermano, y padecer la misma enfermedad ha dado lugar a una importante sintomatología ansiosa.

Debido al elevado riesgo del paciente, se le ofrece la implantación del DAI, dispositivo con el que tenía la esperanza de llevar una vida más normalizada; sin embargo, tras la intervención comienza a sufrir una elevada tasa de descargas, situación que vive con mucha angustia. El Servicio de Cardiología propone como solución final la realización de un trasplante cardíaco, la misma intervención con la que su hermano tuvo un desenlace fatal. Desde ese momento los familiares describen empeoramiento del estado de ánimo, importante nivel de angustia, hiporexia, insomnio y verbalizaciones frecuentes de muerte inminente

Exploración Psicopatológica: Consciente, orientado en las tres esferas. Afectivamente angustiado. Discurso coherente y fluido. A nivel del contenido destacan ideas delirantes hipocondríacas (“tengo un cáncer, una enfermedad infecciosa, una patología mortal”) de las que no realiza crítica, quedándose bloqueado incluso en varias ocasiones.

SÍNDROME DE COTARD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sensación de muerte inminente “voy a morir, el desfibrilador se dio la vuelta”(sic). Reactivo emocionalmente al finalizar la entrevista, al recordar la época previa al diagnóstico. Niega ideas autolesivas. Insomnio mixto de varios días de evolución. Hiporexia. Juicio de realidad mermado.

Juicio Clínico: Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos.

Síndrome de Cotard.

RESULTADOS

Plan terapéutico: Cursamos ingreso voluntario en Unidad de Agudos de Psiquiatría en conformidad con el paciente y familia. Iniciamos tratamiento farmacológico.

Evolución y Comentarios: Los primeros días muy angustiado, manifestando sensación de desamparo sanitario. Existe un transfondo ansioso-depresivo claro con apatía, anhedonia, inhibición psicomotriz, pérdida de impulso vital y delirios hipocondríacos concordantes con el estado de ánimo, con la certeza absoluta de tener un tumor y de que el DAI se ha desplazado de su lugar. Delirio nihilista, con la vivencia de que se está muriendo por dentro “mis órganos se están desintegrando; me estoy descomponiendo poco a poco; tengo la caja torácica rota, en las piernas noto los vasos y ligamentos rompiéndose; no tengo ganas de comer, no digiero, no me hace falta ir al baño...”(sic). Sensación de muerte inminente “Me quedan minutos, horas aquí; no creo que llegue al lunes”(sic).

Durante su estancia hospitalaria, además del tratamiento antipsicótico, se ha priorizado el tratamiento con antidepresivos, calmándose la angustia a la semana, y mejorando el humor a las dos semanas. Semblante más sereno. Se han regulado los biorritmos. Mayor resonancia y mejor contacto, aunque continúa con ideas obsesivoides sobre su salud que ya no son delirantes y que hay que contextualizar con la verdadera enfermedad cardíaca que padece.

SÍNDROME DE COTARD. A PROPÓSITO DE UN CASO

DISCUSIÓN

Aunque raro y descrito hace más de un siglo, el Síndrome de Cotard (SC) sigue siendo un fenómeno presente en las clínicas psiquiátricas de todo el mundo con características similares a las observadas inicialmente por Jules Cotard.

Este neurólogo y psiquiatra francés, describió en 1880 una rara constelación de síntomas al observar el caso de 'Madame X', una mujer de 43 años que negaba la existencia de su cerebro, nervios y entrañas, considerándose hecha únicamente de piel y huesos, lo que se describió como 'delirio hipocondríaco en una forma severa de melancolía ansiosa'⁽¹⁾.

Pocos años después, Cotard, introdujo el término "Delire des negation" para los pacientes que negaban la existencia del yo o del mundo conforme a las características de los delirios. En términos de fenomenología, el delirio nihilista puede incluir la negación de la existencia de varios aspectos, esto es, la negación de estar vivo, la inexistencia del alma, la capacidad para caminar o comer, la ausencia de funcionalidad de los órganos... Cotard informó que esta era una variedad de delirio que comúnmente se asociaba con depresión severa, retraso psicomotor marcado, además de la presencia de síntomas ansiosos.

El término, acuñado por Emil Regis, fue luego promovido por varios otros para describir pacientes que presentaban melancolía ansiosa, delirios de negación en los que manifestaban la ausencia de órganos, delirio de condenación e inmortalidad⁽²⁾.

A través de un análisis retrospectivo de 100 casos en la literatura, Berrios y Luque subdividieron el síndrome en tres subtipos. El primer tipo, denominado Depresión Psicótica, incluye pacientes con melancolía, y delirios nihilistas congruentes. El segundo, llamado Síndrome de Cotard tipo I, incluye condiciones que cursan con delirios nihilistas e hipocondríacos en ausencia de cambios de humor. Y el tercero, denominado Síndrome de Cotard tipo II, incluye condiciones heterogéneas que cursan con ansiedad, depresión, delirio de inmortalidad, delirio nihilista y/o alucinaciones auditivas⁽³⁾.

SÍNDROME DE COTARD. A PROPÓSITO DE UN CASO

En la época de los primeros estudios, Cotard y otros autores concibieron la idea de que los síntomas particulares que caracterizaban al síndrome podían constituir un trastorno psiquiátrico específico y bien definido. Sin embargo, una cantidad considerable de informes en las décadas sucesivas reconocieron cada vez más los síntomas del SC como características transtopográficas que podrían surgir en el contexto de diferentes enfermedades neuropsiquiátricas, aunque conservando elementos sintomatológicos distintivos, que podrían persistir incluso después de la enfermedad. Esta presencia generalizada de síntomas en diferentes patologías ha dificultado, en parte, su clasificación sistemática como una entidad separada. Actualmente, el SC no está clasificado como trastorno aislado en el DSM-5 ni en la CIE-10. En el DSM-5, el delirio nihilista se clasifica como delirio congruente con el humor insertado en un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos⁽⁴⁾.

A pesar de que el SC conserva su presentación sindrómica en el contexto de diversos trastornos, la falta de información específica ha llevado a múltiples intentos de tratamientos, la mayoría de las veces basados principalmente en las terapias conocidas para el enfermedad de base (fundamentalmente combinación de antidepresivos y antipsicóticos), por lo tanto con eficacia inconstante, a excepción de la TEC que representa el tratamiento de elección en la actualidad. Sin embargo, los análisis neurobiológicos profundos modernos han arrojado luz sobre los posibles mecanismos que subyacen a la CS, señalando una red hipoactiva en ganglios basales e hiperactiva en tálamo, lo que lleva a la incapacidad de procesar la idea de sí mismo y a la exageración de los estímulos emocionales y somatosensoriales. Esta desconexión esencial entre las redes cerebrales encargadas de gestionar los procesos cognitivos y emocionales relacionados con la interocepción humana, conducen a la alexitimia y sensaciones corporales disfuncionales, todas ellas podrían considerarse bases neurofisiológicas del SC. Estos estudios pueden representar los adoquines con los que se va a allanar el camino hacia la caracterización nosológica de este escurridizo síndrome, llevando posiblemente al desarrollo de estrategias terapéuticas específicas dirigidas neurobiológicamente⁽¹⁾.

SÍNDROME DE COTARD. A PROPÓSITO DE UN CASO

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomasetti C, Valchera A, Fornaro M, Vellante F, Orsolini L, Carano A, et al. The 'dead man walking' disorder: an update on Cotard's syndrome. *Int Rev Psychiatry*. 2020;
2. Solimine S, Chan S, Morihara SK. Cotard Syndrome: "I'm Dead, So Why Do I Need to Eat?" *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 17 de marzo de 2016 [citado 20 de marzo de 2022];18(2):10.4088/PCC.15l01862.
3. Grover S, Aneja J, Mahajan S, Varma S. Cotard's syndrome: Two case reports and a brief review of literature. *J Neurosci Rural Pract* [Internet]. noviembre de 2014 [citado 20 de marzo de 2022];5(Suppl 1):S59-62.
4. Morgado P, Ribeiro R, Cerqueira JJ. Cotard Syndrome without Depressive Symptoms in a Schizophrenic Patient. *Case Rep Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 23 de marzo de 2022];2015:643191.