

Síndrome de Cotard

Cotard's Syndrome

Fernando Figueroa *, Sonia Fajardo **, Victoria Interiano ***, Gladys Martínez‡

* Residente de Primer Año del Postgrado de Psiquiatría de Honduras

** Residente de Segundo Año del Postgrado de Psiquiatría de Honduras

*** Residente de Tercer Año del Postgrado de Psiquiatría de Honduras

‡Médico Psiquiatra

Resumen

El delirio de negación fue descrito por francés Jules Cotard en 1880, el cual se caracteriza por diversos grados de creencias delirantes nihilistas dando la ilusión de que uno está muerto, siendo la negación el elemento central. Es una condición de múltiples etiologías que involucra creencias delirantes de estar muerto. La prevalencia e incidencia de este síndrome no es clara, se caracteriza por una introyección del self en donde pierde contacto con su identidad adoptando la creencia de estar muerto, no existir o tener un vacío en su interior. El manejo específico del Síndrome de Cotard se enfoca, principalmente, en la condición clínica subyacente, implementando múltiples recursos terapéuticos.

Palabras clave: *delirio de negación, ideas delirantes nihilistas, alucinaciones cenestésicas*

Abstract

Delirium denial was described by Frenchman Jules Cotard in 1880, which is characterized by varying degrees of delusional nihilistic beliefs giving the illusion that one is dead, being the denial at the center. It is a condition of multiple etiologies, involving delusional beliefs of death. The prevalence and incidence of this syndrome is unclear, it is characterized by a self introjection where it loses contact with its identity by adopting the belief of being dead and not existing or having an empty inside. The specific management of Cotard's Syndrome focuses primarily on the underlying clinical condition, implementing multiple therapeutic resources.

Keywords: *delusions of denial, nihilistic delusions, hallucinations kinesthetic*

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 25 años de edad, alfabeta, se dedica a los oficios domésticos, soltera, sin antecedentes psiquiátricos, ni hábitos tóxicos o

traumatismos. Relata que mientras trabajaba, fue víctima de agresión sexual con fuerza corporal. Inmediatamente posterior al evento, inicia con síntomas depresivos y ansiosos (tristeza, temblor en extremidades, palpitaciones, llanto fácil, ideas

sobrevaloradas de minusvalía y de culpa, desconcentración, hiporexia, aislamiento y desesperanza, insomnio). Unos días después de la agresión decidió relatar el evento y no recibió apoyo de su familia ni de su pareja lo que exacerbó la sintomatología ya descrita. A los 6 meses de iniciados los síntomas afectivos, presenta ideas delirantes nihilísticas (no sentía el cuerpo, decía que sus manos no eran las suyas), alucinaciones auditivas primitivas y alucinaciones auditivas incompletas (tres voces que le ordenan cosas), alucinaciones cinestésicas, alucinaciones táctiles (animales caminando sobre su piel), ideas delirantes de persecución y de daño. Lo más llamativo en su cuadro psicótico eran expresiones tales como tener “3 cuerpos en el abdomen y tórax, “mis vísceras y mis manos están muertas”, y su reflejo en el espejo lo describe como “la Sucia”. Es llevada al Hospital Psiquiátrico para evaluación y se decide su hospitalización en sala. Al momento del ingreso: examen físico y neurológico sin alteraciones, al examen mental contribuyente memoria semántica alterada, facie depresiva, ideas sobrevaloradas de culpa y minusvalía, ideas delirantes de persecución y daño, ideas delirantes nihilistas, sin conciencia de enfermedad y juicio alterado, sin capacidad de abstracción. Se realiza hemograma y química general reportada en rangos normales, EEG normal, TC cerebral normal. Fue manejada por 24 hrs con Haloperidol parenteral y se hizo traslape a vía oral con Risperidona 3mg en la noche. Tuvo evolución lenta pero satisfactoria de sus síntomas psicóticos. Se dio de alta 1 mes posterior al ingreso sin síntomas psicóticos y con seguimiento en la consulta externa de psiquiatría.

INTRODUCCIÓN

En 1882, Jules Cotard describió la "*Déliré des Negations*" ahora conocido como

Síndrome de Cotard, caracterizado por la creencia del propio paciente, que partes de su cuerpo o el mundo mismo han muerto o ya no existen. Tales ideas delirantes suelen producirse en el contexto de la depresión y / o psicosis severa. También se ha asociado con una serie de condiciones neurológicas donde hay afectación Fronto-Temporo-Parietal. Se caracteriza por diversos grados de creencias delirantes nihilistas dando la ilusión de que uno está muerto y la negación es el elemento central. Este es un síndrome poco frecuente y hasta hoy prevalencia e incidencia no está bien establecida.¹

Se ha descrito anteriormente en condiciones idiopáticas incluyendo enfermedades neurológicas, incluyendo infartos cerebrales, lesión cerebral traumática, malformaciones arteriovenosas, esclerosis múltiple, y otras enfermedades degenerativas. Este síndrome se encuentra generalmente en personas de mediana edad o de edad avanzada y son las mujeres las más comúnmente afectadas. El síndrome de Cotard es más frecuente en los pacientes depresivos graves, pero también se producen con diversas condiciones orgánicas.²

HISTORIA

El síndrome de Cotard lleva el nombre de Jules Cotard (1840 -1889), un neurólogo francés que describe esta condición la primera vez en 1880, en un caso de una mujer de 43 años de edad. Él la denominó como “Miss X”, quien afirmaba que no tenía cerebro, nervios, sin pecho, estómago, ni intestinos; solamente piel y huesos. A su vez afirmaba que su cuerpo estaba en descomposición. En palabras de Cotard: “*Ella decía no tener alma, para ella ni*

Dios ni el Diablo existían. Ella no es nada más que una descomposición y no tiene necesidad de comer para vivir, no puede morir de muerte natural, que existirá eternamente.” (traducción de Cotard 1880). Anteriormente, Charles Bonnet, médico francés, había reportado, en 1788, a una paciente que decía estar muerta. Se trataba de una anciana que insistía en que fuera vestida e introducida dentro de un ataúd. Cotard formuló un nuevo tipo de depresión, que se caracteriza por la tristeza, ideas de la condenación o rechazo, insensibilidad al dolor, delirios de la inexistencia relativa del propio cuerpo, y delirios de inmortalidad. Él la categorizaba en virtud de estos síntomas como una especie de depresión psicótica, basado en la analogía con cinco casos descritos en 1838 por Esquirol, un psiquiatra francés. Más tarde, en 1882, Cotard introdujo los delirios de negación (ideas de no existir, de que todo lo demás no existe y ausencia de órganos) como nueva terminología para el síndrome caracterizados por la creencia que sus órganos internos han paralizado toda función, que sus intestinos no funcionan, que su corazón no late, que no tienen sangre ni cerebro e incluso que se están pudriendo.

Seglas, otro psiquiatra francés, en 1897, consolidó y difundió de manera amplia el término síndrome de Cotard. Por dificultades con tener un consenso en la definición operacional del síndrome es que se enfrentaron problemas para realizar estudios formales que pudiesen suministrar datos reales sobre la incidencia y prevalencia del síndrome de Cotard.³

Unos años más tarde, se declaró que no era solamente asociado con la depresión y que podría estar vinculado a otros trastornos

psiquiátricos. Dos componentes del síndrome fueron definidos: un componente afectivo asociado con la ansiedad y uno cognitivo. Se intentó clasificar los diferentes tipos, sin embargo, esta clasificación no tuvo éxito. Fue hasta en 1995, que Berrios y Luque por primera vez, realizaron una clasificación a partir de un análisis retrospectivo de 100 casos en la literatura, donde se subdividió el síndrome de Cotard en tres tipos. El primer tipo incluía una forma de depresión psicótica, caracterizado por ansiedad, melancólica, culpa, delirio nihilista, alucinaciones auditivas/visuales y comportamiento suicida. Un segundo tipo, se asoció con síntomas hipocondríacos, delirios nihilistas y ausencia de episodios depresivos. En el tercer grupo del síndrome de Cotard es característica la ansiedad, depresión, alucinaciones, delirios de inmortalidad, delirios nihilistas.⁴ El Síndrome de Cotard actualmente no está clasificado como un trastorno independiente en el DSM-5 y la CIE-10. En el DSM-5 los delirios nihilistas se clasifican como parte de los trastornos del humor, son delirios congruentes dentro un episodio depresivo con características psicóticas.⁵

PREVALENCIA E INCIDENCIA

La prevalencia e incidencia de este síndrome no se conoce. Sólo un estudio informó sobre la prevalencia en una población seleccionada de psicogeriatría en Hong Kong. Se diagnosticó Síndrome de Cotard en 2 de cada 349 pacientes, lo que sugiere una prevalencia de 0,57% en esta población. Se alcanzó una prevalencia de 3,2% cuando se incluyeron depresión severa en ancianos.⁶

ETIOLOGÍA

El síndrome de Cotard es una condición de múltiples etiologías:

Entre las causas psiquiátricas se encuentran:

- Depresión mayor.
- Esquizofrenia.

Entre las causas no psiquiátricas tenemos:

- Demencia.
- Esclerosis múltiple.
- Infartos cerebrales.
- Lesión cerebral traumática.
- Malformaciones arteriovenosas.⁷

El Síndrome de Cotard puede ser mediado por la disfunción de la corteza insular, un área que juega un papel central en la conciencia de sensaciones internas y que se sabe que es afectada por el estrés emocional.⁸

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La manifestación más frecuente fue la depresión en el 89%. Los delirios nihilistas se presentan en (86%) y los relacionados con la existencia, o llamados delirios de negación (69%). Síntomas ansiosos (65%) e ideas de culpa (63%) eran comunes, seguidos por los delirios hipocondríacos (58%) y los delirios de inmortalidad (55%).⁹

Hay varios mecanismos propuestos para el Síndrome de Cotard como las experiencias propias anormales o su falta de conexión con los procesos emocionales junto con alteraciones en la percepción de las creencias y la tendencia a la negación de su realidad. Muchos pacientes tienen una enfermedad psiquiátrica como depresión psicótica y despersonalización asociada. Vale la pena

destacar que el síndrome se conceptualiza con la forma completa en la que los delirios nihilistas están claramente presentes y las formas incompletas que son a menudo combinaciones de estado de ánimo deprimido, delirios de culpa, hipocondría, y alucinaciones. También el propio delirio nihilista podría variar en su grado de severidad desde grave (paciente que niega su propia existencia y del mundo) a leve (paciente siente que está perdiendo su razón y los sentimientos).¹⁰

Puede aparecer después de un período prodrómico (etapa de germinación) se caracteriza por una vaga sensación de ansiedad, sentimiento de despersonalización y desrealización, la hipocondría e ideas de culpa. Después de esta etapa, el síndrome se desarrolla en torno a síntomas clásicos:

- La negación de alguna parte del cuerpo.
- Delirios de inmortalidad o “*délire d'énormité*”.
- Tristeza.
- Las ideas de la condenación.
- Delirios de posesión.
- Conducta auto-agresiva¹¹

BASES BIOLÓGICAS

La negación de la existencia de partes del cuerpo es un signo de disfunción del lóbulo parietal. También se produce en las lesiones del lóbulo frontal dorsolateral, el giro cingulado, el tálamo, caudado y putamen, y la neocorteza. Notablemente, la negación de órganos es también el rasgo esencial del Síndrome de Cotard y las anomalías frontales y frontoparietales indican la posible implicación de estas regiones en el comienzo

de la idea delirante nihilista. De modo similar a otro informe, el perfil longitudinal de la enfermedad se divide también en: estadio de germinación (depresión, cenestopatía), estado de florecimiento (desarrollo completo de los síntomas de estadio de Cotard) y estadio crónico (sistematización y cambio a paranoia con retroceso de la depresión). Suelen verse aumentados los niveles de dopamina y noradrenalina en los pacientes con cualquier tipo de Síndrome de Cotard y se mantienen elevados durante todo el curso de la depresión psicótica.¹²

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El Síndrome de Cotard debe diferenciarse de las enfermedades como esquizofrenia (esquizofrenia cenestopática), depresiones psicóticas, trastornos hipochondriacos entre otras ya que son caracterizados por el predominio de estas experiencias extravagantes y cualitativamente anormales. A su vez las alucinaciones viscerales y cenestopáticas se han descrito en afectación diencefálica, límbica y del córtex parietal e insular, la resonancia magnética funcional ha demostrado la activación de la corteza somatotópica en pacientes con alucinaciones cenestésicas con lesiones a este nivel. Debemos recordar que el Síndrome de Cotard el énfasis va en lo delirioso y no en lo alucinatorio.¹¹

Los síndromes de falsa identificación como el síndrome de Capgras, en el cual el paciente percibe falsamente que alguien de su entorno, habitualmente un pariente cercano o un amigo, ha sido sustituido por un doble, pero este no es del todo exacto. El síndrome de Frégoli, en el cual el paciente cree que uno o más individuos han alterado su apariencia

para asemejarse a personas familiares, habitualmente para perseguirlo o defraudarlo. La intermetamorfosis, en la cual el paciente cree que las personas de su entorno han intercambiado sus identidades por lo que a pasa “a” ser “b”, “b” pasa a ser “c” y así sucesivamente. El síndrome de dobles subjetivo en el cual el paciente está convencido de que existen dobles exactos a él, un tipo de fenómeno “doppelgänger” son considerados diagnósticos diferenciales debido la pérdida de la capacidad de identificación que sufre el paciente, en el caso del Síndrome de Cotard este déficit es introproyectada a su propio self en donde pierde contacto con su identidad adoptando la creencia de estar muerto o tener un vacío en su interior.¹³

TRATAMIENTO

El manejo específico del Síndrome de Cotard se enfoca, principalmente, en el manejo de la condición clínica subyacente de la cual hace parte. Como se ha observado 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 algunos autores e, incluso, se ha llegado a plantear como el tratamiento de elección. Cuando el síndrome se encuentra asociado con una enfermedad esquizofrénica crónica, el pronóstico empeora. Sin embargo, en otros pacientes esquizofrénicos donde la aparición de los síntomas es de instauración rápida la utilización de drogas antipsicóticas puede favorecer una buena respuesta en especial la Quetiapina. El Ácido Valproico parece tener un efecto beneficioso en estos pacientes que previamente se les indicó TEC

mostrando altos índices de remisión de los síntomas deliriosos. Si el síndrome se presenta subyacente a cualquier entidad orgánica, el tratamiento será el de la condición que lo ha determinado. Sin embargo, si aparece como una presentación inicial de un cuadro demencial, serán muy pocas las probabilidades de mejoría en el paciente. Si el síndrome surgiera, por ejemplo, como resultado de un estado confusional secundario a una condición orgánica. Otras medidas que se deben considerar en el manejo del Síndrome de Cotard es la vigilancia del paciente, en cuanto a las posibilidades de autoagresión y suicidio. Se recomienda esta vigilancia debido a la alta frecuencia con la que comenten intentos suicidas.¹⁴

CONCLUSIONES

El síndrome de Cotard se presenta en la práctica clínica actual con poca frecuencia, aparece como un síndrome inespecífico de etiología heterogénea que se podría reunir en tres grandes grupos: trastornos afectivos, esquizofrenias y trastornos orgánicos. No es considerado en las clasificaciones actuales, el síndrome de Cotard es relevante y su reconocimiento clínico es fundamental para el pronto diagnóstico y tratamiento de esta entidad. Al ser un padecimiento raro, el diagnóstico suele ser tardío debido a la falta de familiaridad con los síntomas lo que expone al paciente a recibir manejos incorrectos.

BIBLIOGRAFÍA

1. G Senjam, Y Sana, H Singh. "I Do Not Exist"—Cotard Syndrome in Insular Cortex Atrophy journal of dental and

- medical Sciences Volume 13, issue 8 ver. V (aug. 2014), pp 08-10.
2. V Charland, M Bruno. Dead yet mind alive: A positron emission tomography case study of Brain metabolism in cotard Syndrome. Cortex (2013) 2013.03.03.
3. E Castrillón, B Gutiérrez, Síndrome de Cotard: presentación de un caso Revista colombiana de psiquiatría, vol. 38, núm. 1, 2009, pp. 194-202.
4. D Pérez, B Fuchs, J Epstein, A Case of Cotard Syndrome in a Woman With a Right Subdural Hemorrhage. neuropsychiatry clinic neuroscience 26:1, winter 2014.
5. H Bruyne, M Portzky, K Peremans, Cotard's syndrome. Mind & brain, the journal of psychiatry 2011;2:(1).
6. Bruno Gonçalves, A Araújo, J Ferreira, Cotard's syndrome: two cases of self-starvation, Revista do serviço de psiquiatria do hospital prof. Doutor Fernando Fonseca junho 2015 • vol. 13 • n. 1.
7. M Griffiths. Dead man walking: a beginner's guide to Cotard's syndrome. Material electrónico. 15 de junio 2012 puede ser visto en: <https://drmarkgriffiths.wordpress.com/2012/06/15/dead-man-walking-a-beginners-guide-to-cotards-syndrome/>
8. S Sekhar. S Mitra, "I do not exist" Cotard Syndrome in insular Cortex atrophy In biological psychiatry. June 2015.
9. P Morgado. R Ribeiro, Cotard Syndrome without depressive symptoms in a schizophrenic patient. hindawi publishing corporation case

- reports in psychiatry volume 2015, article id 643191, pg3.
10. D Berardis. M Brucchi, N Serroni1, Cotard's Syndrome after breast surgery successfully treated with aripiprazole augmentation of escitalopram: a case report riv psichiatri 2015; 50(2): 95-98.
 11. L Cruzado. R Córdova. O Vizcarra, Alucinaciones viscerales y cenestopáticas en el diagnóstico diferencial de síntomas médicamente inexplicados. Rev Med Hered. 2012; 23(3).
 12. H. Duggal, K. Jagadheesan y S. Haque Nizamie, Base biológica y estadificación del síndrome de Cotard, Eur Psychiatry Ed. Esp. (2002); 9: 333-334.
 13. J Montesinos. J Salas, Síndromes de falsa identificación delirante Síndrome de Capgras. Presentación de un caso. Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 15, Nº 1, septiembre de 2008, págs. 24 a 32.
 14. Y Kutsuzawa. Y. Kunii. I Miura, High plasma monoamine metabolite levels in Cotard's Syndrome. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2014;68:p388-389.