



Presentación de caso

Síndrome de Cotard en un paciente con retardo mental Cotard syndrome and intelectual disability

Pedro Rafael Casado Méndez ¹  

Rafael Salvador Santos Fonseca ^{2,3} 

Nicandro Domingos Lopes Cá ⁴ 

Recibido: 08/07/2023

Aceptado: 06/01/2024

¹ Hospital General "Mariano Pérez Balí", Bartolome Mas,. Granma, Cuba

² Hospital Provincial Universitario "Celia Sánchez Manduley", Granma, Cuba

³ Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Facultad "Celia Sánchez Manduley", Granma, Cuba

⁴ Hospital Neumológico "Raúl Follereau", Departamento de Cirugía General. Bissau, Guinea Bissau

Resumen

Introducción: el síndrome de Cotard es una condición neuropsiquiátrica infrecuente donde el paciente niega la existencia de partes de su cuerpo o su propia existencia.

Objetivo: describir las alteraciones psicopatológicas en un paciente con diagnóstico de retraso mental y síndrome de Cotard.

Presentación de caso: masculino, 18 años, bajo rendimiento académico; comenzó a los 9 años con rechazo de los alimentos, robo de objetos y falta de higiene. Al momento de su admisión refiere lo persiguen constantemente unos hombres que lo quieren volver a matar (idea delirantes de daño) y delirios cenestopáticos. Durante el ingreso se diagnostica retraso mental y se refuerzan los delirios nihilistas. Es sometido a terapia electroconvulsivante sin resultados. Al término de varias semanas de ingreso se logra remisión con la combinación de clozapina, carbonato de litio y levomepromazina.

Conclusiones: el síndrome de Cotard en asociación con retraso mental es un diagnóstico de exclusión de presentación infrecuente.

Palabras clave: síndrome de Cotard; delirios; nihilista; psicosis; retraso mental

Abstract

Introduction: Cotard syndrome is a rare neuropsychiatric condition where the patient denies the existence of parts of his body or his own existence.

Objective: Describe the psychopathological alterations in a patient with a diagnosis of intellectual disability and Cotard syndrome.

Clinical case: Male, 18 years old, low academic performance; It began at the age of 9 with refusal of food, theft of objects and lack of hygiene. At the time of his admission, he reports that he is constantly pursued by men who want to kill him again (delusional ideas of harm) and coenestopathic delusions. During admission, mental retardation is diagnosed and nihilistic delusions are reinforced. He is subjected to electroconvulsive therapy without results. After several weeks of admission, remission is achieved with the combination of clozapine, lithium carbonate and levomepromazine.

Conclusions: Cotard syndrome in association with intellectual disability is a rare diagnosis of exclusion.

Keywords: Cotard syndrome; delusions; nihilistic; psychosis; Intellectual disability.

Introducción

Charles Bonnet, en 1788, describió una paciente que luego de padecer lo que parecía un ictus pedía a gritos ser enterrada pues estaba muerta y en estado de putrefacción.^(1,2) Jules Cotard, describió el cuadro clínico psiquiátrico de una paciente como “*délire des négations*”: “Mademoiselle X se describía a sí misma como carente de cerebro, órganos internos, vasos sanguíneos y sangre, y aseguraba además que no podía morir; por tanto, no necesitaba comer, porque ya estaba muerta”.⁽³⁻⁴⁾

Investigadores de la Universidad de Cambridge, recopilaron 100 casos del síndrome de Cotard (SC) bien documentados.^(2,5,6) El SC o delirio de negación es un trastorno psiquiátrico muy raro e infrecuente que se caracteriza por la negación de la existencia de partes del cuerpo e incluso de sus órganos.^{3,7,8} Cotard

Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.



propuso tres elementos: la negación de órganos, el sentimiento de inmortalidad y la negación del mundo como las bases del diagnóstico.^(1,5,9)

Autores como Perris redujeron lo expuesto por Cotard a la mera descripción de un síntoma (delirio hipocondriaco) en el contexto de una melancolía ansiosa que se cronificaba toda vez que aparecían, en el cortejo sintomático, las ideas nihilistas.^(6,8) De Martisen, 1956, postuló que podría ser una forma separada de psicosis. Saavedra, 1968, definió tres tipos del SC: depresivo, mixto y esquizofrénico, y estableció una diferencia entre un SC genuino, que se daba en estados depresivos, y algo que él llamó síndrome pseudo-Cotard, síndrome seudonihilista o esquizofrenia cenestésica, donde hay síntomas psicóticos sin alteraciones en el afecto.^(1,3)

La causa exacta del SC es aún desconocida pero el síndrome puede aparecer raramente, en solitario y de forma repentina, sin un cuadro psiquiátrico o neurológico previo, aunque por lo general aparece en combinación a depresiones endógenas profundas (85–90 %), trastornos bipolares severos, esquizofrenia, enfermedades neurodegenerativas, accidentes vasculares encefálicos, tumores intracraneales, encefalitis y traumatismos craneales. Se han descrito asociaciones con síndrome catatónico, síndrome neuroléptico maligno, licantrópia, hidrofobia y síndrome de Capgras.^(4,7) La fisiopatología se desconoce y el diagnóstico es difícil a falta de criterios internacionalmente aceptados.^(1,9,10)

El objetivo de este artículo es describir las alteraciones psicopatológicas en un paciente con SC y retraso mental (RM). El artículo cumple con todas las declaraciones éticas de la Declaración de Helsinki.

Presentación del caso

Paciente de 18 años, masculino, raza negra, escolaridad de 6ta clase aprobada, muy bajo rendimiento académico y catalogado como indisciplinado en la escuela. Acude a consulta porque su hermana lo encontró con una fractura en el antebrazo y no cree fuese accidental ni infligida por otra persona.

A la entrevista familiar se recoge el antecedente de haber comenzado sobre los 9 años a deshacerse de la comida consumida por medio del vómito provocado. En varias ocasiones fue sorprendido robando objetos de sus vecinos. A la edad de 16 años comienza con falta de aseo y rechaza tomar baños, además, exige usar la misma ropa por dos o tres días consecutivos y se niega a lavarse la boca en varias ocasiones. En ese momento es por pérdida de peso importante y evidente recetándosele sertralina a dosis de 50 mg / día en dosis única, tratamiento que no cumplió.

En los últimos seis meses se ha vuelto demasiado irritable, la falta de aseo personal ha empeorado y ha dejado de comunicarse como lo hace tradicionalmente. Refieren además dificultad para conciliar el mismo (insomnio de conciliación). Anteriormente refería haber fallecido el día anterior escapándose en ocasiones. El día anterior a al incidente (fractura del antebrazo) fue sorprendido golpeándose la cabeza contra la pared para aliviar su dolor de cabeza.

Al examen físico se ve un paciente con delgadez extrema y antebrazo izquierdo enyesado que tiene una hernia umbilical no complicada.

Al examen psiquiátrico se entrevista adolescente vigil, fácilmente distraible, orientado en tiempo, espacio y persona, memoria sin alteraciones que refiere lo persiguen constantemente hombres que lo quieren volver a matar (idea delirantes de daño). Refiere además que no puede correr porque sus piernas pesan mucho y una fuerza inhibitoria no le deja moverse (delirios cenestopáticos), refiere que el jefe de estos hombres que quieren matarlo le ordena constantemente detenerse y levantar las manos (alucinaciones auditivas imperativas).

Ante la evidencia de enfermedad psiquiátrica es ingresado con diagnóstico presuntivo de esquizofrenia por lo que se coloca tratamiento con olanzapina (antipsicótico atípico) en dosis de 10 mg/día en dos tomas y lorazepam (benzodiacepina de acción intermedia) en dosis de 2 mg/día en 2 tomas. Durante la primera semana de ingreso mantuvo el estado de agitación psicomotriz, el insomnio, la ideas delirantes cinestopáticas y una conducta agresiva hacia familiares y cuidadores.

En la segunda semana de ingreso comienza a expresar frases con contenido nihilista (delirios nihilistas) tales como: “estoy fallecido”, “yo mismo me mate ya” “estoy sin pulmones ni corazón por dentro”, “estoy muerto y vacío por dentro, soy pura piel y ojos”.

Al término de la segunda semana se realizó prueba de coeficiente intelectual (IQ) con un nivel intelectual muy bajo por lo que se diagnosticó RM y psicosis orgánica. Se reajustó tratamiento y se sustituyó la olanzapina por risperidona (antipsicótico atípico) en dosis de 4 mg/día en dos tomas.

Al término de una semana del cambio de tratamiento persisten los episodios de agitación psicomotriz, episodios de autolesión al golpear su cabeza contra la pared e incluso un intento de suicidio con la sabana. Su conducta seguía agresiva. Esto motivo un nuevo cambio en el tratamiento de risperidona por clozapina (antipsicótico atípico) en dosis de 25 mg/día en dos tomas y se agrega valproato de sodio (anticonvulsivante) en dosis de 2 g/día en 2 tomas.

Al término de cuatro semanas el cuadro psicótico no había remitido por lo que, previa solicitud del consentimiento informado a sus responsables legales, se decidió administrar 15 sesiones de terapia electroconvulsivante sin anestesia. Al término de las sesiones se nota disminución de las conductas agresivas y de autolesión, mantenimiento de los delirios cenestopáticos y nihilistas. Este cuadro se prolongó por espacio de dos meses por lo que se decide suprimir el valproato de sodio y el lorazepam y adicionar el carbonato de litio (estabilizador del estado de ánimo) en dosis progresivas hasta alcanzar 1000 mg/día y la levomepromazina (fenotiazida antipsicótica) en dosis de 25 mg/día en toma única.

Al término de cuatro meses de internamiento se logra suprimir los delirios cenestopáticos y nihilistas, las conductas agresivas y autolesivas, se concilia mejor el sueño y no manifiesta ideas delirantes de daño o



persecución. Después de seis meses de internamiento se decide alta hospitalaria con diagnóstico definitivo de SC asociado a RM.

Discusión

No se dispone de datos epidemiológicos exactos sobre el SC pero los autores consultados coinciden en que es muy inferior al 1 %.^(2,6,11) Casas López⁽⁹⁾ describen los delirios nihilistas como el elemento cardinal del diagnóstico. El contenido de los delirios en el SC evidencia la preocupación por la culpa, desesperación y muerte.

En el presente caso, el examen físico general resultó negativo detectándose RM. Sintomáticamente el paciente evolucionó, en años, desde la ansiedad hasta los signos clásicamente descritos donde las ideas nihilistas y los delirios cinestopáticos, agresividad, ansiedad y conductas auto lesivas completaron el cortejo sintomático.

La afección del lóbulo parietal, en el SC, se debate por la complejidad de los delirios de negación y distorsiones de autoimagen, pero no hay pruebas de laboratorio e imagen que corroboren esta teoría.^(4,7) Huarcaya-Victoria et al.⁽¹²⁾ reporta dos pacientes con SC a los cuales le realizó tomografía computarizada por emisión de fotón único cerebral. Las pacientes manifestaban ideas delirantes nihilistas y en el estudio de neuroimagen se encontró hipoperfusión frontal, parieto-temporal y de ganglios de la base. Estos autores alegan escasos reportes de la correlación con coincidencias de disminución de la perfusión cerebral a nivel frontal, parietal y temporal sin que se haya identificado localizaciones anatómicas específicas.

De Jesús et al.⁽⁷⁾ comunica un caso de SC con antecedentes de trastorno esquizoide no especificado. Sintomáticamente presentaba delirios nihilistas, alucinaciones olfativas y auditivas, verborrea, aumento de la motricidad, anorexia, insomnio y soliloquio.

Ocampo et al.⁽³⁾ publica una paciente mujer, antecedentes de agresión sexual a los 12 años, dos intentos de suicidio y diagnóstico de depresión de más menos 30 años. Al momento de la consulta se ve paciente con ánimo triste y ansioso, llanto diario, ideas de culpa, minusvalía y tanáticas, insomnio de conciliación y delusiones nihilistas concernientes al cuerpo.

Sergio Vergara et al.⁽⁴⁾ presentó una paciente con antecedentes de depresión melancólica y desarrollo de intensas ideas delirantes nihilistas y alucinaciones visuales aisladas, internada por falta de respuesta al tratamiento antidepresivo y antipsicótico que evolucionó con síntomas catatónicos. Sintomatológicamente curso con insomnio de despertar precoz, apetito disminuido, menor frecuencia de las deposiciones, angustia acentuada, ideas delirantes de no existencia y de ausencia de órganos, ideas de ruina, alucinaciones visuales e ideación suicida de corta duración. La paciente fue tratada con venlafaxina y lorazepam reduciéndose la sintomatológica psicótica.

Rivera-Encinas et al.⁽¹³⁾ presentó un caso de SC asociado a RM con marcadas ideas nihilista de negación, ausencia de órganos, agresividad y anorexia que fue tratado con terapia electroconvulsivante sin respuesta. Luego de varias asociaciones farmacológicas se logró remisión considerable del cuadro psicótico con carbonato de litio, olanzapina, propranolol y levomepromazina asociado al manejo conductual.

Al día de hoy, no existe una definición, clasificación o criterios diagnósticos aceptados universalmente para diagnosticar el SC.^(1,5,8,11) En cuanto al diagnóstico actualmente no se encuentra clasificado dentro del DSM-V, ni CIE 10.^(3,7,14) Casas López AC.⁽⁹⁾ establece la interrogante de que si el SC debe ser una entidad gnoseológica independiente dada la imposibilidad de establecer o definir criterios internacionales. El SC es, a la fecha, un simple epónimo que recoge los delirios de negación.

Yamada¹⁵ considera que el SC evoluciona en tres: 1) germinación, donde se observa frecuentemente hipocondría, cenestopatía y ánimo depresivo; 2) afloramiento, donde aparecen las delusiones nihilistas y/o de inmortalidad, junto con ansiedad y negativismo, y 3) crónica, con dos resultados: a) síntomas emocionales persistentes (tipo depresivo), b) sistematización de los delirios (tipo paranoide).

Sergio Vergara et al.⁽⁴⁾ cita a Berrios y Luque los cuales concluyeron que el diagnóstico de depresión o síntomas depresivos se presenta en el 89 %, los delirios nihilistas más frecuentes son los que se relacionaban con el cuerpo (86 %) y la existencia (69 %), con alta frecuencia de ansiedad, sentimientos de culpa, delirios hipocondríacos y de inmortalidad. Este estudio dio paso a las formas de presentación del SC reconocidas hasta hoy: Depresión psicótica, Cotard tipo I y Cotard tipo II.

Se describen tres presentaciones: depresión psicótica (caracterizados por melancolía y pocos delirios nihilistas), Cotard tipo I (presenta tristeza patológica, ansiedad e ideas delirantes de tipos hipocondríaco y nihilistas del cuerpo, concepto y existencia) y Cotard tipo II (configurado por alucinaciones auditivas, ansiedad, depresión y delirios de negación). De tal suerte el Cotard tipo I se considera como el tipo “puro” del Síndrome y su origen estaría en las delusiones y no en los trastornos afectivos.^(1,3,6,9,12)

Este síndrome puede ser primario, o puede ser secundario a numerosas condiciones, como depresión psicótica, esquizofrenia, desorden bipolar demencia o neoplasia cerebral. El análisis psicodinámico orientan a un basamento causal en la depresión que genera sentimientos de culpa y autocastigo y en la total negación del mismo individuo, y como consecuencia una distorsión entre el yo y el ello.^(2,7,8)

El manejo del SC está sujeto a la existencia de una condición clínica orgánica subyacente; el uso de terapia electroconvulsiva como tratamiento de elección, debido a la presencia de delirios, es aun cuestionado. Farmacológicamente están indicados los medicamentos antidepresivos si existen trastornos afectivos y antipsicóticos si se acompaña de esquizofrenia.^(5,11,15)

Lo infrecuente de la asociación del SC con RM constituye una limitación a la hora de extraer conclusiones, sin embargo, existe alta concordancia en el tratamiento de ambos síndromes que de gran

interés a la hora de establecer hipótesis que esclarezca el modo en que se da la aparición conjunta de los dos síndromes.

Conclusiones

El SC es un diagnóstico de exclusión y si el médico no está familiarizado con el síndrome no podrá realizar un diagnóstico efectivo, muchas veces sus síntomas se confunden con alguna enfermedad orgánica subyacente, otro tipo de enfermedad psiquiátrica o trastornos neurocognitivo.

Referencias bibliográficas

1. Fojo F. Síndrome de Cotard: Delirio de negación. Delirio nihilista. Galenus. [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 29]; 88(3). Disponible en: <https://www.galenusrevista.com/?Sindrome-de-Cotard>
2. McGreal AE, Boles MK, Boyanchek I. Cotard Syndrome in an Adolescent With a First Episode of Psychosis. Journal of psychiatric practice. [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 29];27(3):224–227. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000545>
3. Ocampo H, Febres-Ramos RJ, Arestegui S, Bravo R, Cardenas D. Síndrome de Cotard en trastorno depresivo recurrente: Reporte de caso. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 29];21(4):859-864. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i4.3303>
4. Sergio Vergara R, Díaz P. Síndrome De Cotard y Catatonía: Reporte De Un Caso. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 29];58(1):66-73. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000100066>
5. Huan WY, Wan Azlan WA, Lee YT. Cotard delusion in a depressed patient: "My throat is missing!". Asia-Pacific psychiatry: official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists. [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 29];15(1): e12524. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/appy.12524>
6. Couto RAS, Moreira Gonçalves L. A medical algorithm for Cotard delusion based on more than 300 literature cases. International journal of psychiatry in clinical practice. [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 29];25(3):220–232. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1819335>
7. de Jesús MR, Rojas JA, Mejía Sang M, Disla V, Nova S, González E. Delirio de Cotard: presentación de caso y revisión de literatura. Ciencia y Salud. [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 29];5(1):123-8. Disponible en: <https://doi.org/10.22206/CYSA.2021.V5I1.PP123-128>
8. Sahoo A, Josephs KA. A Neuropsychiatric Analysis of the Cotard Delusion. The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences. [Internet]. 2018 [cited 2023 Nov 29];30(1):58–65. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.17010018>



9. Casas Lopez AC. Delirios de Cotard, descripción de dos casos. Delirio de negación en la melancolía frente a delirio de negación en la paranoia. Revista Colombiana de psiquiatría. [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 29];51(2):158-162. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.10.012>
10. Fabrazzo M, Giannelli L, Riolo S, Fuschillo A, Perris F, Catapano F. A hypothesis on Cotard's syndrome as an evolution of obsessive-compulsive disorder. International review of psychiatry (Abingdon, England). [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 29];33(1-2):23–28. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1810425>
11. Subhas N, Naing KO, Su C. et al. Case report on Cotard's syndrome (CS) in a patient with schizophrenia: a rare case from Malaysia. Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg. [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 29];57:107. disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41983-021-00359-4>
12. Huarcaya-Victoria J, Herrera D, Meneses A. SPECT Cerebral en Pacientes con Síndrome de Cotard: a Propósito de dos Casos. Revista Colombiana de Psiquiatría. [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 29];. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.06.004>
13. Rivera-Encinas MT, Huarcaya-Victoria J, Aliaga-Tinoco S. Síndrome de Cotard y retraso mental: reporte de un caso. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 29];58(4):425-430. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272020000400425&lng=es
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM- 5). Washington DC: APA; 2013.
15. Yamada K, Katsuragi S, Fujii I. A case study of Cotard's syndrome: stages and diagnosis. Acta Psychiatr Scand. 1999;100(5):396-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10884.x>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de autoría

1. Pedro Rafael Casado Méndez: Conceptualización, metodología, supervisión, redacción-revisión y edición.
2. Rafael Salvador Santos Fonseca: Conceptualización, redacción-borrador original.
3. Nicandro Domingos Lopes Cá: Revisión, redacción-borrador original.

