



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



482/1489 - DOCTOR, ¿POR QUÉ TENGO QUE COMER Y TOMAR PASTILLAS SI NO TENGO ESTÓMAGO...?

S. Hernández Sánchez¹ y V. Berdión Marcos²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villar de Peralonso. Villar de Peralonso. Salamanca. ²Enfermera. Hospital Provincial de Zamora. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 88 años, cuidador de su mujer con Alzheimer. Hija: trastorno bipolar. Barthel: 100/100. AP: Adenocarcinoma de pulmón (T1N0M0) (lobectomía LSD). EPOC moderado. FAC. Dos episodios depresivos con resolución completa. IQ: fístula perianal, apendicectomía, amputación parcial 2º dedo mano izquierda. Tratamiento: acenocumarol 4 mg, omeprazol 20 mg, diltiazem 90 mg, bromuro de tiotropio 18 µg, digoxina 0,25 mg, furosemida 40 mg, lorazepam 1 mg. Herpes zóster lumbo-sacro derecho tratado con famciclovir 500 mg y 4 días después ITU con RAO (cefixima 400 mg, tamsulosina 0,4 mg-dutasteride 0,5 mg). Mes y medio después, es traído por familiares con cuadro progresivo de desorientación, angustia, apatía, abulia, ánimo deprimido, menos activo y colaborador; verbalizando “no sé por qué me han traído si estoy muerto... estoy seco... no puedo comer... los muertos no comen... no tengo nada, ni músculos ni estómago... tiradme por ahí”. Insomnio global. No ideación autolítica ni auto/heteroagresividad.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 121/73 mmHg. FC: 97 lpm, Sat O₂: 93%, T^a: 36,3 °C, poco colaborador. Barthel: 55/100. Analítica “para qué me pincha si estoy muerto”: vitamina D: 16,6 ng/ml. Derivado a salud mental por síndrome depresivo grave con síntomas psicóticos: ajustes progresivos de medicación (venlafaxina, quetiapina, olanzapina, mirtazapina y lormetazepam), sin mejoría; ingresando finalmente por mutismo y delirio nihilista con oposicionismo a comer y tomar medicación. Tc craneal: atrofia corticosubcortical más significativa a nivel bifrontal.

Orientación diagnóstica: Episodio depresivo mayor con sintomatología psicótica. Síndrome de Cotard.

Diagnóstico diferencial: Fármacos (antivirales). Trastornos orgánicos (hemorragia subdural, enfermedad cerebrovascular isquémica, atrofia corteza insular). Demencia. Trastornos hipocóndriacos. Depresión psicótica. esquizofrenia.

Comentario final: El síndrome de Cotard/delirio de negación o nihilista, es poco frecuente, de etiología heterogénea y no considerado en las clasificaciones actuales. Su reconocimiento clínico es fundamental para su pronto diagnóstico y tratamiento. Puede iniciarse con sentimientos depresivos, pérdida de razonamiento y experimentación de emociones, progresando a delirio nihilista, perdiendo el vínculo con la realidad y llegando al mutismo, automutilación y suicidio en casos graves. Los antidepresivos pueden ser efectivos, pero debido a los delirios, la terapia electroconvulsiva se

plantea como tratamiento de elección. Nuestro paciente fue tratado con 6 sesiones, regularizando ingestas y recuperando el estado de ánimo siendo subdepresivo al alta.

Bibliografía

1. Oberndorfer R, et al. Cotard síndrome in hypoactive delirium-a case report. *Psychiatria Danubina*. 2017;29(4):500-2.
2. Huarcaya-Victoria J, et al. Síndrome de Cotard: revisión sistemática de reportes de caso. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2020;49(3):187-93.

Palabras clave: Delirio. Depresión. Psicótica.