



## CASO CLÍNICO

## Síndrome de Cotard en paciente anciano

### Cotard syndrome in an elderly patient

Marta Mercedes González Eizaguirre\*, Daniel Martínez Fabre, Magdalena Linge Martín, Carmen Oquendo Marmaneu y Dionis Carolina Fernández Minaya

Servicio de Geriatria, Hospital San José de Teruel, Teruel, España



A continuación se expone el caso de una paciente de 81 años de edad que ingresa en el servicio de geriatría, sección de agudos, derivada desde urgencias por presentar de forma repentina, disminución del nivel de conciencia con hipotensión posterior objetivada en su centro de salud (TA 62/48). En la anamnesis inicial, su hija refiere cuadro diarreico de 2 días de evolución. Como antecedentes, es hipertensa, presenta una fibrilación auricular diagnosticada hace 4 años, depresión mayor en seguimiento en consultas externas de psiquiatría desde hace 20 años y deterioro cognitivo de tipo neurodegenerativo (GDS-3) estudiado de manera ambulatoria por neurología y con un diagnóstico de 4 meses. En aquel momento se encontraba en tratamiento con enalapril 20 mg, bisoprolol 2,5 mg, acenocumarol 4 mg, escitalopram 15 mg, mirtazapina 15 mg, trazodona 100 mg y donepezilo 5 mg.

Su situación funcional basal es de dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria con un índice de Barthel de 70, siendo incontinente mixta ocasional y precisando ayuda para la higiene personal. En lo que respecta a las actividades instrumentadas, necesita supervisión en el control de la medicación, manejo del dinero y evidencia déficit en el cuidado de la casa. La paciente vivía sola en el domicilio y recientemente motivado por las deficiencias que acabamos de señalar, sus hijas toman la decisión de que una de ellas, se traslade a vivir al domicilio materno. Debido a su negativa a aceptar esa convivencia y a los múltiples enfrentamientos diarios, la paciente es trasladada a una residencia privada.

A la exploración física: la paciente está excesivamente bronceada, deshidratada en piel y mucosas; colaboradora, consciente, pero desorientada en tiempo; el lenguaje en principio normal; pares craneales normales; no focalidad sensitivo-motora de vías largas; no disimetrías; praxias difíciles de valorar por defecto visual por degeneración macular asociada a la edad; marcha normal; Roomberg negativo y tándem con dificultad; ruidos cardiacos arrítmicos sin soplos; normoventilación sin presencia de ruidos sobreañadidos; abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no presenta masas ni megalias, peristaltismo presente.

Al ingreso, se revisa TC craneal realizado 4 meses antes en el que se objetivaba un área frontal hipodensa derecha con pérdida de la diferenciación de la sustancia blanca y leucoaraiosis. Analíticamente presenta una desnutrición calórico-proteica con unas proteínas totales de 5,5 g/dl, una albúmina de 2,9 g/dl, colesterol de 119 mg/dl y un recuento linfocitario de  $1.172 \times 10^9/l$ . La analítica de orina no presenta alteraciones y en la radiografía de tórax no se objetivan alteraciones pleuroparenquimatosas de evolución aguda.

Al inicio de su estancia, la paciente comienza a manifestar una clínica compatible con depresión mayor de característica melancólica, con importante negativa a la ingesta y toma errática del tratamiento ya que en ocasiones lo esconde. Progresivamente la paciente verbaliza estar muerta y en el cementerio aduciendo que esa es la causa por la que no precisa alimentarse. Al examen mental tiene un discurso centrado, con decaimiento originado por creerse muerta. Aspecto adecuado, pero con elevado sufrimiento, facies hipomímica, aunque tranquila. Abúlica y ciertamente desesperanzada. Discurso de temática negativista enlentecida con evidente bradipsiquía. Discurso no espontáneo y parco en palabras con mirada perdida. Ánimo hipotímico. Ideación delirante de muerte de tipo nihilista congruente con el humor de ruina. Juicio de realidad parcialmente conservado.

Se realiza interconsulta al servicio de psiquiatría donde se le diagnostica de depresión mayor melancólica y síndrome de Cotard<sup>1</sup>.

La paciente ya se encontraba en tratamiento con escitalopram, mirtazapina y trazodona, por lo que se decidió tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC). Se le realizaron 2 sesiones, que fue preciso suspender por dificultad en la recuperación postanestésica probablemente secundaria al problema de metabolización de fármacos por hipoproteinemia. Tras el tratamiento con TEC se encuentra más confundida, desorientada y con una mayor ideación de perjuicio. Se realiza ajuste de tratamiento psicofarmacológico y se programa reunión familiar ante el deterioro nutricional y psicopatológico de la paciente, llegándose al acuerdo de tener una actitud conservadora, rechazando el inicio de nutrición artificial y limitación de la hidratación endovenosa.

El síndrome de Cotard constituye una rareza en la clínica psiquiátrica, cuya psicopatología excede con mucho la única

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [meizah@msn.com](mailto:meizah@msn.com) (M.M. González Eizaguirre).

asociación con las delusiones nihilistas como se ha venido considerando en los últimos años<sup>1-6</sup>.

Esta evolución va acorde con lo documentado por Dieguez (2018), distinguiéndose 3 estadios: 1) germinación, donde se encuentra el ánimo depresivo que ya sufría previamente nuestra paciente, 2) afloramiento, donde aparecen las delusiones nihilistas y/o de inmortalidad, junto con ansiedad y negativismo como le ocurrió a nuestra paciente que tras cambiar de ambiente y entorno social, y tras el ingreso médico, comienza con esta enfermedad y 3) crónica, con sistematización de los delirios (tipo paranoide) como ocurrió finalmente en el presente caso.

La terapia de rehabilitación cognitiva y neuropsicológica puede mejorar y reconfigurar el sentido de familiaridad en este tipo de enfermedades, sin embargo en nuestra paciente no se pudo realizar debido a la falta de colaboración.

## Bibliografía

1. Dieguez S. Cotard syndrome. *Front Neurol Neurosci*. 2018;42:23–34.
2. Weiss C, Santander J, Torres R. Catatonia, neuroleptic malignant syndrome, and Cotard syndrome in a 22-year-old woman: A case report. *Case Rep Psychiatry*. 2013;2013:452646.
3. Grover S, Aneja J, Mahajan S, Varma S. Cotard's syndrome: Two case reports and a brief review of literature. 2014;5:59–62.
4. Huarcaya-Victoria J, Ledesma-Gastañadui M, Huete-Cordova M. Cotard's Syndrome in a patient with schizophrenia: Case report and review of the literature. *Case Rep Psychiatry*. 2016;2016:6968409.
5. Bott N, Keller C, Kuppuswamy M, Spelber D, Zeier J. Cotard Delusion in the Context of Schizophrenia: A Case Report and Review of the Literature. *Front Psychol*. 2016;7:1351.
6. Wani ZA, Khan AW, Baba AA, Khan HA, Wani QU, Taploo R. Cotard's syndrome and delayed diagnosis in Kashmir, India. *Int J Ment Health Syst*. 2008;2:1.