

## SÍNDROME DE COTARD Y COVID-19: REPORTE DE UN CASO

## COTARD'S SYNDROME AND COVID-19: CASE REPORT

González, Ariadna. Instituto Nacional de Salud Mental. Panamá. [aristegon@gmail.com](mailto:aristegon@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-5069-3632>

[Autor de correspondencia]

Gallardo, Tania. Instituto Nacional de Salud Mental. Panamá. [tjgallardop@gmail.com](mailto:tjgallardop@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0003-3197-8485>Cohen-Márquez, Nicole. Instituto Nacional de Salud Mental. Panamá. [nicolecohenm@gmail.com](mailto:nicolecohenm@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-9494-1754>García, Héctor. Instituto Nacional de Salud Mental. Panamá. [hectorgarcia2193@gmail.com](mailto:hectorgarcia2193@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-8287-6596>

Recibido: 06/08/22

Aceptado: 07/09/22

DOI: <https://doi.org/10.48204/2218-8266.5204>

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Cotard fue descrito por Jules Cotard en 1880 como “melancolía ansiosa, comportamiento suicida, insensibilidad al dolor, delirios de inexistencia y de inmortalidad”. A raíz de la pandemia por COVID-19, se han reportado secuelas neuropsiquiátricas que causan angustia en sus sobrevivientes. El interés de presentar este caso es la limitada información disponible en la literatura y como precedente el primer caso descrito en Panamá, con el fin de brindar los datos para realizar el abordaje adecuado.

**CASO CLÍNICO:** Se trata de una paciente femenina de 68 años, con antecedentes de esquizofrenia e historia de mala adherencia al tratamiento, quien presenta un cuadro de aproximadamente seis meses de evolución de alteración del patrón de sueño, hiporexia, delirios de negación e ideas paranoides con alteración en la conducta.

**DISCUSIÓN:** La incidencia de las psicosis durante las epidemias y pandemias respiratorias es sesenta veces mayor que la mediana de la incidencia basal. Se ha descrito que las psicosis asociadas a COVID-19 se caracterizan por su incidencia dos veces más alta que las asociadas a la influenza. De acuerdo con las evaluaciones del síndrome de Cotard, en busca de la etiología, se brinda el tratamiento adecuado. No obstante, el pronóstico varía de manera amplia en materia de la resolución de los síntomas.

**CONCLUSIÓN:** El síndrome de Cotard es un enigma para la psiquiatría, al cual se añade dentro de su etiología el COVID-19.

**PALABRAS CLAVE:***Trastornos psicóticos, infecciones por coronavirus, informe de caso*

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Cotard's syndrome was described by Jules Cotard in 1880 as “anxious melancholy, suicide behavior, insensitivity to pain and non-existence delusions”. Due to COVID-19 pandemic, distressing neuropsychiatric sequelae have been reported among survivors. Our interest in presenting this case report arises from the limited information available among the literature, and to set a precedent of the first described case in Panama, pretending to provide the data to perform the proper assessment.

**CLINICAL CASE:** A 68-year-old female, with a history of schizophrenia and poor adherence to treatment presents with altered sleep patterns, hyporexia, nihilistic and paranoid delusions, and changes in behavior.

**DISCUSSION:** The incidence of psychoses during respiratory epidemics and pandemics is sixty times greater than the median baseline incidence. It has been described that the psychoses associated with COVID-19 are characterized by their incidence twice as high as those associated with influenza. Based on evaluations of Cotard's syndrome, appropriate treatment for Cotard's syndrome is given by searching and treating its etiology. Nevertheless, the prognosis varies widely in terms of resolution of symptoms.

**CONCLUSION:** Cotard's syndrome is an enigma for psychiatry, to which COVID-19 is added within its etiology.

**KEY WORDS:***Delusions, psychotic disorders, COVID-19, case report*

A raíz de la pandemia en diciembre de 2019 se han reportado más de 579 millones de casos de COVID-19 y 6 millones de fallecidos.<sup>[1]</sup> Las secuelas neuropsiquiátricas continúan causando angustia en las personas con COVID-19; sin embargo, se ha descrito poco en la literatura sobre síndrome de Cotard como secuela neuropsiquiátrica secundaria a esta enfermedad. El síndrome de Cotard fue descrito por primera vez en 1880 por Jules Cotard, y se caracteriza por tristeza profunda, ansiedad, conductas suicidas, ideas delirantes de negación o inmortalidad y disminución en la percepción del dolor.<sup>[2]</sup>

En la literatura se apenas se menciona sobre su fisiopatología y epidemiología, y lo poco publicado lo describe en enfermedades como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos depresivos, síndrome de Capgras (idea delirante de que una persona conocida es reemplazada por un impostor idéntico) [3, 4], catatonía, enfermedades neurológicas como enfermedades cerebrovasculares tanto isquémicas como hemorrágicas, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, entre otras.[3]

El interés de presentar este caso es la limitada información disponible en la literatura, ya que su incidencia es baja. Los autores queremos dejar el precedente del primer caso descrito en Panamá, con el fin de brindar los datos para poder realizar el abordaje diagnóstico y terapéutico adecuado.

## ENFERMEDAD ACTUAL

Femenina de 68 años es llevada por sus familiares para evaluación al Instituto Nacional de Salud Mental por un cuadro de 6 meses de evolución de delirios nihilistas (“me han arrancado el estómago”) y alucinaciones cenestésicas (“tengo una serpiente dentro”), insomnio de mantenimiento, hiporexia, cambios de conducta asociado a ideas delirantes paranoides caracterizadas por llamadas constantes a la policía por su falta de órganos y que debía ir a cuidar a su madre, ya fallecida en su país de origen.

### **Antecedentes Personales Patológicos**

Entre sus antecedentes, los familiares refieren esquizofrenia diagnosticada a sus 31 años, con pobre adherencia al tratamiento médico (olanzapina 10 mg hora sueño), y COVID-19 hace seis meses. Niega hipertensión arterial, eventos cerebrovasculares, alergias, antecedentes quirúrgicos y traumas. Refiere tabaquismo con patrón de consumo “ocasional” (1-2 cigarrillos por semana) y último consumo cuatro meses previos a la atención. Niega alcoholismo y uso de drogas ilegales. Su madre

sufre de patología tiroidea no especificada. Hay antecedente familiar de cáncer de próstata en uno de sus hermanos y de alcoholismo en el padre.

Es contadora de profesión, pero no ejerció debido a su enfermedad mental. Depende económicamente de sus hermanos.

### **Interrogatorio por aparatos y sistemas**

No se encontraron otros síntomas relevantes en la revisión por aparatos y sistemas.

### **Examen Físico**

Al examen físico, paciente alerta, orientada en persona y espacio; desorientada en tiempo. Se registraron signos vitales dentro de rangos normales. Sin hallazgos relevantes a la evaluación cardiovascular, torácica y abdominal. Sin alteraciones a la exploración neurológica.

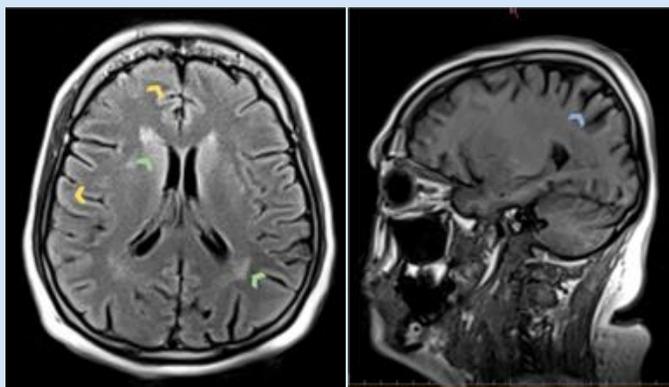
### **Examen Mental**

A su evaluación, está despierta, coopera con la entrevista, pero mantiene una actitud suspicaz con el entrevistador; hiperprosexia, humor con tendencia a la irritabilidad, con afecto acorde; verborrea; ideas delirantes de negación (“me sacaron el estómago”, paranoides “me quieren cortar”) e ideas delirantes megalomaniacas (“soy paramédico, gané millones”); taquipsiquia; alucinaciones cenestésicas “tengo una serpiente dentro que se mueve”. Negó ideación suicida y homicida. Memoria matizada por síntomas psicóticos. Juicio crítico desviado. Nula conciencia de enfermedad.

### **Estudios de imagen y pruebas de gabinete**

El abordaje diagnóstico incluyó dentro los exámenes paraclínicos iniciales radiografía de tórax y exámenes de laboratorio (ver tabla 1), evaluación por psicología (test de Bender alterado),

electrocardiograma y electroencefalograma (ambos sin alteraciones). Posteriormente, se realizó la resonancia magnética cerebral, cuyo informe reportó enfermedad de pequeños vasos leve (ver figura 1).



**Figura 1. Resonancia magnética cerebral**

Hiperintensidades en lóbulo frontal, occipital (amarillo) y periventricular (verde), por enfermedad de pequeños vasos. (B) Incremento en la profundidad de los surcos de forma generalizada (azul).

*Fuente: Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud Mental, 2022.*

Durante sus primeras 72 horas intrahospitalarias, recibió tratamiento con olanzapina intramuscular cada 12 horas en unidad de intervención en crisis. En su cuarto día intrahospitalario recibió decanoato de flufenazina 25 mg intramuscular y fue trasladada a sala de breve estancia con ajuste de medicación (se omitió la medicación intramuscular y se inició risperidona 3 mg vía oral dos veces al día (BID), biperideno 2 mg vía oral BID y ácido valproico 1 000 mg liberación prolongada vía oral post cena; se ajusta medicación para dormir con levomepromazina 50 mg vía oral hora sueño. En su día intrahospitalario 26, se inicia memantina 10 mg vía oral cada día.

**Tabla 1: Laboratorios**

Laboratorio	Resultado
Hemoglobina	14.6 g/dL
Leucocitos	14.6 g/dL
Plaquetas	282 000/uL
Glucosa	88 mg/dL
Nitrógeno de urea	12 mg/dL
Creatinina	0.87 mg/dL
TSH	1.53 ug/dL
T4 libre	1.33 ug/dL
Urinálisis	Leucocitos negativos Nitritos negativos
Metabolitos COC	Negativo
THC	Negativo
VIH	Negativo
VDRL	No reactor

*Fuente: Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud Mental, 2022.*

A su egreso, la paciente expresa el contenido de los delirios de negación al preguntarle de manera directa. Se prescribe risperidona 3 mg vía oral cada día, biperideno 4 mg vía oral cada día, ácido valproico 1 000 mg liberación prolongada vía oral post cena, levomepromazina 50 mg 2 vía oral hora sueño y memantina 20 mg vía oral cada día (Ver tabla 2).

**Tabla 2: Clases de psicofármacos prescritos\***

Fármaco	Tipo de fármaco
Olanzapina	Antipsicótico
Decanoato de flufenazina	Antipsicótico de depósito
Risperidona	Antipsicótico
Levomepromazina	Antipsicótico de acción sedante
Ácido Valproico	Estabilizador del humor
Biperideno	Antimuscarínico
Memantina	Antagonista de receptores NMDA

*\*Fármacos disponibles en el Instituto Nacional de Salud Mental, 2022.*

Una semana posterior al egreso, los familiares refieren que las ideas delirantes se atenuaron con respecto al ingreso que motivó su hospitalización, y que la paciente ha sido adherente a la medicación y acompaña a los hermanos en sus actividades diarias.

### Diagnóstico Diferencial

Entre nuestro diagnóstico diferencial se tomaron en cuenta las siguientes condiciones: esquizofrenia, delirium, disfunción tiroidea, demencia, evento cerebrovascular y secuelas neuropsiquiátricas de COVID-19.

Dada la edad actual de la paciente, con los exámenes paraclínicos iniciales, se descartó delirium secundario a infección y alteración de la función tiroidea.<sup>[4]</sup>

En este caso, se llevaron a cabo diversas evaluaciones para descartar otros diagnósticos diferenciales, como neuroinfección por VIH y sífilis, antecedentes de trauma craneoencefálico, deterioro cognitivo, trastornos del movimiento, migraña y convulsiones. Los estudios hormonales no revelaron alteraciones, y los análisis de neuroimagen no mostraron signos de enfermedad cerebrovascular aguda o crónica, lesiones ocupantes de espacio ni lesiones inflamatorias. Tras excluir otras patologías, en el contexto de esquizofrenia e infección por SARS-CoV-2, se plantea el diagnóstico del Síndrome de Cotard, dado el tiempo de evolución de los síntomas y el estado mental de la paciente.

Instaurado el tratamiento, se evidenció mejoría del patrón del sueño, apetito y estado anímico. No obstante, se observó la persistencia de las ideas delirantes y aparición de delirios de negación de nuevo contenido, por lo que se sospechó de alteración estructural intracerebral secundaria a evento cerebrovascular previo desconocido o demencia.<sup>[5]</sup>

---

### DISCUSIÓN

---

No hay suficientes datos para realizar un estudio de significancia estadística. En la literatura, se han publicado más de 300 reportes de casos,<sup>[4]</sup> así como

revisiones bibliográficas y cartas al editor, donde la edad promedio de los pacientes es de 51.33 años;<sup>[6]</sup> sin embargo, se ha estimado que la incidencia de psicosis durante las epidemias y pandemias respiratorias es 60 veces mayor que la mediana de la incidencia basal de psicosis. Las psicosis asociadas a COVID-19 tienen una incidencia dos veces más alta que las asociadas a influenza. A la fecha de la redacción de este reporte de caso, se han descrito 23 casos de psicosis asociadas a COVID-19<sup>[7]</sup>.

Los síntomas del síndrome de Cotard varían desde el delirio de negación de partes, órganos o fluidos corporales hasta el delirio nihilista (“creencia de estar muerto”) o de negación de su propia identidad.<sup>[6,9]</sup> Puede acompañarse de delirios de ruina, culpa, condenación e inmortalidad, los cuales están reforzados por creencias religiosas. Además, algunos pacientes pueden experimentar alucinaciones olfatorias (oler su propia putrefacción), cinestésicas, auditivas, visuales o táctiles.<sup>[4,10]</sup> Según la severidad de las ideas delirantes, hay consecuencias deletéreas en el funcionamiento del paciente (mutismo, incontinencia o retención esfinteriana, parálisis, estupor y catatonía). Se acompaña de síntomas depresivos como sentimientos de tristeza, anhedonia, pérdida del autocuidado, aislamiento, desesperanza, ideas de minusvalía, llanto espontáneo, ansiedad y anorexia.<sup>[6]</sup>

El síndrome de Cotard se puede desarrollar tanto por causas psiquiátricas como orgánicas,<sup>[4]</sup> que se describen a continuación (**Ver tabla 3**).

La despersonalización y la desrealización podrían explicarse por una probable desconexión de los procesos emocionales o límbicos. Se piensa que las lesiones en el lóbulo frontal llevan a la dificultad para resolver problemas a nivel cognitivo y que la génesis del delirio de negación tiene lugar en la afección de los circuitos fronto-temporo-parietales.<sup>[4]</sup>

**Tabla 3: Diagnóstico diferencial de Síndrome de Cotard**

Categoría	Diagnóstico
Psiquiatría	Depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia.
Neurología	Enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, demencia, esclerosis múltiple, infartos cerebrales, migraña, epilepsia, evento cerebrovascular, tumor cerebral, lesiones en lóbulo parietal, dismorfofobia, intermetamorfosis.
Infectología	Infección del sistema nervioso central, infección por SARS-CoV-2, brucelosis.
Nefrología	Toxicidad farmacológica en pacientes con función renal disminuida, neurotoxicidad por fármacos.

**Fuente:** Couto RAS et al<sup>[4]</sup>, Debruyne H et al.<sup>[9]</sup>

Las hipótesis de las alteraciones intracerebrales se correlacionan con los hallazgos observados en los estudios de neuroimagen. Se describen cambios físicos (atrofia cerebral bilateral, dilatación de los ventrículos laterales, afección de hemisferio derecho y lóbulos frontales, aumento de la cisura interhemisférica y lesiones focales en la región frontotemporal o parietal), y cambios funcionales como hipoperfusión en la corteza frontal y en la corteza parietal.<sup>[5]</sup>

En relación con el COVID-19, se han descrito causas somáticas como la hipoxia, el efecto neurotrófico directo del SARS-CoV-2 y la psicosis inducida por esteroides, independiente del fenotipo de COVID-19 (leve y severo), lo cual podría deberse a la tormenta inflamatoria de citoquinas del COVID-19, que desregula la neurotransmisión.<sup>[8,11,12]</sup>

Para el abordaje diagnóstico inicial, se debe realizar una evaluación psiquiátrica, enfatizando los antecedentes médicos psiquiátricos y valorando la coexistencia de síntomas de severidad como rechazo a la alimentación, catatonía, conducta autolesiva o suicida. La exploración física debe incluir examen neurológico.

De manera integral, los exámenes de laboratorio y los estudios de neuroimagen están indicados para descartar causas orgánicas.<sup>[4]</sup>

La base del tratamiento del síndrome de Cotard estará centrada en manejar el origen clínico del mismo. Se debe tratar la causa, luego de una evaluación exhaustiva de etiología orgánica. El tratamiento farmacológico se dirige al manejo de los síntomas psicóticos, depresivos y de ansiedad. Actualmente, no existen guías de tratamiento para este síndrome; sin embargo, varios estudios proponen estrategias de tratamiento, tales como: monoterapia con psicofármacos (amitriptilina, aripiprazol, duloxetina, fluoxetina, olanzapina, sulpiride y litio), o estrategias combinadas con antidepresivos y antipsicóticos orales, según el criterio clínico.<sup>[9]</sup> En contraste con el caso clínico descrito, la paciente mostró mejoría clínica significativa con estrategias combinadas de medicación oral con risperidona, olanzapina, levomepromazina, ácido valproico, memantina y antipsicótico de depósito (decanoato de flufenazina). Se debe brindar tratamiento de soporte en caso de sintomatología severa. La terapia electroconvulsiva se encuentra dentro de las opciones terapéuticas, dado que ha demostrado eficacia en casos severos y tratamiento más reportado en el síndrome de Cotard.<sup>[4,9]</sup>

La recuperación completa puede ocurrir tan repentinamente como fue el inicio de la enfermedad, incluso en los casos más severos. Impresiona que el pronóstico varía ampliamente desde la recuperación espontánea hasta la cronicidad de una enfermedad muy severa. En la mayoría de la literatura disponible no se discute acerca del pronóstico, por lo que, no se pueden hacer más declaraciones al respecto.<sup>[9]</sup>

## CONCLUSIÓN

El síndrome de Cotard sigue siendo un enigma de la psiquiatría. El antecedente de enfermedad mental no descarta la presentación de un síndrome de Cotard. Aun así, se deben descartar causas orgánicas y considerar infección por SARS-CoV-2 dentro de los diagnósticos diferenciales.

## BIBLIOGRAFÍA

- [1] WHO. Coronavirus (COVID-19) Dashboard. 2022. [citado mayo 8 2022]. Disponible en: <https://covid19.who.int>.
- [2] Stewart AL, Robinson DM. Letter to the Editor: Brief Case Report. *J Acad Consult Liaison Psychiatry* [Internet]. Marzo y abril de 2022 [citado mayo 10 2022];63(2):182–3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35241254>
- [3] 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* [Internet]. 8 de diciembre 2016 [citado mayo 11 2022]; 2016:6968409:1–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5178336>
- [4] Couto RAS, Moreira Gonçalves L. A medical algorithm for Cotard delusion based on more than 300 literature cases. *Int J Psychiatry Clin Pract* [Internet]. Septiembre de 2021 [citado mayo 10 2022] ;25(3) :220–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32935595/>
- [5] Sahoo A, Josephs KA. A neuropsychiatric analysis of the Cotard delusion. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2018 [citado mayo 13 2022] ;30(1) :58–65. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28641497/>
- [6] Huarcaya-Victoria J, Bojórquez-De la Torre J, de la Cruz-Oré J. Factor Structure of Cotard's Syndrome : Systematic Review of Case Reports. *Rev Colomb Psiquiat* [Internet]. 2020 [citado mayo 13 2022] ;49(3) :187–93. Disponible en : <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-english-edition--479-articulo-factor-structure-cotards-syndrome-systematic-S253031202030059X>
- [7] Evenson S, Burgess J, Rustad JK. COVID-associated exacerbation of acute psychosis in a patient with schizoaffective disorder. *Prim Care companion CNS Disord* [Internet]. 28 de junio de 2022 [citado mayo 13 2022];24(2):22cr03253. Disponible en: <https://doi.org/10.4088/PCC.22cr03253>
- [8] Rignatova D, Krasteva K, Akabalieva K, Alexiev S. Post-COVID-19 psychosis: Cotard's syndrome and potentially high risk of harm and self-harm in a first-onset acute and transient psychotic disorder after resolution of COVID-19 pneumonia. *Early Intervention in Psychiatry* [Internet]. 18 de noviembre de 2021 [citado mayo 12 2022] ;(September):1–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34796667/>
- [9] Debruyne H, Portzky M, Peremans K, Audenaert K. Cotard's Syndrome: A Review. *M & B* [Internet]. Junio 2011 [citado mayo 10 2022];2(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470281/>
- [10] 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 mayo 10 2022];5(1):59–62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4271387>
- [11] Lier J et al. Neuropsychiatric phenotype of post COVID-19 syndrome in non-hospitalized patients. *Front. Neurol.* [Internet]. 27 de septiembre de 2022 [citado diciembre 2 2023]; 13:988359. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36237627/>
- [12] Yesilkaya UH, Sen M, Karamustafalioglu N. New variants and new symptoms in COVID-19: First episode psychosis and Cotard's Syndrome two months after infection with the B.1.1.7 variant of coronavirus. *Schizophr Res* [Internet]. Mayo 2022 [citado mayo 10 2022];315–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8206628>