



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3544 - ¿ESTOY MUERTA? SÍNDROME DE COTARD, A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Rodríguez Elena¹, M. Torres Remírez², B. Vilariño Romero³ y M. Mota Rivas⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. ³Médico de Atención Continuada. Centro de Salud de Épila. Zaragoza. ⁴Psicólogo Clínico. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 47 años atendida en Sevilla tras crisis tónico-clónica y pérdida de conocimiento, objetivando en TAC lesión ocupante de espacio. Se traslada a neurocirugía del hospital de Zaragoza, donde es intervenida. Resultado anatomopatológico de oligodendrogloma frontal derecho. Al alta, levetirazetam y dexametasona. Tras 20 días, consulta en el Centro de Salud por insomnio, con desorientación y agresividad/nerviosismo. La paciente siente que está muerta o en coma y cree que sus familiares muertos siguen vivos y que los vivos, están fallecidos.

Exploración y pruebas complementarias: TA 133/85, Fc 108 lpm. SatO2 100%. Exploración mental y neurológica: desorientada en las tres esferas, discurso incoherente con delirio nihilista, reflejando dolor en hemicara derecha. Movimientos de boca estereotipados y momentos de desconexión y agresividad. ECG, radiografía tórax y analíticas normales. TAC: cambios postquirúrgicos. Pico de fiebre de 38,2 °C por lo que se realiza punción lumbar y se ingresa en neurocirugía. RM cerebral en el ingreso: abscesificación del lecho quirúrgico con edema perilesional, causando efecto masa y compresión del asta frontal sin herniaciones.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Cotard secundario a encefalitis postquirúrgica.

Diagnóstico diferencial: Síndrome confusional. Delirium. Epilepsia. Esquizofrenia cenenstopática. Depresiones psicóticas. Meningitis.

Comentario final: Durante el ingreso se le pautó tratamiento antibiótico intravenoso, mejorando clínicamente. El síndrome de Cotard es poco frecuente en la práctica clínica. Tiene una etiología heterogénea: infecciones cerebrales, atrofia frontotemporal, epilepsia, encefalitis, tumores, lesiones cerebrales traumáticas y afecciones psiquiátricas. Se ha visto que las anomalías frontales y frontoparietales están implicadas en el comienzo de la idea delirante nihilista. El tratamiento consiste en el manejo de la condición clínica subyacente por la que se produce el síndrome, en este caso de la encefalitis posquirúrgica. Desde Atención Primaria es importante saber reconocer este síndrome para poder llegar a la causa del mismo y derivarlo a los especialistas correspondientes.

Bibliografía

- Duggal H, Jagadheesan K, Haque Nizamie S. Base biológica y estadificación del síndrome de Cotard. Eur Psychiatry (ed esp). 2002;9:333-4.

2. Figueroa F, Fajardo S, Interiano V. Cotard's Syndrome. RHPP/Vol10-1-2016.

Palabras clave: Síndrome de Cotard. Encefalitis.