

Síndrome de Cotard: Delirio de negación. Delirio nihilista.



Félix J. Fojo, MD
felixfojo@gmail.com
ffojo@homeorthopedics.com

En 1788 el naturalista, cronista médico y filósofo suizo Charles Bonnet describió el caso de una “honorable anciana de Copenhague, con cierta alcurnia y posición social”, que luego de padecer un “viento adverso” que le produjo lo que parecía un ic-tus pedía a gritos ser enterrada pues estaba muerta y en estado de putrefacción. La enferma fue tratada con “piedras preciosas molidas y opio mezclado con ajo”. Según describió Bonnet, la señora dejó, con el tiempo, de solicitar un entierro digno y aceptó a regañadientes que estaba viva, pero terminó adicta al opio.

En 1880, el neurólogo francés Jules Cotard (1840-1899), casi un siglo después de Bonnet, describió en el caso de la paciente “Mademoiselle X” lo que sería conocido como síndrome de Cotard: 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. La paciente de Cotard terminó falleciendo de inanición sin que se pudiera hacer nada por ella. Resulta muy curioso y un poco escalofriante leer hoy la descripción original de Cotard, muy explícita y bastante morbosa.

Él describió este muy raro cuadro como “*délire des négations*”. En 1995, dos investigadores de la Universidad de Cambridge, los profesores Luque y Berrios, habían logrado recopilar 100 casos del síndrome de Cotard bien documentados en la literatura médica internacional. Después se han descrito algunos casos más, sobre todo en los Estados Unidos, Colombia y Chile. El asesino serial norteamericano Richard Trenton Chase, un esquizofrénico paranoide que se suicidó (o fue asesinado, no se sabe bien) en la prisión esperando ser ejecutado, es un ejemplo bastante típico del síndrome de Cotard. Su caso se llevó al cine en la película *Rampage*, de 1987.

Los síntomas más comunes de este síndrome son: convicción de la inexistencia o muerte del propio cuerpo o de porciones o partes de él; certidumbre de estar muerto y ya en “otra vida”, algo que puede llevar a situaciones

realmente macabras si no se hace el diagnóstico correctamente (estos pacientes han sido llamados “zombies” por el público no profesional); sensaciones olfatorias, visuales y auditivas anormales, quejándose del “olor a putrefacción” que ellos mismos exudan; atesoramiento de cadáveres de animales; frecuentes automutilaciones, ideas suicidas e incluso intentos de suicidio (se han descrito casos donde el paciente se mata para demostrar a los médicos y familiares incrédulos que ya está muerto); depresión profunda; alucinaciones; ansiedad grave; catatonía; analgesia o ausencia de dolor en las zonas mutiladas; convencimiento de ser inmortales, lo que lleva a situaciones extremadamente peligrosas y difíciles de comprender por los no profesionales de la medicina (jueces, policías o bomberos, por ejemplo). Los síntomas pueden ser parciales: se describe, por ejemplo, el sentimiento de pérdida de solo un brazo, una pierna, un órgano interno o la idea de haber perdido una gran cantidad de sangre. Aunque el asesinato no se considera un proceder común dentro de este síndrome, se han reportado algunos casos entre homicidas convictos.

Este síndrome puede aparecer, raramente, en solitario y de forma repentina, sin un cuadro psiquiátrico o neurológico previo, pero casi siempre se asocia a depresiones endógenas profundas (del 85 al 90% de los casos), trastornos bipolares severos, esquizofrenia (del 30 al 40% de los casos), enfermedades neurológicas degenerativas, accidentes vasculares encefálicos, tumores intracerebrales, encefalitis y/o meningitis y traumatismos craneales de cierta importancia. El diagnóstico es difícil y no es extraño que incluso los médicos poco avezados sientan que el paciente los está engañando o burlándose de ellos.

La fisiopatología del síndrome se desconoce. Su pronóstico es muy reservado, sobre todo por la real posibilidad de suicidio o de actos de violencia, pero se han reportado curaciones completas, sobre todo en casos de patologías previas reversibles. El tratamiento es complejo –la terapia electroconvulsiva se utilizó, pero ya no se emplea– y debe ser establecido y controlado solo por los especialistas. **G**