

## Síndrome de Cotard, catatonía y depresión: reporte de un caso.

Huarcaya-Victoria, Jeff; Podestá-Ampuero, Angela

Síndrome de Cotard, catatonía y depresión: reporte de un caso.

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 81, núm. 2, 2018

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

**Disponible en:** <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372058069021>

**DOI:** <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i2.3342>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

## Síndrome de Cotard, catatonía y depresión: reporte de un caso.

Cotard's syndrome, catatonia and depression: A case report

*Jeff Huarcaya-Victoria*

*Centro de Investigación en Salud Pública, Instituto de  
Investigación, Facultad de Medicina Humana, Universidad  
de San Martín de Porres., Perú*

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v8i2.3342>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372058069021>

*Angela Podestá-Ampuero*

*Departamento de Psiquiatría, Hospital Nacional  
Guillermo Almenara Irigoyen, Perú*

Recepción: 13 Febrero 2018

Aprobación: 18 Junio 2018

### RESUMEN:

El síndrome de Cotard es una condición psiquiátrica relativamente infrecuente y de características clínicas a veces dramáticas. El paciente niega la existencia de algunas partes de su cuerpo, o incluso, su propia existencia. Inicialmente descrito por Jules Cotard en 1880, este síndrome ha pasado por varias vicisitudes conceptuales a lo largo de su historia. Actualmente las delusiones de negación o nihilistas se consideran como sinónimos del síndrome de Cotard, en tanto que la presencia de síntomas catatónicos ha sido generalmente descrita como poco frecuente. Se presenta el caso de un paciente varón de 47 años con trastorno depresivo mayor que desarrolló un síndrome de Cotard y catatonía; el paciente mejoró consistentemente con venlafaxina 150 mg/día, aripiprazol 15 mg/día y diazepam 40 mg/día después de cuatro semanas. El artículo se complementa con una revisión de la literatura en torno al síndrome.

**PALABRAS CLAVE:** Catatonía, trastorno depresivo mayor.

### ABSTRACT:

Cotard's syndrome is a relatively rare psychiatric condition, with sometimes dramatic clinical characteristics. The patient so diagnosed denies the existence of some parts of his body, or even, his or her own existence. Initially described by Jules Cotard in 1880, the history of this syndrome has gone through a variety of conceptual vicissitudes. Nowadays, denying or nihilist delusions are considered as a synonym of Cotard's syndrome, while the presence of catatonic symptoms has been described as fairly infrequent. The case of a 47-year-old male patient with major depressive disorder who developed Cotard's syndrome and catatonia is presented; he was treated with venlafaxine 150 mg/day, aripiprazole 15 mg/day and diazepam 40 mg/day, showing a consistent improvement after four weeks. A literature review about Cotard syndrome complements the case discussion.

**KEYWORDS:** Catatonia, major depressive disorder.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Cotard es una condición psiquiátrica de presentación poco frecuente, descrita inicialmente por Jules Cotard en 1880 (1). Actualmente se utiliza dicho diagnóstico para personas que niegan la existencia de partes de su cuerpo, e incluso de su cuerpo en su totalidad, llegando ultimadamente a negar la existencia del mundo que les rodea, siendo sinónimo del delirio de negación o nihilista (2). Sin embargo, esto no captura el concepto original dado por Cotard, ya que no consiste únicamente en la creencia de estar muerto, sino también en ansiedad, agitación, depresión severa, conductas suicidas y otras ideas delirantes. Como señaló Berrios, la traducción de *délire des négations* a delusión nihilista, brinda la impresión equivocada de que se trata exclusivamente de una alteración del pensamiento (3). La gran mayoría de la literatura respecto a este síndrome se encuentra en forma de reportes de caso, estando asociada a una gran variedad de problemas neurológicos, tales como hemorragia subdural (4), enfermedad de Parkinson (5), enfermedad

cerebrovascular isquémica (6), epilepsia (7) o atrofia de la corteza insular (8), y en estos casos no se halla siempre la asociación con ansiedad, agitación, depresión y suicidio; además de diversos trastornos psiquiátricos, como por ejemplo trastorno afectivo bipolar (9), trastorno depresivo (10) o esquizofrenia (11). La presentación de síntomas catatónicos en el síndrome de Cotard clásicamente ha sido descrita como poco frecuente. Sin embargo, a entender de Simpson et al., esta coexistencia, si bien es poco reportada, pudiera ser más prevalente (12).

Con el propósito de incrementar el cuerpo de conocimiento respecto a la asociación entre el síndrome de Cotard y la catatonía, reportamos el caso de un varón de 47 años que desarrolló un síndrome de Cotard seguido por síntomas catatónicos, en el contexto de un episodio depresivo.

#### *Caso clínico*

Se trata de un varón de 47 años, con grado de instrucción técnico superior, natural de Trujillo y que actualmente se encuentra viviendo en Lima, Perú. Pertenece a una fratría de cinco. No cuenta con antecedentes psiquiátricos familiares y personales. Sus familiares lo describieron como una persona sociable, activa y asertiva. El nivel de funcionamiento del paciente previo a la enfermedad fue adecuado, con un buen desempeño familiar y social.

Dentro de los estresores psicosociales encontramos problemas económicos debido a un préstamo bancario que realizó el paciente junto con su esposa tres meses antes del ingreso a nuestro servicio, el cual no podía pagar.

Dos meses antes del ingreso al servicio de psiquiatría de nuestro hospital, su esposa comenzó a notarlo ansioso y triste, en algunas oportunidades lloraba y manifestaba que estaba “muy preocupado porque no sabía cómo iba a pagar el préstamo”.

Tres semanas antes del ingreso, el paciente comenzó a despertarse frecuentemente en la madrugada, sintiéndose ansioso. Una noche le dijo a su esposa que él le había sido infiel, además que era un “mentiroso” y que “debería estar preso por eso”. Refirió además tener una “sensación que no podía describir”. Luego de dos días ya no quería salir de su hogar ya que “pensaba que algo malo le podía suceder” y solicitó a su esposa que lo mate para salvarle, ya que debido a sus mentiras se encontraba “condenado”.

Una semana antes del ingreso el paciente comenzó a referir que estaba siendo “vigilado”, además de “perseguido”. A esto se agregaron alucinaciones auditivas peyorativas: “eres un inútil”, “no sirves para nada”, “eres un pecador”, “nunca vas a tener dinero”. Expresó sus intenciones de tomar veneno “para ponerle fin a todo este sufrimiento y condenación”. Luego comenzó a decir que las personas que le rodeaban “están muriendo”, “les están quitando la vida”. Debido a todas estas molestias, su esposa decidió llevarlo al servicio de emergencia de nuestro hospital.

Estando hospitalizado nos refirió que se encontraba “enfermo” debido “a todos sus pecados”, además de escuchar varios tipos de voces que procedían de “fuera de su cabeza”. Nos refirió además que desde hace dos días se “encontraba muerto”, que en el transcurso de las últimas semanas “había muerto tres veces”, y que actualmente, los demás pacientes de la sala de hospitalización también “se encontraban muertos”. Luego de cuatro días de hospitalización pudimos apreciar la aparición de síntomas catatónicos, entre los cuales destacaron el mutismo, la inmovilidad y la rigidez. El paciente oponía resistencia a la ingesta de sus alimentos, por lo que se decidió colocarle una sonda nasogástrica y vía periférica para garantizar el aporte de alimentos.

El examen físico no fue contribuyente al diagnóstico de patología somática alguna. En el examen mental al ingreso encontramos a un paciente despierto, orientado en persona, parcialmente orientado en espacio y tiempo, sin conciencia del trastorno mental. Presentaba fenómenos de despersonalización y desrealización; atención dirigida a su mundo interno, hipoprosexia, con tendencia a la evitación del contacto ocular, no toleraba el tiempo de la entrevista, con fácil fatiga de la atención y sentimientos de extrañeza; alucinaciones auditivas peyorativas; pensamiento de curso bradipsíquico; delusiones de persecución, nihilistas, de culpa y somáticas; alogia, pobreza del lenguaje, bloqueos del pensamiento, incremento de latencia de la respuesta; ánimo ansioso y deprimido; energía vital disminuida, insomnio de segunda fase, hiporexia, deseo sexual

disminuido, ideas tanáticas no estructuradas, inhibición psicomotriz y síntomas catatónicos (mutismo, flexibilidad cerea, ambitendencia y negativismo).

La Escala de Impresiones Clínicas Globales (CGI) se puntuó en 6 (gravemente enfermo). El puntaje obtenido con la Escala de Bush-Francis para catatonía fue de 38 (presencia de catatonía). La prueba breve de evaluación del funcionamiento (FAST) arrojó un puntaje de 55.

En la analítica de sangre (hemograma, perfil hepático, perfil trombótico, función renal) no se encontraron alteraciones. En la tomografía axial computarizada (TAC) cerebral no se evidenciaron alteraciones significativas.

El paciente fue diagnosticado de un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (CIE-10: F32.3), catatonía y síndrome de Cotard. El tratamiento consistió en venlafaxina 150 mg/día, aripiprazol 15 mg/día y diazepam 40 mg/día por cinco días, mientras se presentaron los síntomas catatónicos. La hospitalización duró 29 días, en los cuales pudimos apreciar una mejoría significativa de los síntomas del paciente. La intensidad de las delusiones y la sintomatología depresiva disminuyeron, en tanto que los síntomas catatónicos desaparecieron luego de cinco días de tratamiento con diazepam. Actualmente, luego de seis meses de su hospitalización, el paciente se encuentra siguiendo sus controles en el servicio de consulta externa de psiquiatría de nuestro hospital. Regresó a su trabajo, no volvió a presentar síntomas motores, aunque por momentos presenta síntomas ansiosos.

## DISCUSIÓN

La historia conceptual del síndrome de Cotard ha atravesado por varias vicisitudes y aún no queda del todo claro si Cotard trató de describir un nuevo trastorno o más bien una forma severa de melancolía (3). Estas dificultades conceptuales se vieron agravadas durante todo el siglo XX, durante el cual el síndrome de Cotard sufrió, junto a otros conceptos psicopatológicos, una degradación semántica, esto en parte debido a la utilización de definiciones operativas, las que fueron convirtiendo gradualmente a la psicopatología clínica en una simple lista de criterios (3,13). En el Perú, Honorio Delgado comprendió la real dimensión del síndrome de Cotard, clasificándolo como una forma rara de melancolía ansiosa crónica, caracterizada por ideas sistematizadas de negación y de enormidad negativa, convicciones hipocondríacas, de inexistencia, inmortalidad o maldad, inexistencia o nulidad de las cosas del mundo (14).

Son muy pocos los estudios que nos informan sobre la prevalencia e incidencia de este síndrome psiquiátrico tan poco común. Ramirez-Bermudez et al, reportaron en una población mexicana de 479 pacientes con trastornos psiquiátricos primarios, tres casos de síndrome de Cotard (0,62%), de los cuales todos ellos se debieron a una depresión psicótica; y en 842 pacientes con enfermedades neurológicas, un caso (0,11%) (10). En otro estudio retrospectivo llevado a cabo en 349 pacientes psicogerítricos chinos, se encontró dos casos de síndrome de Cotard (0,57%), siendo ambas pacientes mujeres con un trastorno depresivo mayor (15). Soultanian et al, estimaron que este síndrome se presentaba en pacientes adolescentes hospitalizados en menos de 1/1000 por año (16).

La psicopatología de este síndrome excede por mucho la asociación única con las delusiones nihilistas que se ha venido realizando en los últimos años, ya que además podemos encontrar delusiones de inmortalidad, enormidad, culpa, posesión y persecución. Las delusiones de inmortalidad y culpa pueden verse característicamente en el síndrome de Cotard, las demás delusiones podrían ser propias del cuadro de depresión psicótica. Se encuentra, además, alteraciones del afecto, voluntad y sistema motor. En nuestro paciente, además encontramos clínica catatónica. Debemos recordar que la catatonía no es de presentación infrecuente en la práctica clínica psiquiátrica; sus síntomas y signos, tal como sucedió con nuestro paciente, son fácilmente reconocibles. Los reportes de caso de asociación entre el síndrome de Cotard y la catatonía son escasos (tabla 1); para algunos autores esto se debería a lo raro de esta asociación (17), para otros, los síntomas catatónicos serían más prevalentes que lo reportado (12). Esto pudiera explicarse, en parte, debido

a que los síntomas catatónicos son comúnmente infradiagnosticados por ser poco explorados, lo que podría llevar, en el peor de los casos, a un tratamiento ineficaz, resultando en complicaciones serias para la vida del paciente debido a la prolongada inmovilidad y deshidratación producto de la catatonía.

**Tabla 1.** Reportes de casos de pacientes con Síndrome de Cotard y síntomas catatónicos durante los años 2010-2017.\*

| Autor                          | Edad/Género  | Características del síndrome de Cotard   | Síntomas catatónicos  | Diagnóstico reportado  | Tratamiento   |
|--------------------------------|--------------|--|---|--|---|
| Simpson et al (12).            | 68/masculino | Delusión nihilista (existencia y de conceptos), hipocondriaca                                  | Excitación, mirada fija, ecopraxia, autoabandono, impulsividad, ambitendencia         | Trastorno depresivo mayor con características psicóticas                               | Olanzapina 15 mg/día, mirtazapina 30 mg/día, citalopram 20 mg/día, lorazepam 3 mg/día |
| Basu et al (17).               | 45/femenino  | Delusión nihilista de existencia   | Inmovilidad/estupor, mutismo, mirada fija, catalepsia, autoabandono                   | Trastorno depresivo recurrente con características psicóticas                          | Sertralina 200 mg/día, olanzapina 10 mg/día, lorazepam 8 mg/día                       |
| Weiss et al (24).              | 22/femenino  | Delusión nihilista (partes del cuerpo, culpa, enormidad)                                       | Inmovilidad/estupor, mutismo, negativismo   | Trastorno depresivo mayor con característica psicóticas, síndrome neuroléptico maligno | ECT, olanzapina 20 mg/día, lamotrigina 200 mg/día                                     |
| Grover et al (25).             | 62/femenino  | Delusión nihilista (partes del cuerpo, mundo exterior)   | Mutismo, rigidez, negativismo, poco cuidado de sí misma                               | Trastorno afectivo bipolar episodio reciente depresivo con características psicóticas  | ECT, olanzapina, fluoxetina, estabilizadores del humor (no especificados)             |
| Huarcaya-Victoria, et al (26). | 50/masculino | Delusión nihilista (existencia), culpa, condenación, inmortalidad, hipocondriaca, persecutoria | Inmovilidad/estupor, mutismo, mirada fija, rigidez, flexibilidad cética, autoabandono | Esquizofrenia  | Aripiprazol 30 mg/día, clonazepam 2 mg/día  |

\* Para una revisión de los casos de 1987-2010, recomendamos la lectura de Simpson et al. (11).

**Tabla 1.**

Berrios y Luque (18), al estudiar históricamente el síndrome de Cotard en la práctica psiquiátrica occidental, analizaron 100 casos de pacientes con este síndrome reportados desde 1880 hasta 1995. Encontraron que un 89% de los pacientes presentaron síntomas depresivos, ansiedad en 65% y culpa en 63%; dentro de las delusiones nihilistas, las concernientes al cuerpo se encontraron en un 86%, mientras que las de la propia existencia en un 69%, delusiones hipocondriacas en un 58% y las de inmortalidad en el 55% de los pacientes; dentro del espectro alucinatorio un 22% de estos pacientes refirieron alucinaciones auditivas y un 19% alucinaciones visuales. Realizaron además un análisis exploratorio, encontrando tres factores: 1) depresión psicótica: ansiedad, delusiones de culpa, depresión, y alucinaciones auditivas; 2) Cotard tipo I: delusiones hipocondriacas, delusiones nihilistas del cuerpo, concepto, y existencia; 3) Cotard tipo II: ansiedad, delusiones de inmortalidad, alucinaciones auditivas, delusiones nihilistas de existencia y conductas suicidas. El Cotard tipo I sería la forma pura del síndrome, teniendo como origen nosológico las delusiones y no los trastornos afectivos (18).

Nuestro paciente inició con síntomas afectivos ansiosos y depresivos, seguidos de despersonalización y desrealización, con síntomas claramente psicóticos, manifestando posteriormente las delusiones nihilistas y de culpa, persistiendo síntomas afectivos leves. Esta evolución va acorde con lo reportado por Yamada et al., quienes propusieron tres estadios: 1) germinación, donde se observa frecuentemente hipocondría, cenestopatía y ánimo depresivo; 2) afloramiento, donde aparecen las delusiones nihilistas y/o



de inmortalidad, junto con ansiedad y negativismo, y 3) crónica, con dos resultados: a) síntomas emocionales persistentes (como sucedió con nuestro paciente), b) sistematización de los delirios (tipo paranoide) (19). La cronicidad en estos pacientes podría explicarse por el origen nosológico de cada caso, ya que éstos podrían deberse a síntomas afectivos (depresión psicótica), delusiones (Cotard tipo I) o resultar de una combinación de ambos (Cotard tipo II) (18).

Los estudios de neuroimagen podrían darnos información acerca de la asociación entre el síndrome de Cotard y la catatonía. Estudios funcionales utilizando tomografía computarizada de emisión monofotónica cerebral (SPECTc) en pacientes con síndrome de Cotard mostraron hipoperfusión bilateral en el lóbulo frontal dorsolateral, la corteza fronto parietal medial, ganglios de base y el tálamo (20). Estas áreas afectadas son similares a las reportadas en pacientes catatónicos: hipoperfusión prefrontal lateral inferior derecha e izquierda, parietal posterior derecha, temporal izquierda, y captación asimétrica en ganglios basales (21). Las alteraciones en los lóbulos frontales han sido descritas usualmente como un posible sustrato de la clínica catatónica. Esto, en parte, debido al área motora secundaria (SMA) que se encuentra en la región anterior del área precentral del lóbulo frontal, la cual es fundamental para el control de la actividad motora (22). Sin embargo, debemos recordar que para realizar un adecuado estudio sobre las bases neurobiológicas del síndrome de Cotard, se deben hacer esfuerzos para volver a mapear sus características clínicas y correlaciones clínicas básicas (3).

Respecto al tratamiento, debemos considerar al síndrome de Cotard como una condición severa, ya que estos pacientes, debido a sus síntomas afectivos y delusivos, están en riesgo de hacerse daño a sí mismos, por lo tanto, se tiene que indicar la hospitalización y observación cercana de la conducta (23). Como vemos en la Tabla 1, el tratamiento del síndrome de Cotard asociado con catatonía se enfoca principalmente en el manejo de la condición clínica de base, p.ej., en pacientes con trastornos depresivos y síntomas psicóticos se ha observado que los antidepresivos son útiles, combinados con antipsicóticos (11,17). Si la sintomatología afectiva es muy intensa, algunos autores proponen el uso de estabilizadores del humor (23,24). Solo en un reporte de caso se dio un antipsicótico (aripirazol) sin un antidepresivo, esto debido a que el paciente en ese caso cumplía los criterios de un Cotard tipo I, sin evidencia de síntomas afectivos (26). Existen reportes de caso en los cuales el tratamiento con electroconvulsivoterapia (ECT) fue exitoso, llegándose a plantear como el tratamiento de elección (24,25). El tratamiento de los síntomas catatónicos fue con benzodiacepinas en tres casos (11,17,26), mientras que en otros dos fue con ECT (24,25). En cuanto al tratamiento psicoterapéutico del síndrome de Cotard, hay pocos casos reportados, ya que la mayoría se centran en la farmacoterapia. Bott et al, informaron el caso de un paciente con esquizofrenia que desarrolló un síndrome de Cotard, describen una adecuada respuesta clínica con farmacoterapia y terapia cognitivo conductual, proporcionando evidencia anecdótica de la efectividad de combinar estas terapias (27). La terapia de rehabilitación cognitiva y neuropsicológica podría mejorar y reconfigurar el sentido de familiaridad con otras personas, el mundo externo, y el propio cuerpo, todo con la finalidad de restablecer explicaciones causales más realistas y neutrales (23).

En conclusión, el síndrome de Cotard constituye una rareza en la clínica psiquiátrica, cuya psicopatología excede por mucho la única asociación con las delusiones nihilistas como se ha venido realizando en los últimos años. La presentación de síntomas catatónicos en el síndrome de Cotard usualmente ha sido descrita como poco frecuente. Sin embargo, esta asociación pudiera ser más prevalente que lo previamente reportado. Recomendamos a los clínicos tener presentes los síntomas catatónicos, con el fin de evitar el infradiagnóstico de éstos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotard J. On hypochondriacal delusions in a severe form of anxious melancholia. *Hist Psychiatry*. 1999;10(38): 274-278.

2. Coltheart M, Langdon R, McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions. *Schizophre Bull.* 2007;33(3): 642-647.
3. Berrios G, Luque R. Cotard's Delusion or Syndrome? A Conceptual History. *Compr Psychiatry.* 1995;36(3): 218-223.
4. Perez D, Fuchs B, Epstein J. A Case of Cotard syndrome in a woman with a right subdural hemorrhage. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2014;26(1): 29-30.
5. Solla P, Cannas A, Orofino G, Marrosu F. Fluctuating Cotard Syndrome in a patient with advanced Parkinson Disease. *The Neurologist.* 2015; 19(3): 70-72.
6. Sottile F, Bonanno L, Finzi G, Ascenti G, Marino S, Bramanti P, et al. Cotard and Capgras syndrome after ischemic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2015;24(4): 103-104.
7. Mendhekar D, Gupta N. Recurrent postictal depression with Cotard delusion. *Indian J Pediatr.* 2005; 72: 529-531.
8. Chatterjee S, Mitra S. "I do not exist"-Cotard Syndrome in Insular Cortex Atrophy. *Biol Psychiatry.* 2015; 77(11): 52-53.
9. Nejad A, Toofani K. Co-existence of lycanthropy and Cotard's syndrome in a single case. *Acta Psychiatr Scand.* 2005; 111(3): 250-252.
10. Ramirez-Bermudez J, Aguilar-Venegas L, Crail- Melendez D, Espinola-Nadurille M, Nente F, Mendez M. Cotard Syndrome in Neurological and Psychiatric Patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2010;22(4): 409-416.
11. Stompe T, Schanda H. Das Cotard-Syndrom bei schizophrenen Erkrankungen. *Neuropsychiatr.* 2013;27: 38-46.
12. Simpson P, Kaul E, Quinn D. Cotard's Syndrome with Catatonia: A Case Presentation and Discussion. *Psychosomatics.* 2013; 54(2): 196-199. doi:10.1016/j.psych.2012.03.004
13. Andreasen N. DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophr Bull.* 2007; 33(1): 108-112.
14. Delgado H. *Curso de Psiquiatría.* Lima: Imprenta Santa María; 1953. p. 358-359.
15. Chiu HFK. Cotard's syndrome in psychogeriatric patients in Hong Kong. *Gen Hosp Psychiatr.* 1995;17(1): 54-55.
16. Soultanian C, Perisse D, Révah-Levy A, Luque R, Mazet R, Cohen D. Cotard's syndrome in adolescents and young adults: a possible onset of bipolar disorder requiring a mood stabilizer? *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2005; 15(4): 706-711.
17. Basu A, Singh P, Gupta R, Soni S. Cotard Syndrome with Catatonia: Unique Combination. *Indian J Psychol Med.* 2013; 35: 314-316.
18. Berrios G, Luque R. Cotard's síndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand.* 1995; 91: 185-188.
19. Yamada K, Katsuragi S, Fujii I. A case study of Cotard's syndrome: stages and diagnosis. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 100: 396-399.
20. Kudlur SNC, George S, Jaimon M. An overview of the neurological correlates of Cotard syndrome. *Eur J Psychiatr.* 2007; 21(2): 99-116.
21. Mohandas E, Rajmohan V. Neural Correlates of Catatonia. *Delhi Psychiatry Journal.* 2008; 11(1): 59-63.
22. Fink M, Taylor MA. *Catatonia. A clinician's guide to diagnosis and treatment.* Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
23. Dieguez S. Cotard Syndrome. *Front Neurol Neurosci.* 2018; 42: 23-34.
24. 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.
25. Grover S, Aneja J, Mahajan S, Varma S. Cotard's syndrome: Two case reports and a brief review of literature. *J Neurosci Rural Pract.* 2014; 5(1): 59-62.
26. 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.
27. 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.

