



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 28/12/2017. Aceptado: 7/06/2018

SÍNDROME DE COTARD PUERPERAL TRAS PARTO PRETERMINO

PUERPERIUM COTARD´ SYNDROME AFTER PRETERM BIRTH

B. Rodríguez-Macías, S. Ruiz-Doblado, B. Plasencia Garcia de Diego

Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Merced, Osuna (Sevilla)

Correspondencia: Dra Belén Rodríguez-Macías. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Merced. Avda. Constitución, 2. 41640 Osuna (Sevilla).
Tfno/fax: 955-077257. E-mail: beromatra@gmail.com

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:42-49.



RESUMEN

Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo, parto y puerperio junto con los cambios psicológicos y sociales que tienen lugar en la mujer, la hacen más vulnerable y contribuyen al desarrollo de patología afectiva. La clínica puede ir desde la forma leve de tristeza postparto hasta las formas graves de psicosis puerperal incluyendo la depresión delirante postparto. Sin embargo, es poco frecuente que la depresión postparto con síntomas psicóticos se presente con delirios nihilistas como ocurre en el síndrome de Cotard. Por otro lado, es de sobra conocido que el estrés materno puede tener efectos nocivos en el desarrollo fetal y en el curso del embarazo, asociándose en algunas ocasiones a complicaciones obstétricas como el crecimiento intraútero retardado y el parto pretérmino entre otros.

Presentamos el caso de una paciente de 26 años de edad con antecedentes de tristeza postparto y aborto previo, que durante el embarazo presenta rumiaciones cognitivas hipocondríacas y tristeza reactiva. El embarazo finaliza con una cesárea urgente por pérdida del bienestar fetal, tras la cual desarrolla un episodio de depresión postparto con síntomas psicóticos caracterizados por ideas delirantes de vacío y de podredumbre que precisa ingreso hospitalario y tratamiento con antidepresivos y antipsicóticos.

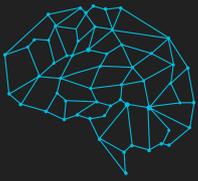
Palabras clave: Puerperio. Depresión. Síndrome de Cotard

ABSTRACT

The hormonal changes that occur during pregnancy, childbirth and puerperium; and the psychological and social changes that take place in women, make her more vulnerable and contribute to the development of mood pathology. The symptomatology ranges from the mild form of postpartum sadness to severe forms of puerperal psychosis as postpartum delusional depression. However, it is rare for postpartum depression with psychotic symptoms to present with nihilistic delusions as it does in Cotard's Syndrome. On the other hand, it is well known that maternal stress can have harmful effects on fetal development and in the course of pregnancy, sometimes associated with obstetric complications such as delayed intrauterine growth and preterm delivery, among others.

We present the case of a 26-year-old patient with a history of postpartum sadness and previous abortion, who during the pregnancy presents hypochondriacal cognitive ruminations and reactive sadness. The pregnancy ends with an urgent cesarean section due to loss of fetal well-being, after which she develops an episode of postpartum depression with psychotic symptoms characterized by delusional ideas of emptiness and rot that requires hospital admission and treatment with antidepressants and antipsychotics.

Key words: Puerperium. Depression. Cotard's-Syndrome.



INTRODUCCIÓN: ASPECTOS GENERALES. UN POCO DE HISTORIA. LA DEPRESIÓN PUERPERAL.

Dentro de las diferentes subespecialidades que hoy incluyen tanto la Psiquiatría de Enlace como la Psicología de la Salud, entendidas en sus límites más amplios, la Salud Mental Perinatal ocupa un espacio propio. Socialmente, tiende a pensarse que el embarazo y el puerperio son un tiempo de felicidad y bienestar. Sin embargo, las enfermedades mentales suponen las patologías más frecuentes en este período, y si no son adecuadamente tratadas tienen severas repercusiones sobre la madre y el neonato (Olza-Fernández y cols, 2011) (García-Esteve & Valdés-Miyar, 2017). El estudio de la Salud Mental Perinatal se inicia con un texto monográfico de 1858 de Louis Victor Marcé sobre los trastornos mentales del embarazo y puerperio ("Traité de la Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices"). Marcé describe el embarazo y puerperio como un período de vulnerabilidad psíquica específica, discutiendo la visión tradicional de que el embarazo era bueno para la salud femenina. Como un pionero en este campo, y con una visión clínica y empírica, describió ya en el siglo XIX el mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal en embarazadas con trastornos psiquiátricos, así como el efecto del estado mental materno en el neurodesarrollo fetal. Marcé realizó también una excelente descripción de las preocupaciones, ansiedades, desesperanzas, obsesiones... de las gestantes y las puerperas, del mismo modo que proporcionó una completa descripción clínica de las psicosis puerperales (Olza-Fernández y cols; 2011) (García-Esteve & Valdés-Miyar, 2017).

En franco homenaje a este clínico pionero y visionario parisino, se constituye en 1980 en Manchester la Sociedad Marcé Internacional, que se ocupa del estudio, comprensión, prevención y tratamiento de la enfermedad mental relacionada con el embarazo y el puerperio, tanto en su vertiente materna como neonatal (Olza-Fernández y cols, 2011) y con un sentido de multidisciplinariedad. En nuestro país, y a pesar de su trascendencia clínica y terapéutica, este área de la Psiquiatría y la Psicología se encuentra escasamente desarrollada, a excepción de grupos activos específicos como el del Hospital Clínico de Barcelona, el Instituto Dexeus de la ciudad condal y el Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda de Madrid.

En esta línea, y pasando al tema que va a ocuparnos a partir de ahora, la depresión puerperal, existen evidencias científicas sólidas que relacionan las hormonas femeninas

con cambios en la neurotransmisión a nivel cerebral que afectan al estado de ánimo (García-Esteve & Valdés-Miyar, 2017), de ahí que las distintas épocas de la vida en la que transcurren cambios hormonales en la mujer como son la menstruación, el embarazo, el postparto y la menopausia sean situaciones en las que existe un mayor riesgo de presentar clínica depresiva. Por otro lado, durante el embarazo, el parto y el puerperio, ocurren en la mujer no sólo cambios hormonales, sino también otros cambios físicos, psicosociales, relacionales y familiares (García-Vega, 2010) que pueden contribuir al desarrollo de un episodio depresivo.

Uno de los primeros síndromes postparto descritos fue la melancolía puerperal recurrente, llegando a detallarse hasta ocho episodios en una misma paciente. La depresión postparto es frecuente en la población general. En algunos estudios se han observado valores de prevalencia del 10 al 20 %: Reino Unido, Estados Unidos, Australia, Europa, Japón, Chile, Uganda y Nigeria (García-Vega, 2010). En cuanto a la clínica de la depresión mayor postparto, suele ser similar a la de cualquier otra depresión, aunque otros autores describen que la depresión puerperal puede estar con más frecuencia "tamizada" por síntomas polimorfos y cambiantes, ideas paranoideas o síntomas catatoniformes. Cuando se presentan episodios recurrentes de depresión postparto se espera encontrar factores específicos que los originen. Se ha visto que existe alguna relación con el parto por cesárea, antecedentes de aborto espontáneo, y trastornos del humor menstruales (Gelder et al, 2003), aunque probablemente el mayor peso en la recurrencia recaiga sobre los factores genético-hereditarios y los antecedentes personales y familiares de trastornos afectivos mono y/o bipolares.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, quizás sea la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale) el cuestionario de depresión más usado para identificar los casos de depresión materna. Muchas madres necesitan tratamiento farmacológico y algunas terapia electroconvulsiva (Gelder et al, 2010). Aunque la terapia con estrógenos podría ser un tratamiento útil para la depresión postparto, generalmente no se usa con esta indicación debido a la falta de evidencia científica dado que existen escasos estudios que la apoyen, siendo precisa una mayor investigación (Correa, 2007) (Donna et al, 2016). Una de las patologías psiquiátricas más graves en el postparto es la denominada clásicamente "psicosis puerperal", de etiología diversa, y sobre la que abundaremos en este trabajo. Medi-



na-Serdán (2013) la define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos, que aparece con una prevalencia de 1-2 mujeres por cada mil partos. Según este autor, los factores de riesgo más comunes para presentarla son el antecedente personal de un trastorno afectivo (especialmente trastorno bipolar), de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo, haber padecido un episodio previo de psicosis postparto, tener historia familiar de trastornos afectivos y la presencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo.

Por otro lado, ¿cuál es el efecto de el estrés en el desarrollo fetal y cuáles son las consecuencias del mismo sobre el embarazo? En una revisión de la literatura científica publicada sobre los efectos de la ansiedad y la depresión en el embarazo, la mayoría de los estudios revisados identificaron una influencia negativa de los síntomas de ansiedad y depresión en los resultados obstétricos, fetales y neonatales (Gelder et al, 2003) (García-Vega, 2010). Como hemos referido anteriormente, ya Marcé describió, hace más de un siglo y medio, los efectos de la salud mental de la embarazada en el desarrollo fetal.

Con el presente caso pretendemos ilustrar, por un lado, la relación entre los cambios hormonales y la depresión puerperal, profundizando en el diagnóstico diferencial del caso; y, por el otro, la relación entre el estrés materno y las complicaciones en el embarazo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente que desarrolló un síndrome de Cotard en el puerperio precoz, habiendo tenido un embarazo marcado por una importante ansiedad y finalizado precozmente mediante cesárea.

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

- Mujer embarazada de 26 años, casada, un hijo de 3 años, un aborto espontáneo previo.

PSICOBIOGRAFÍA BREVE:

- Vive en domicilio paterno, conviviendo con su marido e hijo, así como ambos padres y un hermano.
- Nivel sociocultural y económico bajo. En desempleo.

ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS

- Madre y tía con clínica depresiva leve.

ANTECEDENTES MÉDICO-QUIRÚRGICOS

- Anemia ferropénica durante el presente embarazo. Resto sin interés.
- GAV 3-1-1. Embarazo actual deseado.
- Niega consumo de alcohol o drogas de abuso

ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS

- Refiere la presencia de tristeza postparto tras su primer embarazo, sin precisar atención médica y sin llegar a cumplir criterios diagnósticos de depresión postparto.
- Reacción de duelo ante el aborto sufrido en el transcurso de su segundo embarazo, sin solicitar ayuda médica o psicológica para dicho proceso.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente embarazada en avanzado estado de gestación (32 semanas) derivada por su médico de atención primaria al equipo de salud mental comunitaria por múltiples quejas somáticas, así como por síntomas relacionados con el embarazo, habiéndose descartado organicidad. Tras la evaluación de la paciente por medio de exploración psicopatológica, la orientación diagnóstica es de trastorno adaptativo tipo mixto.

EVOLUCIÓN

Tras la primera visita a salud mental la paciente no vuelve a acudir a dicho servicio, sin embargo, sí acude al hospital en múltiples ocasiones. En los primeros 7 meses de embarazo acude a urgencias en 19 ocasiones, vista por el servicio de ginecología prácticamente en todas ellas, siendo los motivos de consulta metrorragia, metrorragia leve, malestar, aumento del flujo vaginal, dolor abdominal, "no notarse o notarse menos al bebé", traumatismo leve, ansiedad, disuria, manchado vaginal, molestias abdominales, hormigueos por todo el cuerpo, temblor generalizado, prurito generalizado, sensación de mareo, sensación subjetiva de pérdida de peso. Finalmente la paciente ingresa en planta del Servicio de Ginecología y Obstetricia, desde donde se realiza interconsulta a Psiquiatría de Enlace. Fue valorada por psiquiatra a nivel hospitalario en dos ocasiones, estando la paciente de 32 y 33 semanas de gestación. El motivo de consulta era la ansiedad, el estado de hiperpreocupación y las ideas persistentes con el proceso del embarazo y el temor a un desenlace fatal



(muerte fetal). En la exploración psicopatológica destacaban rumiaciones cognitivas hipocondriacas y pensamiento muy repetitivo, perseverante en torno a temores relacionados con una mala evolución del embarazo, con una importante repercusión afectiva presentando ansiedad y tristeza, que se valoran inicialmente como posiblemente reactivas a dicho contenido del pensamiento. No presentaba alteraciones de la sensopercepción, trastornos de la propiedad/intimidad del pensamiento, fenómenos de influencia del Yo u otros síntomas de naturaleza psicótica. Se plantea posible tratamiento con un ISRS y lorazepam para combatir los pensamientos hipocondriacos y la ansiedad. Sin embargo, dada la negativa de la paciente a la toma de medicación y valorando el avanzado estado de gestación y el periodo de latencia de los ISRS, se opta por apoyo psicoterapéutico y técnicas de relajación en lugar de psicofármacos.

Finalmente, en Obstetricia se decide realizar una cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal. La cesárea ocurre sin complicaciones. El recién nacido presenta una Apgar de 5-6/9, con pH cordón umbilical 7,24 y Hb de 3,4 g/dl, precisando derivación a UCI neonatal. Tras la cesárea, la paciente es de nuevo valorada por psiquiatra de enlace. A la exploración psicopatológica destaca el discurso persistente, repetitivo, con ideas de carácter hipocondríaco de presión y repercusión afectiva crecientes (cree estar infectada o poder coger una infección, preocupada por la caída del cabello o por la disminución de peso durante el embarazo, ya finalizado). Durante la visita a su hijo recién nacido en la UCI neonatal, persisten múltiples quejas de naturaleza somática e ideas hipocondriacas persistentes, constatándose asimismo un enlentecimiento motor de nueva aparición. Su discurso centrado en las ideas de contaminación y de enfermedad es cada vez más perseverante y casi irreductible, por lo que se indica su ingreso en planta de Psiquiatría.

A la exploración psicopatológica ya en planta psiquiátrica aparece una reactividad ambiental del humor en disminución progresiva y un marcado retraso psicomotor. Su orientación auto y alopsíquica y su nivel de conciencia no muestran alteraciones. Las ideas hipocondriacas repetitivas van adquiriendo carácter delirante: la enferma mantiene la creencia firme e irrefutable de que va a morir "porque no me he curado bien de la cuarentena...estoy podrida por dentro... me estoy apagando...". A las ideas delirantes hipocondriacas se suman ideas de perjuicio, creyendo que le vamos a hacer un informe para quitarle a los niños. Lloro con frecuen-

cia, refiriendo que "voy a morir y no voy a volver a ver a mi hijo...", "me vais a quitar a los niños porque no estoy bien". El enlentecimiento del pensamiento, lenguaje y motricidad van en aumento en los siguientes días, incrementándose la latencia de respuesta verbal, llegando a veces a bloquear el discurso. Se colocan entonces en un primer plano las ideas delirantes hipocondriacas: "vine con la cesárea infectada...se me han salido los intestinos, estoy vacía por dentro, me estoy pudriendo...me estoy muriendo...", con contenidos de temática nihilista, de vacuidad y de podredumbre, estructurándose ya completamente el síndrome de Cotard. En ocasiones se muestra perpleja, semiestuporosa. Comienza también a presentar rigidez a la movilización pasiva. Aunque no mantiene fijas las posturas, si se le sube el brazo, por ejemplo, lo baja lentamente, pudiendo quedar en una postura anatómica durante varios minutos. De este modo, el estupor melancólico con síndrome de Cotard y síntomas catatoniformes queda completamente instaurado.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Hemograma, bioquímica, pruebas de función hepática y renal normales. Función tiroidea normal.
- B12 y folatos normales.
- TAC craneal normal.
- Pruebas reumáticas normales.
- Serología lues, VIH, hepatitis B, hepatitis C, Borrelia, Rickettsias: sin hallazgos.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

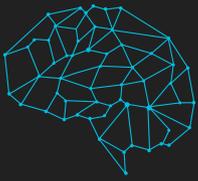
Ante este desarrollo de la clínica se orienta el caso como un Episodio Depresivo Grave con síntomas psicóticos (F32.3), Síndrome de Cotard.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

Ante la no disponibilidad de TEC en nuestro hospital, se inicia tratamiento con Clomipramina intravenosa, que se pasa luego a vía oral, junto a olanzapina vía oral para combatir los síntomas psicóticos. También es tratada con dosis altas de benzodiazepinas (lorazepam) con el fin de controlar los síntomas catatónicos.

SEGUIMIENTO Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

La respuesta es lenta pero favorable, con mejoría inicial de la rigidez catatoniforme (benzodiazepinas), y haciéndolo



posteriormente la reactividad ambiental del humor y la resonancia afectiva, el retraso psicomotor, la bradipsiquia y bradilalia. Lo último en controlarse, al cabo de unas 5 semanas, son las ideas delirantes hipocondriacas. Tras un permiso domiciliario, la paciente se encuentra casi totalmente restablecida, con deseos de volver a casa con sus hijos. Finalmente es dada de alta y se mantiene el seguimiento a nivel ambulatorio, con tratamiento con Clomipramina oral 150 mg/día + Olanzapina oral 10 mg/día.

DISCUSIÓN

Dentro de los trastornos mentales que se presentan durante el embarazo y puerperio, es clásica la descripción fenomenológica de las denominadas por la Psiquiatría tradicional "Psicosis Puerperales". Una visión moderna de este síndrome, que probablemente incluía bajo este epígrafe en el pasado tanto a alteraciones orgánicas (cuadros confusionales, la temida sepsis puerperal, etc.) como a esquizofrenias y trastornos bi y monopares de debut puerperal, intenta "deconstruir" el amplio abanico etiopatogénico que subyace en el "Síndrome" de la "Psicosis Puerperal". Así, el diagnóstico diferencial de la sintomatología que puede aparecer en el puerperio es muy extenso, y abarca desde cuadros quasi-fisiológicos como los blue-days hasta severas encefalitis que comprometen la vida de la paciente. Este abanico de diagnósticos diferenciales se presenta en la tabla I.

En el caso presentado, se ha descartado extensamente la etiología orgánica (tumor, encefalitis, procesos infecciosos, delirium) mediante las técnicas de neuroimagen cerebral, la serología de las infecciones más frecuentes que afectan al SNC, la normalidad de hemograma, bioquímica y reactantes en fase aguda como la VSG y la PCR, y a nivel clínico con la ausencia de fiebre, de fluctuaciones en el nivel de conciencia y de desorientación temporoespacial. La presencia de anhedonia anticipatoria y consumatoria severas, la pérdida de la reactividad ambiental del humor, la inhibición psicomotriz y los contenidos delirantes nihilistas y de podredumbre orientan el caso hacia una psicosis afectiva (melancolía delirante con síntomas catatoniformes y sdme de Cotard), máxime ante la ausencia de clínica del espectro esquizofrénico como vivencias de influencia sobre corporalidad, pensamiento o acción voluntaria, alteraciones sensorio-perceptivas auditivas o trastornos de la intimidad o propiedad del pensamiento (robo, inserción, imposición...). La respuesta a antidepresivos de alta

Tabla I. Diagnóstico diferencial de los síntomas psiquiátricos en el puerperio

- Blue-days.
- Ansiedad reactiva ante la sobrecarga de cuidados y el cambio vital.
- Psicosis Agudas y Transitorias (polimorfos).
- Depresión monopolar (melancolía puerperal), con o sin síntomas psicóticos, con o sin síntomas catatoniformes. Incluye el Síndrome de Cotard.
- Manía puerperal como debut de un Trastorno Bipolar.
- Esquizofrenia de inicio en el puerperio, con o sin síntomas catatoniformes.
- Exacerbación de patologías psiquiátricas preexistentes (ejs: Trastorno Ansiedad Generalizada, Trastorno Somatomorfo, Trastorno Obsesivo-Compulsivo)
- Recaída puerperal en trastornos adictivos (alcohol, tabaco, drogas de abuso).
- Síndrome Confusional Agudo (Delirium agitado).
- Delirium hipoactivo (no agitado).
- Encefalitis autoanticuerpos receptor NMDA.
- Encefalitis de etiología paraneoplásica.
- Tumor cerebral.
- Otras condiciones somáticas menos frecuentes: debut precoz de demencias frontotemporales, Enfermedad de Parkinson de inicio precoz o Síndromes Parkinson-like (subcorticales), etc.

(Howe y cols, 1999) (Simon y cols, 2009) (Amy & Moore, 2011) (Seraidarian y cols, 2014) (Bott y cols, 2016) (Moreira y cols, 2016) (Huarcaya-Victoria y cols, 2017) (Oberndorfer y cols, 2017) (García-Esteve & Valdés-Miyar, 2017) (Funuyama y cols, 2018).

potencia (tricíclicos) y bajas dosis de antipsicóticos atípicos, con buena evolución, corrobora esta hipótesis diagnóstica.

Ilustrando la relación del sistema endocrino y de neurotransmisión con el caso que nos ocupa, y profundizando en la acción de las hormonas sexuales en el postparto, Sanjuan & Martín-Santos (2008) realizaron un estudio en el que lograron identificar genes causantes de la depresión postparto, los cuales tienen la tarea de regular la serotonina. Se sugiere que no hay genes "buenos" o "malos" para la depresión, sino que pueden facilitar el riesgo o ser elementos protectores dependiendo de las interacciones hormonales. Durante el embarazo se generan una gran cantidad de hormonas entre las que se encuentran los estrógenos y la progesterona, que atraviesan la barrera hematoencefálica y que modulan la neurotransmisión a nivel cerebral, donde existen receptores específicos para los estrógenos y los progestágenos, distribuidos por las neuronas de la corteza, el sistema límbico, el hipotálamo y la hipófisis. Dichos receptores tienen acciones diferentes. La activación de los receptores de estrógenos induce plasticidad sináptica y dendrítica, aumenta los niveles



de acetilcolina y de noradrenalina, disminuye la actividad de la MAO, aumenta los niveles de beta-endorfinas, aumenta la síntesis de serotonina, aumenta el número de receptores 5HT-2, disminuye el número de receptores 5HT-1, disminuye el RNAm del transportador de 5HT y aumenta la respuesta de PRL a agonistas de 5HT. Por otro lado la progesterona aumenta la actividad de la MAO, tiene acción sedante, hipnótica y anticonvulsivante. Por lo tanto, los estrógenos y la progesterona, que han ido aumentando durante el embarazo, van a sufrir un descenso brusco tras el parto, lo cual frena la síntesis y disponibilidad de noradrenalina y serotonina por un lado y de GABA por otro, contribuyendo al desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos respectivamente (Medwave, 2010) (Vega-Rivera et al, 2012) (Vega-Rivera et al, 2013). En el caso de nuestra paciente coexisten además algunos de los factores que incrementan el riesgo de depresión postparto, como son padecer una depresión en el pasado, antecedentes familiares de depresión sin asociación al puerperio, aborto previo, y posiblemente estrés psicosocial o condición socioeconómica comprometida. El parto pretérmino, sin embargo, no ha demostrado ser un factor de riesgo para la depresión postparto (García-Vega, 2010). Los trastornos afectivos son la causa más frecuente de psicosis puerperales, las cuales se pueden presentar con agitación, ansiedad, síntomas catatoniformes –como en nuestro caso- y oscilaciones del nivel de vigilancia. La temática suele guardar relación con la maternidad: convicción delirante de que el niño ha sido cambiado por otro o negación de la maternidad (Vallejo-Ruiloba, 2015). Se añade en la evolución de la paciente la presencia de clínica catatoniforme y delirante de contenido nihilista típica del Síndrome de Cotard como forma de presentación de psicosis puerperal poco frecuente (Seridarian y cols, 2014).

Pero en este caso, además, cabría preguntarse si el estrés y las preocupaciones hipocondriacas sufridas por la madre durante el embarazo pudieron haber contribuido a los problemas en el desarrollo fetal (el neonato presentó al nacer un APGAR bajo, precisando observación en UCI) y a la necesidad de una cesárea urgente pretérmino, dado que el estrés puede provocar la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la supresión del sistema inmune (Alder et al, 2015). Cuando el estrés es excesivo y/o mantenido puede tener consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto, en la línea de lo que ya Marcé sugirió en

su pionero tratado hace más de siglo y medio. De este modo y como ya se ha señalado extensamente en la introducción de este trabajo, se ha visto que las mujeres que desarrollan síntomas de ansiedad, hipocondriacos o depresivos durante el embarazo están en riesgo no sólo por la probabilidad de aparición o exacerbación de la depresión en el puerperio, sino también por la mayor probabilidad de tener complicaciones obstétricas como retardo en el crecimiento intraútero, parto pretérmino, abrupto placentae y conducta neonatal alterada (García-Vega, 2010).

Declaración de intereses: el presente artículo ha sido elaborado por los autores sin conflictos de intereses éticos, económicos o de otra índole. Todos los autores han participado en su elaboración y pueden hacerse responsables públicamente de su contenido. B.R.M. no declara conflicto de intereses. S.R.D. ha actuado como consultor para Health Care Advisory Board (Canadá) y LeadPhysician (UK), como speaker para Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Astra-Zeneca, Otsuka Pharmaceuticals, Pfizer, Almirall-Prodesfarma, Servier y Lundbeck, ha percibido derechos de autor de Elsevier, y ha actuado como referee para la Revista Española de Salud Pública, C Med Psicosom, Psiquiatría y Psicosomática, JEADV, Clinical Drugs Investigation, BioMed Central e Israel Science Foundation. B-P-G. ha actuado como speaker para Janssen-Cilag, Lundbeck, Sanofi, Pfizer y Servier.

DECLARACIÓN DE INTERESES

El presente artículo ha sido elaborado por los autores sin conflictos de intereses éticos, económicos o de otra índole. Todos los autores han participado en su elaboración y pueden hacerse responsables públicamente de su contenido. B.R.M. no declara conflicto de intereses. S.R.D. ha actuado como consultor para Health Care Advisory Board (Canadá) y LeadPhysician (UK), como speaker para Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Astra-Zeneca, Otsuka Pharmaceuticals, Pfizer, Almirall-Prodesfarma, Servier y Lundbeck, ha percibido derechos de autor de Elsevier, y ha actuado como referee para la Revista Española de Salud Pública, C Med Psicosom, Psiquiatría y Psicosomática, JEADV, Clinical Drugs Investigation, BioMed Central e Israel Science Foundation. B-P-G. ha actuado como speaker para Janssen-Cilag, Lundbeck, Sanofi, Pfizer y Servier.



Síndrome de cotard puerperal tras parto pretermino

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:42-49.

B. Rodríguez-Macías, S. Ruiz-Doblado, B. Plasencia

BIBLIOGRAFÍA

1. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hosli I, Holzgreve W (2007): Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal, Fetal and Neonatal Medicine*; 20(3): pgs 189-209.
2. Amy YX, Moore FA (2011): Paraneoplastic encephalitis presenting as postpartum Psychosis. *Psychosomatics*; 10: pgs. 305-6.
3. Bott N; Keller C; Kuppaswamy M; Spelber D; Zeier J; (2016): Cotard delusion in the context of Schizophrenia: A case report and review of the literature. *Frontiers in Psychology*; 20: pgs. 231-7.
4. Correa PA. (2007): Depresión y estrógenos: ¿son los estrógenos una opción terapéutica? *Universitas Médica*, 48;3: 277-290
5. Donna E, Stewart CM, Vigod S, Caren G (2016): Postpartum Depression. *New England Journal of Medicine*, 375:22.
6. Funuyama M; Takata T; Mimura M (2018): Cotard's syndrome in anti-N-methyl-d-aspartate receptor encephalitis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 43: pgs. 1120-31.
7. García-Esteve LI; Valdés-Miyar L; (2017): Manual de Psiquiatría Perinatal. Madrid, Edit. Panamericana.
8. García Vega M (2010): Trastornos del estado de ánimo en el puerperio. Factores psicosociales predisponentes. Tesis doctoral. UCM: pgs 30-41, pg 131 Gelder M.G., López-Íbor JJ, Andreasen N (2003): Tratado de psiquiatría: 1439-40.
9. Howe GB, Srinivasan M (1999): A case-study on the successful Management of Cotard's syndrome in pregnancy. *Journal of Psychiatry in Clinical Practice*; 20: 387-91.
10. Huarcaya-Victoria J; Coqui M; (2017): Síndrome de Cotard en un paciente con síndrome depresivo mayor: a propósito de un caso. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 45 (5): 250-2.
11. Medina-Serdán E (2013): Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción Humana*; 27 (3): 185-193.
12. Medwave (2010): Menopausia: efectos de hormonas en ánimo y cognición. doi: 10.5867/medwave.2010.03.4407.
13. Moreira L, Tosoni A (2016): Sudden Onset of Cotard's syndrome as a clinical sign of brain tumor. *Archives of Clinical Psychiatry (Sao Paulo)*; 43(2);35-7.
14. Oberndorfer R, Schonauer C, Eichbauer H, Klaushofer K, Friedrich F. (2017): Cotard's syndrome in hypoactive delirium. A case report. *Psychiatria Danubina*; 29: 500-2.
15. Olza-Fernández I, García-Esteve LI, Lasheras G, Farré JM, (2011): Le Sección Española de la Sociedad Marcé: impulsando la Salud Mental Perinatal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*; 100: 50-54.
16. Sanjuan J y Martin-Santos R (2008): Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene. *British Journal of Psychiatry*, 193: 383-388.
17. Seridarian E, Pinto Moreira J, Chaves AC, Cassio do Nascimento P, (2014). A case report of Cotard's syndrome with catatoniform symptoms. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*; 63 (4): 384-5.
18. Simon M, Voros V, Herold R, Fekete S, Tenyi T (2009): Delusions of pregnancy with Post-Partum Onset: An integrated, individualized view. *European Journal of Psychiatry*; 23:211-30.
19. Vallejo-Ruiloba J (2015): Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª edición, Elsevier.
20. Vega-Rivera NM, Fernández-Guasti JA, Ramírez-Rodríguez GB, Castro-García M, Estrada-Camarena E (2012): Regulación de la neurogénesis hipocámpica por los estrógenos: su relación con la depresión. *Salud Mental*;35: 527-533.
21. Vega-Rivera NM, López-Rubalcava C, Paez-Martínez N, Castro M, Estrada-Camarena E (2013): Interacción estrógenos-noradrenalina en la depresión. *Salud Mental*; 36:331-336.