



CASOS CLÍNICOS

DELIRIO DE PARASITOSIS O SÍNDROME DE EKBOM DILUSIONAL PARASITOSIS OR EKBOM SYNDROME

Dr. Carlos Dipp Vargas*, Dr. Samadhi Fernando Salgado Siles**, Dr. Jhosep Nilss Mendoza López Videla***, Dra. Martina Burgoa Seane***

RESUMEN

El síndrome de Ekbom también llamado delirio de parasitosis es una condición psiquiátrica poco frecuente en el que los pacientes tienen una idea falsa y fija de estar infestados por parásitos o materiales inanimados. Se presenta el caso de un varón de 54 años con cuadro crónico compatible con este síndrome en el que resalta la buena respuesta a antipsicótico típico a un inicio, complicándose el mismo con discinesia tardía por síntomas extrapiramidales, por lo que se realiza el cambio de tratamiento con buena respuesta a la Risperidona.

Palabras clave: Síndrome de Ekbom, Delirio de Parasitosis, delirio de infestación.

ABSTRACT

Ekbom's syndrome also called Delusional Parasitosis is a rare mental disorder in which patients have a false and fixed idea of being infested by parasites or inanimate materials. A case of a 54-year-old man with a chronic condition compatible with this syndrome is reported. Initially, a good response to typical antipsychotic was highlighted, however it got complicated by a tardive dyskinesia due to extrapyramidal symptoms. Consequently, change of treatment with risperidone resulted in good response.

Key words: Ekbom syndrome, Delusional Parasitosis, delusional infestation.

Introducción

La Parasitosis Delirante (PD) fue descrito por primera vez en 1894 por Thibierge,¹ y más detalladamente por el neurólogo sueco K. Ekbom en 1938², también es conocido como delirio dermatozoico, delirio ectozoico, Delusioparasitorium o síndrome de disestesia crónica cutánea, recientemente se propuso unificar el nombre a “infestación delirante” dado que los pacientes no sólo se quejan de parásitos, sino de bacterias, virus y hasta fibras inanimadas.³ La PD se describe como un cuadro psicótico inespecífico

caracterizado por una creencia falsa y rígida contra la evidencia médica, de estar infestado por parásitos, acompañado generalmente por alucinaciones táctiles y/o visuales. Los pacientes intentan eliminar los parásitos mediante la extracción y excavación en la piel, produciendo excoriación, escarificación, laceraciones y otras lesiones. Actualmente persisten ciertas discrepancias en cuanto dónde situar el cuadro en el sistema clasificatorio, y se suele incluir en el CIE-10 y DSM-V, en los “trastornos delirantes sin especificación”.^{4,5}

* Psiquiatra de planta Hospital de Clínicas Universitario.

** MR III Psiquiatría Hospital de Clínicas Universitario.

*** Médico General.

Los autores niegan conflictos de intereses.

Autor responsable de correspondencia: Dr. Samadhi Salgado Siles 78910609, email ihdamas@hotmail.com

Caso Clínico

Paciente masculino de 54 años, con diagnóstico actual de esquizofrenia residual (CIE 10 , F20.5), con antecedente de caída de 14 metros con posterior cirugía encefálica en la niñez; se aprecia personalidad premórbida, introvertido, desconfiado, distraído. Comenzó un cuadro lento progresivo desde sus 16 años con cambios en la conducta, aislamiento social, problemas en la atención y aprendizaje llegando al abandono escolar; a sus 20 años aumenta sintomatología en sensorio-percepción con alucinaciones auditivas y visuales complejas, ideas delirantes dermatozoicas, indicando que siente virus y parásitos bajo la piel, además lesiones de continuidad auto infringidas, las cuales persisten en la actualidad solo que en menor frecuencia e intensidad gracias a la medicación actual (Figura 1), acompañado de alucinaciones táctiles, siendo atendido por dermatología los cuales solo evidenciaron lesiones cutáneas auto infringidas y posterior a descartar patología parasitaria cutánea es transferido al servicio de psiquiatría con tratamiento para las lesiones cutáneas siendo en ese entonces el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme orgánico .

Fue tratado con eutimizantes, neurolepticos y ansiolíticos, con buen control por consulta externa durante 15 años. Al fallecer la madre el paciente tiene abandono de tratamiento seguido por conductas bizarras, agitación psicomotriz, aumento de ideación delirante parasitaria y lesiones dermatológicas por auto agresión. Se decide su internación a la unidad de Psiquiatría del Hospital de Clínicas. En el transcurso de 20 años en modalidad hospital de día, el paciente presenta actualmente síntomas negativos como falta de actividad, embotamiento afectivo, deterioro del cuidado personal y del comportamiento social, fluctuaciones en su evolución con persistencia de DP llegando a lesionar

piel en regiones cervicales posterior y cara. Teniendo disminución de ideación delirante ante inicio de neuroleptico atípico Risperidona 6mg/ 24hrs VO dividido en 2 tomas, desde hace 2 años, ya que por el periodo anterior a este estaba indicado haloperidol 10 mg/ 24 hrs VO y Clorpromazina 100 mg/24 hrs VO. Por la sintomatología presentada dentro de los criterios del CIE 10 y descartando alguna otra patología psiquiátrica se llegó al diagnóstico de esquizofrenia residual con síndrome de Ekbom secundario.(cuadro 1)

Figura 1.- Excoriaciones producidas por el paciente



Discusión

El síndrome de Ekbom o PD es un subtipo de trastorno delirante incluido dentro del tipo somático, de presentarse solo se la conoce como Parasitosis delirante primaria, aunque mayormente (hasta un 60%) se haya asociado a otros diagnósticos psiquiátricos como en el caso presentado, estos incluyen trastorno bipolar, paranoia, esquizofrenia (además los sub tipos), depresión y abuso de drogas, como cocaína, metilfenidato y anfetaminas.⁶ (Cuadro 1)

Cuadro 1			
I. Parasitosis Delirante Primaria	(Psicosis Hipocondriaca Monosintomática)		
II. Parasitosis Delirante Secundaria a otras Condiciones			
A. Síntomas concomitantes con otro trastorno psiquiátrico:	a. Esquizofrenia u otras psicosis.	b. Depresión mayor con síntomas psicóticos o manía.	c. Demencia.
B. Síntomas secundarios a enfermedad neurológica u otra condición médica:	a. Trastornos neurológicos como neoplasias, infección o convulsiones.	b. Enfermedad somática que curse con prurito o parestesias como diabetes con neuropatía, uremia, cáncer.	
C. Síntomas secundarios a psicosis inducida por sustancias:	a. Sustancias psicotrópicas como cocaína o anfetaminas.	b. Sustancias no psicotrópicas como antibióticos, esteroides, antiinflamatorios no esteroideos.	

Es más común en mujeres en la quinta o sexta década de vida, con una prevalencia de 20-27 casos por cada millón aumentando la prevalencia con la edad.^{7,8} No debe ser confundido con acarofobia, parasitofobia, dermatofobia o entomofobia, ya que no existe fobia como tal, ni las conductas evitativas secundarias. Para el diagnóstico debemos descartar la presencia de una infección real y causas médicas o psiquiátricas señaladas anteriormente. Pocos son los pacientes que acuden en primera instancia al Psiquiatría, siendo dermatología la consulta común⁹ ya que no tienen idea del origen psiquiátrico de sus creencias y no dudan de la realidad de sus convicciones. El paciente lesiona la piel, intentando “sacar los parásitos” exhibiendo las lesiones como “pruebas” de la parasitosis, otro dato es el signo de la “caja de cerillos” descrito por Lyell en que el paciente muestra sus “parásitos” capturados aunque en realidad son pelusas o residuos dérmicos. Es conocido que el Síndrome de Ekbom es el cuadro psiquiátrico con mayor frecuencia (15-20%) del fenómeno conocido como folie à deux o folie à trois, es decir, trastorno psicótico compartido por personas cercanas al paciente.¹⁰

Se postula que la disminución del funcionamiento del transportador de dopamina estriatal (DAT) (correspondiendo a un aumento de dopamina extracelular) como una condición etiológica para la PD. El

DAT es un regulador clave de la recaptación de dopamina en el cerebro, especialmente en el cuerpo estriado; se observó que los medicamentos que inhiben el DAT (metilfenidato, cocaína y anfetaminas) pueden inducir la PD, además, muchos trastornos asociados con PD muestran una disminución del funcionamiento del DAT estriado, como la lesión cerebral traumática y la esquizofrenia que presentaba nuestro paciente.^{11,12,13} Estudios con resonancia magnética estructural y morfometría, demuestran que los pacientes con PD primario mostraban un patrón anormal irregular del volumen de la sustancia gris en regiones frontal lateral y medial, temporal lateral y medial, poscentral y precentral, parietal inferior, insular, en el tálamo y en algunas regiones del cuerpo estriado. Identificando en pacientes con síndrome de Ekbom secundario anomalías en la sustancia blanca, hallazgos que podrían hacer la distinción entre las formas primarias y secundarias del síndrome.^{14,15}

El tratamiento óptimo para PD se basaría en construir una relación terapéutica confiable, y medicación antipsicótica. Al ver al paciente por primera vez, es esencial aceptar que uno no podrá convencerlo de que no tiene ningún animal o patógeno dentro de su piel.

El tratamiento farmacológico sería en base a neurolepticos; Varios artículos han indicado los efectos beneficiosos de los antipsicóticos atípicos en el tratamiento del delirio en general y de

parasitosis, tanto para risperidona, olanzapina, quetiapina.^{15,16,17} El tratamiento debe comenzar con una buena respuesta a los antipsicóticos. En el paciente de nuestro caso resalta la buena respuesta a antipsicótico típico como el caso de haloperidol a un comienzo pero llevándolo a discinesia tardía por síntomas extrapiramidales, por lo que se cambió y se mantiene con

muy buena respuesta a Risperidona.

Los pacientes con ID tienen una convicción abrumadora de que están siendo infestados por patógenos sin prueba médica, el tratamiento se basaría en construir una relación terapéutica confiable, y medicación antipsicótica. Siendo un desafío en muchos casos desarrollar una relación médico-paciente de confianza.

REFERENCIAS

1. Thibierge G. Les acarophobes. *J Prat Rev Gen Clin Ther.* 1894; 32: 373-6.
2. Ekbom KA. Derpraesenile Dermatozoenwahn. *Acta Psychiatr Scand.* 1938; 13: 227-59.
3. Cruzado L, Paima R. Parasitosis delirante: Sinergia entre psiquiatría y otras especialidades. *Acta Med Per.* 2012; 29(1): 35-37.
4. World Health Organization (1993) *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* 28. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013)*
5. Fifth Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC O'Connell JE, Jackson HJ. Delusional infestation: the case for improved mental state testing. *Australas Psychiatry.* 2016 Oct; 24(5):462-5.
6. Hylwa SA1, Foster AA, Bury JE, Davis MD, Pittelkow MR, Bostwick JM. Delusional infestation is typically comorbid with other psychiatric diagnoses: review of 54 patients receiving psychiatric evaluation at Mayo Clinic. *Psychosomatics.* 2012; 53: 258-65.
7. Trabert W. 100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1,223 case reports. *Psychopathology.* 1995; 28(5): 238-46.
8. Bailey CH, Andersen LK, Lowe GC, Pittelkow MR, Bostwick JM, Davis MD. A population-based study of the incidence of delusional infestation in Olmsted County, Minnesota, 1976-2010. *Br J Dermatol.* 2014 May; 170(5): 1130-5.
9. Gkini MA, Dimitrov D, Tanev T, Chan Y, Taylor R, Bewley A. Are dermatologists who treat patients with delusional infestation at risk of major complaints and being stalked? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018 Mar 23.
10. Sawant NS, Vispute CD. Delusional parasitosis with folie à deux: A case series. *Industrial Psychiatry Journal.* 2015; 24(1): 97-98.
11. Huber M, Kirchler E, Karner M, Pycha R. Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology? *Med Hypotheses* 2007; 68: 1351-1358.
12. Huber M, Karner M, Kirchler E, Lepping P, Freudenmann RW. Striatal lesions in delusional parasitosis revealed by magnetic resonance imaging. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32: 1967-1971.
13. J A Eccles, S N Garfinkel, N A Harrison, J Ward, R E Taylor, A P Bewley and H D Critchley, Sensations Of Skin Infestation Linked To Abnormal Frontolimbic Brain Reactivity And Differences In Self R e p r e s e n t a t i o n , *Neuropsychologia.* 2015 Oct; 77:90-6.
14. Ponson L, Andersson F, El-Hage W. Neural correlates of delusional infestation responding to aripiprazole monotherapy: a case report. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2015; 11: 257-261.
15. Cipriani G, Lucetti C, Danti S, Ulivi M, Nuti A. Uncommon and/or bizarre features of dementia. *Acta Neurol Belg.* 2015 Mar; 115(1):19-25.
16. Vulink NC. Delusional Infestation: State of art. *Acta Derm Venereol.* 2016. Aug 23; 96 (217): 58-63.
17. Rodriguez-Cerdeira C, Sanchez-Blanco E, Sanchez-Blanco B, Carnero-Gregorio M, Delusional infestation, *American Journal of Emergency Medicine.* 2017; 35(2). 357-360.