

Artículo de revisión

Síndrome de Ekbom

Karla Moreno Vázquez,* Rosa María Ponce Olivera,* Verónica Narváez Rosales,* Tom Ubbelohde Hennigsen**

RESUMEN

El síndrome de Ekbom (conocido también como delirio de parasitosis y otros sinónimos) es un trastorno psiquiátrico en el cual los pacientes tienen una idea falsa y fija de estar infestados por parásitos. Se comunica una revisión del tema, que incluye su historia, clasificación, epidemiología, cuadro clínico y tratamiento.

Palabras clave: síndrome de Ekbom, delirio de parasitosis, delirio parasitario dermatozoico, tratamiento.

ABSTRACT

Ekbom's syndrome, also known as delusional parasitosis and many other synonyms, is a psychiatric disease in which patients have a false, fixed idea of being infested by parasites. This is a review of delusional parasitosis, its history, classification, epidemiology, clinical presentation and treatment.

Key words: Ekbom's syndrome, delusional parasitosis, treatment, dermatozoic delusion.

Los insectos han formado parte e influido en nuestra cultura, lenguaje, arte, historia, filosofía y religión; sin embargo, a medida que las sociedades humanas se urbanizan, los insectos se convierten en seres extraños. Nuestra civilización no está preparada física ni mentalmente para convivir con esos seres, por lo que forman parte de algunas alteraciones psiquiátricas. Entre estas afecciones se encuentra el síndrome de Ekbom, mejor conocido como delirio de parasitosis, que es un trastorno psiquiátrico en el que los pacientes tienen una idea falsa y fija de estar infestados por parásitos (ácaros, liendres, pulgas, arañas, gusanos y otros organismos).¹

HISTORIA

A lo largo del tiempo se han utilizado diversos términos para definir este trastorno. El primer caso fue documentado por George Thibiérge en 1894, quien utilizó

el término "acarofobia".² En 1896, Perrin reportó el término "neurodermatitis parasitofóbica" e informó sobre tres casos.³ El neurólogo sueco Karl Axel Ekbom, en 1938, fue el primero en describir las diversas causas, el comportamiento y pronóstico, usando el término "delirio presenil parasitario dermatozoico" (Der praesenile Dermatozoenwahn, nombre aún utilizado en la literatura alemana).^{4,5,6} El término "delirio de parasitosis" fue introducido en 1946 por Wilson y Miller,⁷ el de Ekbom fue atribuido como epónimo.⁵

SINÓNIMOS

Delusión de parasitosis, delirio parasitario dermatozoico, delirio de infestación.

CLASIFICACIÓN

Existen varias, una se basa en la localización del parásito, según lo refiere el paciente: a) ectoparasitaria (piel), b) endoparasitaria (órganos internos y orificios) y c) formas mixtas.⁸ La otra clasificación se basa en la fisiopatogenia (cuadro 1).^{1,8-14}

EPIDEMIOLOGÍA

Puede ocurrir en cualquier edad, con una distribución bimodal; afecta a adultos jóvenes con igual relación mujer:

* Servicio de dermatología, Hospital General de México, OD.

** Medicina interna, Hospital Español.

Correspondencia: Dra. Karla Moreno Vázquez. Servicio de dermatología, Hospital General de México. Dr. Balmis 148, colonia Doctores, CP 06700, México, DF. E-mail: karlymv@yahoo.com
Recibido: febrero, 2007. Aceptado: abril, 2007.

Cuadro 1. Clasificación fisiopatogénica.¹⁴

1. Primario. No existe una causa orgánica o psiquiátrica. Psicosis hipocondriaca monosintomática, la cual es un delirio monotemático único, fijo, en ausencia de esquizofrenia, trastorno afectivo primario o trastorno mental orgánico con personalidad conservada y sin datos de deterioro psicótico.

2. Secundario

a) Orgánico: consecuencia de enfermedades como:

- Parkinson, corea de Huntington, esclerosis múltiple, insuficiencia cerebrovascular, demencia vascular, accidentes cerebrovasculares, traumatismo craneoencefálico, tumores del sistema nervioso central.
- Meningitis, encefalitis, sífilis, infección por VIH, lepra, tuberculosis.
- Diabetes, hipotiroidismo, hipertiroidismo, panhipopituitarismo.
- Tumores sólidos, linfomas, leucemias.
- Lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, enfermedad de Behcet.
- Déficit de vitamina B₁₂, ácido fólico, nicotinamida.
- Hiperbilirrubinemia.
- Insuficiencia cardiaca, arritmias.

b) Tóxicos o medicamentos:

- Cocaína, alcohol, anfetaminas.
- Corticoesteroides, ciprofloxacina, amantadina, IMAO, captopril, bleomicina, clonidina, fenelcina.

c) Psiquiátrico o funcional:

- Esquizofrenia.
- Trastornos afectivos.
- Ansiedad.
- Trastornos de personalidad.
- Folie à deux/trois/famille.
- Oligofrenia o demencia.

hombre y en pacientes de edad media o avanzada (50 años o mayores) con aumento de la relación mujer: hombre, que varía de 1.5-6:1 con una media de 2-3:1.^{8,15,16} Se considera que hay mayor riesgo en mujeres conforme avanza la edad, posiblemente como consecuencia de la disminución de hormonas reproductivas cerca de la menopausia.¹⁷

ORIGEN PSICÓGENO

Las causas y la patofisiología de este síndrome son poco entendidos. Existen teorías que sugieren que puede ser causado por mecanismos biológicos cerebrales, factores epidemiológicos como la edad avanzada, antecedentes familiares o alteración de la personalidad y percepción. Recientemente se encontró una probable asociación entre el gen HLA-*03 y esta enfermedad.¹⁸ El delirio de parasitosis es aún difícil de resolver por la psicopatología contemporánea, pero existen diversas teorías de su origen psicógeno: quizá se trata

de una idea delirante primaria o una alteración del pensamiento. Otros autores señalan que lo primario es una alteración de la percepción y que el delirio es secundario a ella: es una elaboración delirante más o menos estructurada. También se ha dicho que es probable que ambos mecanismos coexistan.^{8,19}

CUADRO CLÍNICO

En general, se trata de mujeres de 50 años o mayores que acuden a consulta con antecedentes de haber sido atendidas por varios médicos. Refieren estar infectadas por algún tipo de parásito; tienen ideas elaboradas y detalladas acerca de cómo es su tamaño, forma, color, cómo se reproduce o mueve, y presentan muestras de los supuestos parásitos en papel, cinta adhesiva, bolsitas, frascos, cajitas y hasta fotos, signo conocido como “caja de cerillos”, el cual es patognomónico (figuras 1 y 2).



Figura 1. Signo de la caja de cerillos.



Figura 2. Supuestos parásitos.

Los pacientes se quejan de prurito, ardor, mordeduras, picaduras o insomnio e intentan sacarse dichos organismos produciéndose mutilaciones. Al intentar matar a este supuesto parásito pueden llegar a la aplicación tópica de medicamentos, enemas o ingestión de diversas sustancias (insecticidas, detergentes, solventes, gasolina, remedios caseros). Pueden cambiar de domicilio y de trabajo en varias ocasiones, e incluso llegan a quemar o inundar su casa buscando destruir el “parásito”. La topografía de las lesiones corresponde a sitios que están a su alcance; habitualmente son asimétricas, con predominio de acuerdo con la mano dominante; la morfología es variable, pueden mostrar huellas de rascado, escoriaciones, liquenificación, úlceras, fisuras, datos de dermatitis por contacto (figura 3) y cicatrices (figuras 4 y 5).^{3,8,12,16,20,21} El delirio de parasitosis se puede manifestar compartido con otra persona con una estrecha relación con el paciente (“folie à deux, trois o famille”).²²⁻²⁵

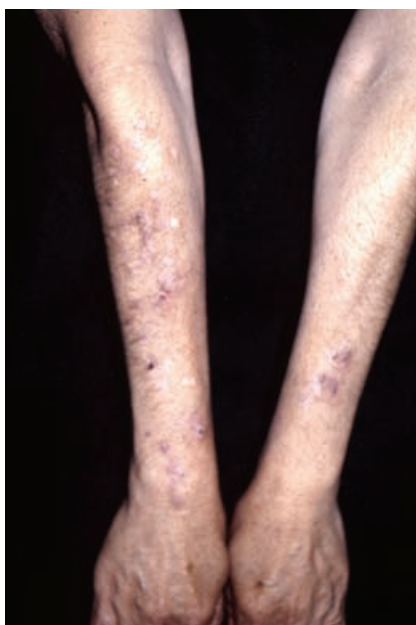


Figura 3. Escoriaciones y huellas de rascado en los antebrazos.

DIAGNÓSTICO

Deben eliminarse las alteraciones médicas o psiquiátricas que la estén ocasionando. Para ello, se debe realizar una historia clínica con exploración física minuciosa, estudios de laboratorio (biometría hemática completa, examen general de orina, electrolitos séricos, química



Figura 4. Cicatriz queloide.



Figura 5. Cicatrices queloides e hipertróficas, secuelas de automutilación.

sanguínea, pruebas de función hepática y tiroideas, concentraciones séricas de vitamina B₁₂, folatos y hierro), biopsia de piel y análisis de muestras aportadas por el paciente. Se puede completar el estudio con radiografía de tórax y electrocardiograma.^{3,8,12,20}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Escabiasis, dermatitis herpetiforme, prurigo por insectos, alucinosis táctil crónica.^{16,26}

TRATAMIENTO

El delirio de parasitosis es uno de los problemas más frustrantes en la clínica dermatológica. Existen diver-

sas causas para enviar al paciente con el psiquiatra: la necesidad de confirmar el diagnóstico, realizar un adecuado diagnóstico diferencial, clasificar la causa, disminuir el potencial de automutilación, prevenir el daño a otras personas o el suicidio, dar un tratamiento adecuado y hacer el seguimiento. Es muy importante que el paciente acepte la participación de la psiquiatría en su tratamiento; esto debe darse después de algunas citas de evaluación en las que se evite discutir la causa de la enfermedad y se haya establecido una buena relación basada en la confianza entre el dermatólogo y el paciente. Si esto no es posible, el dermatólogo tiene que dar el tratamiento con apoyo del psiquiatra.

Durante mucho tiempo se ha utilizado la pimozida como tratamiento de elección. Es un neuroléptico bloqueador selectivo de los receptores de dopamina D_2 . Se inicia con dosis bajas de 1 mg/día y se aumenta 1 mg cada semana hasta llegar a dosis de 4-6 mg/día. Los efectos terapéuticos se observan en seis a ocho semanas. Se recomienda que la dosis de mantenimiento sea menor de 10 mg/día durante dos a seis meses y posteriormente iniciar su disminución. Los efectos adversos son: extrapiramidales, anticolinérgicos, prolongación del intervalo QT y aparición de ondas U, hipotensión ortostática, depresión, galactorrea y aumento de peso.^{1,3,27,28} Recientemente se han administrado antipsicóticos atípicos como risperidona, olanzapina, quetiapina o sertindol, los cuales causan menos efectos adversos y son más tolerados.^{27,29,30} Otros medicamentos de utilidad son: haloperidol, doxepina, antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptura de serotonina.^{12,27,31}

REFERENCIAS

- Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: The mind and skin connection. *Am Fam Physician* 2001;64:1873-8.
- Thibiérge G. Les acarophobes. *Revue générale de clinique et de thérapeutique* 1894;32:373-76.
- Driscoll MS, Rothe MJ, Grant-Kels JM, Hale MS. Delusional parasitosis: a dermatologic, psychiatric, and pharmacologic approach. *J Am Acad Dermatol* 1993;29:1023-33.
- Ekbom KA. Der praesenile Dermatozoenwhan. *Acta Psychiatr Scand* 1938;13:227-59.
- Nicolata R. Delusional parasitosis or Ekbom syndrome: a case series. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:85-87.
- Ekbom KA. The pre-senile delusion of infestation (Der praesenile Dermatozoenwhan). *Hist Psychiatry* 2003;14:232-56.
- Wilson JW, Miller HE. Delusion of parasitosis. *Arch Derm Syphilol* 1946;54:39-56.
- Madoz-Gúrpide A, García Resa E. Delirio parasitario dermatozooico. *Med Clin (Barc)* 2004;123:66-69.
- Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Br J Psychiatry* 1988;153(Suppl2):37-40.
- Steinert T. Acute delusional parasitosis under treatment with ciprofloxacin. *Pharmacopsychiatry* 2006;39:159-60.
- Swick BL. Drug-induced delusions of parasitosis during treatment of Parkinson's disease. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:1086-7.
- Freudenmann RW. Der Dermatozoenwhan (delusions of parasitosis: an up-to-date review). *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002;70:531-41.
- Bhatia MS, Chandra R, Karma A. Delusional parasitosis in leprosy. *Indian J Lepr* 2002;74:159-60.
- Freudenmann RW. A case of delusional parasitosis in severe heart failure. Olanzapine within the framework of a multimodal therapy. *Nervenarzt* 2003;74:591-5.
- Trabert W. 100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1,223 case reports. *Psychopathology* 1995;28:238-46.
- Aw DCW, Thong JY, Chan HL. Delusional parasitosis: case series of 8 patients and review of the literature. *Ann Acad Med Singapore* 2004;33:89-94.
- Lanczik M, Hofberg K, Brockington IF. Delusion of infestation with post-partum onset: case report. *Psychopathology* 1999;32:277-80.
- Debnath M, Das SK, Bera N, Nayak CR, Chaudhuri TK. A study of HLA-linked genes in a monosymptomatic psychotic disorder in an Indian Bengali population. *Can J Psychiatry* 2005;50:269-74.
- Vidal C, Rejón C, Sierra AC. Percepción y pensamiento en los delirios de infestación. *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34:140-3.
- Le L, Gonski PN. Delusional parasitosis mimicking cutaneous infestation in elderly patients. *MJA* 2003;179:209-10.
- Goddard J. Imaginary insect or mite infestations. *Infect Med* 1998;15:168-70.
- Bourgeois ML, Duhamel P, Verdoux H. Delusional parasitosis: folie à deux and attempted murder of a family doctor. *Br J Psychiatry* 1992;161:709-11.
- Gieler U, Knoll M. Delusional parasitosis as "folie à trois". *Dermatologica* 1990;181:122-5.
- Daniel E, Srinivasan TN. Folie à famille: Delusional parasitosis affecting all the members of a family. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004;70:296-7.
- Cordeiro Q, Corbett CE. Delusional infestation and folie à deux: case report. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61:872-5.
- Koo J, Gambla C. Delusions of parasitosis and other forms of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Dermatol Clin* 1996;14:429-38.
- Lee Ch, Koo J. Psychopharmacologic therapies in dermatology: an update. *Dermatol Clin* 2005;23:735-44.
- Van Vloten WA. Pimozide: use in dermatology. *Dermatology Online Journal* 2003;9:3.
- Elmer KB, George RM, Peterson K. Therapeutic update: use of risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Am Acad Dermatol* 2000;43:683-6.
- Meehan WJ, Badreshia S, Mackley CL. Successful treatment of delusions of parasitosis with olanzapine. *Arch Dermatol* 2006;142:352-5.
- Hayashi H, Oshino S, Ishikawa J, Kawakatsu S, Otani K, Paroxetine treatment of delusional disorder, somatic type. *Hum Psychopharmacol* 2004;19:351-2.

EVALUACIÓN

1. El término síndrome de Ekbom se refiere a:
 - a) Tricotilomanía
 - b) Dermatitis facticia
 - c) Delirio de parasitosis
 - d) Escoriaciones neuróticas
 - e) Onicofagia
2. Se define como delirio de parasitosis a un:
 - a) Trastorno psiquiátrico donde existe una idea falsa y fija de estar infestado por parásitos
 - b) Trastorno orgánico donde existe una idea verdadera y fija de estar infestado por parásitos
 - c) Trastorno psiquiátrico donde existe una idea verdadera y fija de estar infestado por parásitos
 - d) Trastorno orgánico donde existe una idea falsa y no fija de estar infestado por parásitos
 - e) Trastorno mixto donde existe una idea verdadera y fija de estar infestado por parásitos
3. ¿Quién documentó el primer caso de delirio de parasitosis?
 - a) Karl Axel Ekbom
 - b) Hipócrates
 - c) George Thibiérge
 - d) Francois Henri Hallopeau
 - e) Ferdinand-Jean Darier
4. Su clasificación se basa en:
 - a) Evolución
 - b) Localización del supuesto parásito y fisiopatogenia
 - c) Epidemiología
 - d) Tratamiento
 - e) Pronóstico
5. Recientemente el delirio se ha asociado con:
 - a) HLA-*03
 - b) HLA-A9
 - c) HLA-A24
 - d) HLA-A29
 - e) HLA-B21
6. Se ha mencionado que el aumento del riesgo de la enfermedad en mujeres de edad media o avanzada se debe a:
 - a) Aumento de hormonas reproductivas
 - b) Depresión
 - c) Medicamentos
 - d) Disminución de hormonas reproductivas
 - e) Ansiedad
7. Una causa orgánica del delirio de parasitosis puede ser:
 - a) Esquizofrenia
 - b) Trastornos de personalidad
 - c) Enfermedad del sistema nervioso central
 - d) Medicamentos
 - e) Ansiedad
8. Se ha mencionado que su déficit puede ser una causa de delirio de parasitosis:
 - a) Calcio
 - b) Vitamina E
 - c) Vitamina B₁₂
 - d) Vitamina C
 - e) Magnesio
9. Se ha mencionado que este medicamento puede causarlo:
 - a) Litio
 - b) Cefalexina
 - c) Isotretinoína
 - d) Corticoesteroides
 - e) Diazepam
10. ¿Cuál es el signo patognomónico?
 - a) Signo de la parafina
 - b) Signo del dedal
 - c) Signo de la caja de cerillos
 - d) Signo de Nikolsky
 - e) Signo de Darier
11. Un diagnóstico diferencial es:
 - a) Escabiasis
 - b) Eritema anular centrifugo
 - c) Granuloma anular
 - d) Acrodermatitis enteropática
 - e) Lepra

12. ¿Cuál ha sido el tratamiento más prescrito?

- a) Litio
- b) Pimozida
- c) Clomipramina
- d) Fluoxetina
- e) Sertralina

13. El cual actúa como:

- a) Bloqueador selectivo de los receptores de dopamina D₂
- b) Inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina
- c) Inhibidor de la monoaminoxidasa
- d) Elevador de la actividad del neurotransmisor ácido gammaaminobutírico
- e) Bloqueador de los receptores H1 de histamina

14. Uno efecto adverso de esta sustancia es:

- a) Dolor abdominal
- b) Prolongación del QT
- c) Disfagia
- d) Taquipnea
- e) Ictericia

15. Otro medicamento que se ha prescrito es:

- a) Diazepam
- b) Clomipramina
- c) Risperidona
- d) Imipramina
- e) Desipramina