

## Trastorno delirante de infestación

Fabián Dolores-Velasco<sup>1</sup>, José Carlos Alberto Sotelo-Espinoza<sup>1</sup>, José Luis Jiménez-López<sup>2</sup>,  
Nancy Jiménez-Miranda<sup>1</sup>

### RESUMEN

Se presenta un paciente con *trastorno delirante de infestación tipo primario*, que mostró, como característica distintiva a lo reportado en la literatura, buen apego al tratamiento manifestado por su asistencia puntual a las citas programadas para consulta, inclusive a psiquiatría, y toma adecuada de los medicamentos prescritos. Suponemos que el apego al tratamiento fue favorecido por los rasgos obsesivos de personalidad. Recibió tratamiento con diversos antipsicóticos, experimentado leve mejoría con quetiapina.

**Palabras clave:** trastorno delirante, infestación, primario, tratamiento.

### Primary delusional disorder of infestation: presentation of a case

### ABSTRACT

We report a case of *Primary Delusional Disorder of Infestation*, although most patients reject psychiatric referral and are difficult to engage in medical care, this patient complaint well with medical indications and treatment, probably because the obsessive personality traits. He had mild favorable response to the pharmacological management with quetiapine.

**Key words:** delusional disorder, infestation, primary, treatment.

**E**l trastorno delirante de infestación (TDI) se ubica en el grupo de trastornos delirantes de tipo somático de la categoría *trastorno delirante* en la clasificación de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV)<sup>1</sup> y *trastornos delirantes persistentes* en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10)<sup>2</sup>. Es considerada una enfermedad rara, con incidencia anual de 1 a 3 casos por 100,000 habitantes, con prevalencia de 0.025 a 0.03 % para el trastorno delirante en general, y aún menor para el trastorno por infestación en particular<sup>3</sup>.

Se caracteriza por la presencia de una idea errónea y fija de que la piel está infestada por micro-organismos, y la sensación que confirma su existencia (se arrastran, muerden, hacen nidos, entre otros), en ausencia de evidencia médica. Pueden presentarse tres circunstancias; uso de drogas (cocaína, anfetamina), complicaciones médicas (demencia, *delirium*, psicosis depresiva) o de forma primaria<sup>4</sup>.

### Presentación del caso

Hombre de 80 años de edad que es enviado a valoración dermatológica por prurito y escoriaciones en cuero cabelludo. La exploración física únicamente mostró huellas de rascado intenso en cuero cabelludo y extremidades inferiores. Durante el interrogatorio refirió haber sido "*infectado por un animal parecido a una araña*" mientras esperaba informes sobre el estado de salud de su esposa en un servicio de urgencias. La historia clínica no arrojó datos de importancia para su padecimiento;

Recibido: 28 de marzo 2014. Aceptado: 16 de abril 2014.

<sup>1</sup>UMAE Complementaria Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos.

<sup>2</sup>UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret Centro Médico Nacional, La Raza. Correspondencia: Fabián Dolores-Velasco. UMAE Complementaria Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos. Calzada San Juan de Aragón No. 311. Col. San Pedro Chico. México, D.F. E-mail: rambunctious7@hotmail.com

por lo cual únicamente se le recomendaron medidas antisépticas. En la consulta siguiente se le encontró con zonas alopécicas y lesiones en miembros inferiores por rastrillo (figura 1 y 2).



**Figura 1.** Escoriaciones en el cuero cabelludo producidas con objeto punzo-cortante.



**Figura 2.** Escoriaciones en miembro inferior producidas con rastrillo.

El paciente agregó que *“el animal se estaba reproduciendo debajo de su piel; sentía como caminaban”* por lo que había utilizado un rastrillo y, a veces, objetos punzo cortantes para *“sacarlos”*. En la posterior interconsulta solicitada a psiquiatría manifestó la ideación delirante al referir haber quemado su cabello en la estufa porque *“había encontrado el nido y quería matarlos”* (figura 3). Sin embargo, en el resto de sus funciones mentales no mostró alteraciones, su conversación era *“normal”* si no se comentaba el tema de sus lesiones. En una de las consultas subsecuentes presentó un frasco con alcohol y los *“animales que había conseguido atrapar”*; que, a simple vista parecían pequeños fragmentos de tejido escamoso.



**Figura 3.** Cuero cabelludo con escaso cabello por haberlo quemado en la estufa.

Durante el seguimiento conjunto por dermatología y psiquiatría, se detectó que el paciente vivía aislado de sus familiares por conflictos interpersonales no relacionados con su padecimiento mental; los familiares no estaban enterados del padecimiento y, cuando se les pidió acudir a consulta por medio de trabajo social, mostraron sorpresa pero agregaron que únicamente lo habían notado *“deprimido”* después de la enfermedad de su esposa (hernioplastia hiatal complicada con trombosis pulmonar), sin que sus actividades cotidianas se vieran afectadas. Agregaron que el paciente era muy disciplinado por lo que no dejaba de asistir a las citas médicas que se le indicaban.

A lo largo de 4 años recibió tratamiento con diferentes antipsicóticos, y fórmulas secantes o hemolientes para las lesiones de piel, mostrando mejoría leve con quetiapina. La biometría hemática, química sanguínea y biopsia de piel practicadas no reportaron patología.

## DISCUSIÓN

No se conocen las causas del TDI de tipo primario, sólo algunos factores pre mórbidos se han encontrado asociados, como los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos, aislamiento social y déficit sensorial (deterioro de la visión o audición)<sup>5</sup>.

El manejo de estos pacientes resulta difícil por la falta de advertencia de enfermedad, la reducida eficacia de los medicamentos utilizados. Los antipsicóticos son recomendados como tratamientos de primera línea, aunque también existen reportes de respuesta con antidepressivos<sup>6,9</sup>.

El caso de este paciente llamó la atención por su buen apego al tratamiento, tanto a las consultas progra-

mas como a la toma de medicamentos; característica inusual en quienes padecen esta enfermedad. No obstante, la evolución no fue diferente a lo que se conoce sobre el trastorno, incluso presentó lo que se ha reportado como el *signo de la caja de cerillos* (llevar en un recipiente los micro-organismos capturados)<sup>10</sup>. En apariencia la característica obsesiva de su personalidad fue lo que favoreció el apego al tratamiento. Otro aspecto distintivo en este paciente fue el poco impacto psicosocial de su trastorno; los familiares no habían notado modificaciones en su estilo de vida, ni mencionaron conductas relacionadas con el trastorno como se reporta en la literatura (lavar con frecuencia su ropa o fumigar su habitación). Cabe mencionar que el paciente vivía distanciado de sus familiares y mantenía poca comunicación con quienes compartía la casa, por lo que no conocían el motivo de su asistencia a las consultas médicas ni que hubiera modificado su comportamiento por la enfermedad.

### CONCLUSIÓN

El manejo de los pacientes con TDI requiere de un abordaje multidisciplinario con la finalidad de favorecer el apego al tratamiento. El médico de primer contacto es el encargado de generar la buena relación médico paciente que permita atención adecuada por especialistas involucrados (dermatología, infectología, psiquiatría, entre otros). Aunque el curso es crónico y el pronóstico poco favorable, no se debe desestimar el impacto

psicosocial de la enfermedad, se debe procurar un manejo psicofarmacológico y psicoterapéutico encaminado a disminuir las conductas auto-lesivas y mejorar las lesiones dérmicas ya presentes.

### REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — Text Revision. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000.
2. Organización mundial de la salud. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE 10). Meditor, España, 1993.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Concise textbook of clinical psychiatry. Second edition. Lippincot Williams & Wilkins, 2004.
4. Driscoll MS, Rothe MJ, Grant-Kels JM. Delusional parasitosis: a dermatologic, psychiatric, and pharmacologic approach. *J Am Acad Dermatol* 1993;29:1023-33.
5. Reilly T, Batchelor D. The presentation and treatment of delusional parasitosis: a dermatological perspective. *Int Clin Psychopharmacol* 1986;1:340-53.
6. Wenning MT, Davy LE, Catalano G, Catalano MC. Atypical antipsychotics and the treatment of delusional parasitosis. *Ann Clin Psychiatry* 2003;15:233-9.
7. Healy R, Taylor R, Dhoat S. Management of patients with delusional parasitosis in a joint dermatology psychiatry clinic. *Br J Dermatol* 2009;161:197-9.
8. Meehan WJ, Badreshia S, Mackley CL. Successful treatment of delusions of parasitosis with olanzapine. *Arch Dermatol* 2006;142:352-5.
9. Narayan V, Ashfaq M, Haddad PM. Aripiprazole in the treatment of primary delusional parasitosis. *Br J Psychiatry* 2008;193(3):258.
10. Dewan P, Miller J, Musters C, Taylor RE, Bewley AP. Delusional infestation with unusual pathogens: a report of three cases. *Clin Exp Dermatol* 2011;36 (7): 745-8.