

Presentación de caso

Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín

Presensación de un caso de síndrome de Ekbom

Presentation of a Patient with Ekbom Syndrome

Jose Alejandro Valdevila Figueira ¹, Leonides Laguna Salvia ²

1 Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría. Asistente. Neuropsiquiatra. Hospital Lucia Iñiguez Landín. Holguín.

2 Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna y Neurología. Asistente. Hospital Lucia Iñiguez Landín. Holguín.

RESUMEN

Se presentó un paciente de 42 años de edad con delirios de dermatozoos y otras alteraciones cognoscitivas de curso crónico que evidencian marcada desestructuración de la personalidad con funcionamiento psicótico. Se le realizaron exámenes dermatológicos y análisis anatomopatológicos de las lesiones y se diagnóstico como un síndrome de Ekbom.

Palabras clave: parasitosis delirante, síndrome de Ekbom.

ABSTRACT

A 42- year- old male patient with delusional parasitosis and other cognitive

disorders was presented in this paper. Several clinical manifestations were observed such as broken personality and psychotic functioning. Dermatological examinations were done, as well as, pathological ones. The results showed that the patient presented Ekbom syndrome.

Key words: delusional parasitosis, Ekbom syndrome.

INTRODUCCIÓN

Existen múltiples formas delirantes de rara aparición y de curso crónico descritas en la literatura, que en ocasiones se entremezclan y que se caracterizan básicamente por una idea delirante concreta que condiciona la conducta del paciente, ellas son, el síndrome de Ekbom o síndrome de parasitosis delirante, el de persecución, el de perjuicio o referencia, el de celos o síndrome de Otelo, el erotomaniaco o Clérambault, el de grandeza y el somático (delirio hipocondríaco y la dismorfofobia delirante).

El término delirio de parasitosis fue introducido en la literatura por Wilson y Miller en 1946 ^{1,2} aunque ya en 1864 es referido por el francés Thirbierge, que lo denomina "acarofobia". Es descrito por primera vez por Karl Ekbom en 1938 en mujeres entre los 50 y 60 años de edad, es conocido también con el nombre de delirio ectozoico, delirio de parásitos cutáneos, delirio cenestésico parasitario, delirio dermatozóico o delirio dermatozóico de Ekbom ¹. Comúnmente los reportes corresponden a la práctica dermatológica.

En la actualidad persisten ciertas discrepancias en cuanto dónde situar el cuadro en el sistema clasificatorio, y son incluidos en la CIE-10 y DSM-IV, como "trastornos delirantes sin especificación" ³⁻⁵.

La incidencia y prevalencia reales del proceso se desconocen. Se han publicado muy pocos trabajos sobre el tema, generalmente referidos a casos puntuales. Entre el 15% y el 40% de los pacientes se manifiesta como trastorno psicopático compartido (un tipo de folie a deux) ⁶.

El síndrome de Ekbom esta caracterizado fundamentalmente por una alteración del contenido del pensamiento donde el paciente tiene la convicción inmovible de tener un prurito ocasionado por la infestación de parásitos en la piel que son pequeños insectos como ácaros, piojos, hormigas, pulgas, arañas, gusanos, bacterias u otros organismos que le generan sensación de escozor por fuera o por dentro de ella, que se acompaña de lesiones en dichas zonas generadas por el rascado y que suele ser la queja fundamental por la que acuden a consulta a la que traen pequeños depósitos que contienen fragmentos de piel excoriada o restos de lesiones escamosas, papulosas o papulo-costrosas (signo de la caja de cerillos) ¹⁻⁷ como prueba de su verdad infalible.

Utilizan tratamientos anti-infecciosos, cremas y remedios caseros y demandan continuamente la realización de nuevos y más profundos exámenes dirigidos a demostrar una causa orgánica de su padecimiento. La ubicación de los parásitos suele ser migratoria y llegan a constituir cuadros puramente hipocondríacos. Tienden a aislarse socialmente por temor a contagiar a sus allegados o por la incomprensión de amigos y familiares ⁷⁻⁸.

Ocurre en ciertas condiciones físicas como la diabetes mellitus, intoxicación por cocaína e intoxicación por anfetaminas y psiquiátricas como la esquizofrenia, los trastornos delirantes, desordenes afectivos, trastornos orgánicos y algunos autores lo describen en el curso de las demencias. Se presenta además como trastorno delirante tipo somático configurando una psicosis hipocondríaca monosintomática.

Tiene varias formas clínicas de presentación, aunque el delirio dermatozóico es el síntoma fundamental y obligatorio que se presenta como lógico, único, convincente, invariable y sistematizado y aparece con marcada lógica y posibilidad de ser real, puede ser creíble, lo que lo ubica dentro de los delirios paranoicos. Los pacientes pueden ser capaces de transmitir su delirio a otras personas que llegan a constituir una psicosis inducida o por contaminación del pensamiento (un tipo de folie a deux) ⁹⁻¹² la cual es una situación rara en la que los miembros que viven con el paciente comparten la creencia falsa del individuo afectado, quien establece una relación estrecha con otra persona. El sujeto que sufre inicialmente

el trastorno se llama "inductor" o "caso primario" ^{10,11}. El delirio puede afectar, también a todos los miembros de una familia, considerada como la folie á famille. De acuerdo con la ubicación de los parásitos pudiera ser ectozóico (los parásitos son percibidos en el exterior del organismo) o endozóico en el que los parásitos se albergan en los órganos internos (intestinos, oídos, cerebro, torrente circulatorio) ⁽¹³⁻¹⁵⁾, aunque no son raras las formas mixtas. Puede ser monosintomático (solo delirios) o acompañarse de otras alteraciones como alucinaciones y alteración del esquema corporal. O puede también condicionar la conducta con amenazas y agresividad o no.

El diagnóstico positivo se basa en los siguientes elementos: prurito con excoriaciones, convicción delirante de ser infectado por parásitos cutáneos, lesiones autoprovocadas, alucinaciones táctiles y visuales de contenido parasitario, no evidencia de etiología orgánica dermatológica.

Se trata con neurolépticos, sin preferencia por alguno en particular y sin resultados que hablen a favor de la mayor efectividad de uno sobre otros, pero constituye la pimozida el de mayores adeptos y con la que se reportan la mayor cantidad de casos tratados, inclusive con resultados cercanos a la curación ¹¹⁻¹⁶.

REPORTE DE CASO

Paciente natural de un área suburbana de la provincia de Holguín, de 42 años de edad, divorciado, nivel de escolaridad de noveno grado, dos hijos, muy cooperador durante las entrevistas donde refiere que no está enfermo de los nervios pero que va a cooperar con tal de ser estudiado con profundidad, con antecedentes de salud física y mental normal hasta hace tres años en que comenzó a trabajar como custodio de una empresa cercana a su vivienda. A los seis meses cambia de plaza en el área de producción como pelador de frutas verdes.

A los 15 días comienza con lesiones en las manos y una lesión de un centímetro de diámetro localizada en la cara interna del metatarso del pie izquierdo (fig.1) por donde asegura, comenzaron a penetrar los parásitos en dirección ascendente

Comenzó a tratarse por dermatología, con múltiples tratamientos sin mejoría.



Fig. 1. Lesión en metatarso

Refiere que estando a la espera de la Consulta de Dermatología en su área de salud una paciente le preguntó si él trabajaba con la fruta bomba (Carica papaya L.) a lo que le respondió afirmativamente asegurándole que la fruta bomba produce un parásito que se mete por debajo de la piel y en la sangre de las personas produciendo picazón intensa y que no deja dormir. A partir de ahí, está convencido de que su padecimiento está relacionado con parásitos que tiene en todo el cuerpo.

Fue ingresado en el Servicio de Dermatología del hospital donde se practicó biopsia de las lesiones y análisis anatomopatológico de restos de supuestos parásitos muertos que aseguraba le salían por la piel; ambos estudios resultados negativos. El examen dermatológico arrojó que se trataba de lesiones de rascado que llegaban a constituir costras y pústulas en ocasiones por la auto manipulación continua, de localización en zonas donde el paciente alcanza a rascarse y de aspecto que recuerdan diferentes etapas de la evolución de las excoriaciones.

Se acompaña de prurito intenso y de marcada convicción de que son producidas por gusanos y hormigas que él siente por dentro de la piel, que ascienden desde los pies hasta la cabeza, que en ocasiones salen al exterior (fig. 2) y que él logra capturarlos y matarlos. Su hermana aporta material recogido por ella, consistente en restos de detritus de color gris oscuro y marrón (fig. 3), que ya habían sido aportados por él, de aspecto escamoso, de consistencia dura, contaminados con

material que recuerda la arena del río, que ella asegura le brotan del cuero cabelludo, y que se trata de los "gusanos, insectos, hormigas" que le salieron de la piel (folie a deux).



Fig. 2. Lesión en hombro izquierdo.



Fig. 3. Signo de la caja de cerillos

Asegura que los músculos gemelos de su pierna izquierda se extendían desde la articulación del tobillo hasta la cara posterior de la flexura de la rodilla, pero que fue devorado por los parásitos, por lo que no es del mismo tamaño que el de la otra pierna (alteración del esquema corporal), la cual muestra con ánimo comparativo (fig. 4).



Fig. 4. Gemelos.

Refiere que siente cómo a toda hora del día y a pesar de los múltiples tratamientos dermatológicos realizados siente cómo los parásitos le caminan por el cuerpo y que en ocasiones salen al exterior produciendo lesiones más amplias en la piel (fig.5 y 6), lo que le permite cogerlos con sus manos y matarlos.



Fig. 5. Lesiones en cuero cabelludo



Fig. 6. Lesiones en parte baja de la espalda

Hace alrededor de un mes viene quejándose de que al acostarse tarda mucho en dormirse pues ha comenzado a sentir los parásitos caminando dentro de la almohada (alucinaciones auditivas), por lo que la desarmó para revisarla y exponerla al sol luego de lavarla en cuatro oportunidades sin lograr ver los parásitos y llega a la conclusión de están dentro de su cabeza (pseudo alucinación auditiva). Muestra extensas lesiones de rascado en el cuero cabelludo (fig.2) que cita como testigos claros de la salida de los parásitos.

Datos positivos al examen psiquiátrico:

- Clasificado como un trastorno delirante primario ya que aparecieron aislados sin otra patología psíquica u orgánica acompañante.
- Todas sus funciones mentales de integración (conciencia, orientación, atención, memoria e inteligencia) estaban íntegras, al igual que el resto de las funciones mentales superiores excepto la sensopercepción y el pensamiento (básicamente su origen y contenido), cuya alteración consiste en una estructura delirante ("delirio de dermatozoos") típica.
- Alucinaciones visuales, táctiles y auditivas
- Alteración del esquema corporal
- Pseudo alucinaciones auditivas
- Consumo de tóxicos, limitado a alcohol esporádicamente y tabaco ocasional
- Signo de la caja de cerillos

En cuanto al tratamiento, la flufenazina sirvió para tratar la fase inicial aguda con buena respuesta, se logró borrar las alucinaciones táctiles y generar cierto cuestionamiento de la realidad de la existencia de los parásitos. La dosis fue de 10 mg/día. El efecto se hizo notar a partir de las tres semanas, se le dio seguimiento a partir de ahí cada dos semanas. No se registró síntoma extrapiramidal.

La dosis se mantuvo durante ocho semanas, sin conseguir la remisión completa de los síntomas. A los 6 meses de tratamiento sin modificaciones sustanciales en ninguna dirección, la flufenazina fue sustituida por pimozida a razón de 4 mg cada 12 h, tres meses después refiere que el prurito ha disminuido, por lo que ha dejado de rascarse, aunque se observan algunas excoriaciones nuevas.

A los dos años de tratamiento acude a consulta refiriendo que ya tiene la respuesta de por que el parásito no muere ubicando su localización actual entre el pene y el ano, sitio donde se alimenta de sus heces fecales. Hasta el momento, continúa con medicación antipsicótica, fue ingresado en Servicio de UIC para dosificar tratamiento y desaparecieron las alucinaciones visuales.

Para algunos autores es un delirio únicamente externo, que se presenta exclusivamente en mujeres ¹⁰⁻¹⁶, esta apreciación es contradictoria con la aparición de la enfermedad en hombres como en nuestro caso. Rodríguez-Cerdeira ⁴, en reporte de cinco casos encuentra más hombres que mujeres, con una media de tiempo de la enfermedad solo de seis meses y con una edad promedio que no supera la cuarta década de la vida, lo que evidencia que el reporte únicamente de mujeres en sus inicios fue solo fruto de la casualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berrios GE. Delusional parasitosis and physical disease. Compr Psychiatry 1985; 26: 395-403.
2. Bhatia MS, Jagawat T, Choudhary S. Delusional parasitosis: a clinical profile. Int J Psychiatry Med. 2007; 30(1):83-91.
3. Bourgeois ML, Duhamel P, Verdoux H. Delusional parasitosis: Folie à deux and attempted murder of a family doctor. Br J Psychopatol. 1992; 161: 709-11.
4. Rodríguez Cerdeira C, Telmo Pera J, Arenas R. Ekbom Syndrome: A condition between Dermatology and Psychiatry. Rev Colomb Psiquiatr. 2010; 39 (2).
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
6. Daniel E, Srinivasan TN. Folie a Famille: Delusional parasitosis affecting all the members of a family. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2004; 70(5):296-7.
7. Alonzo Romero L, Fernández R. Delirio de parasitosis. Rev Mex Dermatol. 2008; 52(6): 263-7.
8. 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.

9. Pichot P, López J, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.

10. Oliva EM. Delirio de dermatozoos de Ekbom Alcmeon. Rev Argent Clin Neuropsiquiat. 1991; 4: 516-525.

11. Elmer KB, George RM, Peterson K. Therapeutic update: use of risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. J Am Acad Dermatol. 2000; 43(4):683-6.

12. Escalas J, Guerra Tapia A, Rodríguez Cerdeira C. Tratamiento con psicofarmacos de los trastornos psicodermatológicos. Barcelona: CEGE; 2009.

13. Freudenmann RW, Lepping P. Delusional infestation. Clin Microbiol Rev. 2009; 22(4):690-732.

14. González Seijo JC, Lastra Martínez I, Ramos Vicente YM. Delirio parasitario: revisión a propósito de nuevos casos. Acta Luso-Esp Neurol Psychiatr. 1993; 21: 56-62.

15. Gross G, Huber G. Chronic tactile hallucinosis. A critical review. Neurol Psychiatry Brain Res. 1998; 5: 213-20.

16. Healy R, Taylor R, Dhoat S, Leschynska E, Bewley AP. Management of patients with delusional parasitosis in a joint dermatology liaison psychiatry clinic. Br J Dermatol. 2009; 161(1):197-9.

Correspondencia

Dr. José Alejandro Valdevila Figueira. Correo electrónico hildarosa39@yahoo.com