

Artículo original

Delirio de parasitosis. Comunicación de 4 casos

Larissa López Cepeda,* Sara Pérez Cortés,** Angélica Fernanda Rodas Espinoza,***
Martha Alejandra Morales Sánchez****

RESUMEN

El delirio de parasitosis se define como un trastorno psiquiátrico en donde el paciente tiene la convicción de estar infestado por parásitos. El paciente suele presentarse a la consulta con un frasco, caja de cerillos o pedazos de papel o plástico con fragmentos de piel, escamas y/o tabaco. El diagnóstico es clínico por parte del dermatólogo mientras que el tratamiento es psiquiátrico.

Palabras clave: Delirio, parasitosis, tratamiento psiquiátrico.

ABSTRACT

The delusions of parasitosis is defined as a psychiatric disorder where the patient is convinced of being infested by parasites. The patient usually comes to the doctor with a bottle, box, of matches or pieces of paper or plastic with fragments of skin, scales and/or tobacco. The diagnosis is made by the dermatologist while the treatment is psychiatric.

Key words: Delusions, parasitosis, psychiatric treatment.

INTRODUCCIÓN

El delirio de parasitosis se define como un trastorno psiquiátrico en donde el paciente tiene la convicción de estar infestado por parásitos.¹ Se considera una psicosis monosintomática que se puede asociar a esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, depresión y ansiedad. La incidencia es mayor en mujeres que en hombres, con una relación 2:1 entre los 50-55 años, y con mayor diferencia a medida que avanza la edad.² Es casi patognomónico de esta entidad que el paciente se presente a consulta con un frasco, una caja de ce-

rillos o un pedazo de papel o plástico con fragmentos de piel, principalmente escamas y/o tabaco, insistiendo que son los parásitos que tiene en la piel. A este signo se le conoce como la «caja de cerillos». El diagnóstico es clínico por parte del dermatólogo mientras que el tratamiento es psiquiátrico.

El objetivo de este artículo es presentar una serie de casos para reconocer el cuadro clínico y realizar una breve revisión del tratamiento de esta patología.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1

Paciente de sexo femenino de 56 años de edad que acudió por presentar una dermatosis de 2 meses de evolución. A la exploración física se encontró una dermatosis en la cara que afectaba ambas mejillas, bilateral y simétrica, constituida por excoriaciones, costras sanguíneas, manchas hipercrómicas de forma circular y cicatrices (*Figuras 1 y 2*). Al interrogatorio dirigido, la

* Dermatóloga.

** Jefa de la Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

*** Residente de 3^{er} año de Dermatología.

**** Residente de 4^o año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo también puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua/>

paciente insistió en que las lesiones aparecieron después de un viaje a Michoacán, en donde «se le metió un gusano en la cara». Durante la exploración física la paciente mostró un frasco con los «gusanos» que se extraía de la cara (*Figura 3*).



Figura 1. Excoriaciones en mejillas.



Figura 2. Excoriaciones, costras sanguíneas, manchas hiper-crómicas y cicatrices.



Figura 3. Frasco con fragmentos de piel, con los supuestos «gusanos» de la paciente.

Caso clínico 2

Paciente de sexo femenino de 63 años de edad que acudió por presentar una dermatosis de un año de evolución. A la exploración física se observó una dermatosis en cara diseminada en ambas mejillas y caras posteriores de brazos, bilateral y con tendencia a la simetría, constituida por excoriaciones, costras sanguíneas y manchas circulares hipocrómicas (*Figuras 4 a 6*). Al interrogatorio dirigido,



Figura 4. Afectación de mejillas en forma simétrica.



Figura 5. Excoriaciones, manchas hipocrómicas y costras sanguíneas.



Figura 7. Papel con fragmentos de piel que la paciente insistía en mostrar como «los animalitos» de su piel.



Figura 6. Excoriaciones en cara posterior de brazo derecho.

la paciente refería que las lesiones se debían a «unos animalitos» que tenía en la piel y que ella retiraba con sus uñas. Durante toda la consulta insistió en mostrar «los animalitos» envueltos en un papel (*Figura 7*).

Caso clínico 3

Paciente de sexo femenino de 36 años de edad, que acudió por presentar «comezón en el cuerpo y salida

de animales», de un año de evolución. Al interrogatorio, refiere que el padecimiento empezó tras el cambio de domicilio. Acudió con las recetas de tratamientos previos (retinoide tópico y loratadina) y muestras de los numerosos «animales» que ha logrado recopilar (*Figura 8*). A la exploración física se observó dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades de las que afectaba región malar, «v» del escote, brazos y piernas en cara anterior, bilateral y simétrica, constituida por múltiples excoriaciones y manchas hiperocrómicas de diversas formas y tamaños (*Figuras 9 a 11*).

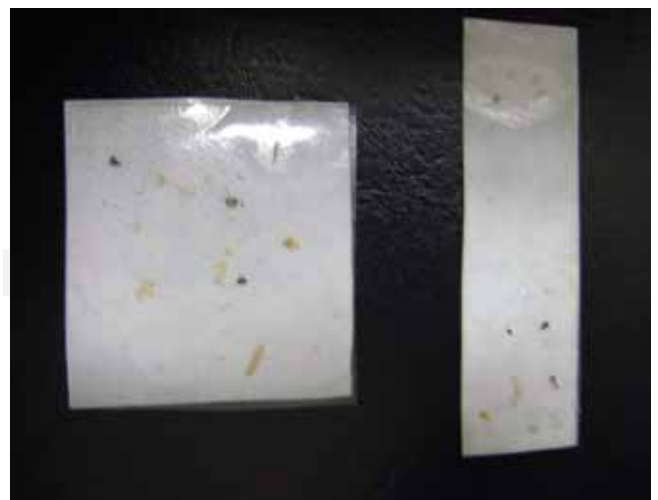


Figura 8. Residuos y escamas que la paciente mostró como los «animales» que tenía en la piel.



Figura 9. Excoriaciones y manchas hipercrómicas en mejilla izquierda.



Figura 10. Excoriaciones y manchas hipercrómicas en tórax posterior.

Caso clínico 4

Paciente de sexo femenino de 48 años de edad; se presentó a la consulta externa por dermatosis de un



Figura 11. Manchas hipercrómicas en cara anterior de pierna derecha.

año de evolución. Previamente había consultado a 4 dermatólogos, sin mejoría de la enfermedad, a pesar de numerosos tratamientos. Al interrogatorio dirigido, la paciente mencionó que las lesiones se debían a que tenía «animales muy pequeños» en la piel, que los anteriores especialistas no habían identificado, pero que ella extraía al rascarse la piel. A la exploración física, se observó una dermatosis diseminada en cara anterior de tórax, brazos y antebrazos, bilateral y simétrica, constituida por numerosas manchas hipercrómicas de forma circular, crónica y pruriginosa (*Figura 12*).

DISCUSIÓN

Se han utilizado diversos términos para denominar a este trastorno como «dermatofobia», «acarofobia», «parasitofobia», pero desde un punto de vista psicopatológico riguroso, ninguno es adecuado, ya que no existe ni fobia ni las conductas evitativas secundarias. Otros autores han hablado de «delirio de infestación» o «delirio de parasitosis».¹ Aunque existen menciones previas acerca de esta patología, es Ekblom en 1938 quien hace una descripción adecuada del cuadro, profundiza en la psicopatología del mismo y lo define como delirio dermatozoico.³ Recientemente, Walling y Swick sugirieron denominar a esta entidad disestesia pseudoparasitaria.⁴

Psicopatológicamente se trata de una idea delusiva de mecanismo alucinatorio táctil (alucinaciones hápticas) y visual (visión de parásitos que se deslizan sobre la piel), de una ocurrencia delirante primaria, o de una idea delusiva secundaria a intoxicación, demencia o



Figura 12. Manchas hipercrómicas de forma circular en cara posterior de brazo, a mayor acercamiento.

depresión. Se diferencian dos grandes grupos: uno ectoparasitario, en el que la invasión se circunscribe a la piel, y otro endoparasitario cuando abarca orificios u órganos internos, generalmente tubo digestivo. Algunas veces la paciente puede inducir su trastorno a la convivencia con un pariente o allegado, sea éste esposo o hijo y que desarrolla un trastorno semejante, que habitualmente desaparece o disminuye al ser separado de ella. A este fenómeno se le ha denominado «folie à deux» o «folie partagée» que quiere decir locura de dos o locura compartida.

Los pacientes con delirio de parasitosis son mujeres adultas y ancianas en su mayoría, con pocos contactos sociales o familiares, sin historia de enfermedades psiquiátricas y funciones cognitivas normales, como en los 4 casos presentados. En éstos, todas las pacientes presentan el cuadro clínico característico y cumplen con los criterios diagnósticos, tanto dermatológicos como desde el punto de vista psiquiátrico que enumeramos a continuación:⁵

1. Prurito con excoriaciones.⁶
2. Convicción delirante de ser infestada por parásitos cutáneos.
3. Lesiones autoprovocadas «para eliminarlos», con o sin mención de la misma.
4. Actitudes y conducta relacionadas con «la desaparición de los parásitos» y el temor «de contagiar a otros».
5. Falta de evidencia clínica de etiología orgánica o parasitológica. Es necesario descartar infestaciones como la escabiasis, pediculosis y miasis, así como

causas de prurito metabólico como: insuficiencia hepática, enfermedades tiroideas, insuficiencia renal, alteraciones neurológicas y neoplasias hematológicas.

A la exploración física, sólo se observan lesiones secundarias en la piel: excoriaciones, úlceras, costras hemáticas o sanguíneas, manchas hipercrómicas o hipocrómicas y numerosas cicatrices en topografías accesibles al rascado.

La mayoría de los enfermos acuden al médico con los patógenos imaginarios ficticios que ellos han capturado de su propia piel, en frascos, cajas o envueltos en plástico y papel, algunos intentan tomarles fotografías y los examinan utilizando lentes de aumento. Los patógenos imaginarios son descritos como animales, parásitos o insectos, como en los casos que presentamos, en donde tres de las pacientes acudieron a consulta con la «evidencia», y solicitando un estudio microscópico de los «parásitos».

El diagnóstico diferencial es con las siguientes entidades: escabiasis, dermatitis herpetiforme, linfoma, dermatitis por contacto, dermatitis por contacto aerotransportada y otras causas de prurito, entre otras.⁷ Es indispensable tomar en cuenta las enfermedades psiquiátricas que pueden simular un delirio de parasitosis como las alucinaciones en la esquizofrenia, depresión, delirio de parasitosis inducido por fármacos para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson.⁸

El abordaje de estos pacientes es difícil, ya que cualquier insinuación sobre la etiología psiquiátrica del trastorno es razón suficiente para que abandonen el seguimiento. Se sugiere que a pesar de tener la certeza del diagnóstico de delirio de parasitosis, se soliciten estudios de laboratorio adicionales para buscar otras causas de prurito y excluir infestaciones reales. El médico tratante debe ser empático y no cuestionar al enfermo sobre el delirio, informarle que no encontró infestaciones, pero que sabe que el paciente tiene esta percepción y comunicarle que esto se debe a una alteración del sistema nervioso central, para lo cual iniciará tratamiento con fármacos de acuerdo a las investigaciones más recientes. Es recomendable darle el diagnóstico de síndrome de Ekbom, en lugar de delirio de parasitosis, si el paciente insiste en saberlo, y no intentar referirlo al psiquiatra en la primera consulta.⁹

Además de tratar las lesiones en piel, el dermatólogo debe iniciar tratamiento con antihistamínicos orales para el prurito durante la primera visita, mientras se esperan los estudios de laboratorio adicionales para investigar otras causas de prurito o infestaciones reales. Las citas

deben ser cada dos semanas durante los primeros dos meses y el tratamiento antipsicótico debe iniciarlo el médico de primer contacto mucho antes de referir al paciente al psiquiatra y posteriormente debe ser manejado en conjunto.

Si el delirio de parasitosis es secundario a depresión mayor, el tratamiento es con antidepresivos: inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, de entre los cuales los de elección son el escitalopram y la sertralina.

No existe un tratamiento de elección en esta entidad.¹⁴ Inicialmente el tratamiento era a base de pimozida, a una dosis de 1 a 5 mg/día con incremento de la dosis cada cinco a siete días, con riesgo de presentar síndrome extrapiramidal,¹⁰ para lo cual se empleaban la benztropina o la difenhidramina.² Actualmente, el tratamiento de primera línea es con antipsicóticos atípicos como la olanzapina,¹¹ risperidona^{12,13} y amisulprida, o con uno de los típicos siguientes: haloperidol, sulpirida o ferfenazina. La risperidona se administra de 1-2 mg/día, mientras que la olanzapina a 2.5 mg/día, ambas con menor incidencia de efectos adversos extrapiramidales.

Los pacientes consultan a muchos médicos, desde dermatólogos hasta especialistas en enfermedades tropicales y entomólogos buscando ayuda.¹⁵ De hecho, la historia natural de este padecimiento es que los enfermos se rehúsan a iniciar un tratamiento farmacológico, e incluso no acuden con el psiquiatra cuando son referidos de forma temprana por el dermatólogo. La mayoría se pierden durante el seguimiento, al informarles que el origen de esta enfermedad es psiquiátrico, como en nuestros casos. Los que aceptan el tratamiento tienen buen pronóstico con remisión de las lesiones en piel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee CS. Delusions of parasitosis. *Dermatol Ther* 2008; 21: 2-7.
2. Ehsani AH, Toosi S, Mirshams SM, Arbabi M, Noormohammadpour P. Psychocutaneous disorders: an epidemiologic study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 945-947.
3. Zomer SF, Dewit RFE, Van Bronswijk JEHM, Navarro G, Van Vloten WA. Delusions of parasitosis. A psychiatric disorder to be treated by dermatologist. An analysis of 33 patients. *Br J Dermatol* 1998; 138: 1030-1032.
4. Walling HW, Swick BL. Psychocutaneous syndromes: a call for revised nomenclature. *Clin Exp Dermatol* 2007; 32: 317-319.
5. Koo J, Lee CS. Delusions of parasitosis. A dermatologist's guide to diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2001; 2: 285-290.
6. Assus O. Parasitosis delusional. *Folia Dermatológica Peruana* 1996; 17: 1-7.
7. Arenas R. *Atlas Dermatología, Diagnóstico y Tratamiento*, 3ª ed, México, 2005: 217-220.
8. Swick BL, Walling HW. Drug-induced delusions of parasitosis during treatment of Parkinson's disease. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 1086-1087.
9. Freudenmann RW, Lepping P. Delusional infestation. *Clin Microbiol Rev* 2009; 22: 690-732.
10. Van Vloten WA. Pimozide: use in dermatology. *Dermatol Online J* Mar 2003; 9: 3.
11. Meehan WJ, Badreshia S, Mackley CL. Successful treatment of delusions of parasitosis with olanzapine. *Arch Dermatol* 2006; 142: 352-5.
12. Elmer KB, George RM, Peterson K. Therapeutic update: use of risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 683-686.
13. Friedmann AC, Ekeowa-Anderson A, Taylor R, Bewley A. Delusional parasitosis presenting as folie à trois: successful treatment with risperidone. *Br J Dermatol* 2006; 155: 841-842.
14. Lepping P, Russell I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 198-205.
15. Gould WM, Gragg TM. Delusions of parasitosis. An approach to the problem. *Arch Dermatol* 1976; 112: 1745-1748.

Correspondencia:

Dra. Larissa D. López Cepeda.
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires,
Deleg. Cuauhtémoc.
06780 México, D. F.
Tel. 5519 6351