

Caso clínico

Síndrome de Ekbom. Comunicación de un caso

Miguel Ángel Cardona Hernández,* Alexandra Maza de Franco**

RESUMEN

El delirio de parasitosis es un padecimiento en el que el paciente tiene la convicción de estar infestado por parásitos. En algunos casos puede observarse incluso el signo clásico de la «caja de cerillos» en la cual, el paciente transporta en ese recipiente los parásitos que ha capturado. El diagnóstico es clínico por parte del dermatólogo, sin embargo, el tratamiento debe ser psiquiátrico.

Palabras clave: Delirio de parasitosis, convicción, infestación.

ABSTRACT

Delusions of parasitosis is a condition in which the patient is convinced of being infested by parasites. In some cases we can observe the classic sign of «the matchbox» in which, the patient carries the parasites he has captured in that container. The diagnosis is clinical and it's made by dermatologist however, the treatment is psychiatric.

Key words: *Delusions of parasitosis, conviction, infestation.*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ekbom, también llamado delirio de parasitosis, delirio por dermatozoos, delirio dermatozoico, delirio ectozoico, delirio de parásitos cutáneos o delirio cenestésico parasitario, es un trastorno psiquiátrico poco frecuente.^{1,2} En la actualidad, aún existen ciertas discrepancias en cuanto a su clasificación. Por ejemplo, en el *Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales* (DSM-IV) y dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) lo incluyen como parte de los «trastornos delirantes sin especificación».²

Fundamentalmente, el síndrome de Ekbom se caracteriza por la convicción que manifiesta una persona de estar infestada por insectos invisibles. Estos patógenos ocasionan prurito y el paciente acude al

médico básicamente para el tratamiento de lesiones por rascado.^{1,3}

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Inicialmente fue descrito por Thibierge en 1894, denominándolo en ese momento como «acarofobia». En 1896, Perrin sugirió que se utilizara el término «neurodermatitis parasitofóbica», y posteriormente Karl Axel Ekbom, en 1938 lo describió como «delirio involutivo o de la presenilidad», ya que se manifestaba con mayor frecuencia en adultos mayores.³

El término «delirio de parasitosis» ya como tal fue introducido en 1946 por Wilson y Miller. En la actualidad, se le conoce también con el epónimo de «síndrome de Ekbom».⁴

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia anual del delirio de parasitosis se estima en 80 casos por millón de habitantes, con una incidencia anual de 20 casos por millón.⁵ Éste predomina en el sexo femenino, y puede presentarse de forma aislada o formando parte de gran variedad de enfermedades.³

* Dermatólogo adscrito.

** Residente de tercer año.

CLASIFICACIÓN

Según Leeping y Freudenmann, se le puede clasificar en dos tipos:

Primario: Independiente de otras patologías médicas.

Secundario: Asociado con otro padecimiento como, por ejemplo, infecciones, enfermedades somáticas asociadas con prurito, trastornos neurológicos y psiquiátricos, así como por el uso de diferentes sustancias (**Cuadro I**).⁶

CUADRO CLÍNICO

El síndrome de Ekbom se manifiesta por la convicción delirante de una persona de estar infestado por insectos, larvas o gusanos, sin evidencia clínica de patología dermatológica (**Cuadro II**). En algunos casos se observa de forma característica el signo de «la caja de cerillos», descrito en 1983 por Lyell, el cual consiste en que el paciente señala haber capturado al parásito y lo trae consigo para mostrarlo en dicho recipiente.³

CUADRO I. CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA DEL SÍNDROME DE EKBOM.

- I. Primario
 - A. Sin causa orgánica o psiquiátrica
- II. Secundario
 - A. Causa orgánica
 1. Infecciones
 2. Enfermedades asociadas a prurito: diabetes mellitus, uremia, ictericia
 3. Deficiencia vitamina B12 o ácido fólico
 4. Falla cardíaca, arritmias
 5. Meningitis, sífilis, encefalitis, lepra, tuberculosis, VIH
 6. LES, artritis reumatoide
 7. Demencia vascular, esclerosis múltiple, eventos cerebrovasculares, tumores, traumatismos
 - B. Uso de sustancias
 1. Cocaína, anfetaminas
 2. Corticoesteroides, ciprofloxacina, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), captopril, bleomicina, clonidina
 - C. Psiquiátrica
 1. Esquizofrenia
 2. Trastornos del ánimo
 3. Ansiedad

Adaptado de Barone Y, Niolu C, Zanasi M et al. Ekbom syndrome treated with olanzapine: a case report. *Psychopathology*. 2014;20:66-68.

Los síntomas iniciales son parestesias, prurito, sensación de ardor, de picaduras o de mordeduras, también sufren alucinaciones visuales o táctiles.⁷

Por esta razón, el paciente acude inicialmente al servicio de dermatología u otra especialidad (muy raramente es atendido de primera instancia por psiquiatría). Entre 15 y 40% de los pacientes desarrolla un trastorno psicopático compartido (llamado «*folie à deux*»), en donde las personas que conviven con el enfermo comparten la creencia falsa del individuo afectado.^{2,8}

DIAGNÓSTICO

Primero se debe descartar la presencia de una infestación real, y posteriormente las causas médicas ya señaladas. El diagnóstico se basa en los siguientes elementos: prurito con presencia de escoriaciones, lesiones autoprovocadas, convicción delirante de ser infectado por parásitos cutáneos y alucinaciones táctiles o visuales del contenido parasitario.⁹

Diagnóstico diferencial

Se realiza principalmente con escabiasis, pediculosis, dermatitis herpetiforme, algunos linfomas y dermatitis por

CUADRO II. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE EKBOM.

- Percibe infección por insectos invisibles
- Predomina en sexo femenino
- Predomina edad media o adultos mayores
- Utiliza objetos afilados para extraer los insectos de la piel
- Utilizan diversas sustancias para matar a los insectos
- Están convencidos de que su ambiente está contaminado (ropa, casa, vehículo)
- Limpian excesivamente su casa, tiran sus pertenencias
- Abandonan su casa o su trabajo
- Están dispuestos a proporcionar muestras
- Pueden proporcionar descripciones detalladas de los insectos, su comportamiento, su ciclo de vida
- Padecen de insomnio
- Aislamiento social
- Ideas paranoides y de persecución
- Infección persistente por años
- Consultan a múltiples médicos
- Puede estar precedido por un evento importante en su vida

Adaptado de Hinkle NC. Ekbom syndrome: a delusional condition of "bugs in the skin". *Curr Psychiatry Rep*. 2011.

contacto.⁹ También debe diferenciarse de otros padecimientos psiquiátricos como los estados paranoides, la esquizofrenia, el trastorno obsesivo compulsivo, la depresión mayor y el trastorno bipolar; o bien, neurológicos, como alteraciones vasculares cerebrales, neoplasias, hipovitaminosis, demencia, o adicción a estupefacientes o alcohol.¹⁰

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es la administración de antipsicóticos. La Pimozida, a dosis de 1-5 mg/día, es el medicamento de elección y, aunque es posible que dosis mayores sean más beneficiosas para el tratamiento de este padecimiento, debido a sus efectos adversos (extrapiramidalismo, prolongación del segmento QT, interacciones medicamentosas) se utiliza con reserva.^{3,11}

Actualmente se recomienda el empleo de olanzapina, a dosis de 5 mg/día. Su utilización es más segura por su menor incidencia de efectos adversos. También se emplean risperidona, quetiapina y amisulprida.^{9,11} Sin embargo, el mayor problema que enfrentan tanto los servicios de psiquiatría como el de dermatología no es la respuesta al tratamiento, sino el apego y el cumplimiento de éste.¹⁰

El manejo dermatológico es conservador, mejorando el estado de la piel en general, tratando de eliminar el

prurito y secando las lesiones activas. Hasta un 78% de los casos evolucionan favorablemente, por lo que los pacientes deben ser diagnosticados correctamente y tratados a la mayor brevedad.¹¹

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente del sexo masculino, de 73 años de edad, originario de Chiapas y residente del Distrito Federal, actualmente jubilado. Acudió a nuestro Centro por presentar una dermatosis localizada en la cabeza, de la que afectaba piel cabelluda y la cara a nivel de la región frontal. De aspecto monomorfo, constituida por numerosas manchas hipocrómicas residuales, algunas escoriaciones y cicatrices atróficas (**Figuras 1 y 2**). De evolución crónica y pruriginosa.

Refirió seis meses de evolución, con «ataque de animales de día y de noche», los cuales le mordían, ocasionándole comezón, pero sin dejar huella. Señala haberlos atrapado y colocado en un frasco de plástico el cual nos muestra, en el que sólo pudimos observar que contenía formol, restos de algodón y pelusa (**Figuras 3 y 4**).

Al interrogatorio refirió que su esposa y su hija también presentaban los mismos síntomas desde hacía un mes. Consultó con médico particular, quien prescribió benzoato de bencilo en una sola aplicación. Por iniciativa propia lo aplicó de forma diaria por una semana sin notar mejoría. Por falta de respuesta decidió acudir a esta unidad.

Cuenta con antecedentes personales patológicos de haber padecido cáncer de próstata diagnosticado en



Figura 1. Dermatitis localizada en la cabeza, la cual, afectaba el cuero cabelludo y la región frontal del rostro.



Figura 2. Cicatrices atróficas, manchas hipocrómicas y escoriaciones.



Figura 3. Frasco de plástico que llevó el paciente a la consulta.

2010, tratado con resección quirúrgica y actualmente en tratamiento con bicalutamida y goserelina. Entre sus antecedentes personales no patológicos refirió etilismo ocasional.

Con los datos obtenidos en la historia clínica y los hallazgos del examen físico, se integró el diagnóstico de síndrome de Ekbom o delirio de parasitosis, dado que no se detectó algún otro padecimiento psiquiátrico, neurológico o causa dermatológica. Se le envió al Servicio de Psiquiatría, por la necesidad de complementar el tratamiento. El manejo dermatológico consistió únicamente en el uso de cremas emolientes y fotoprotectoras.

El tratamiento indicado por psiquiatría fue a base de paroxetina 20 mg diarios para el paciente, junto con sesiones de terapia conductual y cognitiva para él y sus familiares. Hasta la fecha continúa en vigilancia, con buena respuesta al tratamiento conjunto.

COMENTARIO

Se comunica este caso con la finalidad de recordar las bases necesarias para reconocer oportunamente el cuadro clínico del síndrome de Ekbom, y poder canalizar al servicio correspondiente e iniciar el tratamiento más adecuado. Asimismo, es necesario indagar si existen patologías asociadas, ya sean psiquiátricas u orgánicas.



Figura 4. Frasco que contenía formol, restos de algodón y pelusas.

En el caso que nos ocupa, es notorio el hecho de que los familiares cercanos al paciente ya referían los mismos síntomas, presentando el clásico *folie à deux* mencionado en la literatura. Además, podemos inferir que el factor desencadenante en este caso fue el diagnóstico de cáncer de próstata.

En general, los pacientes que aceptan tratamiento tienen buena evolución e incluso se curan. Por otro lado, también es importante desarrollar empatía con ellos, para poder asegurar un seguimiento adecuado y hacer que se adhieran al tratamiento establecido, de lo contrario, pueden seguir consultando con otros médicos sin obtener un diagnóstico o tratamiento adecuados, inclusive por años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barone Y, Niolu C, Zanasi M et al. Ekbom syndrome treated with olanzapine: A case report. *Psychopatology*. 2014; 20: 66-68.
2. Valdevila Figueroa JA, Laguna Salvia L. Presentación de un caso de síndrome de Ekbom. *CCM*. 2012; 16 (2): 1560-1581.
3. Zamora RFJ, Benítez VC, Calderón LP et al. Un caso de síndrome de Ekbom. *Psiqu Biol*. 2011; 18 (1): 42-44.
4. Moreno VK, Ponce ORM, Narváez RV et al. Síndrome de Ekbom. *Derm Rev Mex*. 2007; 51: 51-56.
5. Trabert W. 100 Jahre Dermatozoenwahn (100 years of delusional parasitosis). *Medizinische Welt*. 1997; 48: 33-37.
6. Lepping P, Rusell I, Freudenmann RN. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2007; 191: 198-205.

7. Hinkle NC. Ekbom syndrome: A delusional condition of "bugs in the skin". *Curr Psychiatry Rep.* 2011; 13 (3): 178-186. doi: 10.1007/s11920-011-0188-0.
8. Daniel E, Srinivasan TN. Folie à famille: delusional parasitosis affecting all the members of a family. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2004; 70 (5): 296-297.
9. López CL, Pérez CS, Rodas EA et al. Delirio de parasitosis: comunicación de 4 casos. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2010; 19 (1): 5-10.
10. Alonzo RL, Fernández BR, Campos FM et al. Delirio de parasitosis. *Dermatología Rev Mex.* 2008; 52 (6): 263-267.
11. Rodríguez CC, Telmo PJ, Arenas R. El síndrome de Ekbom: un trastorno entre la dermatología y la psiquiatría. *Rev Colomb Psiquiat.* 2010; 39 (2): 440-447.

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Cardona Hernández
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Del. Cuauhtémoc,
06780, México, D.F.
Tel. 55 19 63 51
E-mail: drmiguelcardona08@gmail.com