



Síndrome de Ekbom (delirio de parasitos). Un vínculo entre dermatología y psiquiatría

Ekbom's syndrome (delirium of parasitosis). A link between dermatology and psychiatry

Lourdes Alonzo-Romero y Pareyón,* María del Mar Campos-Fernández,‡
Lourdes Espinosa-Alonso Romero,‡ Rosalía Fernández-y de la Borbolla,§
Valeria Sandoval-Martínez||

RESUMEN

El síndrome de Ekbom es un padecimiento relativamente infrecuente en la consulta dermatológica. Constituye un trastorno psiquiátrico primario, en el cual el paciente desarrolla ideas delirantes acerca de estar infectado por insectos, gusanos o piojos que habitan y dañan su piel. Este padecimiento tiene excelente pronóstico en la mayoría de los casos, siempre y cuando sea manejado de forma conjunta con el servicio de psiquiatría. Para su tratamiento está indicado el uso de antipsicóticos. En este artículo comunicamos el caso de una mujer de 53 años con síndrome de Ekbom.

Palabras clave: delirio, parásitos, dermatozoos, síndrome de Ekbom.

ABSTRACT

Ekbom syndrome is a relatively infrequent diagnosis in the dermatology clinic. It is a primary psychiatric disorder in which the patient believes is infested by insects, worms or lice that live and constantly damage their skin. This condition in the majority of patients has an excellent prognosis when treated promptly by a psychiatrist in which there is an indication to use antipsychotic drugs. In this article we report the case of a 53 old female patient with Ekbom syndrome.

Keywords: delirium, parasites, dermatozoa, Ekbom syndrome.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ekbom, también conocido como delirio de parasitos (DP), es un padecimiento psiquiátrico infrecuente, con prevalencia estimada de 80 casos por millón de habitantes. En este padecimiento el paciente desarrolla una idea delirante y fija sobre estar infectado por parásitos, insectos o cualquier otro microorganismo, a pesar de evidencia médica que lo refuta.¹ Éste se puede acompañar de alucinaciones táctiles o visuales que llevan al paciente a realizar excoriaciones y laceraciones en su piel con el fin de «erradicarlos».¹ Esto

genera una importante disfunción durante la vida diaria y el ámbito social y laboral.²

Fue descrita inicialmente en 1894 y, después, en 1938, el neurólogo Karl Ekbom, le denominó «delirio dermatozoico». En la actualidad está incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5a edición (DSM-V) dentro de los «trastornos delirantes sin especificación».³

Puede presentarse como un trastorno primario, o secundario a otros trastornos del estado de ánimo,¹ como en el caso que presentamos en esta publicación.

* Dermatóloga.

† Dermatóloga egresada.

§ Médico Psiquiatra, Maestro en Neurociencias.

|| Residente del segundo año de Dermatología.

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

Citar como: Alonzo-Romero y Pareyón L, Campos-Fernández MM, Espinosa-Alonso Romero L, Fernández-y de la Borbolla R, Sandoval-Martínez V. Síndrome de Ekbom (delirio de parasitos). Un vínculo entre dermatología y psiquiatría. Rev Cent Dermatol Pascua. 2024; 33 (2): 51-56. <https://dx.doi.org/10.35366/120583>



CLASIFICACIÓN

La clasificación se divide en dos grandes grupos: el síndrome como un trastorno primario, cuando no existe ninguna causa orgánica que lo justifique, y el delirio es monotemático, o como un trastorno secundario.³

Los síndromes de Ekbom secundarios se dividen en tres:

1. Orgánico: cuando existe una enfermedad que genera cambios biológicos en tejidos y órganos; lo más común son enfermedades neurológicas subyacentes. Aquí se incluye a la deficiencia de vitamina B12 y ácido fólico.
2. Psiquiátrico: por trastornos psiquiátricos subyacentes, comúnmente trastorno de ansiedad generalizado, trastorno depresivo mayor y esquizofrenia.²
3. Psicosis inducida por sustancias: anfetaminas, cocaína, opioides, cannabis, éxtasis, alcohol, corticoesteroides, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), captoril, clonidina, ciprofloxacino y bleomicina.²

Otra clasificación propuesta se basa en el nivel de la afección según la idea delirante, y se divide en endoparasitaria, cuando los patógenos se sienten dentro del cuerpo, ectoparasitaria, cuando se sienten sobre la piel o mixta.³

CUADRO CLÍNICO

Este síndrome se clasifica en el DSM-V dentro de los trastornos delirantes de tipo somático, en donde se describe que debe haber ideas delirantes y fijas de que el paciente presenta una infección de uno o más patógenos (virus, bacterias, parasitosis) por más de un mes.²

El paciente debe cumplir dos criterios adicionales: la convicción de estar infestado persiste a pesar de evidencia médica de lo contrario, y debe haber sensaciones cutáneas anormales asociadas con esta creencia, que pueden ser alucinaciones táctiles o parestesias.²

Los pacientes pueden acudir por excoriaciones, hematomas, erosiones, laceraciones u otro tipo de lesiones autoinflictedas que ocurren por intentos de «erradicar y quitar los parásitos».⁴

Además, pueden desarrollar conductas especiales, como limpieza obsesiva de la piel, aplicación de substancias abrasivas o cáusticas e incluso conductas como rasurado o depilado completo del cuerpo.⁴

Los pacientes con este síndrome con frecuencia exhiben una conducta común y muy característica al

traer muestras del material que han recolectado de su piel como «prueba de la infestación».⁵ A esta conducta comúnmente se le conoce como «signo de la bolsa de Ziploc» o «signo del espécimen».⁵

El delirio de parasitosis también se puede manifestar como un desorden psicótico compartido llamado «*folie à deux*» o «*folie à trois*». En este escenario, los miembros que viven con el paciente también comparten las ideas delirantes de estar infestados por parásitos. Al sujeto que sufre inicialmente el DP se le llama «inductor» o «caso primario».²

PATOGÉNESIS

Estudios recientes proponen la hipótesis de un desbalance dopamínérigo como posible mecanismo etiopatológico. Ésta es una alteración frecuentemente vista en otros desórdenes delirantes y psicóticos.²

Los estudios realizados proponen una teoría basada en la disminución en el bloqueo de DAT (transportador de dopamina), que es una proteína presináptica encargada de mantener niveles apropiados de dopamina en el espacio presináptico. Se ha visto que sus funciones se encuentran alteradas con la edad debido a disminución en los estrógenos generando así niveles elevados de dopamina que, como consecuencia, generan alteraciones en la percepción, en el pensamiento, alucinaciones táctiles e ideas delirantes.²

Aunque la causa exacta de este padecimiento no ha sido determinada, se han descrito ciertos factores de riesgo dependiendo del tipo de delirio (primario o secundario).²

Entre los factores de riesgo más comunes se encuentran los problemas socioeconómicos, ser divorciado, tener un estilo de vida estresante, sexo femenino, edad avanzada (por su asociación con la atrofia cortical y la encefalopatía vascular), aislamiento social y comorbilidad con algún otro trastorno psiquiátrico hasta en el 80% de los casos.⁵

Algunos pacientes presentan este síndrome secundario a ingesta de medicamentos, por lo cual es importante interrogar el inicio de nuevos fármacos. Entre ellos se incluyen los corticoesteroides, opiáceos, benzodiacepinas, ketoconazol, fluoroquinolonas, topiramato y pramipexol.²

DIAGNÓSTICO

El delirio de parasitosis es esencialmente un diagnóstico de exclusión. Para hacer el diagnóstico se deben cumplir

los criterios clínicos y éstos deben tener al menos un mes de duración.⁶

En su abordaje, siempre se deben descartar afecciones orgánicas como neuropatías u otras enfermedades que generen disestesias, parestesias o prurito, e infecciones verdaderas como causas de los síntomas del paciente. En caso de ser necesario se pueden pedir estudios de laboratorio o microbiología.⁴

También se debe incluir un interrogatorio minucioso acerca de medicamentos y/o posibles drogas recreativas que utilice el paciente para clasificar correctamente si se trata de un síndrome primario o secundario.⁶ El abuso de sustancias se asocia frecuentemente con delirios de parasitosis, en especial la cocaína y las metanfetaminas.

Las biopsias de piel se utilizan para casos muy limitados. La cooperación multidisciplinaria entre las diferentes especialidades es importante para llegar a un diagnóstico definitivo lo más pronto posible.⁴

TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento, se recomienda iniciar con una relación médico-paciente sólida en donde se establezca un vínculo de confianza, evitando contradecir abiertamente el delirio y validando siempre la ansiedad asociada.⁷

Los medicamentos de elección son los antipsicóticos. Se encuentran reportes de mejoría con clozapina, olanzapina, risperidona, haloperidol y amisulprida, y de éstos, la risperidona es considerada por algunos auto-



Figura 1: Aspecto general de la dermatosis en su consulta inicial.

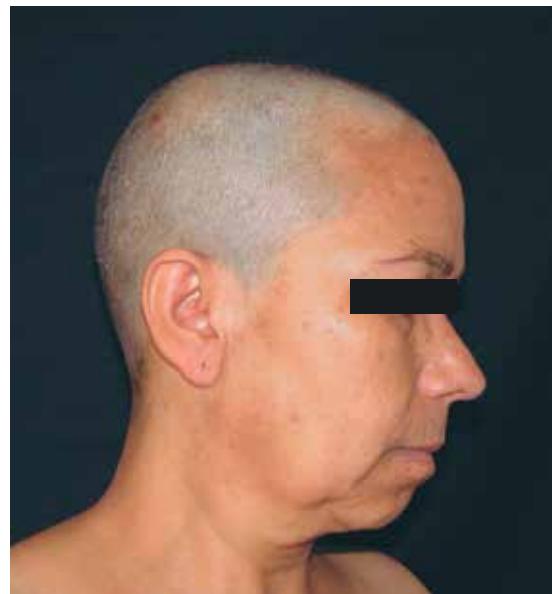


Figura 2: Excoriaciones y rasurado de la piel cabelluda.

res, la primera línea de tratamiento para los delirios de parasitosis.⁶ Se recomienda mantener el tratamiento 2-6 meses luego de la remisión de los síntomas.⁷

Hasta 50% de los casos puede resolverse de forma total si se inicia con un medicamento psicotrópico de forma temprana. Si no se trata en forma oportuna, el síndrome se puede volver resistente a medidas y tratamientos posteriores.⁸ La labor del dermatólogo incluye orientar al paciente a una valoración y tratamiento psiquiátrico y tratar las complicaciones secundarias que pueden incluir alopecia tracial, celulitis, equimosis, excoriaciones, dermatitis de contacto y cicatrices.⁸ No debemos estigmatizar a los pacientes y debemos asegurarnos de que no haya otros miembros de la familia afectados.⁹

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 53 años de edad, originaria del estado de Michoacán y residente de la Ciudad de México, quien acude a consulta por presentar una dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades superiores, de los que afecta piel cabelluda, tórax posterior, abdomen y la superficie extensora de las extremidades. Dicha dermatosis es bilateral y simétrica, constituida por manchas hiperpigmentadas, costras sanguíneas, excoriaciones y algunas cicatrices eutróficas que asientan sobre piel muy xerótica (**Figuras 1 a 4**).

La paciente refiere que desde hace dos meses presenta prurito intenso y «granitos», que al exprimirlos permiten la salida de pequeñas «larvas» que ella recoge del suelo, en diversos sitios de su casa (**Figura 5**).

Se inició tratamiento con lubricación, sustituto de jabón, champú suave y una amplia explicación. Sin embargo, dos semanas posteriores a la consulta, la paciente acude presentando actitud agresiva, irritable, se ha rapado la cabeza y presenta una hoja de envío de su médico general donde se solicita tratamiento para «larva migrans», por lo que ésta exige se le dé el ma-



Figura 3: Acercamiento de las excoriaciones de piel cabelluda.



Figura 4: Excoriaciones y manchas residuales en cara anterior de tronco, así como vello púbico rasurado.



Figura 5: Frasco con gusanos con el que acudió la paciente a consulta.

nejo adecuado para curar su infección. En esta ocasión la paciente trae consigo una cajita, en la cual guarda cuatro gusanos que, a decir de la paciente, salieron de su piel cabelluda.

Se le indica lubricación y se le explica que los gusanos se van a enviar a analizar por un especialista. Se solicita que acuda al centro con un familiar.

En la siguiente consulta la paciente se presenta en compañía de su esposo quien, al ser interrogado sobre la conducta de la paciente, nos refiere que a raíz de que su hija ya no vive con ellos, ha estado «rara», la nota triste y ausente, y se «lesiona y rasca» la piel todo el día. Se le explica ampliamente la necesidad de acudir a consulta de psiquiatría para un manejo óptimo.

La paciente se presenta a la consulta psiquiátrica en donde se le efectúa un minucioso examen mental, encontrándose con bajo estado de ánimo, rasgos de ansiedad e histriónismo. Todas las funciones mentales superiores (pensamiento, lenguaje, memoria) se encontraron íntegras, exceptuando la sensopercepción, cuya única alteración consistía en una estructura delirante consistente con un «delirio de dermatozoos o síndrome de Ekbom» típico. Por lo cual, se integraron los siguientes diagnósticos: delirio de parasitos secundario a trastorno depresivo mayor, el cual reunía todos los criterios del DSM-V para su diagnóstico, y trastorno de la personalidad histriónico.

El manejo psiquiátrico consistió en valproato de magnesio 400 mg por día, debido a su efecto modulador en trastornos de tipo afectivo, risperidona 2 mg por día como antipsicótico y paroxetina 20 mg/día para el manejo del trastorno depresivo mayor.

La paciente acude a seguimiento, dos meses después, actualmente en manejo con carbamazepina, risperidona y paroxetina en dosis bajas, con un esquema de aumento de dosis progresivo para disminuir el riesgo de efectos adversos, lo cual podría llevar a que la paciente suspendiera su medicación.

Con respecto a la sintomatología cutánea, refiere notable mejoría, haciendo uso de los emolientes indicados, con lo cual ha remitido el prurito.

En una cita cinco meses después de su consulta inicial, presenta únicamente manchas residuales, con un notable cambio en el estado de ánimo (**Figuras 6 y 7**). Refiere que continuará su seguimiento en el servicio de psiquiatría de su centro de salud. Durante el interrogatorio notamos que ya no menciona ideas delirantes sobre parasitosis.

CONCLUSIÓN

El delirio de parasitosis se puede presentar como único síntoma de un desorden psiquiátrico o se puede asociar a un padecimiento psiquiátrico subyacente. En el caso motivo de esta publicación, el DP se desarrolló en forma secundaria a un trastorno afectivo mayor de tipo depresivo de más de seis meses de duración, aunado a un trastorno de la personalidad histriónico.

Sabemos que en general el dermatólogo tiene la impresión de que estos pacientes son portadores



Figura 7: Recrecimiento del pelo previamente rapado y piel sin presencia de excoriaciones.

de una grave alteración mental, que tiende a la cronicidad y que es de mal pronóstico; sin embargo, consideramos de suma importancia señalar que la gama de pacientes con esta afección es muy amplia, y que hasta 78% evolucionan en forma satisfactoria, por lo que siempre deben ser enviados a valoración psiquiátrica al momento de hacerse el diagnóstico clínico inicial.

REFERENCIAS



Figura 6: Facies de la paciente posterior al tratamiento psiquiátrico.

1. Dipp Vargas C, Salgado Siles S, Nilss Mendoza Lopez Videla J, Burgoa Seaone M. Delirio de parasitosis o síndrome de Ekbom. *Rev Med (La Paz)*. 2020; 26: 46-49.
2. Mindru FM, Radu AF, Bumbu AG, Radu A, Bungau SG. Insights into the medical evaluation of Ekbom syndrome: an overview. *Int J Mol Sci*. 2024; 25: 2151.
3. García Tercero E, Landaluce Pelligra V, Alonso Seco M, Porta González LA. Síndrome de Ekbom: reporte de un caso en un paciente anciano. *Rev Clin Med Fam*. 2020; 13: 81-84.
4. Reich A, Kwiatkowska D, Pacan P. Delusions of parasitosis: an update. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2019; 9: 631-638. doi: 10.1007/s13555-019-00324-3.
5. Alhendi F, Burahmah A. Delusional parasitosis or morgellons disease: a case of an overlap syndrome. *Case Rep Dent*. 2023; 2023: 3268220. doi: 10.1155/2023/3268220.
6. Laidler N. Delusions of parasitosis: a brief review of the literature and pathway for diagnosis and treatment. *Dermatol Online J*. 2018; 24: 13030/qt1fh739nx.
7. Muñoz H, Bayona L. Síndrome de Ekbom: a propósito de un caso. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015; 44: 61-65.

8. Lutfi AM. Ekbom syndrome, an evidence based review of literature. *Asian J Med Sci.* 2016; 7: 1-8. doi: 10.3126/ajms.v7i3.13878.
9. Orsolini L, Gentilotti A, Giordani M, Volpe U. Historical and clinical considerations on Ekbom's syndrome. *Int Rev Psychiatry.* 2020; 32: 424-436. doi: 10.1080/09540261.2020.1757306.

*Correspondencia:***Dra. Lourdes Alonso-Romero y Pareyón**

Dr. Vértiz 464, esq. Eje 3 Sur,

Col. Buenos Aires, 06780,

Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.

Tel: 55 5519-6351

E-mail: lalonzo.revistaderma@gmail.com