

Síndrome de Ekbom

Ekbom's Syndrome

Jeannee Interiano*, Elena N. Reyes**

* Residente de Primer Año del Postgrado de Psiquiatría de Honduras

** Médico Psiquiatra

Resumen

La parasitosis delirante es un trastorno inusual que afecta principalmente a pacientes de la tercera edad, con condiciones médicas subyacentes. Presentándose como la creencia rígida de ser infestados por parásitos, bichos y bacterias entre otros. Esta enfermedad resulta un reto ya que el paciente se rehúsa a buscar asistencia psiquiátrica, y es importante lograr alianza terapéutica, para obtener la mejoría sintomática de nuestros pacientes.

Palabras Clave: Ekbom, parasitosis delirante, infestación

Abstract

Delusional parasitosis is an unusual disorder that affects in majority elderly patients, with underlying medical conditions. Presenting itself as a rigid belief of being infested by parasites, vermin and bacterias, among others. This disorder turns into a challenge because the patient refuses to get psychiatric help, and it's important to create a therapeutic bond to obtain better symptomatic outcomes.

Key words: Ekbom, delusional parasitosis, infestation

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 76 años, mestizo, casado, católico, alfabeto (primaria incompleta), sin ocupación actual, procedente del Distrito Central, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada hace 32 años, siendo manejada con Insulina NPH 20 U am y 10 U pm; Retinopatía diabética y neuropatía diagnosticada hace 4 años que acude a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza (HPMM) con

historia de 3 años de evolución de presentar sensación de gusanos y parásitos por todo el cuerpo, refiere el cuadro inicio como un pequeño “grano” en el tobillo izquierdo, del cual migraron pequeñas “garrapatas” a lo largo de la pierna y muslo, sintiendo como estas ponían huevecillos a lo largo de la zona epidérmica del miembro inferior izquierdo. Al año de presentar este cuadro paciente refiere las “garrapatas” migraron hacia la cabeza sintiendo como se movían y se reproducían en su cuero cabelludo, razón por

la cual fue referido del centro de Diabético donde mantenía sus controles metabólicos, a la Consulta Externa del HPMM. Al evaluarlo en su primera cita en el 2014 paciente refirió de manera concomitante un cuadro de tristeza, refiriendo que ya no podía hacer muchas de sus actividades debido a que presentaba problemas de disminución de la agudeza visual secundarios a la progresión de su retinopatía diabética y la presencia de glaucoma bilateral, ideas de minusvalía, ideas de muerte, además de la sensación persistente de “garrapatas y gusanos” caminándole por la piel por lo que se le inicia Sertralina 50 mg y Olanzapina 5 mg HS. Mejorando por completo de los síntomas afectivos 6 meses después de iniciado el tratamiento con antidepressivo VO, sin embargo sensación de parestesia, prurito intenso y presencia de “garrapatas, animalitos y gusanos” persistía y empeoraba por lo que se le aumento dosis de Olanzapina a 20 mg HS. Diez meses después del aumento de dosis de antipsicótico atípico comienza a presentar temblor fino de extremidades, acompañado de movimientos involuntarios orolinguales, se omite antipsicótico VO y se remite a neurología por cuadro de discinesia tardía, iniciando manejo con amantadina 100 BID. Actualmente refiere que su cuadro de infestación ha empeorado, describe que tiene hileras de huevecillos formando cintas por todo el tórax, de estas salen los gusanos que se arrastran por debajo de la piel y posteriormente salen por la piel, que tienen cabeza redonda y al salir de la piel comienzan pequeños pero se van estirando a medida salen y se adhieren a la piel, lo que hace que cueste sacarlos del cuerpo, razón por la cual presenta múltiples cicatrices y laceraciones en tórax y brazos, secundario a que lograba sacar “los animalitos y gusanos” de la piel. Refiere también siente la presencia de huevecillos en los ojos, y que son la presencia de estos “animalitos” los que también imposibilitan su capacidad de ver. El tipo de “animalito” que tiene en la piel y ojos son “garrapatas de cuerpo plano”. Siente estas

“garrapatas” también por todo el cuerpo y refiere que en extremidades estas hacennidos de huevecillos, que se sienten rugosos por sobre la piel y como “pelotitas”. Estos lo molestan más durante la noche y lo pican más en la espalda por lo que le presenta insomnio de conciliación, refiere que las sensaciones de estos “animalitos” caminando por todo el cuerpo se exacerban con el calor, y que en ocasiones utiliza limón por todo el cuerpo para atenuar un poco la molestia que le causan, pero que no logra calmarlos mucho. Se siente desesperado ya que nadie le cree, y cuando acude donde los médicos estos no le revisan y no comprueban que las “garrapatas, gusanos y animalitos” están ahí. Refiere que le comenta a la esposa de la presencia de estos y que se los saca y los siente entre los dedos, mostrándoselos, pero que la esposa le dice que no tiene nada. Por lo que siente que su enfermedad no tiene cura y no mejorará.

Al examen mental es un paciente masculino cursando la octava década de la vida, cuya edad real concuerda con aparente, biotipo mesomórfico, viste ropa de su propiedad, regular higiene personal, buen estado nutricional, sentado en silla de su casa de habitación, colaborador durante la entrevista. Consciente, atento, orientado, sin alteración en la abstracción, con memoria episódica, semántica, de trabajo y procedimental conservada, afirmando alucinaciones táctiles. Permanece sentado durante la entrevista, hace contacto visual, con presencia de movimientos orolinguales involuntarios, así como de temblor fino de extremidades superiores. Eutímico, con resonancia afectiva. Con presencia de ideas delirantes de infestación, hipocondriacas. Con Comprensión de que la enfermedad se debe a algo desconocido, juicio inadecuado. Funciones Corticales Superiores sin alteraciones y un puntaje en el MOCA BLIND de 20/22.

INTRODUCCIÓN

La parasitosis delirante es un tipo de psicosis hipocondriacal monosintomática, caracterizada por una ideación delirante monosintomática fijada en una simple preocupación en donde el paciente percibe esta como la causa de una condición médica seria.¹ Esta condición es caracterizada por una creencia fijada del paciente de que su piel y cuerpo (y raramente su ambiente cercano personal) está infestado por pequeños, patógenos vivos (menos frecuente inanimados), a pesar de que no hay evidencia médica o microbiológica de esto. La mayoría, pero no todos los pacientes culpan estos patógenos de causar varias sensaciones táctiles y prurito. Como una consecuencia lógica de su creencia, estos pacientes psiquiátricos usualmente consultan a médicos generales, dermatólogos y microbiólogos, pero están renuentes a ver psiquiatras.²

HISTORIA

La descripción inicial de pacientes con esta enfermedad fue por Thibierge en 1894 con el nombre de “*les acarophobes*”, en donde tenían la falsa convicción de que tenían escabiosis, a pesar de que algunos de ellos nunca lo tuvieron y otros fueron curados. Durante los años siguientes años fueron utilizados acrónimos incluyendo “*dermatozoenwahn*” (Síndrome de Ekbom)³ Adoptando ese nombre debido a Karl Alex Ekbom, neurólogo sueco quien en 1938 lo caracterizo y denominó “delirio presenil parasitario dermatozoico”. Posteriormente Wilser y Miller acuñaron en 1946 el término “delirio de parasitosis”.⁴ Sin embargo, en el 2009, los Drs Freudemann y Lepping propusieron renombrar esta condición a

Delirios de Infestación, ya que este término abarca también pacientes que se quejan de infestación por parásitos y por otros patógenos animados e inanimados.⁵

EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos psicocutáneos son más comunes en mujeres, sin embargo, la parasitosis delirante afecta ambos sexos de forma igualitaria debajo de los 50 años de edad. La edad de inicio ocurre en rangos de los 55 a los 68 años, con una tasa de masculino-femenino de 1:3. Sin embargo, la parasitosis delirante primaria puede ocurrir en adolescentes o en aquellos cuyo grupo de edad se encuentra entre los 20-40 años as que todo debido a uso de drogas recreacionales que pueden desencadenar o causar la parasitosis delirante. La duración promedio de la enfermedad es de 3 años, pero puede durar décadas. No hay predilecciones particulares de nivel socioeconómico o racial, pero, la demografía social puede ser un factor. Muchos pacientes que sufren de este trastorno son inteligentes, con alto funcionamiento, profesionales, médicos y hasta psicólogos.⁶

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Los síntomas principales de los que se aquejan los pacientes con Parasitosis delirante (DP) son:

- Una creencia rígida en contra de toda evidencia medica de que están infestados.
- Sensaciones anormales “como que” fueran provocadas por agentes infecciosos. (usando descripciones como “arrastrar”, “morder”, “dejando marcas” y “creando nidos”)

Los pacientes hacen varias presunciones acerca de la naturaleza de las especies infestantes. Algunos reportan bichos, insectos, parásitos, o “animalitos”. Mas raramente se reportan patógenos microscópicos como bacterias y virus. Las localizaciones más frecuentes de infestación son la piel de las manos, brazos, pies, piernas, cuero cabelludo, espalda alta, región torácica anterior y genitales. Afectación de los ojos es rara y afectación de todo el cuerpo es rara.²

Intentos de extraer el insecto produce excoiaciones intensas en la piel, que también se pueden presentar como hematomas, alopecia traumática, dermatitis de contacto y cicatrices.

Para aliviar los síntomas los pacientes utilizan: tijeras, agujas, pinzas, y los pacientes más afectados utilizan instrumentos quirúrgicos, químicos, corrosivos y pesticidas. Las lesiones antiguas de automutilación aparecen como: liquenificadas, excoiaciones, ectimatosas. Los pacientes también proveen usualmente un pequeño contenedor (caja de cigarrillos, pastillero, bolsa de plástico sellada etc.) clásicamente conocido como el “signo de la caja de cigarrillos” o “signo del espécimen” conteniendo los organismos asumidos o imaginados. Los pacientes incluso pueden proveer una descripción detallada y dibujos del movimiento del organismo y ciclo de vida.

CLASIFICACIÓN

La clasificación principal de los subtipos de parasitosis delirantes lo constituye:

1. Primaria, verdadera, autóctona: independiente de cualquier condición

médica o psiquiátrica asociada, no hay deterioro adicional del funcionamiento mental básico.

2. Secundaria funcional: asociado a condiciones psiquiátricas, como la esquizofrenia y la depresión.
3. Secundaria orgánica: causada por una enfermedad médica o abuso de sustancia recreacional.

Algunas de las principales causas de este trastorno incluyen:

- Enfermedades neurológicas: demencia, enfermedad de Parkinson, tumores cerebrales, encefalitis, meningitis, esclerosis múltiple, traumas craneales.
- Enfermedades cardiovasculares: arritmias, falla cardíaca
- Enfermedades renales: insuficiencia renal crónica, diálisis
- Enfermedades endocrinas: diabetes mellitus, hiper/hipotiroidismo, panhipopituitarismo, acromegalia
- Trastornos nutricionales: pelagra, deficiencia de folato, deficiencia de vitamina B12, anorexia nerviosa.
- Abuso de sustancias: anfetaminas, cannabis, cocaína, extasis, opiodes.
- Medicamentos: corticosteroides, ciprofloxacina, mefloquine, fenelzina.⁶

Los síntomas son parecidos en todos los grupos de edad. Esto sugiere un componente neurológico que involucra a la piel y a las alucinaciones visuales. Muchos de estos pacientes tienen la percepción de sentir fibras en la piel. Frecuentemente se asocia a trastorno obsesivo compulsivo. También se ha

encontrado relación con daño en los nervios existiendo una vía común causante del prurito en todos ellos.⁷

DIAGNÓSTICO

Generalmente hay que hacer la distinción entre psicosis primaria y secundaria. Por lo tanto, cuando el paciente presenta síntomas de psicosis parasitaria, es importante descartar otros trastornos subyacentes. Se ocupa una historia detallada tanto del psiquiatra como del dermatólogo, un examen físico dermatológico detallado y exámenes de laboratorio, incluyendo biopsias de piel.³

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- PD inducido por sustancias
- Formicación
- Trastornos psiquiátricos mayores
- Psicosis tóxica
- TOC
- Excoriación psicógena

TRATAMIENTO

Para proveer un manejo adecuado de PD es necesario diferenciar entre las formas variadas del síndrome. Aunque los antipsicóticos son el eje central del tratamiento de PD, se usan típicamente como manejo sintomático cuando la PD es secundaria a enfermedades somáticas. En estudios recientes han recomendado el uso de antipsicótico atípico pimozide en este síndrome, pero ya no es de primera línea debido a al riesgo elevado de síntomas extrapiramidales, prolongación del segmento QT, y las interacciones con otros medicamentos.

Muchos de los casos reportados han señalado los efectos beneficiosos el PD primaria, pero

la evidencia para el uso de Risperidona, Quetiapina, Olanzapina, Amisulpride todavía es limitada. No hay un antipsicótico que haya sido aprobado para el tratamiento de PD.

Antipsicóticos atípicos

Según estudios llevados a cabo mostraron remisión parcial o completa en 60-100 % de los pacientes de los estudios observacionales. Usaron pimozide con efectividad de 67-89%. Fueron efectivos en la mayoría de los pacientes, pero pocos alcanzaron la remisión completa. La risperidona en unos estudios consiguió remisión parcial y en otros la remisión completa. En estudios realizados con quetiapina se logró la remisión parcial. La olanzapina no consiguió remisión o logró solo remisión parcial.

Otros tratamientos

Una alternativa es la terapia electroconvulsiva.⁸

BIBLIOGRAFÍA

1. Levin E, Gieler U. Delusions of Parasitosis. *Sem Cutan Med Surg* 2013; 32(2):73-7.
2. Freudenmann RW, Lepping P. Delusional infestation. *Clinical microbiology reviews* 2009; 22(4):690-732.
3. Vulink NC. Delusional Infestation: State of the Art. *Acta dermato-venereologica* 2016.
4. Munoz H, Bayona L. Ekbom syndrome: apropos of a case. *Revista colombiana de psiquiatria* 2015; 44(1):61-5
5. Heller MM, Wong JW, Lee ES, Ladizinski B, Grau M, Howard JL et

- al. Delusional infestations: clinical presentation, diagnosis and treatment. *International journal of dermatology* 2013; 52(7):775-83.
6. Al-Imam AML. A systematic literature review on delusional parasitosis. *Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery* 2016; 20(1):5-14.
7. Kimsey LS. Delusional Infestation and Chronic Pruritus: A Review. *Acta dermato-venereologica* 2016; 96(3):298-302.
8. Lepping P, Russell I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2007; 191:198-20