

El síndrome de Ekbom: un trastorno entre la dermatología y la psiquiatría

Carmen Rodríguez-Cerdeira¹
José Telmo Pera²
Roberto Arenas³

Resumen

Introducción: El síndrome de Ekbom o delirio de parasitosis (DP) representa una psicosis mono-sintomática, poco frecuente, caracterizada por la creencia firme, por parte de quien la padece, de que está infestado, en contra de toda evidencia, por insectos, gusanos o piojos que habitan y dañan su piel. Los pacientes pueden ver seriamente afectado el trabajo diario o la vida social.

Objetivos: Estudiar en profundidad a los pacientes con DP y aprender más de ellos. *Método:* Se aportan cinco casos: tres mujeres y dos hombres. *Resultados:* La duración media de los síntomas, hasta que llegaron por primera vez a la consulta, fue de 10 meses. Dos pacientes presentaban ideas delirantes de infestación cutánea y oral. Sentían “lagartijas” o pequeños organismos en sus bocas. Todos los pacientes fueron tratados con pimozida, pero solamente dos remitieron completamente. Posteriormente, dos pacientes se trataron con sulpiride y alcanzaron una remisión total. A otro paciente se le administró risperidona y remitió parcialmente. Los pacientes se evaluaron a los tres, seis y doce meses después del tratamiento. *Conclusiones:* Se resaltan las dificultades en el diagnóstico y en la elección de la terapéutica adecuada por parte del dermatólogo, quien se enfrenta al dilema de manejar un trastorno psiquiátrico en el campo dermatológico. Además, se ha comprobado que actualmente sólo existe un caso publicado en que coexisten ideas delirantes de infestación en piel y cavidad oral.

Palabras clave: delirio de parasitosis, síndrome de Ekbom, dermatología.

Title: Ekbom Syndrome: A Condition between Dermatology and Psychiatry

Abstract

Introduction: Ekbom syndrome or delusional parasitosis (DP) represents a rare mono-symptomatic psychosis characterized by the delusional belief of the patient against all evidence, that he is infested by insects, worms or lice that damage his skin. Daily work and/or social activities may be seriously compromised. *Objectives:* To review cases of patients with DP in order to learn from them. *Method:* Five cases (3 men and 2 women) are reported. *Results:* Mean duration of symptoms at the time of the first assesment was 10 months. Two of the patients had delusions of oral and skin parasitosis. They felt small lizards and/or small

.....
¹ Médica dermatóloga. Directora del Servicio de Dermatología. CHUVI y Universidad de Vigo. Vigo, España.

² Médico dermatólogo. Universidad de Vigo. Vigo, España

³ Médico dermatólogo. Hospital General Dr. Manuel Gea González. México D. F. México.

organisms in their mouths. All of them were treated with pimozide, but only one had complete remission. Later, two of them were treated with sulpiride and achieved total remission. Risperidone was given to one patient, resulting in partial remission. All the patients were evaluated at 3, 6 and 12 months post-treatment. *Conclusions:* These findings highlight the difficulties encountered in diagnosing DP, in the lack of acceptance of the treatment by the patient, and in choosing the right psychotropic medication by the dermatologist who faces the dilemma of managing a psychiatric condition in a dermatological setting. To the best of our knowledge, there is only one previous report of coexisting delusions of oral and skin parasitosis to date.

Key words: Delirium, Ekbom syndrome, dermatology.

Introducción

El delirio de parasitación, conocido también como *Delusio parasitorum*, delirio dermatozoico o síndrome de disestesia crónica cutánea, es un cuadro psiquiátrico en el que el paciente tiene la convicción delirante de estar infectado por parásitos. Aunque existen menciones previas acerca de esta patología, es Ekbom, en 1938, quien hace una descripción adecuada del cuadro (1), profundiza en la psicopatología de éste y lo define como delirio dermatozoico. Se han utilizado diversos términos descriptivos, como dermatofobia, acarofobia o parasitofobia, pero, desde un punto de vista psicopatológico riguroso, estos términos no son los adecuados, ya que no existe fobia como tal, ni las conductas evitativas secundarias.

En 1946, Wilson y Miller introdujeron el término *delirio de parasitosis* (2). En la actualidad persisten ciertas discrepancias en cuanto dónde situar el cuadro en el sistema clasificatorio, y se suelen incluir en la CIE-10 y DSM-IV, en los “trastornos delirantes sin especificación” (3-5).

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

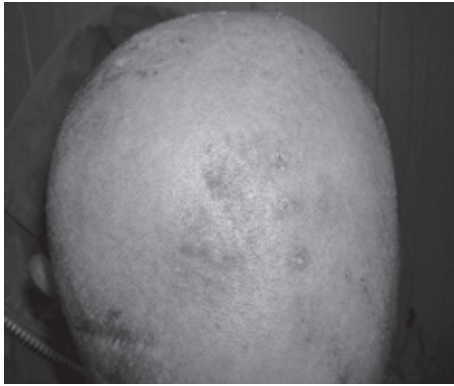
Pacientes

Presentamos cinco pacientes (tres hombres y dos mujeres, con un rango de edad entre 46 y 48 años), todos ellos diagnosticados de delirio de parasitosis (Tabla 1) (figuras 1 y 2). El diagnóstico se realizó mediante una historia clínica exhaustiva y las pruebas complementarias necesi-

Figura 1. *Facies melancólica y lesión escoriada en mentón.*



Figura 2. Pelo rapado y excoriaciones en la piel del cuero cabelludo.



rias para descartar una enfermedad orgánica asociada. Todos los pacientes se siguieron en la consulta de dermatología a los tres, seis y doce meses después de haber instaurado el tratamiento. Hemos recogido las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, pareja afectada, antecedentes dermatológicos y psiquiátricos, tratamiento, seguimiento y evolución.

Resultados

La edad media de los pacientes es de 51 años, con un rango de edad que va de los 48 a los 56 años. Dos pacientes estaban casados, dos divorciados y uno soltero. El periodo de evolución previo hasta acudir a nuestra consulta fue de seis meses, con un rango de seis a diez meses. La duración media de la sintomatología después de recibir tratamiento fue

de diez meses, con un rango entre ocho y doce meses.

Los pacientes fueron evaluados a los tres, seis y doce meses de tratamiento. Tres de los pacientes tenían un trastorno delirante primario y como tal se clasificaron, ya que aparecieron aislados sin otra patología psíquica u orgánica acompañante. Otro estaba relacionado con un trastorno afectivo. Luego de un minucioso examen del enfermo, se observó al paciente deprimido, con rasgos de ansiedad considerable y deseos de llamar la atención de su familia y de sus médicos. Todas sus funciones mentales superiores (pensamiento, lenguaje, memoria, etc.) estaban íntegras, excepto la sensoripercepción, cuya única alteración era una estructura delirante consistente en un “delirio de dermatozoos” típico. Se integraron los siguientes diagnósticos: delirio de parasitosis secundario a trastorno afectivo mayor de tipo depresivo, con base en los criterios del DSM IV-R, y trastorno de personalidad de tipo histérico. Y, por último, un quinto paciente, que consumía tóxicos, sobre todo alcohol y cocaína. Sin embargo, no tenía afectación cognitiva importante y pudo clasificarse dentro de lo que podría considerarse psicosis orgánica.

Como dato importante, cabe decir que todas las parejas de los pacientes, e incluso en el caso 2 toda la familia, compartían su patología. En este último caso podríamos estar

Tabla 1. Resumen de los cinco pacientes con delirio de parasitosis

Pacientes	Edad	Estado civil	Sexo	Periodo de evolución	Pareja afectada	Historia dermatológica previa	Historia psiquiátrica previa	Localización de las lesiones	Tratamiento	Evolución a los 12 meses
1	54	Divorciado	V	7	Sí	No	No	Cuero cabelludo y cuello	Pimozida	Curado
2	50	Casado	V	6	Sí	No	No	Cara y boca	Pimozida	Curado
3	49	Soltero	V	7	Sí	No	Abuso de cocaína y alcohol	Extremidades inferiores	Pimozida, trifluoperazina, olanzapina	Resuelto parcialmente
4	56	Casada	M	9	Sí	No	Depresión		Pimozida, sulpiride	Curada
5	48	Divorciada	M	10	Sí	No	Trastorno afectivo	Extremidades superiores e inferiores	Pimozida, sulpiride y risperidona	Curada

hablando de una *folie a trois* (Figura 3). Se trata, pues, de un delirio compartido, con consecuencias más graves de lo habitual.

Cuatro pacientes nos aportaron material recogido por ellos, consistente en restos de detritus contaminados con sangre o material blanquecino de localización bucal, y que, según afirmaban, se trataba de los “gusanos, insectos, larvas” que salieron de la piel y/o mucosas. Como dato curioso podemos añadir la complicidad que existía entre los pacientes y sus compañeras, que eran quienes normalmente transportaban los gusanos. Al ser interrogados dicen experimentar sensaciones diferentes. Las más relevantes se recogen en el Cuadro 1. En el material aportado no se encontraron parásitos. Ninguno de los pacientes presentaba historia de infestación previa.

En cuanto al tratamiento, la pimozina fue utilizada en todos los pacientes. La dosis fue de 1-5 mg/día. El efecto se hizo notar a partir de las cuatro semanas. Se realizó una buena monitorización de los pacientes. No registramos ningún síntoma extrapiramidal. La dosis se mantuvo durante seis semanas, una vez conseguida la remisión completa, y después comenzó a reducirse. Las dosis de risperidona fueron de 1-3 mg/día. La adición de olanzapina a dosis de 5 mg/día ayudó a la recuperación del paciente 3. Dos pacientes se trataron únicamente con pimozida, con lo cual se obtuvo una remisión total. Al paciente 3

Figura 3. La compañera y cómplice del paciente 3 intenta aportar muestras extraídas de una de las lesiones.



fue necesario añadirle trifluoperazina y olanzapina. El resultado fue una remisión parcial y suspensión del tratamiento. Al paciente 4 se le administró, además, sulpiride, con buenos resultados. El paciente 5 necesitó la adición de risperidona, con la que obtuvo una remisión total.

Cuadro 1. Sintomatología descrita por los pacientes

- “Siento como lagartos, es una sensación reptante”.
- “Siento un picor intenso y tengo unos ‘granitos’ que al ‘exprimirlos’ expulsan pequeñas larvas móviles que recojo del suelo, en diversos sitios de la casa”.
- “Sufro la parasitación de unos insectos, que unas veces se pueden ver y otras sólo los siento”.
- “Tengo gusanos en la boca y en la piel y tengo que lavarme constantemente con colutorios y gel de baño”.

Cuatro de los pacientes, a los tres meses de tratamiento, nos comentaron que el prurito había disminuido, por lo que habían dejado de rascarse, aunque se observaron algunas excoriaciones aisladas. A

los seis meses ya no hacían alusión a los gusanos. Doce meses después sólo tenían manchas residuales y mostraban un importante cambio de actitud y estado de ánimo. A los doce meses de seguimiento, cuatro pacientes habían remitido totalmente en el cuadro y uno (paciente 3) tuvo una respuesta parcial. Hasta el momento, sólo un paciente continúa con medicación antipsicótica.

Sus parejas y familia fueron tratadas con apoyo psicológico y, posteriormente, se les explicó la situación, la cual llegaron a comprender.

Discusión

El delirio de parasitosis puede manifestarse como síntoma único de una alteración psiquiátrica o vincularse con un padecimiento subyacente. Numerosos estudios nos conducen a la existencia de una asociación entre las psicosis afectivas y el delirio de infestación. La segunda mayor área de enfermedad primaria vinculada parece ser la de psicosis orgánica y estados agudos confusos, ocasionados por el abuso de drogas o alcohol. El tercer grupo de asociación se dio con el trastorno delirante o psicosis hipocondríaca monosintomática.

En nuestros casos, tres fueron delirios de parasitosis primarios. En el DSM IV se clasifica como trastorno delirante tipo somático. Otro se manifestó en forma secundaria a un trastorno afectivo mayor de tipo depresivo de siete meses de duración, aunado al tipo de personalidad del

paciente. Y el último se trataba de una parasitosis delirante orgánica secundaria. El DSM IV se califica como trastorno psicótico secundario a una enfermedad orgánica. Así, la existencia de una falsa infestación debe conceptualizarse únicamente como un síntoma no específico, que puede ocurrir en infinidad de contextos individuales biopsicosociales (6,7).

Se proponen cuatro áreas de atención en la evaluación de un paciente con delirio de infestación: factores ambientales, de personalidad, biológicos y psicológicos. Esto fue tenido en cuenta en todos nuestros pacientes (8).

En un metaanálisis de 1.223 casos recabados durante 100 años, Trabert observó un predominio en mujeres que aumentaba con la edad. La duración del delirio era de $13 \pm 4,6$ años. El aislamiento social era más un rasgo premórbido que un fenómeno secundario, y el pronóstico no era tan desfavorable como se suponía. En la actualidad se sabe que el pronóstico mejora considerablemente cuando el periodo sintomático previo al tratamiento es muy corto (9).

En contraste con los datos encontrados en la literatura, nosotros hemos tenido más hombres que mujeres, y nuestros pacientes tenían una media del tiempo de evolución de la enfermedad de sólo seis meses, de ahí la buena respuesta de los pacientes.

El delirio de parasitosis se puede manifestar como trastorno psicopá-

tico compartido, un tipo de *folie a deux*. Ésta 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).

La negativa a recibir cualquier tratamiento psiquiátrico es común entre pacientes con este trastorno. En los casos descritos, dado que los enfermos fueron tratados con celeridad y al inicio del problema, su evolución fue satisfactoria. Sin embargo, los pacientes 2, 4 y 5 atribuyeron el alivio de su problema dermatológico al tratamiento tópico acompañante. Además, en estos pacientes, pese a que reconocieron que su estado de ánimo había mejorado considerablemente con el manejo psicofarmacológico, fue difícil conseguir su plena aceptación (12).

En cuanto al tratamiento con antipsicóticos, la pimozida a dosis de 1-5 mg/día fue el más usado. Es posible que altas dosis sean más beneficiosas, pero es más frecuente que sucedan los efectos extrapiramidales (13,14). La olanzapina, un antipsicótico atípico a dosis de 5 mg/día es una buena opción de tratamiento, con pocos efectos secundarios, que no necesita un especial seguimiento (15). La risperidona ofrece buenos resultados, con escasos efectos secundarios (16,17).

En general, los dermatólogos tienen la impresión de que estos pacientes padecen una grave alteración mental que tiende a la cronicidad y es de mal pronóstico. Sin embargo, hay que destacar que la gama de pacientes con delirio de parasitosis es muy amplia y que el 78% de los casos evolucionan favorablemente, por lo que deben ser valorados y tratados con la mayor brevedad posible. Por último, las drogas antipsicóticas modernas, con sus perfiles más bajos del efecto secundario, nos pueden permitir iniciar la terapia con éxito (18).

Referencias

1. Ekblom KA. Der präsenile Dermatozoenwahn. Acta Psychiatr Neurol Scand. 1938;13:227-59.
2. Wilson JW, Miller HE. Delusions of parasitosis (acarophobia). Arch Dermatol Syph. 1946;54(1):39-56.
3. Musalek M, Bach M, Passweg V, Jaeger S. The position of delusional parasitosis in psychiatric nosology and classification. Psychopathology. 1990;23(2):115-24.
4. American Psychiatric Association. DSM- IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. APA: Washington; 1994.
5. WHO. International Classification of Diseases (ICD-10). Revision Version for 2007. Ginebra: WHO; 2007.
6. 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.
7. Hinkle NC. Ekblom syndrome: the challenge of “invisible bug” infestations. Annu Rev Entomol. 2010;55:77-94.
8. Bhatia MS, Jagawat T, Choudhary S. Delusional parasitosis: a clinical profile. Int J Psychiatry Med. 2007;30(1):83-91.

9. Trabert W. 100 years of delusional parasitosis: meta-analysis of 1,223 case reports. *Psychopathology*. 1995;28(5):238-46.
10. 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.
11. Kim C, Kim J, Lee M, Kang M. Delusional parasitosis as "folie a deux". *J Korean Med Sci*. 2003;18(3):462-5.
12. Koo J, Lee CS. Delusions of parasitosis: a dermatologist's guide to diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2001;2(5):285-90.
13. Freudenmann RW, Lepping P. Delusional infestation. *Clin Microbiol Rev*. 2009;22(4):690-732.
14. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. *Clin Exp Dermatol*. 2008;33(2):113-7.
15. Lee CS. Delusions of parasitosis. *Dermatol Ther*. 2008;21(1):2-7.
16. 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.
17. Rodríguez-Cerdeira C. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Guerra Tapia (editora). *Dermatología psiquiátrica*. Barcelona: Glosa SL; 2008. p. 29-45.
18. Escalas J, Guerra-Tapia A, Rodríguez-Cerdeira C. Tratamiento con psicofarmacos de los trastornos psicodermatológicos. Barcelona: CEGE; 2009.

Conflicto de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 28 de enero del 2010
Aceptado para publicación: 22 de abril del 2010*

*Correspondencia
Carmen Rodríguez-Cerdeira
Servicio de Dermatología
Universidad de Vigo
C.P. 36.310
Vigo, Pontevedra, España
aristoteles_cerdeira@yahoo.es*