

SÍNDROME DE EKBOM. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores:

Dra. Yenisey Gleidis Mir García mgyenisey.cmw@infomed.sld.cu Móvil: 52386473

Lic Iliana Aguillar García

Institución: Hospital Manuel Ascunce Domenech. Carretera Central Oeste Km 3 ½. Camagüey. Teléfono: 32231011

País: Cuba

Resumen

Introducción: El síndrome de Ekbom es un trastorno infrecuente y de difícil manejo. Los pacientes con delirio de parasitosis suelen presentarse al médico en un estado de desborde, ansiedad, con el antecedente de visitas previas a múltiples médicos sin satisfacción.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente con síndrome de Ekbom y revisar la literatura actualizada al respecto. **Presentación de caso:** Mujer de 70 años, con antecedentes de trastorno psiquiátrico personal, acude a consulta de dermatología por presentar desde hace un año aproximadamente pápulas y excoriaciones en extremidades superiores que se acompañan de prurito, sobre todo nocturno, que fueron interpretados por múltiples médicos de atención primaria como escabiosis refractaria al tratamiento y que había acudido a consulta de varios dermatólogos y llevó numerosos tratamientos especializados, así como autoindicados sin cura aparente. Refiere la paciente que se extrae parásitos del cuerpo. Al examen dermatológico se constatan lesiones cutáneas localizadas en extremidades superiores constituidas por pápulas y excoriaciones; se acompañan, además, de máculas hipercrómicas residuales. No se constatan ectoparásitos a la inspección visual normal. Las muestras colectadas por la paciente y las que la paciente aportó fueron analizadas y se informó: restos de epitelios, pelos y suciedad. Se interconsulta con psicología donde acude a varias secciones de terapia y dadas las alteraciones alucinatorias presentes en la paciente se remite a psiquiatría. **Conclusión:** Estos pacientes cambian de médico frecuentemente y se complacen con la incompetencia de los médicos consultados. Por esta razón, muchas veces es imposible establecer un puente de comunicación médico paciente.

Introducción

Si bien en dermatología se podría observar una gran variedad de delirios, en la práctica clínica, sin embargo, los dermatólogos se ocupan sólo de un número limitado de síndromes delirantes. De acuerdo con nuestra experiencia clínica, los más frecuentes son el delirio de

parasitosis y los delirios de infestación. Con una frecuencia menor se observa, en unidades dermatológicas, otro tipo de delirios, como los de dismorfia, olfactorios, venéreos, cancerígenos y varios tipos de delirios hipocondríacos.¹

En la bibliografía dermatológica se observa como a menudo los delirios son confundidos con fobias y con trastornos obsesivo-compulsivos. En ocasiones, los términos delirios y fobias, incluso, son usados como sinónimos. En psicopatología se distingue estrictamente entre fobias, trastornos obsesivo-compulsivos y delirios. Las fobias se definen como un miedo patológico que conlleva un comportamiento de evitación. Los trastornos obsesivo-compulsivos son pensamientos recidivantes, que invaden al sujeto con carácter de intrusismo, junto con comportamientos o percepciones repetitivas, compulsivas, estereotipadas.²

Por otra parte, el término delirio hace referencia sólo a una convicción incorregible. Distinguir cuidadosamente entre estos tres fenómenos psicopatológicos reviste no sólo un interés teórico, sino que es de gran importancia práctica, especialmente en lo que hace referencia al tratamiento. Dado que tanto los motivos como los efectos de estos tres síntomas presentan dinámica, proyecto y problemas diferentes, cada uno de ellos precisa de estrategias terapéuticas diferenciadas para un tratamiento efectivo.³

El síndrome de Ekbom o delirio de parasitosis es un trastorno poco frecuente y de muy difícil manejo, conocido como síndrome de Ekbom debido a que en 1938 fue descrito por un neurólogo sueco Karl Ekbom. Es una psicosis monosintomática hipocondríaca con la idea delirante de estar infestado por organismos vivos, (parásitos, bacterias, insectos) sin evidencia clínica.⁴ Descripciones previas se debieron a Thiebiere, quien lo nombró acarofobia (1894) y Perrin neurodermatitis parasitofóbica (1896). La denominación delirio de parasitosis vigente hasta hoy, la acuñaron Wilser y Miller en 1946.⁵ Los términos acarofobia o parasitofobia no proceden aquí, pues no existe idea fóbica, sino delirante. Para librarse de los agentes patógenos se llega a rascar tanto la piel que provoca sangrado, o irritarse por el uso de desinfectantes o auto mutilarse al extraer supuestos invasores.⁶

El delirio de parasitosis es primario cuando aparece de forma espontánea o secundario a otro trastorno: esquizofrenia, demencia, depresión profunda, diabetes, neuropatías o cardiopatías. Puede aparecer de manera temporal en intoxicación por anfetaminas o cocaína, o como efecto secundario a otra medicación.⁴

El prurito se reporta en más del 80 % de los casos y como prueba de su infestación se exponen fibras de ropa, piel excoriada u otros, contenidos en envoltorio o cinta adhesiva: el típico signo de la caja de fósforos y se lleva analizar por entomólogos.^{7, 8}

Es más frecuente en mujeres blancas, de mediana edad o mayores (comienzo promedio entre 57 y 60 años) aunque ha sido reportado en todos los grupos de edades y en el sexo masculino. La relación mujer-hombre es alrededor de 2:1; por debajo de 50 años es de 1:1 y en mayores de 50 de 3:1.⁹

Los pacientes con delirio de parasitosis suelen presentarse al médico clínico en un estado de desborde, ansiedad o introspección, con el antecedente de visitas previas a múltiples médicos sin satisfacción. Además de detallar una larga experiencia de alucinaciones visuales o táctiles en el organismo el paciente suele presentar "evidencias" de la infección parasitaria en forma de hilos, fibras o cosas similares, que son malinterpretadas en forma delirante como organismos enteros, partes de organismos, larvas o huevos. Las manifestaciones cutáneas pueden ser variables, si están presentes. A menudo ellas reflejan intentos infructuosos de tratamiento de las infecciones que producen lesiones desde leves excoriaciones hasta grandes úlceras, incluido el daño producido por tratamientos "tópicos" realizados por el paciente en su intento por liberarse de la infección que percibe.^{10, 11}

Presentación de caso clínico

Mujer de 70 años de edad con antecedentes de trastorno psiquiátrico personal. Acude a consulta de dermatología del Hospital Manuel Ascunce por presentar desde hace un año aproximadamente pápulas y excoriaciones en extremidades superiores que se acompañan de prurito, sobre todo nocturno, que fueron interpretados por múltiples médicos de atención primaria como escabiosis refractaria al tratamiento. y que había acudido a consulta de varios dermatólogos y llevó numerosos tratamientos especializados, así como autoindicados sin cura aparente.

Refiere la paciente que se extrae parásitos del cuerpo.

Examen dermatológico: se constatan lesiones cutáneas localizadas en extremidades superiores constituidas por pápulas y excoriaciones; se acompañan además, de máculas hipercrómicas residuales. No se constatan ectoparásitos a la inspección visual normal.

Durante las secciones de consulta la paciente manifestaba su preocupación por el estado de salud de sus familiares, pues por su culpa ellos estaban infestados con sus bichos, y refería que no sabía cómo enfrentarse a sus familiares cuando retornara a su casa y que de mantenerse esa situación sería capaz de matarse.

Las muestras colectadas por la paciente y las que la paciente aportó fueron analizadas y se informó: restos de epitelios, pelos y suciedad.

Biopsia de piel: fragmento de piel que muestra extensa zona de exulceración de la epidermis con cambios espongíóticos y reacción inflamatoria superficial inespecífica (secundaria al rascado)

Interconsulta con psicología: dadas las alteraciones alucinatorias presentes en la paciente se remite a psiquiatría.

Interconsulta con psiquiatría: se constata en el examen psiquiátrico:

- Funciones de integración: ligera desorientación espacial y un aumento evidente de la atención activa dirigida hacia sí. Nivel de vigilia conservado.
- Funciones cognoscitivas: trastornos sensoperceptuales dados por alucinaciones táctiles. Pensamiento de curso normal y contenido delirante secundario a los trastornos sensoperceptuales descritos.
- Funciones afectivas: se evidencia cierto grado de disforia y anedonia expresión de un tono afectivo ligeramente hipotímico.
- Funciones conativas: Lo más significativo está dado por las lesiones dermatológicas autoinflingidas y secundarias a los trastornos ya antes descritos.
- Funciones de relación: matizadas por la no obtención de explicaciones o conclusiones de los facultativos que le expliquen la supuesta enfermedad física que ella padece.



Foto 1



Foto 2

Discusión

Puesto que un delirio tiene que ser considerado como un fenómeno psicopatológico con un contenido especial definido por su elevado grado de certeza e incorregibilidad del pensamiento, en relación con la patogénesis aparecen dos cuestiones mayores: en primer lugar, ¿cuáles son los factores que explicarían la elección de un tema delirante específico?, es decir, ¿por qué algunos pacientes sufren delirio de parasitosis, y en otros el delirio es de sida o de dismorfia; en segundo lugar, ¿cuáles son los factores decisivos en la fijación del delirio?, ¿cuáles son las condiciones necesarias para que se produzca una convicción incorregible?, ¿por qué los pacientes no pueden decir solamente que *podrían estar* infestados de parásitos o sufrir una enfermedad grave?, etc.

Con frecuencia los síntomas de esta afección se presentan bien definidos. Muchos pacientes refieren sentir que un insecto le está caminando por su piel, pueden describir y pintar el insecto, y además señalar que otros miembros de la familia lo padecen igual (*folie à deux*), tal y como es referido por la paciente.¹²

Estos pacientes cambian de médico frecuentemente y se complacen con la incompetencia de los médicos consultados. A su vez, ellos ven sus problemas solo puramente dermatológicos, mientras que los médicos que los consultan, solo lo ven desde el punto de vista psiquiátrico. Por esta razón, muchas veces es imposible establecer un puente de comunicación médico paciente. Por otra parte, no se constata enfermedad dermatológica, aunque se observan las excoriaciones producidas al tratar de extraerse el parásito que ellos alucinan.

Al microscopio se constatan pelos, fragmentos de piel, aunque también pueden observarse organismos vivos como mosquitos y otros sin importancia médica.^{13, 14}

El manejo del paciente se torna difícil y es mejor decirle que no puede ver el parásito hoy, a decirle que tiene un problema mental.

Por otro lado, muchas veces no acuden a la interconsulta de psiquiatría y son pacientes deprimidos, que tienen alucinaciones y precisan de tratamiento controlado por el especialista porque pueden llegar a tomar medidas tan drásticas como el suicidio.^{15, 16}

La mayor parte de los pacientes con delirios son renuentes al tratamiento y cuidados psicológicos y psiquiátricos, por lo que, en estos pacientes, los puntos cruciales del tratamiento deben ser el intento de establecer un contacto con ellos y el de construir una relación estable basada en la confianza. El paciente debe ser transferido desde un departamento de dermatología al centro de enlace psicológico y psiquiátrico de consultas externas. En el curso de la primera visita, el paciente debe ser visto al mismo tiempo por un

psiquiatra y por un dermatólogo. Se le explicará que será mandado a médicos especialistas en la dolencia que le afecta, sin mencionarle la especialidad que tienen los profesionales que le atienden, por lo que en este estadio el paciente no sabe que será visto por un psiquiatra, si bien resulta de gran importancia, de cara al futuro, que tampoco ello le sea negado. Esto permite que el psiquiatra tenga la oportunidad de establecer contacto con el enfermo. No será hasta la tercera o cuarta sesión que el paciente irá descubriendo que, dentro de los médicos que le atienden, también está involucrado un psiquiatra. Cuando el paciente acepte este hecho, ya se habrá conseguido un éxito en el establecimiento de una relación de confianza mutua.

En el curso de las visitas de la primera fase, los médicos deben poner cuidado no sólo en evitar informar al paciente sobre sus delirios, sino también en confirmar sus creencias delirantes. Se debe reconocer plenamente que las quejas del enfermo, o la enferma, son reales, y que los médicos se deben reprimir de cualquier juicio sobre la validez de las experiencias y las interpretaciones del paciente. Una vez se ha conseguido establecer una relación estable basada en la confianza, será posible la obtención de un diagnóstico diferencial cuidadoso.

Este diagnóstico diferencial debería incluir todas las circunstancias físicas, psíquicas y sociales que puedan tener valor en la patogénesis del delirio, tanto si actúan como factores de predisposición, de desencadenamiento, como de mantenimiento. Resulta esencial conseguir una coordinación y una integración de los métodos, ya que habitualmente va a ser necesario usar la combinación de los tres métodos. El tratamiento psicofarmacológico deberá ser elegido de acuerdo con los síntomas básicos psiquiátricos.^{17, 18}

En este contexto no hay que olvidar que tanto los médicos como los psicólogos y psiquiatras forman parte de esta red social alrededor del paciente, y que, por tanto, también ellos pueden a su vez convertirse en factores patológicos de mantenimiento. Basándose en el resultado de los estudios sobre el origen de los delirios, la patogénesis de los mismos tiene que ser considerada como un proceso multifactorial, en el que unas circunstancias psicopatológicas y sociales actúan como factores patológicos que predisponen, desencadenan y mantienen el proceso.

El caso presentado coincide completamente con la literatura revisada.

Conclusiones

Siempre que se presente un paciente con estos síntomas, se deberá evaluar con un especialista en dermatología para su estudio y posterior seguimiento. Por lo complejo e

infrecuente que resulta su control, se necesita realizar estudios de laboratorios (parasicológico e histológico) para confirmar el diagnóstico presuntivo. De confirmarse el diagnóstico debe evaluarse con el especialista de psiquiatría para su tratamiento específico.

Referencias bibliográficas

1. Bernad Alonso I, De Diego Pericas V, Espeso Fernández de Valderrama MA, Fernández Vilariño EV, García Morras P, et al. Guía de actuación en Dermatología [Internet] 2021 [citado 10 jul 2021]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/newsletter/20210322/20210322_n1.pdf
2. Kang S, Amagai M, Bruckner A, Enk A, Margolis D, McMichael A, Orringer J. Trastornos psicósomáticos. Fitzpatrick's Dermatology. 9th edition. New York: McGraw-Hill Education, 2019. pp. 1365-1366. Vol. II.
3. Domínguez L, Lacy RM. Trastornos psicósomáticos. En: Falabella R, Victoria J, Barona M. Dermatología Fundamentos de Medicina. 8va. Ed. Medellín, Colombia: Editorial Fondo; 2017.
4. González Menéndez R, Sandoval Ferrer JE. Manual de Psiquiatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019.
5. Medscape [Internet]. EEUU: Drugs & Diseases Psychiatry; 1994-2020 [actualizado 18 Jul 2018; citado 02 Abr 2019]. Delusions of Parasitosis; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1121818-overview>
6. Lutfi AM. Ekbom syndrome, an evidence based review of literature. Asian J Med Scien. 2016 May-Jun;7(3):1-8.
7. Dowben JS, Kowalski PC, Keltner NL. Formication, tactile hallucinations, delusional parasitosis and Morgellons: Enough to make your skin crawl. Perspect Psychiatr Care. 2017; 53:220-221.
8. Wong YL, Affleck A, Stewart AM. Delusional Infestation: Perspectives from Scottish Dermatologists and a 10-year Case Series from a Single Centre. Acta Derm Venereol. 2018; 98: 441-445.
9. Mumcuoglu KY, Leibovici V, Reuveni I, Bonne O. Delusional Parasitosis: Diagnosis and Treatment. Isr Med Assoc J. 2018 Jul; 20(7):456-460.
10. Rosales SM, Taylor DL, Reichenberg JS. Delusional infestation in psycho dermatology. G Ital Dermatol Venereol. 2018 Aug; 153(4):497-505.
11. Jeon C, Nakamura M, Koo J. Examining specimens brought in by a patient with delusional parasitosis. J Am Acad Dermatol. 2018 Jan;78(1):11.

12. Romanov DV, Lepping P, Bewley A, Huber M, Freudenmann RW, Lvov A, et al. Longer Duration of Untreated Psychosis is Associated with Poorer Outcomes for Patients with Delusional Infestation. *Acta Derm Venereol.* 2018; 98:848–854.
13. Berhili N, Bout A, Hlal H, Aarab C, Aalouane R, Rammouz I. Considérations nosographiques sur le délire d'infestation parasitaire à travers trois observations cliniques. *Pan Afric Med J.* 2016; 24:130
14. Giam A, Tung YL, Tibrewal P, Dhillon R, Bastiampillai T. Folie à deux and Delusional Parasitosis. *Asian J Psychiatr.* 2017 Aug; 28:152-153.
15. Chaudhary FS, Nayati JT, Ali AM, Hirsch AR. What's Bugging You? Alliaceous Therapy for Ekbom Syndrome. *CNS Spectr.* 2019 Feb;24(1): 175-176.
16. Karagoz YS, Kotan Z, Kumbasar H, Erturk T, Bostanci S, Erdem C. A Case of Delusional Parasitosis Dealt within the Scope of Consultation Liaison Psychiatry. *Dusunen Adam: J Psychiat Neurol Scien.* Jun 2017; 30(2):149-153.
17. Roulet T, Zdanowicz N. Delusional parasitosis treated by atypical antipsychotic and selective serotonin reuptake inhibitor: a case report. *Psychiatria Danubina.* 2017; 29(Suppl.3): 219-221.
18. Supiano KP, Haynes LB, Larsen PA. Resolution of Delusional Parasitosis within Complicated Grief Group Therapy: A Case Analysis. *Social Work with Groups.* 2017; 40(4): 335-349.