



ARTÍCULO REVISIÓN

Abordaje clínico del delirio secundario a parasitosis

Clinical approach to delirium secondary to parasitosis

Segundo Moisés San Lucas-Coque¹✉^{ID}, María Fernanda Latorre-Barragán¹^{ID}, Karla Guadalupe Pico-Pérez¹^{ID}

¹Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Ambato, Ecuador.

Recibido: 18 de julio de 2023

Aceptado: 05 de octubre de 2023

Publicado: 25 de diciembre de 2023

Citar como: San Lucas-Coque SM, Latorre-Barragán MF, Pico-Pérez KG. Abordaje clínico del delirio secundario a parasitosis. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2023 [citado: fecha de acceso]; 27(2023): e6292. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6292>

RESUMEN

Introducción: la parasitosis delirante, también conocida como infestación delirante o síndrome de Ekbom, es un trastorno psicótico relativamente infrecuente caracterizado por una falsa creencia inquebrantable de que existe una infestación parasitaria de la piel, a pesar de la ausencia de evidencia médica que pueda respaldar esta afirmación.

Objetivo: describir las opciones terapéuticas para pacientes con parasitosis delirante.

Métodos: se realizó una búsqueda de información en las bases de datos de PubMed y SciELO, utilizando los términos de búsqueda: "parasitosis delirante", "infestación delirante" y "síndrome de Ekbom".

Desarrollo: en la selección del medicamento, se debe analizar en detalle tanto la eficacia como los posibles efectos secundarios. Todos los antipsicóticos atípicos pueden causar disfunción metabólica, por lo que es necesario un control constante de los valores de laboratorio durante la terapia. No existe un consenso conocido sobre la dosis de antipsicóticos a utilizar en casos de parasitosis delirante. En pacientes de edad avanzada, la dosis debe ajustarse según la edad, la función renal y hepática y la presencia de otras enfermedades crónicas. Las dosis oscilan entre 1 y 8 mg/día de risperidona y de 5 a 10 mg/día de olanzapina.

Conclusiones: es imperativo que el tratamiento de los delirios de parasitosis implique un enfoque integrado, con un equipo interprofesional formado por médicos, especialistas, personal de enfermería especializado en salud psiquiátrica y farmacéuticos que trabajen en colaboración para lograr los mejores resultados para los pacientes.

Palabras clave: Antipsicóticos; Enfermedades Parasitarias; Síndrome.

ABSTRACT

Introduction: delusional parasitosis, also known as delusional infestation or Ekbom's syndrome, is a relatively uncommon psychotic disorder characterized by an unshakable false belief that a parasitic skin infestation exists, despite the absence of medical evidence to support this claim.

Objective: to describe the therapeutic options for patients with delusional parasitosis.

Methods: a search for information was carried out in the PubMed and SciELO databases, using the search terms: "delirious parasitosis", "delirious infestation" and "Ekbom's syndrome".

Development: in drug selection, both efficacy and possible side effects should be analyzed in detail. All atypical antipsychotics can cause metabolic dysfunction, so constant monitoring of laboratory values during therapy is necessary. There is no known consensus on the dose of antipsychotics to use in cases of delirious parasitosis. In elderly patients, the dose should be adjusted according to age, renal and hepatic function and the presence of other chronic diseases. Doses range from 1 to 8 mg/day of risperidone and 5 to 10 mg/day of olanzapine.

Conclusions: it is imperative that the treatment of parasitic delusions involves an integrated approach, with an interprofessional team consisting of physicians, specialists, psychiatric health nurses and pharmacists working collaboratively to achieve the best outcomes for patients.

Keywords: Antipsychotic Agents; Parasitic Diseases; Syndrome.

INTRODUCCIÓN

La parasitosis delirante, también conocida como infestación delirante o síndrome de Ekbom, es un trastorno psicótico relativamente infrecuente caracterizado por una falsa creencia inquebrantable de que existe una infestación parasitaria de la piel, a pesar de la ausencia de evidencia médica que pueda respaldar esta afirmación. El trastorno se observa con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad, a menudo socialmente aisladas (la edad promedio es de 57 ± 14 años).⁽¹⁾

La parasitosis delirante se puede clasificar en formas primarias, secundarias (funcionales) y orgánicas. En la parasitosis delirante primaria, el paciente tiene la idea delirante de estar infestado de parásitos, pero no presenta otros trastornos psiquiátricos u orgánicos. Las formas secundarias (funcionales) y orgánicas de la parasitosis delirante ocurren secundariamente a otros trastornos, a saber, enfermedades psiquiátricas y orgánicas, respectivamente.⁽²⁾

Existen varios trastornos mentales que pueden acompañarse del síndrome de Ekbom, como la esquizofrenia, la depresión, la demencia, la ansiedad y la fobia; mientras que el tipo orgánico se relaciona con hipotiroidismo, anemia, deficiencia de vitamina B12, hepatitis, diabetes, infecciones (p. ej., VIH, sífilis) y abuso de cocaína.⁽³⁾

Sin embargo, aún no se ha determinado la etiología exacta de este síndrome; una posible razón de esto es la interpretación falsa de la sensación de prurito, que es un síntoma común.⁽⁴⁾ Siempre es necesario un examen completo para descartar muchas otras enfermedades que pueden causar prurito.

Los pacientes que padecen este delirio suelen referir otros síntomas, como hormigueo, hormigueo, sensación de movimiento bajo la piel o incluso dolor, que siempre se asocian a la certeza subjetiva de que los síntomas son causados por la presencia de gusanos, insectos u otros parásitos en la piel. Estos síntomas se interpretan como alucinaciones táctiles o parestesias.⁽⁵⁾

Las excoriaciones, los discretos hematomas, las erosiones y los cortes son formas frecuentes de autolesión provocadas por los intentos de eliminar los parásitos. Además, el daño de la piel puede ser causado por la limpieza obsesiva y la aplicación de sustancias químicas o cáusticas agresivas para eliminar el parásito ficticio.⁽⁶⁾ Para probar la infestación, los pacientes pueden traer al consultorio del médico una caja de fósforos u otro recipiente en el que el paciente haya colocado varias partículas de polvo, pedazos de piel, fibras, etc. Muestras de estos materiales se envían muchas veces a varios laboratorios, que no encuentran evidencia de parásitos.

Este comportamiento a menudo se denomina "signo de caja de fósforos", "signo de bolsa Ziploc" o, más recientemente, "signo de muestra".⁽⁷⁾

A veces, los parientes cercanos también experimentan delirios idénticos; se informa que este fenómeno ocurre en 5 a 15 % de los casos y se conoce como trastorno psicótico compartido: parasitosis delirante con delirio de parasitosis. Curiosamente, sus síntomas pueden desaparecer después de su separación de la otra persona afectada por la parasitosis delirante, pero la mayoría de los pacientes también requieren psicoterapia y farmacoterapia.⁽³⁾ Los medios de comunicación e Internet también se consideran importantes en la patogenia de los delirios compartidos, lo que lleva a algunos a referirse a este trastorno como *folie à Internet*.

Los pacientes con parasitosis delirante frecuentemente buscan ayuda de muchos médicos. La estrecha cooperación multidisciplinaria entre los médicos suele ser clave para acortar el tiempo necesario para diagnosticar este trastorno. El inicio de la terapia psicofarmacológica es un desafío, ya que muchos pacientes rechazan cualquier tratamiento psiquiátrico por el estigma asociado a la enfermedad mental y también por su firme creencia de que tienen una infestación parasitaria y no una condición psiquiátrica.⁽⁵⁾ Para muchos pacientes, la sensación de falta de comprensión conduce al aislamiento y al desarrollo de síntomas de depresión, por lo que es crucial ganarse la confianza de estos pacientes mientras se cuida de ellos.

La literatura sobre la temática muestra dispersión, de ahí que la presente investigación se realizó con el objetivo de describir las opciones terapéuticas para pacientes con parasitosis delirante.

MÉTODOS

Se realizó una revisión de la literatura en la Universidad regional Autónoma de Los Andes entre enero y marzo de 2023 sobre la parasitosis delirante. Para ello se realizó una búsqueda de información en las bases de datos de PubMed y SciELO, utilizando los términos de búsqueda: "parasitosis delirante", "infestación delirante" y "síndrome de Ekbohm".

Se incluyeron artículos en español e inglés, que analizaran seres humanos. Se excluyeron revisiones bibliográficas y artículos que se centraran en animales. Se realizó un proceso de selección y cribado de los registros (figura 1).

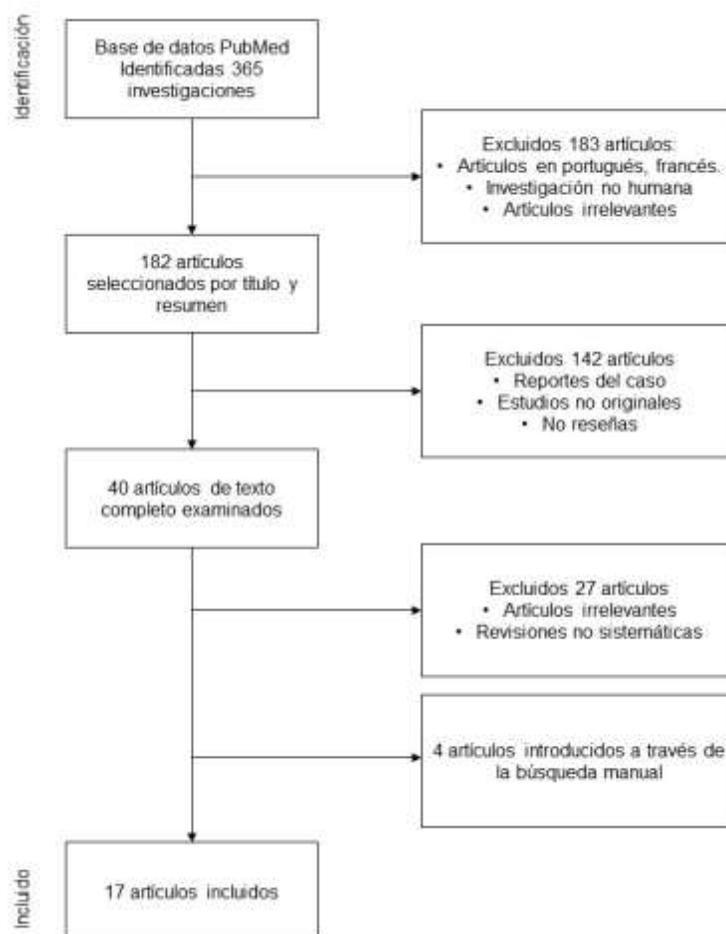


Fig. 1 Selección de publicaciones para análisis de revisión.

RESULTADOS

Se describirán varios elementos asociados a la parasitosis delirante, como lo es el diagnóstico, la fisiopatología y las opciones de tratamiento de la enfermedad mediante la presentación de planteamientos.

Diagnóstico

Un examen de diagnóstico completo es crucial para la selección de un tratamiento adecuado de una enfermedad con múltiples etiologías; siempre se debe excluir una infestación real de parásitos. Un examen dermatológico detallado de la piel y pruebas microbiológicas y de laboratorio exhaustivas, así como el raspado de la piel con aceite mineral, podrían ayudar al diagnóstico diferencial.⁽⁶⁾ Sin embargo, la ausencia de hallazgos microscópicos podría no ser concluyente si hay antecedentes de exposición o lesiones cutáneas típicas, como madrigueras.

Por otro lado, también es importante recordar que las enfermedades cutáneas parasitarias pueden manifestarse de forma diferente y que las lesiones cutáneas pueden ser atípicas.⁽⁸⁾ El cuadro clínico también puede verse alterado por sobreinfecciones bacterianas, que a menudo son causadas por la automanipulación del paciente. Después de descartar una parasitosis real, se debe analizar la posible etiología del prurito concomitante, si está presente, incluido el prurito relacionado con enfermedades sistémicas. Además, numerosos medicamentos pueden causar síntomas subjetivos como prurito o hormigueo, por lo que se recomienda una revisión cuidadosa de todos los medicamentos que toma el paciente.

Algunas otras condiciones en el espectro dermatopsiquiátrico requieren consideración como parte del diagnóstico diferencial. Las lesiones cutáneas en la dermatilomanía pueden ser similares a las observadas en la parasitosis delirante, pero los pacientes con dermatilomanía no tienen la creencia fija de una infestación cutánea imaginaria.

La sospecha de parasitosis delirante requiere la exclusión de otros trastornos psiquiátricos como esquizofrenia, depresión psicótica, demencia, psicosis afectivas o trastorno obsesivo-compulsivo. Cuando se excluyen estos trastornos, una supuesta infestación de parásitos y la presencia del signo de la caja de fósforos pueden ayudar al diagnóstico de parasitosis delirante. Luego se debe determinar el tipo exacto de parasitosis delirante, ya que es crucial para la selección de una terapia adecuada. Las formas secundarias (funcional) y orgánica de la parasitosis delirante siempre requieren el tratamiento de la enfermedad subyacente, mientras que la forma primaria suele tratarse con antipsicóticos. Los pasos diagnósticos para la parasitosis delirante se resumen en las figuras 2.

Fisiopatología

Todavía se sabe poco sobre los mecanismos neurobiológicos que pueden ser responsables de los síntomas de la parasitosis delirante. Sin embargo, se ha planteado la hipótesis de que el deterioro del funcionamiento del transportador de dopamina estriatal (DET), que también corresponde a un aumento del nivel de dopamina extracelular, podría ser un factor etiológico importante para ambas formas (primaria y secundaria) de parasitosis delirante.⁽¹⁾

DET es un regulador fundamental de la recaptación de dopamina en el cerebro, particularmente en el cuerpo estriado. Los medicamentos que inhiben la recaptación presináptica de dopamina en el transportador de dopamina (cocaína, anfetaminas, pemolina y metilfenidato) pueden inducir síntomas de infestación delirante, como hormigueo.

Además, se ha demostrado que muchos trastornos, como la esquizofrenia, la depresión, la lesión cerebral traumática, el alcoholismo, las enfermedades de Parkinson y de Huntington, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la deficiencia de hierro, todos los cuales pueden causar formas secundarias u orgánicas de parasitosis delirante, implican una DAT marcha disminuida.⁽⁹⁾

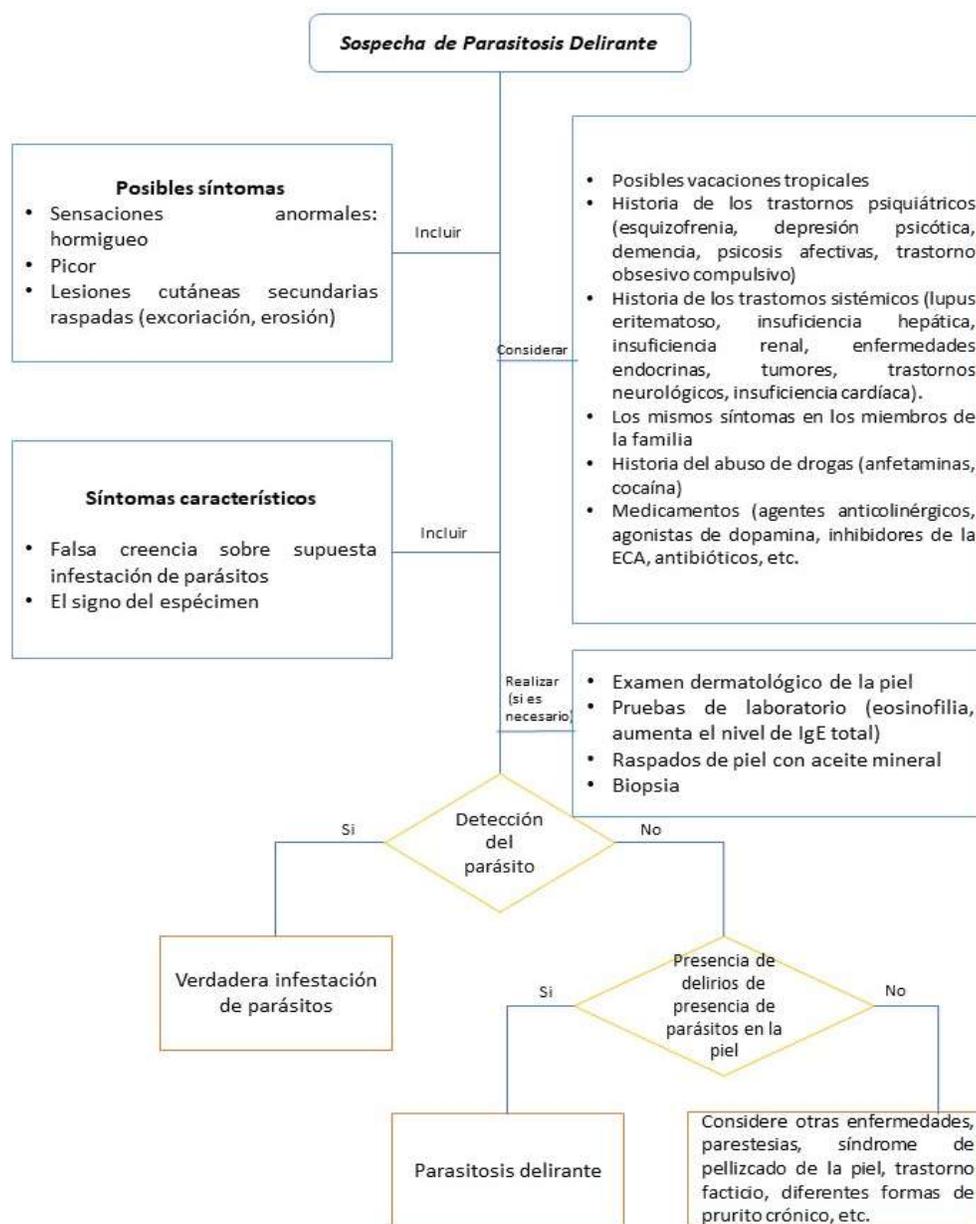


Fig. 2 Diagrama de flujo de sospecha de parasitosis delirante.

Opciones de tratamiento

Dado que este trastorno puede tener varios orígenes, es imperativo considerar todas las causas posibles de este trastorno y luego seleccionar una terapia adecuada para la forma específica de parasitosis delirante que sufre el paciente. Los síntomas persistentes, como los delirios, son siempre una indicación para la administración de medicamentos antipsicóticos.⁽⁴⁾

La evidencia sobre la eficacia entre los antipsicóticos de primera y segunda generación en el tratamiento de la parasitosis delirante es escasa. Actualmente, los antipsicóticos de segunda generación, como la risperidona o la olanzapina, se consideran terapias de primera línea, principalmente debido a sus perfiles más seguros y mejores tolerabilidades.

A la hora de seleccionar el medicamento, se debe analizar en detalle tanto la eficacia como los posibles efectos secundarios. Todos los antipsicóticos atípicos pueden causar disfunción metabólica, por lo que es necesario un control constante de los valores de laboratorio durante la terapia; no existe un consenso conocido sobre la dosis de antipsicóticos a utilizar en casos de parasitosis delirante. En pacientes de edad avanzada, la dosis debe ajustarse según la edad, la función renal y hepática y la presencia de otras enfermedades crónicas. Las dosis oscilan entre 1 y 8 mg/día de risperidona y de 5 a 10 mg/día de olanzapina.⁽¹⁰⁾

En la revisión crítica de la literatura realizada por Dipp et al.,⁽⁶⁾ se encontró que la risperidona y la olanzapina son los antipsicóticos atípicos más utilizados. La risperidona y la olanzapina tuvieron un impacto positivo en el 69 % y el 72 % de los pacientes examinados, respectivamente. El efecto máximo se logró después de al menos seis meses de tratamiento.

Muchos médicos no recomiendan la olanzapina como tratamiento farmacológico de primera línea debido a sus efectos secundarios metabólicos. Una buena alternativa podría ser el aripiprazol, que tiene el perfil de efectos secundarios más pequeño y no causa aumento de peso. En la mayoría de los casos, la terapia debe llevarse a cabo a largo plazo en dosis más bajas porque la interrupción del tratamiento puede causar una recurrencia de los síntomas.⁽¹¹⁾

A lo largo de los años, la administración de pimozida como opción de tratamiento de primera línea ha perdido importancia debido a las preocupaciones sobre su perfil de seguridad, la prolongación del intervalo QTc y el alto riesgo de síntomas extrapiramidales.⁽¹⁾

Se realizó un estudio que incluyó a 11 pacientes con parasitosis delirante en el que se evaluaron los efectos de la pimozida. La pimozida resultó ser mejor que el placebo para aliviar la sensación de prurito y delirios. Sin embargo, la sensación de alimañas y las excoriaciones permanecieron sin cambios.⁽¹²⁾ En una serie de casos de 33 pacientes con parasitosis delirante, 18 de ellos recibieron pimozida en dosis de 1 a 5 mg/día mientras que los otros 15 pacientes no tomaron el medicamento.⁽⁵⁾

Aunque la pimozida ha mostrado una eficacia relativamente buena en la mayoría de los pacientes, su uso está significativamente limitado por sus efectos secundarios. Con respecto a otros antipsicóticos de primera generación, el haloperidol, la perfenazina y la sulpirida parecen ser opciones más seguras.⁽⁷⁾ Los antipsicóticos de depósito pueden considerarse cuando existe una preocupación sobre el uso correcto de los medicamentos orales.⁽¹³⁾

Los síntomas depresivos pueden ser secundarios a una parasitosis delirante. Antes de iniciar el tratamiento farmacológico, los pacientes con síntomas leves deben probar la terapia cognitiva conductual (TCC). La TCC debe centrarse en generar confianza en el paciente; puede ayudar a crear conexiones entre los pensamientos, las emociones y los comportamientos del paciente.⁽¹⁴⁾

El objetivo de la TCC es convencer al paciente de que comience a cuestionar sus propias creencias fijas, lo que puede conducir a mejoras significativas en la vida social del paciente. Los antidepresivos pueden ser necesarios para aliviar la angustia en pacientes con síntomas depresivos moderados; los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina deben ser fármacos de primera línea.^(15,16,17) El escitalopram o la sertralina parecen ser buenas alternativas; combinarlos con antipsicóticos conduce a la menor cantidad de efectos secundarios. En pacientes con parasitosis delirante secundaria a depresión resistente a medicamentos, podría considerarse la terapia electroconvulsiva.

CONCLUSIONES

Los delirios de parasitosis, también conocidos como infestación delirante, parasitosis psicógena, hormigueo, infestación delirante o síndrome de Ekbom, son trastornos psiquiátricos raros, de baja incidencia. Existen dos formas de delirio de parasitosis: primaria y secundaria. Es imperativo que el tratamiento de los delirios de parasitosis implique un enfoque integrado, con un equipo interprofesional formado por médicos, especialistas, personal de enfermería especializado en salud psiquiátrica y farmacéuticos que trabajen en colaboración para lograr los mejores resultados para los pacientes. La parasitosis delirante a menudo se presenta a un profesional médico no psiquiátrico. La respuesta deficiente al tratamiento no psiquiátrico, el costo de la atención médica y la angustia significativa pueden conducir a características depresivas secundarias que agravan la situación.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Todos los autores participaron en la conceptualización, análisis formal, administración del proyecto, curación de datos, redacción - borrador original, redacción - revisión, edición y aprobación del manuscrito final.

Financiamiento

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boy L, Franco D, Alcaraz R, Benítez J, Guerrero D, Galeno E, et al. Parasitosis intestinales en niños de edad escolar de una institución educativa de Fernando de la Mora, Paraguay. Rev cient. Cienc. salud [Internet]. 2020 [citado 06/06/2023]; 2(1):54-62. Disponible en: <https://doi.org/10.53732/rccsalud/02.01.2020.54-62>
2. Pereira De Oliveira DJ, Sotelo A, Campins D, Fernández A, Milne R. Evaluación antropométrica infantil en comunidades criollas e indígenas de Maniapure, Venezuela: estudio preliminar. CIMEL [Internet]. 2020 [citado 06/06/2023]; 27(2): e1380. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/author/Diego-Jes%C3%BAs-Pereira-De-Oliveira/2207816246>
3. Navarro AG, Sáinz ÓB, Borillo JÁ, Roig PM, Ródenas RC, Goñi NY. Cocaína y síndrome de Ekbom: a propósito de un caso. Psiquiatría Biológica [Internet]. 2022 [citado 06/06/2023]; 29(2): 3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8698597>
4. Assunção IL, Mendes AK de A, Mendes Filho K de JS, Mendes Neto PC, Carvalho PSV de, Calisto MM, et al. Síndrome de Ekbom: revisão de literatura. Res Soc Dev [Internet]. 2021 [citado 06/06/2023]; 10(16): e302101623957. Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23957>

5. León Ruiz M, Mitchell AJ, Benito-León J. Delirio de parasitosis en la esclerosis múltiple: una expresión enigmática de una enfermedad pleomórfica. *Neurología* [Internet]. 2020 [citado 06/06/2023]; 35(6): 445–8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213485318301166>
6. Dipp Vargas C, Salgado Siles SF, Mendoza López Videla JN, Burgoa Seane M. Delirio de parasitosis o síndrome de Ekbom. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2020 [citado 06/06/2023]; 26(1): 46-9. Disponible en: http://scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-89582020000100008
7. Rodríguez-Alonso B, Álvarez-Artero E, Martínez-Goñi R, Almeida H, Casado-Espada N-M, Jaén-Sánchez N, et al. Delusional parasitosis. A multicenter retrospective study in Spanish infectious disease services. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2021 [citado 06/06/2023]; 39(5): 223–8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213005X20302639>
8. Benavides Jiménez HA, Velandia Sua EA, Vargas Gil ÓA, Vargas Rodríguez LJ, Vacca Carvajal BF, Suescún Carrero SH, et al. Prevalencia de parasitismo intestinal en niños de la comunidad indígena U'wa en Boyacá, Colombia. *Rev Médica Risaralda* [Internet]. 2022 [citado 06/06/2023]; 28(1): e24925. Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/24925>
9. Hernández-Figaredo P, Ramírez-Durán I. Síndrome de Ekbom o delirio parasitario. A propósito de un caso. *Arch Médico Camagüey* [Internet]. 2020 [citado 06/06/2023]; 24(6): e6834. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6834>
10. Espinoza JM, Porres S, Mayen E, Orozco R. Síndrome de Ekbom, Reporte de Caso. *Rev médicaGt, Colmedagua* [Internet]. 2019 [citado 06/06/2023]; 158(2): 127–9. Disponible en: <http://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/137>
11. García Tercero E, Landaluce Pelligra V, Alonso Seco M, Porta González LA. Síndrome de Ekbom: reporte de un caso en un paciente anciano. *Rev Clín Med Fam* [Internet]. 2020 [citado 06/06/2023]; 13(1): 81-4. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2020000100009&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Yenisey Gleidis MG, Ileana AG. Síndrome de Ekbom. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Psicovilla2021* [Internet]; 2021 [citado 06/06/2023]. Disponible en: <https://psicovilla2021.sld.cu/index.php/psicovilla/2021/paper/viewPaper/41>
13. Cevallos Macías RA, Suárez Intriago DK, Briones Valencia SK, Calderón López EE, Veliz Mero MD, Campozano Burgos MA. Tratamiento de parasitosis intestinal en niños menores de 5 años. *RECIAMUC* [Internet]. 2019 [citado 06/06/2023]; 3(1): 722–49. Disponible en: <http://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/255>
14. Murillo-Zavala AM, Rivero ZC, Bracho-Mora A. Parasitosis intestinales y factores de riesgo de enteroparasitosis en escolares de la zona urbana del cantón Jipijapa, Ecuador. *Kasmera* [Internet]. 2020 [citado 06/06/2023]; 48(1): [aprox 10 pp.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3730/373064123016/373064123016.pdf>

15. Szepietowski J, Salomon J, Hrehorów E, Pacan P, Zalewska A, Sysa-Jędrzejowska A. Delusional parasitosis in dermatological practice. JEADV [Internet]. 2007 [citado 06/06/2023]; 21(4): 462–5. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2006.01900.x>
16. Canlı D. A case of delusional parasitosis presented as shared psychotic disorder treated successfully with aripiprazole. Indian J Psychiatry [Internet]. 2020 [citado 06/06/2023]; 62(2): 219–20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32382188>
17. Brownstone N, Howard J, Koo J. Management of delusions of parasitosis: an interview with experts in psychodermatology. Int J Women's Dermatology [Internet]. 2022 [citado 06/06/2023]; 8(3): e035. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/JW9.0000000000000035>