

PSICOPATOLOGÍA

DELIRIO DE PARASITOSIS

(Rev GPU 2016; 12; 1: 94-98)

Carla Sepúlveda¹, Gonzalo Espinoza² y Maritza Bocić³

El delirio de parasitosis es un trastorno poco común en el cual los individuos afectados tienen una creencia falsa (delirio) y fija de que están infectados por parásitos, gusanos, bacterias, ácaros, u otros organismos vivos y/u objetos inanimados. Esta creencia no puede ser corregida por persuasión, razonamiento o argumento lógico.

El conocimiento clínico de los pacientes que presentan delirio de parasitosis es limitado; gran parte de la información conocida sobre la enfermedad viene de informes individuales de casos, pequeñas series de casos, metaanálisis o encuestas.

ANTECEDENTES

El delirio de parasitosis es parte de los desórdenes somatomorfos. Corresponde al tipo más común de la psicosis hipocondríaca monosintomática.

Se conoce con otros términos como síndrome de Ekblom, Morgellons, parasitosis psicogénica, delirio de infestación, delirio de ectoparasitosis, formicación, alucinosis táctil crónica, dermatofobia, parasitofobia, entre otros.

Es importante comentar que el delirio de parasitosis no es un trastorno habitual y su mal diagnóstico conlleva peor pronóstico y tratamiento, lo que perjudica al paciente y desconcierta a los profesionales.

Existen dos formas de delirio de parasitosis reconocidos:

- Delirio de parasitosis primario: trastorno psiquiátrico en el cual la única manifestación es el delirio de parasitosis.
- Delirio de parasitosis secundario: es un síntoma, se produce secundariamente a un trastorno psiquiátrico o enfermedad médica.

EPIDEMIOLOGÍA

En un estudio basado en la población de los residentes del condado de Olmsted, Minnesota, se encontró una tasa de incidencia de 1.9 (IC 95% 1.5-2.4) casos por 100.000 personas al año, entre 1976 y 2010. El promedio de edad de los pacientes fue de 61.4 años (rango de 9-92 años).

Un estudio retrospectivo de 147 pacientes con diagnóstico de delirio de parasitosis identificó las siguientes características sociodemográficas:

¹ Interna Medicina Universidad Santiago de Chile.

² Interno Medicina Universidad Santiago de Chile.

³ Médico Psiquiatra Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau.

- Promedio de edad: 57 años
- La relación mujer: hombre fue 2.89: 1
- El 56% estaba casado
- El 33% estaba cesante, 28% retirado y 26% empleado

Sin embargo, otros estudio encontraron que la mayoría de los pacientes no estaban casados y se concluyó que el aislamiento social actuaría más como un factor de riesgo que como una consecuencia de la enfermedad.

Con respecto a las comorbilidades en el estudio retrospectivo mencionado anteriormente, se encontró que en 81% (90/110) de los pacientes se reportaron historia de una o más enfermedades psiquiátricas. Los diagnósticos más comunes fueron depresión, abuso de sustancia y ansiedad. Y con respecto a las comorbilidades médicas, la mayoría presentaba hipertensión, dislipidemia e hipotiroidismo.

Dentro de las comorbilidades médicas que contribuirían a los síntomas del delirio se encontraron anemia, hipercalcemia, hipertiroidismo, enfermedad renal crónica en etapa terminal, enfermedad hepática, fibromialgia, epilepsia mal controlada, Alzheimer, Parkinson, enfermedad de la médula espinal y tumor carcinoide, entre otros.

La duración promedio de la sintomatología encontrada en este estudio fue de alrededor de 3 años, dato que coincide con otros estudios realizados.

PATOGENIA

Es desconocida. Una teoría que explica en general el desarrollo de los trastornos somatomorfos es que el paciente amplifica y perpetúa una enfermedad que desconocía y de la que toma conocimiento a través de otras personas, los medios de comunicación, la publicidad o las agencias de salud pública.

También se ha propuesto que el delirio de parasitosis podría estar relacionado con un exceso de dopamina extracelular a nivel del cuerpo estriado por una disminución de la función de los transportadores de dopamina.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Habitualmente los pacientes consultan a médicos generales o dermatólogos por una idea fija y falsa de que están infestados. Describen prurito y tienen excoriaciones por el rascado.

Tienen historia de múltiples consultas dermatológicas, que incluye rash, prurito, sensación de ardor y formicación (sensación de insectos que se arrastran por

la piel). El inicio suele ser insidioso y la mayoría de los pacientes tiene síntomas durante al menos seis meses, incluso algunos durante muchos años, antes de establecer el diagnóstico.

Pueden haber recibido terapias dermatológicas o antiparasitarias a pesar de no tener un diagnóstico establecido.

Algunos pacientes suelen traer muestras para exámenes, que se han recogido de su piel y pueden incluir costras o fibras de tela, pero no los parásitos

A menudo rechazan que la causa sea de origen psiquiátrico y se niegan a ser evaluados por un especialista en esta área.

Los pacientes pueden proporcionar historias extrañas e improbables en cuanto a su infestación, incluyendo descripciones exhaustivas de la aparición del parásito, hábitat, ciclo reproductivo, y los puntos de entrada y salida en el cuerpo. En el estudio retrospectivo de la Clínica Mayo la mayoría de los pacientes (76%) daba detalles de cómo se habían infectado.

Generalmente tienen funciones mentales intactas y un comportamiento normal. Sus delirios tienen un alcance limitado. Muchos individuos afectados son funcionales; en una minoría el delirio de parasitosis puede interferir con las actividades habituales.

El examen físico es a menudo poco revelador, se observan úlceras, excoriaciones y heridas que resultan de los intentos de eliminar los organismos utilizando uñas, cuchillos, alfileres u otros objetos. Las lesiones pueden ser asimétricas, sobre todo en los hombros y escápulas, reflejando el aumento del rango de alcance de la mano dominante del paciente. Se puede observar dermatitis de contacto como resultado de la limpieza excesiva o el uso de jabones abrasivos u otros productos químicos.

En el estudio mencionado recientemente las lesiones más vistas fueron excoriaciones, eritema, escaras, pápulas e hiperpigmentación posinflamatoria.

DIAGNÓSTICO

El delirio de parasitosis primaria es un trastorno psiquiátrico, diagnosticado en DSM-5 como un trastorno delirante, subtipo somático, con la alucinación de parasitosis como único síntoma psicótico. Los criterios diagnósticos del DMS-5 son:

- Presencia de un delirio con duración de un mes o más.
- Criterio A nunca se ha cumplido para Esquizofrenia

Nota: Las alucinaciones, si están presentes, no destacan y están relacionadas con el tema delirante.

CONDICIONES ORGÁNICAS ASOCIADAS CON DELIRIO DE PARASITOSIS

ABUSO DE SUSTANCIA Alcohol Anfetaminas Cocaína Metilfenidato	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Sífilis Tuberculosis SIDA
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Tumores SNC Enfermedad cerebrovascular Demencia Enfermedad de Huntington Enfermedad de Parkinson	ENFERMEDADES ENDOCRINAS Diabetes mellitus 2 Hipertiroidismo
DESÓRDENES NUTRICIONALES Déficit de vitamina B12 Pelagra	ENFERMEDADES CARDIACAS Arritmias Insuficiencia cardiaca congestiva
NEOPLASIA Linfoma Mama Leucemia linfocítica crónica	MEDICAMENTOS Fenelzina Pargilina Corticosteroides
	MISCELÁNEAS Enfermedad hepática Enfermedad renal Vitiligo Policitemia vera

Marcia S. Driscoll, Marti Jill Rothe, Jane M. Grant-Kels and Mahlon S. Hale (1993). Delusional parasitosis: A dermatologic, psychiatric and pharmacologic approach. *Journal of the American Academy of Dermatology*.

- c. Aparte del impacto del delirio o de sus ramificaciones, el funcionamiento no está notablemente deteriorado y el comportamiento no es extraño.
- d. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, estos han sido breves en relación con la duración de los periodos delirantes.
- e. El trastorno no se debe a los efectos de una sustancia u otra condición médica, y no se explica mejor por otro trastorno mental, como trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.

La evaluación médica es necesaria para descartar una parasitosis verdadera: preguntar sobre viajes especialmente a países en desarrollo y la exposición a individuos con parasitosis o a un ambiente infestado.

Se recomienda la realización de un hemograma con recuento diferencial para observar eosinofilia y la evaluación por un dermatólogo para ver las características de las lesiones.

Se debe descartar algunas causas de delirio de parasitosis secundario con una correcta anamnesis, examen físico y la realización de exámenes de laboratorio complementarios: electrolitos, urea, creatinina, función hepática, glicemia, TSH y niveles de folato

y vitamina B12. Basándose en los factores de riesgo individuales se podría solicitar serología VIH, test de tuberculina, VDRL, toxicológico en orina o exámenes imagenológicos.

Se debe tener presente que en el trastorno primario el delirio puede ser el único síntoma presente, o puede estar acompañado por ansiedad o depresión secundarias. En la forma secundaria, trastornos del estado de ánimo, ansiedad o trastornos por abuso de sustancia pueden estar presentes.

En el delirio de parasitosis primario la ansiedad o la depresión son secundarias, emergen después del delirio y con frecuencia como resultado de los temores sobre la infestación y la preocupación por el impacto en su vida. La duración de la ansiedad o la depresión tiende a ser más breve que el delirio. En el delirio de parasitosis secundario, este se produce al mismo tiempo o después de la aparición de un trastorno de ansiedad o depresión y puede seguir un curso paralelo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

PARASITOSIS VERDADERA: puede causar alteraciones sistémicas o cutáneas y se acompaña de una eosinofilia.

HIPOCONDRIA: es una preocupación de tener una enfermedad grave a pesar de una evaluación médica adecuada que la descarta. Los pacientes con hipocondría pueden centrarse en la infestación parasitaria. Sin embargo, los temores de infestación no son de una intensidad delirante.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS: se incluye esquizofrenia, ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, estrés postraumático, abuso de sustancia, entre otros.

PATOLOGÍAS MÉDICAS: se incluyen enfermedades tiroideas, diabetes mellitus, déficit de vitamina B12 o folato, sífilis, VIH, patologías hematológicas, enfermedades del sistema nervioso central y efectos secundarios de medicamentos (corticoides, ciprofloxacino, ketoconazol, topiramato, entre otros)

TRATAMIENTO

Delirio de parasitosis secundaria

El tratamiento debe enfocarse en la enfermedad médica o psiquiátrica primaria. Los antipsicóticos a veces se usan sintomáticamente por periodos limitados.

Delirio de parasitosis primario

Los antipsicóticos son el tratamiento de elección. No existen trabajos randomizados del uso de antipsicóticos en el delirio de parasitosis. Una revisión de una serie de casos y trabajos observacionales publicados que involucraron a cerca de 100 pacientes con delirio de parasitosis primaria informó una tasa de respuesta a antipsicóticos de 60 a 100%. No se encontró un antipsicótico superior a los demás, ni tampoco se apreciaba diferencia en las tasa de respuesta entre la primera y segunda generación de antipsicóticos.

Algo similar se observó en un estudio basado en un caso retrospectivo realizado por Freudemann y Lepping, en el que el tratamiento con antipsicóticos de segunda generación presentaba una remisión parcial o completa en el 75% de los pacientes con delirio de parasitosis.

Pimozida, un antipsicótico de primera generación, ha sido ampliamente utilizado en la práctica y en los informes de delirio de parasitosis publicados, pero ya no se considera el tratamiento de primera línea. Este fármaco además de producir un bloqueo selectivo de los receptores tipo 2 de dopamina tiene efectos antagonistas sobre los receptores de opiáceos, por lo que se ha pos-

tulado que contribuiría a una reducción en el prurito y la formicación. Se ha reportado respuesta a la pimozida en hasta un 90% de los pacientes en series de casos y estudios no controlados revisados.

La pimozida, junto con la tioridazina y haloperidol intravenoso, prolongan el intervalo QT, particularmente a dosis más altas. Se ha informado muerte súbita en pacientes utilizando pimozida, por lo general con dosis de 10 a 20 mg diarios.

Otros antipsicóticos de primera generación como perfenazina, clorpromazina y tioridazina se describen en los casos publicados como tratamiento efectivo en el delirio de parasitosis. Los efectos adversos más comunes de estos medicamentos incluyen los efectos extrapiramidales (temblor, bradicinesia, marcha arras-trando los pies, acatisia), reacciones distónicas agudas, discinesia tardía y la hiperprolactinemia.

Más recientemente, los antipsicóticos de segunda generación han sido descritos en los reportes de casos como un tratamiento efectivo para el delirio de parasitosis, incluyendo risperidona, olanzapina, quetiapina, sertindol, sulpirida, aripiprazol y la paliperidona. Los efectos secundarios asociados con los antipsicóticos de segunda generación incluyen aumento de peso, diabetes, hiperlipidemia y la discinesia tardía. Algunos de estos medicamentos también causan efectos secundarios extrapiramidales, pero en general menos que los de primera generación.

Los pacientes con delirio de parasitosis a menudo responden a dosis más bajas de antipsicóticos que los pacientes con otros trastornos psicóticos. El antipsicótico debe iniciarse a una dosis baja y aumentarla gradualmente (por ejemplo, en incrementos semanales) para minimizar los efectos secundarios y llegar a la dosis diaria más baja que sea efectiva. Después de alcanzar una respuesta clínica adecuada, el antipsicótico se debe mantener durante al menos un mes, y preferiblemente durante varios meses. Para suspender el fármaco se disminuirá gradualmente la dosis a lo largo de un periodo de semanas.

Convencer a los pacientes a tomar medicamentos antipsicóticos es un reto importante en el manejo de este trastorno. El rechazo de una base psiquiátrica para esta dermatopatía es una característica definitoria de la enfermedad, por lo tanto el rechazo de tratamiento psiquiátrico es de esperar. Se han sugerido algunas estrategias en la prescripción de antipsicóticos para estos pacientes, dentro de las cuales tenemos que, por ejemplo, explicar que existe un desbalance bioquímico y que el medicamento ayudaría a tratar esto, que el utilizar antipsicóticos no significa que tenga esquizofrenia, que un medicamento se puede utilizar para distintas

patologías, que otros pacientes que han utilizado antipsicóticos han presentado una buena respuesta, entre otras.

Como último recurso, una combinación de un antipsicótico y un curso corto de un antiparasitario relativamente seguro (como mebendazol, ivermectina o albendazol) puede ser utilizado en un paciente que está convencido de no querer tomar el antipsicótico solo.

La remisión espontánea y un tratamiento exitoso con antidepresivos también se han descrito en el delirio de parasitosis tanto primario como secundario.

Los pacientes en general presentan una mala adherencia al tratamiento, por lo que para aumentarla se recomienda realizar un tratamiento en equipo tanto dermatológico como psiquiátrico.

SEGUIMIENTO

Un estudio realizado en Londres determinó la respuesta a tratamiento y la recurrencia de la patología: de un total de 73 pacientes, 52 con delirio de parasitosis primario y 21 con secundario, de los cuales un 81% recibió tratamiento, la mayoría con antipsicóticos y el resto con antidepresivos. De estos pacientes se informó mejoría o resolución sintomática en 68%. El 32% restante no respondió al tratamiento. Más específicamente, las tasas de respuesta en los grupos de delirio de parasitosis primarios y secundarios fueron 75% y 53% respectivamente, hallazgo contrario a lo encontrado en el estudio de Freudemann y Lepping. Esto puede ser debido al hecho de que el delirio de parasitosis secundario es resultado de otros factores, tales como abuso de sustancias, un trastorno neurológico o psiquiátrico subyacente, y por lo tanto la respuesta global del tratamiento dependerá de la identificación y tratamiento del problema subyacente, en vez del tratamiento del delirio propiamente tal.

De los 40 pacientes que reportaron mejoría sintomática, solo 15 completaron el tratamiento. Se observó una resolución total de los síntomas en 11 pacientes

(73%) durante al menos 9 meses después de suspender el tratamiento (rango de 9 meses - 2.5 años). Los cuatro restantes (27%) experimentaron recurrencia de los síntomas antes de cuatro meses de finalizado en tratamiento. Por tanto, parece que la mayoría de los pacientes tratados presentan periodos de remisión largos. Hay un subgrupo de pacientes que presenta riesgo de recurrencia poco tiempo después de interrumpir el tratamiento y puede requerir un manejo farmacológico más prolongado o terapia de mantenimiento a largo plazo si las recaídas son recurrentes.

REFERENCIAS

1. Foster AA, Hylwa SA, Bury JE, Davis MDP, Pittelkow MR, Bostwick JM (2012). Delusional infestation: Clinical presentation in 147 patients seen at Mayo Clinic. May 16, 2015, de *Journal of the American Academy of Dermatology*. Sitio web: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019096221102278X>
2. Huergo C, Fernández G (2007). Delirio de Ekbohm. Mayo 16, 2015, de *Psiquiatría biológica*. Sitio web: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-delirio-ekbom-13113682>
3. Suh KN, Keystone JS (2013). Treatment of delusional parasitosis. May 16, 2015, de *Up to Date*. Sitio web: http://www.uptodate.com.ezproxy.usach.cl/contents/treatment-of-delusional-parasitosis?source=search_result&search=delirio+de+parasitosis&selectedTitle=1~150
4. Suh KN, Keystone JS (2014). Delusional parasitosis: Epidemiology, clinical presentation, assessment and diagnosis. May 16, 2015, de *Up to Date*. Sitio web: http://www.uptodate.com.ezproxy.usach.cl/contents/delusional-parasitosis-epidemiology-clinical-presentation-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=delirio+de+parasitosis&selectedTitle=2~150
5. Driscoll MS, Rothe MJ, Grant-Kels JM, Hale MS (1993). Delusional parasitosis: A dermatologic, psychiatric and pharmacologic approach. May 26, 2015, de *Journal of the American Academy of Dermatology*. Sitio web: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019096229370284Z>
6. Wong S, Bewley A (2011). Patients with delusional infestation (delusional parasitosis) often require prolonged treatment as recurrence of symptoms after cessation of treatment is common: an observational study. May 26, 2015, de *British Journal of Dermatology*. Sitio web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21605110>