

## **SÍNDROME DE EKBOM: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Belén María Horcajo Marrupe, Anna Maria Boszczyk, Concepción Vicente Martí, Joaquín Gil Sánchez, Marta Roca Carles

HGU Reina Sofía (Murcia)

[correo@loquesea.com](mailto:correo@loquesea.com)

### **RESUMEN**

Presentamos el caso de un varón nigeriano de 36 años que acude al Servicio de Urgencias por molestias físicas en el abdomen de 5 años de evolución. Atribuye estas molestias a la presencia de un gusano en su hemicuerpo derecho que oye respirar cuando se asoma por el oído. El parásito le impide la alimentación y las relaciones sexuales interviniendo en la consistencia de su esperma según relata el paciente. Muestra manchas negras en los miembros inferiores que considera consecuencia del gusano, y unas heridas en las palmas de las manos a causa de aplicarse calor como método para terminar con él. Se observa cierta hipertimia y la negación de posible causa psiquiátrica de la sintomatología. Afirma consumo habitual de marihuana. Tras descartar causa orgánica y en base a la sintomatología descrita se establece el diagnóstico de Síndrome de Ekbom. El síndrome de Ekbom, conocido también como delirio dermatozoico, parasitario, de infestación o "Acarofobia", es un cuadro psicótico inespecífico en el que los pacientes se consideran a sí mismos infectados por parásitos que se encuentran sobre la piel o debajo de esta. Como conclusión a partir de este caso, nos planteamos la dificultad en el diagnóstico de determinados síndromes debido a la influencia de la transculturalidad.

## SÍNDROME DE EKBOM: A PROPÓSITO DE UN CASO

### INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Ekbom fue descrito inicialmente por Thibierge en 1894, quien lo denominó «Acarofobia». Años más tarde, Ekbom, lo llamó delirio involutivo o de la «presenilidad» en su conocido trabajo *Der praesenile dermatozoenwhan*. Este autor, optó por ese nombre al identificar su manifestación frecuente en personas mayores, a menudo del sexo femenino y con una habitual asociación con trastornos cerebrales orgánicos.

Es también conocido como delirio dermatozoico, parasitario o de infestación y consiste en un cuadro psicótico inespecífico en el que los pacientes se consideran a sí mismos infectados por parásitos que se encuentran sobre la piel o debajo de esta.

El síndrome de Ekbom se considera un subtipo de trastorno delirante incluido dentro del tipo somático de los mismos.

En el trastorno delirante tipo somático, conocido también como psicosis hipocondriaca monosintomática, aparecen ideas delirantes en las que la persona cree tener algún defecto físico o una enfermedad médica, en ausencia de evidencias objetivas, malinterpretando las sensaciones subjetivas corporales.

Se puede dividir este tipo somático en delirios relativos a la piel (donde encontraríamos el síndrome de Ekbom), delirios de deformidad (dismorfofobia), delirios de tipo olfatorio y otros tipos.

La conducta en el Síndrome de Ekbom está dominada por una lucha contra los insectos imaginarios, provocándose lesiones en su afán por eliminarlos. Utilizan tratamientos antiinfecciosos y continuas actividades de limpieza, pudiéndose aislar socialmente por temor a contagiar a sus familiares u otras personas cercanas. Aparece de forma característica "la caja de cerillas", descrito por Lyell en 1983, que consiste en que el paciente dice que ha logrado capturar al parásito y lo trae para mostrarlo en aquel recipiente.

Se estima que la prevalencia anual del delirio de parasitosis es de 80 casos por millón de habitantes, con una incidencia anual de 20 casos por millón. Se encuentra con más frecuencia en mujeres de edad media. Puede presentarse de forma aislada o formando parte de una gran variedad de enfermedades, tanto físicas (consumo de tóxicos, déficits vitamínicos y patología renal o hepática inductora de prurito), como psíquicas (esquizofrenia y otras psicosis, trastornos afectivos y trastornos ansiosos).

## SÍNDROME DE EKBOM: A PROPÓSITO DE UN CASO

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El primer diagnóstico diferencial a tener en cuenta es el hormigueo (sensaciones de que el parásito en cuestión se arrastra, pica la piel...). A diferencia de los pacientes con delirios de infestación, no tienen la firme creencia de que sus síntomas se deban a un parásito. Algunos afirman explícitamente que ellos no creen que las sensaciones se deban a un ser vivo, mientras que otros, que han considerado una plaga como una posible causa de los síntomas, no están convencidos de que éste sea el caso. Por definición, cuando los pacientes no están seguros de si tienen o no una infestación no podemos considerar que tengan una alteración mental en la línea de la psicosis. El hormigueo puede ser idiopático o secundario a un diagnóstico neurológico subyacente.

El segundo diagnóstico diferencial es aquel en el que se presenta el hormigueo y delirios secundarios al abuso de sustancias. Drogas como la cocaína y las anfetaminas pueden inducir hormigueo y, a veces, un estado delirante similar al ocurrido en el delirio de infestación. Aunque la mayoría de los consumidores de cocaína son conscientes de que lo que experimentan es una alucinación inducida por el consumo de drogas, algunos usuarios crónicos de cocaína, rara vez, pueden desarrollar la ilusión de que están siendo infestados.

Un tercer diagnóstico diferencial sería la manifestación de un trastorno psiquiátrico global. Algunos pacientes con esquizofrenia pueden tener una falsa ilusión de que están siendo atacados por "organismos" como resultado de la paranoia. Los pacientes con depresión psicótica pueden creer que están contaminados o están sucios debido a una infestación de ácaros. Estos pacientes también presentan, sin embargo, intensos síntomas de la esfera afectiva (estado de ánimo deprimido, desesperanza, impotencia, culpabilidad excesiva...). El tratamiento en estos casos debe ir dirigido al diagnóstico subyacente.

Otros diagnósticos que se pueden considerar son las causas sistémicas. Las deficiencias nutricionales pueden presentarse con síntomas similares a la acarofobia, e incluyen la pelagra, deficiencia de vitamina B12 y la deficiencia de folato. Los síntomas del Síndrome de Ekbom pueden presentarse en el contexto de una enfermedad cerebrovascular y en trastornos del sistema nervioso central tales como la demencia, esclerosis múltiple, lesiones en la cabeza y la atrofia multisistémica. En infecciones del sistema nervioso central como la neurosífilis, la meningitis y la encefalitis también se han asociado estos síntomas. Las pruebas de laboratorio apropiadas serán esclarecedoras en la precisión diagnóstica.

Por lo tanto, teniendo en cuenta estas consideraciones, en el diagnóstico del delirio de parasitosis, primero debemos descartar la presencia de una infección real y de estas causas médicas y psiquiátricas señaladas. El motivo de consulta principal es el prurito asociado a excoriaciones. Además, presentan con frecuencia ilusiones interpretativas secundarias al sistema

## **SÍNDROME DE EKBOM: A PROPÓSITO DE UN CASO**

delirante. Rara vez el paciente es visto en primera instancia por el psiquiatra, siendo los dermatólogos los que suelen iniciar la evaluación.

### **TRATAMIENTO**

Debido a la naturaleza psiquiátrica del trastorno, lo ideal sería que estos pacientes fueran tratados por dos profesionales: un dermatólogo y un psiquiatra. Generalmente, sin embargo, estos pacientes se niegan a ver a un profesional de salud mental, ya que no reconocen que la causa subyacente de los síntomas sea de naturaleza psiquiátrica.

El primer y más importante paso para ayudar a estos pacientes de manera efectiva es desarrollar una fuerte alianza terapéutica. Sin este importante vínculo, es poco probable que colaboren en la toma de medicamentos antipsicóticos, en la realización de pruebas de laboratorio, cultivos o en cualquier otra forma de ayuda que se les ofrezca.

Confirmado el diagnóstico psicótico, el tratamiento farmacológico idóneo sería un neuroléptico. Clásicamente se ha observado una buena y específica respuesta al antipsicótico típico pimozida. Sin embargo, éste no es un tratamiento de primera línea por su perfil de efectos secundarios.

Por otro lado, se han señalado los efectos beneficiosos de otros antipsicóticos: risperidona, quetiapina, olanzapina y amisulpride.

Estos pacientes buscan asesoramiento de varios profesionales y, en consecuencia, diferentes especialidades se encuentran involucradas. En nuestra opinión, esta es una oportunidad para establecer una colaboración multidisciplinar. Probablemente sea la mejor manera de asegurar el bienestar del paciente.

### **CASO CLÍNICO**

Presentamos el caso de un varón de 36 años, natural de Nigeria, que acude al Servicio de Urgencias por molestias físicas en el abdomen y tórax de 5-6 años de evolución.

Tras descartar causa orgánica, en la exploración psiquiátrica, atribuye estas molestias a la presencia de un gusano en su hemicuerpo izquierdo que, recientemente, se ha movido al derecho. Lo oye respirar cuando se asoma por el oído. El parásito le impide la alimentación y el mantenimiento de relaciones sexuales ya que interviene en la consistencia de su esperma.

Muestra manchas negras en los miembros inferiores que considera consecuencia del gusano, y unas heridas en las palmas de las manos a causa de, aplicarse calor como método para terminar con él.

## **SÍNDROME DE EKBOM: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Se observa cierta hipertimia y la negación de posible causa psiquiátrica de la sintomatología. Afirma consumo habitual de marihuana.

Tras observar la alteración del juicio de realidad y considerar el riesgo que el propio paciente suponía para él mismo en su intento de "controlar al parásito", se procedió a realizar un ingreso involuntario en el Servicio de Psiquiatría.

Tanto el paciente como el familiar que lo acompañaba, se mostraron en todo momento en desacuerdo con dicho ingreso. Consideraban que el tratamiento pasaba por "volver a su país y realizar una especie de conjuro".

### **CONCLUSIONES**

La psiquiatría transcultural es una rama de la psiquiatría muy poco desarrollada aún en España. En este enfoque, se intenta tratar las enfermedades mentales teniendo en cuenta el contexto cultural e intentando des-centralizar la mirada del enfoque clásico europeo.

Invitamos, a partir de este caso clínico, a la discusión sobre el papel que en la actualidad tiene la psiquiatría transcultural en nuestro país.

### **BIBLIOGRAFÍA**

López L., Pérez S., Rodas A.F., Morales M.A. Delirio de Parasitosis. Comunicación de 4 casos. Revista Central Dermatología Pascua. Vol. 19, Núm. 1. Ene-Abr 2010.

Zamora F.J., Benítez C., Calderón P., Guisado J.A., Teva M.I., Sánchez-Waisen M.R. Un caso de Síndrome de Ekbom. Psiquiatría Biológica. 2011; 18(1): 42-44