

“No puedo comer porque les alimento a ellos”.
Un caso sobre el Síndrome de Ekbom.

M^a Teresa Mongay Elola, Sandra Jiménez Motilla, Zelma González Vega, Silvia, Sanz Llorente.
Residentes de Psiquiatría del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

- El **delirio parasitario o de infestación** consiste en una **idea delirante** en la que los enfermos creen tener infestaciones pudiendo llegar a sufrir picaduras, a veces auto producidas, al rascarse compulsivamente. El paciente tiene **alucinaciones somáticas** sintiendo el insecto en su piel o dentro de su cuerpo y visuales (**dermatozoopsias**) en las que cree que lo está viendo. Acuden al especialista (dermatólogo...) con supuestas muestras de los organismos en cajas, que pueden estar vacías, o contener simples muestras de piel. Esto es característico del **Síndrome de Ekbom**: el “**Signo de la caja de cerillas**”.

Caso clínico

Varón de 38 años, consumidor de **cocaína**, que es traído a los servicios de urgencias, por su familia, por alteraciones conductuales y comportamiento aberrante en los últimos días.

- **Antecedentes psiquiátricos**: Debut a los 22 años con un episodio psicótico secundario a consumo de cannabis. Posteriormente inicia consumo de cocaína (a los 25 años) y de heroína (a los 27). En la actualidad consumía unos 2-3 gramos de **cocaína** los fines de semana, hasta el ingreso actual.

- **Enfermedad actual**: El paciente refiere tener “bichos” dentro de su cuerpo “**están en todo mi ser, por debajo de la piel, sobre mi lengua, en mi estómago y hasta por mis músculos**”. Los sentía moverse y morderle. Se había producido lesiones de rascado e incluso mordiscos tratando de erradicarlos. Además refería que podía olerlos, “huelan a carne podrida”.

Dos días antes de acudir al hospital había comenzado con un comportamiento con **conductas aberrantes** consistente en duchas de horas de duración y con agua demasiado caliente, produciéndose **quemaduras** “**ahora ya no podrán vivir en ese trozo de mi piel**”, negándose a la ingesta “**no puedo comer porque les alimento a ellos**” y a dormir, permaneciendo toda la noche en vela revolviendo todos los muebles de la casa buscando el foco e incluso utilizando el taladro para realizar agujeros y encontrarlos. Colabora enseñando una colección de **cajas de cerillas** que según el paciente **contienen el parásito** y para que se puedan ver trae una lupa (**las cajas contienen solamente restos de piel**).

- **Exploración psicopatológica**: Consciente, orientado auto y alopsíquicamente. Múltiples **lesiones por mordiscos** y arañazos. Inquietud psicomotriz. Discurso centrado en las alternativas (poco viables) que tiene para combatir la infestación. Angustia reactiva a los fenómenos alucinatorios. Alucinaciones visuales (**dermatozoopsias**) y somáticas (nota el movimiento y mordiscos de los parásitos). Ideación delirante de infestación. Hiporexia intensa. Juicio de realidad mermado.

- **Evolución durante el ingreso**: Se instaura tratamiento antipsicótico con **pimozida**. Progresivamente desaparecen las alucinaciones olfativas y visuales. El paciente desarrolla **conciencia de la irrealidad** de dichos fenómenos. Se aprovecha dicho momento para iniciar una serie de entrevistas motivacionales con el objetivo de **abandonar el consumo de cocaína**, aparte de continuar la abstinencia de heroína, que desea seguir de forma ambulatoria cuando salga de alta.

Juicio clínico:

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína. F14 (CIE-10).

Discusión

Como en otras enfermedades psiquiátricas, el punto más difícil consiste en que el enfermo entienda el **origen** del trastorno. Hecho que es más factible cuando se ha instaurado el tratamiento.

No hay antipsicótico de elección para este síndrome, se ha utilizado pimozida, pero otros fármacos también han mostrado eficacia.

Cuando el síndrome consiste en una **idea delirante secundaria**, es muy importante **tratar la causa**, en este caso, es completamente necesaria la **total abstinencia a sustancias** para prevenir un segundo episodio.