

# Están dentro de la caja de cerillas, mírelo usted

T. Delgado Durán (FEA Psiquiatría); F.J. Márquez Ligeró (FEA Psiquiatría)  
Hospital Costa de la Luz (Huelva)

## CASO CLÍNICO

Varón de 46 años de edad, soltero y sin hijos. Segundo de cinco hermanos. Vive solo desde hace cuatro años. Inactivo laboralmente. Pensionista. Realiza seguimiento en un Centro Comarcal de Drogodependencias, en tratamiento con 80mg de Metadona. Realiza también seguimiento de forma irregular en consultas ambulatorias de Salud Mental de años de evolución, con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad. Actualmente mantiene el tratamiento pautado en dicho dispositivo: Mirtazapina 15mg/día, Diazepam 10mg 1/2 comprimido en la cena y Gabapentina 300mg/12h.

### HISTORIA TOXICOLÓGICA

- **NICOTINA:** inicia a los 17 años, con consumo activo de aproximadamente 10 cigarros al día.
- **ALCOHOL:** inicia a los 16 años, con consumo activo con frecuencia diaria.
- **THC:** consumo esporádico, manteniéndose abstinentemente desde hace más de un año según refiere.
- **OPIOIDES:** inicia el consumo a los 25 años de edad, abandonándolo a los 32 años, que comienza tratamiento sustitutivo con agonista opiáceo (metadona).
- **COCAÍNA:** inicia el consumo a los 25 años de edad, rebujado con heroína, que abandona también a los 32 años, manteniéndose abstinentemente hasta seis meses previos al ingreso, desde cuando consume 2-3 gramos diarios.

### ANAMNESIS

El paciente es traído a Urgencias por los servicios médicos de la zona, derivado por su Médico de Atención Primaria porque refiere ver bichos en el cuerpo "están en todo mi cuerpo, por la piel, en el estómago...empezaron hace tres meses con la picadura del "mosquito tigre" y cuando lo maté comenzaron a multiplicarse... ahora están, hasta en mis partes".

Trae múltiples marcas en los brazos, que comenta que son bocados de los bichos y que estas lesiones huelen mal, como a carne podrida". Esta situación provoca que todo el día esté moviendo los muebles de casa, tiene la casa "patas arribas" buscando el foco por donde salen. No realiza ingesta alimentaria porque al tener el estómago lleno de mosquitos, no los quiere alimentar. No duerme por la invasión de estos. En consulta salta en varias ocasiones refiriendo picaduras de los mosquitos. Trae una caja de cerillas vacía, que según el paciente, está llena de los mosquitos y como estos son microscópicos, trae una lupa para poder verlos (el bote únicamente contiene restos de piel) y refiere "Están dentro de la caja de cerillas, mírelo usted". Refiere que si no se le ayuda se va a quitar la vida por no soportar más esta situación. Se le oferta ingreso en Psiquiatría, rechazándolo por no considerar que su problema sea psiquiátrico, por lo que procedemos al Ingreso Urgente Involuntario en la Unidad.

### EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA AL INGRESO

Al ingreso, el paciente se muestra consciente, orientado en espacio, tiempo y persona. Atento y colaborador. Presenta múltiples lesiones en los brazos (parte del cuerpo no oculta por la ropa). Inquietud psicomotriz, que según avanza la entrevista, va aumentando en intensidad y por momentos salta de la silla. Su discurso es fluido y espontáneo, bien articulado y estructurado, con contenido centrado en primer lugar en los mosquitos y en la limitación que estos le causan y al final de la entrevista en justificar que él no es un enfermo psiquiátrico y que lo justo sería ingresar en otra planta del Hospital. Verbaliza intencionalidad autolítica no estructurada si no se le presta ayuda e intencionalidad heteroagresiva y de demandar a los que en las atenciones previas de urgencia no le han ofrecido la ayuda que necesitaba y hacia mi persona por ingresarlo en contra de su voluntad. Demandante y suspicaz. Angustia flotante reactiva a los fenómenos alucinatorios. No alteraciones anímicas según refiere. Fenómenos alucinatorios visuales (dermatozoopsias) y somáticos (nota continuamente las picaduras de los mosquitos). Ideación delirante de estar infectado por todo el cuerpo por los mosquitos. Alteración del ritmo sueño-vigilia e hiporexia intensa con pérdida de peso. Nula conciencia de enfermedad.

### CURSO CLÍNICO

Al ingreso, se le mantiene el tratamiento psicofarmacológico que venía realizando, añadiendo pimozide 8mg/24 horas como neuroléptico. A los dos o tres días de permanecer en la Unidad y tomar el tratamiento pautado, así como asegurar la abstinencia cocaínica, desaparecen en el paciente los fenómenos alucinatorios y las conductas de rascado. Toma conciencia de la irrealidad de dichos fenómenos, mostrándose mucho más adecuado en el contacto con el personal sanitario y con el resto de pacientes, estando tranquilo y colaborador en las tareas de la Unidad. Regula el ritmo sueño-vigilia, recupera el apetito, realizando una ingesta alimentaria normalizada. Toma conciencia de su dependencia cocaínica y de la necesidad de abandono de este hábito para evitar que vuelva a suceder un episodio similar. Dada la estabilización clínica, se procede al alta domiciliaria, para continuar seguimiento a nivel ambulatorio.

### DIAGNÓSTICO DSM-IV-TR

EJE I: F14.51 TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR COCAÍNA, CON IDEAS DELIRANTES [292.11]  
F14.24 DEPENDENCIA DE COCAÍNA grave, con dependencia fisiológica [304.20]  
F11.22 DEPENDENCIA DE OPIACEOS en terapéutica con agonistas. [304.00]  
F10.24 DEPENDENCIA DEL ALCOHOL moderado. [303.90]  
EJE II: Z03.2 No hay diagnóstico, características de personalidad paranoide.  
EJE III: Hernia discal L5-S1 intervenida quirúrgicamente.  
EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.  
Pensionista  
EJE V: EEAG (al ingreso): 45 EEAG (al alta): 70

## DISCUSIÓN Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Según la literatura, este síndrome se basa en una idea delusiva de mecanismo alucinatorio táctil (alucinaciones hápticas) y visual (dermatozoopsias), de una ocurrencia delirante primaria, o de una idea delusiva secundaria, entre otras patologías, a intoxicación, depresión, o demencia y otras entidades neurológicas. Existen dos grandes grupos: uno ectoparasitario (piel), y otro endoparasitario (orificios u órganos internos). Físicamente se observan numerosas lesiones en zonas de piel accesibles al rascado. El enfermo acude al médico (dermatólogos, internistas, alergólogos, ...) con los patógenos imaginarios que ellos han capturado de su propia piel en frascos o caja de cerillas, siendo este hecho un signo patognomónico del Síndrome de Ekbohm conocido como "signo de la caja de cerillas", algunos intentan tomarles fotografías y los examinan utilizando lentes de aumento.

La principal dificultad terapéutica en estos pacientes consiste en involucrarlos en una terapia psiquiátrica, no existiendo tratamiento de elección para esta entidad. Inicialmente se ha usado pimozide como tratamiento de elección, aunque también se ha demostrado la eficacia de neurolépticos atípicos como la risperidona, la paliperidona o el aripiprazol.