

# OLANZAPINA EN EL DELIRIO DE PARASITACIÓN: SERIE DE CASOS CLÍNICOS

Ma. José Tribó<sup>1</sup>, S.Ros<sup>2</sup>, F.J.Arranz<sup>3</sup>, F.Gallardo<sup>1</sup>, A.Toll<sup>1</sup>, M.Turroja<sup>1</sup>, A.Bulbena<sup>2</sup>, RM Pujol<sup>1</sup>  
 Servicios de <sup>1</sup>Dermatología y <sup>2</sup>Psiquiatría. Hospital del Mar. IMIM. IMAS. Barcelona.  
<sup>3</sup>Departamento Médico Esteve. Barcelona

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes con delirio de parasitación se caracterizan por una preocupación con convencimiento delirante, de que su piel está infectada o invadida por insectos, gusanos u otros organismos vivos. Los pacientes intentan capturar a los supuestos parásitos mediante rascado, presentándole al dermatólogo restos de piel excoriada para su estudio (Fig 1) (Fig 2). En algunas ocasiones, el delirio de parasitación también puede involucrar a terceras personas que comparten el delirio (folie a deux o delirio inducido). Puede estar relacionado con xerosis cutánea, disfunciones cerebrales orgánicas, pelagra, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y con enfermedades psiquiátricas (demencia multiinfarto, depresión mayor, consumo de cocaína o anfetaminas). Al dermatólogo la clave diagnóstica, después de descartar infestación y causa orgánica, se la da, la práctica ausencia de daño cutáneo y la aportación de especímenes (Fig 3)



(Fig 1)



(Fig 2)



(Fig 3)

## OBJETIVO

Evaluar eficacia y seguridad de Olanzapina en pacientes con delusión parasitaria

## METODOLOGÍA

Se describe una serie de 9 casos clínicos (7 mujeres y 2 hombres) (Fig 4) procedentes del Servicio de Dermatología del Hospital del Mar y diagnosticados de delirio de parasitación. Todos ellos han sido tratados con Olanzapina, a dosis flexible entre 2.5 y 15 mgrs/día (Dosis media 11,5 mgrs). Antes de iniciar el tratamiento los pacientes han sido evaluados según protocolo dermatológico (analítica estándar, estudio anatomopatológico y examen microscópico

de las muestras aportadas por el paciente). Como instrumento de cambio terapéutico se ha utilizado la PANSS de síntomas positivos y una escala de impresión clínica global (ICG). Durante 12 meses se realizó seguimiento de los pacientes cada tres meses, y al final del tratamiento se les administró de nuevo la escala PANSS y la ICG. (Figs 5, 6 y 7)

Figura 4: Características de los pacientes

Sexo:	
Varones:	2 (22%)
Mujeres:	7 (78%)
Edad media (Rango)	55,3 (40 - 71)
Dosis media de Olanzapina	11,5 mg/día
Medicación concomitante:	Metadona: (1) Paroxetina: (2) Trazodona: (1) Sertralina: (1) Alprazolam: (1)

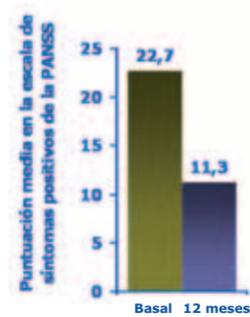
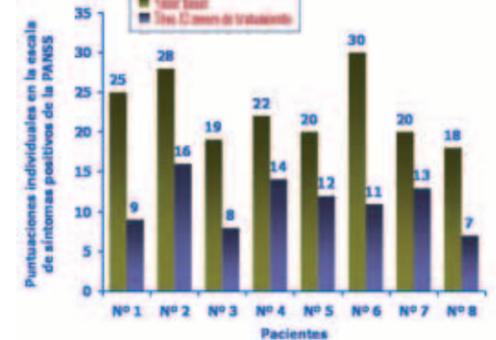


Figura 5



Distribución de las puntuaciones de la CGI-G al inicio y al final del tratamiento

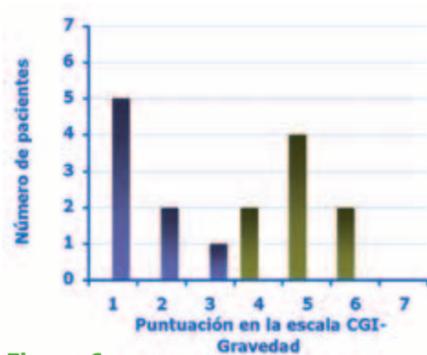
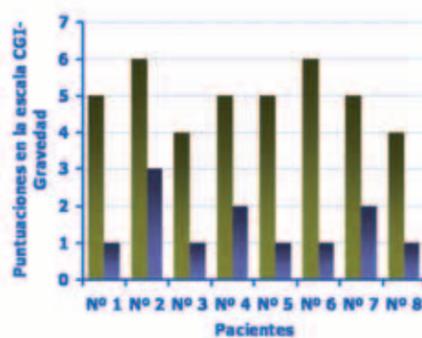


Figura 6

- 0. No evaluable
- 1. Normal, sin síntoma alguno de alteración psíquica
- 2. En la frontera de la alteración mental
- 3. (Borderline) levemente enfermo
- 4. Moderadamente enfermo
- 5. Marcadamente enfermo
- 6. Gravemente enfermo
- 7. Caso extremadamente severo

B-Puntuaciones individuales de la CGI-G al inicio y al final del tratamiento



Puntuaciones individuales en la escala CGI- de mejoría tras 12 meses de tratamiento

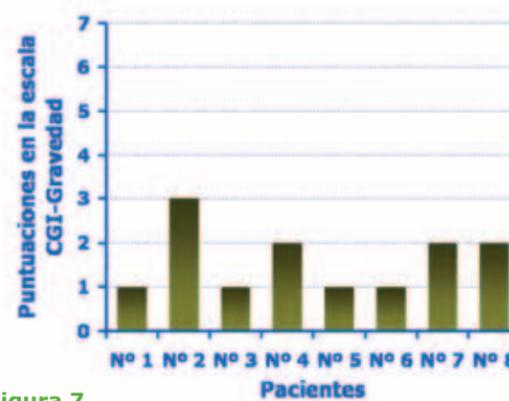


Figura 7

- 0. No evaluable
- 1. Gran mejoría
- 2. Mejoría Notable
- 3. Ligera mejoría
- 4. Sin cambios
- 5. Ligero empeoramiento
- 6. Empeoramiento notable
- 7. Gran empeoramiento

## RESULTADOS

Hemos obtenido remisión total de la sintomatología a los 12 meses en 5 de los 9 casos. Tres de ellos presentaron respuesta parcial y en uno se desconocen datos por abandono de seguimiento

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Meehan WJ, Badreshia S, & Mackley MD. Successful treatment of delusions of parasitosis with olanzapine. Arch Dermatol. 2006 Mar;142(3):352-5.
- 2- Tribó MJ, Ros S. Impulsividad en dermatología. Impulsividad suplemento 1. (Ed. S. Ros). Ars Médica. Barcelona 2005; Cap. 2; pp. 21-36.
- 3- Cordeiro Q, & Corbett CE. Delusional parasitic infestation and folie a deux: case report. Arq Neuropsiquiatr. 2003 Sep;61(3B):872-5.
- 4- Wennig MT, Davy LE, Catalano G, & Catalano MC. Atypical antipsychotics in the treatment of delusional parasitosis. Ann Clin Psychiatry. 2003 Sep-Dec;15(3-4):233-9.

## CONCLUSIONES

El tratamiento habitualmente utilizado por los dermatólogos y referenciado en todos los textos han sido los antipsicóticos incisivos y específicamente Pimocida, a pesar de no existir estudios que lo comparen con otros antipsicóticos. La frecuente aparición de síntomas extrapiramidales y ocasionalmente discinesia tardía tras su uso prolongado ha aconsejado la utilización de antipsicóticos de segunda generación (Risperidona, Olanzapina y Quetiapina). En nuestra serie hemos obtenido con Olanzapina una buena respuesta terapéutica y una aceptable tolerancia (2 casos aumento de peso, y en 3 sedación que remitió de forma espontánea).