“Doctora, tengo bichos por el cuerpo”

Caso clínico. Servicio Dermatología. Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona

Lamarca Fornell, L.[1]; Ros Cucurull, E.[2]; Tribó Boixareu, MJ.[1]

1. Parc de Salut Mar. 2. Hospital Universitari Vall d’Hebron

Introducción

Las enfermedades psicosomáticas, aquellas fuertemente influidas por factores psicológicos o por el estrés, son muy frecuentes en Dermatología. Aproximadamente, el 40% de los pacientes que consultan al dermatólogo presentan quejas relacionadas con alteraciones psicopatológicas. Los trastornos psicosomáticos dermatológicos abarcan las dermopatías, en las que influyen factores psicológicos, y las enfermedades psíquicas en las que la piel es afectada por trastornos del pensamiento, la conducta y la percepción. Además, tanto la piel como el sistema nervioso se desarrollan a partir del mismo origen embriológico, el ectodermo, por lo que es fácil deducir la posibilidad de frecuentes interacciones entre piel y psique en el organismo desarrollado. El **delirio de parasitosis**, también conocido como síndrome de Eckbom, se caracteriza por una preocupación, con convencimiento delirante, de que la piel de una persona se encuentra infectada o invadida por insectos, gusanos u otros organismos vivientes. Los pacientes afectos intentan capturar a los supuestos parásitos mediante excoriaciones o rascado de la piel.

Caso clínico

Paciente mujer de 66 años, hipertensa y dislipémica que consulta en servicio de Dermatología por erupción cutánea generalizada de lesiones en diferentes estadios, pruriginosa, que respeta el descanso nocturno, de 1 mes de evolución. La paciente lo atribuye a parásitos y huevos que le “recorren” el cuerpo, los cuales aparecieron tras pasar por una zona con indigentes. Según refiere se le engancharon en el pantalón, extendiéndose posteriormente al resto del cuerpo, incluso exteriorizándose por los orificios nasales y los ojos. Evita contacto con la gente por miedo al contagio. Convivientes domiciliarios asintomáticos en todo momento.
A la exploración física destaca múltiples pápulas excoriadas en cara, escote, brazos, piernas y zonas accesibles de la espalda. En la exploración psicopatológica se objetiva sintomatología ansioso-depresiva reactiva a situación vital junto a ideas sobrevaloradas de contagio de rango deliroide y alteraciones sensoperceptivas en forma de alucinaciones cenestésicas.
Dada la sintomatología que presenta la paciente se orienta el caso como un **delirio de parasitosis**, iniciándose tratamiento tópico corticoideo de alta potencia y antifúngico junto con dosis bajas de antidepresivo tricíclico y antipsicótico atípico.
Tras cuatro meses de tratamiento con correcta adherencia se objetiva remisión del cuadro clínico.
En el último control realizado refiere máxima satisfacción por su curación clínica y por haber conseguido que las autoridades sanitarias retiren a los indigentes y desinfecten la calle lugar por donde transita diariamente.

Discusión

El delirio de parasitosis es una entidad rara, con una incidencia de 20 casos por millón. Más frecuente en mujeres con una ratio de 2:1 respecto a los hombres. Presenta una distribución bimodal con picos entre 20 y 30 años y pacientes con edad mayor a 50 años. A nivel psicopatológico, no suelen verse afectadas otras esferas, como la afectiva o la conductual, a menos que ésta sea secundaria al propio delirio.
Se debe descartar el debido al consumo de sustancias psicoactivas o el presente en el curso de una demencia multiinfarto o una depresión endógena, así como descartar los debidos a enfermedades orgánicas. Todos ellos corresponderían a delirios de parasitación secundarios.
El tratamiento es sintomático, con antipsicóticos. La dificultad estriba en la adherencia, dado que se trata de un tipo de paciente con escaso insight; por este motivo, se aconseja el tratamiento con neurolépticos incisivos con escasos efectos secundarios (atípicos) y mantener un feed-back entre paciente y médico para ganar adherencia en el tratamiento. Es frecuente que los pacientes se nieguen a recibir asistencia psiquiátrica por el estigma que supone según ellos.
Alrededor de la mitad de los pacientes tratados presentan una remisión completa, aunque también se han descrito casos resistentes y recaídas posteriores a la retirada de la medicación.
En la mayoría de los casos, es el mismo dermatólogo quien administra el tratamiento cuando existe la sospecha de dicho trastorno.
En resumen, se trata de un trastorno psico-dermatológico con buena respuesta al tratamiento psicofarmacológico en caso de cumplimiento terapéutico y en el que podría ser recomendable realizar psicoterapia adyuvante.

Bibliografía

- Ahmad, K; Ramsay, B. *Delusional parasitosis: Lessons Learnt*. Acta Derm. Venereol 2009; 89: 165-168.
- Kumar, B.; Kumar, S.; Tharyan, P. *Atypical anti-psychotics in Delusional Parasitosis: a retrospective case series of 20 patients*. International Journal of Dermatology 2010; 49: 95-100.
- Healy, R.; Taylor, R.; Dhoat, S. et al. *Management of patients with delusional parasitosis in a joint dermatology/liason psychiatry clinic*. British Journal of Dermatology 2009; 161: 197-198.
- Ros-Montalbán S.; Tribó, M.J.; Casanova. N. *Impulsividad en dermatología. Impulsividad. Una serie de casos clínicos*. Ars Médica. 2008.

Hospital del Mar

Parc de Salut MAR Barcelona