

Delirio de parasitosis. A propósito de un caso

El término “psicosis hipocondriaca monosintomática” (1) hace referencia a una categoría diagnóstica europea considerada habitualmente como una variante de la paranoia y que según los criterios diagnósticos del DSM-III-R (2) estaría incluida en los trastornos delirantes de tipo somático. Este cuadro se caracteriza por la presencia de un delirio simple aislado de tipo somático pero con formas muy diversas que, aunque suele permanecer irreductible durante muchos años, cursa con escasos efectos adversos sobre la integridad de la personalidad del paciente o deterioro psicótico (3). No obstante, con frecuencia sus efectos sobre el funcionamiento social y laboral del paciente son devastadores (4). El delirio debe de ser primario y no atribuible a otro trastorno psiquiátrico subyacente al que se pueda asociar, como la depresión (5).

Han sido descritas muchas subvariedades de este cuadro pero las tres más frecuentes en la práctica clínica son: el delirio de infestación cutánea o parasitosis delirante (3), en el cual el paciente tiene la convicción absoluta e irreductible de estar infestado por parásitos, insectos o pequeños animales que viven o se mueven sobre o bajo su piel; la bromosis o delirio de olor corporal (6), en el cual el paciente está convencido de que su piel, boca, recto o vagina emiten un olor repugnante, el delirio de defecto físico (7), en el cual el paciente cree que ciertas partes de su cuerpo están mal hechas o son feas, aunque no hay pruebas de ello, o de que hay vísceras o sistemas del organismo que no le funcionan.

La parasitosis delirante también es conocida como síndrome de Ekblom (8) desde que este autor en 1983 describió esta condición en una mujer de mediana edad que tras sentirse invadida por parásitos se vio involucrada diversas conductas extravagantes con la finalidad de librarse de los mismos.

Si esta condición constituye un delirio primario o es una elaboración de experiencias patológicas tales como las parresias o el prurito es todavía tema de debate (1,9).

La parasitosis delirante puede ocurrir sobre cualquier tipo de personalidad (10), aunque frecuentemente se observan personalidades obsesivas (3). Los pacientes suelen ser mujeres, de avanzada edad y propensas a consultar a muchos médicos, pero a evitar a los psiquiatras (11).

El pronóstico de la parasitosis delirante no es favorable, pero el pimozide ha demostrado ser un adecuado tratamiento. El pimozide es un fármaco neuroléptico del grupo de las difenilbutilpiperidinas con acción bloqueadora dopaminérgica que se administra oralmente en una única toma diaria, y aunque puede causar efectos secundarios extrapiramidales, éstos son considerablemente menos graves que los producidos por otros neurolépticos (12). La psicoterapia de estos pacientes es difícil pero se puede realizar un enfoque de apoyo y no confrontador.

CASO CLINICO

Se trata de un paciente varón, de 59 años de edad, soltero, natural de Cádiz y vendedor ambulante como ocupación laboral habitual que acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias refiriendo que desde hace aproximadamente dos meses se sentía atacado por millares de pequeños insectos que le picaban en la espalda y en los pies, y para evitarlo, el paciente llevaba tiras de esparadrado alrededor de sus calcetines. Refería que pasaba las noches despierto con una linterna encendida para intentar defenderse de los insectos, y aseguraba que podía verlos volando, unos de color beige y otros blancos más grandes (“los machos”) que picaban con mucha más intensidad que los otros.

A la exploración psicopatológica, el paciente estaba consciente, perfectamente orientado en tiempo, espacio y persona, con actitud colaboradora, lenguaje coherente y conducta correcta. No se detectaron trastornos del curso o forma del pensamiento y no aparentaba estar deprimido ni ansioso. Su apetito era bueno, y en cuanto al sueño, refería no dormir por las noches al verse obligado a repeler los ataques de los insectos. El paciente no reconoció hábito tóxico alguno en la actualidad ni tenía conciencia de enfermedad psíquica.

La exploración física, que incluyó una completa valoración neurológica, analítica general, VDRL y FTA no mostraron anomalía alguna. Tampoco se apreció lesión alguna en la piel del paciente.

Historia biográfica. El paciente es hijo de madre soltera, nunca conoció a su padre y fue criado en un orfanato donde vivió hasta los 14 años de edad habiendo adquirido un nivel de estudios primarios. Durante todos estos años apenas tuvo contacto con su madre, a pesar de lo cual tras abandonar el orfanato convivió con ella durante un corto periodo de tiempo pero hubo de abandonar el hogar familiar a instancias de su propia madre al no poder ésta mantenerlo. Los siguientes 14 años los pasó trabajando en distintos oficios, pero sobre todo en la construcción y en la venta ambulante aunque sin disponer nunca de domicilio fijo. Se describía asimismo en esa época como una persona tímida, aislada socialmente y cuyas únicas relaciones con el sexo opuesto se limitaban a esporádicos contactos con prostitutas. Durante este periodo, aproximadamente a los 16 años, sufrió una enfermedad venérea que no supo especificar y por la cual recibió tratamiento antibiótico. A los 28 años se alistó en la legión extranjera española y sirvió durante 5 años en Africa. El paciente describe esta época de su vida como la más satisfactoria y admite que durante este periodo abusó de bebidas alcohólicas. Tras licenciarse se trasladó a las Islas Canarias donde ha residido hasta la actualidad trabajando como ven-

dedor ambulante y viviendo en una pensión. Su vida social sigue siendo muy limitada. Al comienzo de sus síntomas el paciente dejó de trabajar por miedo a contagiar a otras personas.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION

El paciente fue inicialmente tratado con 150 mgr/día de clorpromazina y una semana más tarde estaba asintomático, aunque sufrió una recaída una semana después. Cambiándosele entonces el tratamiento a pimozide (8 mg/día) y diazepam (20 mg/día), experimentando una mejoría casi inmediata. En la actualidad, tras tres meses de tratamiento con pimozide, el paciente continúa bien, sólo ocasionalmente ve uno o dos insectos en el armario de su cuarto pero éstos ya no le atacan. En ningún momento el paciente ha tenido conciencia alguna de enfermedad psíquica, habiendo llegado a diferentes conclusiones con respecto al origen de su infestación. Al principio pensaba que los insectos provenían

de unos calzoncillos manchados de semen que había guardado en el armario de su cuarto, pero con posterioridad, y al recordar que previamente a la infestación había experimentado prurito en la espalda concluyó que los insectos eran producidos por su propia sangre saliendo al exterior a través de la piel.

Pensamos que este caso es de particular interés ya que el paciente no sólo sentía las picaduras de los insectos, sino que también podía verlos y describirlos, en ausencia de cualquier otra psicopatología. También se confirma que el pimozide es un tratamiento rápido y eficaz para este curioso padecimiento.

A. García-Estrada Pérez

Psiquiatra del Hospital Universitario de Canarias
Profesor Asociado de Psiquiatría

C. de las Cuevas Castresana

Psiquiatra del Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria
Profesor Asociado de Psiquiatría

BIBLIOGRAFIA

1. Munro A. Monosymptomatic Hypochondriacal Psychosis. *Br J Hosp Med* 1980; 24: 34-38.
2. American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (tercera edición revisada) (DSM-III-R) 1987.
3. Reilly TM, Batchellor DH. The Presentation and Treatment of Delusional Parasitosis: A Dermatological Perspective. *International Clinical Psychopharmacology* 1986; 1: 340-353.
4. Osman AA. Monosymptomatic Hypochondriacal Psychosis in Developing Countries. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 428-431.
5. Aizenberg D, Schwartz B, Zemishlany Z. Delusional Parasitosis Associated with Phenelzine. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 716-717.
6. Bird J, Harrison G. Uncommon Psychiatric Syndromes, en *Examination Notes in Psychiatry*. Wright. Bristol 1987.
7. Thomas CS. Dymorphophobia: A Question of Definition. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 513-516.
8. Ekblom KA. Praesenile Dermatozoenwhan Syndrome. *Act Psychiatr Neurol* 1983; 113: 227-259.
9. Berrios GE. Delusional Parasitosis and Physical Disease. *Comparative Psychiatry* 1985; 26: 395-403.
10. Lyell A. Delusional of Parasitosis. *Br J Dermatology* 1983; 108: 485-499.
11. Engels WD. Factores Psicológicos que Afectan las Condiciones Físicas. Trastornos Cutáneos, en *Tratado de Psiquiatría*. Kaplan y Sadock eds. Salvat. Barcelona 1989.
12. Mitchell C. Successful Treatment of Chronic Delusional Parasitosis. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 556-557.