

Delirio de parasitosis

Delusion of parasitosis

Carolina Peláez¹, Enrique Loayza²

¹ Médico residente de dermatología, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador

² Médico tratante de dermatología, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador



PARA CITAR ESTE ARTÍCULO

Pelaez Velez LC, Loayza E. Delirio de parasitosis. Rev. Med. UCSG; 25(1).

DOI

<https://doi.org/10.23878/medicina.v25i1.1190>

CORRESPONDENCIA

caropeve22@gmail.com



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Av. Carlos Julio Arosemena, Km 1,5. Guayaquil, Ecuador
Teléfono: +593 4 3804600
Correo electrónico: revista.medicina@cu.ucsg.edu.ec
Web: www.ucsg.edu.ec



© The Autor(s), 2025

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this license visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Delirio de parasitosis

Delusion of parasitosis

Carolina Peláez¹, Enrique Loayza²

¹ Médico residente de dermatología, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador

² Médico tratante de dermatología, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

El delirio de parasitosis es un trastorno psicótico en el que el paciente tiene la creencia falsa de estar infestado. Presentamos en caso una paciente adulta, con un episodio depresivo de base, que acude con lesiones cutáneas autoinfligidas ante la creencia de tener organismos que le caminan y le salen por la piel.

PALABRAS CLAVE

Delirio, infestación, depresión.

ABSTRACT

Delusional parasitosis is a psychotic disorder in which the patient has the false belief of being infested. We present the case of an adult patient with an underlying depressive episode who presents with self-inflicted skin lesions due to the belief that organisms crawl and come out of her skin.

KEYWORDS

Delirium, infestation, depression.

Introducción

El delirio de parasitosis es un trastorno psicótico caracterizado por una creencia falsa e inquebrantable de que existe una infestación por organismos vivos en la piel, que provoca lesiones **autoinfligidas** en un intento continuo de extraer el organismo (1,2).

Caso Clínico

Paciente femenina de 63 años, con antecedente de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis trisemanal.

Acude por cuadro de 3 semanas de evolución, caracterizado por prurito intenso y lesiones cutáneas debido a la presencia de "insectos que caminan y salen a través de la piel"; menciona que su hijo, quien sufre de discapacidad, presenta un cuadro similar. Durante el interrogatorio se aprecia múltiples problemas de índole familiar en relación con la discapacidad de su hijo y la mala relación con su pareja.

Al examen físico se evidencian múltiples erosiones, úlceras y manchas pos inflamatorias en rostro, región cervical posterior, tórax anterior, abdomen, región lumbar, glúteos y muslos; algunas lesiones estaban impetiginizadas.

Se descartó un cuadro de escabiosis, y ante la sospecha de delirio de parasitosis se indicó antibiótico tópico para las lesiones cutáneas y una consulta de control en una semana.



La siguiente semana asistió a la cita de control acompañada por un familiar, y trajo consigo un papel que contenía "los bichitos que le salen de la piel"; al examen microscópico se apreció que se trataba de fragmentos de estrato córneo y no se logró visualizar parásitos.

Durante el interrogatorio la paciente indicó un lentigo localizado en el brazo derecho como un "bichito"; además tenía nuevas lesiones y las previas presentaban leve mejoría.

Se indicó a la paciente la necesidad de consultar con psiquiatría, con el fin de prescribir medicación para calmar el prurito; tras el diálogo aceptó la valoración y se llegó al diagnóstico de episodio depresivo y delirio de parasitosis.



Inició tratamiento con escitalopram y clonazepam, y luego de dos meses acudió al control con dermatología. Al examen físico se apreció mejoría notable de las lesiones cutáneas; sin embargo, al interrogatorio indicó que "los bichitos molestaban menos".

Actualmente la paciente mantiene controles en psiquiatría y no se ha provocado nuevas lesiones.



Discusión

También denominado parasitosis delirante o Síndrome de Ekbom, se trata de un trastorno delirante en el que los pacientes están convencidos de que están infestados (3). Se clasifica en secundaria y primaria. La forma secundaria se debe a trastornos psiquiátricos como depresión, demencia o bipolaridad; y a alteraciones orgánicas como tumores a nivel del sistema nervioso central, o consumo de sustancias psicotrópicas. La forma primaria ocurre en ausencia de trastornos orgánicos o psiquiátricos (4,5).

Es más frecuente en mujeres en una relación 3:1, con una edad media de presentación a los 57 años. El 74% de los pacientes tiene como antecedente, o como asociación un trastorno depresivo (6).

La etiología aun es desconocida, se propone que existe un exceso de dopamina debido a la función reducida de una proteína transmembrana responsable de la recaptación de dopamina (DAT), tanto para la forma primaria como secundaria (7).

Clínicamente se manifiesta con la idea delirante de estar infestado por "bichos" que es el término más utilizado por los pacientes. El prurito es el síntoma más frecuente y tras este vienen las lesiones **autoinfligidas** tipo escoriaciones, úlceras y liquenificación (8).

La conducta de rascado y eliminación del supuesto agente suelen convertirse en verdaderos rituales; las lesiones se localizan en áreas donde alcanza la mano dominante.

El llamado "signo de la caja de cerillo" se presenta cuando los pacientes recolectan los supuestos agentes en diferentes recipientes; el signo de "locura para dos" se da cuando atraen a familiares o amigos a sus delirios.

Se debe descartar una infestación parasitaria real, previo a hacer el diagnóstico (9,10).

La mayoría de pacientes al no tener conciencia del origen psiquiátrico de su enfermedad, acuden en primera instancia a la consulta dermatológica (11).

El abordaje terapéutico debe ser multidisciplinario (12). De inicio se debe establecer una relación empática con el paciente y cualquier discusión sobre la realidad de su supuesta infestación es desaconsejable (13).

El manejo de la forma secundaria requiere tratamiento de la enfermedad subyacente; mientras que para la forma primaria son los antipsicóticos de segunda generación los fármacos de primera línea (14).

Se debe además tratar el prurito y las lesiones cutáneas. El objetivo de la terapia debe ser la mejoría de los síntomas y no necesariamente la cura (15).

Conclusión

Es de gran importancia el conocimiento de esta patología ya que a menudo el primer especialista al que consultan estos pacientes es el dermatólogo.

El objetivo principal del tratamiento es construir una buena relación médico-paciente con el fin de mejorar los síntomas, aunque no necesariamente se llegue a curar.

Bibliografía

1. Reich, A., Kwiatkowska, D., & Pacan, P. (2019). *Delusions of Parasitosis: An Update. Dermatology and Therapy*. doi:10.1007/s13555-019-00324-3.

- Norman, F. F., & López-Vélez, R. (2021). *Delusional parasitosis: An unrecognized and underdiagnosed entity? Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 39(5), 221-222. doi:10.1016/j.eimc.2021.03.001
- Rodríguez-Alonso, B., Álvarez-Artero, E., Martínez-Goñi, R., Almeida, H., Casado-Espada, N.-M., Jaén-Sánchez, N., ... Pérez-Arellano, J.-L. (2020). *Delusional parasitosis. A multicenter retrospective study in Spanish infectious disease services. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*.doi:10.1016/j.eimc.2020.07.009
- Munoz, H., & Bayona, L. (2015). *Síndrome de Ekbom: a propósito de un caso. Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 61-65.doi:10.1016/j.rcp.2014.09.001
- Pradhan, P., Saikia, D., & Borkakati, R. (2019). A review on Ekbom Syndrome. *Journal of Entomology and Zoology Studies*, 7, 894-900.
- Campbell, E. H., Elston, D. M., Hawthorne, J. D., & Beckert, D. R. (2018). *Diagnosis and Management of Delusional Parasitosis. Journal of the American Academy of Dermatology*.doi:10.1016/j.jaad.2018.12.012
- Huber, M., Kirchler, E., Karner, M., & Pycha, R. (2007). *Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology? Medical Hypotheses*, 68(6), 1351-1358.doi:10.1016/j.mehy.2006.07.061
- Al-Imam, A. M. L. (2016). A systematic literature review on delusional parasitosis. *Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery*, 20(1), 5-14.
- Mumcuoglu KY, Leibovici V, Reuveni I, Bonne O. Delusional Parasitosis: Diagnosis and Treatment. *Isr Med Assoc J*. 2018 Jul;20(7):456-460. PMID: 30109800.
- Ansari MN, Bragg BN. Delusions Of Parasitosis. [Updated 2021 Jul 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.
- Dipp Vargas, Carlos, Salguero Siles, Samadhi Fernando, Mendoza López Videla, Josep Nilss, & Burgoa Seaone, Martina. (2020). DELIRIO DE PARASITOSIS O SÍNDROME DE EKBOM. *Revista Médica La Paz*, 26(1), 46-49. Recuperado en 22 de enero de 2022, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582020000100008&lng=es&tlng=es.
- Šitum M, Kolić M, Buljan M. [PSYCHODERMATOLOGY]. *Acta Med Croatica*. 2016;70 Suppl 1:35-8. Croatian. PMID: 29087669.
- Patel, V., & Koo, J. Y. M. (2015). *Delusions of parasitosis; suggested dialogue between dermatologist and patient. Journal of Dermatological Treatment*, 26(5), 456-460. doi:10.3109/09546634.2014.99651
- Shenoi, S. D., Soman, S., Munoli, R., & Prabhu, S. (2020). Update on Pharmacotherapy in Psychodermatological Disorders. *Indian dermatology online journal*, 11(3), 307-318. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_330_19
- Laidler N. Delusions of parasitosis: a brief review of the literature and pathway for diagnosis and treatment. *Dermatol Online J*. 2018 Jan 15;24(1):13030/qt1fh739nx. PMID: 29469757.