



## Delirio de parasitosis

### Delusion of parasitosis

Dagmara Sánchez Arrastía<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9984-9298>

Marlenys Pérez Bruzón<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7928-627X>

Nedelis Diaz Sánchez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0000-9875-1176>

<sup>1</sup>Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [dagmarasa@infomed.sld.cu](mailto:dagmarasa@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** El delirio de parasitosis se describe como un cuadro psicótico inespecífico caracterizado por una creencia falsa y rígida contra la evidencia médica, de estar infestado por parásitos. Se acompaña generalmente, de alucinaciones táctiles o visuales. Es un trastorno poco frecuente.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico de delirio por parasitosis.

**Caso clínico:** Se presenta una paciente con un pénfigo vulgar, que comenzó con manifestaciones delirantes de que tenía “bichos” o gusanos en el cuerpo, como consecuencia se produjo lesiones, para tratar de eliminarlos. Se diagnosticó como un delirio de parasitosis o delirio parasitario dermatozoico. Se indicó tratamiento antipsicótico, además del de su enfermedad de base y la paciente evolucionó de forma favorable.

**Conclusiones:** El delirio por parasitosis es un trastorno poco frecuente y puede llegar a producir autolesiones importantes, como en la paciente que se presenta. El tratamiento de elección es con antipsicóticos atípicos.

**Palabras clave:** piel; delirio de parasitosis; delirio; alucinaciones.



## ABSTRACT

**Introduction:** Delusion of parasitosis is described as a non-specific psychotic condition characterized by a false and rigid belief, contrary to medical evidence, of being infested by parasites. It is generally accompanied by tactile or visual hallucinations. It is a rare disorder.

**Objective:** To present a clinical case of delirium due to parasitosis.

**Clinical case:** A patient with pemphigus vulgaris is presented who began with delusional manifestations that she had “bugs” or worms in her body, as a result lesions occurred, to try to eliminate them. It is diagnosed as a delusion of parasitosis or dermatozoic parasitic delusion. Antipsychotic treatment was indicated, in addition to that for her underlying illness, and the patient progressed favorably.

**Conclusions:** Delirium due to parasitosis is a rare disorder and can lead to significant self-harm, as in the patient presented. The treatment of choice is with atypical antipsychotics.

**Keywords:** skin; delusion of parasitosis; delirium; hallucinations.

Recibido: 21/05/2024

Aprobado: 11/06/2024

## INTRODUCCIÓN

La relación entre la piel y el sistema nervioso está debe a su origen embrionario común. Esto condiciona que puedan enfermar juntas, debido a la compleja interacción entre ambos sistemas; las alteraciones en las funciones psíquicas superiores se pueden manifestar, entre otros síntomas, con lesiones en la piel. Los trastornos psiquiátricos, con frecuencia se presentan en pacientes que acuden a la consulta de dermatología.<sup>(1,2)</sup>

*Fernández Hierro JL* y otros<sup>(3)</sup> afirman que un importante número de pacientes que sufren enfermedades dermatológicas (entre el 30 % y el 40 %), padecen algún tipo de trastorno mental.

El delirio de parasitosis (DP) o delirio parasitario dermatozoico es un cuadro psicótico inespecífico, caracterizado por la creencia falsa y rígida, contra la evidencia médica, de estar infestado por parásitos;

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



se acompaña generalmente de alucinaciones táctiles o visuales. Es poco frecuente. Los pacientes intentan eliminar los parásitos mediante la extracción y excavación en la piel; como consecuencia, se producen excoriaciones, escarificación, laceraciones y otras lesiones.<sup>(4)</sup> Este cuadro fue reportado por primera vez por Georges Thibiérge, en 1894, bajo el nombre de “acarofobia”; pero quien mejor caracterizó este trastorno fue Karl Axel Ekbohm, en la década de 1930; de ahí el nombre de síndrome de Ekbohm.<sup>(5)</sup>

También es conocido como delirio dermatozoico, delirio ectozoico, *delusio parasitorum* o síndrome de disestesia crónica cutánea y se propuso unificar el nombre a "infestación delirante", dado que los pacientes no solo se quejan de parásitos, sino de bacterias, virus y hasta fibras inanimadas.<sup>(6)</sup> El delirio dermatozoico, es un subtipo de trastorno delirante, incluido dentro del tipo somático.<sup>(7)</sup> De presentarse solo, se conoce como parasitosis delirante primaria, pero mayormente (hasta un 60 %) se asocia a otros diagnósticos como: trastorno bipolar, paranoia, esquizofrenia, depresión, y abuso de drogas.<sup>(8)</sup>

Son pocos los pacientes con DP que acuden al psiquiatra en primera instancia; la consulta común es dermatología;<sup>(9)</sup> pero el tratamiento le corresponde fundamentalmente al psiquiatra.<sup>(10)</sup> Se desconoce la incidencia y la prevalencia real de este trastorno y existen pocos trabajos publicados sobre el tema; generalmente a partir de algunos enfermos.<sup>(11)</sup>

El objetivo del artículo es presentar un caso clínico de delirio por parasitosis.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 59 años de edad, quien asistió a consulta acompañada de su esposo. Padece de hipertensión arterial, controlada con enalapril, 20 mg diarios e hidroclorotiazida, 25 mg diarios. Se atiende por psiquiatría desde los 19 años de edad, por manifestaciones ansiosas depresivas, para las cuales ha realizado tratamiento irregular con benzodiazepinas; el último, con alprazolam, 0,5 mg diarios, que no estaba tomando al momento de la consulta.

Cuatro años antes, comenzó a presentar lesiones ampollares en el abdomen y los miembros superiores, acompañadas de prurito mantenido. Se ingresó en el Servicio de Dermatología, para estudio, y egresó con el diagnóstico de pénfigo vulgar, confirmado por histopatología.



Posteriormente comenzó a referir la sensación de “bichos” que le caminaban por todo el cuerpo y “gusanos amarillos”, que se arrancaba. Desde entonces mantuvo la certeza de que son reales, a pesar de que su esposo le insistía en que eran restos de piel desprendida.

Se ingresó en el Servicio de Dermatología debido a las lesiones ampollares en el abdomen, en los miembros superiores y, además, lesiones costrosas en la cara. Según el esposo se traumatizaba la cara por aplicar diferentes sustancias, con el objetivo de eliminar los “bichos”; le mostraba los restos de piel envueltos en papel y alegaba, convencida, que eran los “bichos” que le caminaban por la piel.

Se evaluó por especialista en psiquiatría, quien al examen psiquiátrico directo encontró a la paciente orientada, que cooperaba al interrogatorio, con lenguaje culturalmente pobre, pero coherente. Se quejaba de tener “bichos” que le caminan por la piel, le causan prurito y no le permiten dormir. Lloro durante la entrevista, se encontró hipermnesia de fijación, ansiedad subjetiva, incontinencia afectiva, intelectualmente rinde por debajo de lo normal, con alucinaciones visuales y táctiles, ideas delirantes somáticas, intranquilidad e insomnio mixto. Nivel de funcionamiento psicótico.

Al examen dermatológico se observó una erupción ampollar localizada en el abdomen, pliegue axilar e inguinal y escasas en los muslos, con signo de Nikolsky positivo. En la cara, zona malar y la frente, se encontraron lesiones costrosas, de aspecto serohemático. En los miembros superiores y la región alta de la espalda, se observaron múltiples excoriaciones (Fig. 1 y Fig. 2).



**Fig. 1** – Vista lateral izquierda de la cara, que muestra lesiones costrosas y excoriaciones.



**Fig. 2** – Vista frontal, que muestra lesiones amplias, costrosas.

Se discutió el caso en el colectivo de especialistas y se planteó, además de la enfermedad dermatológica de base, un delirio de parasitosis (trastorno delirante persistente).

Se indicó tratamiento con risperidona, 1 mg diario, y posteriormente, quetiapina, 200 mg diarios. Para la piel se indicó lavado de la cara con gel antibacteriano, fomentos de manzanilla, crema antibiótica y crema esteroidea. Además, se indicó tratamiento esteroide por vía oral.

Egresó 2 meses después, mejorada, desde el punto de vista de las lesiones dermatológicas y de las manifestaciones psiquiátricas.

## COMENTARIOS

La paciente tenía la convicción delirante de estar infestada por parásitos (“bichos” o gusanos).<sup>(12)</sup> Este trastorno es más común en mujeres, con una relación hombre – mujer de 2:6, se presenta de la quinta o sexta décadas de vida; tiene una prevalencia de 20-27 casos por millón y aumenta con la edad.<sup>(13,14,15)</sup>

Se plantea, en la etiopatogenia, que se debe a una disminución del funcionamiento del transportador de dopamina estriatal, regulador clave de la recaptación de dopamina en el cerebro, especialmente en el cuerpo estriado; los medicamentos que inhiben este transportador (metilfenidato, cocaína y anfetaminas) pueden inducir DP.<sup>(16)</sup> Estudios con resonancia magnética estructural y morfometría, demuestran que los pacientes con DP primario muestran un patrón anormal, irregular, del volumen de la sustancia gris en las regiones frontal lateral y medial, temporal lateral y medial, poscentral y precentral, parietal inferior,



insular, en el tálamo y en algunas regiones del cuerpo estriado. Sin embargo, en la modalidad secundaria se presentan anomalías en la sustancia blanca; hallazgos que podrían hacer la distinción entre las formas primarias y secundarias del síndrome.<sup>(17,18)</sup>

Dentro de las enfermedades psicodermatológicas, este trastorno se clasifica en el grupo de trastornos psiquiátricos primarios, que incluye la dermatitis artefacta, la tricotilomanía, los delirios de parasitosis y la excoriación neurótica.<sup>(19)</sup> De estos, la duda diagnóstica, puede deberse a la similitud con el cuadro clínico de la dermatitis artefacta,<sup>(20)</sup> pero en esta no hay alteraciones de las sensopercepciones ni del pensamiento. El paciente con DP no niega que se lastima con la intención de eliminar los parásitos, en ausencia de psicotrauma, ganancia secundaria o desencadenante del cuadro.

El tratamiento de elección es farmacológico. Los antipsicóticos atípicos han mostrado beneficios en el tratamiento del DP (pimozida, risperidona, olanzapina), aunque hay evidencias del uso de escitalopram y aripiprazol.<sup>(21)</sup>

El delirio por parasitosis es un trastorno poco frecuente y puede llegar a producir autolesiones importantes, como en la paciente que se presenta. El tratamiento de elección es con antipsicóticos atípicos.

### Consideraciones éticas

La paciente y su esposo dieron el consentimiento informado para publicar el caso, enmascarando la identidad de la paciente y sus datos personales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consoli SG, Chastaing M, Misery L. Psiquiatría y dermatología. EMC – Dermatología. 2010; 44(2):1-20. DOI: 10.1016/S1761-2896(10)70334-4
2. García Medina LC, Palomino Duarte KM, Gutiérrez Pico CM, Díaz Valenzuel M, Gallón Estrada D, Restrepo Cardenal MV. Trastornos psicocutáneos ¿de qué se trata? Ciencia Latina. 2022; 6(3):1622. DOI: 10.37811/cl\_rcm.v6i3.2319

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



3. Fernández Hierro JL, Gómez Conde L. Evaluación psiquiátrica del paciente dermatológico. En: Rodríguez Cerdeira C (coord.). Fundamentos básicos en psicodermatología. 1ra Edición. España, Santa Comba (A Coruña): tresCtres Editores; 2010. p. 27-56.
4. Dipp Vargas C, Salgado Siles SF, Mendoza López-Videla JN, Burgoa Seaone M. Delirio de parasitosis o síndrome de Ekbom. Rev. Méd. La Paz. 2020 [acceso: 11/10/2023]; 26(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582020000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582020000100008&script=sci_arttext)
5. Lee CS. Delusions of parasitosis. Dermatol Ther. 2008; 21(1):2-7. DOI: 10.1111/j.1529-8019.2008.00163.x
6. Cruzado L, Paima R. Parasitosis delirante: Sinergia entre psiquiatría y otras especialidades. Acta Med Per. 2012 [acceso: 11/10/2023]; 29(1):35-37. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172012000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172012000100011&script=sci_arttext)
7. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ta Ed. Arlington: APA; 2014. [acceso: 05/10/2023]. Disponible en: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
8. Hylwa SA, Foster AA, Bury JE, Davis MD, Pittelkow MR, Bostwick JM. Delusional infestation is typically comorbid with other psychiatric diagnoses: review of 54 patients receiving psychiatric evaluation at Mayo Clinic. Psychosomatics. 2012; 53(3): 258-65. DOI: 10.1016/j.psym.2011.11.003
9. Gkini MA, Dimitrov D, Tanev T, Chan Y, Taylor R, Bewley A. Are dermatologists who treat patients with delusional infestation at risk of major complaints and being stalked? J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32(10): e379–81. DOI: 10.1111/jdv.14962
10. Cardona Hernández MÁ, Maza de Franco A. Síndrome de Ekbom. Comunicación de un caso. Revista Cent Dermatol Pascua. 2014 [acceso: 11/10/2023]; 23(3):103-7. <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2014/cd143e.pdf>
11. Healy R, Taylor R, Dhoat S, Leschynska E, Bewley AP. Management of patients with delusional parasitosis in a joint dermatology / liaison psychiatry clinic. Br J Dermatol. 2009; 161(1):197-9. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2009.09183.x



12. Torales J, Arce A, Bolla L, González L, Di Martino B, Rodríguez M, et al. Delirio parasitario dermatozoico. Reporte de un caso. *An. Fac. Cienc. Méd.* 2011; 44(2):[aprox. 4. p]. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1816-89492011000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1816-89492011000200009&script=sci_arttext)
13. Trabert W. 100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1,223 case reports. *Psychopathology.* 1995; 28(5):238-46. DOI: 10.1159/000284934
14. Bailey CH, Andersen LK, Lowe GC, Pittelkow MR, Bostwick JM, Davis MD. A population-based study of the incidence of delusional infestation in Olmsted County, Minnesota, 1976-2010. *Br J Dermatol.* 2014; 170(5):1130-5. DOI: 10.1111/bjd.12848
15. Musalek M, Bach M, Passweg V, Jaeger S. The position of delusional parasitosis in psychiatric nosology and classification. *Psychopathology.* 1990; 23(2):115-24. DOI: 10.1159/000284647
16. Eccles JA, Garfinkel SN, Harrison NA, Ward J, Taylor RE, Bewley AP, et al. Sensations Of Skin Infestation Linked To Abnormal Frontolimbic Brain Reactivity And Differences In Self Representation. *Neuropsychologia.* 2015; 77:90-6. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2015.08.006
17. Ponson L, Andersson F, El-Hage W. Neural correlates of delusional infestation responding to aripiprazole monotherapy: a case report. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2015; 11: 257-261. DOI: 10.2147/NDT.S74786
18. Cipriani G, Lucetti C, Danti S, Ulivi M, Nuti A. Uncommon and/or bizarre features of dementia. *Acta Neurol Belg.* 2015; 115(1):19-25. DOI: 10.1007/s13760-014-0306-y
19. Serón T, Calderón P. Actualización en psicodermatología. *Rev Hosp Clín Univ Chile.* 2015 [acceso: 11/10/2023]; 26:42-50. Disponible en: [https://www.redclinica.cl/portals/0/users/014/14/14/actualizacion\\_en\\_psicodermatologia.pdf](https://www.redclinica.cl/portals/0/users/014/14/14/actualizacion_en_psicodermatologia.pdf)
20. Rodríguez A, García B. Dermatitis Artefacta: A Review. *Actas Dermosifiliogr.* 2013; 104(10):854-66. DOI: 10.1016/j.adengl.2012.10.018
21. Bernstein BE. Delusions of Parasitosis Medication. *Medscape, Drugs & Diseases, Psychiatry.* 2023 [acceso: 11/10/2023]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1121818-medication?form=fpf>



## **Conflictos de interés**

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

## **Información financiera**

Los autores no recibieron financiamiento para la realización del trabajo que se presenta.

## **Disponibilidad de datos**

Los datos utilizados para la presentación del caso, corresponden al Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”.