

REVISION DE TEMAS

Parasitosis Delusional

Oscar Arbulu Villasís (1)

Julián Sarria García (2)

Descrito por primera vez por Ekbom en 1938 y caracterizado fundamentalmente por un trastorno del pensamiento, en el que el sujeto está firmemente convencido de tener un prurito ocasionado por parásitos cutáneos. Este desorden puede también presentarse como psicosis inducida, en especial en parejas que viven solas. El trastorno psicopatológico básico sería para algunos autores una alucinosis táctil crónica o una ocurrencia delirante primaria; y para otros, una idea delusiva secundaria a demencia o depresión. Ocurre en ciertas condiciones físicas y psiquiátricas. El tratamiento depende de los desórdenes subyacentes mencionados anteriormente.

Este trastorno de evolución crónica, se caracteriza fundamentalmente por una alteración del pensamiento en el que existe la convicción incommovible de tener un prurito ocasionado por la infestación de parásitos que reptan sobre la piel.

Descrito por primera vez por Ekbom, en 1938, en mujeres entre los 50 y 60 años⁽¹⁾; aunque en 1864 ya había sido referido por el francés Thirbierge, que lo denominó "acarofobia"⁽²⁾, es conocido también con el nombre de delirio ectozoico, delirio de parásitos cutáneos, delirio cenestésico parasitario, delirio dermatozoótico o delirio dermatozóico de Ekbom.

Este desorden, aparentemente no muy frecuente, es observado mayormente en la práctica dermatológica⁽³⁾, en mujeres de edad media o edad avanzada.

Psicopatológicamente se trataría de una idea delusiva de mecanismo alucinatorio táctil (alucinaciones hápticas) y visual (visión de parásitos que se deslizan sobre la piel), de una ocurrencia delirante primaria, o de una idea delusiva secundaria a intoxicación, demencia o depresión.

Algunas veces la paciente puede inducir su trastorno a un pariente o allegado de convivencia íntima y prolongada (esposo o hijo) y éste desarrollar un trastorno semejante, que habitualmente desaparece o disminuye al ser separado de ella (desorden psicótico inducido). Se cita en los inductores la preponderancia de rasgos dominantes en su personalidad y la tendencia a culpar a otras personas de ser las causantes de su malestar (arrendatarios, visitantes de salud pública, fumigadores)⁽⁴⁾.

Ocurre en ciertas condiciones físicas (diabetes melitus, intoxicación por cocaína, intoxicación por anfetamina) y psiquiátricas (esquizofrenia), desorden delusivo, desorden afectivo, trastorno orgánico⁽⁵⁾. Como desorden delusivo tipo somático, ha sido descrito configurando una psicosis hipocondríaca monosintomática⁽⁶⁾.

Alonso Fernández⁽⁷⁾ diferencia este trastorno, al que denomina también delirio ectozoico, del delirio endozoico, en el que los parásitos se albergan en los órganos internos (intestinos, oídos, cerebro, torrente circulatorio).

En la consulta, la queja fundamental es el prurito asociado a excoriaciones, sin evidencia de etiología orgánica dermatológica, teniendo la paciente la convicción delirante de infestación parasitaria. Su conducta es dominada por una constante lucha contra los insectos imaginarios, provocándose lesiones en su afán de "eliminarlos". Suelen "traerlos" a la consulta en pequeños depósitos que contienen fragmentos de piel excoriada; así mismo, utilizan tratamientos anti-infecciosos y tienden a aislarse socialmente por temor contagiar a sus allegados⁽⁸⁾. Según Ladee⁽⁹⁾, muchos consultan primeramente a parasitólogos higienistas o entomólogos. Generalmente reaccionan con hostilidad a cualquier sugerencia de que su condición sea psicógena; rechazan toda explicación psiquiátrica, pero pueden aceptarla si ésta se realiza con tacto. Consideran a los médicos a los que han acudido como incompetentes, porque no les solucionan su problema⁽¹⁰⁾. Tienden a ser solteras o separadas y est(debe estar en relación con factores de su personalidad premórbida.

El diagnóstico se basa en:

- Prurito con excoriaciones.
- Convicción delirante de ser infestada por parásitos cutáneos.
- Lesiones autoprovocadas "para eliminarlos".
- Actitudes y conducta relacionadas con "la des aparición de los parásitos" y el temor "de contagiar otros".
- No evidencia de etiología orgánica dermatológica.

Respecto a la evolución, ésta tiende a seguir un curso crónico y el pronóstico dependerá de la etiología subyacente, el tipo de tratamiento y la colaboración de la paciente, pero es importante descartar una real infestación.

El tratamiento dependerá del diagnóstico psiquiátrico: se prescribirán neurolepticos en la esquizofrenia o en el desorden delusional. Se ha recomendado el uso de pimozide, bloqueador dopaminérgico de alta potencia; sin embargo, no hay evidencia concluyente de que sea superior a otro antipsicótico. De presentarse en desorden afectivo, se utilizarán los timolépticos y/o terapia electroconvulsiva. Si existe una enfermedad física que podría originar el síndrome, el tratamiento de ella puede mejorar la delusión. En casos graves y rebeldes, con componente afectivo se ha utilizado la leucotomía prefrontal⁽⁵⁾. Lapsicoterapia es difícil, aconsejándose especialmente la psicoterapia de apoyo no confrontativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. EKBOM, K.A.: "Der praesenile Dermato-zoenwahn". Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, 13, 277-259 (1938).
2. THIRBIERGE, G. (1894): "Les acaraphobes". Revue Général de Clinique etde Thérapeutique, 32, 373 (1899).
3. KAPLAN, H.I., SADOCK, B. : "Comprehensive Textbook of Psychiatry". Vol. II 5ta. edición. Baltimore, Williams & Wilkins, 825 (1989).
4. KAPLAN, H.I., SADOCK, B. : "Comprehensive Textbook of Psychiatry". Vol. II 4ta. edición. Baltimore, Williams & Wilkins, 1182-1183 (1985).
5. MORRIS, M. : "Delusional Infestation". British Journal of Psychiatry, 159 (suppl. 14), 84-86 (1991).
6. MUNRRO, A. "Monosymptomatic hypochondriacal psychosis". British Journal of Hospital Medicine, 24, 34-38 (1980).
7. ALONSO FERNANDEZ, E. : "Fundamentos de la Psiquiatría Actual". Vol. 2, Pazz Montalvo, Madrid, 879-880

(1979).

8. LANGELAND, T AUSTAD, J: "Delusions of parasitosis (Parasitophobia)". Tidsskr: Nor Laegeforen N^o. 22 100, 1275-1276 (1980).

9. LADEE, G.A. : "Hypochondriacal syndromes". Amsterdam: Elsevier (1966).

10. MUNRRO, A. : "Monosymptomatic Hypo-chondriacal Psychosis Manifesting as Delusions of Parasitosis". Arch. Dermatol., 14, 940-943 (1978).