

## Síndrome de Ekbom: reporte de un caso en un paciente anciano

Elisa García Tercero, Victoria Landaluze Pelligra, María Alonso Seco y Leonel Alejandro Porta González

MIR de Geriatria. Servicio de Geriatria. Hospital Virgen del Valle. Toledo (España).

Correo electrónico:  
egtercero@sescam.jccm.es

Recibido el 25 de diciembre de 2018.

Aceptado para su publicación el 4 de marzo de 2019.

Trabajo incluido dentro de los finalistas del I Concurso de Casos Clínicos para Residentes de Castilla-La Mancha en la categoría de Otras Especialidades Médicas, celebrado en Toledo el 30 de octubre de 2018.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



### RESUMEN

El síndrome de Ekbom, también conocido como delirio de parasitosis, consiste en la creencia de estar infestado por insectos u organismos vivientes que recorren el cuerpo de quien lo padece sin que haya evidencia de ello. Las quejas suelen estar centradas en esta idea de parasitación, no obstante también se puede acompañar de ansiedad o depresión. Este trastorno puede ser sin patología médica asociada (primario) o con patología orgánica asociada (secundario). Se presenta el caso de un varón de 81 años que presenta un cuadro compatible con este síndrome, así como la respuesta al tratamiento con antipsicóticos y antidepresivos.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Ekbom. Delirio de Parasitosis. Prurito

### ABSTRACT

#### Ekbom's syndrome: case report of an older patient

Ekbom's syndrome, also known as delusional parasitosis, consists of the belief of being infested with insects or living organisms which crawl through the body when there is no evidence of such infestation. Complaints are usually focused on this idea of parasitization; however it can also be accompanied by anxiety or depression. This condition can be primary (with no associated disorders) or secondary (with associated organic diseases). We present the case of an 81 year-old man with this syndrome, and his response to treatment with antipsychotics and antidepressants.

**KEY WORDS:** Ekbom's Syndrome. Delusional Parasitosis. Pruritus.

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ekbom es un cuadro psiquiátrico poco frecuente, monosintomático, que se caracteriza por la convicción de quien lo padece de estar siendo infestado por parásitos, insectos o cualquier otro microorganismo. Este delirio puede ser compartido por personas cercanas a quien lo padece (*folie a deux, trois o famille*). Aunque a finales del siglo XIX ya se conocía la existencia de esta patología, denominada en aquel momento como neurodermatitis parasitofóbica o acarofobia, no fue hasta 1938 cuando el neurólogo Karl Axel Ekbom estructuró sus causas, patogenia y pronóstico<sup>1</sup>.

La prevalencia de esta patología se estima en 80 casos por millón de habitantes y la incidencia anual es de 20 casos por millón de habitantes.

La clasificación de esta entidad se basa, por un lado, en la localización del patógeno, y ha sido descrita en tres formas: endoparasitaria (los patógenos se sienten dentro del cuerpo), ectoparasitaria (los patógenos se sienten por la piel) y mixta. Otra clasificación utilizada es la propuesta por Leeping y Frennmann, que se basa en la fisiopatogenia, dividiéndose en dos tipos: primaria, cuando es independiente de otras causas; y secundaria, cuando es debida a otra patología médica<sup>2</sup> (Tabla 1). En la CIE-10 y DSM-IV este síndrome se encuentra clasificado dentro de los "trastornos delirantes sin especificar".

**1. Primario.** Sin causa orgánica que lo justifique. Delirio monotemático

**2. Secundario**

**a. Orgánico**

- Enfermedades endocrinas: diabetes con neuropatía, hipotiroidismo, hipertiroidismo, panhipopituitarismo, acromegalia.
- Tumores sólidos, tumores hematológicos.
- Enfermedades neurológicas: esclerosis múltiple, demencia vascular, accidentes cerebrovasculares, Parkinson, corea de Huntington, meningitis, encefalitis.
- Enfermedades infecciosas: sífilis, lepra, VIH, tuberculosis.
- Enfermedades reumatológicas: enfermedad de Behçet, lupus, artritis reumatoide.
- Enfermedades cardíacas: insuficiencia cardíaca, arritmias.
- Déficit de B12, déficit de ácido fólico, hiperbilirrubinemia, uremia, trombocitosis.
- Enfermedades renales: insuficiencia renal, diálisis.

**b. Psiquiátrico**

- Esquizofrenia
- *Folie á deux/trois/famille*
- Ansiedad
- Demencia
- Trastornos afectivos
- Trastornos de personalidad

**c. Psicosis inducida por sustancias**

- Sustancias psicotrópicas: anfetamina, cocaína, opioides, cannabis, extasis.
- Alcohol
- Corticosteroides, IMAO, captopril, clonidina, ciprofloxacino, bleomicina.

**Tabla 1.** Clasificación del síndrome de Ekbom según etiopatogenia.

**CASO CLÍNICO**

Se trata de un varón de 81 años de edad, viudo desde hace 2 años, que vive solo con dos cuidadoras desde hace un mes y medio. Tiene un Barthel de 100 y no presenta deterioro cognitivo conocido. En cuanto a las patologías que presenta el paciente, destaca hipertensión arterial, diabetes mellitus de larga evolución y dislipemia. Además, está en seguimiento por cirugía vascular por úlceras vasculares en extremidades inferiores. No presenta hábitos tóxicos. El paciente está en tratamiento con ácido acetil salicílico 100mg/24h, metformina 850mg/12h, atorvastatina 40mg/24h, eprosartán/hidroclorotiazida 600/12,5mg/24h.

Acude a la consulta de Geriátrica derivado desde Atención Primaria para valoración por posible deterioro cognitivo. Se encuentra acompañado de su

hija y refiere haber visitado en reiteradas ocasiones la consulta de su médico de familia comentando que tenía sensación de “hormigas” por todo el cuerpo y con prurito. Esta sensación comenzó hace aproximadamente un año y se mantiene durante todo el día, siendo menos predominante en la noche. Durante la entrevista comenta que ha intentado aliviar estos picores con distintos productos (laca, alcohol...), con escasa mejoría. El paciente aporta una servilleta donde refiere que están estas hormigas. A su visualización se objetivan restos de piel y algún vello corporal. Se encuentra muy alterado por “las hormigas que recorren su cuerpo” e incluso ha dejado de hacer alguna de las actividades que realizaba habitualmente como salir con amigos al hogar del jubilado o al parque. Además, también había restringido la visita de familiares por temor a contagiarles.

A la exploración física destacan múltiples excoriaciones en brazos, piernas y cara, además de alguna cicatriz atrófica. No se constata la infestación parasitaria. El resto de exploración como auscultación cardíaca, auscultación pulmonar, abdomen y exploración neurológica no tiene hallazgos significativos.

A la exploración psicopatológica el paciente se encontraba alerta, orientado, aunque con cierto grado de suspicacia. Mostraba un discurso centrado en el delirio de parasitación y con gran componente ansioso. No presentaba ideas suicidas ni ideas de heteroagresividad.

Se solicita analítica completa. Hemograma: hemoglobina 11,3 g/dl, hematocrito 38,1 %, volumen corpuscular medio 93,7 fl, leucocitos 9.400/mm<sup>3</sup>, plaquetas 183.000/mm<sup>3</sup>, proteína C reactiva: 5 mg/l. Perfil férrico, ácido fólico y vitamina B12 normales. Coagulación: INR 1,1. ATTP 26/30. Bioquímica: glucosa 115 mg/dl, ácido úrico 4,3 mg/dl, albúmina 2,8 g/l, urea 24 mg/dl, creatinina 0,6 mg/dl, hemoglobina glicosilada 7,2 %; sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, bilirrubina, fosfatasa alcalina y perfil hepático en rangos de referencia. Hormonas Tiroideas: TSH 2,69, T4 libre 1,52. Sistemático de Orina: Sedimento sin alteraciones. Se amplía estudio radiológico con radiografía de tórax que no mostraba alteraciones significativas; y con tomografía computerizada craneal donde se objetivaba retracción parenquimatosa y encefalopatía vascular difusa.

Se realiza *Mini Mental State Examination* (MMSE) siendo de 28/30 (rango de no deterioro cognitivo), y se realiza la escala de depresión geriátrica de Yesavage que es de 11 (dentro de los límites de depresión).

Se solicitó interconsulta a Dermatología, quien pautó tratamiento para las excoriaciones y descartó otras causas de prurito. Por otro lado, se realizó interconsulta a Psicogeriatría quien, tras evaluar la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias, llegó al diagnóstico de síndrome de Ekbom secundario posiblemente a sus patologías de base (diabetes de larga evolución, leucoencefalopatía vascular difusa...). El manejo de este paciente fue el inicio de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) por el cuadro depresivo que presentaba (citalopram 20 mg/24h) y por otro lado neurolépticos (quetiapina 25 mg/24h).

Además, se hizo hincapié en el buen control de los factores de riesgo cardiovascular.

A lo largo de los 8 primeros meses, el paciente refiere una notable mejoría, así como los familiares, que han observado una disminución de las ideas delirantes y que ha vuelto a retomar actividades sociales que realizaba previamente.

## DISCUSIÓN

El prurito es un síntoma que se ve con frecuencia en las consultas de Atención Primaria y que en ocasiones tiene difícil abordaje dado lo inespecífico que es. Por ello, hay que hacer hincapié en una amplia historia clínica acompañante, destacando la topografía, periodicidad, intensidad, número y aspecto de las lesiones, aspecto de las uñas, precipitantes, etc<sup>3</sup>. Lo que destaca de este caso clínico es la percepción del paciente de estar siendo infestado por parásitos. Ante estos síntomas, debemos plantearnos dentro del diagnóstico diferencial otras patologías psiquiátricas, dermatológicas o neurológicas (Tabla 2).

Como se ha comentado en el caso previamente descrito, el tratamiento con antipsicóticos atípicos y además el ISRS se ha mostrado eficaz en el tratamiento del Síndrome de Ekbom. Conclusiones similares han sido descritas por otros autores<sup>4-6</sup>.

Aunque previamente el tratamiento de elección era la pimozida, actualmente el tratamiento de elección son los antipsicóticos atípicos<sup>7</sup> por sus menores efectos secundarios, sobre todo en la población anciana. La remisión completa de las ideas delirantes ocurre según algunas series de casos en el 50 % de los pacientes, pero es notable la mejora de los síntomas psiquiátricos que en ocasiones acompañan al delirio (ansiedad, depresión<sup>8</sup>...). Las recomendaciones de tratamiento se extienden entre 2 a 6 meses tras la remisión de los síntomas<sup>9</sup>.

Por otro lado, es de gran importancia mantener una relación médico-paciente de confianza y empatía, sin contradecir abiertamente al paciente, ya que con cierta frecuencia se muestran reacios al tratamiento al no sentirse comprendidos<sup>10</sup>.

Resulta esencial para un buen diagnóstico y manejo terapéutico una colaboración estrecha entre los profesionales sanitarios (médicos de familia, dermatólogos, psiquiatras y geriatras).

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. Patologías psiquiátricas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esquizofrenia</li> <li>- Trastorno obsesivo compulsivo</li> <li>- Trastorno bipolar</li> <li>- Depresión mayor</li> <li>- Estados paranoides</li> </ul> <p><b>2. Patologías neurológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demencia</li> <li>- Adicción a estupefacientes</li> </ul> <p><b>3. Patologías dermatológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad de Morgellons</li> <li>- Escabiosis</li> <li>- Prurigo por insectos</li> <li>- Dermatitis herpetiforme</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Tabla 2.** Diagnóstico diferencial del síndrome de Ekbom

**AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Luis María García Santos y al Dr. Miguel Ángel Carbonell Rabanal por su colaboración.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ekbom KA. Der präsenile Dermatozoenwahn. Acta Psychiatr Neurol Scand. 1938; 13 :227-59.
2. Freudenmann RW, Lepping P. Delusional infestation. Clin Microbiol Rev. 2009; 22 (4): 690-732.
3. Sarrasqueta Sáenz P, Biurrun Rodríguez MJ, Valcayo Peñalba AM, Vives Nadal R. Actitud ante un prurito generalizado en atención primaria. Aten Primaria. 1996; 17 (9): 590-4.
4. Omri S, Damak R, Ben Brahim H, Mechri A. Delusional parasitosis or Ekbom Syndrome in an elderly hemodialysis

patient. Tunis Med. 2015; 93 (7): 484-5.

5. Wenning MT, Davy LE, Catalano G, Catalano MC. Atypical antipsychotics in the treatment of delusional parasitosis. Ann Clin Psychiatry. 2003; 15 (3-4): 233-9.
6. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. Clin Exp Dermatol. 2008; 33 (2): 113-7.
7. Sambhi R, Lepping P. Psychiatric treatments in dermatology: an update. Clin Exp Dermatol. 2010; 35 (2): 120-5.
8. Lee CS. Delusions of parasitosis. Dermatol Ther. 2008; 21 (1): 2-7.
9. Kenchaiah BK, Kumar S, Tharyan P. Atypical anti-psychotics in delusional parasitosis: a retrospective case series of 20 patients. Int J Dermatol. 2010; 49 (1): 95-100.
10. Rosales Santillan M, Taylor DL, Reichenberg JS. Delusional infestation in psychodermatology. G Ital Dermatol Venereol. 2018; 153 (4): 497-505.