"Doctora no se me acerque que le saltan bichos"

Vigo Santamariña, Laura[1]; Veiga Ramos, Iria[1]; Garcia-Ciudad Young, Vanessa[2] ; Varela Bodenlle, Eva[1]

1 Especialista en Psiquiatría

2 Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Cad Aten Primaria
Ano 2014
Volume 20
Páx. 98-100

ANAMNESIS

Se trata de una paciente de 54 años de edad. Separada, madre tres hijos emancipados. Vive con un amigo íntimo en el domicilio de su expareja. Pensionista por enfermedad mental. Estudios básicos.

MOTIVO DE CONSULTA

Acude sola a consultas de Dermatología del Servicio de Urgencias, por presentar lesiones cutáneas de meses de evolución refiriendo estar "infectada por bichos y larvas". Tras ser descartada parasitosis real, realizan interconsulta al psiquiatra de urgencias bajo el juicio clínico de "dermatitis facticia en el contexto de problemática social".

ANTECEDENTES SOMÁTICOS PERSONALES

Sin alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas. Litiasis renal. Hepatitis C crónica que fue tratada con Interferón. Quistes hepáticos. Condiloma acuminado uretral a seguimiento por el Servicio de Urología. Tabaquismo. Consumo ocasional de alcohol y cocaína. Dependencia a opiáceos en programa de mantenimiento con metadona en la UMAD.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin interés.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

Se recogen dos ingresos previos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, en los años 2003 y 2005, cuando la paciente tenía 46 y 47 años respectivamente. Ambos ingresos fueron voluntarios por indicación del psiquiatra de Urgencias tras realizar intoxicaciones medicamentosas ambas con intencionalidad suicida coincidentes con estresores ambientales. Según refiere la paciente, mantienes seguimiento ambulatorio en la Unidade Municipal de Atención a Drogodependentes (UMAD) desde hace más de 14 años por consumo de cocaína y heroína, manteniéndose a lo largo de estos años en el programa de metadona. A pesar de que relata periodos de abstinencia en el pasado, estos no han sido prolongados, con frecuentes recaídas en el consumo, cumplimiento terapéutico irregular, así como una vida desestructurada en un ambiente marginal y antecedentes de prostitución en la juventud.

ENFERMEDAD ACTUAL

Dos meses previos a acudir al Servicio de Urgencias, relata que comienza a tener problemas con su actual expareja con la que convivía desde hacía años. Sintiéndose permanentemente amenazada tanto ella como su mejor amigo con el que también compartía piso y llegando incluso a acudir a la policía donde presenta varias denuncias por miedo a ser agredida. Según explica, la causa de las desavenencias con su expareja fue una no comprensión por parte de esta de la relación de amistad que la paciente mantenía con su amigo. Todo ello desencadenó una serie de acontecimientos violentos con

FIGURA 1

amenazas de agresión y que finalmente concluyó con el abandono de su expareja del piso donde convivían. Un mes más tarde, comienza a observar y notar bichos en todo su cuerpo, relacionando esto con una visita inesperada de su antigua pareja al domicilio "fue el quien me infecto la casa de bichos, después de que se marchara todo mi cuerpo estaba plagado" A partir de ese momento, la paciente explica que le "duele y le pica la piel", presentando como prueba varias cajas pequeñas y pañuelos llenos de costras donde se supone que se encuentran los bichos y los huevos muertos. También refiere que

dichos parásitos son resistentes al agua "nadan muy bien" y que al arrancarse las costras pueden observarse los huevos todavía vivos en la sangre. Rociándose de forma diaria el pelo con insecticida y lavando el cuerpo varias veces al día con múltiples soluciones jabonosas. Ante esta situación de creciente malestar decide acudir a los dispositivos de Urgencias para ser examinada. Inicialmente es explorada por el Servicio de Dermatología quienes observan múltiples escoriaciones en zonas de acceso pero no datos de parasitosis. Pautándosele tratamiento con hidroxizina 50 mg/día y cursando interconsulta al Servicio de Psiquiatría. La paciente refiere abstinencia de cocaína y alcohol de un mes y de heroína de cinco meses, manteniéndose en la actualidad con 5 mg/día de metadona.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN URGENCIAS

Consciente y orientada auto y alopsiquicamente. Abordable y colaboradora. Aspecto desaliñado con múltiples lesiones de rascado y costras en fascies, extremidades y tronco. Sin alteraciones amnésicas significativas. Tono de voz elevado. Hiperproséxica. Discreta taquipsiquia. Lenguaje coherente, fluido, con discurso circunstancial, centrado en problemática vital a lo largo de los años y en problemática

FIGURA 2

con su actual expareja a quien le hace responsable de la infestación. Ideación delirante de perjuicio centrada en expareja e ideación delirante de parasitación con cenestesias y microzoopsias. Afecto inapropiado. Marcada disfória. Sin ideas de muerte ni ideación autolítica planificada. Clínica ansiosa. Insomnio de conciliación. Descenso del apetito con descenso de la ingesta sin pérdida ponderal cuantificada. Nula conciencia de trastorno

EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Piel y mucosas: múltiples escoriaciones en zonas de acceso. Sin otras alteraciones.

Auscultación cardiológica: rítmica, sin evidencia de soplos

FIGURA 3

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado

Exploración neurológica: sin focalidad neurológica grosera. Pares craneales normales

Hematimetría: sin alteraciones significativas.

Coagulación: sin alteraciones significativas.

Bioquímica: sin alteraciones significativas.

Sistemático de orina: sin alteraciones significativas.

Determinación de tóxicos en Urgencias:

- Etanol en sangre: 0,01 g/L
- Benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos y metadona positivos en orina.

Serología luética: negativa

Hepatitis y retrovirus:

VHC Ac totales técnica 1 positivo

Resto negativo

Electrocardiograma: ritmo sinusal normal a 67 lpm

Radiografía de tórax: sin evidencia de patología pleuropulmonar aguda

TAC cerebral: sin evidencia de patología intracraneal aguda

Resonancia magnética cerebral: Sin alteraciones significativas de la morfología a nivel del parénquima cerebral y cerebeloso con excepción de una muy discreta atrofia frontal bilateral.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Ya desde el Servicio de Urgencias se instaura tratamiento antipsicótico con risperidona oral 4 mg/día y que posteriormente se aumenta a 6 mg/día durante la hospitalización, combinándose dicho tratamiento con 12 mg/día de bromazepam, 75 mg/día de hidroxizina y manteniéndose

tratamiento previo con 5 mg/día de metadona. A lo largo del ingreso se produce inicialmente un distanciamiento afectivo de la ideación delirante de perjuicio y de parasitación, con una crítica total de la misma al alta hospitalaria. Siendo su evolución intrascendentemente favorable con normalización de hábitos y adecuación conductual. Lo cual permitió tras tres semanas de hospitalización el alta de la paciente. En la actualidad mantiene seguimiento regular en la UMAD, manteniéndose estable y abstinente del consumo de tóxicos con 75 mg/día de amitriptilina, 18 mg/día de bromazepam, 75 mg/día de hidroxizina y 5 mg/día de metadona, habiéndosele retirado por completo el tratamiento antipsicótico a los tres meses del alta hospitalaria y manteniendo la paciente una buena funcionalidad con crítica total del episodio previamente descrito

DIAGNÓSTICO

Trastorno de ideas delirantes subtipo somático –Síndrome de Eckbom- (OMS F22.0; CIE 10ª Rev.)

Dependencia a opioides (OMS F11.2; CIE 10ª Rev.)

Probable Trastorno sociopático de la personalidad (OMS F60.2; CIE 10ª Rev.)

DISCUSIÓN

El delirio de parasitación es un trastorno psiquiátrico raro con una incidencia anual de unos 20 casos por millón de habitantes[1]. En esta patología, el paciente tiene la creencia falsa de que está infestado por parásitos, siendo en muchas ocasiones capaces de describir el ciclo de vida del mismo, como se reproducen, se multiplican y mueren[2]. A pesar de que se trata de un trastorno psiquiátrico, son muchos los especialistas que ven a los pacientes antes de ser atendidos en nuestras consultas. En parte por rechazo del propio paciente a reconocer que se trata de un problema mental y no orgánico. Es muy importante que ante un paciente de estas características hagamos una historia clínica detallada recogiendo antecedentes somáticos y psiquiátricos para así poder hacer un adecuado diagnóstico diferencial. Ya que se han descrito casos de ideación delirante de infestación secundariamente a otros trastornos mentales como Esquizofrenia, depresiones psicóticas, estados obsesivos, Trastornos por ansiedad, Trastorno bipolar y estados paranoides (2) y también en muchas psicosis orgánicas incluyendo los trastornos por abuso de drogas como cocaína y anfetaminas[3], demencia, accidentes cerebrovasculares y déficits de vitamina B12[4]. El tratamiento tradicional que se les administraba a estos pacientes era el pimozide, aunque en los últimos años se ha limitado su uso debido al riesgo de importantes efectos extrapiramidales, aumentando el uso de los antipsicóticos atípicos como la risperidona[5] o la olanazapina[6], describiéndose una mejoría de los síntomas a las 3-4 semanas de tratamiento, aunque normalmente se requiere de la continuación del mismo durante seis meses o un año, siendo la evolución insidiosa[7].

Lo interesante del caso aquí expuesto es fundamentalmente discutir las dudas diagnósticas del mismo. A pesar de que el diagnóstico al alta fue de trastorno de ideas delirantes subtipo somático, el seguimiento de la misma tras el alta nos permite considerar otra posibilidad diagnóstica.

Es muy importante tener en cuenta en esta paciente los antecedentes de consumo de tóxicos, especialmente de cocaína. Aunque la mayoría de los pacientes que consumen este tipo de sustancias saben que las experiencias alucinatorias en las que observan bichos no son reales, un pequeño grupo de consumidores crónicos desarrollan un estado delirante en el que realmente creen estar infestados (1). Este podría ser el caso de nuestra paciente, donde tras exponerla a un régimen cerrado sin posibilidad de continuar el consumo de tóxicos e instaurar el tratamiento antipsicótico la clínica remite de forma espectacular consiguiéndose una crítica total de la misma con una evolución favorable tras mantenerse la abstinencia, encajando quizás mejor su diagnóstico en el de trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes[8].

[1] **Freudenmann RW, Lepping P. Delusional infestation. Clin Microbiol Rev 2009; 22:690–732.**
[2] Lee CS. Delusions of parasitosis. Dermatol Ther. 2008 Jan-Feb;21(1):2-7
[3] Elliott A, Mahmood T, Smalligan RD. Cocaine bugs: a case report of cocaine-induced delusions of parasitosis. Am J Addict. 2012 Mar-Apr;21(2):180-1. doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00208.x. Epub 2012 Feb 7.
[4] Koo J, Lee CS. Delusions of parasitosis: a dermatologist's guide to diagnosis and treatment. Am J Clin Dermatol 2001: 2: 285–290
[5] Friedmann AC, Ekeowa-Anderson A, Taylor R, Bewley A. Delusional parasitosis presenting as folie a trios: successful treatment with risperidone. Br J Dermatol 2006;155(4):841-2.
[6] Meehan WJ, Badreshia S, Mackley CL. Successful treatment of delusions of parasitosis with olanzapine. Arch Dermatol 2006;142(3): 350-5
[7] Bewley AP, Lepping P, Freudenmann RW, Taylor R. Delusional parasitosis: time to call it delusional infestation. Br J Dermatol. 2010 Jul;163(1):1-2.
[8] CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid: Meditor; 1996.