



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/3195 - Un caso de SÍNDROME de Ekbom

D.C. Mateu Arza^a, M. Valls Esteve^a, M.R. Vasquez Delgado^b, A. Martín Maldonado^b, L.L. Sánchez Orquera^b, G. Trilla Aymerich^b, P. Batalla Salinas^b, J. Parcet Solsona^a y M. Massamunt Paris^a

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 78 años, FRCV, IRC, HPB, cataratas. No tóxicos. No AP psiquiátricos. Consulta por alteración de la percepción de un año, con visión de telarañas e insectos en una zona de su casa. Sensación de que le penetran en la piel y en la cabeza y le pican cada vez que pasa por allí. Si utiliza gorros no le pican. Asegura que son reales. Limpieza en forma repetitiva del lugar. Alteración de la dinámica familiar. No clínica mayor afectiva ni otra sintomatología psicótica. Se inicia quetiapina a dosis progresiva con escasa respuesta.

Exploración y pruebas complementarias: Piel con lesiones de rascado. NRL conservada. Tests cognitivos normales. No anemia. Mantiene FR. Ionograma y vitaminas normales. TC de cráneo: signos involutivos cortico-subcorticales. Leucoencefalopatía hipóxico-isquémica crónica. Microinfartos crónicos. Se solicita IC a Psiquiatría.

Juicio clínico: Se orienta de delirio de parasitosis. Síndrome de Ekbom, probable inicio de deterioro cognitivo. Se reduce dosis de antipsicótico por escasa mejoría. Se recomiendan otras estrategias (gorro...).

Diagnóstico diferencial: 1) Escabiasis, pediculosis y miasis. 2) Prurito metabólico: insuficiencia hepática, renal, enfermedades tiroideas, alteraciones neurológicas y neoplasias hematológicas. 3) Enfermedades psiquiátricas: alucinaciones en esquizofrenia, depresión, delirio por fármacos. 4) Síndrome de Charles Bonnet.

Comentario final: El diagnóstico es clínico: Prurito con excoriaciones. Convicción delirante de ser infestado por parásitos cutáneos. Lesiones autoprovocadas para eliminarlos. Conducta relacionada con la desaparición de los parásitos y el temor de contagiar a otros. Falta de evidencia de etiología orgánica o parasitológica. De abordaje difícil, cualquier insinuación sobre la etiología psiquiátrica del trastorno es razón suficiente para que abandonen el seguimiento. Se sugiere dar el diagnóstico de síndrome de Ekbom antes que delirio. El MAP debe ser empático y no cuestionar al enfermo sobre el delirio, informarle que no encontró infestaciones, pero que sabe que el paciente tiene esta percepción. Comunicarle que esto se debe a una alteración del SNC para lo cual iniciará tratamiento, además de evitar enviar en la primera consulta al Psiquiatra. Actualmente, el tratamiento de elección son antipsicóticos atípicos.

Bibliografía

1. Lee CS. Delusions of parasitosis. *Dermatol Ther*. 2008;21:2-7.

Palabras clave: Delirio. Parasitosis. Ekbom.