

**Rev Cubana Med Trop 2005;57(3):**

Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”

## **Delusión parasitaria: a propósito de un caso**

[Dra. María Elena. Rodríguez Barreras,<sup>1</sup> Dra. Beatriz Mantecón Fernández,<sup>2</sup> Dra. Virginia Capó de Paz,<sup>3</sup> Dr. José M. Almeida Lorente,<sup>4</sup> Dr. Daniel González Rubio<sup>5</sup> y Dr. René Díaz Fernández<sup>6</sup>](#)

### **Resumen**

Se notificó un caso de una mujer de 52 años de edad, blanca, con antecedentes personales y familiares de trastornos psiquiátricos y de pediculosis pubis, que fue remitida por presentar lesiones exulceradas en la piel, desde hacía 2 años. En el examen microscópico de las muestras tomadas durante su ingreso se comprobó que correspondían con restos de epitelio y pelos. La biopsia cutánea se interpretó como exulceraciones secundarias al rascado, y confirmó la ausencia de parásitos. Las interconsultas realizadas con psicología y psiquiatría evidenciaron el cuadro alucinatorio de la paciente que luego de ser estudiada se definió como delusión parasitaria (delirio parasitario dermatozoo primario, grado II, ectoparasitosis). Se reportó el caso por lo infrecuente y por la ausencia de documentación de esta patología dermatológica en Cuba.

**Palabras clave:** Delusión parasitaria, delirio parasitario, exulceraciones cutáneas, acarofobia, excoriaciones neuróticas, alucinaciones.

Existen múltiples enfermedades dermatológicas que tienen una base psicógena. En 1986, Van der Schar<sup>1</sup> propuso una clasificación para estas entidades que se han dado a llamar *trastornos psicocutáneos*. Entre estos, se encuentran las condiciones psiquiátricas primarias que conducen a consulta dermatológica (delusión parasitaria, delusiones de la imagen corporal, estados fóbicos); las dermatosis emocionales (dermatitis artefacta, excoriaciones neuróticas, tricotilomanía y onicotilomanía); las patologías perpetuadas o agravadas por trauma autoinducidos (liquen simple, acné excoriado, prurigo); dermatosis debido a respuesta fisiológica aumentada (hiperhidrosis, oleada de enrojecimiento) y aquellas en las que los factores emocionales precipitantes o permanentes pueden ser importantes (eczema vesicular de palmas y plantas, dermatitis atópica en el adulto, psoriasis, prurito localizado y generalizado, alopecia areata, aftosis, rosácea, urticaria crónica).

La delusión parasitaria o delirio parasitario (DP), es una enfermedad dermatológica en la cual el paciente tiene el convencimiento que su piel está infestada por parásitos y acude al dermatólogo en busca de cura

de sus lesiones cutáneas.

El término psicosis hipocondriaca monosintomática puede ser aplicado a los pacientes con DP no secundaria a otro trastorno psiquiátrico.

Por lo interesante y poco frecuente de esta entidad se decide reportarla.

## Presentación de caso clínico

Mujer de 52 años de edad con antecedentes de trastorno psiquiátrico personal y familiar la cual refiere que hace 2 años ella y su esposo presentaron pediculosis pubis.

Es remitida al Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri” (IPK) por presentar desde hace 2 años pápulas y excoriaciones en tronco y extremidades que se acompañan de prurito, sobre todo nocturno, que fueron interpretados últimamente como acarofobia. Refiere la paciente que “se extrae parásitos del cuerpo y que algunos familiares están igual”, y que acudió a consulta de varios dermatólogos y llevó numerosos tratamientos especializados, así como autoindicados sin cura aparente.

Examen dermatológico: se constatan lesiones cutáneas diseminadas en abdomen y extremidades constituidas por pápulas y excoriaciones; en miembros inferiores se acompañan además, de máculas hipercrómicas residuales. No se constatan ectoparásitos a la inspección visual normal ni con una lente de aumento (figs. 1-3).



**Fig. 1.** Se observan lesiones de rascado en el abdomen en busca del parásito.



**Fig. 2.** Se observan múltiples lesiones de rascado y cicatrices en ambos miembros superiores.



**Fig. 3.** A mayor aumento se evidencia la pérdida de la epidermis al rascado y las cicatrices

Durante su estadía hospitalaria la paciente manifestaba diariamente su preocupación por el estado de salud de sus familiares, pues por su culpa ellos estaban infestados con sus “bichos”, y refería que no sabía cómo enfrentarse a sus familiares cuando retornara a su casa y que de mantenerse esa situación sería capaz de matarse. También, a petición del psiquiatra dibujó el “bicho” en la historia clínica (fig. 4).

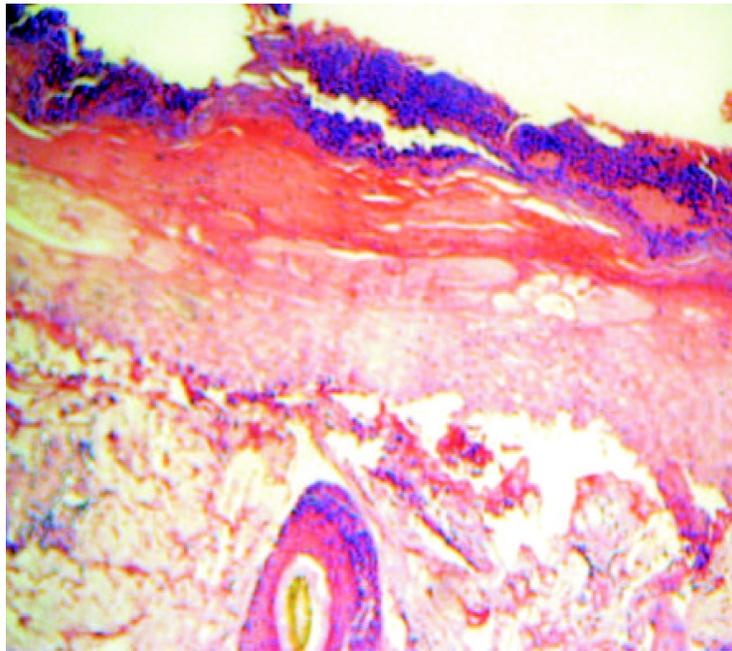


**Fig. 4.** Representación gráfica del supuesto agente etiológico como lo ve la paciente, dibujado en la historia clínica a petición del psiquiatra.

Las muestras colectadas por la paciente y las que la paciente aportó al ingreso, fueron interpretadas por el entomólogo como: de la Clase Insecta, Orden Himenóptera, Familia Proctotrupidae y del Orden Thysanoptera, Familia Thyridae (trips), sin importancia médica.

De las muestras obtenidas durante su hospitalización se informó: restos de epitelios, pelos y suciedad.

Biopsia de piel (2004-B-689-IPK): fragmento de piel que muestra extensa zona de exulceración de la epidermis con cambios espongióticos y reacción inflamatoria superficial inespecífica (secundaria al rascado) (fig. 5).



**Fig. 5.** Biopsia de piel: fragmento de piel que muestra extensa zona de exulceración de la epidermis con cambios espongíóticos y reacción inflamatoria superficial inespecífica.

Interconsulta con psicología: dadas las alteraciones alucinatorias presentes en la paciente se remite a psiquiatría.

Interconsulta con psiquiatría: se constata en el examen psiquiátrico:

- Funciones de integración: ligera desorientación espacial y un aumento evidente de la atención activa dirigida hacia sí. Nivel de vigilia conservado.
- Funciones cognoscitivas: trastornos sensorceptuales dados por alucinaciones táctiles. Pensamiento de curso normal y contenido delirante secundario a los trastornos sensorceptuales descritos.
- Funciones afectivas: se evidencia cierto grado de disforia y anedonia expresión de un tono afectivo ligeramente hipotímico.
- Funciones conativas: Lo más significativo está dado por las lesiones dermatológicas autoinflingidas y secundarias a los trastornos ya antes descritos.
- Funciones de relación: matizadas por la no obtención de explicaciones o conclusiones de los facultativos que le expliquen la supuesta enfermedad física que ella padece.

## Discusión

En la DP, con frecuencia los síntomas se presentan bien definidos. Muchos pacientes refieren sentir que un insecto le está caminando por su piel, pueden describir y pintar el insecto, y además señalar que otros miembros de la familia lo padecen igual (*folie à deux*), tal y como es referido por la paciente.<sup>2,3</sup>

Estos pacientes cambian de médico frecuentemente y se complacen con la “incompetencia” de los médicos consultados. A su vez, ellos ven sus problemas solo puramente dermatológicos, mientras que los médicos que los consultan, solo lo ven desde el punto de vista psiquiátrico. Por esta razón, muchas veces es imposible establecer un puente de comunicación médico paciente. Por otra parte, no se constata enfermedad dermatológica, aunque se observan las excoriaciones producidas al tratar de extraerse el parásito que ellos alucinan.<sup>4,5</sup>

Al microscopio se constatan pelos, fragmentos de piel, aunque también pueden observarse organismos vivientes como mosquitos y otros sin importancia médica.

El manejo del paciente se torna difícil y es mejor decirle que no puede ver el parásito hoy, a decirle que tiene un problema mental. Por otro lado, muchas veces no acuden a la interconsulta de psiquiatría y son pacientes deprimidos, que tienen alucinaciones y precisan de tratamiento controlado por el especialista porque pueden llegar a tomar medidas tan drásticas como el suicidio. No se constaron alteraciones en los exámenes imagenológicos realizados, como tampoco en los de sangre. El caso presentado coincide completamente con la literatura revisada.<sup>6</sup>

## **Recomendaciones**

Siempre que se presente un paciente con estos síntomas, se deberá evaluar con un especialista en dermatología para su estudio y posterior seguimiento.

Por lo complejo e infrecuente que resulta su control, se necesita realizar estudios de laboratorios (parasitológico e histológico) para confirmar el diagnóstico presuntivo.

De confirmarse el diagnóstico debe evaluarse con el especialista de psiquiatría para su tratamiento específico.

## **Agradecimientos**

Al licenciado Omar Fuentes del Laboratorio de Entomología de la Subdirección de Parasitología del IPK por su cooperación en la identificación de los insectos extraídos y traídos por la paciente, que hicieron posible la realización posterior de este trabajo.

## **Delusional parasitosis: apropos of a case**

### **Summary**

The case of a 52-year-old white female patient with personal and family history of psychiatric disorders and pubic pediculosis that was referred for presenting exulcerated lesions of the skin during the last two years was reported. On the microscopic study, the samples taken from the patient during her admission corresponded to epithelium and hair. The skin biopsy was interpreted as exulceration secondary to scratching, and no evidence of parasites was found. Psychological and psychiatric evaluation of the patient confirmed her hallucinatory state. She was finally diagnosed a Delusional Parasitosis (II grade Primary Dermatozoal Parasitic Delirium, , ectoparasitosis). This is a very infrequent diagnosis and no documented case was found of this dermatological pathology in Cuba.

**Key words:** Delusional parasitosis, parasitic delirium, skin exulcerations, acarophobia, neurotic excoriations, hallucinations.

## Referencias bibliográficas

1. Cotterill JA, Millara Lg. Dermatological delusional disease. En: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM ed. Textbook of Dermatology [CD-ROM]. London: Blackwell Science Ltd.; 1999.
2. Aw DC, Thong JY, Chan HL. Delusional parasitosis: case series of 8 patients and review of the literature. Ann Acad Med Singapore 2004;33(1):89-94.
3. Kim C, Kim J, Lee M, Kang. M. Delusional parasitosis as 'folie a deux'. J Korean Med Sci 2003;18(3):462-5.
4. Wilson FC, Uslan DZ. Delusional parasitosis. Mayo Clin Proc 2004;79(11):1470.
5. Madoz-Gurpide A, García Rees E. Delusional parasitosis. Med Clin 2004;123(2):66-9.
6. Trabert W. 100 years of delusional parasitosis: metaanalysis of 1223 case reports. Psychopathology 1995;25:238-46.

Recibido: 15 de abril de 2005. Aprobado: 27 de junio de 2005.

Dra. *María Elena Rodríguez Barreras*. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". AP 601, CP 11300, Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: [mariaelena@ipk.sld.cu](mailto:mariaelena@ipk.sld.cu)

<sup>1</sup>[Especialista de II Grado en Dermatología. Profesora Auxiliar-Consultante en Dermatología.](#)

[Investigadora Auxiliar.-](#)

<sup>2</sup>[Especialista de I Grado en Dermatología.-](#)

<sup>3</sup>[Doctora en Ciencias Médicas Diagnósticas. Especialista de II Grado en Anatomía Patológica.](#)

[Investigadora Titular.-](#)

<sup>4</sup>[Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Asistente.-](#)

<sup>5</sup>[Máster en Infectología. Especialista de I Grado en Medicina Interna.-](#)

<sup>6</sup>[Especialista de I Grado en Medicina Interna.](#)

