

Caso clínico

Parasitismo imaginario: experiencia clínica y diagnóstica

Delusional parasitosis: Clinical and Diagnostic Experience

Ólger Calderón-Arguedas y Adriana Troyo

Resumen

Objetivo: describir los casos de parasitismo imaginario observados en el Laboratorio de Entomología Médica, Facultad de Microbiología, Universidad de Costa Rica durante 2001-2011.

Métodos: se describen 9 casos cuyas características coincidieron con cuadros de parasitismo imaginario, y se analiza la “evidencia diagnóstica” aportada por algunos de los pacientes como causa de su enfermedad.

Resultados: los pacientes refirieron problemas crónicos a nivel de piel y cuero cabelludo con síntomas y signos atribuidos, según su propio criterio, a diferentes tipos de artrópodos. Dichos pacientes ya habían recurrido a consultas previas, sin éxito en el diagnóstico esperado. Las muestras aportadas permitieron identificar artrópodos como psicodinos (Diptera: Psychodinae), psócidos (Psocoptera), moscas (Diptera: Cyclorrhapha), homópteros (Homoptera), hormigas (Hymenoptera: Formicidae), (isópteros) y arañas (Arácnida: Aranea) los cuales son irrelevantes en cuanto a su importancia médica. También se detectaron granos, fibras vegetales, coágulos de fibrina y trozos de queratina dérmica.

Discusión: se hace énfasis al personal clínico y de laboratorio para la ejecución de un correcto diagnóstico e identificación de las posibles causas, antes de proceder a administrar un tratamiento medicamentoso antiparasitario.

Descriptor: trastornos psicóticos afectivos, parásitos, insecto, diagnóstico

Fecha recibido: 13 de febrero de 2012

Fecha aceptado: 31 de mayo de 2012

Centro de Investigación en Enfermedades Tropicales (CIET). Departamento de Parasitología, Facultad de Microbiología, Universidad de Costa Rica.

Correspondencia:

olger.calderon@ucr.ac.cr

Fuentes de apoyo: Vicerrectoría de Acción Social, Universidad de Costa Rica, Proyecto ED-548

Conflicto de intereses: no hay conflicto de intereses

ISSN 0001-6002/2012/54/3/189-192

Acta Médica Costarricense, © 2012

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Abstract

Aim: To describe the cases of delusional parasitosis observed in the Laboratory of Medical Entomology, School of Microbiology, University of Costa Rica during 2001-2011.

Methods: Nine cases compatible with delusional parasitosis are described. The “diagnostic evidence” provided by patients as cause of their illness is also analyzed.

Results: These patients referred chronic problems on skin and scalp with signs and symptoms attributed, in their opinion, to different types of arthropods. These patients had already been evaluated by a physician and had been unsuccessful with the expected diagnosis. The samples provided included several types of arthropods, such as, psychodinae (Diptera: *Psychodinae*), booklice (Psocoptera), true bugs (Homoptera), flies (Diptera: Cyclorrhapha), ants (Hymenoptera: Formicidae), Isoptera and house spiders (Arachnida: Aranea), that are irrelevant in terms of medical importance. Other materials such as grains, vegetable fibers, fibrin clots, and pieces of skin were also detected.

Discussion: We emphasize the importance of a correct diagnosis and identification of possible causes of this syndrome before administering treatment with anti-parasitic drugs.

Key words: Affective disorders, psychotic, parasite, insect, diagnosis.

Introducción

El parasitismo imaginario o Síndrome de Ekborn es un cuadro que se describió en la bibliografía médica hace más de un siglo.¹ Consiste en un desorden psicopsiquiátrico, en el cual los pacientes afectados tienen la creencia de que organismos vivos, como ácaros, insectos y gusanos, están presentes sobre o dentro de su cuerpo.² A su vez, describen la actividad de estos organismos sugiriendo la ocurrencia de picadas, agujoneadas o su desplazamiento sobre el cuerpo.³ Los pacientes afectados informan sobre síntomas asociados que incluyen sensación de parestesia, eritema, prurito, urticaria, entre otros.^{4,5} Tales síntomas pueden conducir a la ocurrencia de lesiones dérmicas por efecto de rascado o laceración, las cuales podrían ser colonizadas e infectadas por microorganismos piógenos.²

Cuadro 1. Características de los casos de parasitismo imaginario observados en 2001-2011

Paciente	Sexo (M/F)	Edad (años)	Características del cuadro	Evidencia causal aportada
1*	F	51	Prurito en cuero cabelludo atribuido a artrópodos que caminan	Psychodinae/Cyclorrhapha/Homoptera, hebras arrolladas, detritos
2	M	76	Sensación de picada por artrópodos que se desprenden de los párpados y otras partes del cuerpo	Granos/fibras vegetales/hormigas
3	F	55	Lesiones eritematosas en brazos, tórax y cuello, atribuidas a ácaros	Trozos de epidermis
4	F	70	Sensación de aguijoneamiento contínuo secundario al contacto con un didélfido	Psocoptera
5	F	60	Lesiones por rascado debidas a animalitos que comen en el cuero cabelludo	Psychodinae/Isoptera/Homoptera/ Aranea/granulaciones y coágulos de fibrina
6**	F	45	Lesiones dérmicas atribuidas a ácaros	Detritos de polvo/hebras arrolladas
7	F	45	Prurito atribuido a ácaros presentes en paredes y alfombras	-
8	F	87	Prurito generalizado atribuido a ácaros y artrópodos presentes en la piel	-
9	F	20	Lesiones por automutilación en piel y en zona perivaginal, atribuidas a gusanos	Trozos de queratina dérmica

* Automedicación con champú para animales, Baygón®, alcohol/ácido bórico
 ** Recurrencia a consulta diagnóstica

Además, los pacientes refieren conocer los agentes responsables de estos problemas y tratan de demostrar la causalidad, aportando evidencias que usualmente corresponden a artrópodos incidentales, polen, esporas, fibras vegetales, pelos, fragmentos de piel y otros detritos.^{2,5} Las causas reales de los síntomas o signos pueden ser diversas y se han descrito como probables: la electricidad estática y el contacto con diversas sustancias irritantes, como asbesto o fibra de vidrio.⁴ También pueden existir causas fisiológicas como alergias, desórdenes nutricionales o metabólicos, y reacciones secundarias a drogas.² Por lo común, el cuadro se acompaña de depresión, estrés, ansiedad y otros problemas de carácter emocional.⁴

Estos últimos se pueden exacerbar por la repetida consulta a especialistas, sin que se brinde un diagnóstico o tratamiento convincente.

El Laboratorio de Entomología Médica, en la Facultad de Microbiología de la Universidad de Costa Rica, suele brindar un servicio de diagnóstico y asesoría sobre artrópodos ectoparásitos y de importancia en salud pública. Durante los últimos años, se ha atendido una cantidad relevante de pacientes con un diagnóstico compatible de parasitismo imaginario. El propósito de este artículo es dar a conocer a la comunidad médica, la ocurrencia de este tipo de casos y sus características, con el fin de llamar la atención sobre la necesidad de establecer un buen diagnóstico previo al inicio de terapia medicamentosa.

Materiales y métodos

Se realizó un recuento de los principales casos compatibles con parasitismo imaginario, valorados en el Laboratorio de Entomología Médica de la Facultad de Microbiología de la Universidad de Costa Rica, durante 2001-2011. Los pacientes fueron entrevistados para documentar la historia epidemiológica y clínica, así como valorar la “evidencia diagnóstica” aportada. En la mayoría de los casos, suministraron material colectado por ellos mismos, como supuesta evidencia de los agentes causales, solicitando su identificación o diagnóstico. En cada ocasión, el material fue observado inicialmente en el microscopio estereoscópico y, cuando fue necesario, se aclaró en lactofenol y se montó en medio Hoyer, para su posterior estudio al microscopio de luz. A estos pacientes, y dependiendo del diagnóstico, los profesionales a cargo les brindaron consejería y los remitieron a profesionales competentes, para su tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Los datos recabados de cada paciente fueron manejados con estricta confidencialidad.

Resultados

En el período señalado se atendieron nueve pacientes que mostraron un diagnóstico compatible con parasitismo imaginario. Estos habían recurrido, en una o más ocasiones, a clínicas y centros hospitalarios, para ser valorados, y la mayoría reportó haber recibido algún tipo de tratamiento antiparasitario. La mayor proporción fue de sexo femenino (8/9), y con una excepción, de edad igual o superior a los 45 años (Cuadro 1). Siete de los pacientes aportaron sus pretendidas evidencias causales del problema. Luego de ser valoradas en el Laboratorio, tales evidencias correspondieron a artrópodos incidentales, detritos de polvo, hebras y trozos de material seroso y dérmico (Cuadro 1).

La totalidad de los pacientes refirió manifestaciones clínicas a nivel de piel y cuero cabelludo (Cuadro 1). Aunque la mayoría presentó algún tipo de lesión o proceso inflamatorio evidente, también hubo pacientes que solo describieron los síntomas. En uno de los casos (paciente 1), la paciente informó acerca de la implementación de medidas, como corte de cabello, uso de tintes y la autoaplicación de champú para perros y caballos. También usó Baygón © y alcohol/ácido bórico sobre el cuero cabelludo, con el fin de eliminar el “artrópodo” que le estaba produciendo “la infestación”.

Discusión

Las afecciones de piel, como la escabiosis y la demodicosis, son de las principales causas de consulta en laboratorios especializados en entomología médica o parasitología.⁶ En conjunto con estas, el parasitismo imaginario ha venido

emergiendo como otra patología observada frecuentemente en este tipo de laboratorios. En el estudio se enmarcan nueve de los casos más notables de parasitismo imaginario atendidos por nuestro equipo de trabajo. La totalidad de los pacientes manifestaba problemas a nivel de piel y cuero cabelludo, como es lo usual en el parasitismo imaginario.² Dado que no se contó con una valoración psiquiátrica para cada paciente, no se pudo precisar si el parasitismo imaginario estaba condicionado por causas de origen eminentemente mental, o si obedecía a alguna causa física, química o fisiológica.

A diferencia de la entomofobia, en el parasitismo imaginario los pacientes no muestran aversión por los potenciales artrópodos que les están infringiendo daño, de ahí que ellos mismos colectan y presentan los supuestos agentes que les están provocando el problema.⁷ En el presente trabajo, las “evidencias” aportadas por los pacientes incluyeron artrópodos incidentales y diversos tipos de partículas, en las que figuran granulaciones, coágulos de fibrina y trozos de queratina dérmica. En concordancia con estos hallazgos, en un estudio efectuado en 20 individuos diagnosticados por parasitismo imaginario, se evidenció la presencia de diversos agentes bióticos relacionados con este tipo de cuadro, donde sobresalieron: pólenes, hongos (esporas y micelios), algas, huevos y larvas de insecto, y llamó la atención la observación de colémbolos (*Entognatha: Collembola*).⁵ En este caso, los artrópodos observados son habitantes incidentales en los entornos intradomiciliares y peridomiciliares, y no representan ningún riesgo de infestación o daño para el paciente. Sin embargo, en ocasiones se debe tener especial cuidado, ya que la descripción inicial por parte del paciente, podría sugerir un parasitismo imaginario que verdaderamente está siendo causado por un artrópodo. Por ejemplo, durante el período de estudio una paciente con dermatitis reportaba sentir “animalitos” que la picaban y caminaban sobre la pared y cama, cuyo agente causal fue identificado posteriormente como un ácaro hematófago.⁸ En este sentido, es fundamental la capacidad diagnóstica del analista, ya que debe establecer un buen diagnóstico diferencial, con artrópodos que sí comprometen la salud del individuo, donde se incluyen también *Sarcoptes scabiei*, pulgas, piojos, mosquitos, flebotomos, tábanos, entre otros.¹

De acuerdo con las características epidemiológicas referidas en la bibliografía, en estos cuadros la población que por lo general se ve más afectada corresponde a la femenina, de avanzada edad.⁹ Según nuestra casuística, este patrón parece reproducirse. Cabe destacar que uno de los casos más severos entre los observados correspondió a una paciente universitaria joven, de tan solo 20 años, lo que hace que una temprana edad no sea excluyente para la presentación de este tipo de casos.

Otro de los rasgos típicos de estos pacientes corresponde a su comportamiento de recurrencia en relación con el problema.⁵ En el estudio la totalidad de los evaluados ya había asistido a un centro de atención en salud u hospital, antes de su visita al Laboratorio. En uno de los casos, una paciente recurrió tres veces al Laboratorio, en días continuos, para aportar material diagnóstico y lograr la corroboración del agente causal. Este rasgo es relativamente típico, ya que los pacientes sienten que solo ellos pueden ver o sentir los agentes que les causan el cuadro clínico, e intentan demostrar que estos son reales.¹

Como resultado de sus consultas a clínicas o centros hospitalarios, por lo menos en uno de estos casos se documentó la aplicación de un tratamiento medicamentoso de acción antiparasitaria, el cual resultó ineficaz para solucionar el problema.

La inoperancia de estos tratamientos, por lo general faculta a los pacientes a aplicar medidas extremas, como fumigaciones a repetición en su vivienda o habitación, limpieza exhaustiva de su entorno o autoaplicación de químicos con altos niveles de toxicidad, como el Baygón © y el ácido bórico. Este comportamiento ha sido descrito por diversos autores.^{2,4,5} Es crítico que el clínico pueda identificar este tipo de casos para que realice el estudio de la etiología probable, considerando posibles causas de carácter físico, químico, fisiológico o medicamentoso, antes de brindar un tratamiento antiparasitario, que de seguro no generará ninguna mejoría en el paciente y exacerbará sus niveles de ansiedad.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a la Dra. Mayra E. Solano, M.Q.C, MSc., por sus aportes en la evaluación de algunos de los casos presentados, y a la Sección de Extensión Docente de la Vicerrectoría de Acción Social de la Universidad de Costa Rica, por su apoyo logístico al proyecto ED 548.

Referencias

1. Kelly R. Delusory parasitosis: Bugged by “bugs”. Georgia Epidemiol. Report. 2004; 20: 1-2.
2. Hinkle NC. Delusory parasitosis. Am. Entomol. 2000; 46: 17-25.
3. Mitchell C. Successful treatment of Chronic Delusional Parasitosis. Br. J. Psychiatry. 1989; 155: 556-557.
4. Hinkle NC. Delusory Parasitosis. 3 páginas. Recuperado el 10 de febrero de 2012, de <http://www.crcnetbase.com/doi/pdf/10.1201/NOE0824706326.ch78>
5. Altschuler, DZ, Crutcher M, Dulceanu N, Cervantes BA, Terinte C, Sorkin LN. Collembola (Springtail) (Arthropoda: Hexapoda: Entognatha) found in scrapings from individuals diagnosed with delusory parasitosis. J. N. Y. Entomol. Soc. 2004; 112: 87-95.
6. Calderón-Arguedas O, Troyo A. Demodicosis: una afección común de la piel en el ser humano. Rev. Col. M.Q.C. C.R. 2011; 17:15-18.
7. Hardwood RF, James MT. Entomology in human and animal health. 7th edition. New York: The Macmillan Publishing Co. Inc. 1979.
8. Calderón-Arguedas O, Troyo A, Castro-Ugalde J. Ectoparasitosis por ácaros macronísidos (Gamasida: Macronyssidae). Rev. Costarric Cienc. Céd. 2004; 25: 35-39.
9. Mitchell C. Successful treatment of Chronic Delusional Parasitosis. Br. J. Psychiatry. 1989; 155: 556-557.