

## **Delirios parasitarios o síndrome de Ekbom en la consulta de gastroenterología: un reto diagnóstico**

Ekbom syndrome or parasitic delusions in the gastroenterology office: a diagnostic challenge

Susana A Borges<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5510-3328>

Carlos Z. Acanda<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0002-6175-6752>

Niurka Sánchez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3078-4021>

Marcel Sosa-Carabeo<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5562-1937>

Angel A. Escobedo<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6421-3340>

<sup>1</sup>Instituto de Gastroenterología. La Habana. Cuba

<sup>2</sup>Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. Cuba

\*Autor para correspondencia: [escobedo@infomed.sld.cu](mailto:escobedo@infomed.sld.cu)

Recibido: 25/01/2025

Aceptado: 20/03/2025

Sr. Editor

El síndrome de Ekbom (SE), también conocido como delirios parasitarios, es un trastorno mental infrecuente que supone un verdadero reto tanto para los profesionales dedicados a la salud mental como para los de otras especialidades, incluidos los gastroenterólogos.

Esta entidad, está clasificada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*DSM-5*, por sus siglas en Inglés) como un tipo somático de trastorno delirante.<sup>(1,2)</sup>

El SE se define como un delirio persistente de infección o infestación del individuo por parásitos, gusanos, insectos u otros organismos, habiéndose descrito en el mismo experiencias de picor, hormigueo o movimiento de los propios organismos en la piel o en el interior del cuerpo.<sup>(1,2)</sup>

Aún no se ha establecido la incidencia del SE. La prevalencia del SE es difícil de determinar, aunque se estima que se encuentra presente en un pequeño porcentaje, siendo más frecuente en sujetos con antecedentes de trastornos psiquiátricos o en aislamiento social. Un estudio mostró una prevalencia de 5,6 casos por cada millón de personas hospitalizadas o inscritas en el servicio de salud pública y 83 casos por cada millón de personas en el sector privado.<sup>(3)</sup> Algunas investigaciones han encontrado que la prevalencia varía de 0,148 a 4,225 por 100.000 personas-año y la incidencia de 0,845 por 100.000 personas.<sup>(4)</sup>

Las mujeres son más afectadas que los hombres; la edad pico de aparición es después de los 50 años, aunque puede ocurrir incluso en grupos de edad más jóvenes, especialmente entre 20 y 30 años.<sup>(5,6,7)</sup>

El SE puede clasificarse como una variante primaria o secundaria.<sup>(1,2)</sup> En su forma primaria, es un trastorno psiquiátrico aislado que se diagnostica tras la exclusión de otras causas, como una infección o una afección médica o psiquiátrica subyacente. Es de particular preocupación ante el desarrollo de tratamientos inadecuados y la incapacidad para mantener la calidad de vida del paciente. En su forma secundaria, los delirios se atribuyen a otras afecciones subyacentes, como lo son, el consumo de sustancias legales o ilegales, medicamentos, otros trastornos psiquiátricos o infecciones. Si bien el mecanismo fisiopatológico exacto del SE primario aún no está claro, sus manifestaciones clínicas, principalmente los delirios, sugieren una estrecha relación con el desequilibrio de la dopamina.<sup>(1,2)</sup> La detección precoz de estos grupos es clave para trabajar en la prevención y en el control de la enfermedad.

Aunque los pacientes con SE están convencidos de que tienen una infección, no hay ningún organismo presente; sin embargo, pueden exhibir las características típicas, como

el signo de la caja de fósforos y puede incluir partículas de piel o cabello, que se trata de una característica patognomónica de este trastorno delirante en el 25 al 75 por ciento de los pacientes. En este, el paciente colecciona el supuesto patógeno y lo proporciona como prueba a la persona que lo evalúa. También se acompaña de solicitudes repetidas no solo de un estudio exhaustivo, sino también de investigaciones adicionales para documentar el organismo e insistencia en múltiples tratamientos antiparasitarios para erradicar completamente la infección.<sup>(1,7,8,9)</sup>

Es así como el diagnóstico del SE presenta muchos desafíos, y es especialmente relevante para los médicos generales y gastroenterólogos, quienes pueden ser los primeros en evaluar a los pacientes que se quejan de síntomas gastrointestinales con relación a la infección parasitaria. La confusión puede ser muy fácil cuando se confrontan síntomas físicos reales típicos de una infección parasitaria frente a los delirios de parasitismo. Esta confusión puede llevar a una sobredosificación de tratamientos antiparasitarios. Es importante que los gastroenterólogos tengan conocimientos sobre los ciclos evolutivos de los parásitos y de otros agentes patógenos que pueden dar lugar a síntomas similares en área digestiva. En un estudio para realizado para evaluar los conocimientos básicos sobre parasitismo intestinal en médicos que prestaban servicios en la atención primaria de salud, a pesar de que en los temas evaluados las respuestas correctas superaron el 50 %, todos tuvieron errores al responder el cuestionario.<sup>(10)</sup>

Una vez diagnosticado el SE, el paciente debe ser remitido a la consulta de salud mental para su evaluación. El SE secundario puede beneficiarse del tratamiento de la enfermedad subyacente, en el caso de la forma primaria requiere del uso de antipsicóticos, tanto convencionales como atípicos, y la psicoterapia, que son los pilares del tratamiento. Vale destacar que no hay evidencia sólida que sugiera que el uso de un antipsicótico específico sea más efectivo que otro.<sup>(1)</sup> Por otro lado, los antipsicóticos de depósito también pueden producir remisiones considerables de los síntomas, en caso de poco cumplimiento con la medicación.<sup>(11)</sup>

Lamentablemente, muchos de estos pacientes generalmente rechazan el tratamiento psiquiátrico y son tratados principalmente por otros profesionales, en particular médicos generales, dermatólogos y gastroenterólogos durante varios años antes de la evaluación psiquiátrica.<sup>(12)</sup> No es raro que estos pacientes también hayan contactado a personas fuera del ámbito médico para consultarles sobre su condición. El personal de control de plagas y

los entomólogos se encuentran regularmente con pacientes con este síndrome.<sup>(13)</sup> Como dato curioso, una encuesta a 32.663 veterinarios mostró que un tercio de los dueños de mascotas que llevaron a su perro o gato para evaluación o tratamiento de infestación por artrópodos o gusanos, afirmaron estar también infectados.<sup>(4)</sup>

Al igual que muchas otras afecciones, el SE tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quienes lo padecen y sus familiares. Generalmente, es más fácil para los pacientes aceptar un tratamiento prescrito por otros especialistas que uno prescrito por un especialista de salud mental. Una buena manera de convencer al paciente de que inicie el tratamiento con antipsicóticos es presentárselos como tratamiento para las molestias por las que se presenta a la consulta.<sup>(1,2)</sup> La mayoría de los síntomas y signos de SE desaparecen cuando el paciente recibe terapia psicofarmacológica; sin embargo, siempre existe el riesgo de recurrencia. Las investigaciones futuras deberían centrarse en evaluar exhaustivamente las recomendaciones actuales para el tratamiento de la parasitosis delirante.

La colaboración entre gastroenterólogos y psiquiatras ha demostrado ser una herramienta eficaz para manejar al SE. La evaluación psiquiátrica siempre debe ser parte de la evaluación diagnóstica de este tipo de paciente, ya que estos pacientes necesitan tratamiento psicológico o psiquiátrico adicional. La intervención temprana, de forma individualizada, puede mejorar la calidad de vida de los pacientes e incluso disminuir la carga en la red pública de salud.

## Referencias bibliográficas

1. Moriarty N, Alam M, Kalus A, O'Connor K. Current Understanding and Approach to Delusional Infestation. *Am J Med.* 2019;132(12):1401–1409. DOI: [https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.06.017.S0002-9343\(19\)30552-2](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.06.017.S0002-9343(19)30552-2).
2. Mendelsohn A, Sato T, Subedi A, Wurcel AG. State-of-the-Art Review: Evaluation and Management of Delusional Infestation. *Clin Infect Dis.* 2024;79(2):e1-e10. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciae250>.

3. Heller MM, Wong JW, Lee ES, Ladizinski B, Grau M, Howard JL, et al. Delusional infestations: clinical presentation, diagnosis and treatment. *Int J Dermatol*. 2013;52:775–783. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijd.12067>.
4. Vulink NC. Delusional infestation: state of the art. *Acta Derm Venereol*. 2016;96:58–63. DOI: <https://doi.org/10.2340/00015555-2412>.
5. McPhie ML, Kirchhof MG. A systematic review of antipsychotic agents for primary delusional infestation. *J Dermatol Treat*. 2022;33:709-721.
6. Al-Imam A, Al-Shalchi A. Ekbom's delusional parasitosis: a systematic review. *Egypt J Dermatol Venerol*. 2019;39(1):5.
7. Katsoulis K, Rutledge KJ, Jafferany M. Delusional infestation: a prototype of psychodermatological disease. *Int J Dermatol*. 2020;59:551–560. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijd.14709>.
8. Campbell EH, Elston DM, Hawthorne JD, Beckert DR. Diagnosis and management of delusional parasitosis. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80:1428–1434. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.012>.
9. Orsolini L, Gentilotti A, Giordani M, Volpe U. Historical and clinical considerations of Ekbom's syndrome. *Int R Psychiatry*. 2020;32:424–436. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1757306>.
10. Rodríguez Pérez M, González López ME, Espinosa Triana D, Méndez Cayoll R, Cañete Villafranca R. Conocimientos sobre parasitismo intestinal en personal médico. *Rev cuba med Mil* 2014; 43(1): 83-90. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/%20es/lil-721304>
11. Assalman I, Ahmed A, Alhajjar R, Ap B, Taylor R, Assalman I, et al. Treatments for Primary Delusional Infestation (Review). John Wiley & Sons; 2019.
12. Starzyk T, Koo J. How to improve the interface between dermatology and psychiatry: a review and expert suggestion regarding the management of delusional patients. *Dermatol Online J*. 2021;27(10). DOI: <https://doi.org/10.5070/D3271055620>.
13. Hinkle NC. Ekbom syndrome: the challenge of “invisible bug” infestations. *Annu Rev Entomol*. 2010;55:77–94. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.ento.54.110807.090514>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.