

SÍNDROME AMB NOM PROPI

Raquel Cecília Costa

R3 psiquiatria- CHV

16 de març del 2011

ÍNDEX

- ⦿ Presentació cas clínic
- ⦿ Revisió de la síndrome
- ⦿ Conclusions

CAS CLÍNIC

MOTIU DE CONSULTA

- Pacient home de 53 anys que acudeix a urgències de psiquiatria, derivat per metgessa de família, per PRUÏJA

ANTECEDENTS PERSONALS

⦿ MEDICOQUIRÚRGICS:

- Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes
- Ex-fumador
- Consum d'enol ocasional
- Amigdalectomia a la infància
- Fractura de fèmur als 45 anys, seqüeles
- Asma en tractament (salbutamol i bromur ipratropi)

⦿ PSIQUIÀTRICS: no

⦿ PERSONALITAT: seriós, reservat i desconfiat

ANTECEDENTS FAMILIARS

- ⊙ MEDICOQUIRÚRGICS:
 - Pare mort per neoplàsia de colon
 - Germà mort per neoplàsia de laringe
- ⊙ PSIQUIÀTRICS: no

PSICOBIOGRAFIA

- Natural de Burgo de Osma (Sòria)
- És el quart de 8 germans
- No complicacions al part ni alteracions del ND
- Escolarització fins als 14 anys
- Va venir a Catalunya als 19 anys per feina
- Història laboral: tèxtil, metal·lúrgia, transport i construcció → pensionista des dels 45 anys
- Es casà als 25 anys, separat des dels 35. No parelles posteriors → viu sol
- Té un fill de 20 anys independitzat
- Aficions: caminar i jugar al dòmino

MALALTIA ACTUAL

- Des de fa aproximadament un mes
- Coincidint en que va entrar llenya a casa
- Refereix que té una plaga de paràsits al domicili
- Ha fumigat i ha aplicat diferents productes a domicili
- Pruija, pessigades i formigueig per tot el cos
- Vairs banys als dia i es neteja la pell amb vinagre
- Pèrdua d'activitats socials i d'oci per activitats destinades a desparasitació
- Insomni ocasional
- Nega consum de tòxics
- Ha fet tractament antipruïja sense resposta

EXPLORACIONS

⦿ FÍSICA:

- Lesions de rascat a les extremitats

⦿ PSICOPATOLÒGICA:

- Conscient i orientat. Col·laborador. Aspecte acurat. Sense alteracions de la psicomotricitat. Euprosèxia i memòria conservada. Discurs fluent, espontani i coherent. Pensament centrat en la presència de paràsits al domicili i a la pell → provable IDEACIÓ DELIRANT SOMÀTICA DE PARASITACIÓ. Provables AL·LUCINACIONS TÀCTILS en forma de sensació pruriginosa i de desplaçament dels paràsits sobre el cos. Ànim eutímic. Ansietat psíquica. No ideació de mort ni autolítica

ENTREVISTA FAMILIAR

- ⦿ Acudeixen el fill i la xicota d'aquest
- ⦿ Expliquen la possible presència d'algun insecte a domicili

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

- ⊙ Verdadera infestació
 - Escabiosi
 - Pediculosi
- ⊙ Patologies que causen pruija
 - Dermatològiques
 - Sistèmiques
- ⊙ Síndrome psicòtica

PLA

- ⦿ Es sol·liciten exploracions complementàries
- ⦿ Derivem a:
 - Dermatologia
 - Treball social
- ⦿ Visita de seguiment

E. COMPLEMENTÀRIES

- ⊙ **Analítica general: sense alteracions**
 - Hemograma
 - BQ: glucèmia, funció renal i hepàtica
 - Ions: sodi i potassi
 - TSH
 - Vitamina B12 i folats
- ⊙ **Tòxics en orina: no reactius**
- ⊙ **TC cranial sc: estudi dins de la normalitat**

DERMATOLOGIA

- ⦿ Anamnesi
- ⦿ Exploració
- ⦿ Anàlisi:
 - lesions dèrmiques
 - mostres aportades pel pacient



Descarta infestació i altre
patologia dermatològica

TREBALL SOCIAL

- ⦿ Contacte amb salut pública
- ⦿ Valoració de domicili
- ⦿ Obtenció i anàlisi de mostres



Descarten parasitosis a domicili

DIAGNÒSTIC

- ⊙ S'informa de resultats negatius
- ⊙ Està convençut que existeix parasitació
 - Deliri
 - de parasitosi
 - dermatozoic
 - d'infestació
- ⊙ **ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA:**
 - DSM-IV: Trastorn delirant de tipus somàtic
 - CIE-10: Idees delirants amb contingut d'infestació parasitària

SÍNDROME D'EKBOM

TRACTAMENT

⊙ Risperidona:

- 6 mg/dia, durant 2 mesos → Nul·la resposta

⊙ Perfenazina:

- 8 mg/dia, durant 2 mesos → Remissió parcial
- 16 mg/dia, durant 12-18 mesos → Remissió completa
- Retirada → Recidiva
- 8mg/dia → Manteniment

ACTUALMENT

- ⦿ No presenta al·lucinacions tàctils
- ⦿ No ideació delirant, crítica de la passada
- ⦿ Activitats de la vida diària, relacions socials i d'oci
- ⦿ No alteració de la son
- ⦿ No consciència de malaltia psiquiàtrica
- ⦿ Bona vinculació i adherència

LA SÍNDROME D'EKBOM

INTRODUCCIÓ

- És freqüent l'associació entre patologia dermatològica i trastorns psiquiàtrics
- **Classificació (Klobenzer, 1983)**
 - **Patologia dermatològica amb factors psicògens associats:** urticària crònica, pruït generalitzat, pruït en regió ano-genital, alopecia areata, hiperhidrosi
 - **Patologia dermatològica amb curs afectat per l'estrès emocional:** dermatitis atípica, psoriasis, acne vulgar, dermatitis seborreica, líquen pla, líquen simple crònic, herpes simple recurrent
 - **Trastorn psicològic/psiquiàtric amb afectació cutània:** tricotilomania, onicofàgia, dermatitis artefacta, síndrome de púrpura psicògena, parasitofòbia, cancerofòbia, glosodinia, glosopirosi, deliris associats a la pell

HISTÒRIA

- 1843-Charcellay de Tours: pacient que estava convençuda d'estar infectada per aranyes al haver ingerit aigua d'un riu
- 1894-Thiberge: dermatòleg francès que descriu un cas i utilitza el concepte d'acarofòbia
- 1896-Perrin: dermatòleg francès que utilitza el concepte de neurodèrmia parasito-fòbica i reconeix, per primera vegada, la significació psiquiàtrica
- 1928-McNamara: ho relaciona per primera vegada amb clínica afectiva i reporta al·lucinacions tàctils
- 1938-Ekbom: psiquiatra suec que estudià set casos de dones postmenopàusiques convençudes de tenir la pell envaïda per petits animals. L'anomena *Präseniler dermatozoenwahn* (deliri presentil dermatozoic) i és quan comença a despertar interès clínic
- 1946-Wilson i Miller: introdueixen el concepte de deliri de parasitació

BIOGRAFIA



- Karl Axel Ekbom va néixer a Göteborg (Suècia) el 23 de setembre del 1907 i morí a Uppsala (Suècia) el 15 de març del 1977
- Realitzà els seus estudis a Göteborg, va obtenir el títol de llicenciat de medicina l'abril del 1934
- Al 1938, a l'institut Beckomberga d'Estocolm publicà el treball *Der praesenile dermatozoenwahn*
- El maig del 1945 va obtenir el títol de doctor en medicina amb la tesi *Rest legs syndrome* i l'octubre va ser anomenat docent de neurologia del *Karolinska Institutet*

EPIDEMIOLOGIA

- ⦿ **Difícil establir incidència i prevalença real (Trabert, 1995):**
 - Incidència anual 16.6/milió d'habitants
 - Prevalença 83.2/milió d'habitants
- ⦿ **Distribució per edats (Morris i Jolley, 1987) :**
 - Bimodal: adults joves i gent d'edat avançada
 - Més freqüents en edat avançada
 - Edat mitja és de 57 anys
- ⦿ **Relació de sexes:**
 - Adults joves: 1:1
 - Edat avançada: 1 home/2.5 dones
(Bourgeois, 1986; Trabert, 1995)

ETIOLOGIA

- ⦿ L'etiopatogènia és poc coneguda
- ⦿ Alteració hormonal:
 - Disminució de les hormones reproductives a la menopausa (Lanczik et al., 1999)
- ⦿ Mecanismes biològics cerebrals:
 - Intensificació de les sensacions cutànies al injectar un agonista de receptor d'opiacis i remissió al injectar un antagonista (Botschev and Muller, 1991)
 - Hipofunció del transportador de dopamina (DAT) al cos estriat amb el consegüent augment de la dopamina extracel·lular (Huber, 2007)
- ⦿ Base genètica:
 - Gen HLA-*03 (Debnath, 2005)

ETIOLOGIA II

- ⦿ **Mecanisme de la pruija** (Reilly, 1988; Geider, 2003):
 - Desequilibri bioquímic en l'àrea sensorial del pruit → resposta cortical anòmala de les fibres nervioses amielíniques a la dermis
- ⦿ **Al·lucinacions tàctils** (Sims, 2008):
 - Alteracions al tàlem

PRIMER: Deliri o Al·lucinació?

● Revisió de Berrios (1985):

- Primer deliri (Ekblom, Wilson i Miller, Fisch, etc.)
 - *Delusion of parasitosis* (Wilson i Miller, 1946)
- Deliri secundari a l'al·lucinació (McNamara, Bers i Conrad, etc.)
 - *Chronic tactile hallucinosis* (Bers i Conrad, 1954)
- L'al·lucinació ja és un deliri (Janet, Arnaud, H. Ey)
- Depèn del cas (Fleck, 1955):
 - Antecedents m. psiquiàtrica → deliri primari
 - Antecedents m. no psiquiàtrica → elaboració delirant secundària a l'alteració de la sensopercepció produïda pel trastorn físic

CLASSIFICACIÓ

- ⦿ **Deliri de parasitosis PRIMARI:**

- Trastorn delirant tipus somàtic (DSM-IV)

- ⦿ **Deliri de parasitosis SECUNDARI:**

- Malaltia psiquiàtrica
- Malaltia no psiquiàtrica
 - Trastorn psicòtic secundari a malaltia mèdica (DSM-IV)
- Els secundaris són més freqüents

CLASSIFICACIÓ II

- ◎ **Secundari a malaltia psiquiàtrica:**
 - **Trastorn afectiu** (depressió endògena)
 - **Trastorn psicòtic** (trastorn delirant, esquizofrènia)
 - **Consum de tòxics** (cocaïna, alcohol, amfetamina)

CLASSIFICACIÓ III

◎ Secundari a malaltia no psiquiàtrica:

- **Endocrinològiques** (menopausa, DM, hipoT, hiperT, hipoparaT)
- **Cardiovasculars** (HTA, IC, arítmia)
- **Hematològiques** (LLC, limfoma, PV)
- **Dermatològica** (vitílig, pel·lagra, dermatitis)
- **Neurològiques** (M. Alzheimer, M. Huntington, M. Parkinson, EM, tumor cerebral, infart cerebral, atrofia cortical i subcortical, TCE, neurosífilis, arterioesclerosi cerebral, RM, demència vascular)
- **Infecioses** (TBC, sífilis, meningitis, encefalitis, VIH, lepra)
- **Reumatològiques** (LES, AR, M. Behçet)
- **Fàrmacs** (metilfenidat, fenelcina, corticoides, anticolinèrgics, ciprofloxací, captopril)
- **Altres** (dèficit vit B12 i/o folats, desnutrició, DT, encefalopatia OH, IH, hiperBLR, al·lucinosi OH crònica, IR)

CLÍNICA

- És un deliri somàtic (Vallejo, 2006):
 - Relacionat amb el funcionament del propi organisme
 - Pot estar acompanyat de molèsties o sensacions
 - Signes corporals fisiològics interpretats com a prova de la creença
- Hi ha dos grups: deliri ectoparasitari/deliri endoparasitari/mixt
- És d'aparició aguda o subaguda
- A vegades existeix un "punt de partida"
- Habitualment sense antecedents psiquiàtrics, ni tampoc dermatològics (Skott, 1978)
- És típic la preocupació des de sempre de d'higiene personal
- Més freqüent en personalitats obsessives o paranoides (Gonzalez, 1993)

CLÍNICA II

- La pruïja motiu de consulta principal (Skott, 1978)
- El més freqüent és que afecti a tot el cos però pot estar limitada al cabell o a parts del cos
- Descripció dels paràsits amb una enorme varietat de denominacions i li adjudiquen diferents mides (Serrano, 2001; Obiols, 2008)
- Porten mostres en papers, cinta adhesiva, bosses, caixes, etc. per demostrar l'existència de la parasitació → Síndrome de la caixa de mistos o *match-box-sign* (Lancet, 1983)
- Els relats poden ser tant convincents que poden arribar a fer creure als familiars i als professionals de la seva existència → Folie a deux (Skott, 1978)



Lesions a braç i síndrome de la caixa de mistos

CLÍNICA III

- ⦿ Les lesions corresponen a llocs a l'abast de la persona, habitualment són simètriques però amb predomini d'acord a la mà dominant, la morfologia és variable
- ⦿ Maniobres agressives eliminar paràsit
- ⦿ Conducta i ocupació del temps destinat a buscar tècniques per eliminar els paràsits



Cicatriu hipertròfica seqüela d'automutilació

CLÍNICA IV

- Convicció d'estar parasitat, tot i les exploracions dermatològiques i físiques negatives el pacient
- Negativa a ser valorats o rebre tractament per part de psiquiatria, solen acudir a psiquiatria després d'un llarg recorregut en diverses consultes
- Pot estar acompanyada de clínica depressiva, ansiosa, obsessiva i fòbica (Barcia, 2000)
- És característic que el deliri s'encapsuli, no arribar a criticar-ho per complet (Obiols, 2008)
- Són pacients amb consciència de malaltia però no psiquiàtrica, el què pot dificultar el compliment (Vallejo, 2010)

CURS

- ⦿ **Cronicitat** (Bers i Conrad, 1954) → els casos que arriben a psiquiatria són els més greus, i per tant crònics (Berrios, 1985)
- ⦿ **El temps mig del deliri és de 13 anys** (Trabert, 1995)
- ⦿ **Episòdica o periòdica** (Serrano, 2001)
- ⦿ **Remissió completa** (Musalek, 1989)

- ⦿ **En general, es pot dir que el curs pot ser molt diferent d'uns pacients a uns altres**

PRONÒSTIC

- ⦿ Millor com més curt és el període simptomàtic previ al tractament (Trabert, 1995)
- ⦿ Risc de suïcidi (Hunt i Blacker, 1978; Monk, 1994)

TRACTAMENT

- ⊙ **Valoració general:**
 - Assegurar diagnòstic
 - Valorar clínica associada
 - Explorar altres àrees afectades
- ⊙ **Interdisciplinari:**
 - Dermatologia i psiquiatria
 - Millor relació terapèutica
- ⊙ **Vinculació:**
 - Relació positiva amb el pacient
 - Escoltar queixes

TRACTAMENT II

● Tractament farmacològic:

- TEC i antidepressius [tricíclics (amitriptilina) i ISRS (paroxetina)]: bons resultats si clínica depressiva (Morris, 1988; Musalek, 1989; Hayashi, 2004)
- Leucotomia: si predomini de trets obsessius (Sargent y Staler, 1963)
- Haloperidol: bons resultats (Hunt i Blacker, 1987)
- Pimozida: eficaç en el deliri i efecte antipruija (Damiani, 1990; Lepping, 2008, Freudenmann, 2009) i és capaç de bloquejar el receptor opiaci (Johnson, 1983)
- Risperidona: resultats favorables (Gallucci, 1995; Elmer, 2000; Rodriguez, 2008)
- Olanzapina: bona opció (Meehan, 2006)
- Quetiapina: ben tolerada (Lee, 2008)

● Actualment d'elecció són els atípics

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

- És molt freqüent l'associació entre trastorns dermatològics i psiquiàtrics, pel què seria important establir relació entre les dues especialitats per a tractar de forma interdisciplinar aquests trastorns
- La síndrome d'Ekbohm és poc freqüent però a més, està infradiagnosticada ja que són pocs els casos que arriben a consultes de psiquiatria i que poden no rebre el tractament adequat
- Si aconseguim disminuir el temps sense tractament, millora el pronòstic per això és important tenir-lo en compte per iniciar el tractament el més aviat possible
- La majoria són secundaris, per això cal fer proves complementàries

CONCLUSIONS II

- ⦿ Tenir en compte també altres aspectes que poden requerir tractament o abordatge específic: psicològic, social...
- ⦿ Es tracta d'una síndrome que pot tenir tendència a la cronicitat, i que per tant pot requerir seguiment i tractament psiquiàtric a llarg termini
- ⦿ Molt important establir un bon vincle ja que la majoria de pacients no arriben a desenvolupar consciència de malaltia psiquiàtrica

BIBLIOGRAFIA

- ⦿ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Madrid: El Sevier Masson; 2002
- ⦿ Barcia D. Tratado de psiquiatría. Madrid: Ediciones Arán; 2000
- ⦿ Vallejo J. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica; 2010
- ⦿ Vallejo J. Introducción a la psicopatología i psiquiatría. Barcelona: Masson; 2006
- ⦿ Vázquez-Vaquero JL. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Biblioteca aula médica; 2007
- ⦿ Obiols JE. Manual de psicopatología general. Madrid: Biblioteca nueva; 2008
- ⦿ Sims A. Síntomas Mentales. Madrid: Triacastela; 2008
- ⦿ Serrano M, Miguel D, Díaz JC, Vázquez C, Valle JM. Los deliros de infestación parastiarica. Síndrome de Ekbom. Revisión y presentación de un caso. Cad Aten Primaria. 2001; 8: 275-285
- ⦿ Querol A, Querol I, Quetglas B, Fernández LJ. Delirio de infestación parasitaria (Síndrome de Ekbom): revisión y exposición de un caso clínico. Psiquis. 1997; 18 (4): 182-186

BIBLIOGRAFIA II

- Alonzo L, Fernández R, Campos MM, Espinosa L. Deliro de parasitosis. *Dermatologia Rev Mex.* 2008; 52 (6): 263-267.
- Rodríguez-Cerdera C, Telmo J, Arenas R. El síndrome de Ekbom: un trastorno entre la dermatología y la psiquiatría. *Rev Colomb Psiquiat.* 2010; 39 (2): 440-447.
- López L, Pérez A, Rodas AF, Morales MA. Delirio de parasitosis. Comunicación de 4 casos. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2010; 19 (1): 5-10.
- Moreno K, Ponce RM, Narváez V, Ubbelohde T. Síndrome de Ekbom. *Dermatología Rev Mex.* 2007; 51: 51-57.
- Simonetti V, Strippoli D, Pinciara, Spreafico A, Motolese A. Ekbom syndrome: a disease between dermatology and psychiatry. *Ital Dermatol Venereol.* 2008; 143: 415-9.
- Poli R, Agrimi E. Ekbom's Syndrome: two case reports treated with olanzapine. *Clinical Neuropsychiatry.* 2009; 6(3): 124-127.
- Panconesi E. Psychosomatic dermatology: past and future. *International Journal of Dermatology.* 2000; 39: 732-34.

BIBLIOGRAFIA III

- González JC, Lastra I, Ramos YM. Delirio parasitario: revisión a propósito de nuevos casos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.* 1993; 21 (2): 56-62
- Berrios GE. Delusional parasitosis and physical disease. *Official Journal of the American Psychopathological Association.* 1985; 26 (5): 395-402
- Martínez MJ, Tello JF, Brotons L, Oñate C, Salorio P. Deliro dermatozoico y parafrenia expansiva: a propósito de un caso. *Interpsiquis.* 2001 (2).
- Baker PB, Cook BL, Winokur G. Delusional infestation. The interface of delusions and hallucinations. *The psychiatric clinics of North America.* Philadelphia: Saunders Company; 1995.
- Marneros A, Deister A, Rohde A. Delusional Parasitosis. A comparative study to late-onset schizophrenia and organic mental disorders due to cerebral arteriosclerosis. *Psychopathology.* 1988; 21: 267-274.
- Leon J, Antelo RE, Simpson G. Delusional of parasitosis of chronic tactile hallucinosis: hypothesis about their brain physiopathology. *Comprehensive psychiatry.* 1992; 33 (1): 25-33.

**MOLTES GRÀCIES
PER LA VOSTRA ATENCIÓ**

PREGUNTES?