

Síndrome de Ekbom secundária a transtorno orgânico: relato de três casos*

Secondary Ekbom Syndrome to organic disorder: report of three cases

Cynthia Janine Meira Alves¹
Leticia Fogagnolo³

Antônio Carlos Ceribelli Martelli²
Priscila Wolf Nassif⁴

Resumo: A Síndrome de Ekbom, também conhecida como delírio de parasitose ou acarofobia, é um estado fóbico obsessivo no qual o paciente pensa, imagina ou acredita que está infestado por parasitas na pele. Em estado alucinatorio, retira fragmentos de pele, identificando-os como parasitas. Pode tratar-se de um quadro psiquiátrico primário ou secundário a outros transtornos orgânicos. Geralmente, esses pacientes demoram a procurar ajuda médica, e o dermatologista, quase sempre, é o primeiro profissional procurado. Descrevemos o caso de três pacientes dos quais apresentaram delírio de parasitose, associados a transtornos orgânicos.

Palavras-chave: Delírio; Dermatologia; Prurido; Psiquiatria

Abstract: The Ekbom syndrome, also known as delusion of parasitosis or acarophobia is an obsessive phobic state in which the patient thinks, imagines or believes that his or her skin is infested by parasites. In the hallucinatory state, he/she removes parts of the skin, identifying them as parasites. It can be primary or secondary to other organic or psychiatric diseases. Generally speaking these patients take a long time to seek for medical support and the dermatologist is almost always the first physician to see them. Here we describe three patients with delusional parasitosis associated with organic disorders.

Keywords: Delirium; Dermatology; Pruritus; Psychiatry

INTRODUÇÃO

Descrita, inicialmente por Thiberge, em 1894, com o termo acarofobia, a síndrome foi definida, em 1938, por Ekbom, que deu seu nome. Também conhecida como delírio de parasitose ou parasitose psicogênica, a síndrome de Ekbom é doença de ocorrência pouco frequente. É caracterizada pela firme convicção do paciente de que está infestado por vermes, que saem pela pele, em geral do couro cabeludo, boca, olhos ou região genital.^{1,2}

A maioria dos pacientes é do sexo feminino, idosa ou pré-senil e com isolamento social pré-mórbido.¹ Lyel descreve a relação 1:1 homem:mulher, abaixo de 50 anos de idade e 1:3 acima dos 50 anos.² A idade média, de início do quadro, é 55,6 anos.

O início dos sintomas pode ser brusco ou lento e com queixas de sensação de prurido, pinicamento, alguma sensação de movimento dentro da pele, formigamento ou alucinação tátil, desencadeando a sensação de parasitismo. As lesões cutâneas são frequentes, incluindo escoriações discretas, prurigo nodular e, até mesmo, úlceras francas e cicatrizes, localizadas, mais ou menos, simetricamente e produzidas pela ação do paciente, no intuito de “retirar” o parasita da pele. Os pacientes recontam obsessivamente, nos mínimos detalhes, a morfologia, o ciclo vital e os hábitos desses “parasitas”, assim como seus passos para se livrar deles. Alguns, em estado alucinatorio, colecionam pedaços de pele,

Recebido em 03.08.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 18.12.2009.

* Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) - Bauru (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest*: None

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding*: None

¹ Ex-residente do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Médico Dermatologista - Médico dermatologista Chefe de Seção Técnica de Saúde em Dermatologia do Instituto Lauro de Souza Lima - Bauru (SP), Brasil.

³ Ex-residente do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), Especialista em dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) - Bauru (SP), Brasil.

⁴ Ex-residente do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), Especialista em dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) - Bauru (SP), Brasil.

papel ou outros espécimes, identificando esses fragmentos como parasitas. Esse comportamento tem sido denominado “sinal da caixa de fósforo”.^{3,4}

Há uma variedade de transtornos psiquiátricos associados, tais como: ansiedade; fobia; hipocondria; transtorno delirante não orgânico e orgânico, já que podem estar complicados por depressão ou psicose. O delírio, com caráter de paranoia, manifesta-se entre 15 a 40% dos casos e, pode desenvolver-se, mais frequentemente, nas personalidades com traços obsessivos e paranoides. Essa descrição leva alguns autores a considerarem o delírio de parasitose, como um quadro de psicose hipocondríaca monossintomática.⁵

Na extensa discussão sobre a verdadeira natureza do delírio parasitário, Ekblom discute especialmente a natureza das sensações táteis descritas pelos pacientes, sugerindo uma base orgânica para esta síndrome, suscitando o questionamento se seria uma distorção de percepções reais ou de um fenômeno alucinatório.⁶ Além disso, alguns casos estão sabidamente associados a doenças orgânicas como: hipotireoidismo; diabetes; lesões corticais; retardo mental; anemia severa e algumas infecções como HIV e sífilis, assim como intoxicações.⁵

RELATO DOS CASOS

Paciente 1: Feminina, 25 anos, negra, apresentava, há aproximadamente 4 meses, ulcerações em mamas (Figuras 1 e 2). Referia que as lesões foram causadas por “parasitas”, que andavam por suas mamas. Apresentava também retardo mental, secundário a meningite. Foram solicitados exames de função hepática, renal, eletrólitos, função tireoidiana e hemograma, estes se encontravam dentro da normalidade. Foi prescrito Pimozide 2mg/dia, solicitada avaliação psicológica e psicoterapia. A



FIGURA 1: Lesões ulceradas em seios, mais intensas à esquerda, correspondendo à área da mão dominante



FIGURA 2: Close das lesões ulceradas

melhora clínica foi observada em, aproximadamente 8 semanas. Após 2 anos, a dose do pimozide foi ajustada para 1mg/dia e a paciente mantém-se sem lesões, há aproximadamente 5 meses.

Paciente 2: Masculino, 73 anos, branco, há 10 meses, apresentava prurido, e crença de “parasitas” movimentando em glúteos, membros inferiores e couro cabeludo,. Coronariopata, em uso de atenolol, enalapril, AAS e sinvastatina. Solicitados exames de função renal, hepática, tireoidiana e eletrólitos, sendo encontrado alteração apenas no hemograma e cinética do Ferro, compatíveis com anemia ferropriva. Logo, foi prescrito Risperidona 1mg/dia e reposição de Ferro. Após 2 meses, a remissão dos sintomas já foi observada e, no sétimo mês, a medicação foi suspensa por completa melhora clínica, e o paciente não apresentou recaída, após 2 meses de seguimento.

Paciente 3: Feminina, 78 anos, branca, apresentava ulcerações e escoriações em face (Figura 3), membros inferiores (Figura 4) e dorso (Figura 5). As lesões eram produzidas, na tentativa de retirar e destruir os “parasitas”, que andavam por sua pele, há aproximadamente 3 anos. Exames laboratoriais não evidenciaram alterações da função renal, hepática, nos eletrólitos, assim como no hemograma, mas mostravam hipotireoidismo. Inicialmente, foi prescrito Pimozide 1mg/dia e reposição de hormônio tireoidiano, porém a paciente não apresentou resposta terapêutica satisfatória, sendo então, adicionada ao tratamento Amitriptilina 25mg/dia, aumentando-se lentamente a dose do Pimozide em 1mg/dia/mês, chegando a 4mg/dia. Nestas condições, após 3 meses de tratamento, ocorreu a remissão dos sintomas, sendo assim, iniciada a redução das medicações. Episódios de recaída ocorreram, no primeiro ano de tratamento, quando a dose de Pimozide era 1mg/dia. Neste período, aumentou-se a dose de Pimozide para 2mg/dia. Alcançada a remissão,



FIGURA 3: Várias lesões escoriadas e ulceradas na face, produzidas na tentativa de eliminar os “parasitas” que andam pela pele



FIGURA 5: Várias lesões escoriadas, ulceradas em porção superior do dorso

a dose foi reduzida para 1 mg/dia e, após 3 meses de seguimento, não ocorreu nova recaída.

DISCUSSÃO

A síndrome de Ekbom é, relativamente, rara, com prevalência aproximada de 83,21 em um milhão de habitantes. Referida no DSM-IV como transtorno delirante somático, uma das formas do transtorno delirante e, quando secundário a distúrbio orgânico, corresponde à desordem psicótica, causada por condições médicas gerais.

Alguns casos estão associados a doenças orgânicas como: hipotireoidismo; diabetes; lesões corticais; retardo mental; insuficiência renal; hepatites; anemia severa; intoxicações medicamentosas; cardiopatias.^{1,3,7-9} Há também uma variedade de transtornos psiquiátricos associados, como: ansiedade, fobia, hipocondria e depressão. Várias psicoses orgânicas podem mimetizar a

síndrome de Ekbom, incluindo abuso de substâncias como cocaína e anfetaminas, demência, neoplasias, doenças cerebrovasculares e deficiência de vitamina B12. Alguns desses distúrbios produzem sintomas cutâneos, especialmente prurido, o que pode contribuir com o início do delírio.¹⁰

Em 1978, Skott analisou 57 pacientes com delírio parasitário e encontrou associação com retardo mental, em 8 pacientes, desordem orgânica, em 24 e distúrbio psiquiátrico, tais como, paranoia e depressão, em 40% dos casos.⁷ Segundo Ekbom, isto pode resultar também da deterioração das funções cerebrais no envelhecimento.^{3,6} Para Nagaratnam e O’Neile, não haveria área cerebral específica, associada ao delírio parasitário, contudo a maioria das lesões relatadas ocorreram em estruturas subcorticais. Os pacientes relatados apresentavam delírio de parasitose secundário a quadro de retardo mental (paciente 1), anemia e cardiopatia (paciente 2) e hipotireoidismo (paciente 3), sugerindo que as manifestações orgânicas estão realmente associadas ao quadro delirante, podendo ser o fator desencadeante ou até mesmo causá-lo.^{3,6,7}

Assim, os pacientes devem ser cuidadosamente avaliados, excluindo-se, sobretudo, diagnósticos diferenciais e, principalmente, nas pesquisas de transtornos orgânicos que estejam associados.¹⁰ Johnson recomenda a avaliação laboratorial apropriada – hemograma, urinálise, função hepática, tireoidiana, eletrólitos, glicemia, função renal e níveis séricos de vitamina B12 e folato – principalmente quando o quadro clínico sugere transtorno orgânico.³

O tratamento preconizado é com antipsicóticos, sendo o Pimozide, a primeira escolha, talvez, em razão da capacidade adicional de bloquear os receptores opioides e, assim, a sensação de prurido. Sessenta a 80% dos pacientes respondem ao tratamento,



FIGURA 4: Lesões escoriadas em pernas, sendo algumas ulcerações mais profundas

apresentando melhora sintomática dentro de 2 semanas, embora vários meses possam ser necessários para o controle completo.^{3,9-15} Os pacientes relatados necessitaram de mais de 2 semanas de tratamento com psicofármaco, para remissão do quadro, como já referido por vários autores¹¹⁻¹⁵. Já outros responderam a pequenas doses de Pimozide, como referido por Lee, segundo o qual não recomenda doses maiores que 6mg/dia.¹⁵ Alterações cardíacas, com aumento do intervalo QT, impõem maior precaução, quando usado em pacientes cardiopatas portadores de bloqueios cardíacos ou em uso de outras drogas que também causem alterações na condução cardíaca.^{3,15} Frente a esta situação, optou-se por prescrever Risperidona para o paciente 2, uma vez que apresentava cardiopatia e estava em uso de Betabloqueador, pois tais efeitos adversos são menos comuns com esta droga (e menos pronunciados). Antidepressivos podem ser prescritos em monoterapia ou em

combinação com o Pimozide, em pacientes com sintomas depressivos associados, como apresentava a paciente 3.^{3,7,11,15} Além disso, sempre que possível, é imprescindível tratar os transtornos orgânicos desencadeantes.

Entretanto, no tratamento do paciente delirante, o maior desafio é obter a sua concordância para iniciar o tratamento medicamentoso, pois, em geral, apresentam dificuldade de aceitar que são portadores de uma patologia psiquiátrica. Normalmente, é mais fácil para o paciente aceitar o tratamento prescrito pelo dermatologista do que pelo psiquiatra.¹⁴ O dermatologista frequentemente é o primeiro profissional procurado por tais pacientes, demonstrando assim a importância do conhecimento de tal síndrome. Portanto, é fundamental ao dermatologista maior conhecimento da psicodermatologia e, por conseguinte, dos psicofármacos. □

REFERÊNCIAS

- Ipele.com [homepage]. Martelli AC. Ipele. São José do Rio Preto: Dermatoses psiquiátricas; [acesso 13 Mar. 2009] Disponível em: <http://www.ipele.com.br/livro/capitulo>.
- Lyell A. Delusions of parasitosis. *Br J Dermatol*. 1983;108:485-99.
- Koo J, Lee CS. Delusions of parasitosis a dermatologist's guide to diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2001;2285-90.
- Larsson CE, Otsuka M, Balda AC. Delírio de parasitose (acarofobia): relato de caso em São Paulo (Brasil) *An Bras Dermatol*. 2000;75:723-8.
- Munro Alistair monosymptomatic hypochondriacal psychosis manifesting as delusions do parasitosis. A description of four cases successfully treated with pimozide. *Arch Dermatol*. 1978;114:940-3.
- Ekbom KA. Der prasenile dermatozoenwahn. *Acta Psychiatr Neurol* 1938; 13:227-59.
- Slaughter JR, Zanol K, Rezvani H, Flax J. Psychogenic parasitosis a case series and literature review. *Psychosomatics*. 1998;39:491-500.
- Le L, Gonski PN. Delusional parasitosis mimicking cutaneous infestation in elderly patients. *Med J Aust*. 2003;179:208-9.
- Szepietowski JC, Salomon J, Hrehorów E, Pacan P, Zalewska A, Sysa-Jedrzejowska A. Delusional parasitosis in dermatologica practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:462-5.
- Shelley WB, Shelley ED. Delusions of parasitosis associated with coronary bypass surgery. *correspondence. Br J Dermatol*. 1988;118:309-310
- Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2007;33:113-7.
- Zanol K, Slaughter J, Hall R. An approach to the treatment of psychogenic parasitosis. *Int J Dermatol*. 1998;37:56-63.
- Driscoll MS, Rothe MJ, Grant-Kels JM, Hale MS. Delusional parasitosis: A dermatologic, psychiatric, and pharmacologic approach. *J Am Acad Dermatol*. 1993;29:1023-33.
- Lindskov R, Baadsgaard O. Delusions of infestation treated with pimozide: a follow-up study. *Acta Derm Venereol (Stockh)*. 1985;65:267-70.
- Lee CS. Delusions of parasitosis. *Dermatologic therapy*. 2008;21: 2-7.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Cinthia Janine Meira Alves
 Rua Coronel Fulgêncio, 328, apto 06 - São Lucas
 30240 340 Belo Horizonte - MG
 Tel.: 31 9717 3169
 Email: cinthiameira@yahoo.com.br

Como citar este artigo/How to cite this article: Alves CJM, Martelli ACC, Fogagnolo L, Nassif PW. Síndrome de Ekbom secundária a transtorno orgânico: relato de três casos. *An Bras Dermatol*. 2010;85(4):541-4.