

# Síndrome de Ekbom acompanhada de automutilação

*Ekbom's syndrome followed by self-mutilation*

Pedro Domingues Goi<sup>1</sup>, Caroline Thimmig Scharlau<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico, Programa da Saúde da Família, Secretaria Municipal da Saúde, Faxinal do Soturno, RS. <sup>2</sup> Psiquiatra, Universidade Federal de Santa Maria, RS. Especialista em Psiquiatria, Associação Brasileira de Psiquiatria. Responsável, Ambulatório de Psiquiatria, Secretaria Municipal da Saúde de Faxinal do Soturno, RS.

## Resumo

O delírio parasitário (ou síndrome de Ekbom) é uma condição rara, onde o paciente apresenta uma forte convicção de que está infestado por pequenos parasitas ou organismos. Muitas vezes, os delírios são tão intensos que levam esses pacientes à automutilação. Relatamos aqui um caso de um senhor de 67 anos, isolado socialmente, solteiro, apresentando delírio parasitário em região perineal, culminando em lesões por automutilação.

**Descritores:** Transtornos paranoides, delusões, automutilação, síndrome de Ekbom.

## Abstract

Delusional parasitosis (or Ekbom's syndrome) is a rare condition, in which the patient has a strong conviction that he or she is infested by small parasites or organisms. These delusions are often so intense that they lead the patient to self-mutilation. We report a case of a 67-year-old man, socially isolated, single, with delusional parasitosis in the perineal area, culminating in self-mutilation lesions.

**Keywords:** Paranoid disorders, delusions, self-mutilation, Ekbom's syndrome.

## Introdução

A síndrome de Ekbom – delírio de infestação parasitária, neurodermia parasitofóbica, acarofobia ou, como o próprio Ekbom chamou, *dermatozoenwahn* (delírio dermatozóico) – vem sendo relatada e estudada desde o século XIX<sup>1-4</sup>. Porém, foi em 1938 que esse médico austríaco relatou uma série de casos de uma doença psiquiátrica, acometendo principalmente mulheres na idade senil ou pré-senil. Os pacientes apresentavam uma idéia delirante e persistente de que vermes e micróbios os infestavam e saíam pela pele<sup>1-7</sup>. Esse delírio leva os pacientes a assumirem uma atitude automutilante, coçando, cortando e lesionando a pele, visando eliminar tais parasitas<sup>8,9</sup>. Essas lesões são comumente denominadas *dermatitis artefacta*<sup>4</sup>. Outros

autores consideram o fenômeno como sendo um medo de que insetos infestem seus corpos, enquadrando essa síndrome como psicose hipocondríaca monossintomática<sup>1,4</sup>. Dessa forma, a gama de sintomas envolvidos nessa patologia pode variar de sintomas psicóticos e delírios a sintomas fóbicos e obsessivos; 42% dos pacientes ainda podem exibir graus variáveis de desordens orgânicas, como neurite periférica, diabetes melito, demência, entre outras<sup>1,9</sup>. O abuso de substâncias também pode gerar alucinações relacionadas a insetos, como o fenômeno dos *cocaine bugs*, relacionado ao uso de cocaína<sup>4</sup>.

Alguns pacientes chegam a coletar *debris*, tecido descamativo, cabelo, crostas e outras substâncias que se aderem às lesões (poeira, restos vegetais, partes de insetos, detritos do vestuário, etc.) e os levam em caixas

---

### Correspondência:

Pedro Domingues Goi, Rua Dr. Bozano, 1259/806, Centro, CEP 97015-007, Santa Maria, RS. E-mail: pedrogoi@gmail.com

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS

Recebido em 25/09/2006. Aceito em 21/03/2007.

e sacos plásticos ao médico, afirmando que os parasitas estão ali e, geralmente, pedindo que tal material seja analisado laboratorialmente. Isso é conhecido como o “sinal da caixa de fósforos”<sup>1,3,4,8-11</sup>.

Toma parte dos delírios a capacidade dos pacientes de ver os parasitas, descrevê-los em minúcias e até desenhá-los, com as mais variadas formas e tamanhos. As imagens mais comuns são de minúsculos artrópodes com patas e cabeça e vermes cilíndricos esbranquiçados de comprimento variável<sup>1,6</sup>.

Quando esses pacientes não vivem sozinhos, muitas vezes são capazes de gerar transtorno psicótico induzido em vizinhos e familiares (*folie à deux, folie à famille*), correspondendo a cerca de 5 a 25% dos casos, dependendo da literatura<sup>1,2,7</sup>. Sabe-se também que mulheres são mais capazes de induzir o transtorno que homens<sup>1</sup>.

O protótipo do paciente com delírio parasitário é uma senhora, com idade média de 58 anos, isolada socialmente, divorciada ou viúva e com baixa escolaridade, o que torna essas características fatores de risco para o desenvolvimento da doença<sup>1-5</sup>.

### Descrição do caso

O paciente deste caso é do sexo masculino, branco, 67 anos, trabalhador rural aposentado, solteiro, sem filhos. O paciente concordou e autorizou a publicação do caso e das imagens.

Refere que, há aproximadamente 25 anos, iniciou com prurido e automutilação em região de bolsa escrotal, que foi aumentando em extensão, atingindo demais áreas de períneo e região perianal.

Conta que o prurido e a automutilação, que realiza através de incisões na pele com lâminas de barbear, têm o objetivo de retirar e matar os parasitas. O paciente descreve os parasitas como sendo pequenos vermes cilíndricos de diâmetro muito reduzido, avermelhados externamente e brancos internamente, variando de 5 a 20 cm de comprimento, com uma pequena cabeça na extremidade. Quando solicitado, faz esboços em papel, como o apresentado na Figura 1.

Relata que tais vermes causam uma “infecção no seu organismo” e que esta “prejudica principalmente o fígado”. Diz que, para eliminá-los, deve retirá-los da região perianal com gilete, estendê-los e pô-los a secar ao sol, momento em que eles derretem e morrem. Conta que essa é a única forma de matá-los e que nenhum outro remédio que os médicos já tentaram usar foi capaz de extingui-los.

O paciente não apresenta humor deprimido nem sintomas fóbico-ansiosos. Tem pensamento organizado e coerente, com discurso levemente acelerado. Apesar das delusões referentes ao delírio parasitário, nunca apresentou outros sintomas psicóticos. Nega abuso de



**Figura 1** - Esboço da aparência dos parasitas feito pelo próprio paciente, onde se evidencia um corpo alongado, com o que seria uma cabeça na extremidade

substância. Não apresenta déficit de memória, está orientado em tempo, espaço e autopsiquicamente, alcançando 29 pontos em 30 no Mini-Exame do Estado Mental de Folstein (Mini-Mental). Não apresenta *insight* em relação à sua condição, apesar de apresentar adequação ao teste de realidade.

Vive na zona rural, isolado, com poucos recursos, sem nenhuma ajuda dos parentes próximos.

O início da doença ocorreu aos 43 anos, quando foi internado em um hospital clínico devido às lesões de automutilação e, posteriormente, transferido para um hospital psiquiátrico pelo quadro delirante. Antes disso, o paciente apresentava funcionamento psíquico sem alterações significativas. Nega história familiar de doença psiquiátrica. Desde que começou a ser atendido pela equipe do posto de saúde, em meados de fevereiro de 2005, já apresentava certo grau de anemia ferropriva, pela constante perda sangüínea desencadeada pelas lesões de automutilação. Por várias vezes apresentou sintomas orgânicos, como cansaço, fadiga, dores musculares e dispnéia aos esforços, quando, invariavelmente, acabava internado em hospital clínico para realizar transfusão sangüínea. Em março de 2005, foi realizada visita domiciliar, encontrando paciente com xerostomia, descorado, dispnéico, taquicárdico, apresentando lesões em região perianal com secreção serossanguinolenta, quando foi feita a hipótese diagnóstica de transtorno delirante do tipo somático.

Além da anemia ferropriva pela perda sangüínea e da infecção de pele no local das automutilações, o paciente não apresenta nenhuma outra patologia orgânica. Foi avaliado por clínicos e dermatologistas enquanto esteve internado em hospital terciário de referência, para tratamento da anemia e das lesões.

O paciente, inicialmente, foi submetido a farmacoterapia com pimozida 4 mg/dia e prometazina 50 mg/dia, sendo orientado aos familiares que o paciente deveria ser acompanhado por um cuidador constantemente. Evoluiu com boa resposta e boa adesão ao tratamento, enquanto seu cuidador permaneceu em sua casa. Não ficou em nenhum momento assintomático em relação aos sintomas delirantes, porém se automutilava menos. Após desentendimentos com seus familiares, perdeu a adesão ao tratamento, piorando o quadro delirante e voltando a apresentar automutilação.

## Discussão

O presente caso revela um paciente com síndrome de Ekbom que, com exceção do sexo, aproxima-se muito do padrão encontrado na literatura de uma pessoa entre a quinta e a sexta década de vida, isolada social e geograficamente, solteira, divorciada ou viúva, com baixa escolaridade. A sintomatologia, com algumas peculiaridades de cada caso, também tem pouca variação<sup>1-6</sup>. A automutilação encontrada no presente paciente também foi relatada em alguns outros casos<sup>6,8,10,12</sup>, porém com uma intensidade menor.

Esses pacientes, quando não acompanhados de outras patologias, geralmente alcançam altos escores no Mini-Mental, mesmo no caso de idosos<sup>9</sup>. Da mesma forma, o paciente em questão obteve um bom escore, excluindo um possível quadro demencial. A ausência de sintomas psicóticos produtivos e o funcionamento adequado do paciente, mesmo sem tratamento, afastam a hipótese de esquizofrenia.

O paciente foi encaminhado ao Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Santa Maria durante uma de suas internações, onde outras patologias puramente dermatológicas foram excluídas. Os exames laboratoriais, àquela época, foram inespecíficos. Além

da anemia hipocrômica microcítica que desenvolveu após o início da automutilação, nenhuma outra patologia orgânica ficou evidenciada.

Em relação ao tratamento, o paciente respondeu bem, inicialmente, à pimozida, o que é congruente com a literatura<sup>1,3-5,9,10-14</sup>. Entretanto, como também pudemos concluir com nosso caso, a pobre adesão é o fator que mais leva a um tratamento de poucos resultados<sup>3,10</sup>.

## Referências

1. Slaughter JR, Zanol K, Rezvani H, Flax J. Psychogenic parasitosis: a case series and literature review. *Psychosomatics*. 1998;39(6):491-500.
2. Cordeiro Junior Q, Corbett CEP. Delírio de infestação parasitária e folie à deux : relato de caso. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):872-5.
3. Nicolato R, Dias FF, Fuzikawa C, Coelho JLP, Corrêa ACO. Síndrome de Ekbom em idosa. *Casos Clin Psiquiat*. 1999;1(1):24-6.
4. Wurtz R. Psychiatric diseases presenting as infectious diseases. *Clin Infect Dis*. 1998;26:924-32.
5. Amâncio EJ, Peluso CM, Santos ACG, Magalhães CCP, Pires MFC, Dias APP, et al. Síndrome de Ekbom e torcicolo espasmódico. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60(1):155-8.
6. Leung TY, Leung CM, Ungvari GS. A chinese adolescent with delusional infestation. *Hong Kong J Psychiatr*. 2004;14(2):23-5.
7. Daniel E, Srinivasan TN. Folie a family: delusional parasitosis affecting all the members of a family. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2004;70(5):296-7.
8. Usatine RP, Saldaña-Arregui MA. Excoriations and ulcers on the arms and legs. *J Fam Pract*. 2004;53(9):713-6.
9. Le L, Gonski PN. Delusional parasitosis mimicking cutaneous infestation in elderly patients. *Med J Aust*. 2003;179(4):209-10.
10. 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.
11. Wilson FC, Uslan DZ. Delusional parasitosis. *Mayo Clin Proc*. 2004;79(11):1470.
12. Ghaffari-Nejad A, Toofani K. Delusion of oral parasitosis in a patient with major depressive disorder. *Arch Iran Med*. 2006;9(1):76-7.
13. Hanumantha K, Pradhan PV, Suvarna B. Delusional parasitosis — study of 3 cases. *J Postgrad Med*. 1994;40(4):222-4.
14. Koo J, Lebwohl A. Psycho dermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician*. 2001;64(11):1873-8.