

SÍNDROME DE EKBOM NO IDOSO

EKBOM'S SYNDROME IN THE ELDERLY

Resumo

O delírio de infestação parasitária, também conhecido como síndrome de Ekbom, é uma síndrome psiquiátrica na qual o paciente apresenta uma crença delirante de que sua pele está infestada por insetos, vermes ou outros pequenos animais. Pode chegar a provocar irritação ou lesão local pela tentativa de extração mecânica, além da procura por médicos clínicos e dermatologistas, os quais com frequência utilizam fármacos que não tem eficácia. Devido sua raridade, o presente estudo tem por objetivo relatar um caso deste transtorno em um paciente idoso, do sexo masculino, sem comorbidade psiquiátrica, que apresentou remissão com uso de risperidona. Este estudo se fundamenta em uma base de dados que inclui artigos de periódicos, relatos de casos, compêndio de psiquiatria e fontes de farmacologia.

Palavras-chave: Psiquiatria geriátrica, delírio de parasitose, transtornos psicóticos.

Abstract

Delusional of parasitosis, also known as Ekbom's syndrome, is a psychiatric disorder in which the patient has a fixed and false belief that one is infested by insects, worms or other small animals. It can lead to local injury by attempting mechanical extraction, as well searching for doctors and dermatologists, who often use drugs that have no efficacy. Due to its rarity, the present study brings a case report of this disorder in an elderly male patient without psychiatric comorbidity who presented remission with Risperidone. This study is based on a database that includes journal articles, case reports, compendium of psychiatry and sources of pharmacology.

Keywords: Geriatric psychiatry, delusional parasitosis, psychotic disorders.

INTRODUÇÃO

Delírios são crenças fixas, inabaláveis, que não estão de acordo com a cultura na qual o indivíduo está inserido.

Estão entre os sintomas mais interessantes na psiquiatria, em parte pela variedade de crenças que podem ser encontradas, em parte pelo desafio de serem tratados. Dentre os transtornos psicóticos incluídos na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o Transtorno Delirante tem a peculiaridade de apresentar delírios sobre situações que podem ocorrer na vida real, tais como ser seguido, amado a distância ou ser infectado, sendo este último, parte dos tipos mais raros¹, que será o tema deste caso clínico.

O delírio de infestação, foi primeiramente documentado em 1884 por Thibierge, utilizando o termo acarofobia. O neurologista sueco Karl Ekbom, em 1938 descreveu os sintomas como delírio pré-senil parasitário dermatozoico², sendo então conhecido como Síndrome de Ekbom, uma síndrome na qual o paciente apresenta uma crença delirante de que sua pele está infestada por insetos, vermes ou outros pequenos animais, chegando a provocar irritação ou lesão local pela tentativa de extração mecânica^{1,3}.

É uma síndrome rara, com poucos relatos na literatura, e apresenta grande interesse na área da saúde por abranger, além da psiquiatria, especialidades como a dermatologia, neurologia, geriatria e o clínico da atenção básica^{4,5}. Neste cenário, o paciente acaba passando por tentativas de tratamento com anti-histamínicos, corticoesteroides, de uso tópico ou via oral, e demora a ser encaminhado à psiquiatria^{6,7}. A causa deste transtorno delirante, como em outros transtornos psiquiátricos maiores, é desconhecida. Pode ser um quadro psiquiátrico primário, ou secundário a outros transtornos orgânicos, tais como hipotireoidismo, diabetes, insuficiência renal e anemia severa⁸.

Mais comum no sexo feminino, após 50 anos⁹, prevalência menor de 100 casos por milhão⁵, com início do quadro insidioso e o delírio tipicamente é precedido por sensações táteis primárias, como prurido, e alterações psíquicas como alucinações visuais, alucinações táteis

RELATO DE CASO

PEDRO LAUTENSCHLAGER TEIXEIRA
JULIANA MARIM
MELISSA YURI MIZUKAMI

RELATO

e delírio de infestação, com preservação de outras funções psíquicas^{2,10}. O diagnóstico é clínico e o tratamento farmacológico instituído de acordo com as evidências abrange o uso de antipsicóticos típicos como a pimozida, haloperidol, e atípicos, como a sulpirida e a risperidona¹¹⁻¹³.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 83 anos, casado, ensino fundamental completo, aposentado, natural e procedente de Bragança Paulista no interior de São Paulo. Comparece encaminhado da Dermatologia ao ambulatório de psiquiatria do Hospital Universitário São Francisco em abril de 2017, com queixa de prurido intenso causado por bichos que nascem em sua pele e caminham pelo seu corpo há 1 ano. Refere que é possível visualizá-los saindo de seu couro cabeludo e da região lombar.

Já tentou diversos tratamentos dermatológicos de uso tópico e via oral, como anti-histamínicos e corticoesteroides, porém sem melhora. A acompanhante refere que ninguém consegue enxergá-los além do paciente, e que este chega a se machucar ao se coçar, demandando tempo diário procurando em seus pertences, e em móveis da casa possíveis locais onde poderiam habitar, e não entende como a infestação ocorreu.

O paciente é tabagista desde os 8 anos de idade (aproximadamente 1 maço ao dia), fez uso recreativo de álcool interrompido há 15 anos, hipertenso controlado com enalapril, hidroclorotiazida e anlodipino. Sem antecedentes psiquiátricos prévios.

Exame neurológico sem alterações, não apresenta lesões ou corpo estranho em pele mesmo o paciente dizendo que os visualiza. Sem alterações nos demais aparelhos. O mini exame do estado mental apresentou 23 pontos (devido baixa acuidade visual, catarata).

Ao exame psíquico, paciente apresenta-se consciente, vigil, eufórico com humor e afeto congruentes, eufórico, pragmatismo preservado, sem alterações de sono e apetite. Memória e atenção sem alterações, pensamento linear organizado. Estão presentes alucinações visuais e táteis, delírio de conteúdo de infestação parasitária. Juízo crítico de realidade e morbidade prejudicados.

Após a avaliação clínica, de acordo com o DSM-5 o paciente apresentava Transtorno Delirante do tipo somático com delírios de infestação, correspondente no CID-10 como F22.0. Foram solicitados exames complementares laboratoriais e de imagem, e prescrito risperidona 2mg 1 comprimido à noite.

DISCUSSÃO

Segundo o DSM-5, o transtorno delirante tem a característica de apresentar um delírio estruturado em algum tema específico durante pelo menos 1 mês, e quando presentes, as alucinações acompanham a crença delirante¹. No caso relatado, o tema é de infestação parasitária, e de causa primária, uma vez que o paciente não apresentava comorbidades clínicas ou alterações nos exames complementares que sugerissem causa secundária.

Realizado o diagnóstico, o tratamento farmacológico instituído de acordo com as evidências abrange o uso de antipsicóticos como a pimozida, haloperidol, sulpirida, amisulpirida e a risperidona¹¹⁻¹³. Sendo a pimozida mais observada na literatura internacional¹⁴. Foi optado pela risperidona 1mg, pensando na metabolização mais lentificada no idoso e evitar efeitos extrapiramidais. O paciente apresentou remissão completa dos sintomas delirantes e das alucinações 5 meses após o tratamento, com a mesma dose prescrita, evitando-se o aumento pela senilidade do paciente. Mantendo a remissão até janeiro de 2018, constatada pelo discurso de que os “bichos” tinham deixado o seu corpo, e observado pela família que não estava mais se coçando ou procurando os parasitas pela casa.

CONCLUSÃO

A síndrome de Ekbom é rara, com poucos relatos na literatura, sendo os relatos de casos importantes ferramentas para divulgação e contribuição científica^{10,14}. Devido a raridade do quadro, a dificuldade no diagnóstico e a importância de seu tratamento adequado, visto que há resistência do paciente em procurar ajuda da psiquiatria¹⁵, este estudo evidenciou uma resposta eficaz da risperidona no tratamento, uma vez que a pimozida é a que possui mais relatos¹⁴, e no paciente idoso propicia menos efeitos extrapiramidais em dose baixa, e menor interação cardiovascular e metabólica¹³.

Artigo submetido em 19/06/2018, aceito em 16/07/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo. Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Pedro Lautenschlager Teixeira, Rua Felice Constantino Mastrococo, 106, ap. 35, Jardim do Sul, CEP 12916-570, Bragança Paulista, SP. E-mail: pedro.schlager@gmail.com

Referências

1. Kaplan H, Sadock B. Compêndio de psiquiatria. 11ª ed. Porto alegre: Artmed; 2017.
2. Munoz H, Bayona L. [Ekbom syndrome: apropos of a case]. Rev Colomb Psiquiatr. 2015;44:61-5.
3. Vidal CEL, Barbosa TSO, Nunes AR, Souza CSF. Delírio de Infestação parasitária e transtorno bipolar: relato de caso. Rev Psiquiatr Rio Gs Sul. 2009;31:79-81.
4. Pérez de Arce E, Rosset D, Arcos M, Castillo D, Gil C, Beltrán C, et al. [Delusional parasitosis intestinal and dermatological: clinical cases]. Rev Chilena Infectol. 2017;34:276-9.
5. Amancio EJ, Peluso CM, Santos ACG, Magalhães CCP, Pires MFC, Dias APP, et al. Síndrome de Ekbom e torcicolo espasmódico: relato de caso. Arq Neuro-Psiquiatr. 2002;60:155-8.
6. Lepping P, Russel I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic review. Br J Psychiatry. 2007;191:198-205.
7. Situm M, Dediol I, Buljan M, Živković MV, Buljan D. Delusion of parasitosis: case report and current concept of management. Acta Dermatovenerol Croat. 2011;19:110-6.
8. Alves CJM, Martelli ACC, Fogagnolo L, Nassif PW. Síndrome de Ekbom secundária a transtorno orgânico: relato de três casos. An Bras Dermatol. 2010;85:541-4.
9. Goi PD, Scharlau CT. Síndrome de Ekbom acompanhada de automutilação. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2007;29:97-9.
10. Dias AB, Bazzano BAV, Palhares MB Jr. Revisão sistemática: casos clínicos de delírio de parasitose. Rev Uninga. 2015;45:56-9.
11. Generali JA, Cada DJ. Pimozide: parasitosis (delusional). Hosp Pharm. 2014;49:134-5.
12. Takahashi T, Ozawa H, Inuzuka S, Harada Y, Hanihara T, Amano N. Sulpiride for treatment of delusion of parasitosis. Psychiatry Clin Neurosci. 2003;57:552-3.
13. Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. Psicofármacos: consulta rápida. 5ª ed. Porto Alegre, Artmed; 2015.
14. Winsten M. Delusional parasitosis: a practical guide for the family practitioner in evaluation and treatment strategies. J Am Osteopath Assoc. 1997;97:95-9.
15. Elena M, Barreras R, Mantecón Fernández B, Capó de Paz V, Almeida Lorente JM, González Rubio D, et al. [Delusional parasitosis: apropos of a case]. Rev Cubana Med Trop. 2005;57:233-6.