

## DELÍRIO PARASITÁRIO EM IDOSO COM DOENÇA ENCÉFALOVASCULAR E MÚLTIPLAS COMORBIDADES

## DELUSIONAL PARASITOSIS IN ELDERLY PATIENT WITH BRAIN VASCULAR DISEASE AND MULTIPLE COMORBIDITIES

### Introdução

**A**s primeiras observações e registros de pacientes com delírio de parasitose ou de infestação ocorreram no final do século XIX<sup>1</sup>. Posteriormente, essa apresentação foi denominada classicamente como Síndrome de Ekobom. Desde então, tem sido descrita em diversos indivíduos com condições médicas gerais<sup>2</sup> e se caracteriza por delírio em que o indivíduo acredita ter sua pele invadida por pequenos animais (insetos, larvas, vermes)<sup>3</sup>. Os pacientes relatam estar infestados por seres “novos para a ciência”, e que não são identificados por evidências médica ou microbiológica<sup>4</sup>.

Mais do que um acometimento isolado, esse delírio de parasitose tem sido considerado uma síndrome neuropsiquiátrica<sup>5</sup> e pode estar associado a transtornos psiquiátricos, a doenças sistêmicas, intoxicações exógenas ou a alterações cerebrais diversas<sup>6,7,8</sup>.

A apresentação psicopatológica de características delirante-alucinatoria é instigante e geradora de discussão em torno das classificações atuais<sup>9</sup>. Neste relato de caso, observa-se a exigência de propedêutica clínica e neurológica para o estabelecimento de diagnósticos diferenciais<sup>10</sup>, levando à constatação de que, para o sucesso no manejo clínico, é necessário conhecimento de psicopatologia e da interface entre psiquiatria e outras especialidades médicas.

### Caso Clínico

C.J., 74 anos, casado, cinco filhos. Admitido no início de 2012 no ambulatório de psiquiatria do Hospital de Ensino Instituto Raul Soares (HEIRS/FHEMIG). Relata ter o corpo parasitado, desde 1999, por “bichos parasitas”, que seriam “vermes” de tamanho macrosscópico, que se alimentam dos órgãos do paciente: pele, coração. Alojados próximo ao ânus, circulariam pela corrente sanguínea até

atingirem toda a pele do paciente – local em que se alimentaria e provocaria dores terríveis. Meses anteriores, teria tido uma alucinação auditiva, com conteúdos ameaçadores, provinda de seu ânus, de que os “vermes” surgiriam para lhe fazer mal. Em seguida, ovos teriam começado a aparecer em suas fezes e somente depois a infestação se estabeleceria em todo o corpo.

Desde o início da “infestação” ele já teria procurado alívio para seu sofrimento em diversas especialidades médicas. C.J. atribui a existência dos “bichos” a uma “obra do Satanás” para atormentá-lo e destruí-lo. Refere ter o “dom da visão”, e descreve encontros detalhados com Deus e que esse lhe apontaria quais caminhos a seguir na vida e como deveria agir. Conta o que o Pastor de sua Igreja “está a serviço do Satanás”, e que o persegue e envia mensagens para provocá-lo. A esposa há vários anos o maltratava, tentaria envenená-lo, e por fim, as filhas seriam aliadas à mãe e ao Pastor.

Os familiares concordam que desde 1999 havia queixas em relação ao “bicho parasita”, mas eram raras e não apresentavam grandes repercussões no dia a dia. Entretanto, partir de 2002, após um acidente vascular encefálico (AVE), o paciente teria tido importante mudança do comportamento: acentuação das queixas em relação ao delírio de infestação, exacerbação do envolvimento religioso – nesse momento, pela primeira vez a família observa delírio paranoico, e relatos de vivências alucinatorias.

Somente em 2005 a família lhe teria convencido a iniciar um tratamento psiquiátrico. À época, apresentava sintomatologia menos exacerbada e teria tido redução parcial dos sintomas, mas em seguida abandonou o tratamento. Desde então C.J. apresentou piora sintomática progressiva, e com as relações familiares cada vez mais desgastadas. No período em que antecedeu ao início do tratamento em nosso serviço, ele estaria agitado, agressivo, persecutório com os vizinhos, ameaçando os pastores da Igreja e dizendo que iria abandonar a família por sofrer maus tratos. Não apresentava indícios de uma síndrome demencial.

O paciente nasceu de parto normal sem intercorrências, com desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Nunca frequentou

## RAIMUNDO JORGE MOURÃO<sup>1</sup>, ROGÉRIO BEATO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de Psiquiatria do Hospital de Ensino Instituto Raul Soares, HEIRS – FHEMIG. Coordenação do Centro de Estudos Galba Velloso – CEGV. Primeiro lugar nas Sessões de Casos Clínicos do XXX CBP.

<sup>2</sup>Preceptor do Hospital de Ensino Instituto Raul Soares, HEIRS – FHEMIG. Professor adjunto de Neurologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina – UFMG

a escola, por motivo de difícil acesso e pouco estímulo da família. Os filhos contam que o pai sempre foi uma pessoa de difícil convivência, rigoroso na educação deles, exigente, agressivo verbalmente e com violências físicas. Teria como característica a de ser uma pessoa desconfiada, dizia sempre estar sendo explorado, enganado, duvidava da lealdade dos amigos – mesmo antes do surgimento do delírio parasitário. Tinha o hábito de se mudar de cidade e de estados em média a cada dois anos, sempre estabelecendo poucos vínculos sociais, e frequentemente entrando em atritos com vizinhos, empregadores, por motivos diversos e sempre pouco fundamentados segundo a família.

Sabidamente, portador desde 2000, de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo II (DMII). Em 2002, apresentou AVE com prejuízo na articulação da fala e diminuição de força no membro inferior direito. Em 2005 sofreu um infarto agudo do miocárdio (IAM), evoluindo para insuficiência cardíaca leve. Apresenta cegueira parcial, secundária a glaucoma não tratado. Nega uso de tabaco, álcool e qualquer outra substância ilícita. Assim como nega transtornos mentais em outros indivíduos da família.

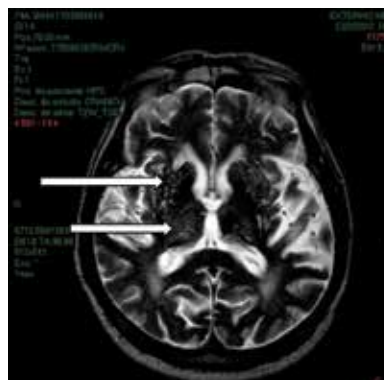
A família relata que C.J. manteve preservada sua autonomia para realizar atividades instrumentais de vida diária. Também não acreditam que tenha havido qualquer déficit mnêmico. Ao exame do estado mental, o paciente apresenta-se vestido de maneira alinhada com semblante tranquilo. Destaca-se o relato de alterações sensoriais, caracterizadas por alucinações táteis, cenestésicas. A temática do discurso gira em torno da vivência do delírio parasitário, demonstrando intenso desconforto, dor, medo. Fica também evidente o delírio paranoico que envolve a família e a igreja, além do delírio místico - religioso associado às alucinações auditivas e visuais.

Ao exame físico apresenta disartria e paresia em MID (M4), mas sem outras anormalidades.

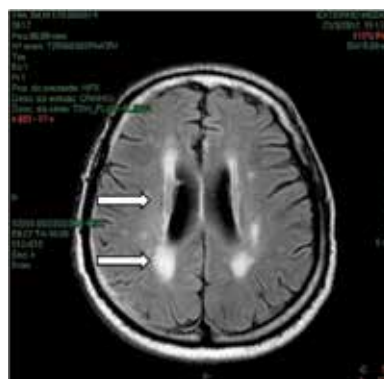
A avaliação neuropsicológica foi limitada em virtude do comprometimento visual do paciente. Com os resultados, associado à história clínica, pode-se excluir o diagnóstico de demência. Todavia, o diagnóstico de comprometimento cognitivo leve permaneceu inconclusivo.

Foram realizados os seguintes exames laboratoriais: hemograma, ionograma, colesterol total e frações, triglicérides, funções tireoidiana, hepática, renal, vitamina B12, VDRL, anti-HIV, hepatites, FAN, parasitológico de fezes, urina rotina – esses apresentaram padrão de normalidade. A glicemia de jejum foi de 170mg/dl.

Realizou-se imagem de ressonância magnética (IRM) de encéfalo que, associado à clínica, sugere doença encéfalo-vascular.



**FIGURA 1 - IRM de corte axial em T2W: alterações de sinal em tálamo e núcleo lentiforme**



**FIGURA 2 - IRM de corte axial em T2W Flair: lesões periventriculares de substância branca**



**FIGURA 3 - IRM de corte sagital em T2 (TSE): lesão pontina**

# RELATO DE CASO

por RAIMUNDO JORGE MOURÃO<sup>1</sup>, ROGÉRIO BEATO<sup>2</sup>, ALEXANDRE DE AGUIAR FERREIRA<sup>3</sup>

# ARTIGO

Iniciou-se a terapêutica antipsicótica com haloperidol 2,5mg/dia considerando: 1) as múltiplas comorbidades clínicas, 2) a baixa condição sócio econômica da família para obter um antipsicótico atípico e urgência de iniciar o tratamento farmacológico, 3) o fato do paciente já ter usado essa medicação. Solicitou-se interconsultas médicas com clínica médica, oftalmologia, neurologia, cardiologia.

Após a terceira semana de tratamento, o paciente relatou melhora das alucinações cenestésicas, e familiares relatam menor combatividade de C. J. contra a esposa e Igreja. Na sexta semana de tratamento, apresenta evolução caracterizada por atenuação do delírio parasitário e melhora no convívio familiar. Nesse momento já se estabelecia boa aliança terapêutica, e pode-se organizar o tratamento clínico com retomada dos cuidados das comorbidades. Contudo, semanas após uma boa resposta ao tratamento psiquiátrico, o paciente apresentou complicações do diabetes, com evolução para acidente vascular encefálico e morte, a despeito de grande esforço clínico.

## Discussão

A partir dos elementos psicopatológicos, ampla propedêutica clínica e neurológica, observa-se um paciente com marcantes características constitutivas de personalidade paranoide e que, posteriormente, iniciou com manifestação de delírio de parasitose e vivência delirante-alucinatória. Exatamente nessa época, algumas comorbidades clínicas foram identificadas, e três anos mais tarde, apresentou AVE. A partir desse período, houve importante agravamento do quadro psiquiátrico, sendo possível o diagnóstico de psicose não orgânica não especificada.

Sabe-se que devido à natureza multietiológica do delírio de infestação é necessária terapêutica customizada para cada forma<sup>11</sup> e que todos os casos primários e secundários necessitam de tratamento com antipsicótico, exceto quando o tratamento da causa leva a imediata cessação dos sintomas do delírio de parasitose<sup>12</sup>. Também parece não haver superioridade clínica entre os antipsicóticos<sup>12</sup>.

Formulou-se a hipótese de Síndrome de Ekbom em paciente com doença encéfalo-vascular e múltiplas comorbidades. É importante considerar o delírio de parasitose como oportunidade diagnóstica para comorbidades clínicas e psiquiátricas.

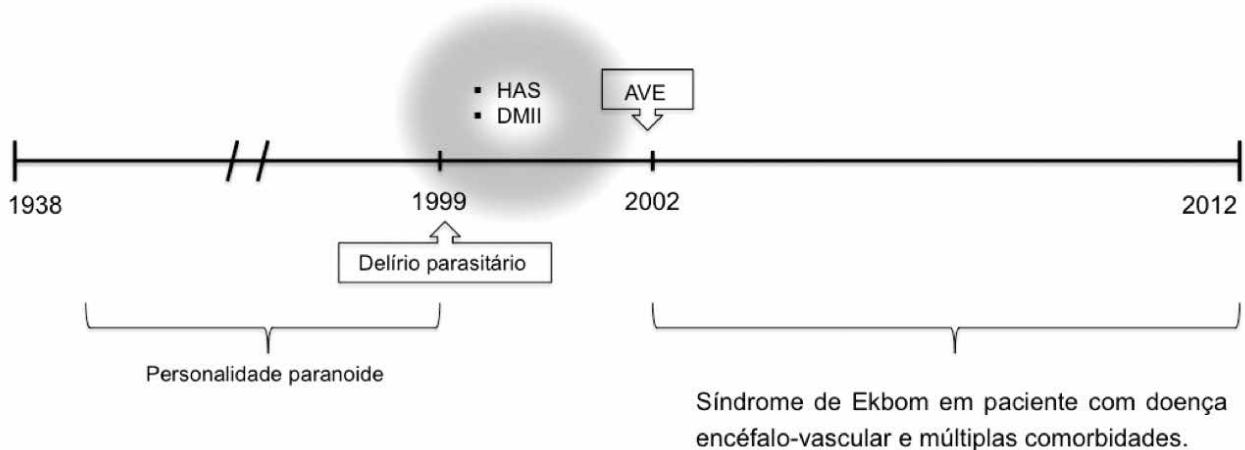


FIGURA 4 – Evolução clínica

## Referências

- 1. Berrios, German E. Alucinações táteis: aspectos conceituais e históricos. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2011; 14: 542-62
- 2. Ramirez-Bermudez J, Espinola-Nadurille M, Loza-Taylor N. Delusional parasitosis in neurological patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010; 32:294-9.
- 3. Bourgeois M, Nguyen-lan A. Ekbohm's syndrome and delusion of skin infestation. Review of the literature. *Ann Med Psychol.* 1986; 144: 321-40
- 4. Freudenmann RW, Lepping P. Delusional Infestation. *Clinical microbiology reviews.* 2009; 22: 690–732.
- 5. Nicolato R, Correa H, Romano-Silva MA, et al: Delusional parasitosis or Ekbohm syndrome: a case series. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006; 28:85–87
- 6. Slaughter JR, Zanol K, Rezvani H, Flax J. Psychogenic parasitosis. A case series and literature review. *Psychosomatics.* 1998; 39:491–500.
- 7. Amancio EJ, Peluso CM, Santos AC, et al. Ekbohm's syndrome and spasmodic torticollis: case report. *Arq Neuro Psiquiat* 2002; 60:155–8.
- 8. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. *J Compilation Clin Exp Dermatol.* 2007; 33:113–7.
- 9. Bastos Filho OC. Problema diagnóstico dos delírios de parasitose cutânea. *An Fac Med Univ Recife* 1962; 22: 149-176.
- 10. Geoffroy PA et al. Corrélat anatomo-fonctionnels du syndrome d'Ekbohm. *La Presse Médicale.* 2012; 42: 237-239.
- 11. Freudenmann RW. Delusions of parasitosis: an up-to-date review. *Fortschr Neurol Psychiat* 2002; 70: 531–41.
- 12. Huber M, Lepping P, Pycha R, et al. Delusional infestation: treatment outcome with antipsychotics in 17 consecutive patients (using standardized reporting criteria). *Gen Hosp Psychiatry.* 2011;33:604-11

*Correspondência:*  
Avenida do Contorno, 3017 -  
30110-080 - Bairro Santa Efigênia.  
Belo Horizonte, MG  
raimundojorgemourao@yahoo.com.br

*Conflito de Interesse e Fonte de Financiamento Inexistente*