
Síndrome de Ekbom em idosa com transtorno delirante persecutório

Ekbom's Syndrome in elderly woman with delusional persecution disorder

Síndrome de Ekbom en una mujer anciana con trastorno delirante de persecución

Lucas Lobato Dias - [ORCID](#) - [Lattes](#)

João Vitor de Queiroz Campo - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Lucas Lima Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Paula Correa de Araújo - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Pedro Henrique Ribeiro da Cunha - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Rodrigo Nicolato  - [ORCID](#) - [Lattes](#)

RESUMO

A Síndrome de Ekbom, também conhecida como delírio de parasitose, é uma doença psiquiátrica rara, caracterizada pela sólida crença do paciente de estar infectado por parasitas que saem pela pele, quase sempre, do couro cabeludo, região genital, olhos ou boca. Na tentativa de retirar os vermes, alguns pacientes removem fragmentos da própria pele, produzindo lesões e automutilações. É comum a procura inicial por dermatologistas, os quais, frequentemente, propõem tratamentos dermatológicos que não são resolutos. Quando diagnosticada por um psiquiatra, institui-se o tratamento por meio de antipsicóticos, sendo a Pimozida o fármaco mais relatado na literatura. Em razão da raridade desse transtorno, este estudo tem por objetivo relatar um caso de Síndrome de Ekbom em paciente idoso, do sexo feminino e com Transtorno Delirante do tipo persecutório, que apresentou remissão completa dos sintomas após uso associado de Olanzapina e Risperidona, retomando a qualidade de vida e sensação de bem-estar. Este trabalho se ampara em uma base de dados que abrange relatos de casos, revisões de literatura, artigos de periódicos, fontes de farmacologia e manuais de psiquiatria.

Palavras-chave: Síndrome de Ekbom, delírio de parasitose, antipsicóticos

ABSTRACT

Ekbom's Syndrome, also known as delusional parasitosis, is a rare psychiatric disorder characterized by the patient's firm belief of being infected with parasites that emerge through the skin, typically from the scalp, genital area, eyes, or mouth. In an attempt to remove the imaginary worms, some patients may self-inflict skin injuries and engage in self-mutilation. Initial consultations often involve dermatologists who frequently propose dermatological treatments that are ineffective. Once diagnosed by a psychiatrist, treatment typically involves the use of antipsychotic medications, with Pimozide being the most commonly reported drug in the literature. Due to the rarity of this disorder, the objective of this study is to report a case of Ekbom's Syndrome in an elderly female patient with delusional persecutory disorder, who achieved complete remission of symptoms after combined use of Olanzapine and Risperidone, thereby regaining her quality of life and sense of well-being. This work is based on a database that encompasses case reports, literature reviews, journal articles, pharmacology sources, and psychiatry manuals.

Keywords: Ekbom's Syndrome, delusional parasitosis, antipsychotic agents

RESUMEN

El Síndrome de Ekbom, también conocido como delirio de parasitosis, es una enfermedad psiquiátrica rara caracterizada por la firme creencia del paciente de estar infectado por parásitos que salen a través de la piel, generalmente en el cuero cabelludo, área genital, ojos o boca. En un intento de eliminar los gusanos imaginarios, algunos pacientes pueden autoinfligirse lesiones en la piel y automutilarse. Es común que los pacientes consulten inicialmente a dermatólogos, quienes a menudo proponen tratamientos dermatológicos que no son efectivos. Una vez diagnosticado por un psiquiatra, el tratamiento generalmente incluye el uso de medicamentos antipsicóticos, siendo la Pimozida el fármaco más mencionado en la literatura. Debido a la rareza de este trastorno, el objetivo de este estudio es informar sobre un caso de Síndrome de Ekbom en una paciente anciana de sexo femenino con trastorno delirante de tipo persecutorio, que logró una remisión completa de los síntomas después del uso combinado de Olanzapina y Risperidona, recuperando así su calidad de vida y sensación de bienestar. Este trabajo se basa en una base de datos

que abarca informes de casos, revisiones de literatura, artículos de revistas, fuentes de farmacología y manuales de psiquiatría.

Palabras clave: Síndrome de Ekbom, delirio de parasitosis, antipsicóticos

Como citar: Dias LL, Campos JVQ, Silva LL, Araújo PC, Cunha PHR, Nicolato R. Síndrome de Ekbom em idosa com transtorno delirante persecutório. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2023;13:1-9. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.789>

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 18/06/2023

Aprovado em: 19/06/2023

Publicado em: 22/06/2023

Introdução

Também conhecida como delírio de parasitose, a Síndrome de Ekbom foi relatada pela primeira vez por Thibierge, em 1894, por meio do termo acarofobia. A síndrome foi definida 44 anos depois, em 1938, pelo médico Karl-Axel Ekbom, o que explica a origem do seu nome [1, 2].

A maioria dos pacientes é idosa, socialmente reclusa e do sexo feminino, sendo que, acima dos 50 anos de idade, a incidência é de 3:1 em relação aos homens [3]. Quando não moram sozinhos, por muitas vezes, verifica-se que vizinhos e familiares que convivem com o paciente também passam a apresentar os mesmos sintomas, caracterizando a ocorrência de um transtorno delirante induzido. O fenômeno descrito é conhecido como "*folie à deux*" [4].

A Síndrome de Ekbom é caracterizada pela sólida crença do paciente de estar infectado por parasitas que saem pela pele, quase sempre, do couro cabeludo, região genital, boca ou olhos [3].

Os sintomas podem surgir de forma lenta ou abrupta e, comumente, são queixas de sensação de prurido, pinicamento, percepções de movimentos dentro da pele, formigamento ou alucinação tátil, constituindo a sensação de parasitismo. Na tentativa de "retirar" os parasitas, alguns pacientes

removem fragmentos da própria pele, produzindo lesões e automutilações [3]. Por esse motivo, a presença de lesões cutâneas é usual, incluindo escoriações, úlceras francas e cicatrizes. A maioria dos pacientes descreve, de modo obsessivo, a morfologia, o ciclo de vida e os hábitos destes parasitas, além dos métodos utilizados para livrar-se dos mesmos [5]. As descrições, em muitos casos, são tão detalhadas que indicam a ocorrência de alucinações visuais [6].

Alguns pacientes coletam amostras de cabelo, retalhos de pele ou outros materiais e os levam ao médico dentro de caixas e sacos plásticos, apresentando-os como fragmentos do parasita e solicitam que estes sejam submetidos a uma avaliação laboratorial. Esse comportamento é intitulado como "sinal da caixa de fósforos", ocorre em 30% dos casos e é patognomônico da Síndrome de Ekbom [4, 6].

A fisiopatologia do delírio parasitário ainda não é totalmente compreendida [7]. Karl-Axel Ekbom explora, particularmente, os elementos que compõem as sensações táteis descritas pelos pacientes. Ele sugere uma base orgânica para esta síndrome e questiona se a sensação do parasita sob a pele seria causada por uma distorção das percepções reais ou por um fenômeno alucinatório [8].

Classificada como uma síndrome rara, o delírio de parasitose acomete, aproximadamente, 83 pessoas por milhão de habitantes. Devido aos sintomas específicos, é comum a procura inicial por um dermatologista. Ainda assim, é estimado que um dermatologista se depare com um paciente desta qualidade apenas uma vez a cada sete anos de atuação. Quando consulta com um psiquiatra, frequentemente, o doente rejeita o diagnóstico e busca ser assistido por outros profissionais de saúde, aumentando a subnotificação da síndrome [9].

Em geral, os pacientes acometidos pela Síndrome de Ekbom não apresentam funcionalidade totalmente comprometida, o que reforça o fato do seu diagnóstico se dar após a exclusão de outros quadros psiquiátricos [7, 10].

Pouco descrita na literatura, a Síndrome de Ekbom é desconhecida por muitos profissionais, enfatizando a importância dos relatos de casos como ferramentas de divulgação e contribuição científica [10, 11].

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 90 anos, aposentada e mora sozinha. À consulta, queixava-se de queda de cabelo. Alegava que, no decorrer de um ano, desenvolveu um quadro de alopecia. Procurou um dermatologista anteriormente, porém os tratamentos dermatológicos não surtiram efeito.

Posteriormente, admitiu que ela mesma retirava os fios de cabelo, justificando estar convicta de que o seu couro cabeludo estava infestado por micróbios e que a remoção dos fios era necessária para matá-los. Relatou que percebia-os andando em sua cabeça - denotando alucinações táteis - e os enxergava - denotando alucinações visuais. A paciente levava às consultas uma caixa de fósforo contendo fios de cabelo, referindo-se a eles como "pequenos parasitas". Creditava a infestação parasitária à inveja da vizinha sobre o seu "lindo cabelo". Inclusive, alegava que a vizinha era composta por pequenas pedras, visíveis na superfície do seu corpo - referindo alucinações visuais.

Não apresentava déficit de memória e estava orientada em tempo, espaço e autopsiquicamente, pontuando 30 pontos em 30 no Mini-Exame do Estado Mental (Mini-Mental), utilizando como referência o modelo sugerido por Sônia Brucki e Paulo Bertolucci [12]. Detinha pensamento organizado e coerente. Hipertensa e diabética tipo I. Quanto à escolaridade, possui Ensino Fundamental II incompleto, interrompendo os estudos no sétimo ano escolar. Nos exames bioquímicos, não apresentava alterações patológicas. Na tomografia, apresentou leve redução do volume encefálico, sem significância clínica.

Pelo quadro clínico, após descartar outras possíveis causas, a principal hipótese diagnóstica foi Transtorno Delirante do tipo somático com delírios de infestação, a Síndrome de Ekbom, correspondente no CID-11 como 6A24.2. Também foi identificado o Transtorno Delirante do tipo persecutório, tomando como base as crenças irrefutáveis envolvendo a vizinha.

Inicialmente, o tratamento foi realizado com Risperidona 1mg/dia, porém a paciente não apresentou resposta à medicação. O aumento da dose não foi tolerado por ela.

O quadro amenizou-se somente após a associação de dois antipsicóticos: Olanzapina 2,5mg/dia e Risperidona 1 mg/dia. Após essa conduta, a paciente sinalizou melhoras, não apresentando mais alucinações visuais e

táteis, o que colaborou para o crescimento do cabelo e para a ausência de novas escoriações. Relatou não sentir mais o couro cabeludo invadido por piolhos e que não estava mais infestada deles. Os sintomas associados ao delírio persecutório também foram resolvidos, uma vez que referia não ver mais as pedras no corpo da vizinha e não fazia mais menções a ela.

Discussão

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) classifica a Síndrome de Ekbom como um transtorno delirante do tipo somático, no qual uma pessoa apresenta crenças falsas e persistentes associadas à saúde e que são irrefutáveis por evidências ou argumentos lógicos. Pode tratar-se de um quadro psiquiátrico primário ou secundário a outras causas orgânicas, como hipotireoidismo, diabetes, lesões corticais, retardo mental, insuficiência renal, hepatites, anemia grave, intoxicações medicamentosas e cardiopatias [3]. A síndrome desperta grande interesse no campo da medicina, pois engloba não apenas a psiquiatria, mas também outras especialidades, como dermatologia e neurologia [13].

O caso relatado descreve um quadro de Síndrome de Ekbom em que o paciente se aproxima muito do padrão encontrado na literatura: indivíduo do sexo feminino, idoso e socialmente recluso [9]. Os sinais e sintomas também se aproximaram deste padrão, com destaque para a presença do “sinal da caixa de fósforos”, descrito em apenas 30% dos casos [6].

A realização de um tratamento dermatológico prévio e irresoluto pela paciente é outro ponto a ser destacado, visto que a busca primária por um dermatologista é um achado comum nos relatos dessa síndrome [9]. Por isso, é essencial que o dermatologista detenha conhecimentos aprofundados sobre esse transtorno [3].

A paciente obteve um alto score no Mini-Mental, o que auxiliou no afastamento de um possível quadro demencial. O diagnóstico de Síndrome de Ekbom foi confirmado somente após a exclusão de outras doenças psiquiátricas.

Além do delírio de parasitose, destaca-se que a paciente também apresentava um Transtorno Delirante do tipo persecutório, constituído pela crença persistente de que a vizinha era invejosa. Essa convicção associava-se à Síndrome de Ekbom, visto que a paciente atribuía a infestação parasitológica à inveja da vizinha.

O tratamento farmacológico foi realizado por meio de antipsicóticos, sendo que a administração isolada de Risperidona 1 mg/dia não foi resolutive. Somente após a associação de Olanzapina 2,5 mg/dia e Risperidona 1 mg/dia foi que ocorreu a remissão completa dos sintomas, percebida nas consultas seguintes pelo discurso da paciente de que não estava mais infestada de "piolhos", pela ausência de novas escoriações no corpo e pelo retorno do crescimento do cabelo. Os sintomas associados ao delírio persecutório também foram resolvidos após essa associação farmacológica.

O tratamento desse transtorno é realizado por meio de antipsicóticos, sendo a Pimozida a medicação mais relatada na literatura dos casos de Síndrome de Ekbom [13]. Apesar da associação de dois antipsicóticos ainda não ser bem estabelecida no tratamento desses quadros, neste caso, por se tratar de um paciente idoso, a Olanzapina e a Risperidona foram priorizadas, visto que estão associadas a menos efeitos extrapiramidais em dose baixa e a uma menor interação cardiovascular e metabólica [14, 15].

Conclusão

Por envolver várias especialidades médicas, a Síndrome de Ekbom é de grande interesse da medicina [13]. Ainda assim, por sua raridade, ela é pouco descrita na literatura e é habitualmente desconhecida por muitos profissionais de saúde [10]. Tomando como base a importância dos relatos de caso como instrumentos de contribuição e divulgação científica [11], este trabalho apresentou um caso dessa síndrome, abordando as principais características dos pacientes, a especificidade dos sintomas, a participação de outros profissionais - além do psiquiatra - no diagnóstico e o tratamento farmacológico.

Em especial, o presente estudo evidenciou uma terapia medicamentosa alternativa à Pimozida, fármaco de primeira escolha nos relatos de Síndrome de Ekbom [10], utilizando-se a associação de dois antipsicóticos - Risperidona e Olanzapina - sob justificativa destes últimos apresentarem menor risco de efeitos colaterais extrapiramidais, cardiovasculares e metabólicos no paciente idoso [14, 15].

O tratamento proposto resultou na remissão satisfatória dos sintomas do delírio de parasitose, proporcionando qualidade de vida e sensação de bem-estar ao paciente.

Referências

1. Slaughter JR, Zanol K, Rezvani H, Flax J. Psychogenic parasitosis: a case series and literature review. *Psychosomatics*. 1998;39(6):491-500. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(98\)71281-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(98)71281-2) - PMID:9819949
2. Wurtz R. Psychiatric diseases presenting as infectious diseases. *Clin Infect Dis*. 1998;26(4):924-32. <https://doi.org/10.1086/513936> PMID:9564477
3. 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. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962010000400018> - PMID:20944917
4. Goi PD, Scharlau CT. Síndrome de Ekbom acompanhada de automutilação. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(1):97-9. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000100017>
5. Koo J, Lee CS. Delusions of parasitosis: a dermatologist's guide to diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2001;2:285-90. <https://doi.org/10.2165/00128071-200102050-00003> PMID:11721647
6. Vidal CEL, Barbosa TSO, Nunes AR, Souza CSF. Delírio de infestação parasitária e transtorno bipolar: relato de caso. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009;31(1):79-81. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000100014>
7. Assunção IL, Mendes AKA, Mendes Filho KJS, Mendes Neto PC, Carvalho PS, Calisto MM, Resende DB, Normando LV, Leite FQ, Miranda LFN, Sousa CCL, Paz JVC, Silva ALLA, Matos ACS, Souza SBJ, Murta Filho TS, Carvalhal AMA, Fonseca KC, Alexandre Filho RMS, Silva ITS, Almeida ICV, Gonçalves RP, Pereira FC, Silva MC, Souza SBJ, Alvarez CR, Costa EW, Mendes JSN, Borges JO, Matos ACS. Ekbom's syndrome: literature review. *Res Soc Dev*. 2021;10(16):e302101623957. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23957>
8. Ekbom KA. The pre-senile delusion of infestation. *Hist Psychiatry*. 2003;14(2):229-32. <https://doi.org/10.1177/0957154X030142007> PMID:14521159

9. Amâncio EJ, Peluso CM, Santos ACG, Magalhães CCP, Pires MFC, Pena Dias AP, Debs FAA. Síndrome de Ekbom e torcicolo espasmódico: relato de caso. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60(1):155-8. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2002000100029>
PMID:11965428
10. Gonçalves LF, Craveiro CLF, Souza GML, França IM, Lambert LA, Rodrigues PAS, Goulart REB, Silva SGF, Pereira RCR, Lima CC. Síndrome de Ekbom no sudoeste da Amazônia brasileira: relato de caso. *Rev Eletrônica Acervo Saude*. 2021;13(3):1-6. <https://doi.org/10.25248/reas.e6713.2021>
11. Dias AB, Bazzano BAV, Palhares Júnior MB. Revisão sistemática: casos clínicos de delírio de parasitose. *Rev Uningá*. 2015;45:56-9. <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/1231/853>
12. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
PMID:14595482
13. Teixeira PL, Marim J, Mizukami MY. Síndrome de Ekbom no idoso. *Debates Psiquiatr*. 2018;8(3):27-9. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2018.v8.316>
14. Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L, editores. *Psicofármacos: consulta rápida*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
15. Nicolato R, Corrêa H, Romano-Silva MA, Teixeira Junior AL. Delusional parasitosis or Ekbom syndrome: a case series. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(1):85-7. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.08.008>
PMID:16377374