



TEMPUS

Psicológico

Artículo de investigación

Parasitosis delirante, un trastorno de la salud mental

Delusional parasitosis, a mental health disorder

GILBERTO BASTIDAS¹, MARIANELA PEÑA², DANIEL BASTIDAS³, GERALDINE BASTIDAS-DELGADO⁴

Recibido: 25/04/2025- Aprobado 5/05/2025- Publicado: 24/07/2025

Para citar este artículo:

Bastidas, G.; Peña, M.; Bastidas, D.; Bastidas-Delgado, G. (2025).

Parasitosis delirante, un trastorno de la salud mental.

Tempus Psicológico, 8(2) - ISSN: 2619-6336

DOI: <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.8.2.5312.2025>

-
- 1 Departamento de Salud Pública e Instituto de Investigaciones Médicas y Biotecnológicas, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. ORCID: 0000-0002-5805-6926. Autor para correspondencia: bastidasprotozoo@hotmail.com.
 - 2 Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. ORCID: 0000-0009-4739-1487.
 - 3 Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. ORCID: 0000-0002-4981-4166.
 - 4 Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. ORCID: 0000-0002-5452-4438.

Resumen

La parasitosis delirante es un trastorno de la esfera de la salud mental con baja prevalencia, pero de gran trascendencia para los afectados; se caracteriza por una falsa y fija idea de infestación por parásitos. Es una patología conocida por dermatólogos y especialistas en parasitología, y tratada por psicólogos y psiquiatras. Se reconoce la escasa experticia que tienen los profesionales de otras disciplinas clínicas del área del conocimiento involucrado. El objetivo es presentar información condensada y actualizada sobre este trastorno, útil para estudiantes y profesionales del sector sanitario. El adecuado conocimiento sobre este flagelo permitirá el diagnóstico temprano y el manejo apropiado con descarte de la causa subyacente, basado en la buena relación médico-paciente y en la clara determinación del tipo de parasitosis delirante.

Palabras clave: *parasitosis delirante, síndrome Ekbom, salud mental, psicología, psiquiatría.*

Abstract

Delusional parasitosis is a mental health disorder with a low prevalence but of great significance for those affected. It is characterized by a false and fixed perception of parasitic infestation. It is a pathology recognized by dermatologists and parasitology specialists, and treated by psychologists and psychiatrists. The limited expertise of professionals from other clinical disciplines in the area involved is acknowledged. The objective is to present condensed and up-to-date information on this disorder useful for students and professionals in the health-care sector. Adequate knowledge of this scourge will allow for early diagnosis and appropriate management, ruling out the underlying cause, based on a good doctor-patient relationship and a clear determination of the type of delusional parasitosis.

Keywords: *delusional parasitosis, Ekbom syndrome, mental health, psychology, psychiatry*

Introducción

Thibierge (1894) describe por vez primera una nueva patología psiquiátrica denominada delirio dermatozoico, delirio ectozoico, delirio parasitorum o síndrome de disestesia crónica cutánea, un concepto clínico completado por Ekbom (1938) 44 años después (adquiere entonces el nombre de Síndrome de Ekbom) como un cuadro psicótico inespecífico, con alucinaciones táctiles y/o visuales sobre infestación parasitaria, una firme y rígida creencia contra la evidencia clínica y de laboratorio de la ausencia de invasión parasitaria del organismo humano alguna, que se acompaña frecuentemente de excoriaciones, escarificaciones y laceraciones autoinfligidas, producto del intento de extracción de los supuestos parásitos por parte de los afectados.

Tiempo después, la denominación es ampliada por Wilson y Miller (1946), pues se adopta la denominación de parasitosis delirante. Debe quedar claro que se trata de un trastorno delirante de tipo somático, una patología ya claramente establecida en la práctica clínica psicológica y psiquiátrica, pero poco conocida en otras disciplinas incluida la propia del área del conocimiento involucrada (parasitología y dermatología), de allí este escrito reflexivo informativo que pretende posicionar un mejor conocimiento por médicos no expertos de la parasitosis delirante en el ámbito de acción diagnóstica de todas las disciplinas sanitarias, para la oportuna referencia de los pacientes a los profesionales del comportamiento o conducta humana, pues prima limitar el daño y lograr la rehabilitación oportuna. La parasitosis delirante es primaria cuando se presenta sin otro trastorno de la esfera de la salud mental, esto ocurre frecuentemente en 40% de los casos reportados (Dipp et al., 2020).

En el 60% de los casos restantes, la parasitosis delirante se asocia con otras patologías que incluyen trastornos psiquiátricos como la bipolaridad, la paranoia, la esquizofrenia y la depresión; síntomas secundarios a enfermedad neurológica u otra condición clínica como infecciones y neoplasias cerebrales; y, por último, al uso y abuso de sustancias psicotrópicas. La parasitosis delirante tiene una tasa de prevalencia que oscila entre 20 y 27 casos por cada millón de habitantes, con afectación principal de mujeres cuando superan los 50 años (hasta 3 veces más frecuente con respecto a los hombres), e incrementando la prevalencia con la edad. Además, es considerado el trastorno del contenido del pensamiento más frecuente en dermatología (Dipp et al., 2020; Tous et al., 2015).

Es conveniente señalar que los parámetros epidemiológicos mencionados se han mantenido estables a lo largo del tiempo, con variaciones sólo en los agentes causales informados por el paciente, mismos que van desde patógenos animados

a inanimados, fibras o partículas inorgánicas, en referencia a estos últimos que, pueden conformar el denominado Síndrome de Morgellons (considerado por el Centro para el Control de las Enfermedades [CDC, en sus siglas en inglés] como una dermatopatía inexplicable), con múltiples síntomas que pueden incluir artralgias, fatigas y trastornos de la concentración. De la multiplicidad de causas de esta patología psicótica surge el término de infestación delirante, una concepción más amplia, pero no del todo aceptada por la comunidad científica mundial (Tous et al., 2015).

Es de particular interés en la reflexión diagnóstica el hecho de no ser una fobia, por tanto, no debe confundirse con parasitofobia, porque no se acompaña de las conductas evitativas secundarias. Además, la parasitosis delirante es el trastorno psiquiátrico más frecuentemente compartido por personas cercanas al paciente, con una prevalencia que se ubica entre 15-20%. Es común que el paciente quiera demostrar la infestación parasitaria con las lesiones que se produce como prueba de la parasitosis; o con muestras de pelusas, tierra, arena, granos de cereal, cabello o residuos dérmicos (costras y escamas), y parásitos capturados (signo de la caja de cerillos o del espécimen [termino más extenso que privilegia al patógeno sobre el recipiente de transporte], en referencia al material entregado por el paciente como prueba de infestación que, en tiempos modernos suele incluir fotografías digitales y videos (Dipp et al., 2020; Torales et al., 2020; Tous et al., 2015).

Se atribuye el origen de la parasitosis delirante a una alteración de la concentración del neurotransmisor dopamina, pues incrementos del mismo se traducen en disminución del funcionamiento del transportador de dopamina estriatal, un regulador clave de la recaptación de este neurotransmisor en el cerebro, específicamente en el núcleo estriado, caracterizado orgánicamente por un patrón irregular del volumen de la sustancia gris en varias regiones del cerebro, a saber: fronto-temporal lateral y medial, pre y postcentral, insular, parietal inferior, así como el tálamo y cuerpo estriado, este fenómeno se describe fundamentalmente en la parasitosis delirante primaria, ya que, en la secundaria prevalecen las alteraciones en la sustancia blanca (Dipp et al., 2020).

Este problema de salud pública, se trata con antipsicóticos, tradicionalmente con Pimozida, considerado el medicamento de elección, pero con algunos efectos adversos que, lleva al uso cada vez más amplio de otros antipsicóticos como la Risperidona. En todos los casos se recomienda iniciar con dosis bajas para proceder con incrementos graduales, y así evitar el abandono de la medicación derivada de los efectos adversos que se observan con dosis elevadas (Tous et al., 2015).

Discusión

La parasitosis delirante se centra en ideas firmemente arraigadas con erróneos fundamentos lógicos, que para corregirse, debe recurrirse a la experiencia del psiquiatra; de allí la importancia de la remisión precoz a profesionales de la salud mental, ya que, los pacientes creen erróneamente que están infestados por parásitos (en el sentido más amplio de esta definición, es decir, por animales que parasitan la piel y los tejidos del ser humano), pues experimentan trastornos sensoriales relacionados con ese pensamiento, acompañadas con vivencias de cómo se mueven, reproducen y salen de su organismo estos terribles parásitos (Carta, 2024).

Caracteriza a este trastorno del contenido del pensamiento, fundamentalmente notificado en la especialidad dermatológica, las variaciones de los agentes causales reportados, ya que, incluye organismos vivos y objetos inanimados (fibras, pelos, hilos o filamentos), hecho que ha llevado a algunos autores a promocionar el término “infestación delirante”, por ser más amplio y capaz de incluir a todos los agentes causales, pero es un término aún no aceptado por la comunidad científica (Katsoulis et al., 2020). También, el curso clínico del síndrome delirante es variable, porque va desde sólo días hasta años (puede superar los 30 años de duración), presentándose como episodio único, de forma periódica o tener un curso crónico (propio de la parasitosis delirante primaria), pero es generalmente agudo con las intoxicaciones farmacológicas o de sustancias psicoestimulantes con síntomas de menor duración de horas, días o semanas (Coulson, 2022).

Asimismo, las conductas autodestructivas (empleo de exfoliantes y rascado con uñas o pinzas) con el objeto de retirar el patógeno que creen se encuentra bajo la piel, marcan al síndrome y pueden terminar en lesiones o infecciones secundarias graves (erosiones, excoriaciones, ulceraciones, caída del cabello, lesiones de liquen simple crónico o prurigo nodulares) (Tous et al., 2015). Además, este trastorno psicótico delirante puede ser compartido (“folie à deux”) con una persona cercana o familiar del afectado, en el contexto de una relación estrecha, e incluso puede afectar a familias enteras o grupos de personas (“folie à trois”, “folie à quatre”).

Se destaca que la parasitosis delirante es primaria cuando no puede ser explicada por ninguna otra causa y caracterizada por ser de tipo somática, monosintomática, circunscrita o aislada, es decir, las ideas delirantes deben durar más de un mes y estar relacionadas con el tema delirante, sin deterioro significativo de la esfera psicosocial y sin dominar el cuadro clínico, pero con síntomas depresivos secundarios al delirio y que duran menos que este. Ahora bien, el resto de formas de parasitosis delirante debido a otros trastornos psiquiátricos, médicos o por medicamentos o sustancias tóxicas, debe ser considerado como secundario (Tous et al., 2015).

Sin duda alguna, el diagnóstico se hace con la convicción del afectado, por demás inalterable, de estar infestado por patógenos a pesar de no haber evidencia de la existencia de parásito alguno, y por supuesto, con la manifestación de sensaciones cutáneas anormales atribuibles a la presencia de noxas (Tous et al., 2015). En relación con la intervención sanitaria en el diagnóstico de la parasitosis delirante, en muchos casos son los propios pacientes con base a los datos que les ofrece la tecnología de información y comunicación los que categorizan su patología como una alteración de la esfera de la psicología o psiquiatría; entonces, son ellos los que acuden con los profesionales sanitarios, inicialmente dermatólogos, para asegurarse el diagnóstico y el tratamiento adecuado (Dipp et al., 2020).

Se aconseja realizar diagnóstico diferencial; para ello, es vital efectuar un completo y minucioso examen físico con el propósito, entre otros aspectos, de determinar alteraciones en la piel (perfectamente aplicable a la leishmaniosis, considerada la enfermedad de la mil caras y endémica en varias regiones del mundo) y otros órganos, además, se deben practicar pruebas de laboratorios a las muestras obtenidas o proporcionadas por el paciente, por la posibilidad real de infestación o de la existencia de causa psiquiátrica o médica subyacente (Abdel et al., 2020; Bastidas & Bastidas, 2018; Tous et al., 2015; Vásquez et al., 2010).

La relación médico-paciente confiable (en este sentido, debe mostrarse interés por el caso y realizar una evaluación clínica completa y exhaustiva), la terapia psicológica adyuvante y la medicación antipsicótica (para la parasitosis delirante primaria y secundaria a esquizofrenia), constituyen el tratamiento óptimo de la parasitosis delirante (se logra mejoría entre 50 y 75% de los casos), aunque son escasos los estudios clínicos aleatorizados en el tratamiento de la parasitosis delirante primaria o secundaria. Asimismo, se recomienda el tratamiento del estado depresivo acompañado con antipsicóticos en la parasitosis delirante secundaria a depresión psicótica (Dipp et al., 2020).

Conclusiones

Se concluye que la parasitosis delirante es un trastorno psicótico inespecífico somático, marcado por alucinaciones no extrañas que se constatan en la vida real sobre infestación parasitaria inexistente sin deterioro significativo de la actividad psicosocial del sujeto afectado, una patología poco conocida por disciplinas distintas a la dermatología, psicología y psiquiatría. Esta patología requiere de un diagnóstico diferencial con otras enfermedades de la esfera de la salud mental, y su diagnóstico, fuertemente basado en la anamnesis, por aquello de la fuerte convicción del individuo de estar infectado, permite clasificarla como primaria o secundaria, previo a descarte pleno de infestación parasitaria.

Finalmente se señala que la intervención sanitaria debe centrarse en una empática relación médico-paciente, que permita el diagnóstico certero producto de la remisión oportuna a especialistas del área del que deriven la medicación antipsicótica específica y las terapias de apoyo psico-social.

Referencias

- Abdel, K., Hernández, D., Hidalgo, O., Hidalgo, S., Hung, F., Lorenzo, C. & Bastidas, G. (2020). Características clínicas-epidemiológicas y conocimiento sobre la leishmaniosis tegumentaria americana en una población de Carabobo. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 4(1), 9-16.
<https://doi.org/10.35839/repis.4.1.478>
- Bastidas, G. & Bastidas, D. (2018). Some parasites that affect the skin in the human being: Epidemiological aspects. *Journal of Dermatology & Cosmetology*, 2(6), 84-85.
<https://doi.org/10.15406/jdc.2018.02.00092>
- Carta, S. (2024). History, Paranoia, Fragmentation. *The Journal of analytical psychology*, 69(2), 174-194.
<https://doi.org/10.1111/1468-5922.12986>
- Coulson, I. (2022). Delusional infestation - do not be scared. *The British Journal of Dermatology*, 187(4), 457. <https://doi.org/10.1111/bjd.21745>
- Dipp, C., Salgado, S., Mendoza, J. & Burgoa, M. (2020). Delirio de parasitosis o síndrome de Ekbom. *Revista Médica La Paz*, 26(1), 46-49.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582020000100008
- Ekbom, K. (1938). Derpraesenile Dermatozoenwahn. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 13, 227-259.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1938.tb06569.x>
- Katsoulis, K., Rutledge, K. J., & Jafferany, M. (2020). Delusional infestation: a prototype of psychodermatological disease. *International Journal of Dermatology*, 59(5), 551-560.
<https://doi.org/10.1111/ijd.14709>
- Thibierge, G. (1894). Lesacarophobes. *Journal des Praticiens; Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique*, 32, 373-376.
- Torales, J., García, O., Barrios, I., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J., Ventriglio, A. & Jafferany, M. (2020). Delusional infestation: Clinical presentations, diagnosis, and management. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 19(12), 3183-3188. <https://doi.org/10.1111/jocd.13786>
- Tous, F., Morales-Raya, C., Guerra, A. & Gonzalez-Guerra, E. (2015). Delirio de parasitosis. *Monografías de Dermatología*, 28, 101-107. <https://doi.org/10.4463/MD.2015.28.2.5228>
- Vásquez, L. C.; Vásquez, L. R., Oviedo, M., Sandoval, C., Méndez, Y., Bastidas, G. & Miliani, E. (2010). Perfil clínico y epidemiológico de la Leishmaniasis Visceral Americana en el estado Trujillo, Venezuela (1975-2007). *Boletín de Malaria y Salud Ambiental*, 50(2), 55-64.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-46482010000200007
- Wilson, J. & Miller, H. (1946). Delusions of parasitosis (acarophobia). *Archives of dermatology and syphilology*, 54(1), 39-56. <https://doi.org/10.1001/archderm.1946.01510360043006>

