C. Vidal Castro
C. Rejón Altable
A. C. Sierra Acín

Percepción y pensamiento en los delirios de infestación

Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López
Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)

Se describe un caso de delirio de infestación en una mujer de 45 años atendida ambulatoriamente. Se realiza una revisión de la literatura publicada sobre este trastorno y su clasificación nosológica en diferentes etapas históricas y por las distintas escuelas. Se discute la difícil separación de los síntomas delirio y alucinación en los fenómenos de la corporalidad.

Palabras clave:
Delirio de parasitosis. Delirio de infestación. Psicosis hipocondríaca monosintomática. Alucinación táctil.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(2):140-143

Thought, perception and delusional infestation

The authors report a case of delusional infestation in a 45 year-old woman followed in an out-patient setting. A review of published literature about this disorder and its nosological classification over different historical periods and by different authors is performed. Difficulties in separation of the delusion and hallucination symptoms in body phenomena are discussed.

Key words:
Delusional parasitosis. Delusional infestation. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. Tactile hallucination.

INTRODUCCIÓN

El trastorno delirante o trastorno por ideas delirantes persistentes se presenta como un sistema delirante estable y bien definido, típicamente encapsulado en una personalidad que mantiene muchos aspectos intactos. En él se presentan fenómenos alucinatorios en ocasiones, aunque no suelen ser prominentes. Tras diversas aproximaciones durante la segunda mitad del siglo XIX la descripción de la paranoia fue

delimitada definitivamente por Kraepelin, quien reconoció distintos subtipos, según el contenido delirante, y la diferenciación de la *dementia praecox* (más tarde denominada esquizofrenia por Bleuler). Al principio aceptó que en la paranoia podían tener lugar alucinaciones auditivas y más tarde lo descartó. Las actuales clasificaciones diagnósticas (CIE-10 y DSM-IV) describen una enfermedad similar a la de Kraepelin, excepto por la posibilidad de la existencia de alucinaciones no prominentes (auditivas en el caso de la CIE-10 y auditivas o táctiles en el DSM-IV) y relacionadas con el sistema delirante. En general se cree que las alucinaciones pueden afectar a cualquier modalidad de trastorno delirante, pero a menudo son difíciles de evaluar y de diferenciar de las falsas interpretaciones delirantes y de las ilusiones. Dentro de los subtipos de trastorno delirante, el subtipo somático, también llamado psicosis hipocondríaca monosintomática, se clasifica a su vez en cuatro subtipos según el contenido delirante de las ideas (las que afectan a la piel, las de deformidad corporal, de hedor corporal y otras).

En la idea delirante de infestación de la piel el paciente cree que tiene organismos arrastrándose por la superficie de la piel o anidando bajo ésta. A veces existen incluso descripciones gráficas que podrían considerarse alucinaciones visuales o más habitualmente una proyección vívida de la ideación. Las sensaciones corporales internas son erróneamente interpretadas como evidencia de la actividad del parásito. Los pacientes presentan «pruebas» de la infestación mostrando lesiones cutáneas. Es típico el «signo de la caja de cerillas» en que el paciente trae un pequeño recipiente diciendo haber capturado «cuerpos de insectos» o «huevos». A veces se autoaplican tratamientos extraños y peligrosos y suelen aislarse socialmente de forma progresiva por la vergüenza o el temor a transmitir la infección. Este tipo de trastorno delirante no es infrecuente y es fácilmente observable en la psiquiatría de enlace¹. En un metaanálisis de 1.223 casos recogidos durante 100 años, Trabert² observó un predominio en mujeres que aumentaba con la edad. La duración del delirio era de $3 \pm 4,6$ años, el aislamiento social era más un rasgo premórbido que un fenómeno secundario y el pronóstico no era tan desfavorable como se piensa habitualmente (casi la mitad remitieron en el periodo de observación o en la catamnesis). Comparando los pacientes de la era prefarmacológica (antes de 1960)

Correspondencia:
Carol Vidal Castro
Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López
Av. Prat de la Riba, 171
08921 Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)
Correo electrónico: carolvidal25@hotmail.com

con aquellos de después, las remisiones aumentaban del 33,9 al 51,9%, siendo el pronóstico mejor cuanto más corto era el período sintomático previo al tratamiento. El tratamiento farmacológico es con neurolépticos, siendo la pimozida la opción preferida y las ideas delirantes pueden ser modificadas considerablemente mediante un enfoque psicológico. El mayor problema no es la respuesta al tratamiento, sino la adherencia y cumplimiento de éste.

George Thibierge describió el primer caso documentado en 1884 utilizando el término «acarofobia». Otros términos utilizados para describir estos casos eran: dermatofobia, parasitofobia y entomofobia³. A finales del siglo XIX el término «fobia» no era usado en el sentido de «neurosis», sino que estaba llevándose a cabo una transformación semántica para separarlo de las nociones cognitivas de «obsesión» y «delirio». Estos tres conceptos eran contenidos en el mismo concepto de «idea fija» que se había usado por escritores más antiguos para referirse a la locura⁵. Ekbohm en 1938 fue el primero en diferenciarlo de la entomofobia, enfatizando su heterogeneidad etiológica, comportamental y pronóstica en contraste con el modelo unitario preexistente y describió ocho pacientes con delirio de infestación usando el término *dermatozoenwhan*³. En 1946 se introdujo el término inglés «delirio de parasitosis» por Wilson y Miller.

Las publicaciones subsiguientes a la de Ekbohm proponían un modelo sindrómico, viendo el delirio de infestación como una manifestación posible de diferentes patrones de presentación psiquiátrica. Varios informes apuntan a una asociación entre la ocurrencia de psicosis afectivas y la presentación de delirio de infestación. La segunda mayor área de patología primaria asociada parece ser la de psicosis orgánicas y estados agudos confusionales relacionados con el abuso de drogas y/o alcohol, y el tercer grupo de asociación es con el trastorno delirante o psicosis hipocondríaca monosintomática. En constancia con este modelo de aproximación sindrómica, Skott concluye que la queja de infestación falsa debería conceptualizarse únicamente como un síntoma no específico que puede ocurrir en infinitas variedades de contextos individuales biopsicosociales y propone cuatro áreas de preocupación en la evaluación de un paciente con delirio de infestación: factores ambientales, de personalidad, biológicos y psicológicos³. Existe división de opiniones en cuanto a la enmarcación del delirio de infestación como subtipo de trastorno delirante o psicosis hipocondríaca sintomática, considerándolo algunos autores como un cuadro independiente con características particulares⁴.

Para integrar estas nociones distintas debería considerarse una hipótesis etiológica a dos niveles. En muchos casos el trastorno ocurre como un síntoma no específico, cuyo manejo y comprensión adecuados dependen de formulaciones diagnósticas individuales, comprensivas y multidimensionales. En algunos el síntoma puede ser una manifestación del trastorno primario, a veces psiquiátrico y muy ocasionalmente físico. Se debe destacar la asociación en este caso de fenómenos de prurito y parestesias y el subsiguiente des-

arrollo del trastorno delirante. Aunque a menudo el trastorno existe como un síndrome unitario esencial³.

Sin embargo, cuando un paciente comunica la presencia de una sensación corporal relacionada con el trastorno y una vez descartado su origen orgánico (parestesias) queda preguntarse si no sufre también un tipo especial de alucinación. El campo de las alucinaciones corporales es amplio y su exploración compleja. Dejando a un lado por un momento las cenestopatías, Berrios⁵ señala la distinción entre las alucinaciones táctiles y el resto de alucinaciones de los llamados «sentidos lejanos» como la vista, el oído, el olfato y el gusto, dado que las primeras no cumplen el criterio principal para considerarse una percepción alucinatoria (la «percepción sin objeto»). Así, por ejemplo, el concepto de pseudoalucinación introducido por Kandinsky como espacio para clasificar las experiencias alucinatorias inclasificables no es aplicable al sentido del tacto, donde las cuestiones del *insight* y el espacio exterior no se presentan. La visión de la alucinación como un trastorno simétrico y homogéneo en los cinco sentidos se rompe en relación con la imposibilidad de que las pseudoalucinaciones ocurran en algunas modalidades sensoriales. Para responder a estas dificultades, las psiquiatrías alemana y francesa han contemplado el fenómeno delirante-alucinatorio hipocondríaco desde una perspectiva más amplia que la de la psiquiatría de influencia británica, que tiende, sistemáticamente, a clasificar todos los tipos de experiencia anormal que no encajan en el molde de las alucinaciones de «sentidos lejanos» como delirios (el caso de los trastornos del yo es paradigmático). La psiquiatría continental pone, por tanto, menor énfasis en los aspectos «perceptuales» del fenómeno que en sus aspectos «cognitivo» o «aperceptual», contrariamente a la visión «intelectualista» de Locke sobre los delirios y las alucinaciones, todavía vigente en la psiquiatría inglesa. El debate sobre la psicopatología del delirio de infestación ha sido discutido por Berrios⁵. De las dos escuelas principales de pensamiento, la primera, «sensorialista», sostiene que el trastorno primario es una alucinación táctil o ilusión (incluso una sensación real) con la interpretación delirante subsiguiente. Entre estos autores algunos opinaban que el fenómeno primario podía ser el componente perceptivo, aunque no necesariamente alucinatorio. Bers y Conrad a pesar de que sus trabajos clásicos usaban la noción de «alucinosis táctil crónica» tomaron una posición intermedia ya que encontraban difícil decidir qué era primario y qué era secundario. En oposición al punto de vista sensorialista, otros defendían la aproximación cognitiva según la cual el síndrome era primariamente delirante. La posición británica ha sido considerar esos estados como fundamentalmente de naturaleza delirante. Skott concluye que «la sintomatología psiquiátrica (en el delirio de parasitosis) es extremadamente variada; los pacientes pueden sufrir ilusiones, conceptos erróneos y delirios, y en casos excepcionales alucinaciones».

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 45 años que contacta por primera vez con psiquiatría a petición del médico de cabecera. Natural

de Gualcázar (Córdoba). A los pocos meses de edad la familia se trasladó a Roses (Girona) y posteriormente a Extremadura, nuevamente a Córdoba y finalmente a Badalona (Barcelona), donde ha vivido desde los 9 años de edad. Escolarización hasta los 19-20 años. Completó los estudios de analista y auxiliar de laboratorio. Trabajó en un almacén de textil envasando jerséis durante 1 semana. Tras envío de solicitud por su padre, inicia trabajo a los 16 años como analista de laboratorio en la empresa en la que trabaja actualmente. Posteriormente combinó los estudios y el trabajo. Explica conflictos leves por sobrecarga laboral desde hace años sin que hayan causado problemas graves. Casada desde los 24 años de edad. Tiene dos hijos de 16 y 13 años. Es la segunda de cuatro hermanos (un hermano mayor de 49 y dos hermanas menores de 41 y 39 años). Entre los antecedentes personales somáticos destaca la alergia a la trimetoprima y alteraciones en el olfato no especificadas. Explica tener alergias a productos, con eccemas presentes en la cara. A los 22 años sufrió un proceso infeccioso grave sin secuelas aparentes, por el cual estuvo hospitalizada durante 2 meses sin llegarse a un diagnóstico específico. Intervenida quirúrgicamente de colecistectomía y amigdalectomía. Entre los antecedentes personales psiquiátricos no se encuentran datos de interés.

En cuanto a los rasgos de carácter previos es descrita por sus familiares como desconfiada y poco comunicativa. Ella misma se describe como muy inquieta y «nerviosa» en la infancia y actualmente como una persona «meticulosa», «trabajadora y responsable». Como antecedentes psiquiátricos familiares destacan una hermana en tratamiento psiquiátrico por trastorno depresivo reactivo a ruptura sentimental. Padres autoritarios y con pocas relaciones sociales. Mantiene una relación muy estrecha con ellos y el resto de la familia y escasa con personas externas a ésta.

El proceso actual se inicia 3 meses antes de consultar con problemas en el ámbito laboral; cree que la sobrecargan y le ponen productos en las muestras a analizar que le producen molestias físicas (picores, olores, enrojecimiento facial, caída del pelo, etc.). Secundariamente se siente angustiada y con dificultades para realizar su función habitual. Interpreta comentarios como referentes a ella. Cree que la encargada quiere que deje el trabajo y por eso le manipula las muestras. Interpretaciones delirantes en relación a su actividad laboral, centrada en su jefa que «se quiere vengar»; refiere haberla oído decir por teléfono que la quiere denunciar. Oscila en cuanto a la crítica que realiza, en ocasiones parcial: «puede ser que me pique y no las hayan contaminado» (las muestras), y en otras ocasiones no hace crítica alguna: «me lo han hecho, me han puesto microbios en las muestras». Dos meses después del inicio del malestar de la paciente, y por petición del médico de empresa, acude a su médico de familia, quien determina la baja laboral y deriva a urgencias de psiquiatría para valoración de «trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos». Tras valoración e instauración de tratamiento con perfenazina 8 mg/día es derivada al centro de salud mental de referencia y ABS para una exploración física detallada y exploraciones complementarias que permiten descartar enfermedad somá-

tica de base que justifique los síntomas. En la exploración clínica destaca un buen aspecto general. Consciente y orientada en espacio, tiempo y persona. Desconfiada y suspicaz en las entrevistas, centra el discurso en la problemática laboral y en el estrés actual que está padeciendo. Ansiosa y llorosa cuando habla de su problema, pero sin apreciarse sintomatología afectiva estructurada. Mantiene el cuidado personal y las actividades domésticas habituales y la capacidad hedónica está conservada. Sin alteraciones del sueño o el apetito. Alteraciones sensorio-perceptivas olfativas, visuales y táctiles (olores excesivos, olores que no notan los otros, picores en extremidades superiores, cuello y cabeza, visión de microbios que salen de la pantalla del ordenador y de manchas blancas en las superficies que reconoce como microbios). Autorreferencialidad con los compañeros de trabajo. Interpretaciones delirantes con relación a su actividad laboral. Aunque al inicio del cuadro no se objetivan otros contenidos delirantes fuera del central, que parece secundario a las interpretaciones delirantes somáticas, el proceso evoluciona a una ideación delirante de perjuicio estructurada. Se orienta como un trastorno delirante de tipo somático (DSM-IV-TR). En el seguimiento se descartó patología orgánica causante del cuadro. La paciente mostró una leve mejoría, con una remisión parcial de la sintomatología delirante al inicio, aunque fue fluctuante. El mal cumplimiento terapéutico hizo difícil el aumento de dosis de antipsicótico y finalmente lo abandonó completamente, pues no creía que le fuera bien. Durante las entrevistas se muestra tranquila y explica buen funcionamiento fuera del ámbito laboral, aunque mantiene un discurso centrado en su pasada situación en el trabajo. En todo momento mantiene los deseos de reincorporarse al trabajo. Se intentó la reincorporación laboral en otro servicio distinto dentro de la misma empresa y no fue posible.

DISCUSIÓN

Las alucinaciones táctiles pueden clasificarse según criterios clínicos o psicopatológicos; estos segundos son importantes en tanto en cuanto permiten diferenciar las alucinaciones de los delirios sobre una base descriptiva, por ejemplo, diferenciando alucinaciones puras de interpretaciones delirantes. La pureza de los estados alucinatorios se pone en cuestión dado que todas las alucinaciones son trastornos de la percepción que incluyen un componente cognitivo, interpretativo. Asociadas a diferentes síndromes, las alucinaciones táctiles tienden a encontrarse en la práctica clínica acompañadas de interpretaciones delirantes⁵.

El delirio de infestación es un ejemplo de las dificultades sin resolver de la psicopatología contemporánea. La inclusión del complejo alucinación-delirio de infestación como entidad discreta dentro del cuadro de los delirios monosintomáticos, sin prestar atención a sus vínculos con el resto de fenómenos alucinatorios táctiles, proviene de un análisis que no respeta la estructura profunda de los síntomas, alcanzable mediante un trabajo psicopatológico reconstructivo. Considerando la dificultad de distinguir una percepción táctil real de una ilusoria o alucinatoria o bien una alteración

perceptiva de una idea delirante primaria mediante la aplicación de los criterios operacionales derivados de las definiciones corrientes de alucinación (no hay o no tiene por qué haber un objeto de percepción compartida) o delirio es preciso someter esta materia psicopatológica a procesos reconstructivos capaces de incluir toda la información subsignificante que los conceptos de alucinación o delirio dejan fuera. Y es que la psicopatología de la vivencia del cuerpo tiende a resistirse a mecanismos de identificación sintomática más sencillos, como expusimos brevemente en otro lugar⁶. En el caso del delirio por infestación podemos explicar su complejidad atendiendo al componente cognitivo de la percepción, que resulta hipertrofiado conduciendo a un delirio secundario que progresivamente se va estructurando con las interpretaciones delirantes que la paciente presentada realiza del entorno y en relación con la temática delirante, siguiendo esta explicación el punto de vista sensorialista. Por extensión podríamos explicar los fenómenos alucinatorios auditivos y táctiles del trastorno por ideas delirantes persistentes, aceptados en las clasificaciones diagnósticas actuales como interpretaciones delirantes de fenómenos habituales de los sentidos. Otra opción es considerar este estado como fundamentalmente de origen delirante, es decir, hacerlo independiente de la presencia de alucinaciones primarias táctiles, posición tomada por la psiquiatría británica.

El delirio de parasitosis supone un cruce entre delirio y alucinación sobre un terreno de exploración difícil, los fenómenos de la corporalidad, que pone en evidencia lo borroso de los límites entre ambos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gelder MG, López-Ibor JJ Jr, Andreasen N. Tratado de psiquiatría (I). Barcelona: Psiquiatría Editores, 2003.
2. Trabert W. 100 years of delusional parasitosis: meta-analysis of 1,223 case reports. *Psychopathology* 1995;28:238-46.
3. TM Reilly. Delusional Infestation. *Br J Psychiatry* 1988;153(Suppl.): 44-6.
4. Morris M. Delusional infestation. *Br J Psychiatry* 1991;159 (Suppl. 14):83-7.
5. Berrios GE. Tactile hallucinations: conceptual and historical aspects. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1982;45:285-93.
6. Rejón Altable C, Rodríguez Urrutia A. Koro-misidentification syndrome in schizophrenia? A plea for clinical psychopathology. *Psychopathology* 2004;37:249-52.
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
8. ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. World Health Organization, 1994.