

IX Curso de actualización

Psiquiatría

2025



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Delirio de infestación

Sara Melissa García C.

Médico - residente de psiquiatría
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.



Historia y definición

En la literatura se han utilizado diversos términos para referirse al delirio de infestación o “parasitosis delirante”. Thibierge (1894) describió como “acarófobos” a los pacientes que habían desarrollado un miedo fóbico a la sarna después de haberla padecido o haber estado en contacto con un individuo afectado. Perrin (1896) acuñó el término “neurodermatitis parasitofóbica” para referirse al miedo intenso a tener parásitos viviendo bajo la piel, en su análisis psicopatológico describió que el núcleo “fóbico” de la enfermedad era menos importante que su núcleo “obsesivo” o “delirante”(1).

Otros nombres con los que se conoce son dermatofobia, neurodermatitis parasitofóbica, parasitofobia o entomofobia; ahora también conocido como síndrome de Ekbohm, debido a los casos reportados en 1938 por el neurólogo sueco Karl-Axel Ekbohm (2).

El delirio de infestación es un trastorno delirante en el que el paciente experimenta una creencia falsa, fija e inquebrantable de que está infestado por un parásito, gusano, ácaro, bacteria, hongo u otro tipo de organismo vivo. A pesar de todas las pruebas de lo contrario, el paciente tiene la firme convicción de que está infestado. En ocasiones se acompaña de alucinaciones visuales que suelen ser menos prominentes que el delirio (3).

Etiología

Puede ser de presentación primaria o monosintomática, donde el delirio es el único síntoma psicótico, los síntomas son persistentes y duraderos, no están acompañados por otros síntomas psiquiátricos, no hay deterioro cognitivo y no hay patología orgánica identificable.

En el caso de formas secundarias, puede clasificarse como “funcional” cuando sucede en el contexto de otros trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, la depresión psicótica, las psicosis afectivas o el trastorno obsesivo-compulsivo; y se considera “orgánica” cuando es secundario a causas médicas (4):

- Hipertiroidismo, deficiencias de vitamina B12 y folato, neuropatía y diabetes.
- Afecciones neurológicas como demencia, accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, encefalitis y meningitis.

- Abuso de sustancias, incluido el consumo de metanfetamina, la abstinencia de alcohol y el consumo agudo de cocaína.
- Causas infecciosas como el VIH, la tuberculosis y la sífilis.
- Efectos secundarios de medicamentos como topiramato, ciprofloxacino, amantadina, esteroides, ketoconazol y fenelzina.

Adicionalmente, encontramos factores de riesgo o predisponentes que aumentan la vulnerabilidad del individuo a desarrollar delirios de infestación, los factores precipitantes como eventos o condiciones que desencadenan la aparición del cuadro delirante y los factores perpetuadores que mantienen o agravan los delirios una vez instaurados.

- Factores de riesgo o predisponentes:
 - Sexo femenino.
 - Edad avanzada.
 - Afecciones cutáneas previas (eczema, dermatitis, prurito crónico) que favorecen la focalización somática.
 - Alta sensibilidad cutánea o hipersensibilidad somática.
 - Déficits sensoriales (auditivos o visuales) que alteran la percepción corporal.
 - Lesiones o atrofia cerebral en regiones implicadas en percepción, control visoespacial y autoconciencia, como el cuerpo estriado, la ínsula y el córtex parietal posterior.
 - Rasgos obsesivos o perfeccionistas, especialmente relacionados con la limpieza o la contaminación.
 - Alta sensibilidad interpersonal y tendencia a la preocupación o rumiación ansiosa.
 - Sesgos cognitivos (atribucionales, atencionales, de razonamiento y monitoreo de fuentes) que predisponen a interpretaciones erróneas de experiencias somáticas.
 - Historia familiar de trastornos psiquiátricos.
 - Tener un familiar con trastorno de infestación.
- Factores precipitantes:
 - Estrés agudo o eventos vitales negativos, como divorcio, duelo o pérdidas recientes.
 - Condiciones laborales estresantes, desempleo o jubilación.
 - Eventos traumáticos.

- Insomnio.
 - Viaje a destinos tropicales o dormir en sábanas sucias o utilizar ropa prestada.
 - Experiencias previas de infestación real, como picaduras de insectos o escabiosis.
 - Episodios previos de psicosis, depresión o abuso de sustancias.
 - Aislamiento social o redes de apoyo limitadas.
 - Baja estimulación ambiental en adultos mayores o personas jubiladas.
- Factores perpetuadores:
 - Consultas médicas a repetición en búsqueda de confirmación o tratamiento de la infestación.
 - Búsqueda compulsiva de evidencia, incluyendo la recolección de “muestras” corporales o ambientales.
 - Complicidad o validación del delirio por parte de familiares o cuidadores, que refuerzan la creencia errónea.
 - Pérdida de vínculos sociales y falta de confrontación de la creencia delirante.
 - Infecciones cutáneas secundarias, excoriaciones o irritaciones derivadas de conductas de rascado o uso de remedios caseros, que retroalimentan la sensación de infestación.

Epidemiología

Los delirios de infestación son relativamente poco comunes. Los psiquiatras y dermatólogos rara vez ven el trastorno, ya que los pacientes no creen que sus síntomas sean un delirio, sino que se basan en la realidad, por lo que es frecuente que consulten con entomólogos, médicos expertos en medicina tropical, parasitólogos, etc.

Las tasas de incidencia van desde 1,9 a 27,3 casos por año por cada 100.000 personas (5). La edad promedio del paciente en el momento del diagnóstico es entre 57 y 61,4 años de edad, lo que sugiere una mayor prevalencia con el aumento de la edad. Algunos estudios encontraron una mayor incidencia en mujeres que en hombres, pero esta prevalencia de género no apareció en otras investigaciones (6). La infestación delirante a menudo se presenta como *folie à deux* (o delirio compartido), el cual se presume que ocurre en un 8 a 49 % de los casos (7).

Fisiopatología

La fisiopatología de los delirios de parasitosis aún no se comprende con claridad. Se ha propuesto, como posible explicación, un incremento de la dopamina extracelular en el cuerpo estriado, asociado a una reducción en la función de los transportadores de dopamina, encargados de su recaptación. Este desequilibrio dopaminérgico podría contribuir a la aparición de los síntomas, hipótesis que se ve respaldada por la mejoría observada en los pacientes tratados con fármacos antagonistas de la dopamina (8).

Características clínicas

Suele afectar con mayor frecuencia a mujeres de edad media o avanzada, a menudo meticulosas, escrupulosamente limpias y con miedo intenso a la suciedad o contaminación (7).

Los pacientes frecuentemente identifican el origen de la infestación en personas cercanas (familiares, vecinos), mascotas o animales, plantas o elementos del hogar. Dentro de los sitios corporales más afectados incluyen piel de manos, brazos, pies, piernas, cuero cabelludo, espalda, senos y genitales, así como también orificios corporales dados por nariz, boca, oídos, ano, uretra y tubo digestivo (7).

Es frecuente encontrar síntomas físicos como prurito intenso (el cual es el motivo principal de consulta en casi la mitad de los casos) o sensaciones táctiles anómalas descritas como picazón, pinchazos, ardor o sensación de movimiento bajo la piel (lo que se conoce como formicación).

Debido a las sensaciones táctiles suelen aparecer lesiones cutáneas tipo excoriaciones, ulceraciones y erosiones secundarias a rascado, frotamiento o uso de instrumentos (pinzas, cuchillos, agujas) para extraer el microorganismo, de aquí las descripciones clásicas del “signo de la caja de cerillas”, que consistía en que los pacientes llevaban al médico materiales que consideraban evidencia del agente infestante, con restos de piel, cabellos, fibras, polvo u otros fragmentos, cuidadosamente guardados en una caja de fósforos; no obstante, ahora se conoce también con el nombre de “signo del espécimen” porque en la actualidad se evidencian otros recipientes recolectores (cajas, frascos, citotóxicos, bolsas, etc.). Este signo, se considera casi patognomónico del delirio de infestación y se presenta hasta en el 50-80 % de los casos. Algunos casos reportan autolesiones graves, como



escarificación de la córnea o la uretra. Al realizar biopsias cutáneas en general se observa inflamación inespecífica, dermatitis o ulceración sin evidencia parasitaria (7).

También son frecuentes los intentos repetidos de remover el parásito mediante baños excesivos o aplicación de productos agresivos, como remedios caseros o tóxicos, tipo aceites esenciales (árbol de té, cedro), pesticidas o desinfectantes domésticos. Además, en casos muy graves, pueden recurrir a la destrucción o eliminación de pertenencias por creerlas contaminadas, realizar mudanzas frecuentes o abandonar su hogar para escapar de la supuesta infestación, además tienden a aislarse de otros familiares por considerar que pueden infectarlos.

Dentro de los síntomas psicológicos los pacientes presentan marcados síntomas de ansiedad, desesperación e irritabilidad, debido a la falta de validación médica y la frustración por los síntomas persistentes, es frecuente el ánimo deprimido o síntomas depresivos leves a moderados.

Curso y pronóstico

El curso clínico del delirio de infestación puede manifestarse de forma episódica, recurrente o crónica. Se ha observado que una mayor duración del cuadro sin tratamiento se asocia con peor respuesta terapéutica. No obstante, desde la introducción de los antipsicóticos, las tasas de remisión completa han mejorado significativamente, pasando de 33,9 % a 51,9 %.

Los pacientes suelen percibir su condición como altamente incapacitante, atribuyendo dicha limitación directamente a la infestación que experimentan. Además, diversos estudios han documentado elevados niveles de ansiedad y depresión, preocupación intensa por la apariencia física y una marcada disminución en la calidad de vida (7).

Evaluación

La evaluación clínica del delirio de infestación debe realizarse con un enfoque integral, con una actitud empática y validando el sufrimiento del paciente, el profesional debe mantener una postura neutral, y evitar confrontar directamente la creencia delirante (3).

1. Historia clínica detallada: debe indagarse el inicio,

evolución y características de los síntomas, así como los estudios previos negativos que el paciente haya realizado. Es fundamental registrar las descripciones subjetivas del malestar y las estrategias que ha empleado para aliviarlo.

- 2.** Descartar patologías orgánicas: la primera fase de la evaluación debe orientarse a excluir una causa infecciosa o parasitaria real antes de asumir un origen psicótico.
- 3.** Antecedentes epidemiológicos: se deben revisar viajes recientes, contacto con personas o animales con síntomas similares, y presencia de mascotas o infestaciones reales en el entorno del paciente.
- 4.** Realizar estudios de laboratorios complementarios según la etiología que se sospeche: incluir hemograma completo, prestando especial atención a la eosinofilia, que podría sugerir una infección parasitaria, exámenes de función tiroidea, niveles de vitaminas y pruebas serológicas para VIH, sífilis.
- 5.** Evaluación de causas secundarias: considerar trastornos endocrinos, neurológicos o metabólicos que puedan explicar la sintomatología.
- 6.** Interconsulta dermatológica: resulta útil tanto para descartar patología cutánea real como para fortalecer la alianza terapéutica, mostrando al paciente que sus quejas son tomadas en serio.

Tratamiento

El tratamiento de primera línea para el delirio de infestación primario consiste en antipsicóticos de segunda generación en dosis más bajas, para minimizar los efectos secundarios y considerando que la mayoría de la población será adulto mayor. Si los pacientes tienen una recaída de los síntomas después de suspender la medicación antipsicótica, deben reiniciar la terapia.

En el caso del delirio de infestación secundario, se deberá instaurar tratamiento para el trastorno psiquiátrico de base o para la causa médica subyacente y adicionar antipsicótico. Los antipsicóticos pueden presentarse al paciente como una opción para disminuir la angustia, el prurito o las sensaciones cutáneas molestas, evitando asociarlos directamente con el tratamiento de una “psicosis” o “esquizofrenia”, lo cual puede mejorar la adherencia terapéutica.

Los antipsicóticos de segunda generación recomendados incluyen de primera línea la risperidona, seguido de quetiapina, olanzapina, aripiprazol y amisulprida, con las dosis que se

pueden apreciar en la **Tabla 1**.

Otra estrategia importante es la psicoterapia, más específicamente la terapia cognitivo conductual para el trastorno delirante, la cual se ha asociado con una reducción de la convicción, la preocupación y la angustia asociadas con

las creencias delirantes, así como con una menor probabilidad de actuar en función de la creencia. Las intervenciones básicas pueden incluir el desarrollo de la tolerancia a la angustia y las habilidades de afrontamiento para ayudar al paciente a calmarse por sí mismo o disminuir el pánico y la preocupación causados por su infestación percibida (9).

Tabla 1. Medicamentos recomendados en delirio de infestación

Medicamento	Rango de dosis diaria (mg/día)	Dosis más utilizada (mg/día)
Risperidona	1 – 8	(0.5 – 3)
Olanzapina	5 – 10	(2.5 – 10)
Aripiprazol	15 – 30	(5 – 15)
Quetiapina	200 – 600	(50 – 300)
Amisulprida	200 – 400	—

Bibliografía

1. Berrios GE. Delusional parasitosis and physical disease. *Compr Psychiatry*. septiembre de 1985;26(5):395-403.
2. Stephens MB. Delusions of parasitosis. *Am Fam Physician*. diciembre de 1999;60(9):2507-8.
3. Ansari MN, Bragg BN. Delusions of Parasitosis. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 11 de octubre de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541021/>
4. Reich A, Kwiatkowska D, Pacan P. Delusions of Parasitosis: An Update. *Dermatol Ther*. diciembre de 2019;9(4):631-8.
5. Bailey CH, Andersen LK, Lowe GC, Pittelkow MR, Bostwick JM, Davis MDP. A population-based study of the incidence of delusional infestation in Olmsted County, Minnesota, 1976-2010. *Br J Dermatol*. mayo de 2014;170(5):1130-5.
6. Kohorst JJ, Bailey CH, Andersen LK, Pittelkow MR, Davis MDP. Prevalence of Delusional Infestation—A Population-Based Study. *JAMA Dermatol*. 1 de mayo de 2018;154(5):615.
7. Oyeboode F. *Psychopathology of Rare and Unusual Syndromes* [Internet]. 1.a ed. Cambridge University Press; 2021 [citado 11 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/product/identifler/9781108591652/type/book>
8. Huber M, Kirchler E, Karner M, Pycha R. Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology? *Med Hypotheses*. enero de 2007;68(6):1351-8.
9. Coetzee S, Mahajan C, França K. The Diagnostic Workup, Screening, and Treatment Approaches for Patients with Delusional Infestation. *Dermatol Ther*. diciembre de 2023;13(12):2993-3006.