

Delírio de Infestação: Um Sintoma ou uma Doença?

Delusional Infestation: A Symptom or a Disease?

Ricardo Teixeira**✉, Célia Soares*, Daniela Vilaverde*, Liliana Silva*, Joana Mesquita*, Pedro Morgado**

RESUMO

Introdução: O delírio de infestação (DI) é caracterizado pela crença persistente de infestação por organismos vivos ou inanimados na ausência de qualquer evidência clínica e/ou microbiológica nesse sentido.

Objetivos: Descrever quatro casos clínicos de DI e discutir o enquadramento nosológico do DI.

Métodos: Relato de quatro casos clínicos de DI observados no Hospital de Braga entre 2010 e 2015 e análise não-sistemática da literatura baseada na base de dados MEDLINE.

Resultados e Conclusões: A nosologia e a classificação do DI são controversas na literatura e para isso contribuiu o facto de nunca se ter estabelecido como entidade clínica independente nos principais manuais de classificação. A diferenciação entre um DI primário e independente e um DI secundário, que surge como sintoma de uma outra condição médica, exige uma avaliação cuidadosa, existindo múltiplas patologias médicas às quais foram associados casos de DI.

Palavras-Chave: Delírio de Infestação; Classificação.

ABSTRACT

Background: *Delusional infestation (DI) is a patient's fixed believe of infestation with living or non-living organisms, although there is no medical or microbiological evidence for that.*

Aims: *Report four cases of DI and review the nosology of this entity.*

Methods: *Description of four clinical cases admitted in Braga Hospital between 2010 and 2015, and non-systematic literature analysis based on MEDLINE data.*

Results and Conclusions: *The nosology and classification of DI have been controversial since its first description. The distinction between primary and secondary DI is not easy, and there are several medical conditions, which have been associated with cases of DI.*

Key-Words: *Delusional Parasitosis; Classification.*

INTRODUÇÃO

A primeira descrição médica detalhada do delírio de infestação foi realizada em 1894 pelo dermatologista francês *George Thibierge* que

*Serviço de Psiquiatria, Hospital de Braga ✉ ricardoribeiro1988@gmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0002-1718-741X>

** Serviço de Psiquiatria, Hospital de Braga, e ICVS/3Bs – PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal.

Recebido / Received: 07/10/2017 • Aceite / Accepted: 29/01/2018.

apelidou esta entidade clínica de “*lesacaro-phobes*”. Desde então, os termos utilizados para a designar têm sido variados, desde “síndrome de Ekbohm” devido ao trabalho do neurologista Sueco *Karl-Axel-Ekbohm*, até “delírio de parasitose” introduzido por *Wilson and Miller* em 1946, e mais recentemente “delírio de infestação”, recomendado como sendo o termo mais adequado por *Freudenmann* e *Lepping* em 2009¹.

A própria definição desta entidade tem evoluído à medida que o conteúdo do delírio se foi tornando mais complexo, desde pequenos animais como insetos ou aracnídeos, até agentes microscópios como bactérias e vírus, e mais tarde agentes inanimados como fibras que atingiu o apogeu em 2002 através do fenómeno *Morgellons*^{2,3}.

Atualmente o delírio de infestação (DI) é definido pela crença persistente de infestação por organismos vivos ou inanimados na ausência de qualquer evidência clínica e/ou microbiológica nesse sentido¹. Embora o número de casos descritos na literatura continue a aumentar, o DI é uma condição clínica rara, cuja prevalência se encontra subestimada. Uma das explicações é a procura de vários médicos (sobretudo dermatologistas) para identificar os parasitas, tendo os doentes grande relutância em aceitar a sua situação como uma condição psiquiátrica^{4,5}. A prevalência média nas instituições ou hospitais varia entre 0.6 a 20 casos/ano de acordo com a literatura^{6,7}.

A nosologia e a classificação do DI não é consensual na literatura desde logo por não se encontrar definida enquanto entidade clínica independente nos principais sistemas de clas-

sificação psiquiátrica, CID-10 e DSM-5. Enquanto alguns autores veem o DI como uma perturbação psiquiátrica isolada, constituída por um ou mais sintomas, enquadrada no DSM-5 como “perturbação delirante do tipo somático”, outros autores veem o DI como um sintoma ou conjunto de sintomas secundário a outra condição clínica, enquadrando-o como uma “perturbação psiquiátrica devida a outra condição médica” ou “perturbação psicótica induzida por substância/medicamento” no DSM-5⁸. Esta distinção corresponde respetivamente a DI primário e DI secundário proposto por *Gannere Lorenzi*¹. A pertinência da diferenciação entre o DI como uma condição clínica independente ou como resultado de uma outra condição clínica é essencial para se compreender de forma mais precisa a sua patogenia, evolução e tratamento.

O presente trabalho tem como objetivo discutir o enquadramento nosológico do DI com base na apresentação e discussão de uma série de quatro casos clínicos, observados no serviço de psiquiatria do Hospital de Braga entre 2010 e 2015, e cujas características se encontram resumidas no Quadro I (página seguinte).

CASO CLÍNICO 1

Género feminino, 62 anos, com história médica de atraso mental congénito, e hipertensão arterial essencial. Desenvolve quadro caracterizado por alucinações visuais e tácteis, de “bichos” que caminhavam por cima da sua cabeça e dos seus membros. A doente relatava que todas as noites era acordada com sensação de picadas. De forma a resolver a sua situação levou ao médico um guardanapo que ela acreditava estar repleto de “bichos” para analisar.

Quadro I. Dados demográficos e características clínicas dos pacientes com delírio de infestação.

Caso	Gênero	Idade	Co-morbilidades	Tipo de infestação	Tratamento (dose/dia)	Duração tratamento até remissão (dias)
1	F	61	Atraso mental congênito; hipertensão arterial essencial; diabetes mellitus tipo II;	“Bichos”;	Pimozide (SD)	40
2	F	50	Adenocarcinoma da mama;	Mosquitos;	Pimozide (4 mg/dia)	42
3	M	68	Refluxo gastroesofágico; asma; hipertensão arterial essencial; trombocitose idiopática;	Ácaros; mosquitos; fungos;	Haloperidol (4mg/dia)	21
4	F	65	Hipertensão arterial essencial; dislipidemia;	Ácaros e outros microrganismos	Olanzapina (10mg/dia)	23

F – feminino; M – masculino; SD – sem dados

Foram realizados exames de imagem e analíticos, tendo sido diagnosticada diabetes mellitus tipo II. A paciente foi tratada com pimozide, gliclazida e metformina. Quarenta dias mais tarde a doente apresentava uma clara diminuição das ideias delirantes e uma glicose em jejum de 112 mg/dl.

CASO CLÍNICO 2

Gênero feminino, 50 anos, divorciada, com dois filhos e desempregada. Sem antecedentes psiquiátricos e com história médico-cirúrgica recente de mastectomia esquerda total por neoplasia da mama. Recorreu ao médico alegando ver mosquitos a sair da sutura da mama, receando que estes mosquitos fizessem mal aos filhos. Apresentava alucinações tácteis. Após exclusão de outras patologias e de abuso de substâncias a paciente foi medicada com 4mg/dia de pimozide com boa tolerância

e remissão sintomática total ao fim de seis semanas de tratamento.

CASO CLÍNICO 3

Gênero masculino, 68 anos, casado, dois filhos. Reformado. Sem antecedentes psiquiátricos, e com história médica de adenocarcinoma prostático tratado, refluxo gastroesofágico, asma, hipertensão arterial essencial, e trombocitose idiopática. Durante um ano desenvolve a crença de que estaria infestado por ácaros, mais tarde mosquitos e posteriormente fungos. Nesse período, isolou-se socialmente, dedicou grande parte do seu dia à limpeza, desinfestação da roupa e da casa, chegando a ameaçar a esposa de morte se esta não ajudasse na limpeza. Tinha ainda alucinações táteis. Recorreu várias vezes ao médico, optando por fazer os tratamentos dermatológicos e abandonando a medicação psiquiátrica. Mais tarde

foi internado, realizou estudo imagiológico e analítico que não detetou achados relevantes. Iniciou haloperidol 4 mg/dia e ao fim de 21 dias teve alta com remissão parcial do delírio de infestação.

CASO CLÍNICO 4

Género feminino, 65 anos, viúva há treze anos, reformada e a viver com um filho. Com co-morbilidades médicas: dislipidemia e hipertensão arterial essencial. Doente inicia em 2013 quadro caracterizado pela crença que microrganismos como ácaros e outros “bichos” infestavam o seu corpo, a sua roupa e a sua casa. Realizou várias desinfestações em casa. Recorreu várias vezes aos médicos, e iniciou pela primeira vez acompanhamento psiquiátrico em consulta externa. Em 2015 é observada em contexto de serviço de urgência no Hospital de Braga, com ideação delirante de infestação, acompanhado de alucinações táteis. Não foi observada outra psicopatologia de relevo. Esteve internada durante 23 dias, sendo tratada com olanzapina, 10 mg/dia com remissão completa do delírio.

DISCUSSÃO

Os casos apresentados descrevem doentes diagnosticados com DI no Hospital de Braga que apresentam concomitantemente outras patologias. A relação de causa/efeito entre as co-morbilidades e o DI é essencial para a nosologia, permitindo a diferenciação entre um DI primário e independente, e um DI secundário que surge como sintoma de uma outra condição médica. O estabelecimento desta distinção não é simples, existindo múltiplas patologias

médicas às quais foram associados casos de DI: doenças neurológicas, infecciosas, imunológicas, endócrinas, hepáticas, renais e oncológicas, défices vitamínicos e uso ou abuso de drogas lícitas ou ilícitas^{1,9,10}.

Na literatura, os dados estatísticos variam consideravelmente no que concerne à frequência relativa de DI primários e secundários. Contudo, parece claro que DI secundário é mais frequente que o DI primário¹.

Em todos os casos clínicos observados, não existem antecedentes psiquiátricos de relevo, sendo que não é possível o estabelecimento de uma relação de causalidade óbvia entre as co-morbilidades existentes e o DI desenvolvido. Existe uma possível associação de causalidade no que concerne aos casos clínicos 1 e 2, pela relação temporal existente entre as co-morbilidades médicas detetadas (diabetes mellitus tipo II e adenocarcinoma da mama) e o DI descrito. A relação estabelecida é sobretudo uma relação de associação tendo em conta o surgimento concomitante da ideação delirante. Nos casos clínicos 3 e 4 aparentemente o DI surge como uma perturbação clínica independente e isolada sem relação aparente com as co-morbilidades médicas dos doentes. No entanto, há que ter em consideração a possibilidade no acompanhamento a longo prazo destes doentes, da realização do diagnóstico de uma condição clínica até então incipiente que permita estabelecer nexo causal com o DI.

Assim, torna-se necessária uma avaliação cuidadosa no momento do diagnóstico, para pesquisa de perturbações orgânicas associadas, através de uma avaliação analítica (hemograma, urina tipo II, função hepática, função tiroideia, função iónica, função renal, glicemia,

níveis séricos de vitamina B12 e ácido fólico) ou imagiológica (TC cerebral), adequadas¹¹. Na abordagem terapêutica existem dois fatores primordiais a ter em conta: o estabelecimento de uma relação terapêutica forte e de confiança e a escolha de um fármaco antipsicótico adequado¹². O primeiro fator é essencial para o tratamento, uma vez que frequentemente estes pacientes apresentam grande relutância em aceitar que sofrem de uma doença psiquiátrica¹², recusando e abandonando a terapêutica proposta, como aconteceu com o caso clínico³. Após o estabelecimento de uma aliança terapêutica, o tratamento farmacológico torna-se essencial. Até há pouco tempo atrás para muitos autores a primeira escolha era o pimozide¹³, no entanto atualmente já não é recomendado como o tratamento de escolha uma vez que se verifica uma elevada frequência de efeitos adversos e não foi demonstrada superioridade relativamente a outros antipsicóticos mais seguros^{1,14}. Normalmente o tratamento é prologando por algumas semanas, no caso de se tratar de DI primário é frequente a necessidade de maior tempo de tratamento, sendo que no DI secundário a sua remissão depende do tratamento das condições clínicas associadas¹.

CONCLUSÃO

Este artigo pretende expor as características de quatro casos observados no Hospital de Braga, gerando a discussão em torno da abordagem nosológica do delírio de infestação, sintoma *vs.* doença. Parece inequívoca a limitação dos manuais de classificação atuais na clareza diagnóstica desta perturbação.

A subdivisão do DI em primário e secundário visa o estabelecimento de uma relação etiológica, que na prática clínica por vezes é difícil de conceber pela multiplicidade de comorbilidades associadas a possíveis causas desta perturbação. Os casos clínicos relatados mostram precisamente esta dificuldade. Desta forma, será que podemos olhar para o DI primário como uma perturbação independente ou como o início de alguma doença ainda incipiente? Serão as investigações através de exames complementares de diagnóstico suficientes para se detetar possíveis nexos causais com o DI? Os casos de DI de origem primária devem ser individualizados nos manuais de diagnóstico de forma independente e alvo de investigação diferenciada?

Estas são algumas das perguntas para as quais ainda não existe resposta, mas que a investigação clínica e o relato de casos de DI poderão ajudar a responder, contribuindo diretamente para uma gestão terapêutica mais eficaz e, consequentemente, uma melhor e mais rápida recuperação clínica.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / References

1. Freudenmann RW, Lepping P. Delusional Infestation. *ClinMicrobiol Rev.* 2009;22(4):690-732.
2. Hylwa, SA, Foster AA, Bury JE, Davis MD, Pittekkow MR, Bostwick JM. Delusional infestation is typically comorbid with other psychiatric diagnoses: review of 54 patients receiving psychiatric evaluation at Mayo Clinic. *Psychosomatics.* 2012;53(3):258-265.
3. Pearson ML, Selby JV, Katz KA, Cantrell V, Braden CR, Parise ME et al. Clinical, Epidemiologic, Histopathologic and Molecular Features of an Unexplained Dermopathy. *PLoS ONE.* 2012;7(1):e29908.
4. Suh KN, Jay SK. Delusional Infestation: Epidemiology, clinical presentation, assessment and diagnosis. *UpToDate.* 2018
5. Nicolato R. et al. Ekbom's Syndrome in a Aged Women. *Casos Clínicos Psiquiatria.* 1999. 1(1):24-26.
6. Aw DC, Thong JY, Chan HL. Delusional Parasitosis: Case Series of 8 Patients and Review of the Literature. *AnnAcad Med Singapore.* 2004;33(1):89-94.
7. Bak R, Tumu P, Hui C, Kay D, Burnett J, Peng D. A review of delusions of parasitosis, part 1: presentation and diagnosis. *Cutis.* 2008;82(2):123-130.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fifth edition.. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
9. Melton LJ 3rd. *History of the Rochester Epidemiology Project.* Mayo Clin Proc. 1996;71(3):266-274.
10. Gill CJ, Hamer DH. "Doc, there's a worm in my stool": Munchausen parasitosis in a returning traveler. *J Travel Med.* 2002;9(6):330-332.
11. Alves CJ, Martelli AC, Fogagnolo L, Nassif PW. Secondary Ekbom Syndrome to organic disorder: report of three cases. *An Bras Dermatol.* 2010;85(4):541-544.
12. Heller MM, Wong JW, Lee ES, Ladizinski B, Grau M, Howard JL et al. Delusional Infestations: clinical presentation, diagnosis and treatment. *Int J Dermatol.* 2013;52(7):775-783.
13. Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis manifesting as delusions of parasitosis. A description of four cases successfully treated with pimozide. *Arch Dermatol.* 1978;114(6):940-943.
14. Stahl, SM. *Essential psychopharmacology: The Prescriber's Guide.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2006.