

Delirio de infestación por metanfetaminas

Methamphetamine-induced delusional infestation.

Juan Gabriel Barrientos-García

Resumen

El paciente con delirio de infestación está totalmente convencido de estar infestado de organismos vivos o agentes inanimados a pesar de tener evidencia médica de lo contrario. Afecta más comúnmente a mujeres en la quinta a sexta décadas de la vida. El delirio de infestación se clasifica como primario o secundario a trastornos psiquiátricos, enfermedades sistémicas, consumo de medicamentos o drogas ilícitas. Se ha reportado que algunas sustancias ilícitas, principalmente cocaína y metanfetaminas, inducen delirio de infestación. Se comunica un caso de delirio de infestación asociado con el consumo crónico de metanfetaminas que remitió con dosis bajas de risperidona.

PALABRAS CLAVE: Delirio, delusión parasitaria; metanfetaminas; risperidona.

Abstract

The patient with delirium of infestation is totally convinced of being infested with living organisms or inanimate agents despite having medical evidence to the contrary. It occurs most commonly in women from the fifth to sixth decades of life. Delirium of infestation is classified as primary or secondary to psychiatric disorders, systemic diseases, medications or illicit drugs. It has been reported illicit substances that induce a delirium infestation, mainly cocaine and methamphetamines. We present a case of delirium infestation associated with the chronic consumption of methamphetamines that remitted with low doses of risperidone.

KEYWORDS: Delirium; Delusional parasitosis; Methamphetamines; Risperidone.

Dermatólogo adscrito al Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Zapopan, Jalisco, México.

Recibido: marzo 2019

Aceptado: mayo 2019

Correspondencia

Juan Gabriel Barrientos García
gabrielbgdermatologia@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Barrientos-García JG. Delirio de infestación por metanfetaminas. Dermatol Rev Mex. 2019 julio-agosto;63(4):422-425.

ANTECEDENTES

Los pacientes con delirio de infestación están convencidos de que su cuerpo está infestado de organismos vivos o inanimados.¹

Es una afección psiquiátrica poco común en la que existe la falsa creencia de estar infestado a pesar de tener evidencia médica de lo contrario.² Se clasifica como un trastorno delusional de tipo somático en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición (DSM-5).³

El delirio de infestación se manifiesta como trastorno primario o secundario a enfermedades psiquiátricas, metabólicas, neurológicas, endocrinológicas, asociado con consumo de medicamentos y de drogas ilícitas, como cocaína y metanfetaminas.^{3,4}

Se comunica un caso de delirio de infestación relacionado con el consumo crónico de metanfetaminas que remitió con dosis bajas del antipsicótico risperidona.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 44 años de edad, soltero, conductor de camiones de carga, originario y residente de Guadalajara, Jalisco, sin antecedentes familiares de importancia. Refirió consumir metanfetaminas desde hacía tres años, una o dos veces por semana en forma de tabletas, la última vez hacía cuatro meses.

Inició su padecimiento seis meses previos a su visita refiriendo infestación de gusanos en todo su cuerpo. Mencionó que los observaba en su piel, entrando y saliendo de los conductos auriculares, orificios nasales y boca. Refirió que “mordían y caminaban sobre su piel” y “se introducían por sus poros”. Estas sensaciones fueron empeorando progresivamente. El paciente retiró los gusanos con sus uñas y con pinzas, además

de utilizar productos de limpieza para su eliminación. Fue visto por varios médicos quienes prescribieron antibióticos tópicos y sistémicos, antiparasitarios y antimicóticos sistémicos sin mejoría. Le habían sugerido acudir a Psiquiatría, lo que rechazó. Acudió con un recipiente de plástico donde coleccionó “los restos de gusanos que había retirado de su cuerpo”.

A la exploración dermatológica se observaron en la cara, el tronco, las extremidades superiores y los glúteos huellas de rascado, manchas hiperpigmentadas, excoriaciones, costras hemáticas y placas liquenificadas (**Figura 1**). En el resto de la exploración general no había datos patológicos. Estaba orientado, con memoria conservada, refería realizar sus actividades diarias



Figura 1. Paciente con excoriaciones en la cara.

sin complicaciones, aunque se refería ansioso con dificultad para dormir, poca concentración y preocupación de contagiar a sus familiares. El inicio de los síntomas no los relacionó con eventos estresantes, aunque dudó al comentarle la posibilidad de la asociación con el consumo de metanfetaminas.

Después de una exploración dermatológica completa, procedimos a evaluar el recipiente traído por el paciente (**Figura 2**), que se envió al Departamento de Micología y se solicitaron exámenes generales. Esto ayudó a crear un ambiente de confianza con el paciente, mientras tanto, sin aceptar ni desafiar la idea delirante, se ofrecieron medidas generales, como emolientes, antiparasitarios como permetrina o ivermectina, remarcando que “aunque no observamos parásitos en este momento” estos medicamentos ayudarían a disminuirlos en caso de aún existir.

A la segunda visita sugerimos iniciar con risperidona, comentando que el fármaco disminuiría las sensaciones extrañas en su piel y le ayudaría a dormir. Se le informaron las indicaciones psiquiátricas de la risperidona. Iniciamos con 0.5 mg por las noches durante cinco días y luego



Figura 2. Recipiente con los supuestos “gusanos extraídos” por el paciente.

aumentamos a 1.0 mg. Acudió a las dos semanas y refirió haber mejorado entre 70 y 80%, mencionó que aún tenía las sensaciones táctiles y observaba escasos gusanos en la piel; sin embargo, ya no los observaba entrando y saliendo de sus orificios. Continuó con risperidona a dosis de 1.0 mg por las noches. No acudió a revisión por lo que nos comunicamos con el paciente por teléfono tres meses más tarde y mencionó que los síntomas desaparecieron al mes y medio de iniciar el tratamiento. No ha consumido metanfetaminas desde hacía más de siete meses. Tenía tres semanas de haber suspendido la risperidona sin referir recidiva.

DISCUSIÓN

El delirio de infestación es una afección psiquiátrica infrecuente en la que el paciente está convencido de estar infestado por una serie de organismos vivos o inanimados casi siempre referidos como gusanos, larvas, insectos o fibras que protruyen de su piel.²

Es más común en mujeres con relación 3:1, habitualmente en la quinta a sexta décadas de la vida; esta relación se iguala en pacientes menores de 30 años.³

El delirio de infestación se manifiesta como trastorno primario o secundario a un número importante de enfermedades psiquiátricas, como depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar, enfermedades sistémicas, como hipotiroidismo, lupus eritematoso sistémico, enfermedades cerebrovasculares, tumores cerebrales; asimismo, se ha relacionado con el consumo de medicamentos como ciprofloxacina, claritromicina, metilfenidato y drogas ilícitas, como cocaína y metanfetaminas.⁵⁻⁸

Después de una evaluación clínica completa se realiza la evaluación microbiológica del material que nos presenten, así como exámenes

generales (según el escenario clínico), como biometría hemática, electrólitos, pruebas de función hepática y renal, hormona estimulante de la tiroides, examen general de orina, y opcionales como concentraciones de vitamina B y folato. En ciertas situaciones clínicas debe considerarse: serología para VIH, biopsia de piel, así como resonancia magnética craneal.⁹

Se han reportado sustancias ilícitas que inducen delirio de infestación, principalmente cocaína y metanfetaminas. También se ha reportado por consumo de alcohol, particularmente durante los periodos de abstinencia.⁹ Es común que los consumidores de cocaína reporten fornicación durante su consumo. Sin embargo, un pequeño grupo de pacientes manifiestan el cuadro completo de delirio de infestación y asegurarán que están infestados por parásitos.¹⁰ Las metanfetaminas se han descrito como causantes de estos síntomas.^{7,11}

La metanfetamina es un estimulante del sistema nervioso, actúa en las vías dopaminérgicas bloqueando la recaptación de la dopamina (similar a la cocaína) y también provoca la liberación de dopamina que conduce a concentraciones altas. Los medicamentos anti-parkinsonianos que actúan en estas vías también se han relacionado con el delirio de infestación.¹²

El tratamiento incluye la suspensión de la droga. Los síntomas remitirán en algunos pacientes, pero no en todos. Se pueden agregar antipsicóticos, como risperidona, que suele causar pocos efectos adversos anticolinérgicos y la sedación que provoca al inicio se alivia después de algunos días. Se sugiere iniciar con dosis bajas de 0.5 mg por las noches e ir incrementando hasta obtener la mejoría clínica, que suele lograrse con dosis de 2 mg o menores.^{9,13}

Hay varias manifestaciones dermatológicas vinculadas con el consumo de drogas ilícitas.

El delirio de infestación se ha relacionado con el consumo de metanfetaminas. La suspensión de la droga suele ser suficiente para remitir el cuadro clínico, en los pacientes en los que persistan los síntomas la risperidona es una opción terapéutica.

REFERENCIAS

1. Foster AA, Hylwa SA, Bury JE, Davis MD, Pittelkow MR, Bostwick JM. Delusional infestation: clinical presentation in 147 patients seen at Mayo Clinic. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:673.e1-10.
2. Levin EC, Gieler U. Delusions of parasitosis. *Semin Cutan Med Surg* 2013;32(2):73-7.
3. Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzou G. Psychocutaneous disease. Clinical perspectives. *J Am Acad Dermatol* 2017;76:779-91.
4. Huber M, Lepping P, Pycha R, Karner M, Schwitzer J, Freudenmann RW. Delusional infestation, treatment outcome with antipsychotics in 17 consecutive patients (using standardized reporting criteria). *General Hospital Psychiatry* 2011;33:604-11.
5. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. *Clin Exp Dermatol* 2007;33(2):113-7.
6. Steinert T, Studemund H. Acute delusional parasitosis under treatment with ciprofloxacin. *Pharmacopsychiatry* 2006;39:159-60.
7. Stanciu CN, Penders TM, Oxentine HN. Delusional infestation following misuse of prescription stimulants. *Psychosomatics* 2015;56(2):210-2.
8. Hylwa SA, Foster AA, Bury JE, Davis MD, Pittelkow 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):258-65.
9. Lepping P, Freudenmann R, Huber M. Delusional infestation. In: Bewley A, Taylor R, Reichenberg JS, Magid M (Editors). *Practical psychodermatology*. UK: Wiley, 2014;117-26.
10. Elpern DJ. Cocaine abuse and delusions of parasitosis. *Cutis* 1988;42(4): 273-4.
11. Buscarino M, Saal J, Young JL. Delusional parasitosis in a female treated with mixed amphetamine salts: a case report and literature review. *Case Rep Psychiatry* 2012;10:1-3.
12. Flann S, Shotbolt J, Kessel B, Vekaria D, Taylor R, Bewley A. Three cases of delusional parasitosis caused by dopamine agonists. *Clin Exp Dermatol* 2010;35(7):740-2.
13. Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzou G. Psychocutaneous disease. *Pharmacotherapy and psychotherapy*. *J Am Acad Dermatol* 2017;76:795-808.