

DELÍRIO DE INFESTAÇÃO APÓS DELÍRIOS PERSECUTÓRIOS: RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE EKBOM

DELUSIONAL INFESTATION FOLLOWING PERSECUTORY DELUSIONS: A CASE REPORT OF EKBOM SYNDROME

Breno Alencar Noleto¹, Renata Vinhadeli Vasconcelos Camargo².

1. Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Afya Araguaína;

2. Professor do curso de Medicina da Faculdade Afya Araguaína.

Email: revinhadeli123@gmail.com

Eixo Temático: Saúde

RESUMO

Introdução: O delírio de infestação, também denominado síndrome de Ekbom, caracteriza-se pela crença persistente e infundada de estar infestado por organismos, podendo ocorrer como manifestação primária ou secundária a transtornos psiquiátricos, neurológicos ou outras condições clínicas. Sua ocorrência em idosos, especialmente quando associada a outros sintomas psicóticos de início tardio, constitui um desafio diagnóstico e terapêutico. **Objetivo:** Relatar um caso de delírio de infestação em paciente idosa, inserido em quadro psicótico de início tardio, destacando sua apresentação clínica, repercussões funcionais e resposta ao tratamento. **Descrição do Caso:** Paciente do sexo feminino, 77 anos, hipertensa e com diagnóstico prévio de transtorno depressivo controlado, previamente independente, apresentou evolução de aproximadamente dois anos com delírios persecutórios e alucinações auditivas de conteúdo ameaçador, associados a angústia, insônia e episódios de agressividade. Após aproximadamente 60 dias, desenvolveu novo conteúdo delirante, caracterizado pela convicção de estar infestada por parasitas na região genital, com tentativa de remoção manual dos supostos organismos, apesar da ausência de evidências objetivas de infestação ao exame físico. Foi instituído tratamento com olanzapina, escitalopram e alprazolam, observando-se melhora significativa dos sintomas psicóticos e comportamentais. **Discussão:** O caso evidencia a complexidade do delírio de infestação em idosos, particularmente quando associado a manifestações psicóticas persecutórias, ressaltando a importância do reconhecimento clínico e da investigação de possíveis causas secundárias. **Conclusão:** O reconhecimento adequado do delírio de infestação e sua inserção no contexto psicopatológico global são fundamentais para o diagnóstico e manejo terapêutico, podendo contribuir para a redução dos sintomas e recuperação funcional.

Palavras-chave: Transtornos Psicóticos; Alucinações; Psiquiatria Geriátrica.

ABSTRACT

Introduction: Delusional infestation, also known as Ekbom syndrome, is characterized by a persistent and unfounded belief of being infested by organisms and may occur as a primary manifestation or secondary to psychiatric, neurological, or other medical conditions. Its occurrence in older adults, particularly when associated with other late-onset psychotic symptoms, represents a diagnostic and therapeutic challenge. **Objective:** To report a case of delusional infestation in an older patient with late-onset psychosis, highlighting its clinical presentation, functional repercussions, and response to treatment. **Case Description:** A 77-year-old female patient, hypertensive and with a previous diagnosis of controlled depressive disorder, previously independent, presented with approximately two years of persecutory delusions and threatening auditory hallucinations, associated with distress, insomnia, and episodes of aggression. After approximately 60 days, she developed a new delusional content characterized by the conviction of being infested by parasites in the genital region, with attempts to manually remove the supposed organisms despite the absence of objective evidence of infestation on physical examination. Treatment with olanzapine, escitalopram, and alprazolam was initiated, resulting in significant improvement of psychotic and behavioral symptoms. **Discussion:** This case demonstrates the complexity of delusional infestation

in older adults, particularly when associated with persecutory psychotic manifestations, emphasizing the importance of clinical recognition and investigation of possible secondary causes. **Conclusion:** Adequate recognition of delusional infestation and its integration into the overall psychopathological context are essential for diagnosis and therapeutic management and may contribute to symptom reduction and functional recovery.

Keywords: Psychotic Disorders; Hallucinations; Geriatric Psychiatry.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Ekbom, também denominada delírio de parasitose ou infestação delirante, representa um transtorno psiquiátrico incomum caracterizado pela convicção inabalável e persistente de que o indivíduo está infectado por patógenos a despeito de todas as evidências médicas em contrário.^{1,2} O quadro pode se manifestar de forma primária, caracterizando-se como um transtorno delirante somático isolado, ou de forma secundária a outras condições psiquiátricas, neurológicas ou ao abuso de substâncias.^{1,2} Diante da ausência de comprovação microbiológica, os pacientes frequentemente perpetram atos de automutilação, como cortes, escoriações ou queimaduras, na tentativa de erradicar a fictícia infestação, gerando danos cutâneos graves e risco de superinfecção bacteriana.^{2,4}

Segundo Hauptman e colaboradores³, o transtorno acomete principalmente mulheres de meia-idade, manifestando-se frequentemente com um severo atraso diagnóstico que atinge uma média de três anos.³ De acordo com Lu et al.⁴, a prevalência estimada da doença é de 27,3 casos por 100.000 pessoas⁴, sendo que a cronicidade do quadro é impulsionada pelo fato de os pacientes evitarem os psiquiatras e preferirem buscar repetidas avaliações com dermatologistas e clínicos gerais, o que resulta no fenômeno de peregrinação médica ("doctor shopping") e perda de recursos valiosos.^{3,4}

A importância científica e educacional do estudo desta patologia reside na necessidade de capacitar os clínicos a identificar o quadro precocemente e estabelecer uma aliança terapêutica sólida com o paciente. A justificativa para a apresentação deste caso apoia-se no desafio clínico que representa a ausência de percepção da doença pelo enfermo, o qual rejeita o encaminhamento psiquiátrico devido ao estigma.^{1,2} O médico deve estar atento a indicadores semiológicos altamente específicos, como o "sinal do espécime" (ou sinal da caixa de fósforos), no qual o paciente traz pequenos recipientes contendo descamações ou fibras para tentar provar a infestação.^{1,2} O reconhecimento desse sinal e a compreensão da fisiopatologia dopaminérgica subjacente são determinantes para evitar condutas iatrogênicas e tratamentos antiparasitários desnecessários.²

O objetivo deste relato é apresentar o caso clínico de um paciente acometido pela síndrome de Ekbom, ressaltando o processo de diagnóstico diferencial e os desfechos clínicos

obtidos com o tratamento farmacológico adequado. O presente relato de caso foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado sob o CAAE nº 91565125.6.0000.0014, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente M.A.S., sexo feminino, 77 anos, hipertensa, com diagnóstico prévio de transtorno depressivo, até então controlado, apresentava-se previamente independente para as atividades de vida diária, atividades domésticas e laborais, sem prejuízos funcionais ou alterações comportamentais relevantes. Compareceu à consulta acompanhada da filha, que relatava quadro psiquiátrico de aproximadamente dois anos de evolução, marcado inicialmente pelo surgimento de ideias persecutórias progressivas, posteriormente associadas a alucinações auditivas e importante comprometimento funcional e comportamental.

O quadro teve início de forma insidiosa, após a paciente desenvolver preocupação persistente e desproporcional com a existência de um buraco localizado em sua rua, passando a dedicar atenção excessiva ao problema. Posteriormente, após a mudança de uma nova vizinha para o imóvel adjacente à sua residência, a paciente passou a interpretar a presença da vizinha como uma ameaça, desenvolvendo a convicção de que esta lhe desejava mal e seria responsável por furtos em sua residência. Com a progressão do quadro, surgiram alucinações auditivas de conteúdo persecutório e ameaçador, nas quais a paciente referia ouvir ameaças de que seria alvejada com um tiro na cabeça.

A ideiação persecutória tornou-se progressivamente mais complexa e sistematizada. A paciente passou a acreditar que qualquer pessoa que transitasse em frente à sua residência estaria comunicando à vizinha sua presença, com a finalidade de permitir que fosse localizada e posteriormente assassinada. A intensidade e a persistência das crenças delirantes repercutiram de maneira significativa sobre seu estado emocional e funcionamento familiar, evoluindo com angústia intensa, tristeza, insônia, choro frequente e episódios de agressividade verbal e física dirigidos aos familiares.

Após aproximadamente 60 dias da intensificação do quadro persecutório, observou-se o surgimento de um novo conteúdo delirante, de caráter somático-tátil. A paciente passou a relatar a sensação de que havia “bixinhos” em sua região genital, desenvolvendo a convicção de estar infestada por parasitas. Referia visualizar e retirar manualmente os supostos organismos, relatando inclusive matá-los após sua remoção, o comportamento levou à

manipulação repetitiva da região afetada. Ao exame físico, entretanto, não foram identificadas lesões dermatológicas, parasitas, escoriações ou quaisquer outros achados objetivos que sustentassem a existência de infestação.

Diante da crença persistente de infestação, mantida apesar da ausência de evidências objetivas, associada ao comportamento de remoção dos supostos parasitas, o quadro foi caracterizado como delírio de infestação (síndrome de Ekbom), manifestando-se no contexto de um transtorno psicótico de início tardio, previamente marcado por delírios persecutórios e alucinações auditivas.

Foi instituído tratamento farmacológico com olanzapina 10 mg/dia, escitalopram 10 mg/dia e alprazolam 1 mg/dia. Durante o acompanhamento, observou-se resposta clínica significativa, com redução progressiva das ideias delirantes persecutórias e do delírio de infestação, acompanhada de diminuição dos comportamentos associados, melhora do padrão de sono e redução da angústia, da labilidade emocional e dos episódios de agressividade. A evolução clínica evidenciou melhora global dos sintomas psicóticos e comportamentais após a introdução do tratamento.

DISCUSSÃO

Sob a ótica demográfica, a idade avançada e o sexo feminino da paciente alinham-se perfeitamente com o perfil de maior prevalência da doença, que acomete majoritariamente mulheres idosas de forma crônica.^{2,3,5,8} No entanto, o caso diferencia-se categoricamente da forma primária clássica da doença — que se manifesta como um transtorno somático monossintomático isolado² — para se configurar como uma infestação delirante secundária funcional.^{2,5,6} A introdução tardia do delírio de infestação genital, após dois anos de um quadro persecutório estruturado com alucinações auditivas, ilustra como a síndrome de Ekbom pode emergir de forma secundária a outras psicoses funcionais ou quadros depressivos graves, exigindo o tratamento da patologia psiquiátrica de base para obter a remissão.^{2,5,6}

Um dos aspectos mais incomuns deste relato é a localização orificial (genital) dos supostos parasitas, uma variante anatômica menos frequente descrita principalmente em pacientes senis.² Do ponto de vista diagnóstico, a ausência de lesões e a falta do clássico "sinal do espécime" (ou sinal da caixa de fósforos), no qual os pacientes trazem detritos físicos para tentar provar a infestação^{2,5,7,8}, impuseram uma dificuldade diagnóstica considerável, exigindo um exame clínico e dermatológico altamente rigoroso para descartar parasitoses reais e afastar outras dermatoses antes de confirmar a etiologia psiquiátrica.^{5,6,8}

A escolha terapêutica implementada demonstrou-se precisa e alinhada com as evidências atuais. O uso de olanzapina (10 mg/dia), um antipsicótico atípico de segunda geração, reflete a preferência contemporânea por agentes com menor perfil de efeitos extrapiramidais e toxicidade cardíaca (prolongamento do intervalo QTc) em relação aos antipsicóticos típicos tradicionais como a pimozida, o que é de suma importância em uma paciente idosa e hipertensa.^{2,5,8} A associação do escitalopram (10 mg/dia) foi fundamental para mitigar o sofrimento emocional, a insônia e os sintomas depressivos comumente secundários à doença.^{2,4,8} Embora o alprazolam tenha atuado na agitação aguda, seu uso em idosos requer monitoramento rigoroso devido ao risco de quedas e declínio cognitivo.² Por fim, o principal ensinamento clínico deste caso reside na importância do diagnóstico diferencial sindrômico e na identificação de comorbidades psiquiátricas subjacentes, demonstrando que o tratamento conjunto das patologias psiquiátricas dita o sucesso do desfecho clínico na infestação delirante secundária.^{2,5,6}

CONCLUSÃO

O caso demonstra a evolução de um quadro inicialmente marcado por ideias persecutórias, associado a alucinações auditivas e importante repercussão emocional e comportamental, seguida pelo surgimento de delírio de infestação, demonstra a diversidade dos conteúdos delirantes e o impacto significativo que esses sintomas podem exercer sobre a funcionalidade, o sono, as relações familiares e a qualidade de vida. Nesse contexto, a avaliação clínica criteriosa é fundamental para caracterizar a natureza dos sintomas, excluir causas orgânicas e estabelecer um diagnóstico adequado.

A presença de sintomas compatíveis com a síndrome de Ekbom, na ausência de evidências objetivas de infestação, reforça a importância do reconhecimento dos transtornos delirantes de conteúdo somático na população idosa. O caso também demonstra resposta clínica favorável ao tratamento farmacológico instituído, com melhora significativa dos sintomas psicóticos e comportamentais. Dessa forma, destaca-se a necessidade de abordagem individualizada e de acompanhamento longitudinal, considerando tanto a resposta terapêutica quanto a investigação contínua de possíveis causas secundárias de psicose de início tardio, além do monitoramento de efeitos adversos e da manutenção da autonomia e da qualidade de vida da paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Al-Imam A, Al-Shalchi A.** Ekbom's Delusional Parasitosis: A Systematic Review. *Egypt J Dermatol Venereol.* 2019;39(1):5–13.
2. **Freudenmann RW, Lepping P.** Delusional Infestation. *Clin Microbiol Rev.* 2009 Oct;22(4):690–732. doi: 10.1128/CMR.00018-09.
3. **Hauptman M, Spangenberg A, Rew J, Matthews LA, Leung A, Kranyak A, et al.** Patient Characteristics and Treatment Approaches in Delusional Infestation Across Two Medical Centers: A Retrospective Study. *SKIN.* 2026 May;10(3).
4. **Lu JD, Gotesman RD, Varghese S, Fleming P, Lynde CW.** Treatments for Primary Delusional Infestation: Systematic Review. *JMIR Dermatol.* 2022;5(1):e34323. doi: 10.2196/34323.
5. **Mindru FM, Radu AF, Bumbu AG, Radu A, Bungau SG.** Insights into the Medical Evaluation of Ekbom Syndrome: An Overview. *Int J Mol Sci.* 2024 Feb 10;25(4):2151. doi: 10.3390/ijms25042151.
6. **Nazir D, Mehmood R, Wani ZA.** Delusional parasitosis: Clinical profile and treatment outcomes – A study from Kashmir. *J Geriatr Ment Health.* 2025;12(1):11–14. doi: 10.4103/jgmh.jgmh_39_24.
7. **Rahmanda MR.** Knowledges and Approaches to Delusional Parasitosis. *Scientia Psychiatrica.* 2022;3(3):282–288. doi: 10.37275/scipsy.v3i3.59.
8. **Reich A, Kwiatkowska D, Pacan P.** Delusions of Parasitosis: An Update. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2019 Dec;9(4):631–638. doi: 10.1007/s13555-019-00324-3.