

SÍNDROME DE EKBOM: RELATO DE CASO E O ATRASO DIAGNÓSTICO DECORRENTE DO DESCONHECIMENTO DA CONDIÇÃO ENTRE ESPECIALIDADES MÉDICAS

EKBOM SYNDROME: CASE REPORT AND THE DIAGNOSTIC DELAY CAUSED BY LACK OF AWARENESS OF THE CONDITION ACROSS MEDICAL SPECIALTIES

Yasmin Haimuri Guimarães¹, Raquel da Cunha Godoy¹, Beatriz Oliveira Muguet², Bruno Vinicius do Amaral Franco³, Márcia de Melo Dórea⁴, Bruno Eduardo Moraes Nunes⁵.

¹ Aluna da graduação de Medicina da Universidade Afya Unigranrio, Campus Duque de Caxias.

² Aluna da pós-graduação de Medicina da Universidade Afya Unigranrio, Campus Duque de Caxias.

³ Professor da graduação da Universidade Afya Unigranrio, Campus Duque de Caxias.

⁴ Professora do mestrado da Universidade Afya Unigranrio, Campus Duque de Caxias.

⁵ Professor da graduação do curso de medicina e aluno do mestrado da Universidade Afya Unigranrio, Campus Duque de Caxias. E-mail: brunonns@hotmail.com.

Eixo Temático: Saúde (1)

RESUMO

Introdução: a síndrome de Ekbom, ou delírio de infestação parasitária, é um transtorno psiquiátrico raro fora dos consultórios de dermatologia e psiquiatria, caracterizado pela convicção fixa e não corrigível de infestação cutânea por parasitas, associada a alucinações táteis e a comportamento automutilante voltado à eliminação desses supostos organismos. **Objetivo:** relatar um caso de síndrome de Ekbom atendido em unidade de saúde pública, evidenciando o atraso diagnóstico decorrente do desconhecimento da síndrome entre diferentes especialidades médicas. **Relato do caso:** paciente do sexo feminino, 58 anos, com queixa de infestação corporal por vermes havia dois anos, submetida a sucessivos atendimentos em ginecologia sem elucidação diagnóstica e tratada empiricamente com antiparasitários sem resposta, recebeu inicialmente diagnóstico de transtorno somatoforme na psiquiatria e, cerca de um ano após o primeiro atendimento, o diagnóstico correto de síndrome de Ekbom na dermatologia, com resposta clínica favorável ao uso de antipsicótico. **Considerações finais:** o caso ilustra como o desconhecimento da síndrome de Ekbom fora da psiquiatria e da dermatologia prolonga o sofrimento do paciente e reforça a necessidade de maior disseminação do tema entre as especialidades que constituem a porta de entrada desses pacientes no sistema de saúde.

Palavras-chave: Síndrome de Ekbom. Delírio parasitário. Dermatite factícia. Transtornos psicóticos. Comportamento autolesivo.

ABSTRACT

Introduction: Ekbom syndrome, or delusional parasitosis, is a psychiatric disorder rarely recognized outside dermatology and psychiatry clinics, characterized by the patient's fixed and uncorrectable conviction of being infested by skin parasites, associated with tactile hallucinations and self-injurious behavior aimed at eliminating these supposed organisms. **Objective:** to report a case of Ekbom syndrome treated at a public health unit, highlighting the diagnostic delay caused by the lack of awareness of the syndrome among different medical specialties. **Case report:** a 58-year-old female patient with a two-year complaint of bodily infestation by worms, submitted to successive gynecology visits without diagnostic clarification and treated empirically with antiparasitic

drugs without response, was initially diagnosed with somatoform disorder in psychiatry and, about one year after the first visit, correctly diagnosed with Ekbom syndrome in dermatology, with a favorable clinical response to antipsychotic treatment. **Final considerations:** the case shows how the lack of awareness of Ekbom syndrome outside psychiatry and dermatology prolongs patient suffering and reinforces the need for wider dissemination of the topic among the specialties that constitute these patients' entry point into the health system.

Keywords: Ekbom syndrome. Delusional parasitosis. Factitious dermatitis. Psychotic disorders. Self-injurious behavior.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Ekbom, também chamada delírio de infestação parasitária, é um transtorno psiquiátrico caracterizado pela convicção fixa e não corrigível de estar infestado por parasitas cutâneos, em geral localizados no couro cabeludo, nos olhos, na boca ou na região genital, com frequência acompanhada de alucinações táteis que reforçam a crença do paciente¹. O quadro foi descrito pela primeira vez em 1894 pelo dermatologista francês Georges Thibierge, sob o termo acarofobia, e recebeu o nome atual em homenagem ao neurologista sueco Karl Axel Ekbom, que em 1938 descreveu uma série de pacientes idosas com a mesma convicção delirante². Do ponto de vista nosológico, insere-se entre as dermatoses psicogênicas, no grupo de doenças psiquiátricas que produzem consequências dermatológicas, ao lado de quadros como o transtorno factício.

As doenças dermatológicas com interface psiquiátrica costumam ser organizadas em quatro grupos, que ocasionalmente se sobrepõem: condições dermatológicas que geram consequências psiquiátricas, como alopecia areata; doenças dermatológicas influenciadas por fatores psicológicos, como psoríase e dermatite atópica; doenças psiquiátricas que produzem consequências dermatológicas, grupo em que se insere a síndrome de Ekbom ao lado do transtorno factício; e lesões dermatológicas decorrentes do uso de medicação psiquiátrica¹. Essa classificação ajuda a situar o delírio de infestação parasitária como um transtorno primariamente psiquiátrico que se manifesta na pele, e não como uma dermatose com repercussão emocional secundária, distinção que orienta diretamente a conduta terapêutica.

Apesar de descrita há mais de um século, a síndrome de Ekbom permanece rotulada como rara na literatura psiquiátrica, ainda que estudos indiquem que a maior parte dos dermatologistas já tenha atendido pelo menos um paciente com o quadro ao longo da carreira³. Essa aparente contradição sugere subnotificação e subdiagnóstico, não baixa prevalência real, sobretudo porque o quadro costuma ser identificado primeiro por especialidades não psiquiátricas, como dermatologia, ginecologia e clínica geral, que nem sempre reconhecem a origem delirante da queixa.

O desconhecimento da síndrome entre diferentes especialidades prolonga a peregrinação diagnóstica do paciente, expõe-no a tratamentos empíricos ineficazes e adia o início da terapêutica adequada, com custo direto para sua qualidade de vida e para suas relações

pessoais e profissionais. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de síndrome de Ekbom atendido em unidade de saúde pública, no qual o diagnóstico correto só foi estabelecido após sucessivos atendimentos em especialidades que não reconheceram o quadro, discutindo as razões desse atraso e a conduta terapêutica adotada.

DESCRIÇÃO DO CASO

N.R.S.B., sexo feminino, 58 anos, negra, do lar, foi atendida pela primeira vez no ambulatório de ginecologia de uma policlínica pública em novembro de 2015, com queixa de infestação por vermes em todo o corpo. Relatava prurido generalizado havia dois anos, com sucessivas consultas prévias em diferentes especialidades e múltiplos tratamentos tópicos e sistêmicos sem melhora. Na ocasião, trouxe consigo um recipiente com fragmentos de pele e material descamativo conservados em álcool, que, segundo a paciente, correspondiam aos parasitas eliminados de seu corpo. Negava comorbidades e relatava uso irregular de dexclorfeniramina e uso noturno de amitriptilina 25 mg para sintomas ansiosos. O exame físico ginecológico era normal, e a conduta inicial foi solicitar exames de rotina e encaminhar a paciente à psiquiatria.

Ao longo de 2016, a paciente retornou por três vezes ao ambulatório de ginecologia com a mesma queixa, mantendo-se o encaminhamento à psiquiatria; em duas dessas consultas, foi tratada empiricamente com metronidazol e secnidazol orais, sem qualquer confirmação parasitológica e sem resposta clínica. Em fevereiro de 2017, compareceu finalmente ao ambulatório de psiquiatria, onde recebeu diagnóstico de transtorno somatoforme e teve a dose de amitriptilina aumentada para 50 mg ao dia.

Em abril de 2017, buscou o ambulatório de dermatologia com a mesma queixa de vermes pelo corpo, agora associada a escoriações bem delimitadas e distribuídas de forma simétrica em região nasal, pavilhão auricular direito e membros superiores, compatíveis com lesões autoprovocadas. Nesse atendimento foi estabelecido o diagnóstico de síndrome de Ekbom, mais de um ano após o primeiro contato da paciente com o serviço de saúde. Foi iniciada risperidona 2 mg duas vezes ao dia, mantida a amitriptilina 50 mg, e a paciente foi reencaminhada à psiquiatria, com retorno agendado em uma semana.

Em avaliação de seguimento, a paciente apresentava melhora expressiva das lesões cutâneas, com resolução quase completa, restando apenas discreta lesão residual em pavilhão auricular direito. Mantinha acompanhamento psiquiátrico regular, em uso de amitriptilina 75 mg à noite e olanzapina 10 mg ao dia, sem recorrência da convicção de infestação parasitária e com melhora relatada da qualidade de vida e do convívio familiar.

Este relato foi elaborado a partir de dados do prontuário da paciente, obtidos por ocasião do atendimento original na instituição, associados a revisão da literatura sobre síndrome de Ekbom. Não foi possível obter Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da paciente para a elaboração deste relato, em razão do tempo decorrido desde o atendimento; os dados foram

integralmente anonimizados, e a paciente é identificada apenas por iniciais, sem qualquer elemento que permita sua identificação. Por se tratar de dados anonimizados, sem intervenção experimental, este trabalho está dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa e não possui número de CAAE, condição informada nos termos do item 4.3 do edital do evento.

DISCUSSÃO

Diferentemente dos casos secundários a doenças orgânicas, como acidente vascular cerebral, hipotireoidismo ou deficiência de vitamina B12, descritos por Alves et al.⁴, a paciente aqui relatada não apresentava condição médica identificável associada ao delírio, o que sugere forma primária da síndrome. O perfil demográfico, mulher de meia-idade com isolamento social relativo, é o mais frequentemente descrito na literatura¹. Relatos recentes mostram associação da síndrome com quadros neurológicos agudos, como acidente vascular cerebral⁵, o que reforça a importância de investigar causas orgânicas antes de firmar o diagnóstico de delírio primário, ainda que, no caso relatado, essa investigação não tenha revelado achados relevantes.

O aspecto mais marcante do caso é o atraso diagnóstico de mais de um ano, com passagem por três especialidades antes do reconhecimento correto do quadro. Chama atenção que a paciente tenha trazido consigo, na primeira consulta, um recipiente com material descamativo conservado em álcool como suposta prova da infestação, comportamento amplamente descrito na literatura como "sinal da caixa de fósforos" e considerado um dos indícios clínicos mais característicos de delírio de infestação parasitária⁶. Mesmo diante desse sinal, a paciente foi tratada empiricamente com antiparasitários em duas ocasiões, sem qualquer confirmação diagnóstica, e posteriormente recebeu diagnóstico de transtorno somatoforme na psiquiatria, quadro nosologicamente distinto do delírio de infestação, que exige critérios diagnósticos próprios definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: convicção de infestação apesar de evidências contrárias e sensações cutâneas anormais atribuídas a essa crença, sem outras características psicóticas associadas⁷. Revisão recente reforça que o diagnóstico depende de investigação ampla, capaz de afastar causas infecciosas, metabólicas e relacionadas ao uso de substâncias antes de se firmar a hipótese de delírio primário, e que a formação insuficiente de especialidades não psiquiátricas nesse reconhecimento é um dos principais determinantes do atraso diagnóstico⁸.

Os antipsicóticos constituem o tratamento de escolha para o delírio de infestação parasitária, com a risperidona entre os agentes mais utilizados e mais bem descritos em revisões sistemáticas⁹. Revisão atualizada de 2024 recomenda como primeira linha risperidona, olanzapina ou aripiprazol, e caso recente de 2025 descreveu boa resposta ao aripiprazol em paciente com quadro clínico semelhante ao aqui relatado^{8,10}. A paciente respondeu bem à risperidona, associada posteriormente à olanzapina e à manutenção de amitriptilina para os sintomas ansiosos concomitantes, esquema compatível com a prática de tratar o delírio e os sintomas afetivos associados de forma conjunta. A demanda por exames complementares para

comprovar a infestação, comum nesses pacientes, deve ser conduzida com cautela: validar excessivamente a crença delirante pode reforçá-la, mas a construção de uma relação terapêutica de confiança, sem confronto direto, é o que permite a adesão ao tratamento¹¹.

Quanto à posologia, a faixa recomendada de risperidona varia de 0,5 a 2 mg ao dia, dose bastante inferior à utilizada na esquizofrenia, e a de olanzapina de 2,5 a 12 mg ao dia¹², esquemas compatíveis com os efetivamente empregados no caso relatado. A melhora costuma ser percebida dentro de duas semanas, com efeito máximo entre seis e dez semanas, e a dose eficaz é mantida por cerca de três meses de terapia de manutenção antes da redução gradual; a recidiva ocorre em cerca de um quarto dos pacientes e exige retratamento¹². O início da farmacoterapia, no entanto, é frequentemente dificultado pela recusa do paciente, que associa o antipsicótico ao estigma psiquiátrico e à negação da própria convicção delirante; estima-se que apenas uma pequena parcela dos dermatologistas se sinta confortável em prescrever esses medicamentos, o que reforça a necessidade de maior familiaridade das especialidades não psiquiátricas com esse manejo⁶.

Um aspecto pouco discutido, mas relevante para o reconhecimento do quadro, é a possibilidade de compartilhamento do delírio com familiares próximos, fenômeno descrito como folie à deux, além da elevada frequência de comorbidades psiquiátricas associadas, como depressão, ansiedade e abuso de substâncias¹³. A paciente aqui relatada não apresentava evidência de delírio compartilhado, mas convivía com sintomas ansiosos concomitantes já em tratamento antes mesmo do diagnóstico correto, o que ilustra como manifestações psiquiátricas associadas podem estar presentes e ser tratadas isoladamente por anos, sem que a hipótese diagnóstica central seja considerada.

O caso reforça que o atraso no reconhecimento da síndrome de Ekbom não decorre de sua raridade real, mas do despreparo de especialidades que constituem a porta de entrada desses pacientes no sistema de saúde. Adiar ou deixar de iniciar o tratamento antipsicótico prolonga o sofrimento do paciente e de seus familiares, e a literatura recente é enfática ao afirmar que especialidades não psiquiátricas podem e devem iniciar o tratamento quando o acesso à psiquiatria não é imediato, sem que isso substitua o acompanhamento psiquiátrico conjunto⁸. A colaboração entre dermatologia e psiquiatria segue sendo considerada o padrão de cuidado mais efetivo para esses pacientes².

CONCLUSÃO

O caso demonstra, de forma concreta, como o desconhecimento da síndrome de Ekbom entre diferentes especialidades médicas pode prolongar por mais de um ano a peregrinação diagnóstica de uma paciente cujo quadro já apresentava, desde a primeira consulta, indícios clínicos característicos, como o relato de infestação parasitária associado ao sinal da caixa de fósforos. O reconhecimento tardio expôs a paciente a tratamentos empíricos ineficazes e a um

diagnóstico psiquiátrico inicialmente impreciso, antes da identificação correta do quadro pela dermatologia.

Esse percurso reforça a importância de que ginecologistas, clínicos gerais e demais especialidades que constituem a porta de entrada desses pacientes no sistema de saúde reconheçam os sinais característicos do delírio de infestação parasitária, evitando a repetição de tratamentos antiparasitários sem confirmação diagnóstica e viabilizando o encaminhamento e o início mais precoce do tratamento antipsicótico, em articulação constante entre dermatologia e psiquiatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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;25(4):2151.
2. Hinkle NC. Ekbom syndrome: a delusional condition of "bugs in the skin". *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13(3):178-186.
3. Reich A. Delusions of parasitosis: an update. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2019;9(4):631-638.
4. Alves CJM, Martelli ACC, Fogagnolo L, Nassif PW. Síndrome de Ekbom secundária a transtorno orgânico: relato de três casos. *An Bras Dermatol.* 2010;85(4):541-544.
5. El Mostarchid M, Miloudi G, Ahmed B. Delusional parasitosis (Ekbom syndrome): a case report. *World J Adv Res Rev.* 2024;23(3):2739-2742.
6. Mumcuoglu KY, Leibovici V, Reuveni I, Bonne O. Delusional parasitosis: diagnosis and treatment. *Isr Med Assoc J.* 2018;20(7):456-460.
7. Campbell EH, Elston DM, Hawthorne JD, Beuttler R. Diagnosis and management of delusional parasitosis. *J Am Acad Dermatol.* 2018.
8. Mendelsohn A, Sato T, Subedi A, Wurcel AG. State-of-the-art review: evaluation and management of delusional infestation. *Clin Infect Dis.* 2024;79(2):e1-e10.
9. Lepping P, Russell I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis. *Br J Psychiatry.* 2007;191(3):198-205.
10. Martínez Gimeno P, Rodríguez Andres L, Alario Ruiz C, et al. Ekbom syndrome: a case report and literature review. *Eur Psychiatry.* 2025;68(Suppl 1):S1105.
11. Jeon C, et al. The demand for skin biopsy from a patient with delusional parasitosis. *J Am Acad Dermatol.* 2017.
12. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. *Clin Exp Dermatol.* 2008;33(2):113-117.
13. Szepietowski JC, Salomon J, Hrehorów E, Pacan P, Zalewska A, Sysa-Jedrzejowska A. Delusional parasitosis in dermatologic practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21(4):462-465.