

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Beatriz Oliveira Muguet
Gabriela Queiroz de Oliveira Nogueira

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE EKBOM
UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Duque de Caxias
2020

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Beatriz Oliveira Muguet
Gabriela Queiroz de Oliveira Nogueira

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE EKBOM
UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Professor Bruno Eduardo M. Nunes

Duque de Caxias

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

M951r Muguet, Beatriz Oliveira.
 Relato de caso: síndrome de Ekbom: um desafio diagnóstico e terapêutico / Beatriz Oliveira Muguet, Gabriela Queiroz de Oliveira Nogueira. – Duque de Caxias, 2020.
 31 f. : il. ; 30 cm.

 Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2020.
 “Orientador: Prof. Bruno Eduardo M. Nunes”.
 Referências: f. 28-29.

 1. Medicina. 2. Dermatologia. 3. Delírio de parasitose. 4. Síndrome de Ekbom. 5. Dermatite factícia. I. Nogueira, Gabriela Queiroz de Oliveira. II. Nunes, Bruno Eduardo Moraes. III. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. IV. Título.

CDD – 610

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Beatriz Oliveira Muguet
Gabriela Queiroz de Oliveira Nogueira

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE EKBOM
UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2020

Duque de Caxias

2020

DEDICATÓRIA

*Aos pacientes que cruzaram nossa
jornada na medicina e nos ensinaram
na prática a importância do olhar
cuidadoso e individualizado.*

AGRADECIMENTOS

Aos nossos pais, pelo apoio incondicional; ao nosso professor orientador Bruno, por nos mostrar uma medicina técnica e, ao mesmo tempo, humanizada; aos amigos e familiares, por tornarem nossa caminhada mais leve e divertida.

EPÍGRAFE

*“Nunca existiu uma grande inteligência
sem uma veia de loucura.”*

Aristóteles

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Ekbom ou delírio de infestação parasitária é um estado fóbico obsessivo caracterizado pela firme convicção do paciente de estar infestado por vermes que saem da pele, em geral do couro cabeludo, olhos, boca ou região genital. É uma síndrome encontrada com frequência nos consultórios, porém pouco diagnosticada.

Objetivos: Relatar um caso descrito na Policlínica e Centro de Estética Duque de Caxias de Síndrome de Ekbom, ressaltando a importância de seus corretos diagnóstico e conduta.

Métodos: A pesquisa trata-se de um relato de caso. Os dados foram obtidos através da coleta de informações do prontuário da paciente e de artigos científicos disponíveis em plataformas de pesquisa. Trata-se de uma paciente de 58 anos, do sexo feminino, do lar, que foi atendida na Policlínica Duque de Caxias no setor de Dermatologia em 2018. Já havia passado por mais de uma especialidade, sem resolução da queixa principal por falta de conhecimento dos profissionais acerca da Síndrome de Ekbom.

Palavras-chave: Síndrome de Ekbom; Delírio parasitário; Dermatites factícias; Automutilante.

ABSTRACT

Introduction: Ekbom Syndrome or delusional parasitosis is an obsessive-phobic state in which the patient is firmly convinced of being infested by worms that come out of the skin, usually the scalp, eyes, mouth or genital region. It is a syndrome often found in doctor's office, but underdiagnosed.

Objectives: Register a case described in the "Policlínica e Centro de Estética de Duque de Caxias" of Ekbom Syndrome, emphasizing the importance of the correct diagnosis and conduct.

Methods: The survey is about a case report. The data were collected through the collection of information from the patient's medical record and scientific articles available on the research platforms. This is a 58-year-old female patient, who was seen at the "Policlínica e Centro de Estética de Duque de Caxias" in the Dermatology clinic in 2018. She had already gone through more than one specialty, with no resolution of the main complaint, because of the lack of knowledge of professionals about the Ekbom Syndrome.

Keywords: Ekbom syndrome; Delusional parasitosis; Factitious dermatitis; Self-cutting.

LISTA DE ABREVIATURAS E\OU SIGLAS

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DA Dopamina

PDC Policlínica e Centro de Estética Duque de Caxias

SNC Sistema Nervoso Central

LME Laudo de Medicamentos Especiais

LISTA DE FIGURAS / ILUSTRAÇÕES / TABELAS E QUADROS

Tabela 1: DSM – V ----- Página 18

Figura 1: Amostra de material que a paciente acredita ser larvas -----Página 22

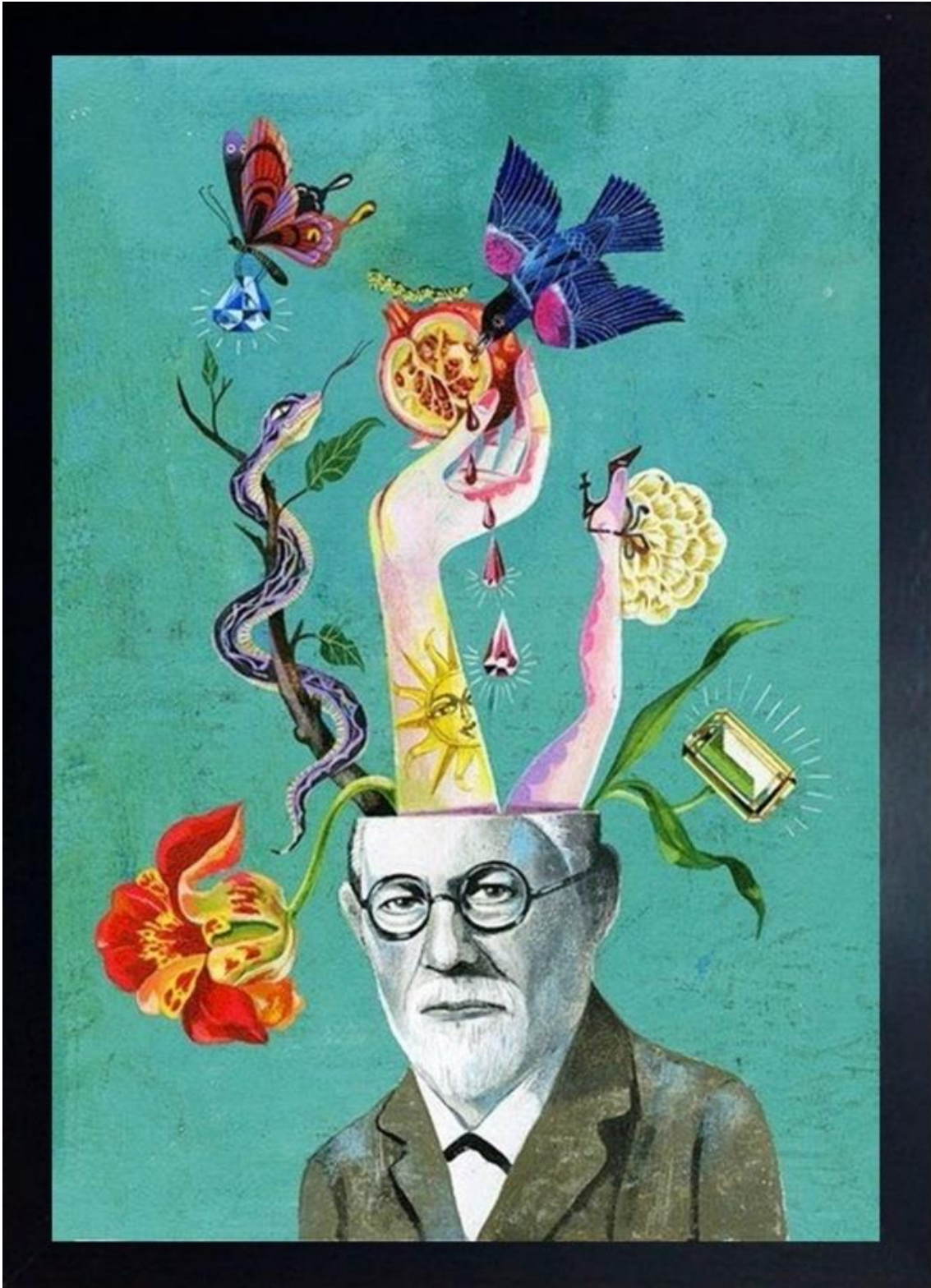
Figura 2: Amostra de material que a paciente acredita ser larvas ----- Página 22

Figura 3: Lesões da paciente após o tratamento -----Página 23

Figura 4: Lesões da paciente após o tratamento -----Página 23

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	13
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	15
3 – OBJETIVOS	20
4 – MATERIAL E MÉTODOS	21
4.1 Metodologia.....	21
4.2 Descrição do Relato de Caso.....	21
5 – DISCUSSÃO	25
6 – CONCLUSÃO.....	27
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
8 – APÊNDICES.....	31



1 – INTRODUÇÃO

A vontade de se pesquisar sobre a Síndrome de Ekbom surge durante o atendimento de uma paciente na Policlínica e Centro de Estética Duque de Caxias em 2018, que se apresentava com a mesma queixa principal “larvas por todo o corpo” há 5 anos. Durante todo esse tempo, a paciente compareceu a sucessivas consultas em diversas especialidades médicas, e nenhuma delas se atentou para a possibilidade de a doença ter como base a saúde mental da paciente.

O Delírio Parasitário é geralmente considerado uma desordem pouco frequente. Contudo, dados epidemiológicos confiáveis são limitados e é provável que a prevalência da doença tenha sido subestimada. Estudos mostram que 84,7% dos dermatologistas haviam visto pelo menos um paciente com essa síndrome durante sua carreira profissional. Portanto, garantir que os médicos, generalista e saúde da família tenham conhecimento do diagnóstico e tratamento desta doença é extremamente importante¹, permitindo um melhor atendimento do paciente e evitando que o paciente perca meses a anos esperando consultas desnecessárias com especialistas.

Além disso, alguns casos estão associados a doenças orgânicas como: hipotireoidismo, diabetes, lesões corticais, retardo mental, insuficiência renal, hepatites, anemia severa, intoxicações medicamentosas e cardiopatias. Há também uma variedade de transtornos psiquiátricos associados, como: ansiedade, fobia, hipocondria e transtorno de humor. Várias psicoses orgânicas podem mimetizar a síndrome de Ekbom, incluindo abuso de substâncias como cocaína e anfetaminas, demência, neoplasias, doenças cerebrovasculares e deficiência de vitamina B12. Alguns desses distúrbios produzem sintomas cutâneos, especialmente prurido, o que pode contribuir com o início do delírio^{2,3}.

O tratamento eficaz requer uma boa relação médico-paciente, então os pacientes devem sempre sentir que sua doença está sendo levada a sério, inclusive pelos familiares que precisam ser esclarecidos pelo médico e orientados como lidar com o paciente. A parasitose delirante tem um impacto negativo na autoestima do portador, como em muitas outras doenças de pele, além de afetar as relações pessoais e profissionais do paciente.

Faz-se necessário o entendimento da síndrome para o diagnóstico e tratamento precoces com o objetivo de evitar sequelas físicas, como o aparecimento de cicatrizes cutâneas, e emocionais, como o prolongamento do sofrimento psíquico do paciente.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças dermatológicas que tem interface com transtornos mentais podem ser divididas em quatro grupos, que ocasionalmente podem se agregar: (1) condições dermatológicas que produzem consequências psiquiátricas, como albinismo e alopecia areata; (2) doenças dermatológicas que são influenciadas por fatores psicológicos, como dermatite atópica e psoríase; (3) doenças psiquiátricas que produzem consequências dermatológicas, como transtorno factício e depressão; (4) lesões dermatológicas resultantes do uso de medicação psiquiátrica, como lítio causando psoríase. A Síndrome de Ekbom pode ser entendida dentro da interface do grupo 3⁴.

A Síndrome de Ekbom ou delírio de infestação parasitária é um estado fóbico obsessivo caracterizado pela firme convicção do paciente de estar infestado por vermes que saem da pele, em geral do couro cabeludo, olhos, boca ou região genital⁵. A maioria dos pacientes é do sexo feminino, idosa ou pré-senil e com isolamento social. A prevalência do delírio de infestação é entre 20 e 80 casos por milhão de pessoas anualmente⁶.

Delírio consiste na alteração do juízo de realidade proveniente de um pensamento patológico, porém a lucidez da consciência, atenção e memória permanecem preservadas. É etimologicamente definido como “sair dos trilhos”. Os delírios podem ocorrer em diferentes condições psiquiátricas, incluindo esquizofrenia, transtornos de relacionamento, demências, mas raramente em distúrbios de origem orgânica. Tais distúrbios delirantes aparentam ser causados por uma combinação de fatores cognitivos, neurobiológicos e psicológicos. Delírios agudos são acompanhados por caráter afetivo importante e vigilância exagerada, condição conhecida como humor delirante⁷.

Desconfiança, medo e vigilância excessiva levam o indivíduo a crer em seus pensamentos e até mesmo ver eventos relacionados à sua crença. Uma vez que estas ideias delirantes são concebidas, podem ser ligadas às emoções e motivações do paciente, e possuírem um significado construído de acordo com suas experiências pessoais até atingir um elevado grau de certeza subjetiva que os coloca além do alcance da razão. Estes pacientes delirantes são de

fato “alienados” no sentido completo do termo, pois eles se conduzem e pensam em função de sua concepção delirante, em vez de obedecer à verdade e à realidade comuns⁷.

Na Síndrome de Ekbom, esse delírio leva os pacientes a assumirem uma atitude automutilante, usando agulhas, pinças, inseticidas, alvejantes ou outros produtos e acabam lesionando a pele com o objetivo de eliminar tais parasitas. Essas alterações cutâneas variam de leve irritação da pele a numerosas lesões ulceradas. Muitas vezes existem prurigo nodular, liquenificação, erosões ou cicatrizes em áreas ao alcance dos braços dos pacientes. Esfoliação agressiva ou corte de unhas podem estar presentes⁶. Essas lesões são comumente denominadas de dermatites factícias, que são caracterizadas por lesões produzidas pelo próprio paciente, de forma consciente (dermatite para-artefacta) ou inconsciente (dermatite artefacta), que não podem ser explicadas por qualquer condição dermatológica biológica ou genética⁴.

Muitas vezes, procuram atendimento de emergência e acabam recebendo vários cursos de antimicrobianos inadequadamente. Uma revisão observou que pacientes com infestação delirante não tratada no departamento de emergência já haviam visto uma média de 6 profissionais antes da avaliação da emergência⁶.

O delírio parasitário, como outros distúrbios psicóticos, é atribuído ao excesso de atividade da dopamina no cérebro, provavelmente através da diminuição da função do transportador de dopamina. Circuitos dopaminérgicos estão envolvidos no raciocínio da ponderação e na filtragem de estímulos para distinguir os benignos dos potencialmente perigosos. Erros no raciocínio probabilístico levam esses pacientes a favorecer uma causa improvável (infestação) sobre uma explicação benigna mais provável para seus sintomas. Estudos da ressonância magnética apoiam essa teoria, mostrando diminuição do volume cerebral em áreas que regulam o raciocínio probabilístico e na percepção corporal⁶.

O início dos sintomas pode ser lento ou brusco e com queixas de sensação de prurido, “pinicamento” ou alguma sensação de movimento dentro da pele, formigamento ou alucinação tátil, desencadeando a sensação de parasitismo. As lesões cutâneas caracterizam-se por escoriações discretas, prurigo nodular e, até mesmo, úlceras francas e cicatrizes, localizadas, mais ou menos, simetricamente^{8,9}.

Os pacientes recontam obsessivamente, nos mínimos detalhes, a morfologia, o ciclo vital e os hábitos desses parasitas, assim como seus atos para se livrar deles. O fenômeno conhecido como “sinal da caixa de fósforos” é comum e ocorre quando os pacientes coletam tecido descamativo, cabelo, crostas e outras substâncias que se aderem as lesões (poeiras, restos vegetais, partes de insetos e do vestiário) e os levam em caixas e sacos plásticos aos médicos, afirmando que os parasitas estão ali e solicitando que o material seja analisado laboratorialmente¹⁰.

Os acometidos apresentam-se frequentemente muito angustiados e a condição domina suas vidas, interrompendo suas relações pessoais e profissionais. Em alguns casos eles acreditam que seus familiares também são afetados e podem expô-los a riscos significativos em suas tentativas de curá-los. A condição chamada “*Folie a deux* que em francês quer dizer loucura dois é muito comum, na qual sintomas psicóticos são compartilhados por familiares e amigos próximos”¹⁰.

Dos transtornos psiquiátricos associados, tais como transtorno de ansiedade, delirante, humor e esquizofrênico, em estudos randomizados temos uma estatística de: depressão (74%), de abuso de substâncias (24%) e ansiedade (20%). Alguns casos estão associados também a doenças orgânicas como: hipotireoidismo, diabetes, intoxicações medicamentosas e cardiopatias¹⁰.

Com relação ao diagnóstico, este é realizado de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM V*), o paciente deve atender a dois critérios diagnósticos:

- 1) convicção de estar infestado apesar de evidências do contrário;
- 2) sensações cutâneas anormais atribuídas a essa crença. A ilusão da infestação pode ser isolada, sem a extensão de crenças ilusórias para outras áreas da vida.

O paciente pode ter alucinações táteis, visuais ou auditivas relacionadas ao próprio delírio, mas não possui outras características psicóticas, como fala desorganizada, catatonia ou outra alucinação (Tabela 1)⁶.

A. Practical Diagnosis of Delusional Infestation

Patient must meet 2 diagnostic criteria:

- 1) Conviction of being infested despite evidence to the contrary and
- 2) Abnormal cutaneous sensations attributed to this belief

B. DSM-5 Criteria for Delusional Infestation: Delusional Disorder, Somatic Subtype, with Delusional Infestation as Sole Psychotic Symptom

- A. The presence of a delusion with duration of 1 month or greater
- B. The patient does not meet the diagnostic criteria for schizophrenia. Hallucinations and delusions, if present, are limited to the delusion infestation.
- C. Functioning is not markedly impaired beyond the impact of the delusion and its ramifications, and behavior is not obviously bizarre or odd.
- D. If manic or major depressive episodes have occurred, these have been brief relative to the duration of the delusional periods.
- E. The disturbance is not attributable to the physiological effects of a substance or another medical condition, and is not better explained by another mental disorder, such as body dysmorphic disorder or obsessive-compulsive disorder.

DSM-5 = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition.

Tabela 1 Diagnóstico de Infestação Delirante - DSM V.
Fonte: LEPPING (2007).

O manejo de um paciente com delírio parasitário pode ser frustrante devido a uma falsa crença e demandas específicas do próprio paciente para validar a ilusão. Uma demanda comum ao dermatologista é de realizar uma biopsia da pele para encontrar o parasita. A ideia de se realizar uma biopsia de pele com aparência normal pode ser desnecessária, por outro lado pode ser importante para a criação de argumentos concretos e construção uma boa relação médico-paciente¹¹.

O atraso no tratamento pode levar a cicatrizes na pele e uma possível diminuição de sua função, além do prolongamento do sofrimento psíquico do paciente e dos familiares. Para o manejo correto é essencial a colaboração entre dermatologistas e psiquiatras. Em casos não graves pode ser possível o alívio dos sintomas com o estabelecimento de uma relação médico-paciente confiável e significativa.

Na maioria dos casos se faz necessário o tratamento com psicofarmacológicos. Os antipsicóticos são os agentes mais eficazes para tratar o Delírio Parasitário, com preferência para os atípicos, devido aos perfis favoráveis de maior tolerabilidade e segurança. Risperidona e olanzapina são os que com mais frequência aparecem na literatura⁶.

Todos os antipsicóticos reduzem a atividade da dopamina no sistema nervoso central (SNC), porém os de segunda geração se dissociam mais rapidamente do receptor D2, levando a menos efeitos colaterais. Assim, antipsicóticos de segunda geração possuem maior

tolerabilidade e segurança. A risperidona é o tratamento de escolha, com uma faixa de dose recomendada de 0,5 - 2mg por dia, dose baixa comparada com o uso na esquizofrenia. O uso de baixas doses de olanzapina também se mostrou eficaz (2,5 - 12mg por dia). A dose eficaz mais baixa deve ser utilizada, com aumentos graduais até a ilusão desaparecer ou a dose máxima ser atingida. A melhoria pode ser vista dentro de 2 semanas, com o efeito máximo ocorrendo de 6 a 10 semanas. Após o delírio desaparecer, a dose efetiva é continuada por 3 meses de terapia de manutenção antes de diminuir gradualmente a cada 2 semanas. A duração total recomendada é de até 6 meses. A recidiva ocorre em 1 a cada 4 pacientes e requer retratamento⁶.

As contra-indicações para os anti-psicóticos incluem intervalo QT prolongado e Síndrome de Parkinson. Devem ser utilizados com cuidado, com monitorização laboratorial, na insuficiência renal, doença hepática, demência e em idosos. Na gravidez, encontram-se na categoria B e C⁶.

Os efeitos colaterais incluem sedação, que diminui com a duração da terapia. Efeitos anticolinérgicos leves e outros eventos colaterais são raros em baixas doses. Em doses mais altas, os efeitos relacionados ao bloqueio da dopamina incluem ganho de peso, galactorreia e sintomas extrapiramidais (distonia aguda, inquietação, pseudoparkinsonismo e discinesia tardia). Podem prolongar o intervalo QT, mas em baixas doses não são reportados casos em pacientes fazendo uso apropriado da medicação. Todos os efeitos colaterais se reverterem com a interrupção da medicação⁶.

Porém, o início da terapia farmacológica é um desafio, por muitos pacientes recusarem qualquer tratamento farmacológico devido ao estigma associado e pela firme convicção de que apresentam uma infestação parasitária. Torna-se importante a construção de forte aliança com o paciente para que ele aceite o tratamento. Construir essa relação requer habilidade e pode ser a parte mais desafiadora dos cuidados. Além disso, apenas 3% dos dermatologistas demonstram-se confortáveis em prescrevê-los, o que reforça a necessidade de um maior conhecimento acerca da Síndrome de Ekbom¹².

3 – OBJETIVOS

A pesquisa tem como objetivo principal:

- Apresentar relato de um caso de Síndrome de Ekbom, atendido na Policlínica de Duque de Caxias em 2018, permitindo a sua maior divulgação no meio acadêmico médico de forma multidisciplinar.

A pesquisa tem como objetivos secundários:

- Reconhecer o padrão de lesões de dermatoses autoprovocadas;
- Diferenciar uma doença psiquiátrica de uma orgânica, a partir do relato do paciente;
- Demonstrar a importância do reconhecimento e tratamento precoces das dermatoses psicogênicas, a fim de evitar a piora dos quadros psiquiátrico e dermatológico.

4 – MATERIAIS E METÓDOS

4.1 Metodologia

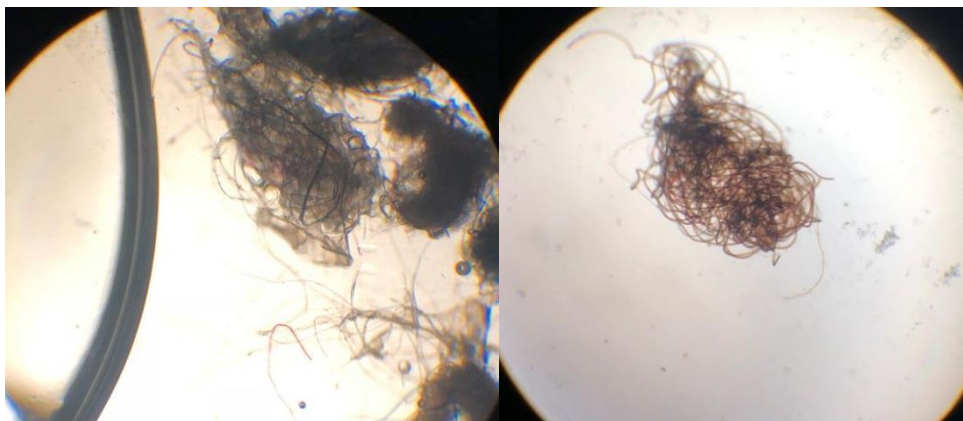
A pesquisa trata-se de um relato de caso. Os dados foram obtidos através da coleta de informações do prontuário da paciente e de artigos científicos disponíveis em plataformas de pesquisa.

Foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados do: Uptodate®, PubMed (*National Library of Medicine*), Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), com as seguintes palavras-chave combinadas: síndrome de Ekbom, delírio parasitário, comportamentos autolesivos da pele e dermatite factícia. Foram utilizados filtros de idioma (inglês e português) e data (a partir de 2007 até 2020), assim como artigos que apresentavam definições, intervenções e tratamentos da Síndrome de Ekbom na perspectiva da Dermatologia e Psiquiatria.

4.2 Descrição do Relato de caso

N.R.S.B, feminina, 58 anos, negra, do lar.

Paciente chega ao ambulatório de ginecologia da Policlínica de Duque de Caxias em 12/11/2015 com queixa de “verminose no corpo todo corpo”. Nessa ocasião, relata apresentar quadro de prurido por todo o corpo há 2 anos com sucessivas idas a diferentes médicos, tendo realizado diversos tratamentos ineficazes. Refere que trará as ‘lesminhas’ num pote conservadas com álcool (Figuras 1 e 2). Nega comorbidades e informa uso de Polaramine® diariamente de forma irregular e Amitril® 25mg a noite em quadros ansiosos. O exame físico ginecológico apresentava-se normal e a conduta adotada foi solicitar exames de rotina da Ginecologia e encaminhar para a psiquiatria.



Figuras 1 e 2: amostra de material que a paciente acredita ser larva, no microscópio.
Fonte: Arquivo Pessoal.

Durante o ano de 2016, a paciente retorna ao ambulatório de Ginecologia por três vezes com a mesma queixa principal, onde mantiveram o encaminhamento a psiquiatria e fizeram tratamento com metronidazol 250 mg via oral 8/8hs por 10 dias e Anitta[®] 500 mg 12/12hs por 3 dias em duas consultas.

Em 20/02/2017, comparece ao ambulatório de psiquiatria. Nessa ocasião, a paciente é diagnosticada com transtorno somatoforme e prescrito aumento da dose amitriptilina para 50 mg para uso regular.

Em 11/04/17, chega ao ambulatório de Dermatologia com a mesma queixa principal de vermes pelo corpo, porém associada a escoriações bem delimitadas, alinhadas, em região nasal, pavilhão auricular direito e membros superiores, sugestivas de automutilação. Foi feito diagnóstico de Síndrome de Ekbom, com delírio parasitário e prescrito risperidona 2mg 2 vezes ao dia, mantida a amitriptilina 50mg, solicitado retorno após 1 semana e encaminhada a psiquiatria.

Em 8/05/19, retorna ao ambulatório de Dermatologia com melhora das lesões elementares (figuras 3 e 4), apresentando apenas lesão na orelha direita. Refere acompanhamento na psiquiatria e estar em uso de amitriptilina 75 mg a noite e olanzapina 10 mg/dia, esta última disponibilizada via laudo de medicamentos especiais (LME). Diz que a infestação pelos

“vermes” não ocorreu novamente, com melhora da qualidade de vida, conseguindo retornar de forma parcial ao convívio com outros familiares.



Figuras 3 e 4: Lesões da paciente após início do tratamento.
Fonte: Arquivo Pessoal.

5– DISCUSSÃO

O delírio parasitário foi mencionado pela primeira vez em 1799 por Robert Willian e em 1801 por Johann Heinrich. No ano de 1984, Thibierge descreveu um quadro de delírio de infestação parasitária, denominando-o acarofobia. Posteriormente, em 1937, o neurologista austríaco Karl Axel Ekbom descreveu sete mulheres idosas que possuíam convicção de estarem parasitadas por vermes, caracterizando o quadro da síndrome em questão, que foi então nomeada em homenagem ao neurologista. Portanto após mais de 200 anos da primeira descrição do quadro, a maioria dos médicos persiste sem o conhecimento da síndrome¹³.

O efeito desse desconhecimento recai diretamente sobre os pacientes, que procuram ajuda de médicos de diversas áreas sem receber tratamento adequado, gerando piora dos quadros dermatológico e psiquiátrico. Foi o que aconteceu com a paciente atendida na Policlínica de Duque de Caxias, que teve sucessivas idas a médicos com a mesma queixa sem resolução do seu quadro. Transparece-se, portanto, a importância do entendimento da síndrome para um cuidado integral do paciente.

Outra questão importante é o desafio do manejo clínico desses pacientes: eles costumam relutar em se engajar em uma relação terapêutica significativa devido a falta de percepção da doença. Até porque o desconhecimento dessa patologia leva por vezes, ao encaminhamento do paciente a diversas especialidade, como exemplo: ginecologista e otorrinolaringologistas. Com isso, gerando intensa angústia e frustração do paciente e de seus familiares, pela falta de um diagnóstico e de uma linha de tratamento.

A atual compreensão do processo da doença e das respostas aos medicamentos apoia o uso dos antipsicóticos, e adiar ou deixar de iniciar antipsicóticos atrasam os cuidados e prolongam o sofrimento, o que pode ocorrer devido a dificuldade de orientar um paciente para a aceitação dos medicamentos. Persuasão ou evidência contra ao que o paciente está passando não são úteis. Os médicos devem construir o *rapport* - termo francês, que significa “trás de volta” que marca criação de um vínculo de empatia com outra pessoa para que se comunique com menos resistência¹².

O receio no manejo de antipsicóticos por profissionais não psiquiatras é outro importante obstáculo no sucesso do tratamento da Síndrome de Ekbom. O envolvimento da psiquiatria é de extrema importância para o paciente, mas sua ausência em um momento inicial não deve atrasar os cuidados. Se o paciente rejeitar o encaminhamento, o tratamento deve ser iniciado independentemente, pois a progressão do quadro dificulta em um grau ainda maior seu entendimento por parte do doente e, conseqüentemente, impossibilita sua resolução. Para que não ocorra esse atraso, é fundamental que outras especialidades dominem minimamente o manejo das drogas antipsicóticas, assim como seus efeitos adversos e interações medicamentosas, para que seja possível pelo menos o início do tratamento. Uma maior segurança em sua utilização evita o atraso na melhora clínica e avaliações desnecessárias em pronto-atendimentos, fornecendo uma qualidade de vida maior ao paciente.

6 – CONCLUSÃO

O caso relatado trata-se um quadro clássico de Síndrome de Ekbom ou delírio de infestação parasitária, um estado fóbico obsessivo caracterizado pela firme convicção do paciente de estar infestado por vermes que saem da pele, em geral do couro cabeludo, olhos, boca ou região genital. A maioria dos pacientes é do sexo feminino, idosa ou pré-senil e com isolamento social, assim como a paciente relatada.

Uma mulher de 58 anos, negra e do lar chega para a primeira consulta no ambulatório de Ginecologia da PDC, em novembro de 2015, com queixa de “verminose no corpo todo”, mas já com sucessivas buscas anteriores a diferentes pronto-atendimentos. Nessa ocasião, a paciente foi orientada a procurar a psiquiatria e realizar exames laboratoriais. Durante o ano de 2016, a pacientes retorna ao ambulatório de Ginecologia por três vezes com a mesma queixa principal, onde mantiveram o encaminhamento a psiquiatria. Um ano após a primeira consulta na Policlínica Duque de Caxias, em fevereiro de 2017, compareceu ao ambulatório de psiquiatria, na qual a paciente é diagnosticada com transtorno somatoforme e prescrito uso regular de antidepressivo. Em abril de 2017, já com presença de lesões no corpo, vai ao ambulatório de Dermatologia, onde é realizado o diagnóstico adequado de Delírio Parasitário e feito o tratamento com antipsicótico (risperidona). Após essa conduta correta, a paciente apresenta melhora das lesões elementares, não recidiva da infestação pelos “vermes” e ganhos na qualidade de vida.

Como visto no caso relatado, mesmo tratando-se de um caso clássico, houve atraso e dificuldade em seu diagnóstico. O desconhecimento da síndrome de Ekbom pela maioria dos profissionais de saúde culmina no atraso do diagnóstico e manejo adequado do paciente, o que gera piora dos quadros dermatológico e psiquiátrico. Portanto, a dificuldade no diagnóstico gera perda da qualidade de vida dos acometidos. Isso reforça a importância de um conhecimento adequado acerca desta patologia, tanto por parte dos médicos especialistas como também por parte dos médicos de pronto-atendimentos, responsáveis por um primeiro contato do paciente com o sistema de saúde. Esse conhecimento por parte dos médicos, somado a uma boa relação médico-paciente, possibilita que os acometidos pela Síndrome de Ekbom se submetam a um

menor número de consultas pelo sistema de saúde e, assim, evita-se atraso no cuidado e prolongamento de seu sofrimento.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. REICH, A. Delusions parasitosis: An update. Dermatology and therapy. **Dermatol Ther (Heidelb)**. 2019. 9(4): 631-638.
2. SZEPIETOWSKI JC, SALOMON J, HREHORÓW E, PACAN P, ZALEWSKA A, SYSA-JEDRZEJOWSKA A. Delusional parasitosis in dermatologic practice. **J Eur Acad Dermatol Venereal**. 2007;21:462-5
3. LEPPING P, FREUDENMANN RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. **Clinical and Experimental. Dermatology**. 2007;33:113-7
4. RICHARTZ, M. Comportamentos autolesivos da pele e seus anexos: definição, avaliação comportamental e intervenção. Londrina: Universidade Estadual de Londrina. Dissertação Mestrado em Análise do Comportamento. 2013
5. ALVES CJM, MARTELLI ACC, FOGAGNOLO L, NASSIF PW. Síndrome de Ekbom secundária a transtorno orgânico: relato de três casos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. 2010; 85(4):541-4
6. LEPPING, P., RUSSELL, I., & FREUDENMANN, R. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis. **British Journal of Psychiatry**. 2007 191(03), 198–205.
7. SILVA, D., MEIRA, L., SANDOVAL, M., QUEIROZ, C., LANDIM, G., SILVA, C. Delirium e delírio: Opostos que se atraem. **Revista Med Saude Brasilia** 2013; 2(1):32-6.
8. GOI, P. Síndrome de Ekbom acompanhada de automutilação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v. 29, n.1, 2007.
9. GHAFARI-NEJAD A, TOOFANI K. Delusion of oral parasitosis in a patient with major depressive disorder. **Arch Iran Med**. 2006;9(1):76–7.

10. CAMPBELL, E.H. Diagnosis and Management of Delusional Parasitosis. **Journal of the American Academy of Dermatology**. 2018
11. JEON, C. The demand for skin biopsy from a patient with delusional parasitosis. **Journal of the American Academy of Dermatology**. 2017
12. MUMCUOGLU, KY. Delusional Parasitosis: Diagnosis and Treatment. **Isr Med Assoc J**. 2018; 20(7): 456-460.
13. MORIARTY, N., ALAM, M., KALUS, A., & O'CONNOR, K. Current understanding and approach to delusional infestation. **The American Journal of Medicine**. 2019.

8 – APÊNDICE

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Némar Rosa dos Santos Barbosa autorizo a utilização do meu caso clínico, assim como utilização das minhas fotos, no trabalho de conclusão de curso das alunas Beatriz Oliveira Muguet e Gabriela Queiroz de Oliveira Nogueira, da Universidade do Grande Rio – Duque de Caxias.

Fevereiro 2020

Némar Rosa dos Santos Barbosa

Assinatura

29/02/2020

Data