

# Morgellons: ¿viejo o nuevo síndrome?

## Morgellons: old or new syndrome?

Pablo Young

Fronteras en Medicina 2018;13(4):243-244. DOI: 10.31954/RFEM/20184/0243-0244

La parasitosis ilusoria es un síndrome, generalmente neuropsiquiátrico, donde el paciente está convencido de estar infectado por parásitos<sup>1,2</sup>. Sin embargo, cuando se realiza la evaluación clínica y/o exámenes de laboratorio no se encuentran parásitos que confirmen una infección. La parasitosis ilusoria es un motivo de consulta poco frecuente y solo se conoce por comunicaciones de series de casos, por lo que se ignora su real prevalencia. Otras denominaciones encontradas en la literatura para este cuadro son: delirio parasitario, entomofobia, parasitofobia, síndrome de Ekbohm (1937) y más recientemente, enfermedad de Morgellons<sup>3-8</sup>. A pesar de que la bibliografía reciente menciona que estamos frente a una nueva entidad, existe evidencia de que había sido descrito en una carta por el médico inglés Sir Thomas Browne (1605-1682) en 1674. La carta contiene una breve descripción de la enfermedad de la piel en un paciente francés: *“Hairs which have most amused me have not been in the face or head, but on the back, and not in men but children, as I long ago observed in that endemial distemper of little children in Languedock, called the Morgellons, wherein they critically break out with harsh hairs on their backs, which takes off the unquiet symptoms of the disease, and delivers them from coughs and convulsions”*. Browne fue el que también escribió el libro *“Religio Medici”* en 1642, que fue el libro de cabecera de William Osler, y lo tenía siempre sobre su mesa de luz<sup>10</sup>.

El cuadro incluye la percepción de objetos animados (bacterias, virus, hongos, parásitos) y también objetos inanimados (fibras, filamentos, pelos, partículas). Se ha descrito como un trastorno de la esfera psiquiátrica, en relación con cuadros de psicosis monosintomática asociada a esquizofrenia, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos bipolares y depresión, entre otros<sup>3-6</sup>.

A pesar de ser más frecuente en pacientes psiquiátricos, también se ha visto en trastornos orgánicos como la enfermedad renal crónica, cirrosis hepática avanzada, diabetes mellitus, hipotiroidismo, déficit de B12, demencias o cuadros que causan alucinaciones, en algunas toxicomanías principalmente por cocaína (signo de Magnan), anfetaminas, marihuana y alcohol, entre otras. Se ha descrito con mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino en una relación 2.5:1, y la edad de mayor prevalencia oscila entre los 40 y 60 años<sup>7,8</sup>.

En un estudio de Hylwa et al., de la clínica Mayo, 43% de los casos de parasitosis facticia consultaron al dermatólogo, 19% al servicio de urgencias, 17% al médico internista, 4% al médico de familia y 13% a otras especialidades, pero ninguno de ellos consultó en primera instancia al psiquiatra<sup>8</sup>.

Los principales motivos de consulta en la parasitosis ilusoria son la visualización de “bichos, gusanos o insectos” que se mueven en o bajo la piel. Según los pacientes, algunos de estos “bichos” son imposibles de capturar pues son demasiado pequeños y de gran movilidad. Los síntomas más frecuentes son prurito, eritema, escoriaciones, principalmente en manos, brazos, dorso, abdomen y genitales. Menos frecuentemente consultan por la presencia de “gusanos o bichos” en orificios como la boca, nariz, ano o la expulsión de vermes a través del tubo digestivo<sup>3,4</sup>.

El 25-75% de los pacientes presentan el “signo del espécimen” que consiste en que los pacientes llevan una muestra del espécimen del cual creen estar infestados a la consulta médica, en algún medio de transporte (contenedores de vidrio, bolsas, tapas, cajas, papel higiénico, etc.). En ocasiones suelen llevar restos de pelo, costras, hilos, materia orgánica como fibras, vegetales o mate-

Médico de Planta del Servicio de Clínica Médica y Coordinador del Comité de Docencia del Hospital Británico de Buenos Aires. Profesor Titular de Historia de la Medicina de la UCA. pabloyoung2003@yahoo.com.ar

Correspondencia: Dr. Pablo Young, Médico de Planta del Servicio de Clínica Médica del Hospital Británico de Buenos Aires y Coordinador del Comité de Docencia de la misma Institución. Profesor Titular de Historia de la Medicina de la UCA. pabloyoung2003@yahoo.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 28/11/2018 | Aceptado: 12/01/2018

ria inorgánica como arena y tierra en pequeñas cajas de cartón, de ahí la denominación de “síndrome de la caja de fósforos”.

En la anamnesis, estos pacientes suelen referir que probablemente se contagiaron por contacto directo con otras personas, que ellos creen están infestados con parásitos obtenidos del contacto con plantas, mascotas, tierra o por el consumo de alimentos no adecuadamente desinfectados. Algunos pacientes, al no obtener una respuesta satisfactoria al trastorno que los aqueja, suelen automedicarse con fármacos para posibles parasitosis intestinales o se aplican cremas o ungüentos cuando creen padecer una dermoparasitosis y, en algunos casos, usan productos tóxicos sobre la piel como agua de batería, pinturas y solventes orgánicos entre otros. El trauma de la piel ocasionado por estos productos puede llegar en algunos casos a automutilaciones cuando los pacientes tratan de eliminar lo que ellos consideran es un parásito no reconocido por su médico. El enfoque del estudio y terapia tras sospechar el síndrome debe ser cuidadoso y los objetivos son: mejorar la condi-

ción del paciente, esto es no intentar por todos los medios convencerlo de que tiene una falsa creencia; realizar una historia clínica (uso de fármacos, drogas, alcohol, comorbilidades, consultas médicas previas) y un examen físico exhaustivo. Escuchar las molestias, frustraciones y emociones del paciente en relación a su padecimiento en forma atenta y asertiva permitirán un mayor acercamiento. Se debe realizar una alianza con el paciente para diseñar un plan de estudio racional dirigido a descartar organicidad y las posibles propuestas de manejo si el estudio resulta ser negativo. Derivar al psiquiatra oportunamente, como parte del enfoque multidisciplinario y del plan terapéutico propuesto. Finalmente, el psiquiatra será el encargado del manejo de especialidad y de la indicación de antipsicóticos o antidepressivos cuando estos correspondan. En conclusión, la parasitosis ilusoria requiere un alto índice de sospecha clínica. Se debe ser cuidadoso en la forma de enfrentar a estos pacientes para lograr una derivación adecuada y asertiva al psiquiatra y evitar una mayor frustración y angustia en ellos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Madoz-Gurpide A, García Rees E. Delusional parasitosis. *Med Clin* 2004;123:66-7.
2. Rodríguez-Cerdeira C, Pera JT, Arenas R. El síndrome de Ekbom: un trastorno entre la dermatología y la psiquiatría. *Rev Colomb Psiquiat* 2010;39:440-7.
3. Hinkle NC. Ekbom Syndrome: A delusional condition of “bugs in the skin”. *Curr Psychiatr Rep* 2011;13:178-86.
4. Campbell EH, Elston DM, Hawthorne JD, Beckert DR. Diagnosis and Management of Delusional Parasitosis. *J Am Acad Dermatol* 2018 Dec 10. pii:S0190-9622(18)33054-8. Review.
5. Mumcuoglu KY, Leibovici V, Reuveni I, Bonne O. Delusional Parasitosis: Diagnosis and Treatment. *Isr Med Assoc J* 2018;20:456-60. Review.
6. Carrillo de Albornoz Calahorra CM, López-Delgado D, Gutiérrez-Rojas L. Morgellons disease treatment with quetiapine. *Med Clin (Barc)* 2019;152(3):118-9.
7. Aung-Din D, Sahni DR, Jorizzo JL, Feldman SR. Morgellons disease: insights into treatment. *Dermatol Online J* 2018;24(11).
8. Hylwa SA, Ronkainen SD. Delusional infestation versus Morgellons disease. *Clin Dermatol* 2018;36:714-8.
9. Middelveen MJ, Fesler MC, Stricker RB. History of Morgellons disease: from delusion to definition. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* 2018;11:71-90.
10. Young P, Finn BC, Bruetman JE, Emery JDC, Buzzi A. William Osler (1849-1919): el hombre y sus descripciones. *Rev Med Chile* 2012;140:1223-32.