

NOVAES; Maria Eduarda Dib<sup>1</sup>, NETO; Celso Medeiros de Souza<sup>2</sup>, LOPES; André Perelló Ferreira Illa<sup>3</sup>, VIANA; Antonio Victor dos Anjos<sup>4</sup>, LEITE; Sarah de Maciel<sup>5</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A Síndrome de Ekbom (SE), também conhecida como delírio dermatozóico, parasitose psicogênica ou delírio parasitário (DP), é uma condição caracterizada por uma percepção própria, delirante e fóbica-obsessiva do indivíduo de que seu corpo está infestado por parasitas. A infestação relatada pelo paciente pode ser descrita por sensações táteis (como prurido e queimação) e visuais, em suas diversas colocações. Geralmente, o ambulatório de dermatologia e clínica médica são os primeiros procurados pelo paciente, seja apenas pela crença da presença de um parasita em sua pele, ou pela associação com automutilação decorrente do incômodo percebido, que manifesta-se como lesões do tipo *dermatitis artefacta*. Por isso, é de suma importância o entendimento da subjetividade de cada paciente, valorizando sua trajetória e sua relação com a doença. **Objetivo:** Uma vez que trata-se de uma doença desconhecida por muitos profissionais, cujo diagnóstico é eminentemente clínico e de exclusão, tem-se como objetivo um estudo sobre o quadro clínico da Síndrome de Ekbom e de seu amplo manejo. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática de relatos de casos sem metanálise que utilizou as bases de dados Medline, UpToDate e Scielo para realizar uma busca com base nos seguintes descritores: Síndrome de Ekbom; delírio parasitário; delírio dermatozóico. Os critérios de inclusão foram artigos publicados nos últimos 10 anos, disponibilizados online, escritos em inglês e português, totalizando 6 artigos utilizados neste trabalho. **Resultados:** A fisiopatologia da Síndrome de Ekbom não é bem esclarecida. Entretanto, existem teorias acerca da mesma, sendo uma delas o envolvimento de lesões em áreas cerebrais como substância subcortical, temporal, sistema límbico e regiões posteriores do hemisfério esquerdo. Em relação à sua prevalência, sendo a DP uma síndrome rara, tem-se um número de 83,21 casos para cada milhão de habitantes, sendo mais incidente em mulheres (3:1 homens), maiores de 50 anos, caucasianos e costuma afetar mais indivíduos sujeitos a isolamento social. Entretanto, considera-se uma condição subnotificada devido ao seu manejo complexo. A SE pode ser classificada como primária, sendo esta idiopática, e secundária, que se divide em funcional (proveniente de causas psiquiátricas pressupostas como Esquizofrenia e Depressão) e orgânica (Diabetes, Acidentes Cerebrovasculares, medicamentos, Insuficiência Renal Crônica e outros). Durante a anamnese de um paciente com suspeita de Síndrome de Ekbom, é necessário se atentar aos principais sinais e sintomas que serão relatados na consulta, além da realização de uma boa anamnese e exame físico. O quadro clínico mais comum que será descrito durante a abordagem é de início insidioso, existindo a correlação por parte do paciente do aparecimento dos parasitas após algum acontecimento marcante (relação sexual ocasional, contato com animais ou proliferação de insetos em sua residência); e com isso, o paciente pode referir erupções cutâneas, prurido, sensação de picada ou rastejamento na pele e parestesia que costumam durar de seis meses a anos até que o diagnóstico seja estabelecido. Essa demora se justifica pelo amplo desconhecimento de médicos em geral acerca desta condição, o que faz com que o paciente tenha história de avaliações anteriores inadequadas em dermatologistas e generalistas, e também podem relatar uso de terapias dermatológicas e anti-infecciosas mesmo sem um diagnóstico previamente fechado. Outrossim, o indivíduo acometido pela DP

<sup>1</sup> Universidade do Grande Rio, mariadibnovaes@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade do Grande Rio, celsomsneto@gmail.com

<sup>3</sup> Universidade do Grande Rio, andreperelloilla@gmail.com

<sup>4</sup> Universidade do Grande Rio, avictorviana123@gmail.com

<sup>5</sup> Universidade do Grande Rio, sarahmacielleite@gmail.com

costuma trazer de forma detalhada à consulta características morfológicas e do ciclo vital dos parasitas, tendo como exemplo de áreas infestadas o couro cabeludo, boca, olhos, região genital ou abaixo da epiderme. Em muitos casos, pode-se observar o "Sinal da caixa de fósforos", que consiste na coleta feita pelo próprio paciente de debris, tecido descamativo, cabelo, crostas e outras substâncias que se aderem às lesões (restos de tecido, partes de insetos, poeira e outros), e os guardam em caixas ou sacos plásticos, afirmando que os parasitas se encontram ali. Isso acontece pelo fato dos pacientes desejarem convencer obstinadamente terceiros sobre a realidade de seu delírio parasitário. Como o diagnóstico é feito por meio da exclusão de outras patologias, os pacientes devem ser cuidadosamente avaliados, sendo descartado infecções parasitárias verdadeiras, hipocondrias e manifestações de outras condições psiquiátricas ou condições médicas gerais (delírio de infestação secundário). A investigação complementar é feita por meio de testes laboratoriais, exame de sangue, incluindo urinálise, função hepática, tireoidiana, eletrólitos, glicemia, função hepática e níveis séricos de Vitamina B12 e folato - principalmente quando um caso é mais sugestivo de um transtorno orgânico. Outros exames que podem ser utilizados em casos de hipótese de síndromes demenciais são o MEEM (Mini Exame do Estado Mental) e exames de imagem. A abordagem terapêutica, além de todo o seguimento do paciente, deve ser multisetorial, de forma que se crie um vínculo de confiança entre o mesmo com os profissionais. A importância do entendimento geral da condição se pauta no objetivo de acolher os desconfortos, frustrações e emoções do sujeito em relação à sua condição, sempre considerando seus aspectos singulares. Associado a isso, o encaminhamento ao psiquiatra e a psicoterapia de forma precoce é primordial como parte da abordagem multidisciplinar e do plano terapêutico. Vale destacar que existem casos em que o paciente apresenta intolerância a medicações antipsicóticas, que são de fundamental importância para a melhora do quadro clínico do paciente. Sendo assim, nessas situações opta-se por seguir o tratamento apenas com sessões de terapia cognitivo-comportamental (TCC), que é a linhagem psicoterápica mais indicada no tratamento de sintomas ansiosos e de angústia. Conclusão: A partir das literaturas analisadas, torna-se perceptível que a Síndrome de Ekbom é complexa e demanda uma atenção integral ao paciente. Além disso, por muitas questões ainda não serem elucidadas sobre a mesma, é importante a fomentação de pesquisas aprofundadas sobre a doença, para que se obtenha uma investigação adequada, considerando-se que o diagnóstico de exclusão é um pilar extremamente relevante na identificação do quadro. Por ter como uma das características principais o prurido, as lesões epidérmicas associadas aos delírios, alucinações e poder estar relacionada à causas secundárias, o paciente precisa de um acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, tornando-se então essencial que o seguimento da síndrome seja de abrangente conhecimento de diferentes especialidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Alucinações, Ekbom, Prurido, Parasitos, Dermatologia, Psiquiatria

<sup>1</sup> Universidade do Grande Rio, mariadibnavaes@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade do Grande Rio, celsomsneto@gmail.com

<sup>3</sup> Universidade do Grande Rio, andreperelloilla@gmail.com

<sup>4</sup> Universidade do Grande Rio, avictorviana123@gmail.com

<sup>5</sup> Universidade do Grande Rio, sarahmaciellete@gmail.com