



Acta Médica Costarricense

ISSN: 0001-6002

actamedica@medicos.sa.cr

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Costa Rica

Raudales-García, Ismael; Flores-Sandí, Grettchen

Delusión parasitaria como causa de denuncia por responsabilidad profesional médica

Acta Médica Costarricense, vol. 49, núm. 4, octubre-diciembre, 2007, p. 230

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43449413>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Cartas al editor

Delusión parasitaria como causa de denuncia por responsabilidad profesional médica

Las denuncias por responsabilidad profesional médica (obligación de los médicos de reparar o satisfacer las consecuencias de actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión), no siempre están justificadas en actuaciones médicas no deseables.¹ El deterioro de la relación médico-paciente, en muchas ocasiones significa pérdida de confianza y actúa como factor generador.¹⁻³ Existen múltiples enfermedades dermatológicas que tienen una base psicógena,⁴ en las que si bien resultan infrecuentes este tipo de denuncias, muchas veces es imposible establecer un puente de comunicación médico-paciente,⁵ necesario para que el médico evite un procedimiento de este tipo.

Una ama de casa, 39 años, con secundaria completa, residente en Alemania desde hacía 12 años, quien viajaba intermitentemente al país, sin antecedentes familiares ni personales de patologías alérgicas o atópicas consulta al dermatólogo en diciembre de 2005, acusaba una historia de tres días de evolución de prurito podálico doloroso súbito, al visitar la playa; se le hizo el diagnóstico de dermatitis facticia, se indica control según evolución y referencia a psiquiatría. Evoluciona sin mejoría clínica y con extensión de su sintomatología a la rodilla, cabeza y al cuero cabelludo. Consulta con otro especialista en enero de 2006, refiriendo parásitos que le caminan en la piel y la punzan; al examen físico presentaba ulceraciones por arrancamiento de la piel principalmente en las plantas, se realizó cultivo de lesiones, se anotó el mismo diagnóstico y que ameritaba "valoración psiquiátrica". Interpuso denuncia por "mala práctica médica", por considerar que el dermatólogo permitió que esos insectos debilitaran su cuerpo y continuaran reproduciéndose.

Fue valorada en la clínica médica forense en febrero de 2006, encontrándose áreas circunscritas generalizadas de descamación,

alopecia, y pústulas en la región temporal derecha; cicatrices hipercrómicas redondeadas planas en los antebrazos y leve descamación palmar bilateral; múltiples cicatrices hipercrómicas redondeadas planas y pústulas en proceso de cicatrización en los miembros inferiores, y descamación puriginosa en la región umbilical, el dorso de ortejos y las plantas de los pies. La interconsulta con dermatología refiere afectación en oídos, nariz, ojo derecho, vagina, ano y *"todos los poros"*. Atribuye sus molestias a *"unos animalitos que caminan por su cuerpo y que se reproducen los viernes y los sábados"*. Evidenció labilidad afectiva e insistió en que deseaba ser valorada por ginecología y oftalmología y estudiada en sus pulmones, intestinos y orina, porque los animalitos habían invadido todo su cuerpo. Al examen físico presentó xerosis cutis, escasas huellas de rascado y mínima descamación, con diagnóstico de delirio de parasitosis.

La delusión parasitaria o delirio parasitario fue originalmente descrita en 1894, y definida como tal por Ekbon en 1938.⁶ Se desconoce su incidencia y prevalencia real.⁷ Van der Schar, en 1986, propuso una clasificación para los trastornos psicocutáneos, entre ellos, las condiciones psiquiátricas primarias que conducen a consulta dermatológica.⁴ En este trastorno, el paciente (generalmente mujer) tiene el convencimiento de que su piel está infestada por parásitos, principalmente ectoparásitos pequeños,^{4,8-10} puede ocurrir sola o asociada con enfermedad médica o psiquiátrica⁹ y con mayor frecuencia entre personas con rasgos obsesivos y paranoides.⁷ La esquizofrenia^{5,7} y la dermatosis facticia⁸ constituyen diagnósticos diferenciales.

Dependiendo de la presentación de los síntomas y de la etapa de presentación, el rango de hallazgos físicos es amplio.^{6,9} La base de la enfermedad es la delusión de la infestación y, aunque es un trastorno psiquiátrico, los pacientes usualmente buscan ayuda de dermatólogos -tal y como ocurrió en este caso-, no se constata enfermedad dermatológica, aunque se observan las exoriaciones producidas al tratar de extraerse el parásito que se alucina. Lo habitual es que estos pacientes lleven varios años de evolución cuando llegan al

psiquiatra, cambian de médico frecuentemente y se complacen con la "incompetencia" de los profesionales consultados.⁵ De ahí la trascendencia de una buena relación médico-paciente; la información debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el paciente, para generar confianza como una manera de prevenir denuncias y, sobre todo, para brindar tratamiento y seguimiento adecuados.

**Ismael Raudales-García
Grettchen Flores-Sandí**

Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial
Correspondencia: ismaelraudales1@yahoo.com / gflores68@racsa.co.cr

Referencias

1. Gisbert JA. Medicina legal y toxicología. Quinta Edición. España: Masson; 1998. P 87.
2. Guzmán Mora F, Franco Delgadillo E, Cadena Gutiérrez M. ¿Por qué demandan a los médicos? En: Guzmán Mora F, Franco Delgadillo E, Rosselli Cock DS. La práctica de la medicina y la ley. Ciudad Colombia: Biblioteca Jurídica Dike; 1999. p. 101-12.
3. Patitó JA, Lossetti OA, Guzmán C, Trezza F, Stingo NR. Tratado de medicina legal y elementos de patología forense. Argentina: Editorial Quorum; 2003. p.41
4. Rodríguez Barreras ME, Mantecón Fernández B, Capó de Paz V, Almeida Lorente JM, González Rubio D, Díaz Fernández R. Delusión parasitaria: a propósito de un caso. Rev Cubana Med Trop 2005; 57 (3). Recuperado el 21 de febrero de 2007 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S037507602005000300015&lng=pt&nrm=iso.
5. Rodríguez R, Almirall PJ, Oramas A, Hechavarria JH, Azze MA, Fernández B, Álvarez M. Estrés y manifestaciones dermatológicas en una población trabajadora bajo exigencias psíquicas. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2002;3:55-61
6. Aw DC, Thong JY, Chan HL. Delusional Parasitosis: Case Series of 8 Patients and Review of the Literature. Ann Acad Med Singapore 2004; 33: 89-94.
7. De la Serna I, Madoz A, Correas J. Delirio parasitario dermatozooico: revisión y puesta al día. Última actualización: domingo, 18 de febrero de 2007. Recuperado el 24 de febrero de 2007 en <http://www.psiquired.com/Inma/dederzoico.asp>
8. Chuh A, Wong W, Zawar V. The skin and the mind. Aust Fam Physician 2006; 35:723-5
9. Le L, Gonski PN. Delusional parasitosis mimicking cutaneous infestation in elderly patients. MJA 2003; 179:209-10
10. Koo, J, Lebwohl A. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. Am Fam Physician 2001; 64:1873-8.