

DELÍRIO DE INFESTAÇÃO PARASITÁRIA ASSOCIADO A DIÁLISE TRATADO COM ARIPIPRAZOL

Carlos DUARTE, Ka Man CHOI, Chiu Leong LI

RESUMO

Apresenta-se o caso de uma senhora chinesa de 75 anos de idade que desenvolveu um delírio de infestação parasitária com alucinações visuais quatro meses após ter iniciado diálise peritoneal. Esta psicose caracteriza-se pela convicção persistente e inabalável de infestação por pequenos organismos vivos, apesar de não existir evidência médica para este facto. A doente não tinha história prévia de perturbações psiquiátricas, apresentava uma diminuição da acuidade visual devido a cataratas e degenerescência macular, não evidenciava deterioração cognitiva e estava medicada com eritropoetina. Durante o curso da psicose apresentou um episódio de alucinações visuais possivelmente relacionado com a síndrome de Charles Bonnet. Após dois meses de tratamento com aripiprazol a sintomatologia psicótica remitiu consideravelmente. O aripiprazol afigura-se como um neuroléptico a considerar no tratamento do delírio de infestação parasitária.

SUMMARY

DELUSIONAL PARASITOSIS ASSOCIATED WITH DIALYSIS TREATED WITH ARIPIPRAZOLE

We report the case of a 75-year-old Chinese lady that presented delusional parasitosis with visual hallucinations four months after starting peritoneal dialysis. This psychosis is characterized by the persistent and unshakable belief of being infested with small living organisms, although there is no medical evidence for this. The patient had no previous history of psychiatric disorders, presented diminished visual acuity due to cataracts and macular degeneration, did not show cognitive deterioration, and was medicated with erythropoietin. During the course of the psychosis she presented an episode of visual hallucinations possibly related to Charles Bonnet syndrome. After two months of treatment with aripiprazole the psychotic symptoms remitted considerably. Aripiprazole is a neuroleptic to consider in the treatment of delusional parasitosis.

C.D., K.M.C., C.L.L.: Serviços de Psiquiatria e de Medicina. Centro Hospitalar Conde de São Januário. Região Administrativa Especial de Macau. República Popular da China

© 2011 CELOM

INTRODUÇÃO

Algumas pessoas podem apresentar uma convicção persistente e inabalável de infestação por parasitas, insectos ou outros pequenos organismos vivos, apesar de não existir evidência médica para este facto. Esta síndrome psiquiátrica é conhecida sobretudo por delírio de infestação parasitária (DIP)¹. As ideias delirantes de infestação referem-se mais frequentemente à pele, mas podem também referir-se aos orifícios ou ao interior do corpo e ao espaço exterior. Estes doentes apresentam frequentemente alucinações, sobretudo tácteis e visuais, cujo conteúdo é congruente com as ideias delirantes de infestação. Muitos doentes tentam tratar-se a si próprios aplicando na pele produtos tóxicos.

O DIP não é específico de uma etnia ou cultura particular, afecta principalmente mulheres com mais 50 anos e pode classificar-se segundo a etiologia como primário ou secundário. No DIP primário não existe causa psiquiátrica ou orgânica subjacente. Habitualmente, quando os psiquiatras se referem ao DIP, estão a referir-se a esta forma, que também é designada por alguns autores por síndrome de Ekbom. (Outros, contudo, usam este epónimo para descrever todos os casos de DIP.) O DIP secundário subdivide-se em funcional e orgânico. Na forma funcional existe uma causa psiquiátrica subjacente como uma esquizofrenia. Na orgânica, a psicose apresenta-se como consequência de situações como acidentes cerebrovasculares, demências, carências vitamínicas, abuso de drogas ou de álcool e insuficiência renal crónica e diálise.

O tratamento do DIP depende do contexto em que se verifica sendo que, nos casos secundários, é primordial tratar-se a situação subjacente. O tratamento farmacológico faz-se essencialmente com neurolépticos. Até há alguns anos, o neuroléptico de primeira escolha para esta psicose era o pimozide, apesar dos seus efeitos secundários e da inexistência de estudos rigorosos justificativos. No entanto, após a introdução dos neurolépticos de segunda geração (atípicos), o neuroléptico de escolha para esta situação passou a ser um atípico². Apresenta-se o caso de uma idosa que, durante um programa de diálise peritoneal, desenvolveu um DIP que foi tratado com aripiprazol.

CASO CLÍNICO

O caso é o de uma senhora de 75 anos de idade de etnia chinesa, observada inicialmente pelo psiquiatra durante um internamento hospitalar em Macau porque referia que a sua pele estava infestada por *bichos*. Na sequência de queixas semelhantes anteriores os exames dermatológicos

efectuados tinham excluído a existência de uma infestação. A observação revelou uma idosa lúcida, orientada e sem alterações da linguagem. A atenção era captável e mantida. A memória e a capacidade de raciocínio estavam conservadas, não existindo deterioração cognitiva. Existiam alucinações visuais de *bichos* que se moviam sobre a pele e no espaço circundante, sem outras alterações da percepção. O humor era disfórico e os afectos eram amplos e congruentes com o conteúdo do pensamento, que não apresentava alterações formais. Verificavam-se ideias delirantes de infestação, não existindo outras ideias delirantes. A doente não tinha *insight* relativamente às alucinações e ideias delirantes.

A psicose tinha-se iniciado dois anos e meio antes, quatro meses após a doente ter começado um programa de diálise peritoneal para o tratamento de insuficiência renal crónica secundária a nefropatia diabética. Durante os quatro meses iniciais de diálise a doente apresentou períodos de ligeiro prurido generalizado. A intensidade do prurido, porém, diminuiu com o começo da psicose, marcado pelo súbito aparecimento de ideias delirantes de infestação e alucinações visuais de *bichos*. Após 11 meses de diálise peritoneal este tratamento foi substituído por hemodiálise. Com esta substituição, as alucinações visuais e ideias delirantes atenuaram-se durante meses; posteriormente, a psicose teve um curso marcado por flutuações na intensidade da sintomatologia. O exame neurológico não revelou alterações significativas, à excepção de acuidade visual diminuída. Fez-se o diagnóstico provisório de DIP secundário à diálise. A doente foi medicada com aripiprazol 7,5 mg p.o. por dia e enviada à consulta de psiquiatria.

Na consulta de psiquiatria a doente descreveu pormenorizadamente a sua suposta infestação. Os *bichos* eram *pretos e brancos*, assemelhavam-se a *cobras* e tinham o tamanho de *um dedo*. Apresentavam-se em grande quantidade, moviam-se sobre a pele sem causarem sensações tácteis e estavam presentes no espaço circundante. A doente considerava-se infestada apenas nas zonas da pele às quais a sua visão tinha acesso. Para terminar a infestação aplicou desinfectantes na pele e na sua casa e utilizou repetidamente uma faca para *raspar os bichos* que via sobre a pele. A doente atribuía a sua infestação ao *medo de cobras* que tinha desde a infância, após *ter sido mordida por uma num pé*. Confirmou-se a inexistência de outras ideias delirantes, alucinações tácteis, alterações formais do pensamento e deterioração cognitiva. A personalidade estava conservada e não apresentava traços psicopatológicos. O comportamento revelava-se adaptado à realidade, à excepção do relacionado com as alucinações e ideias delirantes.

Da avaliação laboratorial efectuada no início do tratamento psiquiátrico destacavam-se as seguintes alterações: ureia 11,1 mmol/l (2,9-8,2), creatinina 607 µmol/l (53,0 – 106,0), glucose 6,90 mmol/l (4,6 – 6,4), triglicéridos 2,65 mmol/l (0.3 - 2.3), ferro 8,1 µmol/l (8,8 – 27,0). As dosagens séricas de vitamina B12, ácido fólico e hormona paratiróide eram normais. O estudo da função hepática e tiroideia não revelou alterações. A serologia para a sífilis foi negativa. A Tomografia Axial Computorizada do cérebro não evidenciou alterações. A Ressonância Magnética do cérebro revelou imagens compatíveis com a presença de alguns pequenos enfartes lacunares no lobo frontal esquerdo. Não se estudou a dosagem sérica de prolactina antes do início do aripiprazol mas, após seis meses de tratamento com este fármaco, esta dosagem era de 108,3 ng/ml (6,0-29,9).

A doente não apresentava história familiar de doenças neuropsiquiátricas nem história de abuso de substâncias ou de perturbações psiquiátricas. Um ano depois do início do DIP, apresentou o seguinte episódio de alucinações visuais. Durante uma sessão de hemodiálise, encontrando-se tranquila, vigil e de olhos abertos, viu subitamente, poucos metros à frente, *uma mulher e duas crianças com cerca de um e três anos de idade*. Estranhou o súbito aparecimento destas pessoas que não tinham características particulares e não pareciam reais. Ao vê-las, *sentiu-se triste porque, se as crianças estavam ali, era porque necessitavam de diálise*. Viu *a mulher e duas crianças* durante segundos; após fechar os olhos durante um instante deixou de as ver e não voltou a vê-las. Não discutiu com as enfermeiras presentes este acontecimento por entender que era desnecessário. Durante este episódio considerou que estava a ver *espíritos*; ao recordar este evento, continuava convicta de os ter visto e não relacionava estas alucinações com as ideias delirantes de infestação. Durante este episódio alucinatório não apresentou cefaleias, convulsões ou hipertensão.

A história médica incluía insuficiência renal, diálise, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, colecistectomia, tireoidectomia parcial para o tratamento de bócio e melanoma da pálpebra esquerda. No início da diálise a doente revelou tristeza e preocupação mas, ao fim de poucas semanas, aceitou bem o tratamento. Durante o programa de diálise, tanto quanto se apurou, não apresentou estados confusionais, depressão clínica ou deterioração cognitiva significativa. A sua acuidade visual estava severamente diminuída no olho esquerdo (20/400), sendo quase normal no direito (20/50), devido a cataratas e degenerescência macular relacionada com a idade, situações que apresentava havia 10 anos. Quando da

observação psiquiátrica inicial estava medicada com 6.000 unidades/semana de eritropoetina humana recombinante (Epo-rHu) para anemia atribuída à falência renal. (Tinha sido medicada com 5.000 unidades/semana de eritropoetina um mês e meio depois de começar a diálise peritoneal e fazia esta dosagem havia cerca de dois meses quando se iniciou a psicose.) Desde que fazia diálise não tinha sido medicada com outros fármacos considerados capazes de induzir alucinações. Na infância evidenciou um desenvolvimento psicomotor normal, não frequentou a escola e viveu com os pais e três irmãos, sendo o ambiente familiar harmonioso. Casou aos 16 anos e teve seis filhos. Dedicou-se à família e trabalhou como vendedora. Quando se evidenciou a psicose estava reformada e vivia com o marido, com quem mantinha uma boa relação.

Um mês depois de se ter iniciado o aripiprazol, a doente referiu ver menos *bichos* e sentir-se menos infestada; a dose diária deste neuroléptico aumentou-se então para 10 mg. Dois meses depois do início do aripiprazol, a doente já não se sentia infestada mas ocasionalmente ainda via *bichos* em seu redor. Seis meses depois de se ter iniciado o aripiprazol, apenas conseguia ver *bichos* no espaço circundante se os procurasse intencionalmente com o olhar, o que raramente acontecia. Aumentou-se a dose diária de aripiprazol para 15 mg e, porque a eritropoetina poderia ser um factor de manutenção das alucinações, suspendeu-se este fármaco.

Porém, três meses depois, a actividade alucinatória não se alterou. Nesta altura, a doente revelava um *insight* limitado e não evidenciava deterioração cognitiva. Não se constataram efeitos secundários causados pelo aripiprazol, se se considerar que a hiperprolactinemia era secundária à diálise.

DISCUSSÃO

O interesse deste caso provém de que ele não apenas evidencia uma rara associação entre diálise e DIP como também confirma a evidência existente de que o aripiprazol é eficaz no tratamento desta psicose. O caso interessa ainda porque chama a atenção para a associação entre eritropoetina e alucinações visuais e para as dificuldades do diagnóstico da síndrome de Charles Bonnet (SCB).

Para se determinar se a relação entre um estado físico geral (como a diálise) e uma perturbação psicótica (como o DIP) é etiológica utilizam-se diversos critérios. Segundo a classificação DSM-IV-TR, estes critérios incluem a presença de uma associação temporal entre a perturbação e o estado físico, a existência de estudos que sugerem haver uma associação directa entre o estado físico

e os sintomas psicóticos, e a perturbação ter características atípicas da perturbação psicótica primária. Vejamos como estes critérios se aplicam neste caso.

Uma expressiva associação temporal entre diálise e DIP verificou-se neste caso: a doente fazia diálise peritoneal havia quatro meses quando se iniciou esta síndrome. Verificou-se também uma associação temporal entre prurido, sintoma comum nos doentes em diálise, e DIP. É importante definir as características desta associação dado existirem duas escolas principais no que respeita à etiologia do DIP. Uma considera que o fenómeno primário é a ideação delirante, que induz as alucinações (perspectiva *cognitiva*). A outra admite que esta psicose reflecte uma ideação delirante que surge como resposta a alucinações, ilusões ou, inclusivamente, sensações reais (perspectiva *sensorialista*). No caso da doente ocorreu prurido antes do início do DIP mas foi impossível estabelecer se este sintoma contribuiu para o desenvolvimento da psicose.

Existem numerosos estudos que demonstram que é possível ocorrer uma associação entre diálise e perturbações psiquiátricas, nomeadamente depressão, estados confusionais, demência e psicose³. Esta associação não surpreende dado que este tratamento, que evoca perda de liberdade e de autonomia, decadência, impotência e morte, origina alterações substanciais do estado físico geral e é geralmente uma experiência intensamente vivida. É ainda de notar que, na cultura da nossa doente, os rins estão na base da essência da vida e associam-se à sexualidade e ao desenvolvimento humano. A palavra diálise em chinês significa literalmente *lavar o rim*, conotando ideias de contaminação, isolamento e vergonha. Existem também alguns estudos que sugerem a existência de uma associação directa entre diálise e DIP. Num deles, o DIP revelou-se durante o segundo ano de diálise e, num outro, iniciou-se após três anos deste tratamento^{4,5}.

Existem ainda estudos que sugerem haver uma outra associação relevante para este caso: a entre eritropoetina e alucinações visuais. Em 1996, Steinberg H et al descreveram esta associação em doentes que faziam diálise⁶. Numa das instituições em que se realizou o estudo, a incidência de alucinações visuais foi de 11,2%, sendo que a dose média de eritropoetina nos doentes com alucinações foi de 6.000 a 12.000 unidades/semana e a duração média entre o início ou o aumento da dosagem deste fármaco e o início das alucinações foi de 4,6 meses. Depois da suspensão da eritropoetina, as alucinações cessaram em 60% dos doentes dentro de um período que variou de uma semana a dois meses. Os autores consideraram que estas alucinações podiam corresponder à SCB. Posteriormente, publicaram-se outras referências

à associação entre eritropoetina e alucinações visuais, mas o assunto não se esclareceu⁷. Quando a nossa doente apresentou as primeiras alucinações de *bichos*, havia cerca de dois meses que estava medicada com eritropoetina. Após a eritropoetina ter sido suspensa (quando já se tinha efectuado seis meses de tratamento com aripiprazol), não se verificaram alterações da sintomatologia alucinatória. Assim, neste caso foi impossível relacionar o início e a suspensão da eritropoetina com o aparecimento e o desaparecimento das alucinações visuais.

Como explicar as alucinações de *uma mulher e duas crianças*, que eram incongruentes com o conteúdo delirante e atípicas de um DIP primário? É possível que tenham sido consequência de uma concomitante SCB. Os critérios de diagnóstico desta síndrome não são consensuais⁸. Alguns utilizam este epónimo para descrever alucinações visuais complexas em pessoas com *insight* preservado, independentemente da existência de lesões cerebrais causais ou de alterações da visão; outros utilizam-no para se referirem a doentes com alucinações visuais complexas e patologia ocular. O conteúdo das alucinações pode consistir em padrões geométricos, pessoas, objectos e cenas panorâmicas. Pode verificar-se um único episódio alucinatório com uma duração de segundos até muitas horas, ou uma sequência de episódios com frequência e complexidade diferentes. Segundo alguns estudos, a prevalência da CSB em pessoas com alterações da visão seria de 10-15%. Numa investigação recente a SCB ocorreu em doentes com uma acuidade visual de 20/40 a 20/1600. O diagnóstico desta síndrome é clínico, admitindo alguns autores que é subdiagnosticada.

Ainda que o diagnóstico da SCB não tenha sido confirmado, a doente apresentava factores de risco para esta síndrome. Para além disso, as alucinações de *uma mulher e duas crianças* tinham características típicas da SCB. Eram bem formadas e ocorreram durante o estado de vigília; apareceram quando estava de olhos abertos e desapareceram após os fechar durante um instante. A doente admitiu que *a mulher e duas crianças* não eram reais e revelou algum *insight* ao atribuir estas alucinações à presença de *espíritos* considerando-se, que no seu contexto cultural, se aceita que se podem ver espíritos. Apresentava uma psicose o que, segundo alguns autores, excluiria o diagnóstico da SCB. No entanto, esta síndrome pode co-ocorrer com sintomas psicóticos: num caso recente de SCB, uma doente apresentou alucinações visuais culturalmente influenciadas associadas a depressão *major* e alucinações olfactivas⁹.

À semelhança de outros casos em que o aripiprazol se revelou eficaz no tratamento do DIP, o resultado do

tratamento com este neuroléptico foi positivo, tendo-se obtida uma remissão considerável da sintomatologia psicótica¹⁰. O aripiprazol tem um mecanismo de acção inovador que o diferencia dos neurolépticos existentes: é agonista parcial dos receptores D2 da dopamina e dos serotoninérgicos 5-HT1A e antagonista dos receptores 5-HT2A¹¹. Apresenta um perfil metabólico favorável e um perfil de efeitos secundários benigno. Tem uma limitada propensão para causar hiperprolactinemia (<5% dos casos, segundo alguns estudos), facto importante pois, a longo prazo, esta situação está associada a sequelas como a osteoporose e, possivelmente, o cancro da mama¹².

A doente apresentou uma dosagem sérica de prolactina elevada após ter estado medicada com aripiprazol durante seis meses, mas esta hiperprolactinemia era, muito possivelmente, consequência da diálise.

Dentro das limitações deste caso inclui-se o facto de ter sido impossível caracterizar possíveis associações entre prurido e actividade delirante e entre eritropoetina e alucinações visuais e a não confirmação do diagnóstico da SCB.

CONCLUSÃO

Para concluir, o DIP era secundário à diálise porque existia uma associação temporal entre as duas situações, há estudos que sugerem haver uma associação directa entre ambas, e a síndrome não era melhor explicada por uma perturbação psicótica primária. Estavam presentes os critérios para o diagnóstico de Perturbação psicótica secundária a um estado físico geral causado por uma situação médica (DSM-IV-TR 293.8x) e Perturbação delirante orgânica (CID-10 F06.2). Este caso aponta para o interesse de se investigarem as associações entre eritropoetina e alucinações visuais e entre a SCB e outras perturbações psiquiátricas e reforça a evidência existente de que se pode utilizar o aripiprazol como neuroléptico de primeira escolha no tratamento do DIP.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. BERRIOS GE: Tactile hallucinations: conceptual and historical aspects. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1982;45:285-293
2. LEPPING P, RUSSELL, FREUDENMANN RW: Antipsychotic treatment of primary delusional Parasitosis. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2007;191:198-205
3. PHIPPS A, TURKINGTON D: Psychiatry in the renal unit. *Adv Psychiatr Treat* 2001;7:426-432
4. MENDIOLA NR, MERINO JL, MORCILLO et al: Trastorno adaptativo con delirio dermatozoico de infestación en doente en hemodiálisis. *Nefrología* 2007;27(5):658-9
5. KAISER F, MAQSOOD H: Ekbom's syndrome and renal dialysis: case report. *Rawal Med J* 2005;30(2):94-5
6. STEINBERG H, SARAVAY SM, WADHWA N, POLLACK S, MAESAKA J: Erythropoietin and visual hallucinations in patients on dialysis. *Psychosomatics* 1996;37:556-563
7. VAN DEN BENT MJ, BOS GMJ, SMIT PAES et al: Erythropoietin induced visual hallucinations after bone marrow transplantation. *J Neurol* 1999;246:614-6
8. FFYTICHE DH: Visual hallucinations in eye disease. *Curr Opin Neurol* 2009;22:28-35
9. GHAFARINEJAD A, TOOFANI K: Report of an Atypical Form of Charles Bonnet Syndrome with Specific Characteristics in a Middle-aged Woman with Major Depressive Disorder. *JRMS* 2005;10(4):248-50
10. BENNASSAR A, GUILBERT A, ALSINA et al: Treatment of delusional parasitosis with aripiprazole *Arch Dermatol* 2009;145(4):500-1
11. DAVIES MA, SHEFFLER DJ, ROTH BL: Aripiprazole: A Novel Atypical Antipsychotic Drug With a Uniquely Robust Pharmacology. *CNS Drug Reviews* 2004;10(4):317-36
12. BUSHE C, SHAW M, PEVELER RC: A review of the association between antipsychotic use and hyperprolactinaemia. *J Psychopharmacol* 2008;22(2):46-55

