

Síndrome de Ekbon como manifestación de una colecistitis xantogranulomatosa

Javier Moreno-Díaz¹, Ester Artajona-Rodrigo¹, María José Arche-Banzo², Clara Jaqués-Andrés², Daniel Pérez-Tausía³, Jorge Escartín-Valderrama⁴, Raquel Morellón-Baquera⁵

¹Medicina Interna, Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

²Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

³Unidad de Psiquiatría, Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

⁴Cirugía General y Digestivo, Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

⁵Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

Recibido: 05/06/2024

Aceptado: 06/09/2024

En línea: 31/12/2024

Citar como: Moreno-Díaz J, Artajona-Rodrigo E, Arche-Banzo MJ, Jaqués-Andrés C, Pérez-Tausía D, Escartín-Valderrama J, Morellón-Baquera R. Síndrome de Ekbon como manifestación de una colecistitis xantogranulomatosa. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2024 (diciembre); 9(3): 120-122. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9n3a5>.

Cite this as: Moreno-Díaz J, Artajona-Rodrigo E, Arche-Banzo MJ, Jaqués-Andrés C, Pérez-Tausía D, Escartín-Valderrama J, Morellón-Baquera R. Ekbon syndrome as a manifestation of xanthogranulomatous cholecystitis. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2024 (December); 9(3): 120-122. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9n3a5>.

Autor para correspondencia: Javier Moreno Díaz. jmorenod@salud.aragon.es

Palabras clave

- ▷ Síndrome de Ekbon
- ▷ Colecistitis xantogranulomatosa
- ▷ Vesícula biliar
- ▷ Delirio

Resumen

El síndrome de Ekbon es un trastorno psiquiátrico en el que el paciente cree estar infestado por bacterias, virus o gusanos, pudiendo ser un trastorno primario o secundario. Se presenta un caso de un varón de 72 años con un delirio de infestación como única sintomatología, sin sospecha inicial de cuadro orgánico de base por tener una exploración física normal y analíticas sin marcadores de infección o inflamación elevados. Durante el ingreso, el paciente fue trasladado a Cuidados Intensivos por cuadro de *shock*, demostrándose en TAC abdominal cuadro compatible con colecistitis aguda sobre una colecistitis crónica de tipo xantogranulomatosa. Los trastornos de infestación son raros como delirio secundario, por lo que es importante conocer que en pacientes mayores pueden estar asociados a cuadros orgánicos larvados.

Keywords

- ▷ Ekbon syndrome
- ▷ Xanthogranulomatous cholecystitis
- ▷ Gallbladder
- ▷ Delirium

Abstract

Ekbon syndrome is a psychiatric disorder in which the patient believes that is infested with bacteria, viruses, or worms. It can be a primary or secondary disorder. We present a 72-year-old man with a delusion of infestation as the only symptom, without an initial suspicion of an underlying organic condition due to normal physical examination and blood test results showing no elevated markers of infection or inflammation. During admission, the patient was transferred to Intensive Care due to shock, with an abdominal CT scan revealing findings consistent with acute cholecystitis over chronic xanthogranulomatous cholecystitis. Infestation disorders are rare as secondary delusions, so it is important to recognise that in elderly patients, they may be associated with hidden organic conditions.

Puntos destacados

- ▷ Es necesaria la búsqueda activa de patología orgánica en pacientes con sintomatología psiquiátrica poco habitual, más incluso sin historia previa de enfermedades psiquiátricas de base.
- ▷ En patologías crónicas o con síntomas muy larvados el diagnóstico se complica, siendo necesario realizar pruebas complementarias de despistaje como la ecografía clínica.

Introducción

El síndrome de Ekbon o parasitosis delirante es una condición psiquiátrica poco común en la que el síntoma principal es el delirio de estar infestado con organismos vivos como parásitos, bacterias, virus, insectos o gusanos.

El síndrome no debe confundirse con acarofobia, parasitofobia, dermatofobia o entomofobia, ya que los pacientes no tienen miedo del insecto o parásito.

Ocurre a cualquier edad, generalmente de manera equitativa en hombres y mujeres antes de los 50 años, pero después de esa edad es más común en mujeres, en una proporción de 2:1. La distribución es bimodal, con un pico entre los 20 y 30 años de edad y otro después de la quinta década de vida. Ocurre más en la población caucásica, con una incidencia anual de 20 casos por millón de habitantes¹. Lepping *et al.*² proponen una clasificación:

1. Parasitosis delirante primaria.
2. Parasitosis delirante secundaria a otras condiciones:
 - A. Síntomas concomitantes con otro trastorno psiquiátrico.
 - B. Síntomas secundarios a enfermedad neurológica u otra condición médica.
 - C. Síntomas secundarios a psicosis inducida por sustancias.

En el caso que presentamos el desencadenante del proceso psiquiátrico fue la infección de colecistitis xantogranulomatosa, una entidad rara que produce una enfermedad inflamatoria crónica de la vesícula biliar, consistente en múltiples nódulos intramurales amarillo-marrones que se caracterizan por una fibrosis extensa y células espumosas.

Caso clínico

Antecedentes

Presentamos el caso de un paciente de 72 años con antecedentes de:

- Hipertensión y dislipidemia. No fumador ni bebedor.
- Miocardiopatía dilatada con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 30%; estudio coronario sin alteraciones. Sin ingresos por descompensación cardíaca.
- Insomnio y cambios de comportamiento desde el año 2022, sin evidencia de demencia en el estudio realizado por Neurología. Coincidió en el tiempo con la prescripción de sacubitrilo, por lo que se retiró y mejoró la clínica.

Tratamiento: omeprazol 20 mg/24 horas, carvedilol 6,25 mg dos veces al día, valsartán 80 mg/24 horas, empagliflozina 10 mg/24 horas, eplerenona 25 mg/24 horas, tamsulosina/dutasterida/24 horas, y zolpidem y lormetazepam en caso de insomnio. Ningún fármaco se había empezado recientemente.

Enfermedad actual y exploración física

El paciente acudió al servicio de Urgencias debido a que creía tener bichos arrastrándose por todo el cuerpo y en su habitación desde hacía dos días. Queriendo evitar infectar a todo el personal que le atendía, contaba con gran angustia que había bacterias y gusanos en su cama, subiendo por sus piernas, y que ya estaba muerto; su esposa contaba que se había estado mirando en el espejo para asegurarse de que todavía estaba vivo.

Durante su estancia en el departamento de Urgencias fue necesaria la contención física y farmacológica con haloperidol debido al riesgo de autolesiones; una tomografía computarizada (TC) del cerebro no mostró anomalías.

Se realizó analítica con valores de hemograma, bioquímica (incluido proteína C reactiva y procalcitonina) y analítica de orina sin alteraciones. También se realizó una radiografía de tórax, que no evidenció patología subyacente.

Ingresado en Medicina Interna, se solicitó colaboración al servicio de Psiquiatría y se inició tratamiento con olanzapina a una dosis de 10 mg cada 12 horas, con mejoría de la ansiedad causada por las vivencias del paciente.

Durante su estancia en planta, el examen físico no mostró signos de insuficiencia cardíaca, dolor abdominal ni signos de infección. El examen neurológico fue rigurosamente normal, estando orientado en tiempo, espacio y persona en todo momento a pesar del delirio evidenciado.

Al quinto día de ingreso, el paciente sufrió un episodio presincopeal mientras estaba de pie, con tensión arterial sistólica (TAS) de 70 mmHg.

El resto de constantes fueron: temperatura 36,4°C, frecuencia cardíaca 100 lpm; SatO₂ 92%. Se realizó un ECG: ritmo sinusal a 110 lpm, imagen de bloqueo de rama izquierda ya conocido previamente.

La exploración física no demostró crepitanes o roncus en ningún campo pulmonar durante, y no había dolor abdominal a la palpación abdominal ni alteraciones neurológicas compatibles con cuadros isquémicos agudos.

Después de acostar al paciente y administrar terapia de fluidos (1000 cc de solución salina en 20 minutos), la TAS se mantenía en 70 mmHg, por lo que ingresó en la unidad de Cuidados Intensivos bajo sospecha de shock cardiogénico por antecedentes, aunque no tenía estigmas de insuficiencia cardíaca.

En las primeras horas fue necesaria la infusión de noradrenalina ante la situación de shock, descartándose insuficiencia cardíaca también por ecografía clínica, pero sí se objetivaba una vesícula biliar altamente dilatada sin litiasis groseras en su interior.

Pruebas complementarias

Tomografía computarizada urgente (figura 1). Vesícula biliar distendida que medía 90 x 55 mm, con varias microlitiasis hipodensas y con engrosamiento y laminación de su pared anterior presentando colecciones inflamatorias intramurales y varias pequeñas burbujas de aire. Los hallazgos eran compatibles con colecistitis aguda complicada, con formación de abscesos y gas intramural anterior.

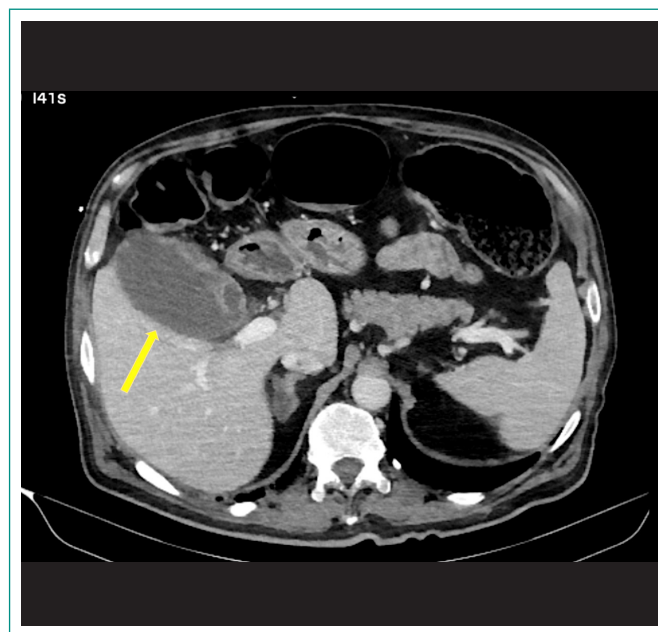


Figura 1. TC abdominal mostrando dilatación de vesícula biliar.

Evolución

Ante estos hallazgos se indicó intervención quirúrgica por shock séptico secundario a colecistitis aguda.

La cirugía y la posterior recuperación en la unidad de Cuidados Intensivos y Medicina Interna fueron satisfactorias, con recuperación funcional total del paciente. El delirio desapareció durante su estancia en la unidad de Cuidados Intensivos sin administración de olanzapina.

La anatomía patológica de la vesícula biliar no mostró alteraciones en la mucosa, pero demostró un infiltrado extenso de grandes agregados de células histiocíticas espumosas, junto con linfocitos y células plasmáticas, afectando extensamente al tejido adiposo perivesicular.

Todo esto era consistente con una colecistitis xantogranulomatosa (figura 2).

El fluido biliar fue cultivado por el servicio de Microbiología, creciendo *Escherichia coli* sensible a todos los antibióticos testados.

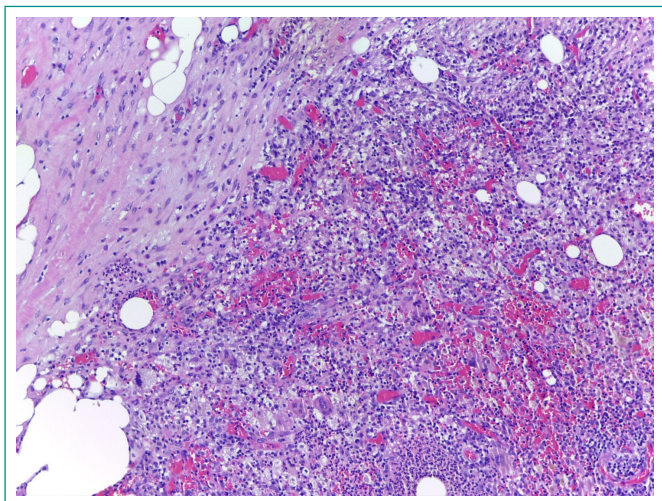


Figura 2. Imagen histológica (10x): La parte derecha corresponde a infiltrado inflamatorio con predominio de agregados de células histiocitarias y la parte izquierda a la capa muscular de la vesícula biliar.

Diagnóstico

Colecistitis crónica xantogranulomatosa agudizada como desencadenante de síndrome de Ekbom.

Discusión y conclusiones

El síndrome de Ekbom es un trastorno psiquiátrico raro que debe ser evaluado cuidadosamente en pacientes sin síntomas psiquiátricos previos y cuyo inicio no se alinea con la epidemiología de esta condición.

Los medicamentos antipsicóticos utilizados en este síndrome son útiles para controlar los síntomas iniciales, pero no se debe olvidar buscar otras enfermedades subyacentes. En nuestro caso, la ausencia de otros síntomas o signos y la falta de elevación de los reactantes de fase aguda en las pruebas de laboratorio llevaron a un retraso en el diagnóstico final, y se consideró incluso inicialmente como una forma primaria. Por lo tanto, el diagnóstico de colecistitis y los hallazgos de la anatomía patológica fueron sorprendentes.

En una serie de 21 pacientes³, 15 (71,5%) tenían dolor, 5 (23,8%) tenían un signo de Murphy positivo y solo 2 (9,5%) tenían fiebre. Los hallazgos ecográficos demostraron colecistitis crónica en 16 (76,2%) pacientes.

Makimoto *et al.*⁴ analizaron 1513 pacientes colecistectomizados, con solo 21 (2%) pacientes diagnosticados con colecistitis xantogranulomatosa según la anatomía patológica. De esa serie, 2 (6,5%) pacientes fueron asintomáticos, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente en 18 (58,1%) pacientes.

Conocemos que la colecistitis crónica es una entidad que puede pasar desapercibida y, debido a sus síntomas sutiles, puede ser fácilmente ignorada. Tras el proceso, el paciente ha sido reevaluado en consultas externas, sin reaparición del delirio.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso.

Bibliografía

1. Muñoz H, Bayona L. Síndrome de Ekbom: a propósito de un caso. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015; 44(1): 61-65. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.001> (último acceso oct. 2024).
2. Lepping P, Russell I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2007; 191: 198-205. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.029660> (último acceso oct. 2024).
3. Yabanoglu H, Aydogan C, Karakayali F, Moray G, Haberal M. Diagnosis and treatment of xanthogranulomatous cholecystitis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2014; 18(8): 1170-1175. Accesible en: <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/1170-1175.pdf> (último acceso oct. 2024).
4. Makimoto S, Takami T, Hatano K, Kataoka N, Yamaguchi T, Tomita M, *et al.* Xanthogranulomatous cholecystitis: a review of 31 patients. *Surg Endosc.* 2021; 35(7): 3874-3880. doi: <https://doi.org/10.1007/s00464-020-07828-6> (último acceso oct. 2024).