



RELATOS DE CASOS

Infestação delusional: relato de seis casos

Delusional infestation: a case report of six patients

Sidnei Silva¹

orcid.org/0000-0001-7231-7216
sidnei.silva@ini.fiocruz.br

Celina Mannarino¹

orcid.org/0000-0001-9953-3453
celina.mannarino@ini.fiocruz.br

Gisele Silva Dias¹

orcid.org/0009-0002-9295-0726
gisele.dias@ini.fiocruz.br

**Clarisse da Silveira
Bressan¹**

orcid.org/0000-0003-3870-871X
clarisse.bressan@ini.fiocruz.br

**Leonardo Imenes de
Pinho¹**

orcid.org/0009-0005-2027-6172
leonardo.imenes@ini.fiocruz.br

Graziela Maria Zannini¹

orcid.org/0000-0003-4466-3124
graziela.zanini@ini.fiocruz.br

**Elizabeth de Souza
Neves¹**

orcid.org/0000-0002-9148-2070
elizabeth.neves@ini.fiocruz.br

Recebido em: 20 fev. 2025.

Aprovado em: 22 out. 2025.

Publicado em: 01 dez. 2025.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
 Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Resumo: Infestação delirante ou parasitose delusional é uma psicose caracterizada pela forte impressão de ser infestado por um organismo vivo. Os pacientes não apresentam outras manifestações além das desordens delusionais, mas condições psiquiátricas são comuns, especialmente a depressão. Os autores reportam uma série de seis pacientes com infestação delusional atendidos em um serviço de referência para doenças infecciosas. Todos os pacientes tinham histórico de diversos atendimentos médicos e foram submetidos a vários tratamentos parasitológicos. Resistência em admitir a etiologia delusional é uma constante nesses pacientes, e, devido a essa resistência, cinco pacientes abandonaram o acompanhamento. Apenas um paciente apresentou alguma melhora com os antipsicóticos prescritos. O manejo da infestação delusional é um desafio, exigindo cuidado e esforços de uma equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Infestação delirante, parasitose delusional de Ekbom, parasitose psicogênica.

Abstract: Delusional infestation, or delusional parasitosis, is a psychosis characterized by the strong impression of being infested by a living organism. Patients do not present with manifestations other than delusional disorders, but psychiatric conditions are common, especially depression. The authors report a case series of six patients with delusional infestation treated at a reference service for infectious diseases. All patients had a history of previous medical visits and had undergone various parasitological treatments. Resistance to admit a delusional etiology is a constant in these patients, and because of this resistance, five patients abandoned follow-up. Only one patient showed some improvement in symptoms with the prescribed antipsychotics. Managing delusional infestation is a challenge, and the care and efforts of a multidisciplinary team are required.

Keywords: Delusional infestation, delusional parasitoses, Ekbom delusional parasitoses, psychogenic parasitosis.

Introdução

A infestação delirante, ou parasitose delirante, é uma psicose hipocôndrica monossintomática caracterizada pela forte impressão de estar infestado por um organismo vivo. Os pacientes não apresentam alterações cognitivo-comportamentais além dos transtornos delirantes; no entanto, esse transtorno afeta sua qualidade de vida e limita suas atividades profissionais (1).

Condições psiquiátricas passadas ou concomitantes são relatadas em aproximadamente 80% dos pacientes, sendo a depressão a mais frequente (74%), seguida de abuso de substâncias (24%) e ansiedade (20%). A infestação delirante geralmente surge após a quinta década de

¹ Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

vida e ocorre com mais frequência em mulheres do que em homens (3:1) (2).

Os critérios para o diagnóstico de infestação delirante são a duração dos sintomas por mais de 30 dias, ausência de outras queixas e ausência de alterações de humor, exceto aquelas relacionadas à queixa principal, ou em caso com comorbidades. Os sintomas são interpretados como sensações táteis delirantes; entretanto, é necessário um exame físico cuidadoso para descartar outras causas. Os pacientes podem apresentar escoriações, incluindo sinais de arranhões, erosões e cortes, além de lesões cutâneas causadas por lavagem obsessiva ou aplicação agressiva de substâncias ou cáusticas na pele. Para demonstrarem sua infestação, os pacientes costumam levar para a consulta uma caixinha ou um saco com fecho *zip-lock* com o material a ser examinado (2,3). Devido à etiologia psicogênica da infestação delirante, a abordagem médica é desafiadora e necessita da colaboração de profissionais de múltiplas disciplinas, como Doenças Infecciosas, Dermatologia, Parasitologia e Psiquiatria.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo relato de caso, de pacientes ambulatoriais, realizado por meio da coleta de dados em prontuário eletrônico e laboratório de parasitologia de um serviço de referência em Infectologia. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, da Fundação Oswaldo Cruz, sob o parecer substanciado número 6.795.855, com dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

Relato dos casos

Caso 1

Uma paciente do sexo feminino, de 68 anos, foi encaminhada para uma investigação de ectoparasitos. Seus sintomas começaram com coceira intensa "após tocar em lenha contendo carrapatos". Ela havia sido tratada com deltametrina,

ivermectina e dexclorfeniramina, sem melhora. Ao exame não havia lesões cutâneas, o hemograma e a bioquímica sanguínea foram normais e o teste de raspado cutâneo para ectoparasitos foi negativo. Foi encaminhada ao ambulatório de psicodermatose e recebeu uma prescrição de pimozida e fluoxetina sem adesão. Dois meses depois, a paciente retornou ao serviço de infectologia com as mesmas queixas, quando lhe foi prescrito creme de mometasona e sabonete neutro e ela foi encaminhada ao ambulatório de psicodermatose; entretanto, a paciente não retornou a nenhuma das unidades.

Caso 2

Uma paciente do sexo feminino, de 77 anos, queixava-se de prurido anal, já tendo feito uso de pamoato de pirvínio e tiabendazol sem melhora, e evoluindo com a eliminação de larvas, pelo ânus, que percorriam todo o seu corpo. A paciente tinha lúpus, tomava azatioprina 50 mg três vezes por semana e fazia uso crônico de nitazoxanida. Ao exame físico apresentava icterícia ++/4 sem outras alterações. Ela foi orientada a suspender a nitazoxanida e foram solicitados ultrassonografia abdominal, hemograma completo e testes de função hepática, além da investigação parasitológica de fezes. Ao ter sido informada de que os exames parasitológicos foram negativos, a paciente abandonou o tratamento e não realizou os demais exames.

Caso 3

Um paciente do sexo masculino, de 45 anos, com queixa de tosse seca, rouquidão, cefaleia, mialgia, astenia, febre vespertina não medida e perda de 12 kg em 30 dias. O exame físico foi normal e as investigações para COVID-19, pneumonia, tuberculose e infecção de vias aéreas foram negativas. O hemograma e a bioquímica sanguínea estavam normais. Nas consultas subsequentes, ele apresentou ansiedade progressiva e sintomas persistentes e relatou expectoração de vermes vivos. Os exames macroscópico e microscópico do material expectorado não revelaram características do parasito; entretanto,

foi observado um material semelhante a fibras, como fragmentos de "fio dental" (**Figura 1**), e a investigação parasitológica das fezes foi negativa. Mesmo assim, fez uso de ivermectina e nitazoxanida por conta própria, sem melhora. O

paciente retornou ao ambulatório com ansiedade e depressão mais uma vez, mas, quando lhe foi sugerido atendimento conjunto com psiquiatra, abandonou o acompanhamento.

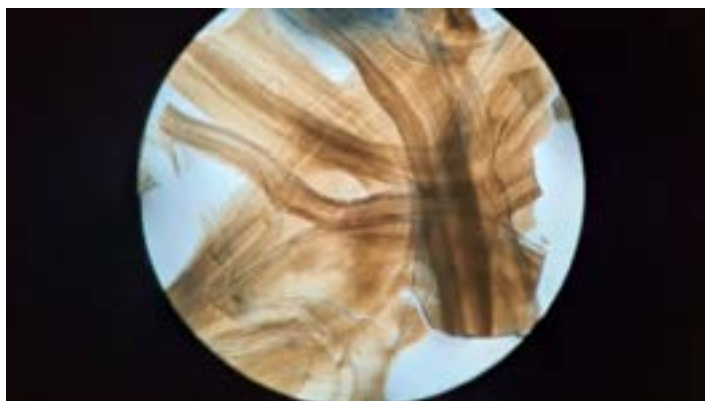


Figura 1 – Fotografia, obtida por telefone celular adaptado a microscópio ótico Nikon E200 e objetiva com aumento 10x, de artefato semelhante a fio dental encaminhada por paciente. Não havia características compatíveis com vermes adultos ou seus fragmentos, insetos ou ectoparasitos.

Caso 4

Uma paciente do sexo feminino, de 59 anos, com diabetes mellitus controlado com insulina e histórico de depressão não tratada, queixou-se de pruridos perineal e genital noturnos há meses. Relatou ter realizado vários esquemas de tratamento para candidíase vaginal e infecção urinária sem melhora, tendo sido diagnosticada com enterobiase em outra unidade de saúde. Havia sido tratada com albendazol, pamoato de pirvínio, nitazoxanida, ivermectina, secnidazol, mebendazol e metronidazol sem alívio dos sintomas. A investigação parasitológica de fezes foi negativa. Nas consultas subsequentes, ela apresentou aumento de ansiedade e queixa de contínua eliminação anal de vermes, o que não foi observado no exame ectoscópico. Uma nova investigação parasitológica foi negativa. Na semana seguinte, a paciente levou uma amostra do material eliminado acondicionado em álcool 70%, que se mostrou compatível com fibras vegetais. No total, a paciente foi submetida a cinco exames parasitológicos de fezes e a exames de fita gomada, todos negativos. A paciente apresentava grande angústia por estar com um verme

não identificado pelos médicos, mas recusou tratamento psiquiátrico conjunto e abandonou o acompanhamento.

Caso 5

Um paciente do sexo masculino, de 62 anos, com um único rim (doador de transplante), que morava com duas irmãs (uma que recebeu o rim e outra que faleceu recentemente de COVID-19) e sua mãe, e que tem doença de Alzheimer. Foi internado por COVID-19 um ano antes e, em seguida, começou a reclamar de "coisas saindo da boca", que chamava de larvas. Foi diagnosticado com candidíase e recebeu uma prescrição de nistatina oral sem melhora. Informou que as "larvas" saíam pelo ouvido, pelo nariz, pela boca e pelo ânus. Na primeira consulta, o paciente apresentava-se confuso, com fala prolixa e crises de choro, indicando medo de morrer. Não havia outras alterações no exame físico. Os exames complementares foram normais, exceto a tomografia de tórax, que foi compatível com doença pulmonar intersticial fibrosante. Foram prescritos 20 mg de paroxetina com pouca melhora. Nas

consultas subsequentes, foi iniciada quetiapina devido ao agravamento da depressão. A investigação parasitológica das fezes e dos materiais do paciente (muco nasal e *swab* do conduto auditivo externo) foi negativa. Quinze dias após o início da quetiapina, o paciente apresentou melhora acentuada da depressão. Não havia menção de liberação de larvas e o paciente foi encaminhado para uma unidade psiquiátrica.

Caso 6

Uma paciente do sexo feminino, de 68 anos, sem comorbidades, queixava-se de vermes no púbis e na genitália. Na consulta, apresentava-se muito prolixa e com crises de choro. Contou que foi obrigada a fechar seu escritório porque um raio passava pelo encanamento, além de ter tido histoplasmose "em todo o tronco e [nos] membros superiores". O exame físico foi normal e não havia lesões cutâneas. A microscopia de raspados da região inguinal e dos pelos pubianos não revelou patógenos. Nas consultas seguintes, foi indicada a necessidade de acompanhamento com psiquiatra, mas a paciente recusou e não retornou.

Discussão

A etiologia da infestação delirante ainda não foi determinada, embora haja a hipótese de deterioração do funcionamento do transportador de dopamina do estriado, com consequente aumento da dopamina extracelular (2,3). Essa manifestação psicótica, embora incomum, é encontrada principalmente em clínicas dermatológicas e psiquiátricas, mas também em clínicas de doenças infecciosas (4).

Na forma primária da infestação delirante, o paciente não apresenta nenhum outro transtorno psiquiátrico ou orgânico, sendo um transtorno primário do pensamento relacionado ao julgamento (5). O delírio é um julgamento patologicamente falsificado, caracterizado por uma convicção extraordinária, não refutável por argumentação lógica. O delírio corresponde a uma transformação global do sentido da realidade, incompreensível para outras pessoas, que provoca grande sofrimento psíquico, isolamento e prejuízo na

qualidade das vidas pessoal e familiar e na saúde geral, além de limitar o desempenho profissional. Em até 15% dos casos, ocorre o delírio compartilhado (*folie à deux*); ou seja, o paciente faz com que uma pessoa próxima acredite no delírio; no caso da infestação delirante, com que acredite que também esteja "infectado" (2,5).

Todos os pacientes tinham história prévia de diversas consultas médicas com a mesma queixa, foram submetidos a diversos exames parasitológicos e tiveram diferentes materiais biológicos analisados. Da mesma forma, todos já haviam recebido vários esquemas de tratamento parasitológico ou acaricida. Apenas um paciente (Caso 5) aceitou o tratamento psiquiátrico e melhorou os sintomas. Considerando a complexidade dos casos e o fato de os pacientes estarem convencidos de estarem infestados por organismos vivos como parasitos e insetos e, mais raramente, por vírus e bactérias, a interação entre profissionais médicos e parasitologistas/entomologistas é fundamental no diagnóstico diferencial e manejo do paciente.

Embora não haja exame específico ou protocolo definido para o diagnóstico da parasitose delirante, os laboratórios utilizam os exames disponíveis para descartar infestações reais ou outras doenças. Em geral, o material que os pacientes levam voluntariamente aos médicos ou profissionais de saúde consiste em escamas de pele, crostas de lesões cutâneas em cicatrização, sangue coagulado, cabelos, fragmentos de unha, plantas, fibras, sujeira, areia e fragmentos de insetos, como moscas e formigas. Ocasionalmente o material vem acompanhado de uma nota ou carta autoexplicativa, contendo informações sobre os sintomas e o tratamento já utilizado e descrevendo a frustração de não atingir o diagnóstico esperado (6,7). Nas amostras apresentadas nessa série de casos, os exames foram realizados conforme a solicitação médica.

Os testes parasitológicos específicos empregados foram: (i) técnica de Kato-Katz para quantificar a presença de vermes-ovos em quantidade padronizada de fezes, clarificando a amostra com solução de glicerol e verde malaquita; (ii) técnica

de Baermann-Moraes, baseada no termo-hidrotropismo ativo e na migração de larvas de vermes; (iii) técnica de Graham para ovos de *Enterobius vermicularis* (oxiúros), baseada na recuperação dos ovos da região perianal utilizando fita adesiva; e (iv) técnica de tamização para a identificação de pequenos vermes adultos ou seus fragmentos, considerando as suposições/queixas iniciais (8).

Em um estudo realizado na Clínica Mayo com 108 pacientes (9), nenhum apresentava evidências de infestação cutânea. O principal diagnóstico foi dermatite, seguida de úlceras e inflamações cutâneas inespecíficas. Nesse estudo, 29 pacientes foram submetidos a exame parasitológico de fezes, sendo que um deles foi positivo para *Chilomastix mesnili*, um comensal intestinal não patogênico, e sua presença em amostras de fezes não está relacionada a sintomas, diferentemente do *Enterobius vermicularis*, um agente patogênico. Todos os demais exames de fezes foram negativos para parasitos.

Quando enviadas ao laboratório, as amostras não fecais de diversos tipos, às vezes colhidas pelo próprio paciente, são submetidas a uma análise macroscópica na tentativa de se identificar características de pequenos vermes adultos ou seus fragmentos, artrópodes (ectoparasitos) ou insetos. O uso de lupa estereoscópica e microscópio óptico auxilia na observação mais detalhada de pequenos objetos e suas superfícies, permitindo a diferenciação das características descritas para helmintos nematoides, como cutículas, espículas e traços característicos do trato digestivo, poros genitais e aletas cervicais.

A raspagem de pele para determinar a presença de ectoparasitos foi outro método utilizado para a avaliação de casos suspeitos de infestação. Após a raspagem da pele, os fragmentos foram tratados com solução de KOH 10% para clarificação e posterior identificação de possíveis formas evolutivas de ectoparasitos, como ovos e adultos de *Sarcoptes scabiei* e outros ectoparasitos. Os resultados da análise, no entanto, foram negativos.

A fisiopatologia da infestação delirante pode estar associada a um comprometimento do me-

tabolismo da dopamina (2,3). Os pacientes procuram tratamento e uma cura potencial de vários médicos especialistas. Uma abordagem multidisciplinar é essencial na avaliação diagnóstica de indivíduos com infestação delirante para excluir uma infecção parasitária real, incluindo: exame dermatológico detalhado; avaliação psiquiátrica; exames complementares clínico-patológicos, parasitológicos e bacteriológicos; e eventualmente biópsia com exame histopatológico.

O acolhimento do sofrimento do paciente pelo médico é fundamental, e isso inclui não questionar o paciente quanto à veracidade do quadro, fazendo-o sentir que está sendo levado a sério e considerando a alta resistência do paciente em reconhecer a natureza psiquiátrica do seu problema. O tratamento com medicamentos antipsicóticos é imperativo; no entanto, os pacientes com infestação delirante frequentemente recusam o tratamento com drogas psicoativas. O uso de antipsicóticos teve impacto positivo no Caso 5. Os antidepressivos podem aliviar o sofrimento e os inibidores da recaptação da serotonina são o tratamento de primeira linha. Recentemente, a risperidona provou ser eficaz e bem tolerada em uma série de 27 pacientes com infestação delirante (10).

Notas

Parte dos resultados desse estudo foi apresentada no 58º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (MEDTROP), de 10 a 13 de setembro de 2023, em Salvador/BA.

Apoio financeiro

Esse estudo não recebeu apoio financeiro de fontes externas.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses relevantes ao conteúdo desse estudo.

Contribuições dos autores

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para a concepção, ou o delineamento,

ou a aquisição, ou a análise ou a interpretação de dados; a redação do trabalho ou a revisão crítica; e a aprovação final da versão para publicação.

Disponibilidade dos dados e responsabilidade pelos resultados

Todos os autores declaram ter tido total acesso aos dados obtidos e assumem completa responsabilidade pela integridade desses resultados.

Referências

1. Campbell EH, Elston DM, Hawthorne JD, Beckert DR. Diagnosis and management of delusional parasitosis. *J Am Acad Dermatol*. 2019 May 80(5):1428-34. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.012>.
2. Rodríguez-Alonso B, Álvarez-Artero E, Martínez-Goñi R, Almeida H, Casado-Espada NM, Jaén-Sánchez N, et al. Delusional parasitosis. A multicenter retrospective study in Spanish infectious disease services. *Enf Infecc y Microbiol Clin*. 2021;39(5):223-28. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.07.009>.
3. Reich A, Kwiatkowska D, Pacan P. Delusions of Parasitosis: An Update. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2019;9(4):631-38. <https://doi.org/10.1007/s13555-019-00324-3>.
4. Martins AC, Mendes CP, Nico MM. Delusional infestation: a case series from a university dermatology center in São Paulo, Brazil. *Int J Dermatol*. 2016 Aug;55(8):864-8. <https://doi.org/10.1111/ijd.13004>.
5. Dalgalarrrondo P. O juízo da realidade e suas alterações (o delírio). In: Dalgalarrrondo P, editor. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2019. Capítulo 21.
6. Amato-Neto V, Amato JG, Amato VS, Ferreira CS. Ekbom syndrome (delusory parasitosis): ponderations on two cases. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2007;49(6):395-6. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652007000600012>.
7. Mumcuoglu KY, Leibovici V, Reuveni I, Bonne O. Delusional parasitosis: diagnosis and treatment. *Isr Med Assoc J*. 2018; 20(7):456-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30109800/>.
8. Soares FA, Benitez ADN, Santos BMD, Loiola SHN, Rosa SL, Nagata WB, et al. A historical review of the techniques of recovery of parasites for their detection in human stools. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2020; 53:e20190535. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0535-2019>.
9. Hylwa SA, Bury JE, Davis MD, Pittelkow M, Bostwick JM. Delusional infestation, including delusions of parasitosis: results of histologic examination of skin biopsy and patient-provided skin specimens. *Arch Dermatol*. 2011;147(9):1041-45. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2011.114>.

10. Guedes NL, Dwan AJ, Guerlero P, Nico MM. Delusional infestation treated with risperidone: a series of 27 patients. *Clin Exp Dermatol*. 2024;49(4):364-67. <https://doi.org/10.1093/ced/llad411>

Sidnei Silva

Mestre em Biologia Parasitária pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC-FIOCRUZ), da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Tecnologista em Saúde Pública no INI-FIOCRUZ no Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Celina Mannarino

Doutora em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Pesquisadora do INI-FIOCRUZ no Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Gisele Silva Dias

Biomédica pela Universidade Castelo Branco (UCB) no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Analista de laboratório do INI-FIOCRUZ no Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Clarisse da Silveira Bressan

Doutora em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI-FIOCRUZ), da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Pesquisadora do INI-FIOCRUZ no Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Leonardo Imenes de Pinho

Médico pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Médico infectologista do INI-FIOCRUZ no Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Graziela Maria Zanini

Doutora em Biologia Parasitária pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC-FIOCRUZ), da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Pesquisadora do INI-FIOCRUZ no Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Elizabeth de Souza Neves

Doutora em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI-FIOCRUZ), da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Pesquisadora do INI-FIOCRUZ no Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência

Elizabeth de Souza Neves

Instituto Nacional de Infectologia (FIOCRUZ)

Avenida Brasil, 4365

Manguinhos, 21040-360

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela Texto Certo Assessoria Linguística e submetidos para validação dos autores antes da publicação.