



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,
Volumen 10, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4

HUÉSPEDES EN LA PIEL: UN CASO DE DELIRIO DE INFESTACIÓN

**GUESTS IN THE SKIN: A CASE OF DELUSIONAL
INFESTATION**

Vivian Vega López
Universidad de Guayaquil

Byron Alejandro Cedeño
Universidad de Guayaquil

Huéspedes en la piel: un caso de delirio de infestación

Vivian Vega López¹

vivianvega@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-6824-1393>

Especialista en Psiquiatría y Salud Mental

Universidad de Guayaquil

Byron Alejandro Cedeño

byrontac@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-9088-4863>

Especialista en Psiquiatría y Salud Mental

Universidad de Guayaquil

RESUMEN

El presente documento contiene un estudio de caso referente al delirio parasitario o como actualmente se denomina delirio de infestación. Este trabajo tiene por objetivo Dar a conocer la importancia de esta patología que es infradiagnosticada en nuestro medio, mediante la presentación de un caso clínico que es de gran interés para varias disciplinas médicas. Para ello, se analizará un caso particular que, por razones legales, no se expondrá la identidad de la paciente. Finalmente, se establecerán conclusiones.

Palabras clave: Delirio de infestación; delirio parasitario; trastorno delirante.

¹ Autor principal
Correspondencia: vivianvega@gmail.com

Guests in the skin: a case of delusional infestation

SUMMARY

This document presents a case study of parasitic delusion, also known as infestation delusion. The objective of this work is to highlight the importance of this underdiagnosed condition in our setting by presenting a clinical case of great interest to several medical disciplines. To this end, a specific case will be analyzed, and for legal reasons, the patient's identity will not be disclosed. Finally, conclusions will be drawn.

Key words: Delusional infestation; delusional parasitosis; delusional disorder.

*Artículo recibido 13 mayo 2026
Aceptado para publicación: 20 junio 2026*



INTRODUCCIÓN

El delirio parasitario o como actualmente se denomina delirio de infestación es una patología infradiagnosticada pero que se presenta en las consultas dermatológicas y psiquiátricas de manera usual. Esta patología consiste en la firme e irreal creencia de estar infestados por animales de varios tipos como gusanos, bichos, insectos, parásitos, etc. Se categoriza a este tipo de delirio como trastorno delirante de subtipo somático y puede ser de tipo primario y secundario. Su patogénesis es desconocida. El tratamiento óptimo para esta patología es el uso de antipsicóticos.

OBJETIVO

Dar a conocer la importancia de esta patología que es infradiagnosticada en nuestro medio, mediante la presentación de un caso clínico que es de gran interés para varias disciplinas médicas.

METODOLOGÍA

Se presenta el caso de una mujer de 47 años de edad sin antecedentes previos de patología clínica y psiquiátrica ni factores estresantes de relevancia. Empieza a presentar un discurso de aparente contenido delirante con la creencia de presencia de bichos que recorrieron por debajo de su piel, ocasionándole prurito intenso y como consecuencia del rascado excesivo presentó excoriaciones de moderada gravedad. Se realizan evaluaciones médicas para descartar causa orgánica y se remite a psiquiatría. Se instauro tratamiento antipsicótico con risperidona y quetiapina.

RESULTADO

La respuesta al tratamiento administrado con risperidona 4 mg día y quetiapina 200 mg día después de varios ajustes de dosis a lo largo de 9 meses es de evolución tórpida debido a la poca adherencia al tratamiento. Inicialmente, previo al abandono de los fármacos, remitió los síntomas en un 95%; posterior al abandono, reaparece sintomatología y el paciente continúa en seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIÓN

El delirio de infestación es un trastorno de ideas delirantes poco reportado pero que se presenta en las consultas médicas. Se presenta el caso de una mujer sin antecedentes patológicos previos, descartando causa de etiología secundaria. Se realizan evaluaciones multidisciplinarias como protocolo de evaluación de cualquier entidad de sospecha psiquiátrica. El uso de antipsicóticos es eficaz para la



remisión de los síntomas delirantes. La psicoeducación es clave para una buena adherencia al tratamiento.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

La paciente es una mujer de 47 años, casada, sin hijos, con estudios hasta el tercer curso de secundaria, y actualmente sin ocupación laboral. Nació en San Vicente, Manabí, y reside en Bahía de Caráquez. No presenta antecedentes patológicos relevantes ni antecedentes quirúrgicos, y no refiere alergias conocidas. En cuanto a su historia familiar, su madre fue diagnosticada con cáncer de útero y su padre padecía de diabetes. En lo relacionado con la salud mental, la paciente niega haber recibido consultas psicológicas o psiquiátricas en el pasado, aunque su historial psiquiátrico familiar incluye a un hermano diagnosticado con depresión. Además, refiere un consumo ocasional de alcohol como hábito.

En cuanto a los antecedentes psicobiográficos, la paciente presenta una personalidad introvertida. Su núcleo familiar está compuesto por su esposo, madre, sobrina y el esposo de su sobrina. Durante su infancia, la paciente recuerda haber sufrido maltrato físico por parte de su cuñado. En su adolescencia no refiere eventos significativos, y en su adultez, se comprometió a los 23 años, contrajo matrimonio, pero enviudó a los 33 años. Actualmente, mantiene un compromiso con su pareja desde los 43 años.

HISTORIAL DE ENFERMEDAD

La paciente refiere que, desde el mes de agosto de 2023, por primera vez, comenzó a experimentar sensación de prurito generalizado en la región torácica, los brazos y la cara. Posteriormente, comenzó a compartir con sus familiares que, además del prurito, sentía que "bichos" recorrían su piel, describiendo la sensación como si los animales se movieran por todo su cuerpo. Según la paciente, estos "bichos" parecían introducirse bajo sus uñas, lo que la llevó a intentar extraerlos con sus uñas y una pinza, provocándose autolesiones, y los guardaba como evidencia. La paciente mencionó observar cómo los "bichos" se introducían bajo las uñas, lo que acentuó la sensación de malestar.

En octubre de 2023, la paciente decidió buscar atención médica en un centro de salud. Durante la evaluación, se observaron excoriaciones faciales, por lo que se indicaron exámenes de laboratorio. Los resultados mostraron una ligera infección de las vías urinarias y parasitosis, lo que llevó a prescribir tratamiento con Cefalexina 500mg BID por 7 días y Colufase (una tableta cada 12 horas por 3 días). A



su vez, se le realizó una referencia para consulta con dermatología, dado el diagnóstico de las excoriaciones.

En noviembre de 2023, la paciente asistió a una consulta dermatológica, donde se evidenciaron pápulas excoriadas en la cara, con más de 15 lesiones visibles. Sin embargo, el dermatólogo observó que el discurso de la paciente no era compatible con las alteraciones observadas en su piel. Ante esta discordancia, se realizó una interconsulta para evaluación psiquiátrica, con el fin de explorar posibles causas psicológicas que pudieran estar contribuyendo a los síntomas dermatológicos.

EXAMEN PSICOPATOLÓGICO

Durante el examen psicopatológico, la paciente presentó un aspecto ligeramente adecuado, con excoriaciones visibles en la cara, los brazos y el tórax. Se mostró colaboradora durante el interrogatorio. El nivel de conciencia estaba alerta, con una disposición euprosexica y eulálica. Estaba orientada en tiempo, espacio, persona y circunstancia, y su memoria estaba dentro de los límites normales (eumnésica). Su capacidad de abstracción y cálculo fueron adecuados, así como su juicio y razonamiento. No obstante, se observó la presencia de ideas delirantes parasitarias, especialmente relacionadas con la sensación de tener "bichos" bajo la piel, lo que sugiere un delirio de tipo dermatozoico. Además, la paciente refería alucinaciones visuales compatible con las ideas delirantes de observar bichos. Su estado afectivo era hipotímico, con síntomas de insomnio e hiporexia. Niega tener ideas suicidas.

EXAMEN FÍSICO

En el examen físico, los signos vitales fueron los siguientes: presión arterial de 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno del 99%. El peso de la paciente era de 63.3 kg y su talla de 156.9 cm. No se observaron otras alteraciones significativas durante el examen físico.

RESULTADOS DE EXAMEN DE LABORATORIO

- **Hemograma:**
- WBC (Leucocitos): 3.41
- LYM (Linfocitos): 36.10%
- MON (Monocitos): 14.13%



- ☐ NEU (Neutrófilos): 48.19%
- ☐ EOS (Eosinófilos): 1.22%
- ☐ BASO (Basófilos): 0.36%
- ☐ RBC (Glóbulos rojos): 4.03
- ☐ HGB (Hemoglobina): 12 g/dL
- ☐ HCT (Hematocrito): 37%
- ☐ MCV (Volumen Corpuscular Medio): 92 fL
- ☐ MCH (Hemoglobina Corpuscular Media): 29 pg
- ☐ MCHC (Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media): 32 g/dL
- ☐ PLT (Plaquetas): 291,000

● **Química sanguínea:**

- ☐ Glucosa: 100 mg/dL
- ☐ Urea: 57 mg/dL
- ☐ Creatinina: 0.95 mg/dL
- ☐ Colesterol: 149 mg/dL
- ☐ Triglicéridos: 140.2 mg/dL
- ☐ TGO (Transaminasa Glutámico Oxaloacética): 22.50 U/L
- ☐ TGP (Transaminasa Glutámico Pirúvica): 18.47 U/L

● **Coproparasitario:**

- ☐ *Entamoeba histolytica* quistes

● **Uroanálisis:**

- ☐ Físico-químico: pH 5
- ☐ Densidad: 1.025
- ☐ Piocitos: 4-6 por campo
- ☐ Hematíes: 0-1 por campo
- ☐ Bacterias: +



PLAN FARMACOLÓGICO Y SEGUIMIENTO CLÍNICO

Femenina en seguimiento por psiquiatría por trastorno delirante de infestación desde diciembre de 2023.

Se inició tratamiento antipsicótico con risperidona en gotas (1 mg/día) y quetiapina 50 mg por la noche.

En el control del 8 de diciembre del mismo año, la paciente reportó disminución en la sensación de parásitos, aunque persistía la creencia delirante. Se observaron menos excoriaciones faciales, pero el estado anímico permanecía con tendencia a la hipotimia y el aspecto general, comprometido. El sueño se encontraba restablecido. Dada la mejoría parcial, se aumentó la dosis de risperidona a 2 mg/día, manteniéndose la dosis de quetiapina.

En enero de 2024 persistían las ideas delirantes de infestación, aunque de menor intensidad, especialmente localizadas en las piernas, con prurito asociado. Ante la sintomatología, se incrementó la risperidona a 4 mg/día y la quetiapina a 100 mg. Para febrero, la paciente ya no refería la sensación de parásitos y presentaba una mejoría anímica significativa, sin nuevas excoriaciones. En marzo, no se registraron cambios relevantes, por lo que se mantuvo el esquema terapéutico.

En mayo de 2024, la paciente informó haber suspendido la medicación durante un mes, lo que provocó la reaparición del delirio de infestación, esta vez con intensidad moderada, prurito y nuevas excoriaciones faciales. Además, refirió que su madre también comenzó a manifestar percepciones similares, lo que podría haber influido en la reactivación del cuadro. Ante esta recaída, se reinstauró el tratamiento con risperidona 4 mg/día y quetiapina 100 mg nocturna. A pesar de la persistencia del delirio, no se observaron alteraciones en otras áreas psicopatológicas.

En julio de 2024, la paciente refería aún la sensación de parásitos, aunque sin otorgarle significación delirante. Las lesiones cutáneas mostraban mejoría progresiva, por lo que, ante la evolución parcial, se ajustó la quetiapina a 200 mg nocturnos. Durante este período, fue evaluada por neurología para descartar una causa orgánica; el examen neurológico fue normal y la tomografía cerebral evidenció atrofia córtico-subcortical fronto-parieto-temporal no compatible con su edad, motivo por el cual se indicó resonancia magnética. Al no encontrarse hallazgos clínicos relevantes, se continuó el seguimiento por psiquiatría.

A partir de septiembre de 2024 y en los controles sucesivos, la paciente presentó una remisión sostenida de la sintomatología psicótica bajo el esquema farmacológico establecido. Ante la estabilidad clínica



alcanzada, se optó por mantener el tratamiento durante un periodo de un año a partir del inicio de la remisión. Durante este tiempo, no se evidenciaron ideas delirantes activas ni alteraciones del estado de ánimo, el sueño o el apetito. Entre marzo y junio de 2025 se presentaron episodios de prurito y rash cutáneo, sin vínculo delirante, por lo cual fue derivada a alergología quien estableció un tratamiento farmacológico, con buena respuesta clínica. Ante la estabilidad mantenida y el adecuado funcionamiento global, se redujo progresivamente la medicación. En agosto de 2025, tras un año de remisión completa, se retiraron los psicofármacos y se otorgó el alta del seguimiento psiquiátrico.

LA PARASITOSIS

La parasitosis delirante es un trastorno infrecuente que se caracteriza por la convicción falsa de estar infestado por animales. Quienes sufren de este trastorno suelen describirlos como gusanos, insectos, parásitos, entre otros. A pesar de experimentar este delirio, una gran parte de las personas afectadas es capaz de realizar sus tareas diarias de manera adecuada. Lynch P. J. (1993).

El delirio parasitario es un trastorno delirante clasificado dentro del tipo somático. También se le conoce como psicosis hipocondriaca, síndrome de Ekbom, formicación, ectoparasitosis delirante y alucinosis táctil crónica. El término más reciente para describir este delirio es infestación delirante. DSM-5-TR. (2022).

Existen dos tipos de infestación delirante: la primaria, en la cual el delirio de infestación es la causa principal, y la secundaria, que se presenta como un síntoma de otro trastorno, ya sea de origen orgánico o psiquiátrico. Bewley, A.P. (2010)

Este trastorno fue descrito inicialmente por Georges Thibierge en 1894, bajo el nombre de "acarofobia". En 1896, Perrin presentó el término "neurodermatitis parasitofóbica". Sin embargo, fue Karl Axel Ekbom quien, en la década de 1930, logró una descripción más precisa de este trastorno, lo que dio lugar al nombre de síndrome de Ekbom. El neurólogo sueco Ekbom, en 1938, fue el primero en detallar las diversas causas, comportamientos y el pronóstico del "delirio presenil parasitario dermatozoico". En 1946, Wilson y Miller introdujeron el término "delirio de parasitosis". Con el tiempo, se llegó a un acuerdo de que los pacientes no solo identificaban parásitos, sino también otros tipos de entidades, lo que llevó a la adopción del término "infestación delirante". Sánchez Arrastía, D (2024), Dipp. C (2020).



EPIDEMIOLOGÍA

Se han documentado más de 1400 casos de infestación delirante (DI) en la literatura existente (Freudenmann, 2009). En un estudio previo, se estimó que la incidencia de la DI primaria era de 0,845 por cada 100,000 personas (Trabert, 1993). Sin embargo, un estudio poblacional más reciente sobre la incidencia de la DI primaria reportó una tasa global ajustada por edad y sexo de 1,9 por cada 100,000 personas (Bailey, 2014). Estos resultados respaldan la hipótesis de que la DI primaria está subreportada, lo que refleja la falta de datos epidemiológicos precisos sobre esta condición (Freudenmann, 2009).

Esta patología es más común en mujeres mayores de 50 años, aunque se considera poco frecuente, es probable que esté subdiagnosticada. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres blancas de mediana edad o mayores, con un inicio promedio entre los 57 y 60 años, aunque también ha sido reportada en hombres y en todos los grupos etarios. La relación de afectación entre mujeres y hombres es de aproximadamente 2:1, siendo de 1:1 en menores de 50 años y de 3:1 en personas mayores de 50 años. Assalman. L. (2019).

En el Hospital Miguel Hilario Alcívar, la atención de pacientes con delirio parasitario ha mostrado una evolución en los últimos años. En 2022, se atendió un solo caso de esta condición. En 2023, el número de pacientes aumentó a dos, y en 2024, se registraron tres pacientes diagnosticados con delirio parasitario. Estos datos sugieren un ligero incremento en la prevalencia de este trastorno en el hospital, aunque sigue siendo relativamente infrecuente. Esto podría reflejar tanto la naturaleza poco común de la enfermedad como la posibilidad de que algunos casos sean subdiagnosticados o no se reporten con precisión.

PATOGÉNESIS

La patogénesis del delirio parasitario sigue siendo incierta, aunque se sugiere que un deterioro en el funcionamiento del transportador de dopamina en el cuerpo estriado podría ser un factor clave. Este deterioro provocaría un aumento en los niveles de dopamina extracelular, dado que el transportador de dopamina (DAT) regula su recaptación. La teoría más aceptada apunta a que este trastorno podría estar relacionado con la neurotransmisión dopaminérgica. Assalman. L. (2019).



SÍNTOMAS

Una de las razones detrás de la percepción errónea de los parásitos es la interpretación equivocada de la sensación de prurito. Los pacientes pueden describir síntomas como picazón, hormigueo, dolor y la sensación de movimientos debajo de la piel, lo que se conoce como parestesias o alucinaciones táctiles. San Lucas-Coque, S. (2023).

En cuanto a las manifestaciones dermatológicas, pueden observarse excoriaciones, erosiones, cortes y hematomas, que son el resultado del rascado excesivo, autolesiones o el uso de químicos con la intención de eliminar los parásitos. Posteriormente, algunos pacientes recopilan y guardan lo que consideran evidencia de la infestación, como si fueran pruebas de su creencia. Este comportamiento es conocido como el "signo de muestra" o "caja de fósforos". San Lucas-Coque, S. (2023).

Desde el punto de vista psicopatológico, la única manifestación destacada es el delirio de infestación. El resto de la esfera mental del paciente se mantiene dentro de parámetros normales, al igual que su comportamiento. San Lucas-Coque, S. (2023).

DIAGNÓSTICO

Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Trastornos Mentales, Quinta Edición, Revisión de Texto (DSM-5-TR)

A. La presencia de un delirio con una duración de un mes o más.

B. El criterio A de la esquizofrenia nunca se ha cumplido.

Nota: Las alucinaciones, si están presentes, no son prominentes y están relacionadas con el tema delirante (la sensación de estar infestado con insectos).

C. Aparte del impacto de la ilusión (s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no está marcadamente deteriorado, y el comportamiento no es obviamente extraño.

D. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, estos han sido breves en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica, y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el TOC.



TRATAMIENTO

Zanol propuso la terapia de sugestión, en la que un profesional de salud asegura al paciente que no está infectado y que sus síntomas tienen una explicación lógica, lo que ayuda a tranquilizarlos y ofrecerles un tratamiento alternativo. La leucotomía prefrontal, realizada por Partridge en 1950, mostró mejoras en los síntomas del caso inicial, en un contexto donde se creía que las psicosis eran causadas por trastornos cerebrales que se eliminaban durante el procedimiento. Por otro lado, la estimulación eléctrica transcutánea se utilizó para aliviar los síntomas táctiles periféricos en pacientes con bricolaje, mediante el bloqueo de los receptores periféricos. Finalmente, la terapia electroconvulsiva ha demostrado ser efectiva en pacientes mayores con delirio parasitario refractario, especialmente cuando hay contraindicaciones para el uso de antipsicóticos, alterando el metabolismo cerebral y la química neuronal a través de la inducción de convulsiones. (Assalman, L., 2019)

La risperidona y la olanzapina han sido ampliamente estudiadas en relación con sus efectos secundarios, a diferencia de los antipsicóticos de primera generación como el pimozide, cuyo uso se redujo por los síntomas extrapiramidales y el riesgo de muerte súbita debido a la prolongación del intervalo QT. En una revisión de 2020, se encontró que la risperidona, con dosis entre 2 y 8 mg, fue el fármaco más estudiado y efectivo, actuando sobre los receptores serotoninérgicos y dopaminérgicos. La olanzapina también mostró buenos resultados al iniciar con 2.5 mg hasta 20 mg. Otros medicamentos como el aripiprazol y la quetiapina también demostraron eficacia. Es esencial realizar un control metabólico en los pacientes y continuar el tratamiento durante varios meses o hasta un año después de la remisión de los síntomas. McPhie, M. L., & Kirchhof, M. G. (2022). Ahmed, A (2022). Lu J. (2022).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahmed, A., Affleck, A. G., Angus, J., Assalman, I., Baron, S. E., Bewley, A., Goulding, J. M. R., Jerrom, R., Lepping, P., Mortimer, H., Shah, R., Taylor, R. E., Thompson, A. R., Mustapa, M. F. M., Manounah, L., & British Association of Dermatologists' Clinical Standards Unit (2022). British Association of Dermatologists guidelines for the management of adults with delusional infestation 2022. *The British journal of dermatology*, 187(4), 472–480.
<https://doi.org/10.1111/bjd.21668>



2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), American Psychiatric Association, 2022.
3. Assalman I, Ahmed A, Alhajjar R, Bewley AP, Taylor R. Tratamientos para la infestación delirante primaria. Base de datos Cochrane de Reseñas Sistemáticas 2019, Número 12. Arte. No.: CD011326. DOI: 10.1002/14651858.CD011326.pub2. Consultado el 16 de septiembre de 2024.
4. Bewley, A. P., Lepping, P., Freudenmann, R. W., & Taylor, R. (2010). Delusional parasitosis: time to call it delusional infestation. *The British journal of dermatology*, 163(1), 1–2. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.09841.x>.
5. Dipp Vargas C, Salgado Siles SF, Mendoza López-Videla JN, Burgoa Seaone M. Delirio de parasitosis o síndrome de Ekbom. Rev. Méd. La Paz. 2020 [acceso: 11/10/2023]; 26(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S172689582020000100008&script=sci_arttext
6. Freinhar J. P. (1984). Delusions of parasitosis. *Psychosomatics*, 25(1), 47–53. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(84\)73096-9](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(84)73096-9)
7. Freudenmann, R. W., & Lepping, P. (2009). Delusional infestation. *Clinical microbiology reviews*, 22(4), 690–732. <https://doi.org/10.1128/CMR.00018-09>
8. Huber M, Kirchler E, Karner M, Pycha R. Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology? *Med Hypotheses*. 2007;68(6):1351-8. doi: 10.1016/j.mehy.2006.07.061. Epub 2006 Nov 28. PMID: 17134847.
9. Löwe, B., Levenson, J., Depping, M., Hüsing, P., Kohlmann, S., Lehmann, M., Shedden-Mora, M., Toussaint, A., Uhlenbusch, N., & Weigel, A. (2022). Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological medicine*, 52(4), 632–648. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004177>
10. Lu J, Gotesman R, Varghese S, Fleming P, Lynde C. Treatments for Primary Delusional Infestation: Systematic Review, JMIR Dermatol 2022;5(1):e34323, URL: <https://derma.jmir.org/2022/1/e34323>. DOI: 10.2196/34323
11. Lynch PJ. Delusions of parasitosis. *Semin Dermatol*. 1993 Mar;12(1):39-45. PMID: 8476732.



12. McPhie, M. L., & Kirchhof, M. G. (2022). A systematic review of antipsychotic agents for primary delusional infestation. *The Journal of dermatological treatment*, 33(2), 709–721. <https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1795061>
13. Roufosse, F., & Weller, P. F. (2010). Practical approach to the patient with hypereosinophilia. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 126(1), 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2010.04.011>
14. San Lucas-Coque, S., Latorre-Barragán, M., & Pico-Pérez, K. (2023). Abordaje clínico del delirio secundario a parasitosis. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 27, e6292. Recuperado de <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6292/5492>.
15. Sánchez Arrastía, D., Pérez Bruzón, M., & Díaz Sánchez, N. (2024). Delirio de parasitosis. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 53(3), e024026099. Recuperado de <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/26099>.
16. Todd, S., Squire, S. B., Bartlett, R., & Lepping, P. (2019). Delusional infestation managed in a combined tropical medicine and psychiatry clinic. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 113(1), 18–23. <https://doi.org/10.1093/trstmh/try102>.
17. Trabert W. (1995). 100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1,223 case reports. *Psychopathology*, 28(5), 238–246. <https://doi.org/10.1159/000284934>.



ANEXOS

FOTO 1



FOTO 2



FOTO 3



FOTO 4
(Evidencia de parásito)



FOTO 5

