

Reporte de caso

Trastorno delirante de tipo somático

Constanza Mendoza¹

Resumen

Objetivo: Revisar e ilustrar un caso de trastorno delirante de tipo somático. *Métodos:* Reporte de caso. *Resultados:* Una paciente de 41 años presenta una ideación delirante somática crónica de infestación y de padecimiento de enfermedad grave de tipo cardíaco y de tipo oncológico en sistema nervioso central y en mama izquierda. Las conductas reiterativas de aseo en dicha mama han desencadenado una dermatitis de contacto. Su conciencia de enfermedad es nula, y su red de apoyo, pobre; por lo tanto, no se adhiere a las recomendaciones médicas ni al manejo por psiquiatría y continúa consultando de manera recurrente a diferentes especialistas y servicios médicos, aunque se han descartado neoplasias y otras patologías sistémicas. *Conclusiones:* El trastorno delirante somático constituye un reto diagnóstico y terapéutico para el personal médico. Se requiere un manejo integral y multidisciplinario de estos pacientes.

Palabras claves: trastorno delirante, tipo somático, cáncer, diagnóstico, tratamiento.

Title: Delusional Disorder, Somatic Type

Abstract

Objective: To review and illustrate a case of delusional disorder, somatic type. *Methods:* Case report. *Results:* A 41-year-old female patient presents with a chronic somatic delusion of infestation, of suffering a severe cardiac ailment and cancer in the central nervous system and left breast. Repeated cleansing of the left breast leads to a contact dermatitis. Her insight regarding the disease is null and her support system is precarious. Therefore, she does not adhere to medical recommendations or to psychiatric treatment and continues to consult different specialists and medical services, although neoplasia and other systemic illnesses have been discarded. *Conclusions:* Delusional disorder, somatic type, is a challenging illness to diagnose and treat. It warrants integral and multidisciplinary management.

Key words: Delusional disorder, somatic type, cancer, diagnosis, treatment.

¹ Médica psiquiatra Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Pasto, Colombia.

Datos clínicos

Se trata de una mujer de 41 años, natural y procedente de Bogotá, con primero de bachillerato como escolaridad; actualmente está desempleada, vive con la madre y un hermano, es soltera, tiene un hijo de 25 años y es católica practicante. En un instituto médico de Bogotá la conocen desde hace cuatro años, cuando fue remitida allí por medicina general ante sospecha de enfermedad oncológica en mama izquierda. Fue valorada en consulta externa de psiquiatría en ese instituto desde inicios del 2005; luego, fue derivada del servicio de urgencias por episodios de ansiedad y descarga autonómica importante.

Refiere cuadro que comenzó hace aproximadamente cinco años, luego de haber recibido un golpe en el cráneo propinado por su madre. Presenta queja constante de cefalea que no respondía a analgésicos comunes, e ideación delirante hipocondriaca de padecer un tumor cerebral, idea que persistió aun luego de realizar una tomografía axial computarizada (TAC) cerebral reportada como normal y de recurrentes valoraciones médicas con igual resultado. Por este motivo, requirió manejo intrahospitalario por dos semanas, en manejo farmacológico con haloperidol hasta 20 mg/día; presentó extrapiramidalismo, por lo que se redujo la dosis a 10 mg/día y, luego, se cambió a clozapina, que no continuó.

Durante su evolución en aquella internación disminuyó su ansiedad,

pero la ideación se mantuvo persistente, aunque con menor intensidad. Se consideraron, en ese entonces, los siguientes diagnósticos: retardo mental, trastorno somatomorfo tipo hipocondriaco y trastorno delirante somático.

Al año siguiente, luego de una relación sexual ocasional, notó secreción y prurito vaginal, por lo que recibió tratamiento médico, según la paciente, sin mejoría, que se asoció con ansiedad, alucinaciones cenestésicas e ideas delirantes de tipo somático, consistentes en sentirse infestada por “animales” en sus genitales, que luego se ubicaron en la mama izquierda. Esta ideación fue descrita así por la paciente: “Yo sentía molestias en los genitales, luego me di cuenta que eran unos bichos que estaban allí y que luego pasaron al seno”. Además, presentaba conductas reiterativas de aseo de la mama y área genital con diferentes productos de limpieza (por ejemplo, detergente, límpido y creolina), e intentos de revisión manual de su vagina. El inicio de la sintomatología coincidió con el fallecimiento del padre por cáncer gástrico; sin embargo, la paciente no presentó síntomas depresivos relacionados con esta pérdida.

De manera progresiva, el contenido delirante se ha centrado en la creencia de padecer un cáncer de mama; así mismo, persiste en las conductas de aseo ya descritas aplicadas en su mama izquierda, a pesar de la persistencia de las lesiones dermatológicas en dicha área.

Durante el curso de su enfermedad mental ha consultado de manera recurrente a diferentes entidades y profesionales de salud; en esas ocasiones menciona que posee una enfermedad cardiaca “grave”, dada la presencia de taquicardia, y, también, consulta por lesión dermatológica, secreción (a través del pezón) y dolor, todos en mama izquierda, síntomas que, según la paciente, son evidencia de su enfermedad oncológica, lo cual ha referido así: “Yo tengo un cáncer en el seno... la piel sigue enferma, yo ahí no me hago nada... es que no me lo han descubierto”.

Su actividad laboral ha sido inestable. Su último empleo data de hace cinco años en servicios generales, de donde fue despedida luego de un año de vinculación por ausentismo, relacionado con sus quejas somáticas y consultas médicas frecuentes. Tampoco mantiene relaciones de pareja y sus vínculos familiares se han tornado conflictivos, pues su madre y hermanos la confrontan frecuentemente, sobre lo cual dice: “Ellos creen que me hago la enferma... me dicen que yo debería ayudar en la casa y trabajar”.

Durante el último año ha sido vista por varios especialistas en múltiples ocasiones; consulta de manera incisiva, a pesar de explicarle de manera reiterativa la ausencia de una patología sistémica u oncológica. Ha sido evaluada, entre otros, por cirugía de seno y dermatología, cuyos especialistas, en el examen físico, encontraron eczema y áreas de supuración en

una ocasión; por tanto, enfatizaron en la suspensión del uso de detergentes y desinfectantes, que, como le han explicado, desencadenan las alteraciones mamarias mencionadas, además, le han indicado tratamiento tópico y sistémico. La adherencia a estas recomendaciones ha sido pobre.

Se le han practicado cinco estudios mamográficos y una ecografía de mama bilateral, esta última por la detección de un nódulo en mama izquierda, todos con resultados de características benignas. Se le han realizado, también, tres estudios histopatológicos que han reportado dermatitis de contacto, lo que permitió descartar enfermedad de Paget (que se tenía como impresión diagnóstica) u otra alteración neoplásica.

En cuanto a sus antecedentes, carece de enfermedades médicas e historia de fármacos previos; no consume sustancias psicoactivas. Luego de su única internación psiquiátrica se le sugirió manejo en hospital día que no realizó, no continuó los controles ni el manejo farmacológico indicado. Ha sido valorada por personal de psiquiatría en atención domiciliaria, quienes fueron consultados por conductas de aislamiento y desatención en su autocuidado; consideraron el diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada. Sin embargo, a lo largo del seguimiento en la institución se ha revisado y evaluado su evolución sintomática y su funcionamiento cognoscitivo, que está dentro del promedio nor-

mal, y se consideró el diagnóstico de trastorno delirante somático según criterios del DSM-IV-TR, en vista del predominio de una ideación delirante somática, de infestación y presencia de enfermedad cardíaca y oncológica que ha motivado sus múltiples consultas médicas y búsqueda de procedimientos diagnósticos, que persisten a pesar de que en valoraciones y procedimientos se han demostrado resultados contrarios a sus creencias. No ha presentado episodios de agitación, agresión ni fenómenos alucinatorios auditivos o visuales.

Su asistencia a controles por psiquiatría en esta institución ha sido irregular. En varias oportunidades se le pidió a la paciente que asistiera con un familiar para ampliar la historia clínica, sin embargo, ella se mostraba resistente a esto y daba números telefónicos falsos. Finalmente, se logró contactar a la madre, quien menciona que la relación con la paciente es conflictiva, pues refiere, como se ha mencionado antes, que la paciente finge su sintomatología para evitar emplearse y contribuir en el hogar. Se le ha explicado a la madre la condición mental de la paciente y la necesidad de manejo por psiquiatría, pero ésta también se muestra reacia a dichas consideraciones, lo cual ha hecho más difícil el seguimiento y atención integral de la paciente. Dada la mala adherencia al tratamiento y su pobre red de apoyo, en su último control se decidió aplicar una dosis de pi-

potiazina de 25 mg intramuscular, medicación que no continuó.

Revisión

Generalidades del trastorno delirante crónico

El trastorno delirante crónico constituye la conceptualización contemporánea de la paranoia y la parafrenia. La entidad comenzó a describirse a finales del siglo XIX, inicialmente por Kahlbaum y luego por Kraepelin; el término actual se acuñó con el DSM-III-TR, en 1987. Aunque es poco frecuente, se han reportado tasas variables de incidencia, desde 0,5%-9% en pacientes hospitalizados, pasando por 0,8%-1,2% en ambulatorios y 0,7%-3% en la población general.

Desde el punto de vista clínico, está caracterizada por la presencia de uno o más delirios no bizarros, permanentes y sistematizados, efecto de una predisposición constitucional o de las vivencias del sujeto. Éste conservará íntegras algunas funciones cognoscitivas, como inteligencia, memoria, juicio y raciocinio, en cuanto su aplicación no afecte el contenido del delirio (1,2).

El tema de los delirios incluye experiencias susceptibles de ser reales, como ser perseguido (tipo persecutorio), padecer una enfermedad (tipo somático), ser amado por alguien de mayor importancia a quien apenas se conoce (tipo erotomaniaco), tener una pareja infiel (tipo celotípico) o poseer un don o conocimiento prodigioso (tipo mega-

lomaniaco). El diagnóstico requiere al menos un mes de duración de la idea delirante, impacto en la funcionalidad, que es consistente con éste o sus derivados; generalmente, conducta y apariencia normales; y la exclusión de esquizofrenia, trastornos del afecto, intoxicación por sustancias y enfermedad médica. Típicamente, los pacientes carecen de conciencia frente a la naturaleza de su condición mental y, con frecuencia, se presentan primero ante diferentes especialistas o defensores públicos que con los psiquiatras.

La edad de inicio usualmente se da en la adultez media o tardía y el curso es variable (2). Se ha reportado (3) que aquélla difiere significativamente según el contenido del delirio; así, el comienzo de la entidad en sujetos mayores se ha asociado con el tipo paranoide y, en contraparte, el tipo somático, con personas más jóvenes. En relación al género, se ha estimado (3) mayor presentación en mujeres en relación de 3:1 frente al sexo masculino. Así como mayor frecuencia del tipo paranoide en hombres y del erotomaniaco en el sexo femenino (4).

Trastorno delirante somático

El trastorno delirante de tipo somático (TDS) se presenta con un delirio hipocondriaco, por lo cual también es conocido como una psicosis hipocondrial monosintomática. Los pacientes son clasificados en tres grupos según el tema delirante: primero, delirio de hedor corporal y halitosis; segundo, delirio de in-

festación, y, tercero, dismorfofobia (4). La fisiopatología es desconocida, sin embargo, se ha sugerido una asociación con disfunción orgánica cerebral. En dos estudios (5,6) se encontró una reducción marcada del flujo sanguíneo cerebral en región temporal y parietal, de predominio izquierdo, en pacientes con TDS, disfunción que se corregía con la mejoría del delirio.

Según lo mencionado anteriormente, la parasitosis delirante (PD) constituye un subtipo del tipo somático, caracterizado por la creencia de estar infestado por uno o varios organismos. Estos pacientes generalmente experimentan síntomas de formicación: sienten que dichos organismos (por ejemplo, parásitos o lombrices) muerden, pican o se deslizan por su piel o cavidades, y habitualmente reportan la afectación de áreas extensas, más que de una sola localización (7). El inicio es insidioso y frecuentemente ocurre por encima de los 50 años; es mayor en mujeres en este grupo etario con una relación de 2:1. Por su parte, en pacientes menores de esta edad el ratio es de 1:1. Sin embargo, existe una distribución bimodal del trastorno, con un pico de incidencia en el grupo de los 20-30 años y otro en mayores de 50. A su vez, se ha encontrado mayor prevalencia en personas casadas, con bajo nivel socioeconómico y educacional (7). El aislamiento social parece un hallazgo premórbido más que una consecuencia. La duración promedio del delirio es de un año,

sin diferencia significativa entre los sexos, tampoco existe correlación de éstos con la edad de inicio de la enfermedad. La frecuencia de trastornos mentales previos es baja, así como de lesiones dermatológicas como antecedente (7).

Los pacientes con PD se muestran ansiosos por probar que están infestados; para comprobar su delirio pueden presentar ante el examinador trozos de lana, piel, papel o comida que demuestre la existencia del parásito, y, en ocasiones, logran describir el ciclo de vida y los hábitos de éstos. Buscan la evaluación médica de manera recurrente, pero generalmente ignoran las aclaraciones y confrontaciones en cuanto a la inexistencia de la infestación, y utilizan medidas extremas para erradicar el parásito de su cuerpo. Estas medidas incluyen el uso de elementos cortopunzantes, insecticidas, detergentes, lociones y antisépticos, con el potencial riesgo de generar lesiones dermatológicas, como ulceraciones y fenómenos inflamatorios. Los pacientes usualmente no tienen conciencia de sus alteraciones, por lo que inicialmente consultan en dermatología o medicina general antes que en psiquiatría, atención que, en ocasiones, rechazan (7).

Respecto al tratamiento de la PD, tradicionalmente los antipsicóticos convencionales han sido recomendados por su mecanismo central de bloqueo de receptores dopaminérgicos; más específicamente de los D2, que han demostrado su amplio papel en la fisiopatología de

los síntomas psicóticos, que en esta entidad incluyen las ideas delirantes y las alucinaciones congruentes y relacionadas con la construcción de los delirios de infestación.

La pimozida se resaltó como el antipsicótico típico de elección para el tratamiento de estos pacientes a mediados de los años setenta, y esta recomendación se mantiene hasta la actualidad. Su uso está respaldado ampliamente por varios reportes de casos y algunos estudios no controlados, que lo consideran como el más efectivo de los antipsicóticos convencionales en esta entidad; estimándose tasas de hasta un 90% de remisión con el uso de pimozida, con una diferencia estadísticamente significativa frente a otros antipsicóticos.

Aunque este neuroléptico primordialmente bloquea los receptores D2, también actúa como un antagonista central de receptores opiáceos, lo cual podría mejorar el prurito y la sensación de formicación, que pueden incrementar la ideación delirante. Además, comparada con otros antipsicóticos típicos, la pimozida ha mostrado una más alta afinidad con los receptores 5HT1, teniendo en cuenta que la disfunción del sistema serotoninérgico también se ha vinculado con esta entidad, como se detallará posteriormente.

Después de los años ochenta se mencionó la utilidad de los antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), entre ellos de la clomipramina, en dosis de 20-100

mg/día, y la paroxetina, 20 mg/día, partiendo de la hipótesis de una disfunción serotoninérgica en áreas de hipoperfusión (lóbulo temporal y parietal izquierdo), de acuerdo con estudios de correlación con neuroimágenes funcionales (5,6). Respecto a la clomipramina, otro estudio ha estimado que su efectividad se mantiene aun en casos de resistencia a la pimozida (8). La respuesta a estos antidepresivos se ha visto en un promedio de 2-4 semanas, con dosis en rango terapéutico (5,6,8). También, se ha planteado que la respuesta a los antidepresivos tiene relación con una asociación entre TD y trastorno obsesivo-compulsivo, cuadros que guardan una similitud clínica, pero cuya comorbilidad no está del todo clara. Se destacó el papel de la fluoxetina en una paciente con PD, cuyos rituales asociados con su delirio de infestación empezaron a extenderse, y cuya sintomatología no había respondido al uso de antipsicóticos (9).

En los últimos años se han utilizado los antipsicóticos atípicos para la PD, como risperidona, olanzapina y quetiapina, que se encontraron efectivos. En un reporte de serie de casos (7) con características demográficas y clínicas similares a lo referido en la literatura se obtuvo respuesta en todos los pacientes en quienes se usaron risperidona, en dosis desde 0,25 mg/día hasta 5 mg/día, y quetiapina, 300 mg/día. Se ha resaltado el rol de los atípicos sobre los receptores 5HT_{2A}

en el manejo de la sintomatología psicótica y se sugirió una acción adicional sobre las conductas compulsivas asociadas con el delirio de infestación (por ejemplo, chequeo, revisión, manipulación) presentes en esta entidad. También, se ha sugerido la utilidad de la clozapina en pacientes con refractariedad al uso de otros antipsicóticos, y se ha resaltado la mejoría en la calidad de vida, aunque la resolución del delirio no fuese completa (10).

Discusión

El caso presentado nos permite describir las características clínicas del trastorno delirante de tipo somático (TDS) y las dificultades en cuanto al diagnóstico y al planteamiento de un tratamiento adecuado. La paciente que motivó este reporte de caso había sido vista por diferentes especialistas en salud mental, quienes consideraron diferentes diagnósticos: retardo mental, trastorno somatomorfo tipo hipocondriaco, esquizofrenia indiferenciada y trastorno delirante somático. Fue manejada con antipsicóticos con mejoría sintomática inicial, pero con pobre adherencia.

Es tratada en un instituto desde el 2003, adonde fue remitida para descartar enfermedad oncológica mamaria. Fue remitida a psiquiatría por sintomatología ansiosa, y se reevaluó su evolución sintomática y el curso de su patología mental. En cuanto al proceso de definición diagnóstica, los elementos que hicieron considerar un TDS, del

subtipo parasitosis delirante, fueron los siguientes: sexo femenino, inicio tardío de enfermedad mental, tener alrededor de 30 años, edad que está cercana a uno de los picos de incidencia (20-30 años); presencia de una idea delirante somática crónica de ser infestada primero en sus genitales y luego en su mama izquierda, de la cual se derivó la ideación delirante hipocondriaca de padecer un cáncer en esa mama y, adicionalmente, de padecer una enfermedad cardíaca grave por la percepción de taquicardia, que, en lo que se refiere a su temática, no son extraños.

Otras características clínicas que se han tenido en cuenta es la existencia de conductas derivadas de su delirio, como son la revisión, chequeo y limpieza de su mama, por lo que ha desarrollado una dermatitis de contacto, dolor y sintomatología inflamatoria, y sus múltiples consultas a diferentes especialistas, entre ellos dermatología y cirugía de mama, quienes, en recurrentes valoraciones físicas y procedimientos diagnósticos (mamografías, biopsias), han descartado una neoplasia. A pesar de que se le ha clarificado y explicado la ausencia de un cáncer u otra enfermedad grave, la paciente continúa consultando motivada por su ideación delirante.

Desde el punto de vista mental, se ha estimado que su nivel intelectual está dentro del promedio normal, y, en sentido práctico, se ha visto que la paciente es autoválida respecto a la solicitud de autoriza-

ciones, valoraciones y realización de estudios médicos. Su conciencia de enfermedad y juicio autocrítico son nulos, por lo que no cumple con controles ni indicaciones sugeridas; además, la ausencia de introspección ha incidido en el deterioro funcional de la paciente. No ha presentado fenómenos alucinatorios auditivos o visuales, ni episodios de agresividad o agitación que hagan pensar en un trastorno del espectro esquizomorfo. Aunque la paciente presenta aislamiento social y descuido en su apariencia personal, dichos aspectos se consideran secundarios a su delirio de infestación y a las conductas derivadas de éste. Su ideación delirante no es extraña, en contraste con los delirios presentes en la esquizofrenia, descritos clásicamente como no plausibles y no relacionados con la vida ordinaria del sujeto. Además, carece de otros hallazgos propios de esa entidad, como la desorganización del pensamiento o de la conducta.

Frente a otros diagnósticos diferenciales o comórbidos relevantes para este caso, se ha estimado que aunque la paciente presenta conductas compulsivas de aseo y chequeo, éstas son concordantes y restringidas a su ideación delirante; sus ideas tienen la connotación de irrefutables e inmodificables, propias de una idea delirante, y son egosintónicas, lo que descartaría un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Acerca de la comorbilidad TD-TOC, como se ha mencionado anteriormente, parece importante, pero no se ha precisado

del todo. En un estudio (11) se encontró que en el grupo de pacientes que presentaba esta asociación los síntomas obsesivos antecedían la aparición de la ideación delirante, que, con mayor frecuencia, era de tipo somática. En contraposición al caso referido, donde no se encontró esta coexistencia, las conductas compulsivas fueron posteriores al desarrollo del delirio.

Adicionalmente, la paciente ha referido síntomas ansiosos que son episódicos, de moderada intensidad y que han aparecido con el desarrollo de sus ideas delirantes, por lo que no se ha pensado en un trastorno de ansiedad asociado; aún más, síntomas como la taquicardia, relacionada con la descarga autonómica secundaria, los ha interpretado también de manera delirante. En cuanto a los trastornos del afecto, aunque se ha reportado que la comorbilidad es frecuente, y en algunos casos está relacionada con una respuesta emocional inadecuada ante las percepciones delirantes (4), la paciente no ha presentado sintomatología de tipo depresiva ni maníforme.

En la literatura se ha mencionado que cuando los trastornos del afecto aparecen primero, la intensidad sintomática es mayor, los pacientes usualmente cumplen criterios para un episodio afectivo completo y los delirios se instauran posteriores a los síntomas afectivos y progresan secundariamente a estas alteraciones (4). En relación con la posibilidad de un trastorno

hipocondriaco, la paciente, más que una preocupación marcada frente al padecimiento de una enfermedad grave, presenta una clara organización delirante, que ha sido inmodificable a pesar de la evidencia contraria.

Los pacientes con hipocondriasis usualmente son capaces de dudar, aunque sea por poco tiempo, cuando sus convicciones son confrontadas con argumentos (4). La mayoría de ellos, además, tiene una larga historia de preocupación y sus temores generalmente no se limitan con un solo síntoma o sistema orgánico (4). Por su parte, la paciente ha centrado su preocupación en la región mamaria. Por último, en cuanto a padecer un trastorno por simulación o facticio, se ha estimado que la producción de sus signos físicos (lesión dermatológica y sintomatología mamaria) son conductas derivadas de sus delirios y de su falta de autocrítica, y no del deseo intencionado de inducirse estas lesiones; tampoco se evidencia un incentivo externo que promueva su comportamiento, lo que, en conjunto, descartaría esos diagnósticos.

La paciente posee una pobre red de apoyo que, al parecer, ha influido en la irregular adherencia al manejo médico. Respecto al tratamiento, ya se ha mencionado la efectividad de medicamentos de administración oral, como la pimozida, los antidepresivos y algunos antipsicóticos atípicos; esta paciente se podría beneficiar específicamente del uso de un ISRS, dada la presencia de ansiedad y de conductas compulsi-

vas, sin embargo, en vista de la dificultad en el seguimiento de la paciente, se recomendó el uso de antipsicótico de depósito, del cual sólo aceptó una dosis.

El pronóstico de la paciente es pobre dada la ausencia de conciencia frente a su condición médica y mental, y debido al pobre soporte familiar y social; en consecuencia, por la limitada adherencia a las recomendaciones del manejo psiquiátrico y de las otras especialidades, como ha sido reportado en un metaanálisis por algunos autores, el pronóstico del diagnóstico en sí mismo no es malo, pero se torna así cuando el paciente no se adhiere al manejo farmacológico indicado para el trastorno (12).

Conclusiones

El trastorno delirante somático (TDS) constituye una patología poco prevalente, de curso crónico, caracterizada por una ideación delirante que compromete la imagen corporal, su funcionamiento o las sensaciones percibidas; habitualmente, por su contenido y falta de autocritica frente a ésta, los pacientes buscan consultar diferentes servicios de medicina general y especialidades antes que a tratantes en salud mental, lo que interfiere con el proceso diagnóstico, manejo y seguimiento adecuado. Además, como un factor importante de la enfermedad, debe tenerse en cuenta el uso inadecuado que los pacientes con este diagnóstico hacen de los diferentes servicios médicos y de los sobre-

costos generados por valoraciones y procedimientos innecesarios.

Presentamos el caso de una paciente con un subtipo del TDS, la parasitosis delirante, quien carece de un soporte familiar y social sólido que favorezca la adherencia a las recomendaciones y al manejo médico general y psiquiátrico, lo que ha incidido en la cronificación de la sintomatología y el ensombrecimiento del pronóstico.

Se considera que este tipo de pacientes requiere un manejo multidisciplinario que asegure una mayor efectividad e integralidad del tratamiento.

Referencias

1. Garcíandía Imaz, JA. Síndrome delirante crónico. En: Gómez-Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, Santacruz-Oleas Hernán, Uribe Restrepo M. editores académicos. Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Bogotá: Ceja 2002. p. 490-94.
2. Manschreck TC. Delusional disorder: the recognition and management of paranoia. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(Suppl 3):32-8; discussion 49.
3. Yamada N, Nakajima S, Noguchi T. Age onset of delusional disorder is the delusional theme. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97(2):122-4.
4. De Guryanova I, Smith EG, Torricelli M. Delusional disorder. 15 de junio de 2006 [consulta: 17 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/med/topic3351.htm>
5. Wada T, Kawakatsu S, Komatani A, Okuyama N, Otani K. Possible association between delusional disorder, somatic type and reduced regional cerebral blood flow. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1999;23(2):353-7.

6. Hayashi H, Oshino S, Ishikawa J, Kawakatsu S, Otani K. Paroxetine treatment of delusional disorder , type somatic. Hum Psychopharmacol. 2004;19(5):351-2.
7. Wenning MT, Davy LE, Catalana G, Catalano MC. Atypical antipsychotics in the treatment of delusional parasitosis. Ann Clin Psychiatry. 2003;15(3-4): 233-9.
8. Wada T, Kawakatsu S, Nadaoka T, Okuyama N, Otani K. Clomipramine treatment of delusional disorder, type somatic. Int Clin Psychopharmacol. 1999;14(3):181-3.
9. Quarantini Lde C, Rosário-Campos MC, Batista-Neves SC, Miranda-Scippa A, Sampaio AS. Use de Fluoxetine in somatic delusional disorder. Rev Bras Psychiatr. 2004;26(2):138.
10. Manschreck TC, Khan NL. Recent advances in the treatment of delusional disorder. Can J Psychiatry. 2006;51(2);114-9.
11. Fear C, Sharp H, Healy D. Obsessive-compulsive disorder with delusions. Psychopathology. 2000;33(2):55-61.
12. Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. Can J Psychiatry. 1995;40(10):616-22.

Recibido para evaluación: 2 de mayo de 2007

Aprobado para publicación: 18 de octubre de 2007

Correspondencia
Constanza Mendoza
Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro
Carrera 33 No. 50E-104
Pasto, Colombia
constanza.mendoza@javeriana.edu.co