

Síndrome de Münchhausen no prototípico

Revisión de un caso clínico

García-Huizar MP*, Ramírez-Hernández MA**,
Barba-Calvillo TA**, Domínguez-Escobar JL**

Resumen

En la práctica médica, el síndrome de Münchhausen representa un reto diagnóstico debido a que la persona que padece este síndrome simula, inconscientemente, signos y síntomas para ser considerado enfermo. El relato de su padecer suele ser exagerado e inconsis-

tente, suelen ser llamados "pacientes profesionales". Se presenta un caso clínico de una mujer de 18 años, estudiante de enfermería. Es importante realizar el diagnóstico de estos pacientes para poder brindarles un tratamiento adecuado. **LUXMÉDICA 6(18): 49-54**

Palabras clave: Münchhausen, enfermedad ficticia crónica.

Introducción

El síndrome de Münchhausen (SM), descrito por Asher en 1951^{1,2}, empleando la grafía anglosajona, extrajo el término de la obra de Rudolf Erich Raspe, publicada en 1784, Barón Münchhausen's Narrative of His Marvelous Travels and Campaigns in Russia. En esta obra se detallan los exagerados relatos de las aventuras deportivas y militares, así como las peregrinaciones de un oficial de caballería alemán en el ejército ruso, el Barón Karl Friedrich Hieronymous von Münchhausen.¹⁻⁵

El SM se describe como una variante de enfermedad ficticia crónica la cual se caracteriza por signos y síntomas predominantemente físicos, los cuales son producidos por el paciente para asumir el

* Profesora Investigadora del Departamento de Medicina del Centro de Ciencias de la Salud de la UAA.

** Estudiantes del décimo semestre de la carrera de Medicina de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Fecha de recibido : 7 de diciembre 2010

Fecha de aceptado: 30 abril 2011

Correspondencia: Dra Ma del Pilar García Huizar, Departamento de Medicina del Centro de Ciencias de la Salud, UAA. Av Universidad #910. Ciudad Universitaria Ags, CP 20100, tel 9108443. Correo electrónico pilargh@hotmail.com

papel del enfermo. Está asociado a hospitalizaciones múltiples con presentaciones espectaculares en las cuales los pacientes pueden poner en peligro su vida, ya que acceden complacientemente a realizarse estudios diagnósticos invasivos o cirugías riesgosas. El paciente finge enfermedades en las salas de urgencias de numerosos hospitales, a menudo en ciudades diferentes, consigue la hospitalización y a veces es sometido a procedimientos cruentos, se pelea con el personal sanitario y solicita el alta contra el consejo médico cuando se descubre el engaño.⁶⁻⁹ Cabe mencionar que estos pacientes están íntimamente relacionados con las profesiones de la salud, ya que normalmente tienen estudios en algún área como por ejemplo enfermería.

A pesar de ser considerada una enfermedad no común puede tener diferentes formas de presentación gracias a los diversos síndromes que pueden simularse, representando esto un reto para el profesional de la salud. Se presenta un caso de Síndrome de Münchhausen no prototípico del Hospital Psiquiátrico "Gustavo León Mojica García" de la ciudad de Aguascalientes.

Presentación del caso clínico

Se trata de paciente femenina de 18 años de edad, con estudios de enfermería inconclusos, quien ingresa al hospital en julio de 2010, luego de su cuarto intento suicida, en el que ingirió diversas drogas ilegales. En sus antecedentes tiene historial de tres aparentes gestos suicidas desde los 13 años, casualmente todos en presencia de personas evitándose así el suceso, que no requirieron de atención médica, a pesar de la insistencia por parte de la misma paciente, de ser hospitalizada en el hospital psiquiátrico. Cabe mencionar que a lo largo del último año, consultó a diversos psicólogos y psiquiatras.

La paciente manifiesta una historia de bulimia y anorexia desde los 13 años, aunque la descripción de su trastorno es inconsistente, siendo desmentida por su madre en numerosas ocasiones. La paciente menciona que durante el transcurso de la enfermedad su peso más bajo fue de 45 kg, siendo contradicha por su madre, quien refiere que esto se debió por ayuda nutricional.

Dice presentar alucinaciones visuales y auditivas, que iniciaron con el nacimiento de su hermana, siendo éstas de personas fallecidas, expresando su temor y obteniendo atención. Menciona que las alucinaciones auditivas son de mando, con inicio a la edad de 15 años aproximadamente, provenientes de "Ana" ("Asociación de Anorexia y Bulimia "Ana y Mía") señalando que únicamente las escucha del lado derecho; que le ordenan auto flagelarse, no ingerir alimentos o que se provoque el vómito.

Durante su estancia hospitalaria, menciona seguir con autoflagelación y presentar resistencia al alimento no siendo confirmada por el personal a cargo, hasta el día 7 en que empieza a mejorar. Posteriormente, al intentar un paciente escapar, ella lo imita y pide a los enfermeros que la amarren, afirmando momentos después que

había sido en contra de su voluntad. Llama la atención su vocabulario con términos médicos y su interés por adquirir conocimientos relacionados con la medicina.

Luego de cuatro semanas es dada de alta con tratamiento psicológico y psiquiátrico ambulatorio, sugiriendo nuevos gestos suicidas en un futuro.

Tres días después del alta hospitalaria la paciente llama a un servicio de emergencias pidiendo su traslado al hospital psiquiátrico a causa de la inhalación de thinner, sin el consentimiento de sus padres. Al día siguiente la paciente se presenta en el hospital, sin acompañantes, pidiendo su internación por la persistencia de las supuestas ideas suicidas, consumo de marihuana y fiebre.

Al siguiente día en la mañana, es sorprendida por los enfermeros tras inyectarse biperideno, levomepromazina y diazepam por lo que es trasladada al hospital de segundo nivel para atención médica ya que presentaba una frecuencia cardiaca de 42 lat/min y una presión arterial de 97/55 mmHg. De regreso al hospital neuropsiquiátrico se comenta el caso y se sugiere terapia electroconvulsiva. La paciente insiste repetidas veces a sus padres para que firmen el consentimiento informado.

Entre sus antecedentes personales patológicos se encuentran: fisura de cráneo en la región ténporo-occipital izquierda a los siete meses de edad, asma, apendicectomía en el año 2002, cirugía por espina bífida oculta y fractura de apófisis vertebrales en agosto de 2007, cirugía de rodilla en septiembre del mismo año por masa benigna, colecistectomía en octubre de 2008 por vesícula acodada y diagnóstico de artritis reumatoidea juvenil en esa misma ocasión, cirugía lumbar en diciembre de 2008 por falta de cuidados posquirúrgicos que llevaron a fractura de uno del material de osteosíntesis colocado en 2007, en el 2009 se le realizó un estudio donde reportan antígeno reumático negativo.

Discusión

Los trastornos ficticios se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos o bien, producidos intencionadamente, con el fin de asumir el papel del enfermo¹¹ Existen pocos datos sobre la prevalencia de este trastorno. A pesar de que se trata de una alteración que raras veces se diagnostica, es posible que muchas veces no se identifiquen ya que los médicos y especialistas trabajan de forma inmediata para realizar un diagnóstico. Por otra parte, los casos que presentan la forma crónica pueden ser sobrevalorados debido a que son tratados por médicos diferentes en hospitales también diferentes e incluso bajo nombres diferentes, a pesar de esto en el 2007, el Instituto Mexicano del Seguro So-

cial (IMSS), en sus Unidades de Medicina Familiar y hospitales de segundo y tercer nivel, registró la atención de 4 mil 488 casos por dicho trastorno. Los estados con mayor número de consultas de este tipo fueron Nuevo León, Jalisco, Tamaulipas y Aguascalientes.¹⁰

En la literatura, el trastorno es en apariencia más frecuente en los varones⁹, sin embargo la prevalencia ha cambiado en los últimos años, siendo de mayor prevalencia en mujeres, pues cinco lo padecen por cada hombre.¹⁰

En el DSM-IV y CIE-10 los criterios diagnósticos para el trastorno ficticio son:

- A Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.

- B El sujeto busca asumir el papel de enfermo.
- C Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).

Los desórdenes ficticios pueden dividirse en tres grupos,
 Trastornos ficticios con predominio de signos y síntomas psicológicos: si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los psicológicos.
 Trastornos ficticios con predominio de signos y síntomas físicos: si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los físicos. Dentro de este se encuentra el síndrome de Münchausen.
 Trastornos ficticios con signos y síntomas

psicológicos y físicos: si existe una combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos sin que en el cuadro clínico predominen unos sobre otros.¹¹
 Algunos pacientes presentan síntomas psiquiátricos que se juzgan fingidos. Los síntomas fingidos más recurrentes suelen ser depresión, alucinaciones, síntomas disociativos y de conversión, y conductas extrañas. Como el paciente no mejora con la administración del tratamiento habitual, puede llegar a recibir dosis elevadas de fármacos psicoactivos y terapia electroconvulsiva. Se ha encontrado que los pacientes psicóticos hospitalizados con trastornos ficticios con predominio de signos y síntomas psicológicos, suelen tener diagnóstico concurrente de trastorno límite de la personalidad (Ver Criterios tabla 1).¹¹ En estos casos, el pronóstico es peor que en el trastorno bipolar I o el trastorno esquizoafectivo.¹²

Tabla 1

Criterios para el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:
1 Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2 Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3 Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4 Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5 Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6 Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días.
7 Sentimientos crónicos de vacío.
8 Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
9 Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Tabla 1.- Criterios diagnósticos DSM-IV para el Trastorno Límite de la personalidad.

Otros autores han empleado tipologías diferentes. Nadelson¹³ distinguió entre trastornos ficticios «prototípicos» y «no prototípicos».

El trastorno ficticio prototípico se refiere al síndrome de Münchhausen, y describe una variante del trastorno ficticio DSM-IV con signos y síntomas predominantemente físicos.

Los pacientes con síndrome de Münchhausen no prototípicos comprenden la gran mayoría de los individuos con trastornos ficticios.

Definido por varios autores, estos pacientes suelen ser mujeres jóvenes con géneros de vida conformistas y gran apoyo e intervención de la familia. Se han descrito como pasivas, inmaduras e hipocondríacas, y una proporción importante tienen profesiones relacionadas con el área de la salud.¹⁴ Características encontradas en la evaluación psiquiátrica y en la historia clínica de nuestra paciente.

Cabe destacar, en cuanto a su entorno familiar, una relación distante con su madre, a pesar de que ésta se mostrara muy colaboradora en las entrevistas y actividades dentro del hospital. En cuanto al papel del padre, se identifica poca presencia en la crianza y educación de la paciente y sus hermanos. Ambos padres volcaban toda su atención a la joven en cada uno de sus padecimientos al grado de relegar sus trabajos, sus otros hijos y gastar todo su salario en atención médica para la paciente.

Está reportado que la mayoría de los pacientes con SM presentan conducta errabunda, buscando ser ingresado en diferentes hospitales. En el caso del SM no prototípico,

tienen síntomas relacionados con un solo sistema y son hospitalizadas con menos frecuencia que los pacientes con síndrome de Münchhausen prototípicos, como la paciente presentada en este caso, aunque la importancia y la morbilidad globales de su proceso pueden ser de un grado equivalente.^{15,16}

Los pacientes padecen depresión y la explican ofreciendo una historia falsa sobre el fallecimiento de un familiar o amigo significativo, como lo describe la paciente en una entrevista, en la cual narra, cómo comienza a ver a una viejecita que trabajaba en la guardería en la que asistía y el deceso de la mamá de su mejor amigo. Los elementos de la historia que pueden sugerir un duelo ficticio incluyen una muerte violenta o sangrienta, una muerte bajo circunstancias dramáticas, y que la persona fallecida sea un niño o un joven adulto. Otros pacientes pueden presentar una pérdida de memoria tanto reciente como remota, o alucinaciones auditivas y visuales; en este caso se descubrió que las alucinaciones de tipo auditivo fueron inventadas ya que la paciente refería escucharlas solo en un oído, poniéndose en duda así las alucinaciones de tipo visual de las cuales jamás se pudo comprobar su veracidad.

A menudo, los pacientes suelen ofrecer informaciones falsas o conflictivas sobre otras circunstancias de su vida (por ejemplo, pueden relatar la muerte de un conocido para obtener el afecto de los demás, como en nuestro caso, la paciente refirió el deceso de una tía, con la cual, según la madre, nunca había tenido un relación muy cercana.

Conclusiones

En el presente trabajo se expone un caso clínico, cuya presentación resultó de gran importancia para los autores, ya que si bien la paciente no presenta todos los signos

físicos del caso prototípico, sí presenta los criterios para ser un Münchhausen no prototípico. Cabe destacar que la paciente está aprendiendo, cada vez que tiene contacto con el personal médico y sanitario, más signos y síntomas, obteniendo además, información sobre ellos en internet, para utilizarlos después y obtener la atención de los demás, en especial del personal de salud. Por lo que se ha visto en este caso es muy difícil hacer una distinción entre los distintos subtipos de trastornos ficticios, ya que la presentación puede ser enteramente por signos y síntomas psicológicos, y luego conforme el paciente va aprendiendo y con su instrucción sanitaria, ir cambiando a uno de predominancia física o de ambas, según le sea más conveniente al mismo paciente, por las circunstancias propias del entorno en el que se desenvuelve y la manera en la que se fueron desarrollando los eventos en la vida del mismo. En cuanto a la clasificación de Münchhausen prototípico y no prototípico, si se toma en cuenta ésta, podría tener grandes repercusiones en el pronóstico y tratamiento, ya que como se dijo anteriormente, la presentación puede ser de una forma predominantemente psicológica y evolucionar después a síntomas físicos. Esta entidad puede ser fácilmente confundida con otras entidades patológicas, lo cual hace que se subdiagnostique, por lo que cobra importancia conocer este tipo de enfermedades que evitarían procedimientos riesgosos para la salud del paciente, así como el gasto de recursos financieros y humanos. Su correcto diagnóstico nos facilitaría también el iniciar con mayor prontitud el tratamiento para la mejora del paciente, aunque este sea aún tan controvertido.

Bibliografía

- Eisendrath SJ: Current overview of factitious physical disorders, in *The Spectrum of Factitious Disorders*. Edited by Feldman MD, Eisendrath SJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996, pp 21-36.
- Plassmann R: Munchhausen syndromes and factitious diseases. *Psychother Psychosom* 1994;62:7-26,
- Asher R. Munchhausen's síndrome. *Lancet* 1951;1:339-341
- Trastornos facticios. In: Masson, editors. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association; 1996, pp 483-487.
- Bernstein JA, Dykewicz MS, Histan P, Patterson R. Potentially fatal asthma and syncope. A new variant of Munchhausen's syndrome in sports. *Chest* 1991;99:763-765
- Gluckman GR, Stoller M. Munchhausen's syndrome manifestation as renal colic. *Urology* 1993; 42:347-350
- Baktari JB, Tashkin DP, Smali GW. Factitious hemoptysis. Adding to the differential diagnosis. *Chest* 1994; 105:943-945.
- Guziec J, Lazarus A, Harding J J : Case of a 29-year-old nurse with factitious disorder: the utility of psychiatric intervention on a general medical floor. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16:47-53.
- Robert E. Hales, M.D.; Stuart C. Yudofsky, M.D.; John A. Talbott, M.D. "DSM-IV(r) Tratado de psiquiatría; Editorial MASSON; 3.a edición, España 1995
- Instituto Mexicano del Seguro Social, "En un año el IMSS atendió cerca de 4 mil 500 casos de síndrome de Münchhausen", Miércoles 8 de octubre de 2008 No. 385
- Pierre Pichot, Juan J. López-Ibor Aliño, Manuel Valdés Miyar; "DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" Editorial MASSON; 3.a edición, España 1995.
- Kaplan, Harold I Benjamín J. Sadock, Robert Cancro; "Tratado de psiquiatría"; Barcelona; Editorial Ediciones Científicas y Técnicas. 1992
- Nadelson T: The Munchhausen spectrum: borderline character features. *Gen Hosp Psychiatry* 1979;11-17,
- Berent D, Florkowsky A, Galecki P. Munchhausen syndrome by proxy. *Psychiatr Pol* 2010; 44(2):245-254.
- Doherty AM, Sheehan JD. Munchhausen's syndrome -more common than we realize? *Ir Med J* 2010;103(6):179-181.
- Le Heusey MF. Munchhausen by proxy: chil's psychiatrist point of view. *Arch Pediatr* 2010;17(6):642-643