

Trastornos facticios

Autor

Stella Bocchino

Prof. Agda. de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.
Jefa del Servicio de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas.

Correspondencia:
Gral. Andrés Gómez 1668.
bocchino@adinet.com.uy
Fax Clínica Psiquiátrica:
487-5843.

Resumen

Los trastornos facticios son diagnosticados muy excepcionalmente en nuestro medio. Estos pacientes se presentan comúnmente con quejas orgánicas, siendo tratados por médicos generales, y muy pocos de ellos derivados al psiquiatra. Cuando el médico descubre la autogeneración de las afecciones, el resentimiento que generalmente provoca puede dificultar su comprensión de la existencia de un trastorno psiquiátrico subyacente, no realizando la derivación. Parece existir cierta confusión sobre la extensión del síndrome de Münchhausen, por lo que se realiza un abordaje actualizado de los trastornos facticios en general y del síndrome de Münchhausen en particular, desde el punto de vista clínico y terapéutico.

Palabras clave

*Trastornos facticios
Síndrome de Münchhausen
Münchhausen por poderes
Diagnóstico
Tratamiento*

Summary

The factitious disorders are diagnosed very exceptionally in our means. These patients are commonly presented with organic complaints, being treated by general doctors, and very few of them are derived to the psychiatrist. When the doctor discovers the autogeneration of the affections, the resentment that it generally provoke, it can hinder his understanding of the existence of an underlying psychiatric disorder, not carrying out the derivation. It seems to exist certain confusion on the extension of the Syndrome of Münchhausen, for that in this work, it carried out an up-to-date boarding of the factitious dysfunctions in general and of the Syndrome of Münchhausen in particular, from the clinical and therapeutic point of view.

Key words

*Factitious disorders
Münchhausen syndrome
Münchhausen by proxy
Diagnostic
Treatment*

Introducción

Hemos constatado que existe cierta confusión con relación a los trastornos facticios, denominándolos indistintamente como síndrome de Münchhausen, cuando éste representa en realidad el subtipo más frecuente y grave de estos trastornos, pero no la totalidad de ellos.

Es curioso que, si bien siempre subyace un trastorno de la personalidad de gravedad variable, los psiquiatras no tenemos mucha experiencia con respecto a estos trastornos. Es una patología difícil de diagnosticar, por el engaño que la caracteriza, por lo que existe un sub registro admitido por todos los autores. Por otra parte, estos pacientes se presentan más comúnmente con sintomatología y quejas orgánicas, siendo tratados por médicos generales,

* Trabajo presentado en las XIII Jornadas Científicas en Psiquiatría. Montevideo. Octubre 2003. Adaptado para su publicación.

y muy pocos de ellos derivados al psiquiatra. Esto puede explicarse porque los médicos son engañados, creyendo que su paciente presenta una patología orgánica y no psiquiátrica, y cuando descubren la autogeneración de las afecciones, el enojo que habitualmente provoca, ofusca la comprensión del clínico, quien puede no vislumbrar la existencia de un trastorno psiquiátrico subyacente y, por tanto, no realizar la derivación.

Por estos motivos, encontramos que podría ser de utilidad realizar un abordaje actualizado de los trastornos facticios en general y del síndrome de Münchhausen en particular, desde el punto de vista clínico y terapéutico.

Características clínicas

Los trastornos facticios se caracterizan por la producción intencional de enfermedades o lesiones en ausencia de afecciones comprobadas relacionadas con la sintomatología que se exhibe. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la presencia de signos o síntomas facticios no implica ausencia de trastornos verdaderos. De hecho, los trastornos facticios se relacionan con afectaciones de la personalidad.

Existe una confusión con las denominaciones. Muchas veces aparece el síndrome de Münchhausen como sinónimo de trastorno facticio, lo cual es erróneo. El síndrome de Münchhausen es un subtipo de trastorno facticio, el más común y grave de ellos, y se caracteriza por la producción predominante de síntomas y signos físicos.

En el trastorno facticio la producción de la enfermedad o lesión es intencional y consciente, pero la motivación real es inconsciente y suele implicar la necesidad de convertirse en “pacientes” y de este modo ser cuidados por el equipo de salud. No existen móviles de ganancia externa, económica o de eludir responsabilidades laborales o judiciales, lo que los diferencia de la simulación.

Los pacientes suelen relatar sus padecimientos de manera dramática y ampulosa, pero describen con vaguedad los síntomas cuando se les solicita que los expliquen en forma detallada. Pueden ser objeto de intervenciones quirúrgicas o exploraciones diagnósticas cruentas y peligrosas. Cuando son

descubiertos se sienten ofendidos y cambian de médico o de hospital. Por esta razón, es habitual que consulten a más de un médico, siendo, por tanto, frecuente su deambulación por diferentes consultorios y hospitales, en el mismo período o en forma secuencial.

Los trastornos facticios se hallan codificados en los DSM^{1, 2, 3} y en la CIE⁴. En esta última se los describe más brevemente, incluyéndolos en el Capítulo de los Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69). Se excluyen, entre otros, la simulación y el Münchhausen por poderes o por representate (representante), que se ubican como maltratos en la infancia.

En el DSM-IV TR³ existe un capítulo dedicado a la descripción y clasificación de esta afección, especificando que se debe aclarar el subtipo de trastorno, según predominen los signos y síntomas psíquicos o físicos, codificándolos según subtipos, en:

a. Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos

En este subtipo los pacientes exhiben predominantemente sintomatología psiquiátrica, que muy frecuentemente no se corresponde con un patrón específico o característico de ninguna afección, con un curso evolutivo y una respuesta terapéutica inusual, y que se agrava cuando la persona se sabe observada. Las quejas que estos pacientes manifiestan con más frecuencia incluyen elementos depresivos, con ideación suicida, amnesias, ideas delirantes, síntomas del trastorno por estrés postraumático y síntomas disociativos. Pueden ingerir sustancias psicoactivas (estimulantes, sedantes o alucinógenos) para favorecer la presentación de los síntomas.

El diagnóstico es muy difícil de realizar. Si se tiene en cuenta que los pacientes que presentan trastornos facticios tienen un trastorno de la personalidad, se comprende que, junto al fingido, se pueda observar el trastorno verdadero.

La anamnesis obtiene descripciones vagas e imprecisas. Los tests proyectivos, por ejemplo, el Rorschach, o el test de la Gestalt de Bender, pueden ayudar al clínico en el diagnóstico de un trastorno facticio.

Limosin y Ades⁵ reportan el caso de una mujer de 57 años, internada en una unidad de psiquiatría por presentar insomnio, excitación psicomotriz y fenómenos alucinatorios. Se comprobó que sus síntomas eran fingidos. Esta paciente no tenía antecedentes de intervenciones quirúrgicas ni tratamientos médicos repetidos, por lo que su afección era característica de los trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos.

b. Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos (síndrome de Münchhausen)

Predominan los síntomas y signos de enfermedad orgánica. Pueden llegar a ser muy severos. Frecuentemente aparecen: infecciones autoprovocadas (por ejemplo: abscesos por inyección de materias fecales u otras sustancias); fiebre de origen indeterminado⁶; retraso en la curación de heridas⁷; hipoglicemias; anemia, hemoptisis masivas; hemorragias por ingestión de anticoagulantes; vómitos; diarrea; síntomas y signos neurológicos⁸; como crisis convulsivas; quejas de mareos con pérdida de conocimiento; quejas de dolores abdominales con náuseas y vómitos; aparición de lesiones cutáneas⁷; excoriaciones y abscesos.

Comúnmente tienen antecedentes de múltiples ingresos a hospitales, donde permiten la realización de todo tipo de exámenes, por cruentos que sean.

Sus relatos son dramáticos y hasta fantásticos (seudología fantástica)^{1, 2, 3, 9}.

Hemos encontrado interesante que en los DSM apareciera mención a la seudología fantástica, descripción semiológica tan clásica. Por otro lado, ni los DSM ni la CIE incluyen su descripción. De los textos clásicos revisados, sólo lo encontramos en el libro de Alonso Fernández: Fundamentos de la psiquiatría actual, del año 1977¹⁰. Alonso informa que la seudología fue descrita por Delbrück, y expresa: “el seudólogo o mitómano es el resultado de la aleación de un radical caracterológico histérico con la hiperfantasía, que Ziehen describiera, y un porte y unos ademanes tan distinguidos, que hacen posible que sus mentiras patológicas tomen una gran prosperidad social”. (Precisamente, el nombre del síndrome fue tomado del

barón de Münchhausen). Dice Alonso: “Para el seudólogo lo importante es actuar engañando para satisfacer su insaciable necesidad de estimación...”. “Ofrece las particularidades de implicar una gran ornamentación fantástica, suscitar la creencia del propio sujeto en la realidad de sus contenidos y convertirse a menudo en el eje de su vida”.

El subtipo de trastorno facticio con predominancia de síntomas físicos, además de agrupar el síndrome de Münchhausen, ha recibido diferentes nombres, de acuerdo con el sistema principalmente incriminado en la sintomatología.

Así aparecen:

- El tipo dermatológico: dermatitis autogénica
- El tipo abdominal: laparotomofilia migrans
- El tipo hemorrágico: hemorragia histriónica y/o negociantes de hemoptisis
- El tipo neurológico: neurología diabólica
- Hiperpirexia imaginaria
- Vagabundos de hospital

Como se observa, los nombres tienen una clara connotación peyorativa, que denuncia los sentimientos frecuentemente despertados en el personal de salud.

Por otra parte, el personal de enfermería constata que rara vez reciben visitas, lo que puede ser considerado como evidencia de las alteraciones de sus vínculos, o como consecuencia de su peregrinar por distintos lugares, para representar su actuación.

c. Trastornos facticios con combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos

Estos trastornos presentan una combinación de síntomas psíquicos y orgánicos.

Características generales de los trastornos facticios

Epidemiología

Sexo: Los trastornos facticios en general son más frecuentes en mujeres, pero el síndrome de Münchhausen es más frecuente en hombres.

Edad: Es más frecuente en la edad media de la vida.

Ocupación: Frecuentemente los pacientes tienen amplio manejo de la terminología médica, y conocimientos médicos en general. Muchos trabajan en ocupaciones relacionadas con la medicina.

Prevalencia: Existen datos diversos. Algunos autores opinan que es muy difícil estimar su prevalencia por el engaño que subyace siempre en su presentación, y por la peregrinación del paciente por diferentes hospitales e incluso ciudades, y estiman que es diagnosticado aproximadamente en un 1% de los pacientes atendidos en salud mental¹. Rumans y Vosti⁶ reportan un 2.2% (11 de 506 casos) de pacientes con fiebre de causa no identificada que correspondían a trastornos facticios.

Estas cifras nos alertan sobre la existencia de un subdiagnóstico en nuestros servicios.

Se estima que es mayor la prevalencia de trastornos facticios con síntomas somáticos: 9.3 % con síntomas médicos contra 0.5% con síntomas psiquiátricos.¹¹

Sin importar la forma de presentación, es importante remarcar que todos los pacientes presentan patologías psiquiátricas de gravedad variable subyacentes a estos trastornos.

Evolución: Generalmente evolucionan en forma intermitente, con empujes y remisiones. No es raro que se inicien luego de una internación por una enfermedad de causa identificable.

Criterios diagnósticos del DSM-IV TR

Se presentan los siguientes criterios para su diagnóstico:

- 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 (por ejemplo, una ganancia económica, evitar una responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).

Se debe especificar el tipo:

- Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos.

- Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos.

- Trastornos facticios con signos y síntomas psicológicos y físicos.

El DSM agrega un capítulo para los Trastornos facticios no especificados, que incluye los trastornos con síntomas facticios que no cumplen los criterios para el diagnóstico del trastorno facticio. Este incluye el trastorno facticio sustitutivo, por poderes, o síndrome de “Münchhausen by proxy”.

Etiología

La verdadera etiología de los trastornos facticios, sin importar el subtipo ni forma de presentación, es la perturbación psiquiátrica subyacente, de gravedad variable, pero siempre presente.

Los pacientes actúan de manera consciente al producir sus enfermedades, pero las motivaciones permanecen inconscientes para él. Saben que están actuando pero no pueden detenerse, porque su conducta está determinada por factores inconscientes¹¹.

Lo más aceptado es que estos pacientes presentan una necesidad imperiosa de ser atendidos y cuidados, de ser el centro del interés¹¹.

En algunos pacientes existe el antecedente de una enfermedad real infantil donde se sintieron cuidados por primera o única vez.

Las hipótesis de orientación psicodinámica remarcan la elección del escenario médico para reactivar conflictivas inconscientes, que en algunos casos pueden implicar resentimiento contra médicos y hospitales, o la necesidad de reeditar una relación frustrante con una figura significativa, para tomar venganza ahora mediante el engaño y la hostilidad.

La hostilidad de los pacientes es incontrovertible. Bajo su apariencia de desamparo se percibe el resentimiento contra los médicos, al que dan rienda suelta cuando son descubiertos, o se sospecha la inautenticidad de sus síntomas. En este momento el paciente siente que ya no controla al personal de salud, por lo que se retira enojado y acusando a los médicos de mala práctica.

Otros autores explican que el entorno hospitalario brinda un sustituto de la figura parental ambivalente, protectora, controladora y agresiva. El dolor autoinfligido puede considerarse como un intento masoquista de disminuir la culpa por conflictos infantiles no resueltos¹¹.

Los autores en general reconocen que no existe una hipótesis única ni acabada sobre la etiología de estos trastornos; se considera una patología muy compleja, que requiere mayor investigación¹².

Semiología psiquiátrica

Es característica la falta de angustia, aun ante cuadros muy graves.

Estos pacientes presentan frecuente aprobatividad, por lo que se debe ser muy cuidadoso en la realización de la entrevista, y no realizar preguntas que sugieran síntomas. Hay que tratar de que el entrevistado relate sus padecimientos de manera espontánea; de este modo, se podrá asistir a su actuación realizada de manera trágica y melodramática.

Según la patología, pueden presentar el fenómeno de Vorbeireden¹¹, en el cual el paciente da respuestas aproximadas, por ejemplo: $4 \times 5 = 21$. Este fenómeno no es patognomónico del trastorno facticio, pudiéndose ver en otras patologías como la esquizofrenia, o en el síndrome de Ganser, descrito como un estado disociativo histérico particular, y constituido luego en el paradigma de las psicosis carcelarias.

El nivel intelectual es normal o superior. No se detectan trastornos formales del pensamiento. En cambio, son ostensibles las alteraciones de la personalidad.

Patología psiquiátrica subyacente

Todos los autores reconocen que siempre existe patología psiquiátrica subyacente a estos trastornos. Rumans y Vosti⁶ insisten en que debe esclarecerse el tipo de trastorno psiquiátrico que existe tras estas afecciones para poder realizar el tratamiento adecuado. Estos pacientes suelen presentar: difusión de la identidad, perturbaciones sexuales, baja tolerancia a las frustraciones, necesidad de dependencia, patología narcisista.

Los trastornos de la personalidad pueden agrupar:

- Trastorno de personalidad del Grupo B: trastorno borderline, trastorno histriónico, trastorno narcisista.
- Trastorno de personalidad del Grupo C: trastorno por dependencia.

Estos trastornos pueden hallarse descompensados con episodios depresivos.

Diagnósticos diferenciales

- Enfermedades físicas y psíquicas verdaderas. Es un diagnóstico difícil. Implica un análisis muy minucioso de los antecedentes, estudio de historias clínicas, ubicar a los colegas que atendieron con anterioridad al paciente, y tratar de realizar un diagnóstico del eje II lo más ajustado posible. Sin embargo, el paciente con trastorno facticio puede tener una enfermedad real que necesite tratamiento. Kent¹³ relata el caso de un paciente que tenía un trastorno facticio en comorbilidad con un trastorno por abuso de sustancias, más una enfermedad física verdadera.

- Trastornos somatomorfos, y dentro de éstos los trastornos de somatización y de conversión, el trastorno por dolor y la hipocondría. En los pacientes con trastornos somatomorfos la producción de los síntomas no es intencional sino inconsciente^{14, 15}.

- Simulación. Suele ser más fácil que los anteriores pues puede pesquisar la presencia de un móvil o la obtención de un beneficio¹⁴.

- Trastornos de la personalidad.
 - Trastorno antisocial. Este trastorno suele comenzar antes que el facticio, y se acompaña de trastornos conductuales que orientan el diagnóstico.

- Trastorno borderline. Se identifica por el estilo de vida caótico y el patrón de inestabilidad e impulsividad.

Levy y Rajapaksa¹⁴ reportan el caso de una mujer de 24 años que había sido admitida en varios hospitales con quejas de múltiples dolores musculares. Cuando ingresaba, la paciente informaba que en los hospitales anteriores le habían diagnosticado lupus. La paraclínica era inconsistente, y la consulta con los otros hospitales permitió hacer el diagnóstico de trastorno facticio. En razón de las quejas de

la paciente, debieron formular diagnóstico diferencial con trastorno conversivo, hipochondría y simulación.

Iarsen¹⁵ remarca que el diagnóstico diferencial con los trastornos somatomorfos debe hacerse teniendo en cuenta la producción voluntaria de los síntomas en los trastornos facticios. Este autor realiza una discusión de los procesos médico legales en que pueden hallarse envueltos estos pacientes, por la responsabilidad en que pueden incurrir por sus actuaciones. También discute las implicancias médico legales en que pueden colocar al médico tratante o al equipo de salud. A pesar de que la intencionalidad de los síntomas permanezca inconsciente, el hecho de la producción voluntaria de los síntomas abre el espacio para el cuestionamiento de su responsabilidad en el ámbito legal.

Testados útiles en los trastornos facticios con sintomatología psicológica:

-MMPI: Es útil por poseer un ítem de Confiabilidad.

-Tests proyectivos: Rorschach, TAT, test de la Gestalt de Bender.

Evolución y pronóstico

Se tiene pocos datos. La casuística disponible informa que algunos pacientes podrían evolucionar a la curación, y otros a la psicosis o al suicidio. Tendrían peor pronóstico los pacientes con varias hospitalizaciones y los pacientes con síntomas facticios psicóticos¹¹.

Tratamiento

La función más importante del psiquiatra es alertar a sus colegas sobre la patología psiquiátrica siempre subyacente.

Ninguna terapia ha demostrado gran eficacia en el tratamiento de estos pacientes. Es una paradoja que los pacientes que simulan enfermedades importantes, que buscan y se someten a tratamientos innecesarios, se niegan a sí mismos y a los demás su verdadera enfermedad.

La mayoría de los autores que hacen referencia al tema remarcan lo dificultoso que resulta el tratamiento de estos pacientes. A su vez, a

menudo el diagnóstico es confuso, ya que no puede descartarse completamente la posibilidad de que exista una causa real^{14, 16, 17}.

El tratamiento debe hacerse centrándose en el manejo de estos pacientes más que en su curación. El factor que más influye en el éxito de este manejo es que se identifique rápidamente este trastorno, y así el médico podrá evitarle al paciente gran cantidad de procedimientos diagnósticos.

Existe consenso en confrontar al paciente de manera continentadora. Aunque el uso de la confrontación es un tema controvertido, en un determinado momento del tratamiento el paciente debe enfrentarse a la realidad. Lamentablemente, los pacientes, en su mayoría, abandonan el tratamiento cuando se ven descubiertos¹¹.

Las reacciones personales de los miembros del grupo médico son muy importantes en el tratamiento y establecimiento de alianzas con el paciente. Los miembros del equipo médico se ven forzados a abandonar un elemento básico: la aceptación de la veracidad de las quejas del paciente.

Se obtienen mejores resultados trabajando en conjunto con el médico que atiende al paciente que abordando únicamente al paciente¹⁴. Los mejores resultados se obtienen con la combinación del tratamiento médico y psicoterapéutico, de orientación psicodinámica o cognitivo conductual.

El principal papel del psiquiatra es alertar a los otros especialistas de que, a pesar de que la enfermedad que ostenta es fingida, el paciente está severamente enfermo.

SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN

Es el trastorno facticio más conocido. Este término fue acuñado por Asher y se caracteriza por mentiras patológicas y una conducta errante, de hospital en hospital, fingiendo una enfermedad física inexistente.

Fink y Jensen⁹ remarcan que en el DSM-III R la designación de trastornos facticios crónicos es usada como sinónimo de síndrome de Münchhausen. Basados en tres nuevos reportes, y en el procesamiento estadístico de los casos hallados en la literatura, llegan a la conclusión

de que cuando se usan los criterios de Asher, el síndrome de Münchhausen constituye un subtipo de trastorno facticio crónico, caracterizado por presentar clínica del trastorno facticio, peregrinación, seudología fantástica y circunstancias dramáticas de admisión en el servicio de salud.

El DSM-III R era el que estaba en vigencia cuando estos autores escribieron el artículo en 1989, pero su aseveración sigue siendo válida para los DSM posteriores.

Este síndrome se parece, por su sintomatología, a los trastornos somatoformes, que agrupan varios trastornos psicopatológicos y psiquiátricos en los cuales los sujetos refieren síntomas físicos, pero niegan tener problemas psicológicos^{14, 15}.

En los trastornos somatoformes los síntomas físicos, su gravedad o duración no pueden ser explicados por ninguna enfermedad orgánica subyacente. Los trastornos somatoformes incluyen el trastorno de somatización, el trastorno de conversión y la hipocondría.

El síndrome de Münchhausen no es un verdadero trastorno somatoforme, pero sus características son parecidas a las de los trastornos psicopatológicos con apariencia de una enfermedad orgánica.

La diferencia está en que las personas que padecen el síndrome de Münchhausen simulan de modo consciente los síntomas de un trastorno físico. Inventan repetidamente enfermedades y suelen ir de médico en médico en busca de tratamiento. La peregrinación es típica, la describen todos los autores. Ludviksson y col.¹⁸ relatan el caso de una paciente que peregrina a través de varios hospitales de diferentes ciudades.

La propuesta para designar la entidad patológica como síndrome de Münchhausen fue de Asher (1951), quien señaló: "Se trata de un síndrome que muchos médicos han visto, pero sobre el que se ha escrito muy poco". Asher dio este nombre al síndrome porque relacionó su cuadro clínico con la descripción que Raspe había hecho del carácter del barón de Münchhausen, famoso por contar aventuras fantásticas de su vida^{19, 20, 21}.

Karl Friedrich Hieronymus, barón de Münchhausen, nació el 11 de mayo de 1720, en Bodenwerder, Alemania. De familia aris-

tocrática, hizo carrera militar como oficial de caballería en el ejército ruso. Combatió contra los turcos en 1716 y fue famoso por su hospitalidad y por sus historias de aventuras de caza y de guerra impregnadas de gran fantasía. Falleció en 1797.

Rudolf Erich Raspe recopila y ordena estas historias en la obra "Las aventuras del barón de Münchhausen" (1785). Gottfried August Bürger (1747-1794) escribe una versión en 1786²¹.

El síndrome de Münchhausen es el trastorno facticio más conocido. Se caracteriza por mentiras patológicas (seudología fantástica) y una conducta errante, de médico en médico, fingiendo una enfermedad física.

Según Asher, los tipos más frecuentes son: abdominal agudo, hemorrágico (hemoptisis, hematemesis simulada) y neurológico (cefaleas, pérdida de conciencia), aunque también se implican otras áreas.

Se describen algunas características que permiten identificar a estos enfermos:

- Tienen una sumisión inusual a las hospitalizaciones, así como a las pruebas diagnósticas.
- Han pasado por múltiples hospitalizaciones.
- Es más frecuente en varones (en contraste con otros tipos de trastornos facticios).
- Explican su historia de forma dramática; son evasivos cuando explican sus ingresos hospitalarios y reacios a que se revisen sus historias clínicas.
- Son pacientes mitómanos y con frecuencia padecen un trastorno límite de personalidad y se asocia con problemas emocionales graves.

En general tienen un nivel intelectual alto: no sólo saben cómo imitar enfermedades con bastante acierto, sino que tienen un minucioso conocimiento sobre las prácticas médicas. Pueden llegar a manipular de tal modo que consiguen su hospitalización y ser sometidas a tratamientos intensivos y análisis, incluyendo cirugías mayores²¹.

Grenga y Dowden²³ relatan el caso de una paciente que concurre al hospital solicitando una mastectomía bilateral profiláctica aduciendo una herencia muy fuerte de cáncer de mama

en su familia. Afortunadamente, antes de la mastectomía se supo que la historia familiar era una invención de la paciente.

Bruns y cols.²⁴ presentan cuatro reportes de sintomatología correspondiente a cáncer ginecológico, pero estos cuatro casos correspondían a cáncer de ovario.

Hubiera sido importante conocer detalladamente las características de personalidad de las pacientes que fingían cáncer ginecológico, pues, en principio, la elección de la patología orienta a una severa conflictiva de género que no fue detallada en los reportes estudiados.

Tlacuilo y cols.⁷ relatan el caso de una mujer de 28 años admitida en un hospital universitario, estudiada durante tres años por una úlcera sangrante de rodilla izquierda, tan severa como para requerir transfusiones de sangre. Se descubrió la etiología facticia luego de realizar muchos exámenes paraclínicos sin hallazgos positivos.

Henderson y cols.⁸ relatan el caso de un joven que fingía padecer una hemorragia subaracnoidea y que “peregrinó” por hospitales de Londres y Escocia.

Un caso interesante es el relatado por Bernstein y cols.²⁵, de una joven de 19 años, atleta de su colegio, que presentaba crisis de asma potencialmente fatales y episodios sincopales recurrentes, lo que evidencia que el síndrome de Münchhausen puede aparecer en la clínica con muy variadas presentaciones.

Síndrome de Münchhausen en niños

Son más conocidos y tratados por los pediatras y especialistas en psiquiatría pediátrica. Existen dos formas:

a. El síndrome de Münchhausen infantil

El propio niño “elabora y fabrica la enfermedad”. Esta puede presentarse en preadolescentes y adolescentes entre los 10 y 15 años de edad con frecuentes manifestaciones urinarias o dermatitis ficticias.

b. El síndrome de Münchhausen por representante, por poderes, o síndrome de Münchhausen “by proxy”

Es un cuadro poco frecuente. El primer caso fue comunicado por Meadow en 1977²⁶. Este síndrome tiene varios nombres: “by proxy”, por poderes, por apoderado, por representante, sustitutivo y otros; a veces se lo llama síndrome de Polle. Meadow y Lennert²⁷ concluyeron que el nombre síndrome de Polle no es correcto.

En el síndrome de Münchhausen por poderes el niño es víctima de la simulación de la enfermedad por parte de los padres. En esta forma el menor juega un papel pasivo y es, generalmente, la madre quien manipula al niño y a los servicios de salud. Se observa en menores de 10 años.

En este caso los padres o tutores realizan declaraciones falsas, o provocan síntomas de alguna enfermedad en el niño, con la finalidad de que el equipo de salud se haga cargo, y se ponga en marcha un proceso de diagnóstico y atención médica continuados.

El síndrome de Münchhausen por poderes representa un tipo de maltrato infantil en el cual los hijos offician de intermediarios de los problemas de los padres; de ahí el nombre “por poderes”. Se considera que en estos casos el adulto satisface la necesidad de protagonizar el rol de enfermo en forma indirecta. El adulto en cuestión puede tener que responder penalmente por el maltrato infantil ocasionado.

El 95% de las publicaciones que hacen referencia a estos tipos de maltrato reportan que había sido la madre la autora de los hechos. Estas madres generalmente padecen ellas mismas el síndrome de Münchhausen, tienen buen nivel intelectual y generalmente poseen conocimientos en temas médicos. Feldman y cols.²⁸ reportan el caso de una nurse de 34 años que simulaba ella e inducía en su hermana menor, una serie de dolencias. El equipo de salud pudo acceder a información que facilitó el diagnóstico y tratamiento de ambas, con protección de la menor.

Puede sospecharse un síndrome de Münchhausen por poderes cuando hay:

- Madres con antecedentes de trastorno facticio.
- Múltiples enfermedades recurrentes en niños, que en ausencia de sus padres no muestran síntomas ni signos de enfermedad.
- Falta de preocupación manifiesta de la

madre por la “enfermedad” del hijo.

- Pruebas diagnósticas con resultados incongruentes con los síntomas.

Griffith²⁹ reporta el estudio de dos familias con este síndrome. Concluye que las madres presentan trastornos somatomorfos o trastornos facticios, proceden de familias autoritarias y con antecedentes de explotación de los niños. Vio patrones similares de dominancia / sumisión en dichas familias.

El síndrome, que puede empezar con la creación de signos y síntomas leves y esporádicos, puede conducir a un cuadro muy grave; incluso puede llevar a la muerte del niño, sobre todo cuando se configura como una situación crónica y persistente y se utilizan sustancias o productos químicos para la simulación. Se ha encontrado muerte del niño en un 9% de los casos.

Clark y cols.³⁰ resumen graves casos de Münchhausen por poderes en niños que presentaron paro cardíaco, sepsis recurrentes o hemorragias provocadas. Relatan el caso de un niño que presentaba un síndrome de púrpura espontáneo, provocado por una sensibilización autoinmune. El mecanismo utilizado consistió en una inyección intradérmica de sangre autóloga, que provocó una zona de púrpura dolorosa. El autor afirma que la mayoría de estos pacientes tiene trastornos psiquiátricos, y que los síntomas mejoraron sólo con psicoterapia.

Las agresiones a que se ve sometido el niño se incrementan por la probabilidad de ser sometidos a innumerables pruebas y exámenes médicos complementarios e invasivos, para llegar a un falso diagnóstico de una enfermedad inexistente, con el consiguiente perjuicio.

Estos niños tienen riesgo de presentar trastornos facticios cuando crezcan.

Conclusiones

Los trastornos facticios son excepcionalmente diagnosticados en nuestro medio. Algunos autores opinan que es muy difícil estimar su prevalencia por el engaño que subyace siempre en su presentación, y por la peregrinación del paciente por diferentes

hospitales e incluso ciudades, y estiman que es diagnosticado aproximadamente entre un 1% de los pacientes atendidos en salud mental. Con sintomatología física se reporta un 2.2% de pacientes con fiebre de causa no identificada, que correspondía en realidad a trastornos facticios.

Si es posible esperar una prevalencia similar para nuestro medio, estas cifras nos alertan sobre la existencia de un subdiagnóstico en nuestros servicios.

Son trastornos de difícil diagnóstico y más difícil tratamiento. Consideramos que sólo una conducta que incluya un trabajo interdisciplinario permanente, brindará una herramienta segura para la detección de estos pacientes y para implementar un abordaje terapéutico adecuado.

Referencias bibliográficas

1. **Psychiatric Association.** DSM-III R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1987, pp. 377-383.
2. **American American Psychiatric Association.** DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995, pp. 483-487.
3. **American Psychiatric Association.** DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002, pp. 575-579.
4. **Organización Mundial de la Salud.** CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (10 ed). Ginebra, pp. 275-276.
5. **Limosin F, Ades J.** Behcet disease and factitious manic-depressive psychosis: a case of Münchhausen syndrome. *Presse Med* 1999; 18;28(27):1460-2.
6. **Rumans L, Vosti K.** Factitious and fraudulent fever. *Am J Med* 1978; 65(5): 745-55.
7. **Tlacuilo J, Guevara E, Barron E, et al.** Münchhausen syndrome: a diagnostic challenge. *Gac Med Mex* 1999; 135(2): 177-81.

8. **Henderson LM, Bell BA, Miller JD.** A neurosurgical Münchhausen tale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1983; 46(5):437-9.
9. **Fink P, Jensen J.** Clinical characteristics of the Münchhausen syndrome. A review and 3 new case histories. *Psychother Psychosom* 1989; 52(1-3):164-71.
10. **Alonso Fernández F.** Fundamentos de la psiquiatría actual. Tomo II. 3ª ed. Madrid: Paz Montalvo; 1977, 45, 614, 822.
11. **Jones R.** Trastornos Facticios. En: Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría*. 6ª ed. Buenos Aires: Inter-Médica; 1995, pp. 1197-1205.
12. **Humphries SR.** Münchhausen Syndrome. Motives and the relation to deliberate self-harm. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 416-7.
13. **Kent JD.** Münchhausen syndrome and substance abuse. *J Subst Abuse Treat* 1994; 11(3):247-51.
14. **Levy NB, Rajapaksa T.** A case of chronic factitious illness. *Int J Psychiatry Med* 1976-77;7(3):257-67.
15. **Iarsen F.** Münchhausen syndrome. A rare condition requiring many resources. *Nord Med* 1991; 106(12):330-2.
16. **Manok M, Jovicic D, Cvijetic-Smodlaka O.** The Münchhausen, Asher-Chapman syndrome. *Srp Arh Celok Lek* 1977; 105(11):989-6.
17. **Leland DG.** Münchhausen syndrome: a brief review. *S D J Med.* 1993; 46(4): 109-12.
18. **Ludviksson R, Griffin J, Graziano M.** Münchhausen syndrome: the importance of a comprehensive medical history. *Wis Med J* 1993; 92(3):128-9.
19. **Kyle R, Shampo M.** Münchhausen syndrome. Baron Heironymus Karl Friedrich Münchhausen (1720-1797). *JAMA* 1976; 235(12):1229.
20. **Olry R.** Baron Münchhausen and the syndrome which bears his name: history of an dearing personage and of a strange mental disorder. *Vesalius* 2002; 8(1):53-7.
21. **Gheis S, Mayer R.** Münchhausen syndrome. *Clin Ter* 2000; 151(5):351-5.
22. **Mahler D, Ginath Y.** The Münchhausen syndrome; in aesthetic surgery of the nose: the patient. problem or the surgeon. problem? *Ann Plast Surg* 1982; 8(3):258-62.
23. **Grenga TE, Dowden RV.** Münchhausen syndrome and prophylactic mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 1987; 80(1):119-20.
24. **Bruns AP, Fishkin PA, Johnson EA, Lee YT.** Münchhausen syndrome and cancer. *J Surg Oncol* 1994; 56(2):136-8.
25. **Bernstein JA, Dykewicz MS, Histan DP, Patterson R.** Potentially fatal asthma and syncope. A new variant of Münchhausen syndrome in sports medicine. *Chest* 199; 99(3):763-5.
26. **Meadow R.** Münchhausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; 2(8033):343-5.
27. **Meadow R, Lennert T.** Münchhausen by proxy or Polle syndrome: which term is correct? *Pediatrics* 1984; 74(4):554-6.
28. **Feldman MD, Rosenquist PB, Bond JP.** Concurrent factitious disorder and factitious disorder by proxy. Double jeopardy. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19(1):24-8.
29. **Griffith JL.** The family systems of Münchhausen syndrome by proxy. *Fam Process* 1988; 27(4):423-37.
30. **Clark GD, Key JD, Rutherford P, Bithoney WG.** Münchhausen syndrome by proxy (child abuse) presenting as apparent autoerythrocyte sensitization syndrome: an unusual presentation of Polle syndrome. *Pediatrics* 1984;74(6): 1100-2.