

Síndrome de Munchausen familiar: una presentación inusual

P. Sierra San Miguel^a, J. Bueno Lledó^b, R. Calabuig Crespo^c y L. Livianos Aldana^d

^a Centro de Salud Mental de Catarroja. ^b Unidad de Cirugía Básica y Urgencias. Hospital Universitario La Fe.

^c Servicio de Psiquiatría. Hospital Dr. Peset. ^d Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Fe. Valencia

Familiar Munchausen syndrome: an unusual presentation

Resumen

El síndrome de Munchausen es un subtipo dentro de los trastornos facticios en el que predominan los signos y síntomas somáticos. El paciente se autoinflinge un daño físico, con el único objetivo de asumir el rol de enfermo. Es una patología infradiagnosticada, caracterizada por numerosos ingresos hospitalarios y una historia de peregrinaje por diferentes especialistas. Un diagnóstico precoz evitaría el elevado gasto sanitario ocasionado por las exploraciones innecesarias y el deterioro sociolaboral y familiar del paciente. Se describe un caso que afecta a dos hermanos, infrecuente en la literatura revisada, y se exponen los criterios de sospecha en la práctica clínica diaria.

Palabras clave: Trastorno facticio. Síndrome de Munchausen. Trastorno familiar. Simulación.

Summary

Munchausen syndrome is a subtype included in factitious disorders in which somatic signs and symptoms predominate. The patient self-inflicts damage with the only objective of assuming a «sick role.» This is an underdiagnosed disorder characterized by numerous hospital admissions and history of visits to different medical specialists. Early diagnosis would avoid high health care costs caused by unnecessary explorations, and social, work and familial deterioration of the patient. We report a case with two affected brothers, rare in the literature reviewed, and we analyze suspicion criteria in the daily clinical practice.

Key words: Factitious disorder. Munchausen syndrome. Familial disorder. Simulation disorder.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos facticios representan una de las patologías más infradiagnosticadas en la práctica diaria psiquiátrica^{1,2}. Esto se debe probablemente a la ausencia de sospecha diagnóstica y dificultad en el diagnóstico diferencial, especialmente en estadios iniciales. Estos trastornos se caracterizan por la autoprovocación por parte del paciente de síntomas físicos o psíquicos en ausencia de incentivos externos, a diferencia de la simulación. En el síndrome de Munchausen, también denominado síndrome de adicción a los hospitales o de adicción poliquirúrgica, los daños son exclusivamente físicos y conllevan una historia de peregrinaje por diferentes especialistas y hospitales con innumerables ingresos.

Puesto que sigue constituyendo un enigma médico, sería importante sospechar este trastorno cuando un síntoma carezca de base biológica o psicosomática lógica. En este sentido describimos dos casos de familiares de primer grado (hermanos), que fueron diagnosticados de

síndrome de Munchausen tras una larga historia de atención médica. Esta presentación familiar constituye una situación inusual tras revisar la bibliografía al respecto.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Varón de 33 años que ingresa para intervención quirúrgica en 1996, por cuadro de úlcus duodenal resistente a tratamiento médico. Como antecedentes de interés figuran amigdalitis de repetición y estudio por sospecha de glomerulonefritis infantil que ocasionó varias hospitalizaciones a una edad temprana. Destacaba una dinámica familiar alterada; el paciente ocupaba el tercer lugar de nueve hermanos, padre alcohólico y hermano diagnosticado de neurosis «sin especificar». En los controles seriados en consultas externas los años sucesivos, el paciente aquejaba dolores abdominales y precordiales inespecíficos, obligando al especialista a realizar numerosas pruebas de imagen tipo ecografía, tomografía computarizada (TC), series radiológicas baritadas digestivas y endoscopias, sin llegar a un diagnóstico específico. Asimismo, los años posteriores siguió acudiendo a Urgencias, con una frecuencia de 8-9 veces al año, por cuadros de sos-

Correspondencia:

Pilar Sierra San Miguel
Padre Rico, 7, puerta 6
48008 Valencia
Correo electrónico: sierrasanmiguel@hotmail.com

pecha de hemorragia digestiva alta que no eran confirmadas endoscópicamente en los sucesivos ingresos. Al mismo tiempo, en los casos en que no era hospitalizado solicitaba valoración en hospitales diferentes y en los periodos vacacionales en centros de otras ciudades, con la consiguiente repetición de las pruebas complementarias. Paralelamente a nivel personal se venía produciendo un importante absentismo laboral, con desajuste a nivel familiar y social. En la sala de hospitalización el paciente colaboraba escasamente, con frecuentes quejas de dolor demandando medicación analgésica y exigiendo la realización de pruebas complementarias inadecuadas con el objetivo de prolongar la estancia hospitalaria, solicitando el alta voluntaria al no conseguir sus propósitos. En tres ocasiones se autoinflingió heridas superficiales por arma blanca en ambos antebrazos. Ante la sospecha del diagnóstico, la confrontación con el paciente ofreciéndole una explicación acerca del posible origen facticio de sus síntomas ocasionó un mayor distanciamiento por su parte, negando en todo momento la autoprovocación de la clínica.

Caso 2

Varón de 39 años, hermano del anterior paciente, acude a Urgencias en 1997 por cuadro de dolor abdominal epigástrico, secundario a supuesto traumatismo abdominal leve. Los antecedentes eran similares a los referidos para su hermano anteriormente, ya que desde hacía varios años venía acudiendo a Urgencias en repetidas ocasiones demandando ingreso, refiriendo dolores abdominales inespecíficos cuyo origen orgánico no fue nunca demostrado. Únicamente fue hospitalizado en una ocasión por un cuadro de hipoglucemia que posteriormente se relacionaría con la autoingesta de fármacos hipoglucemiantes. En cuanto a la evolución posterior, en pruebas radiológicas solicitadas en Urgencias se detectaron cuerpos extraños punzantes compatibles con clavos alojados en cámara gástrica que requirieron extracción por laparotomía urgente. Tras una anamnesis dificultosa el paciente confesó haberlos ingerido horas atrás. A pesar del seguimiento ambulatorio, el paciente entró en una dinámica de numerosas visitas a Urgencias los años sucesivos. Protagonizó autoingestas de cuerpos extraños de todos los tamaños, como clavos, tornillos, pinzas de depilación, clips e incluso un pomo de armario (figs. 1 y 2) que requirieron extracción por abordaje endoscópico o laparotomía urgente en numerosas ocasiones. Tampoco en este paciente existió colaboración para el abordaje psiquiátrico.

DISCUSIÓN

No es propio de la formación del personal sanitario dudar de la veracidad de la historia clínica referida por el paciente. Sin embargo, el clínico puede encontrarse con trastornos en los que el propio paciente, con el pro-



Figura 1. Radiología simple de abdomen mostrando numerosos cuerpos extraños (pinzas de depilación, clavos, clips) en tracto digestivo correspondientes al caso clínico 2.

pósito de obtener asistencia médica, finge síntomas o se auto-lesiona intencionadamente. La prevalencia de este trastorno es desconocida, aunque la mayoría de los estudios coinciden en afirmar que se halla infradiagnosticado^{1,2}. La presentación familiar de este tipo de patología es muy infrecuente, sin encontrar ningún caso como los que describimos en la bibliografía internacional revisada.

Varias hipótesis etiopatogénicas se han ido sucediendo, sin que ninguna de ellas haya sido concluyente. Asher en 1951 describió tres tipos de presentación clínica: abdominal aguda, neurológica y una tercera caracterizada por hemoptisis o hematemesis³. Numerosos casos han sido comunicados posteriormente que se presentan en la mayoría de las especialidades médicas, entre ellos hipoglucemias^{4,6}, cardiopatías⁷, lupus eritematoso⁸, gonartritis⁹, hemoptisis¹⁰, patología ginecológica¹¹, dermatológica¹², infecciosas como VIH¹³ o neoplasias¹⁴. Incluso se han descrito casos de neumotórax autoprovocados¹⁵ o necesidad de intervención en el ámbito de la cirugía general¹⁶, estética¹⁷, neurocirugía¹⁸ o traumatología¹⁹.

Pese a tratarse de un diagnóstico difícil y complicado, existen algunos datos que pueden ayudarnos a sospechar dicha entidad. A nivel psicobiográfico pueden existir antecedentes de hospitalizaciones repetidas en la

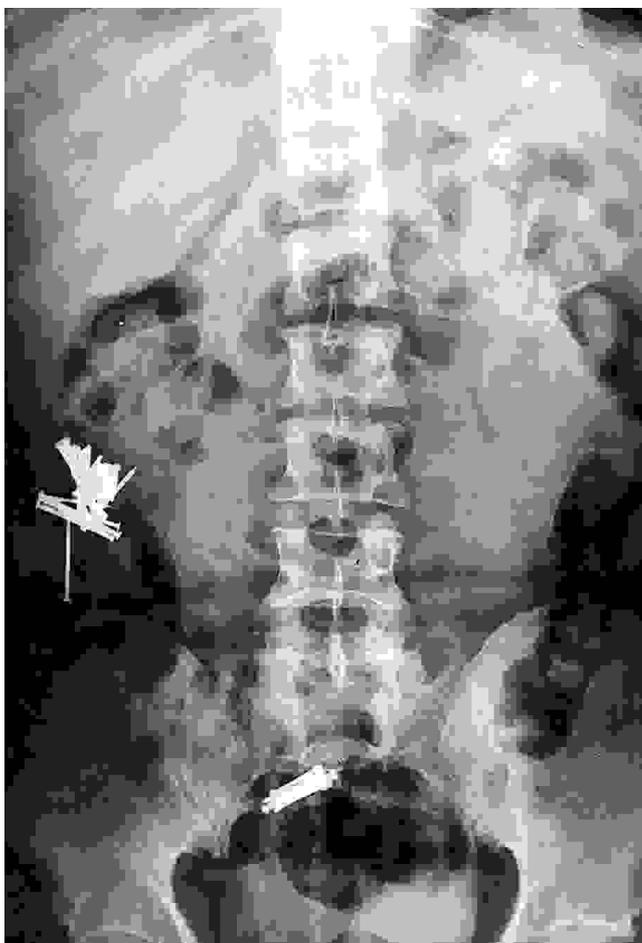


Figura 2. Numerosos clavos empaquetados impactados en marco cólico y sigma correspondientes al paciente del caso clínico 2.

infancia, como sucede en uno de los pacientes presentados; en otros casos son personas próximas al ámbito sanitario. Es típica la historia de peregrinaje a la búsqueda de la hospitalización englobando diversos especialistas y centros sanitarios. También suele ser frecuente la alta comorbilidad a nivel psiquiátrico con un trastorno límite de la personalidad, caracterizado por impulsividad y baja tolerancia a la frustración, materializado en ocasiones por tentativas autolíticas impulsivas, como sucede en uno de los casos descritos. A menudo este trastorno se puede sospechar en el contexto de abuso de sustancias o incluso en trastornos de la alimentación²⁰.

Durante la anamnesis es típica la utilización de tecnicismos por parte del paciente, junto con una actitud desafiante ante la claridad en el diagnóstico. En este sentido, la creciente inclusión de datos médicos en Internet y los *chats* con temática médica podrían ocasionar la aparición de nuevos casos de síndrome de Munchausen²¹ en la red. En los ingresos suelen mostrarse litigantes y manipuladores, solicitando el alta voluntaria en caso de no conseguir la exploración solicitada.

Importante y en ocasiones complicado resulta el diagnóstico diferencial, especialmente con la simulación. Tal y como se observa en los pacientes descritos, tras la realización de una revisión detallada de la historia clínica, el único beneficio era el deseo de ser hospitalizados para someterse a procedimientos quirúrgicos o diagnósticos invasivos. Suelen presentar exagerados periodos de hospitalización, numerosos tratamientos farmacológicos y reiteradas visitas a servicios de urgencias, que junto con la yatrogenia médica generada configuran este trastorno como una patología crónica y severa. De este modo resulta fundamental una historia clínica detallada ante la presencia de datos de sospecha.

Dado que sigue siendo un trastorno sin resolver en el campo terapéutico, el tratamiento más acertado parte de un diagnóstico correcto. Se aboga por un abordaje multidisciplinar entre los distintos servicios médicos implicados para evitar las consecuencias descritas, y por tanto evitar el consiguiente deterioro social, laboral y familiar del paciente.

Una vez confirmado el diagnóstico el abordaje en la práctica resulta complicado. Los profesionales implicados han de evitar una actitud crítica y un interrogatorio acusatorio teniendo en cuenta la existencia de un problema emocional subyacente. En todos los casos se debe ofrecer un tratamiento psiquiátrico y un abordaje psicológico, buscando alianzas terapéuticas y tratando de sustituir conductas autodestructivas por otras constructivas²².

BIBLIOGRAFÍA

1. Bertolín JM, Cervello MA, Gómez-Ferrer R, Peiro C, Íñigo V, López-Trigo J. Trastornos seudoneurológicos de conversión y facticios: diagnóstico diferencial a través de dos casos clínicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1998;26:58-62.
2. Gómez E, Valdés M. Trastorno facticio, un diagnóstico a tener en cuenta. *Med Clin* 1997;109:764-7.
3. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951;1:339-41.
4. Charlton R, Smith G, Day A. Munchausen's syndrome manifesting as factitious hypoglycaemia. *Diabetologia* 2001; 144:784-5.
5. Trenque T, Hoizey G, Lamiable D. Serious hypoglycemia: Munchausen's syndrome? *Ann Plast Surg* 2001;46:153-8.
6. Bretz SW, Richards JR. Munchausen's syndrome presenting acutely in the emergency department. *J Emerg Med* 2000;18:417-20.
7. Cheng TO. Munchausen syndrome presenting as acute coronary syndrome. *J Emerg Med* 2000;19:190.
8. Tlacuilo JA, Guevara E, García I. Factitious disorders mimicking systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol* 2000;18:89-93.
9. Ackermann G, Haugke C, Schaumann R. Chronic factitious illness presenting as Munchausen's gonarthrosis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000;19:70-1.
10. Saed G, Potalivo S, Panzini L, Bisetti A. Munchausen's syndrome. A case of factitious hemoptysis. *Panminerva Med* 1999;41:62-7.
11. Edi-Osagie EC, Hopkins RE, Edi-Osagie NE. Munchausen's syndrome in obstetrics and gynecology: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1998;53:45-9.

12. Salgado V, Mendoza L, Moriñigo A, Manzanares ML, Grilo A, García-Bragado F. Úlceras cutáneas tórpidas facticias. Nuevos conceptos y clasificación de los trastornos facticios crónicos. *Med Clin (Barc)* 1993;100:302-4.
13. Zuger A, O'Dowd MA. The baron has AIDS: a case of factitious human immunodeficiency virus infection and review. *Clin Infect Dis* 1992;14:211-6.
14. Bruns AD, Fishkin PA, Johnson EA, Lee YT. Munchausen's syndrome and cancer. *J Surg Oncol* 1994;56:136-8.
15. Ürschel JD, Miller JD, Bennett WF. Self-inflicted pneumothoraces. *Ann Thorac Surg* 2001;72:280-1.
16. Feldman MD. Prophylactic bilateral radical mastectomy resulting from factitious disorder. *Psychosomatics* 2001;42:519-21.
17. Méndez-Fernández MA. The factitious wound: plastic surgeon beware. *Ann Plast Surg* 1995;34:187-90.
18. Papadopoulos C, Bell BA. Factitious neurosurgical emergencies: report of five cases. *Br J Neurosurg* 1999;13:591-3.
19. Davis D, Barone JE, Blackwood MM. Munchausen syndrome presenting as trauma. *J Trauma* 1997;42:1179-81.
20. Mizuta I, Fukunaga T, Sato H, Ogasawara M, Takeda M, Inoue Y. A case report of comorbid eating disorder and factitious disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000;54:603-6.
21. Feldman MS. Munchausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet. *South Med J* 2000;93:669-72.
22. Reich P, Gottfried LA. Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann Intern Med* 1983;99:240-7.