

# Síndrome de Münchhausen de presentación precoz

A. Pino, P. Benavent, P. Sierra y L. Livanos

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Fe. Valencia

## Early onset Münchhausen's syndrome

### Resumen

En el siguiente trabajo se presenta la descripción de un caso clínico de un trastorno facticio en una mujer cuyo diagnóstico se realiza en la edad infantil. El inicio del trastorno tiene lugar a los 12 años de edad y las características clínicas fundamentales son la escasa frecuencia con que se realiza el diagnóstico en esta época de la vida, así como los múltiples síntomas que manifiesta la paciente, tanto abdominales como neurológicos y hemorrágicos. También realizamos un análisis detenido de los rasgos de personalidad e historia biográfica de la paciente. Se realiza una discusión respecto a las características del trastorno facticio en la infancia, así como la relación de este síndrome con los trastornos de personalidad.

**Palabras clave:** Trastorno facticio. Infantil. Trastorno de personalidad.

### Summary

This study presents a clinical case description of a factitious disorder in a woman whose diagnosis was made during her childhood. The onset of the disorder took place at 12 years of age and the fundamental clinical characteristics are: limited frequency with which the diagnosis is made in this period of life as well as the multiple symptoms manifested by the patient, both abdominal as well as neurological and hemorrhaging ones. A careful analysis of the personality traits and biographic history of the patient was also performed. The characteristics of the factitious disorder in childhood, as well as the relationship of this syndrome with the personality disorders, are discussed.

**Palabras clave:** Factitious disorder. Pediatric. Personality disorder.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos facticios se caracterizan por la producción intencionada o fingimiento de signos o síntomas físicos o psicológicos. A diferencia de los simuladores, las personas con trastorno facticio «aparentemente no obtienen ningún beneficio, excepto las molestias de exploraciones o intervenciones quirúrgicas innecesarias». Parece ser que estos pacientes tienen como una única meta la adquisición del rol de enfermo.

En 1951, Asher empezó a utilizar el término de síndrome de Münchhausen para describir a este tipo de enfermos. Adoptó este término a partir del libro de Rudolf Erich Raspe titulado *Baron Münchhausen's Narrative of His Marvellous Travels and Campaigns in Russia* (1784), en el cual describía las narraciones exageradas de las aventuras bélicas y deportivas del Barón Karl Friederich von Münchhausen.

Asher describió tres patrones principales de presentación de este síndrome, según el tipo de síntomas referido por el paciente:

- *Tipo abdominal agudo.* El paciente presenta una historia de cirugía abdominal múltiple con intervenciones quirúrgicas.
- *Tipo hemorrágico.* Caracterizado por hemoptisis y hematemesis simuladas.
- *Tipo neurológico.* En el que predominan síntomas neurológicos fingidos como cefaleas, convulsiones o pérdidas de conocimiento<sup>1</sup>.

Las principales clasificaciones usadas en la actualidad, CIE-10<sup>2</sup> y DSM-IV<sup>3</sup>, difieren en la ubicación de los trastornos facticios. La primera los incluye dentro de los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. En cambio el DSM-IV incluye este trastorno dentro de los trastornos somatomorfos, pero dentro de un epígrafe aparte (tabla 1).

## CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer que presenta desde los 12 años una larga historia de ingresos hospitalarios motivados por diferentes síntomas y signos cambiantes a lo largo del tiempo. Fue estudiada en repetidas ocasiones por distintas especialidades, realizándole múltiples exploraciones complementarias, cuyos resultados eran siempre normales. Las continuas asistencias a los servicios de urgencias de varios hospitales de la ciudad, así como los

### Correspondencia:

Asunción Pino Pino  
Jaime I, 40, 5.º, 9.ª  
12600 La Vall d'Uixó (Castellón)  
Correo electrónico: castello@mat.uji.es

**TABLA 1. Diferencias entre CIE-10 y DSM-IV**

<i>DSM-IV</i>	<i>CIE-10</i>
Clasifica el trastorno facticio como una categoría diferente, es decir, crea un epígrafe propio para este trastorno	Incluye el trastorno facticio dentro del grupo de trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
Diferencia varios subtipos según los síntomas con los que se manifieste: físicos, psicológicos o ambos	No reconoce subgrupos diferentes según las manifestaciones clínicas
Reconoce también el síndrome de Münchhausen por poderes dentro del trastorno facticio	Excluye el síndrome de Münchhausen por poderes de los trastornos facticios y los considera como malos tratos en la infancia

múltiples ingresos provocaron la aplicación de exploraciones invasivas e incluso intervenciones quirúrgicas.

Los síntomas que manifestó la paciente al inicio del trastorno fueron dolor abdominal y en fosa renal, por los que fue valorada por especialistas en cirugía, digestivo, ginecología y urología; también realizó múltiples asistencias a los servicios de urgencias. Todas las exploraciones complementarias practicadas fueron normales, siendo diagnosticada en distintas ocasiones de cólico renal, dolor ovárico, dolor abdominal inespecífico, etc.

A los 14 años de edad ingresó en neurocirugía por presentar cefalea, mareo y vómitos tras un traumatismo craneoencefálico. Durante el ingreso se observó que la propia paciente se provocaba vómitos con el objeto de prolongar el ingreso. Al ser descubierta fue remitida al centro de salud mental para tratamiento; no obstante, la colaboración de la paciente fue escasa, acudiendo con irregularidad a las citas y con mala cumplimentación del tratamiento.

En el año siguiente, con 15 años de edad, ingresa un total de cinco ocasiones en los servicios de urología, cirugía general y digestivo. Además es estudiada a nivel ambulatorio por ginecología. Las manifestaciones referidas por la paciente a lo largo de este año van incrementándose progresivamente, por lo que se añaden a los síntomas antes referidos fiebre, amenorrea, diarrea, hematuria, disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Durante este período se le practicaron innumerables analíticas de sangre, hormonales y de orina; exploraciones radiológicas (radiografías simples, tomografía computarizada y resonancia magnética), ecografías y dos laparotomías exploratorias urgentes. Recibió diferentes diagnósticos, como cólico nefrítico, salpingitis y enfermedad intestinal inflamatoria crónica. Además se le administraron diferentes tratamientos como antibioterapia de amplio espectro, inmunosupresores y hormonas.

En dos de los ingresos se detecta que cuando la temperatura era tomada por personal sanitario no existía fiebre. Incluso en una ocasión se descubrió un segundo termómetro con temperatura de 38 °C escondido en el pijama.

Dos nuevos ingresos tienen lugar al año siguiente cuando la paciente contaba con 15 años. Se repiten como síntomas el dolor abdominal, fiebre y hematuria, por

lo que es valorada por digestivo y urología. En el último ingreso en el servicio de digestivo y tras una revisión de la historia clínica se plantea por primera vez que se trate de un síndrome de Münchhausen. A pesar de ello se suceden las asistencias a urgencias y los ingresos. Cuando se confronta a la paciente con el diagnóstico solicita el alta voluntaria y el cambio de hospital.

Solicita ser atendida en nuestro hospital, donde se repiten los frecuentes ingresos y las intervenciones invasivas y exploraciones complementarias. Se le realizó una nueva laparotomía en la que no se encuentran alteraciones en la cavidad abdominal; se le practican múltiples exploraciones, incluso una electromiografía para descartar porfiria. El ingreso se prolonga y se complica por la aparición de nuevos síntomas en este momento de características neurológicas, en forma de hemiparesia y hemianestesia, no congruentes con la exploración neurológica. Finalmente se comprueba la manipulación de los termómetros y de las muestras de orina, descubriéndose que añadía sangre que obtenía de la vía periférica simulando hematuria (las muestras no eran hemáticas al ser obtenidas por sondaje). También refiere amenorrea, descubriéndose finalmente que había escondido las compresas durante la menstruación.

Es durante los ingresos en nuestro hospital cuando iniciamos contacto con la paciente a través del servicio de interconsulta psiquiátrica. Se mantienen diversas entrevistas, prestando especial atención a la reconstrucción de la historia clínica y a la información aportada por la madre, confirmando finalmente el diagnóstico tras comprobarse la manipulación que la paciente hacía de las muestras exploratorias.

Con posterioridad se suceden los ingresos, alternando entre su hospital de referencia y otros hospitales de la ciudad. Incluso en varias ocasiones se plantearon nuevas intervenciones quirúrgicas, negándose la madre a que se realizaran e informando sobre los antecedentes de su hija.

El seguimiento psiquiátrico ambulatorio fue irregular (debido a la ausencia de conciencia de enfermedad), por lo que no se pudo realizar una psicoterapia adecuada.

### Historia biográfica y personalidad premórbida

La paciente es hija de una fratria de tres hermanos pertenecientes a una familia desestructurada: sus padres se separan cuando tiene 7 años. Al año siguiente su madre tuvo que ser hospitalizada y 3 años después se somete a una intervención quirúrgica.

Posteriormente la familia se traslada a vivir a Valencia desde un pueblo de Jaén, instalándose en casa de una tía materna y con la familia de ésta. Cuando la paciente tiene 15 años fallece su tía y poco después su abuela.

Los rasgos caracteriales de la paciente se han obtenido de las entrevistas mantenidas con la propia paciente y la familia, fundamentalmente su madre. Desde la infancia se descubren frecuentes mentiras y fabulaciones; acusó a su padre y padrastro de malos tratos, hechos que nunca llegaron a confirmarse y de los cuales la propia familia dudaba. Baja tolerancia a la frustración y actitud ma-

nipulativa desde muy pequeña, provocándose autolesiones cuando se le contrariaba. Mala estudiante, con faltas de asistencias frecuentes e injustificadas desconocidas por la familia. No finalizó los estudios primarios.

Inestabilidad laboral realizando trabajos esporádicos, fundamentalmente de cuidadora, en los que no mantenía continuidad. Conseguía que la contrataran diciendo que padecía una enfermedad grave e iba a morir. Desatendía sus ocupaciones laborales, incluso dejando solos a los enfermos que cuidaba.

También inestabilidad en las relaciones interpersonales. A pesar de su corta edad había mantenido múltiples relaciones de pareja, incluso varias al mismo tiempo.

## DISCUSIÓN

El interés del caso presentado en el actual trabajo radica en su inicio a los 12 años, durante la edad infantil.

Siguiendo la clasificación de Asher, comentada en la introducción, se diferencian tres tipos de trastorno facticio según la forma de presentación de los síntomas: abdominal, hemorrágico y neurológico. El caso que nos ocupa tiene la peculiaridad de presentar los tres grupos de síntomas al mismo tiempo. La paciente inicialmente debuta con el tipo abdominal, por lo que recibe múltiples exploraciones en ese sentido, incluidas tres laparotomías exploratorias. Progresivamente se añaden otros grupos de síntomas como cefalea acompañada de mareo, vómitos y hemiparesia (tipo neurológico). También presenta el tipo hemorrágico al referir hematuria. Esta forma de presentación, por lo compleja, no es la habitual en los pacientes con trastorno facticio, ya que las manifestaciones suelen centrarse en un único grupo sindrómico, que se mantiene constante a lo largo de la evolución.

Muchos son los rasgos en la personalidad de los pacientes con trastorno facticio que nos harían pensar en un trastorno de personalidad. La estrecha relación entre estos dos trastornos queda patente en la CIE-10, cuando sitúa a los trastornos facticios dentro del espectro de los trastornos de personalidad. El diagnóstico diferencial se puede plantear con el trastorno antisocial y sobre todo con el trastorno límite de la personalidad. En el caso del trastorno antisocial se pueden encontrar muchos patrones de comportamiento similares: comienzo a edades tempranas, falta de adquisición de valores sociales, dificultad de relación en el ámbito familiar, dificultad de adaptación a las demandas escolares, delincuencia, etc.; en cambio se diferencia en que estos pacientes no se dejarían someter a las múltiples exploraciones e intervenciones invasivas. Sin embargo, es con el trastorno límite con el que se plantea con más frecuencia la dificultad diagnóstica por su tipo vida desorganizada, dificultad para mantener las relaciones personales, mentiras frecuentes que incluso entran dentro de la pseudología fantástica, abuso de tóxicos, etc., siendo la comorbilidad extremadamente frecuente, lo cual complica el diagnóstico y el tratamiento<sup>8</sup>.

Aunque el síndrome de Münchausen en la infancia no está considerado en las clasificaciones de enfermedades (CIE-10 y DSM-IV) ni en las clasificaciones existentes de los trastornos

facticios, se describen algunas características particulares durante este período. Al revisar la literatura existente en la actualidad referente a los trastornos facticios en población pediátrica se observa un escaso número de casos publicados<sup>4</sup>.

Libow publicó en el año 2000 una revisión de los casos descritos durante los últimos 30 años, y como resultado obtuvo tan sólo 42 descripciones de trastornos facticios que hubieran sido producidos exclusivamente por población infantil o adolescente.

Las características clínicas que se observan en este estudio respecto al síndrome de Münchausen en la infancia son:

- Predominio en niñas (71 %).
- Media de edad de 13,9 años.
- Mecanismo de lesión: fiebre, púrpura, intoxicaciones, etc.<sup>5</sup>

La hipótesis que se propone ante la escasez de casos descritos es que probablemente este trastorno se infradiagnostique en la infancia<sup>6</sup>, siendo desconocida la verdadera amplitud del problema, ya que la mayoría de los casos detectados en la edad adulta con frecuencia han comenzado en la juventud o en la adolescencia. Esto reviste gran importancia si consideramos que el pronóstico de esta enfermedad puede depender de la precocidad con que se realice el diagnóstico y se inicie el tratamiento, sobre todo porque en los niños no tratados se cronifica la enfermedad y el tratamiento es más difícil. Otro motivo que se puede aducir en relación con la escasa prevalencia de este trastorno en la infancia es que muchos de los casos son diagnosticados de somatizaciones inicialmente.

Algunos autores consideran que los niños que padecen este tipo de trastorno han aprendido esta actitud tras haber sido víctimas del llamado síndrome de Münchausen por poderes; otros, en cambio, no están de acuerdo con esta afirmación y consideran que es más frecuente que los padres que perpetran un síndrome de Münchausen por poderes hubieran padecido ellos mismos un propio trastorno facticio en la infancia<sup>7</sup>.

Queda, pues, una puerta abierta para el estudio y diferenciación del síndrome de Münchausen infantil y el síndrome de Münchausen por poderes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Asher R. Münchausen's syndrome. *Lancet* 1951;1:339-41.
2. OMS. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades). Madrid: Meditor, 1992.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Madrid: Masson, 1987.
4. de la Gastine G. Urinary calculi and Münchausen syndrome. *Arch Pediatr* 1998;5(5):517-20.
5. Libow JA, Judith A. Child and adolescent illness falsification. *Paediatrics* 2000;2(105):336-42.
6. Libow JA. Three forms of factitious illness in children: when is it Münchausen syndrome by proxy? *Am J Orthopsychiatry* 1986;4(56):602-11.
7. De Noon, DJ. Some Kids Cry Out in Language of Illness [http://my.webmd.com]. (Accessed 2001).
8. Wimberley T. The making of a Münchausen. *Br J Med Psychol* 1981;2(54):121-9.