

Síndrome de Munchausen: reto al diagnóstico

José Alberto Tlacuilo-Parra,* Elizabeth Guevara-Gutiérrez,** Edilberto Barrón-Pérez,***
Magali Estrada-Contreras***

Recepción: 25/03/98

aceptación: 22/04/98

Resumen

El síndrome de Munchausen es una variante de enfermedad facticia crónica que se caracteriza por signos y síntomas físicos producidos intencionalmente por el paciente sin ganancia aparente. Recibe múltiples sinónimos tales como, adicción hospitalaria, síndrome del paciente profesional y en el contexto dermatológico, dermatitis artefacta o facticia. El síndrome de Munchausen puede simular condiciones diversas como dolor abdominal agudo, síndrome hemorrágico, alteraciones reumatológicas, fiebre o lesiones cutáneas.

Informamos el caso de paciente del sexo femenino de 28 años de edad, quien fue estudiada durante tres años en un medio hospitalario por presentar úlcera hemorrágica en rodilla izquierda que condicionó síndrome anémico crónico. Fue sometida a múltiples exámenes de laboratorio y gabinete con resultados normales y a diversos procedimientos terapéuticos sin resultado, por lo que se sospechó que existiera auto-agresión. El diagnóstico se confirmó al inmovilizar la extremidad y confrontar a la paciente.

El síndrome de Munchausen puede tener una amplia gama de manifestaciones que involucra a diversas especialidades de la medicina, por lo que el reconocimiento temprano de esta enfermedad puede evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios.

Palabras clave: Síndrome de Munchausen, trastornos facticios, patomimias, autoagresión

Summary

The Munchausen's syndrome is a variant of chronic factitious illness with predominantly physical signs and symptoms under the conscious control of the patient without any obvious gain. The disorder has also been called hospital addiction, professional patient syndrome and in the field of dermatology, dermatitis artefacta. Munchausen's syndrome may mimic many different conditions, especially acute abdominal pain, hemorrhagic disorders, rheumatologic manifestations, factitious fever, and injury of skin.

We describe a 28-year-old woman, who was admitted at a local teaching hospital and studied during three years with complaints of a bleeding ulcer on the left knee, severe enough to require blood transfusions. Many procedures and tests were performed without pathologic findings. Afterward, she was seen at our institution; during the study, the suspicion had arisen that the patient had manipulated her ulcer, after the diagnosis of factitious disease was communicated, she admitted.

Munchausen's syndrome may have a broad spectrum of manifestations; early recognition can avoid unnecessary treatments and invasive diagnostic studies, with their inherent risk of complications.

Key words: Munchausen syndrome, Factitious disorders, Pathomimias, Self injury.

* Departamento de Inmunología y Reumatología, División Medicina Interna; Hospital General de Occidente, SSJ. Zapopan, Jalisco; México.

** Departamento de Dermatología, División Medicina Interna, Hospital General de Occidente, SSJ. Zapopan, Jalisco, México.

*** Departamento de Medicina Interna; Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco; México.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. José Alberto Tlacuilo Parra. Monte Olimpo No 1413, Colonia Independencia, CP 44340, Guadalajara, Jalisco; México.

Introducción

El síndrome de Munchausen, descrito en 1951 por Asher,¹ se considera una variante de enfermedad facticia crónica caracterizada por signos y síntomas físicos producidos intencionalmente por el paciente con el propósito de asumir el papel de enfermo.² Comúnmente se asocia a múltiples hospitalizaciones y circunstancias dramáticas de admisión,³ siendo aceptados de forma complaciente por el paciente los estudios diagnósticos invasivos y los procedimientos quirúrgicos.⁴ A pesar de considerarse una entidad rara, los casos descritos documentan la amplia variedad de enfermedades que se han simulado, convirtiendo al síndrome de Munchausen en uno de los retos más difíciles a los que se enfrenta el clínico.⁵

Caso clínico

Paciente femenino de 28 años de edad, soltera, pepenadora, escolaridad primaria, quien posterior a caída desde su propia altura, presenta escoriación en cara anterior de rodilla izquierda con hemorragia abundante y persistente por espacio de ocho semanas, siendo internada en un hospital de la localidad por presentar datos de síndrome anémico (hemoglobina de 4.9 g/dl), por lo que se inició protocolo de estudio. Desde entonces, es hospitalizada aproximadamente cada dos meses por síndrome anémico crónico con cifras de hemoglobina que fluctuaron entre 1.9 a 4.1 g/dl. Durante su estancia hospitalaria es sometida a múltiples procedimientos terapéuticos para la lesión en rodilla, de los cuales destacan la colocación de membranas hidrofílicas, aplicación de férula posterior, sutura tipo cerclaje, exéresis y cierre de la lesión, a pesar de lo cual persiste la herida y el sangrado. Del mismo modo, se realizan múltiples estudios de laboratorio y gabinete: más de 100 biometrías hemáticas, químicas sanguíneas, electrolitos séricos, exámenes de orina, pruebas de función hepática, tiempo de trombina, tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina (TPT), fibrinógeno, determinación de factor de Von Willebrand, sangre oculta en heces, sedimentación globular, células LE, factor reumatoide, fracciones C3 y C4 del complemento, anticuerpos antinucleares, anticuer-

pos contra el virus de la inmunodeficiencia humana y hepatitis B y C, radiografías de tórax, abdomen y rodilla izquierda, todos con resultados normales o negativos (excepto las cifras de hemoglobina, que eran bajas). También se le realizaron biopsias de piel, aspirados de médula ósea donde se observó una reacción normoblástica intensa, biopsia de hueso y cultivo de fibroblastos, con resultados normales.

Durante un período de tres años, la paciente fue examinada por siete especialidades médicas diferentes (medicina interna, infectología, dermatología, cirugía plástica, reumatología, inmunología y hematología), requirió la transfusión de 73 paquetes globulares y permaneció hospitalizada durante 129 días en un total de 21 internamientos; esto condicionó múltiples gastos por concepto de días/cama (Cuadro I) y equipos de transfusión (Cuadro II), sin contar otros como, estudios diagnósticos y procedimientos terapéuticos. Los diagnósticos presuntivos durante su estudio incluyeron: infección de tejidos blandos, enfermedad de Von Willebrand, esclerosis sistémica progresiva, tuberculosis cutánea y síndrome de Ehlers Danlos, entre otros.

Cuadro I

Gastos ocasionados por hospitalización

- Número de internamientos: 21
- Días de estancia intrahospitalaria*
129 x \$33.00 día/cama = \$4,257.00

*Cuota mínima de recuperación

Total de internamientos de la paciente durante aproximadamente tres años de estudio y número de días acumulados en dicho período

Cuadro II

Total de sangre transfundida y gastos asociados

- Paquetes globulares = 73
73 x \$150.00 = \$10,950.00
- Total de sangre transfundida*
73 x 250 cc = 18,250 cc

*Cantidad aproximada de sangre por unidad

La cantidad de sangre transfundida superó los 18 litros, dato no descrito con anterioridad en la literatura. Los gastos totales aproximados fueron de \$15,207.00; no se incluyen costos de estudios de laboratorio y gabinete, material de curación ni medicamentos

Posteriormente, se decide su traslado a nuestro hospital donde encontramos a la exploración física una paciente con piel y mucosas pálidas, ruidos cardíacos rítmicos con una frecuencia de 100 por minuto y presencia de un soplo sistólico multifocal, campos pulmonares bien ventilados, abdomen sin alteración y en cara anterior de rodilla izquierda una úlcera superficial de aproximadamente 10 x 5 cm de diámetro (Figura 1). A su ingreso los resultados de laboratorio fueron hemoglobina de 3.2 g/dl, hematócrito de 11%, leucocitos 6300, plaquetas 229,000 e índice de reticulocitos de 6.6%; química sanguínea, electrolitos séricos y examen general de orina, normales; pruebas de función hepática con disminución de albúmina y de proteínas totales, TP y TPT normales. Como tratamiento inicial se realizó aseo de la lesión y se coloca vendaje oclusivo en la extremidad, mismo que es removido por la paciente, observando que la úlcera presenta



Figura 1. Condiciones de la úlcera al ingreso; el sangrado observado no explicaba la sintomatología y era mayor en la región proximal, área más accesible a la paciente.

algunas lesiones de forma lineal y sangrado abundante (Figura 2). En base a estos datos se sospecha de un trastorno facticio, por lo que con la finalidad de demostrar que existía autoagresión se coloca férula anterior para evitar la manipulación; siete días después presenta disminución progresiva en el diámetro de la úlcera y se confronta a la paciente, quien tras negarlo inicialmente acepta haberse inducido las lesiones con múltiples objetos (tijeras, lápices, uñas) y perpetuar el sangrado con la ingesta de salicilatos.

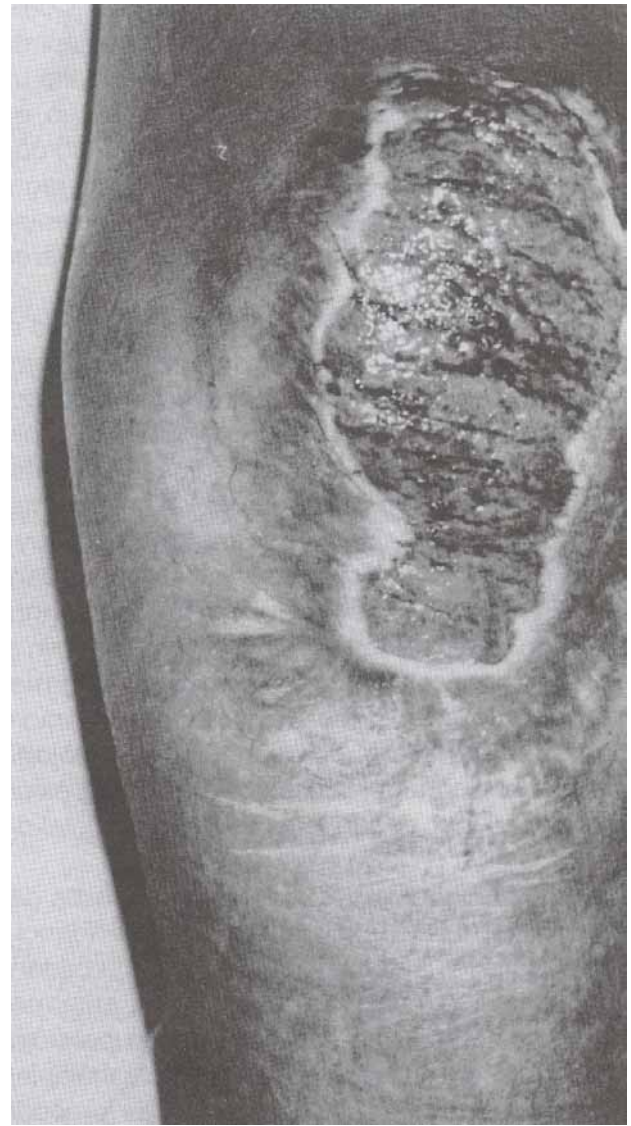


Figura 2. A pesar de la mejoría en la cicatrización y de manera coincidente con la remoción del vendaje se observan varias lesiones lineales y nuevo descenso en la hemoglobina.

Discusión

Los desórdenes facticios pueden dividirse en tres grupos,⁶ aquel con predominio de signos y síntomas psicológicos, el que combina sintomatología física con psicológica y aquel con predominio de signos y síntomas físicos. Dentro de este último grupo se encuentra el síndrome de Munchausen, el cual recibe múltiples sinónimos tales como adicción hospitalaria, adicción poliquirúrgica, síndrome del paciente profesional, dermatitis artefacta, dermatitis facticia y patomimia.^{7,8} En 1951, Asher describe el primer caso y acuña el término para referirse a aquellos pacientes que viajan de un hospital a otro fingiendo una enfermedad.^{1,9} Su incidencia es desconocida, ya que el paciente al verse descubierto abandona el medio hospitalario, lo que dificulta un estudio a fondo de este síndrome, sin embargo, en base a los casos publicados se ha observado que es más frecuente en el sexo femenino, inicia regularmente en la edad adulta y algunos pacientes tienen el antecedente de haber trabajado en el área médica.^{9,10}

El síndrome de Munchausen cuya causa es al parecer multifactorial, tiene tres niveles de representación: 1. Historia facticia, caracterizada por signos y síntomas proporcionados por el paciente y que se relacionan con una determinada enfermedad, pero que no son corroborados objetivamente; 2. Simulación de signos de enfermedad, cuyo ejemplo más característico es el paciente que para simular enfermedad renal vierte gotas de sangre en la orina y; 3. Estados fisiopatológicos, nivel en el que el paciente se autoagrede para fingir enfermedad,^{6,11} como es el caso de esta paciente cuyo diagnóstico fue integrado después de la mejoría presentada al proteger la úlcera de la autoagresión y confrontarla, ubicándola así en el tercer nivel de representación de este padecimiento.

Los hallazgos clínicos más característicos del síndrome de Munchausen, además de la evidencia de signos físicos autoinducidos, son el antecedente de múltiples admisiones hospitalarias, enfermedad de naturaleza dramática, mentiras patológicas, uso inusual de terminología médica, múltiples cicatrices quirúrgicas, la aceptación de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos mayores y altas voluntarias repetidas.¹² En nuestro caso, la pacien-

te fue estudiada durante tres años por múltiples especialistas, siendo sometida a numerosos procedimientos incluso quirúrgicos, para tratar de establecer la etiología del síndrome anémico, siendo aceptados de manera indiferente, incluyendo el riesgo inherente a las múltiples transfusiones sanguíneas (18 litros en total). Es importante señalar que la paciente inicialmente se mostró agresiva y negó el perpetuar la lesión, sin embargo, posteriormente lo aceptó; sorprendentemente no abandonó el hospital, lo que permitió la valoración psiquiátrica y psicológica, donde se descartó ganancia secundaria.



Figura 3. Cicatrización total de la úlcera 30 días después de su egreso hospitalario.

Debido a esta diversidad de hallazgos, se han propuesto criterios diagnósticos para el síndrome de Munchausen, que son: a) Fingimiento o producción intencional de síntomas o signos físicos; b) Necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo y, c) Ausencia de incentivos externos o ganancia secundaria, éste último, considerado la gran diferencia entre este síndrome y el paciente simulador.^{2,6} Existe una amplia gama de signos y síntomas que han llevado al diagnóstico erróneo de múltiples enfermedades tales como, lupus eritematoso,¹³ hipercortisoluria,¹⁴ hemoptisis,¹⁵ litiasis ureteral,⁴ síndrome hemorragíparo,¹⁶ artritis,¹⁷ síndrome de Goodpasture cuyo paciente antes del diagnóstico de síndrome de Munchausen fue publicado por dos autores distintos en la misma revista,¹⁸ fiebre de origen desconocido donde hasta un 9% de los casos presenta fiebre facticia,¹⁹ paniculitis,²⁰ entre otros.

El tratamiento de estos pacientes es difícil, ya que abandonan continuamente los hospitales y aunque algunos autores sugieren el uso de fármacos,²¹ la psicoterapia es considerada la piedra angular en el manejo de esta patología.²² Después de un año de seguimiento, nuestra paciente no ha presentado recaídas ni nuevas lesiones autoinducidas, aunque al abandonar el tratamiento psicológico es factible pueda desarrollarlas nuevamente ya que, hasta un tercio de los pacientes continúan autoagrediendo,²³ siendo el pronóstico malo en la mayoría de los casos.

El síndrome de Munchausen es un diagnóstico eminentemente clínico y ninguna especialidad médica se ve exenta de enfrentarse a estos pacientes, por lo que el médico debe tener en mente esta enfermedad dentro de los diagnósticos diferenciales, lo que evitaría estudios diagnósticos y tratamientos innecesarios.

Referencias

1. **Asher R.** Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951;1:339-341.
2. Trastornos Facticios. In: Masson, editors. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association; 1996, pp 483-487.
3. **Bernstein JA, Dykewicz MS, Histan P, Patterson R.** Potentially fatal asthma and syncope. A new variant of Munchausen's syndrome in sports. *Chest* 1991;99:763-765.
4. **Gluckman GR, Stolier M.** Munchausen's syndrome: manifestation as renal colic. *Urology* 1993;42:347-350.
5. **Baktari JB, Tashkin DP, Smali GW.** Factitious hemoptysis. Adding to the differential diagnosis. *Chest* 1994;105:943-945.
6. Factitious Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Synopsis of Psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1994. pp. 632-637.
7. **Suresh JA, Siobhan MN.** Dermatitis artefacta revisited. *Cutis* 1995;55:362-364.
8. **Puente AMB, Wilheimi ML, Ocaña WJ, Ocaña SJ.** Patomimias: a propósito de 8 observaciones. *Piel* 1995;10:127-131.
9. **Tunbridge WMG.** Munchausen syndrome. *New Engl J Med* 1969;280:1130-1131.
10. **Roethe RA, Fulier PB, Byrd RB, Stanford W, Fisk DE.** Munchausen syndrome with pulmonary manifestations. *Chest* 1981;79:487-488.
11. **Eisendrath SJ.** Trastornos facticios. In: Goldman HH, editors. *Psiquiatría General. Manual Moderno*. 4th ed. México: 1996. pp. 465-473.
12. *Psiquiatría y Medicina*. In: Gelder, Gath, Mayou, editors. *Psiquiatría*. 2th ed. México: Interamericana; 1993. pp. 400-468.
13. **Fonseca E, Rubio G.** Factitious systemic lupus erythematosus. *Lupus* 1993;2:195-197.
14. **Workman RJ, Nicholson WB, McCarnmon DK.** Factitious hypercortisoluria. *J Clin Endocrinol Metab* 1995;80:3050-3051.
15. **Rusakow LS, Gershan WM.** Hemoptysis and Munchausen syndrome. *Chest* 1994;106:1308.
16. **Zajer J, Schneider W.** Munchausen syndrome in hematology. *Ann Hematol* 1994;68:303-306.
17. **Samaniah N, Horowitz J, Buskila D, Sukenik S.** An unusual case of factitious arthritis. *J Rheumatol* 1991;18:1424-1426.
18. **Imperato PJ, Krakowka GF, Lewis EJ.** Kidney-related Munchausen's syndrome and the red baron. *N Engl J Med* 1993;328:60-62.
19. **Aduan RP, Fauci AS, Dale DC, Herzberg JH.** Factitious fever and self-induced infection. *Ann Intern Med* 1979;20:230-242.
20. **Lee JS, Ahn SK, Lee SH.** Factitial panniculitis induced by cupping and acupuncture. *Piel* 1995;55:217-218.
21. **Cheng L, Hurnmel L.** The Munchausen syndrome as a psychiatric condition. *Br J Psychiatr* 1978;133:20-21.
22. **Sussman N, Borod JC, Cancelmo JA, Braun D.** Munchausen's syndrome: are conceptualization of the disorder. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:692-695.
23. **Sneddon I, Sneddon J.** Self - inflicted injury: A follow-up study of 43 patients. *Br Med J* 1975;3:527-530.