

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
CENTRO PARA LA ATENCION INTEGRAL AL
SEROPOSITIVO DE GRANMA
BAYAMO - GRANMA**

Síndrome de Munchausen. Presentación de un caso

Münchausen Syndrome. A case report

Edin Mora Varón¹, Diana Iglesias Aguilar²

Resumen

El Síndrome de Munchausen describe pacientes que “fabrican” historias clínicas con falsos síntomas y absurdas evidencias sobre enfermedades, se someten a múltiples investigaciones médicas, operaciones y tratamientos innecesarios, en ocasiones peligrosos para sus vidas. El Síndrome está inspirado en la figura del Barón Karl Friedrich Hieronymus Von Munchausen (1720-1797) un soldado germano, aventurero, notorio por los relatos absurdos, exagerados y fantasiosos de sus hazañas guerreras. En nuestro centro se ha presentado con cierta frecuencia la problemática, nos motiva poner al descubierto las razones que conducen a los seropositivos a permanecer ingresados por largos períodos de tiempo, a reingresar en el Centro, y a solicitar varios servicios médicos, cuando aparentemente desde el punto de vista clínico no se tienen alteraciones. Nuestros objetivos son: Caracterizar la situación clínica sugerente de Síndrome de Munchausen., diagnosticarlo y trazar estrategia de intervención efectiva. Presentamos un caso de un hombre de 39 años, de procedencia urbana, que presenta elementos diagnósticos del Síndrome, presenta abigarrada historia de salud, múltiples síntomas y enfermedades referidas. Los exámenes físicos y complementarios no pueden demostrar origen orgánico de todos los síntomas. La situación clínica presentada tiene elementos reales y ficticios, complejos desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico que son sugerentes de Síndrome de Munchausen. Como estrategia de intervención sugerimos el diagnóstico adecuado (por exclusión) del Síndrome de Munchausen. Tratamiento de los problemas orgánicos reales y comprobados y combinar la psicoterapia de choque, de apoyo y los psicofármacos. Pensar siempre en la posibilidad de estar frente a un Síndrome de Munchausen ante una historia clínica abigarrada y compleja.

Descriptores DeCS: SÍNDROME DE MUNCHAUSEN /diagnóstico; SÍNDROME DE MUNCHAUSEN /psicología; PSICOTERAPIA DE GRUPO

Abstract

Munchausen's syndrome describes patients who build health histories with fake symptoms and nonsense evidences about diseases; they submit themselves to several clinic investigations, surgeries and unnecessary treatments that sometimes are dangerous for their lives. The

syndrome is inspired on baron Karl Friedrich Hieronymus Von Münchausen (1720-1797) a German adventurer soldier, notorious for his nonsense, exaggerated and fancy stories about his war feats. In our institution it has been presented this situation frequently, which motivates us to reveal the reasons that make VIH seropositives to keep hospitalized during long periods of time, to come back to the centre and ask for medical services when they do not have alterations since the clinical point of view. This research goal is to characterize the clinic situation of Münchausen syndrome, to diagnose it and to establish the effective intervention strategy. It is presented a case report of a 39 year old man who has diagnosis elements of the syndrome: with variegated health history, several symptoms and diseases. The physical examination and complementaries cannot show the organic origin of all the symptoms. The clinical situation presents real and fictitious elements, complex since the diagnosis and therapeutic point of view that come from Münchausen syndrome. As the intervention strategy it is suggested the adequate diagnosis (by exclusion) of the Münchausen syndrome. The treatment for real organic and tested problems and the combination of shock and support therapy and psychopharmacs finally to think carefully on the possibility to face a Münchausen's Syndrome with a variegated and complex clinical history.

Descriptores en Ingles: MUNCHAUSEN SYNDROME /diagnosis ; MUNCHAUSEN SYNDROME /psychology ; PSYCHOTHERAPY, GROUP

Introducción

El Centro para la Atención al Seropositivo de Granma es una institución que presta un servicio de asistencia médica multidisciplinario, garantizando de forma gratuita atención médica especializada en Medicina Interna, Dermatología, Estomatología, Farmacología y Enfermería, además de Nutrición, Psicología, Trabajo Social y otros servicios no asistenciales.

La atención es de calidad y excelencia, resultando costosa para el Estado la estadía por paciente/día. Muchas personas que viven con VIH hacen resistencia para acogerse al Sistema de Atención Ambulatorio, pues las condiciones socioeconómicas familiares y personales son deficientes, lo que origina presumiblemente una alta institucionalización de los pacientes.

Es interesante para nosotros como investigadores, poner al descubierto los motivos que conducen a los seropositivos a permanecer ingresados por largos períodos de tiempo, a reingresar en el Centro, al menos por unos días y a asistir a el, al menos para recibir algún servicio médico, cuando aparentemente desde el punto de vista clínico no se tienen alteraciones.

Desarrollo

El Síndrome de Munchausen fue introducido por Ascher en 1951 para describir a aquellos pacientes que "fabrican" historias clínicas con falsos síntomas y absurdas evidencias sobre enfermedades, se someten a múltiples investigaciones médicas, operaciones y tratamientos innecesarios y en ocasiones peligrosos para la vida de los enfermos.

El Síndrome está inspirado en la figura del Barón Karl Friedrich Hieronymus Von Munchausen (1720-1797) un soldado germano, aventurero, notorio por los relatos absurdos, exagerados y fantasiosos de sus hazañas guerreras.

El Barón sirvió en las fuerzas armadas rusas en la guerra contra los turcos (1672-1763) donde hizo una brillante carrera militar. Fue a vivir a Hannover, y allí divertía a sus invitados y amigos recordando sus aventuras bélicas de manera exagerada. En 1785 Rudolf Eric Raspe publica el libro "Las maravillosas narraciones de las travesías del Barón Von Munchausen en Rusia", sin el consentimiento ni el conocimiento del Barón Karl Friedrich.

En 1951, Asher describe tres pacientes con historias dramáticas y falsas, que le sugieren el nombre de Síndrome de Barón Munchausen, por la semejanza con el Barón. Los pacientes deambulaban de hospital en hospital elaborando sus enfermedades.

Se afirma que por la creciente medicalización de la sociedad en las últimas décadas se ha descrito la aparición de pacientes con enfermedades ficticias, “complejas”, que durante años son atendidos en diversas instituciones, demandando gran cantidad de recursos e increpando a los profesionales de la salud por no resolver sus síntomas o enfermedades.

Siempre hubo simuladores e histéricos pero debido al impetuoso desarrollo de la tecnología al servicio del diagnóstico han aparecido nuevos “enfermos”. En ellos resulta difícil demostrar las abigarradas entidades que se buscan con afán y la mayoría de los galenos no se atreven a descartarlas totalmente, por razones de desconocimiento de enfermedades tan “raras”, por limitaciones del conocimiento de procedimientos diagnósticos, por motivos éticos o por razones legales.

Los enfermos van generalmente de hospital en hospital logrando internarse mediante la “actuación” de la enfermedad (epígrafe otros trastornos que se relacionan con síntomas somáticos en 20 edición del Cecil). Los enfermos “fabrican” historias clínicas falsas con falsos síntomas y evidencias absurdas sobre enfermedades, se someten a numerosas investigaciones médicas, tratamientos y operaciones innecesarias, que en ocasiones pueden ser peligrosos para la vida del paciente.

Compararla con la simulación y la histeria

El Síndrome de Munchausen es considerado en el DSM-IV una forma crónica de trastorno ficticio con síntomas físicos diferentes de la simulación y la histeria. Entre las características esenciales del síndrome se aprecian la presentación dramática de síntomas con una o más quejas ficticias, exageradas mentiras sobre la propia vida y el haber pasado por múltiples hospitales.

La producción de los síntomas de la enfermedad en la Simulación y el Síndrome de Munchausen ocurre de forma consciente. En la histeria de forma inconsciente. Mientras que la motivación para producir los síntomas en la simulación se produce de forma consciente y en el síndrome de Munchausen y en la histeria de manera inconsciente.

Criterios diagnósticos

- Fingir enfermedades, lesiones y otras condiciones “patológicas”, sin causa demostrada.
- Historia dramática, plausible, mezcla de verdades y falsedades.
- Deseo de hacerse exámenes, investigaciones, intervenciones, de ingresar.
- En ocasiones, patrones de cuadros clínicos demasiado típicos, como de un libro de texto.
- Evidencias de muchos procedimientos (cicatrices, resultados de exámenes, etc)
- Comportamiento agresivo, fuera de las reglas normales de conducta, “elusivos y truculentos”
- Antecedentes de múltiples atenciones e ingresos en muchos hospitales.
- Alta de los hospitales a petición, o antes de lo recomendado.
- No adherencia a los consejos médicos.

Grupos de riesgo

La frecuencia del Síndrome es baja. Predominan las mujeres jóvenes y de edad media, aunque se han referido casos de ambos sexos y de todas las edades. Algunos autores refieren que el Síndrome clásico es más frecuente en hombres. Entre los pacientes más típicos hay un alto porcentaje de trabajadores de la salud.

Los pacientes con Síndrome de Munchausen tienen con frecuencia trastornos de personalidad, incluyendo poco control de sus impulsos, conductas autodestructivas y personalidad borderline o pasiva-agresiva. En los últimos años se reportan cada vez más casos de niños, donde el Síndrome es provocado por los padres, fundamentalmente la madre.

Cuadro clínico

Son numerosas las manifestaciones del Síndrome de Munchausen que describe la literatura: síntomas abdominales, torácicos, hemorrágicos, neurológicos, cutáneos, cardíacos, respiratorios, endocrinos, reumatológicos, febril o mixta. Pudiendo dentro de estas categorías ocurrir una

amplia variedad de presentaciones, limitado solo por la imaginación y los conocimientos médicos del paciente.

Las manifestaciones neurológicas son variadas y en la literatura se han reportado pacientes con apraxia, crisis convulsivas, estado de mal convulsivo, meningitis, encefalitis y hemorragia subaracnoidea. Se han reportado casos de paraplejia de larga duración como forma de presentación de este síntoma.

Cuando estas personas son examinadas por los psiquiatras, generalmente estos no encuentran que sus síntomas tengan relación con trastornos mentales y, de manera habitual, insisten sobre el resto del colectivo médico para descartar organicidad, lo que complica más la situación. En relación con los exámenes complementarios, puede llamar la atención la inesperada y exagerada positividad de algunos y la paradójica normalidad de otros. Elementos que hacen sospechar el diagnóstico del Munchausen.

Presentación de caso

TV, masculino de 39 años de edad, albañil, con 11no grado vencido. Procedente de zona urbana. Internado en el Centro para la Atención Integral al Seropositivo por diagnosticarlo como positivo al VIH el 31 de enero del 2007. Relata que padece hace más de veinte años de pancreatitis, que estuvo ingresado en el Hospital Celia Sánchez Manduley de Manzanillo, en junio del 2006, muy grave por esta causa. No trae medicamentos específicos para esta enfermedad. Refiere además que es hipertenso, que hace alergia al Avafortan, que padece de anemia, que por esa razón siempre tiene cansancio y que fue operado de la vesícula biliar. Además refiere sentirse nervioso, con temblores en extremidades superiores e inferiores. Refiere actualmente falta de aire, mareos y en ocasiones vómitos y fuerte cefalea desde la zona frontal hasta la occipital.

En nuestro centro se niega a ínter consultarse con el dermatólogo, y niega haber tenido infecciones de transmisión sexual (ITS). A las dos semanas de ingresado refiere molestias anales pequeñas que resultan lesiones condilomatosas a las que se pone tratamiento. Previa amenaza de la confidencialidad al personal médico de su situación.

Refiere ansiedad, aflicción, abatimiento, insomnio e ideas suicidas. Se le dan orientaciones terapéuticas y se le pone tratamiento.

Se le indicó estudio imagenológico por referir falta de aire en su área de salud, previo al ingreso (5 de enero). Se remite al neumólogo por quejarse de falta de aire (13 de febrero).

Pide que lo remitan al oftalmólogo por enrojecimiento en ambos ojos (6 de febrero).

Se le indica estudio imagenológico por cefalea, náuseas y vómitos referidos (8 de febrero).

Se remite a psiquiatría (9 de febrero).

Se remite una segunda vez a oftalmología por molestias en ojo derecho (10 de febrero).

El Dermatólogo lo remite a coloproctología (20 de febrero).

Se queja de un dolor agudo en abdomen (27 de febrero). Se le interviene quirúrgicamente con diagnóstico de apendicitis aguda.

Se ingresa en Hospital Carlos Manuel de Céspedes hasta el 5 de marzo, en Servicio de Cirugía, con evolución favorable. Se niega a ser trasladado a su casa, primero refiere que las gestiones que hizo su familia para trasladarlo en transporte institucional fueron infructuosas. Cuando se le ofrece apoyo para resolver esta situación refiere que la familia vendrá a buscarlo por sus propios medios.

Finalmente se traslada a nuestro Centro el 5 de marzo.

La cicatrización de la herida el 6 de marzo es favorable, tiene buen aspecto y se alimenta bien, el paciente refiere decaimiento. El 8 de marzo refiere dolor en la herida, tipo latidos, la cicatrización es favorable. Refiere escalofríos. No tiene fiebre, temperatura de 36 grados.

El 10 de marzo refiere dolor en la herida y decaimiento, la cicatrización es favorable en casi toda la herida, el último punto tiene un ligero enrojecimiento. Se le pone tratamiento con antibiótico y fomentos. El estado general del paciente es bueno. El 12 de marzo refiere dolor en la herida, la cicatrización es casi completa. El último punto ha cicatrizado. Se siente decaído. Y las cifras de hemoglobina están por encima de los 15 g/l

El 12 de marzo se remite a cirugía por granuloma, se le pone tratamiento con Sulfaprim.

El 13 de marzo refiere que le duele la herida, que está nervioso y que no duerme bien.

El 17 de marzo refiere que tiene diarreas hace varios días, no lo ha informado antes a las enfermeras ni al médico, no ha tomado sales de rehidratación oral (SRHO), ni tiene signos de deshidratación.

El 19 de marzo refiere diarreas sin fetidez, sin resto de comida, de poca cantidad, líquidas. Se niega a ser remitido a Hospital Carlos Manuel de Céspedes y a recoger muestra de diarreas.

El 20 de marzo refiere diarreas, se le administran SRHO, no refiere más diarreas.

Se evalúa en la comisión de Evaluación y Orientación Integral y se decide que está preparado para egresar. Se resiste a egresar, manifestándose agresivo verbalmente con el personal de salud. No se traslada en transporte institucional que se pone a su disposición y reclama por la presencia de familiar para que venga a buscarle. El 22 de mayo retorna para consulta externa y manifiesta decaimiento, dolor de cabeza, dolores musculares y lesión en axila izquierda.

Historia psicosocial, características psicológicas

Paciente con antecedentes de permanecer por largos períodos de tiempo fuera del hogar por cuestiones laborales. Huérfano de padre y madre desde la juventud temprana. Tiene una sola hermana, con diagnóstico de Psicosis Funcional. Presenta egodistonia hacia su orientación sexual. Niega haber tenido relaciones sexuales con otros hombres, y su conducta dentro de la institución refuta el planteamiento. Mantiene un matrimonio en apariencias. Tiene dos hijos que no están bajo su guarda y cuidado. Las relaciones con su esposa son tirantes y perneadas de agresividad reprimida.

Adulto inestable emocionalmente, vulnerable, carente de afecto filial, dependiente. Se autoagrede dejando de alimentarse, por ejemplo, cuando algo le molesta. Susceptible ante cualquier señalamiento, receloso, desconfiado. Con poco control de los impulsos. Duda de los resultados de sus complementarios siempre.

Observación, evaluación y resultados de exámenes

La marcha no es característica de procesos patológicos. Al examen físico no presenta adenopatías ni hepatomegalias. No cicatrices abdominales. Los parámetros hematológicos están normales, resalta la hemoglobina con 19,2g/l. cifra que pone en dudas pues insiste en tener decaimiento. Rayos X de tórax con signos de enfisema pulmonar bilateral, pues ha fumado desde la adolescencia (15 años). No sepsis respiratoria. Bronquitis crónica simple por tabaquismo. El neumólogo lo encuentra ansioso y lo remite a Psicología.

El estudio de rayos X de cráneo, todas las vistas son negativas, no revelan alteraciones.

El ultrasonido abdominal muestra páncreas de aspecto y textura normales. Se observa vesícula acodada hacia el cuello, paredes finas, no litiasis. Aorta abdominal de calibre normal.

La biopsia del apéndice muestra diagnóstico de apendicitis aguda simple.

Discusión

Este paciente presenta elementos diagnósticos del Síndrome de Munchausen reflejados en Historia Clínica como son: lo abigarrado de su historia de salud, los múltiples síntomas y enfermedades referidas, las cuales durante los exámenes físicos y complementarios no pueden demostrar origen orgánico de los síntomas. Refirió estar colesistectomizado y no tiene cicatrices abdominales y en el ultrasonido diagnóstico se visualizó la vesícula biliar acodada. Convirtiéndose toda su historia en una mezcla de verdades y falsedades, múltiples quejas tratando de llamar la atención sobre su persona y ser el centro de discusiones técnicas, llamadas a servicio de urgencia, remisiones, interconsultas y realización de diversos exámenes.

Hay presencia de comportamiento agresivo.

Ante la presencia del dolor abdominal, intervenido quirúrgicamente y con estudio patológico conclusivo de apendicitis aguda, hace más complejo el cuadro descrito en este paciente, al existir elementos orgánicos, que dan base a otras alteraciones psicológicas del síndrome, que la literatura hace referencia a la interacción de enfermedades reales y ficticias en este cuadro. Como son la sepsis de la herida quirúrgica y el decaimiento postoperatorio.

Conclusiones

1. La situación clínica presentada tiene elementos reales y ficticios, complejos desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico que son sugerentes de Síndrome de Munchausen.
2. Se concluye que el caso presentado tiene criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen.
3. Como estrategia de intervención sugerimos el diagnóstico adecuado (por exclusión) del Síndrome de Munchausen. Tratamiento de los problemas orgánicos reales y comprobados y combinar la psicoterapia de choque, de apoyo y los psicofármacos en caso necesario.

Recomendaciones

1. Pensar siempre en la posibilidad de estar frente a un Síndrome de Munchausen ante una historia clínica abigarrada y compleja.
2. Interpretar los complementarios a la luz del juicio clínico y psicológico del caso.
3. Hacer diagnóstico por exclusión y tratar los problemas orgánicos.
4. Combinación de atención interdisciplinaria médica y psicológica. Psicoterapia con psicofármacos de manera individualizada.

Bibliografía

1. Aldasoro Juan M. Munchausen: el Barón, el Síndrome y su implicación dermatológica. Arch Argent Dermatol. 1997; 47(3): 125-9.
2. Ascher R. Munchausen Syndrome. Lancet.1951; 1: 339-34.
3. Espinosa Brito Alfredo. Síndrome de Munchausen. Un reto para el clínico. Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.
4. Maida Ana Margarita; Molina María Elisa; Carrasco Ximena. Síndrome de Munchausen por poder. Un diagnóstico a considerar. Rev Méd Chile. 2001.
5. Parra Tlacuilo. Síndrome de Munchausen. Reto al diagnóstico. Gac Méd México. 1999; 135 (2): 177. 81.
6. Seguel L. Síndrome de Munchausen: estudio de seis casos. Rev Méd Chile. 1990; 118(10): 1090-97.

7. Síndrome de Munchausen. Sección de la Filial Provincial de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. Cienfuegos, abril 1997.
8. Tucker GJ. Trastornos Psiquiátricos en la práctica médica. En: Bennet JC; Plum F. Cecil Tratado de Medicina Interna. Ed. 20. México. DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998. p. 2305-17.
9. Wagner F Gattaz. Munchausen Syndrome diagnosis and management. Rev Associacao Med Brasileira. 2003; 49.

¹ Especialista de I grado en Medicina Interna

¹ Licenciada en Psicología