

SINDROME DE MÜNCHHAUSEN

Belia Oviedo¹, Stella Savini¹, Guillermo Bauducco² y Karina Blangino¹

1. Cátedra de Dermatología. Unidad San Roque.

Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Córdoba

2. Servicio Salud Mental - Hospital San Roque

Resumen

El Síndrome de Münchhausen puede expresarse de muy diversas maneras. Comunicamos el caso de una paciente con manifestaciones cutáneas. Se analizan los posibles diagnósticos diferenciales en sus aspectos dermatológicos y psicopatológicos. Aunque frecuente, las insospechadas formas de presentación dificultan su diagnóstico. La implicancia de morbi-mortalidad hacen necesario el conocimiento de este síndrome.

Palabras claves: Síndrome de Münchhausen. Autoagresión.

Abstract

Munchhausen Syndrome can be expressed in many different ways. We report the case of a patient with cutaneous manifestations. Possible differential diagnostics are being analysed in both dermatology and psychopathologic aspects. Although the syndrome appears frequently, its unsuspected ways of presentation make difficult to diagnose it. It is necessary the knowledge of this syndrome because of the morbid-mortality it implies.

Key words: Munchhausen's Syndrome. Self aggression.

Introducción

El Síndrome de Münchhausen descrito por Asher (5), es un proceso psicopatológico que puede enmarcarse tanto en los trastornos facticios crónicos con componentes agudos, como en los ficticios. Los afectados son por lo general mujeres y en muchos casos con actividades laborales afines a la sanidad. (4, 8, 9, 20, 22, 25).

Las manifestaciones clínicas son variadas, reconociéndose a las lesiones cutáneas como las más frecuentes junto a los cuadros de abdomen agudo y las hemorragias. El paciente falsea o exagera sus síntomas requiriendo la atención del médico. Le fascina ser sometido a métodos diagnósticos sofisticados, lo que significa, no sólo una asistencia médica innecesaria sino también utilizar insumos de costo elevado (2, 13, 14, 15, 16, 19, 23, 24).

En el denominado Síndrome de Münchhausen por poder, los pacientes atribuyen a sus hijos enfermedades inexistentes. El proceso es grave y el abuso infantil es un elemento fundamental. Se han establecido criterios diagnósticos para el Síndrome Münchhausen infantil, que facilitan el diagnóstico. (1, 6, 7, 11, 12, 17, 18).

El nombre de la enfermedad ha sido tomado de la historia del Barón de las mentiras, un personaje de la Alemania del siglo XVIII, proclive a relatos alucinantes. Lo cierto es que en la literatura se consigna como Síndrome de Münchhausen o Munchhausen Syndrome (traducido del idioma alemán) (3).

Caso clínico

Una paciente de 50 años de edad, derivada del Servicio de Ginecología, consulta por presentar lesiones en la zona genital, con ubicación además en brazos, antebrazos y nalgas. La afección se inició hace aproximadamente 5 años con las mismas características actuales.

Al examen físico se observan ulceraciones y exulceraciones con secreciones serosas, sin infiltración en la base. Los límites son irregulares destacándose en la región central islotes de atrofia cicatrizal. Adoptan una disposición lineal y están ubicadas exclusiva-

mente en el periné del lado izquierdo con extensión hacia el labio mayor sin comprometer mucosa respetando además los pliegues inguinales (Fig.1). La intensidad del ardor y el dolor va de moderada a severa limitando los movimientos y la higiene correspondiente.

En ambos brazos y antebrazos, y en nalgas y muslo derechos las lesiones son diferentes a las anteriores pero similares entre sí. Se presentan, de manera aislada o lineal, múltiples excoriaciones, algunas cubiertas por costra serosas y máculas pigmentadas residuales (Fig.2).

Excepto una cicatriz postquirúrgica en la zona pubiana, no se destacan otras manifestaciones cutáneas.

La paciente refiere como antecedentes patológicos que fue sometida a una cirugía de columna lumbar y a una histerectomía. Además expresa que ha padecido un cuadro de anemia perniciosa y actualmente presenta trastornos cardiovasculares que no sabe determinar.

Los datos aportados son imprecisos, desconociendo en algunos casos el diagnóstico y época de las dolencias y la realización de tratamientos médicos y quirúrgicos.

Desde la primera consulta demostró interés por relatar hechos de su vida como abusos por parte de su padre y de su esposo, una persona alcohólica ya fallecida. Convive en pareja y con su único hijo de 30 años por los que no demuestra ningún tipo de afecto. Considera a ambos como seres infieles por lo que ha optado contratar, para las tareas del hogar, a un varón homosexual quien a su vez también le realiza las curaciones tópicas de las lesiones.

Los estudios de laboratorio se encontraron dentro de límites normales y los informes histopatológicos revelaron, repetidamente, los hallazgos de un proceso inflamatorio inespecífico.

Analizando el cuadro, los antecedentes y los hallazgos de métodos complementarios no encontramos parámetros para una afección orgánica. Ante la sospecha de que trataba de lesiones autoprovocadas decidimos iniciar tratamiento tópico con el único objeto de establecer un vínculo con la paciente y lograr la contención afectiva.

En las sucesivas visitas inducimos a la consulta psiquiátrica a la que se negó sistemáticamente aduciendo que ya lo había intentado alguna vez sin eficacia.

Aproximadamente un mes después requirió la atención de un cardiólogo quien al solicitarle una serie de métodos diagnósticos despierta su entusiasmo. Paulatinamente va desviando su interés hacia el nuevo profesional y deja de concurrir a nuestro consultorio.

Discusión

Puede resultar difícil diagnosticar esta enfermedad. La dificultad para el diagnóstico precoz radica en la multiplicidad de presentaciones posibles. Es un buen comienzo la elaboración, con la mayor objetividad, de una historia clínica detallada y minuciosa.

En base al cuadro clínico cutáneo y el material complementario obtenido, descartamos patologías desde neoplásicas hasta infecciosas e inmunopatogénicas. Nos referimos a epiteloma, liquen escleroatrófico, enfermedad de Haily-Haily y básicamente la similitud con el pioderma gangrenoso variedad ulcerosa.

En nuestro caso llamaba la atención que el tiempo de evolución de las lesiones no se correlacionaba con el carácter agudo y subagudo de las mismas. No encontramos un patrón morfológico específico. La disposición y ubicación de las lesiones nos hizo pensar en una patología autoprovocada. La paciente era diestra resultándole más fácil acceder a ciertos sitios lo que explica por qué la ubicación en periné solamente del lado izquierdo, y el muslo y nalgas derechos.

Los otros procesos, de existir, no hubieran remitido espontáneamente.

Desde el inicio nos llamó la atención la personalidad de la enferma, con tendencia a unir lo ficticio (fingido) con lo facticio. Se mostraba como una persona inteligente, con un manejo de la relación médico-paciente de tipo seductor. En algunas de las visitas actuaba con cierto grado de picardía aunque con un dejo de rencor.

De una manera astuta fue dirigiendo la atención hacia otros órganos, posiblemente porque sospechó que nos acercábamos al

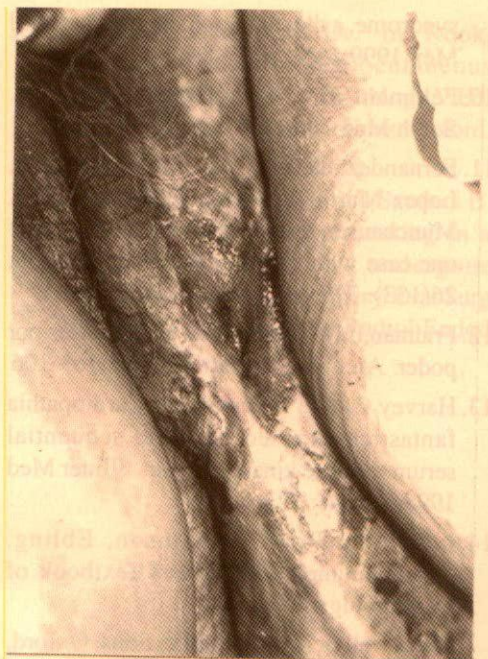


Figura 1



Figura 2

diagnóstico. La repetidas tomas biópsicas a la que había sido sometida previo a nuestras consultas ya no le interesaban y solicitó control cardiológico. En el Servicio de Cardiología le fueron solicitados estudios complementarios que alegraron a la paciente que deseaba saber si los mismos eran por técnicas invasivas.

Su conducta se tornó algo agresiva y finalmente dirigió su interés hacia el nuevo profesional y suspendió los controles dermatológicos. Este comportamiento se encuadra dentro de los parámetros establecidos para el síndrome.

Los marcadores psicológicos son, en términos generales, la presentación de síntomas físicos que aparentemente el paciente controla a voluntad y la pretensión del individuo de asumir el rol de enfermo. Las múltiples hospitalizaciones han permitido a algunos autores denominar a este cuadro como adicción hospitalaria.

Los diagnósticos posibles incluyen en primer lugar a la Histeria, con síntomas muy impactantes, como lo es la mutilación cutánea con el cortejo de rasgos perversos, en donde la mutilación se hace a la manera masturbatoria y con la asistencia de un valet homosexual.

En los síntomas de referencia orgánica sistémica, no comprobados objetivamente, te-

nemos derecho a considerarlos verdaderos, en cuanto expresión de una conflictiva neurótica, en donde el falso síntoma somático adquiere carácter de verdadero cuando es la expresión de conflictividad neurótica, no habría intención de engaño sino necesidad de comunicar algo que el paciente tampoco conoce desde su conciencia.

Otro diagnóstico posible, sería el de Hipocondría, pero no encontramos la estructuración psicótica en donde lo hipocondríaco podría actuar a manera de restitución.

Opinamos que la mayor dificultad en cuanto al diagnóstico y consiguiente tratamiento, pasa por la negativa de la paciente en querer "saber" de su enfermedad, y su necesidad de mantener un misterio para sí y para los demás, como su forma particular de seguir ejerciendo un efecto de fascinación.

El mayor uso, en nuestros tiempos, de tecnologías en el ritmo de vida diario, ha permitido la incorporación de otros elementos que facilitan la expresión de esta enfermedad. Tal es el caso del teléfono, un medio de comunicación muy difundido, al que algunos pacientes recurren.

La fantasía desarrollada en la elaboración de supuestas historias clínicas a través de

Internet, nos muestra una nueva forma denominada enfermedad facticia "virtual".

Lo cierto es que el número de pacientes portadores de esta afección es importante. Descartados los cuadros probables podemos proponer el diagnóstico de este síndrome que no se invalida por la asociación con otras enfermedades.

La morbi-mortalidad del síndrome exige un diagnóstico precoz, aunque se trate de un verdadero desafío que requiere del conocimiento científico basado en una objetividad responsable.

Bibliografía

1. Absolut de la Gastine G, Peniello MJ, Le Treust M, Grujard D and Guillois B. Urinary calculi and Munchausen syndrome. *Arch Pediatr* 1998;5(5): 517-20
2. Aghabeigi B, Manisali M, Suhr M, Feinmann C and Harris M. Ocular psychiatric disorders in maxillofacial injuries. Two case reports and a review of psychogenic ocular. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998, 27(3): 195-8
3. Aldasoro, J. Münchhausen. El Barón, el síndrome y su implicancia dermatológica. *Arch Arg Dermatol* 1997;47: 125-29
4. Ariza Andraca, R., Frati Munari, A., Monge, L., Ruiz, L. Síndrome de Münchhausen. *Rev Med IMSS (Méx)* 1985;23: 413-16
5. Asher, R. Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951;10:339-341
6. Bappal B, George M, Nair R, Khusaiby SA and De Silva V. Factitious hypoglycemia : a tale from the Arab world. *Pediatric* 2001; 107(1): 180-1
7. Davis P, MacClure RJ, Rolfe K, Chessman N, Pearson S, Sibert JR and Meadow R. Procedures, placement, and risks of further abuse after Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1998;78(3):217-21
8. de Fontaine S, Van Geertruyden J, Preud'homme X and Goldschmidt D. Munchausen syndrome. *Ann Plast Surg* 2001; 46(2): 153-8
9. Estrada-Contreras ,M. Munchausen's syndrome, a diagnostic challenge. *Gac Méd Méx* 1999;135(2):177-81
10. Feldman MD. Munchausen by Internet. *South Med J* 2000; 93(7): 669-72
11. Fernandez Jaen A, Martinez Bermejo A, Lopez Martin V y Pascual Castroviejo I. Munchausen syndrome by proxy. report of one case with epilepsy. *Rev Neurol* 1998; 26(153): 772-4
12. Fridman, E.N. Síndrome de Munchausen por poder. *Arch Arg Pediatr* 1995;93:103-106
13. Harvey CJ and Johnston JD. Cardiopathia fantastica exposed by rapid sequential serum creatine kinase analysis. *J Inter Med* 1998; 243(4): 323-6
14. Ive FA in Rook, Wilkinson, Ebling. *Psychocutaneous Disorders. Textbook of Dermatology* V Ed. Blackwell Scientific Publications. Oxford. Cap.69 .1992, pág 2785-2858
15. Kjiri K, Ajamieh A, Hansenne M and Anseau M. Clinical case of the month. A case of Munchausen syndrome (factitious disorder). *Rev Med Liege* 1998; 53(7): 390-2
16. Lyell, A. Cutaneous artifactual disease. *J Am Acad Dermatol* 1979;1:391-407
17. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Arh Dis Child* 1998; 78(3):210-6
18. Morales-Franco B., de la Morena Fernández, M.L. El síndrome de Münchhausen infantil. Etiología, criterios diagnósticos y tratamiento. *Gac Méd Méx* 1994;131(3):323-28
19. Numata Watanabe K, Hayasaka S, Kadoi C and Ikeda N. Decreased visual acuity and diplopia in a patient with Munchausen syndrome. *Ophthalmologica* 1998; 212(5): 337-8
20. Parent, D. J., Krafft, T. Noel, J. C., Askenasi, R., Goldschmidt, D., Heenen, M. Linkowski, P. Cutaneous Munchausen syndrome with presentation simulating pyoderma gangrenosum. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31:1072-74
21. Reuber M, Zeidler M, Chataway J and Sadler M. Munchausen syndrome by phone. *Lancet* 2000; 356(9238): 1358

22. Savin JA and Cotterill JA. in Rook, Wilkinson, Ebling. Psychocutaneous Disorders .Textbook of Dermatology V Ed. Blackwell Scientific Publications. Oxford. Cap 61.1992, pág. 2479-2496
23. Stiles A, Mitirattanakul S and Sanders B. Munchausen syndrome presenting in a patient who has undergone temporomandibular joint surgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001, 91(1): 20-2
24. Tellioglu T, Oates J A and Biaggioni I. Munchausen's syndrome presenting as baroreflex failure. N Engl Med 2000; 343(8): 581
25. Tiacuilo Parra JA, Guevara Gutierrez E, Barron Perez E y Estrada Contreras M. Munchausen's syndrome : a diagnostic challenge. Gac Med Mex 1999; 135(2): 177-81