

# Síndrome de Münchausen en la adolescencia. Enfoque multidisciplinario

MONICA ZAC,<sup>a</sup> SANDRA NOVAS,<sup>b</sup> MARIA INÉS PEREYRA,<sup>c</sup> GRACIELA MIKLASKI,<sup>d</sup>  
CECILIA BORI,<sup>e</sup> YEMINA MARZETTI,<sup>f</sup> EUGENIA KOWRIGIN,<sup>g</sup> CANDELA SÁNCHEZ,<sup>f</sup>  
MARTIN NALLAR,<sup>h</sup> PABLO POSTERNAK,<sup>i</sup> ALEJANDRA ARIOVICH,<sup>j</sup> Y ANA BONSIGNORE.<sup>i</sup>

## RESUMEN

Se presenta el caso de un adolescente de 13 años internado en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, luego de múltiples internaciones y consultas previas en distintas instituciones y con profesionales de diversas especialidades. Al poco tiempo de su ingreso y habiendo descartado patología orgánica se presume estar frente a un paciente con Síndrome de Münchausen, en una variedad poco frecuente de la clínica infanto juvenil.

El objetivo es presentar un caso de gravedad que solo puede ser resuelto con un abordaje interdisciplinario, enfocando integralmente la patología del paciente y su familia en el medio en el que se encuentran.

También se intentará ilustrar uno de los modos posibles de presentación de este síndrome dentro de los síndromes facticios clásicos.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO – CUIDADOS PALIATIVOS Y UNIDAD DE CLÍNICA PEDIÁTRICA:

Se trata de un paciente de 13 años de edad de sexo masculino que refiere dolor e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo, luego de una intervención quirúrgica por probable artritis de cadera izquierda realizada un año atrás, y concomitantemente asociado a una neuralgia del trigémino. Ante la falta de respuesta a diversos controles médicos y múltiples esquemas terapéuticos, el paciente es internado en el hospital para un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico.

### Antecedentes personales:

La madre refiere múltiples fracturas secundarias a traumatismos durante actividad física: 5 falanges a los 5 años, codo a los 8 años, brazo y hombro a los 10 años, no encontrándose callos óseos ni lesiones cicatrizales en los estudios radiológicos.

Internación a los 12 años en un centro privado con diagnóstico presuntivo de artritis séptica. Se realiza drenaje quirúrgico, con cultivos de aspirado negativo y estudio patológico que informa sinovitis transitoria, descartándose la etiología infecciosa del proceso. En esta oportunidad se realizan además estudios de perfil reumatológico, con resultados normales.

Nueva hospitalización al mes de su externación, en otro centro médico privado, por persistencia de dolor e impotencia funcional del mismo miembro. Se repiten múltiples estudios de laboratorio y de imágenes, todos ellos con parámetros normales para la edad. En esta internación se sugiere valoración por servicio de psicología en forma ambulatoria. La misma es rechazada por la familia.

- a. Médica Psiquiatra, Coordinadora de Internación de la Unidad de Salud Mental HNRG.
- b. Médica Psiquiatra, Área de Internación de la Unidad de Salud Mental HNRG.
- c. Médica Pediatra, Miembro del Comité de Niños en Riesgo HNRG.
- d. Lic. en Trabajo Social, División de Servicio Social HNRG.
- e. Lic. en Psicología, Residente de Salud Mental HNRG.
- f. Médica, Residente de Salud Mental HNRG.
- g. Médica Psiquiatra, Jefa de Residentes de Psiquiatría del Hospital Estévez.
- h. Médico Pediatra del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos HNRG.
- i. Médicos Pediatras, Internación del Grupo de Trabajo de Adolescencia HNRG.
- j. Médica Pediatra, Unidad 5 de Clínica Pediátrica HNRG.

A las 24 horas del alta sanatorial consulta a un hospital zonal donde se interpreta cuadro secundario a dolor regional complejo y síndrome de amplificación del dolor. Se inician múltiples esquemas analgésicos asociados a bloqueos anestésicos peridurales. Poco tiempo después el paciente abandona el seguimiento.

Siete meses más tarde, es internado en una tercera institución médica privada con un cuadro compatible con neuralgia del trigémino y persistencia del dolor e impotencia funcional del miembro inferior izquierdo. El equipo tratante decide la derivación al Servicio de Cuidados Paliativos de este hospital. En esa oportunidad refiere, además, visión bulto en ojo izquierdo e hipoacusia del mismo lado. Se instauro tratamiento analgésico y se realizan interconsultas a diferentes servicios: Adolescencia, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Toxicología, quienes descartan mediante diversos estudios, patología orgánica evidenciable. En el seguimiento ambulatorio se ajusta y se rota medicación analgésica, con escasa respuesta. Refiere períodos de alivio y de exacerbaciones independientes de la modificación de fármacos, recupera espontáneamente la visión y audición. Se insiste en cada consulta sobre la necesidad de seguimiento clínico y psicológico por Servicio de Adolescencia, que inicia recién en marzo de 2010.

En ese momento es presentado el caso ante el Comité de niños en Riesgo, donde se determina y aconseja la internación psiquiátrica. Ante la falta de respuesta a analgésicos, de dudoso cumplimiento, asociado a la falta de patología clínica orgánica, el difícil seguimiento ambulatorio, y el evidente compromiso psicológico del niño y su madre, el equipo médico tratante decide, en abril de 2010, su internación con los objetivos de centralizar seguimiento por los diferentes especialistas en el hospital, asegurar cumplimiento de tratamiento analgésico, y realizar adecuada evaluación psicológica del niño y su familia. Se acuerda con el niño y su madre la internación programada, que es evitada por el padre, y luego se pierde el seguimiento pese a reiterados llamados telefónicos.

En julio de 2010 consulta espontáneamente a la Guardia por dolor severo en miembro inferior izquierdo, por lo que el traumatólogo consultado –y ajeno a la estrategia establecida por el equipo multidisciplinario–, le indica su internación en la sala de traumatología,

pero, al ser detectada su internación por el equipo de Cuidados Paliativos, éste solicita la intervención de Salud Mental y el paciente es rápidamente derivado a una sala de clínica, para su abordaje multidisciplinario.

## **ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA MULTIDISCIPLINARIA EN EL HOSPITAL**

### **Cuidados Paliativos**

Al ingreso al hospital presentaba buen estado general y se encontraba eutrófico. Se constata dolor tipo punzante-urente de escala 9/10 acompañado de parestesias en cadera izquierda que irradia a rodilla, gemelos y tobillo. Se encontraba en posición antálgica en extensión con contracción de cuádriceps en forma continua. La marcha era dificultosa, secundaria al dolor, siendo el resto del examen neurológico normal.

Durante la internación se realizan ecografía de cadera y rodilla izquierdas, RMN de columna y miembro inferior izquierdo y análisis de laboratorio que incluyen perfil reumatoideo y enzimas musculares. Todos los análisis mostraron resultados dentro de parámetros normales para la edad.

El paciente, durante su internación refirió también disuria, por lo que se le realizaron análisis de orina, constatándose las dos primeras muestras resultados positivos para hematuria, por lo que se solicitan dos muestras más, bajo control profesional, los que arrojaron resultado normales.

Paralelamente se fue conformando el tratamiento interdisciplinario con Salud Mental, equipo de Internación y Servicio Social, que se sumaron a Clínica y Cuidados Paliativos. Estos últimos continuaron con el tratamiento farmacológico instituido previamente: Naproxeno – Tramadol – Amitriptilina – Diazepam y Gabapentin con escasa respuesta positiva.

Al mes de internación se medica la crisis de dolor con placebo, lográndose respuesta satisfactoria.

A los 40 días de internación aparecen máculas equimóticas en brazos y antebrazos en forma de V, y rasguños en la espalda, todas producidas cuando el paciente se encontraba en compañía de su madre. Ante la fuerte presunción del carácter autoinfligido de las lesiones y la sospecha de tratarse de un Síndrome de Münchhausen por poderes/ o proximidad (SMPP) el Comité de Niños en Riesgo

solicita la intervención del Consejo de los Derechos del Niño y Adolescente.

### **Comité de Niños en Riesgo**

En un comienzo el Equipo de Cuidados Paliativos concurre a la reunión plenaria del Comité de Niños en Riesgo para presentar un paciente ambulatorio con dolor crónico, sintomatología errática, larga historia de distintos padecimientos, atendidos en numerosas instituciones, con múltiples intervenciones terapéuticas, en varias ocasiones invasivas, y con dudosa adherencia al tratamiento aconsejado.

Ya en esa oportunidad, se sospechó Síndrome de Münchhausen, con la particularidad de que, dada su edad, el paciente intervinería en la producción de los síntomas.

Las características del caso, adolescente temprano, con padecimientos sin correlato clínico sustentable desde la niñez, con intervención de múltiples equipos de salud y tratamientos invasivos en varias ocasiones, observación que se había verificado en casos similares.

Es así que, durante el tratamiento ambulatorio, previo a su internación, se enfocó la problemática como de índole psiquiátrica, estableciendo una estrategia que apuntara al tratamiento de Salud Mental.

Se convocó al Equipo de Internación de dicho Servicio, realizándose una presentación conjunta del caso por parte del Equipo de Paliativos y del Comité de Niños en Riesgo, y se convino en una próxima internación programada del paciente.

Inicialmente la familia aceptó la propuesta de internación del Equipo de Paliativos, pero luego, no concurrió a la citación, ni respondió a llamados telefónicos posteriores.

Cuatro meses más tarde el niño es internado por Traumatología cuando concurre, espontáneamente, refiriendo dolor en miembro inferior izquierdo. Este Servicio era ajeno a la estrategia establecida y allí es detectado por el Equipo de Paliativos dándose intervención a Salud Mental, para un abordaje interdisciplinario, como se refirió anteriormente, para lo cual es trasladado a la unidad de clínica.

Durante la internación, el Comité de Niños en Riesgo mantuvo estrecho contacto con los equipos tratantes intervinientes, y participó de la entrevista multidisciplinaria con los padres, donde se expone el diagnóstico y terapéutica propuestos.

### **Intervención Social**

Dada la gravedad del caso, la falta de conciencia de la enfermedad y consecuentemente la nula adherencia al tratamiento, se dio aviso a la Guardia de Abogados del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDNNyA), quien ordenó la permanencia del paciente en internación. Asimismo, se articuló la derivación para evaluaciones psiquiátricas de ambos padres y se contactó al Servicio Social Zonal de Protección de Derechos, correspondiente a su lugar de residencia.

Luego de algunas entrevistas, se desprendieron datos positivos que remitían a situaciones de violencia familiar y celotipia entre los padres.

Ante una descompensación clínica de la madre, que debe ser internada de urgencia, queda la abuela al cuidado del paciente. Es la abuela, quien solicita entrevista con el equipo terapéutico y expresa creer que la situación del nieto se debe a la mala relación que tiene con su padre debido a los manifiestos desbordes de violencia. Se solicita al CDNNyA una entrevista para evaluar la posibilidad del egreso del paciente con los abuelos, dada la internación de la madre, y que continúe su tratamiento en forma ambulatoria.

Durante la entrevista en sede del Consejo de Derechos, la abuela vuelve a desplegar sus dudas respecto al carácter emocional del padecimiento de su nieto y se niega a firmar un acta compromiso.

Posteriormente el niño se retira con su abuela sin habersele otorgado el alta.

El Servicio Local de Protección de Derechos de la zona de residencia realiza las intervenciones y el seguimiento de la familia a lo largo de varios meses.

Asimismo, el Servicio de Salud Mental y el Servicio Social realizan contactos con servicios pediátricos de hospitales públicos para dar aviso de la situación del paciente, como también a su obra social, con el objetivo de evitar nuevas internaciones que pondrían en riesgo de la salud física y emocional del joven.

### **Salud Mental**

En julio del 2010, el paciente se encuentra internado por padecer dolor crónico en miembro inferior izquierdo y todos los estudios clínicos realizados no logran filiar su padecimiento, como así tampoco la medicación logra calmar sus síntomas. Es el propio niño quien explica que su dolor comenzó lue-

go de estar tres días estudiando. Relata sus internaciones y dolencias en orden cronológico (neuralgia del trigémino, hipoacusia izquierda y amaurosis izquierda...) con detalle y precisión. Cuando se le pregunta en relación a su padecimiento no refiere contenido ideativo de ningún tipo respecto de la enfermedad (hecho inusual en niños con patología orgánica, quienes suelen referir temores, fantasías o teorías sobre las intervenciones y la internación).

Durante el período de internación los padres subestiman y descalifican las intervenciones profesionales. En el paciente aparecen hematomas en los brazos y luego rasguños en la espalda claramente autoinfligidos.

En su espacio de psicoterapia individual el paciente sólo puede expresar quejas somáticas sin ninguna resonancia afectiva objetiva. Elude responder preguntas personales o emite respuestas vagas. Niega tener dificultades con sus vínculos primarios.

Se realiza una hora de juego diagnóstica en la cual el paciente manipula los materiales presentados sin generar ninguna producción, mientras entabla una conversación en apariencia despreocupada, pero que abunda en preguntas sobre la vida personal de la entrevistadora y referencias a temas sexuales y "prohibidos o ilegales", jactándose de que estos hechos no son secretos para él.

En las entrevistas familiares se percibe suspicacia por parte de ambos progenitores y cierto grado de violencia contenida por parte del padre. Dado que los padres insistían en retirar a su hijo de la institución en busca de una segunda opinión que solucionara la enfermedad "orgánica" de su hijo, son citados a una reunión multidisciplinaria con los profesionales de Clínica, Salud Mental, Cuidados Paliativos, Servicio Social y el Comité de Niños en Riesgo. Se les comunicó que luego de las evaluaciones pertinentes y considerando la historia clínica, el cuadro era compatible con un problema emocional que requería mayor intervención del equipo de Salud Mental y el retiro de los analgésicos. Se realiza esto y al poco tiempo el paciente comienza a mejorar.

Finalmente, mediante la intervención de su abuela materna, el paciente se fuga de la Institución. El hospital informa a las Instituciones competentes para el seguimiento del caso por fuera de la internación.

### **Breve descripción clínica del Síndrome de Münchhausen por poderes (SMPP)**

Asher describió por primera vez en 1951, bajo el título de Síndrome de Münchhausen, un cuadro caracterizado por el abuso de consultas hospitalarias a raíz de falsos padecimientos, que por sus características promovían estudios cruentos y tratamientos innecesarios. En la práctica infanto juvenil es más frecuente el SMPP.

En el SMPP, uno de los progenitores, habitualmente la madre, simula o causa una enfermedad en su hijo. El progenitor puede inventar antecedentes personales, causar síntomas exponiendo repetidamente al hijo a distintas noxas y alterar muestras de laboratorio o registros de temperatura. Asimismo niega cualquier implicación.

Las manifestaciones clínicas comprenden síntomas no compatibles con una enfermedad conocida y en general no responden a los tratamientos implementados.

Está descrito en la franja etaria de 0 a 16 años con predominio en niños pequeños. Los niños mayores pueden llegar a convencerse de padecer una enfermedad, o incluso desarrollar un SM.

### **Una aproximación a los trastornos facticios...**

Siguiendo la Sinopsis de psiquiatría Kaplan & Sadock, los pacientes con este tipo de trastorno mental se caracterizan por simular, inducir o agravar la enfermedad fingida. Los pacientes con trastorno facticio tienen por principal objetivo, el obtener cuidados emocionales y la atención vinculados al papel de pacientes. Si bien tienen una cualidad compulsiva, se considera que las conductas son voluntarias.

Se cree, en función de los casos publicados, que un factor común a estos pacientes es el haber padecido abusos o privaciones durante la infancia. La búsqueda de reiteradas hospitalizaciones podría ser considerada

---

**Nota:** El síndrome toma el nombre de Karl Friedrich Hieronymus, Barón de Münchhausen (1720-1797), famoso por contar historias de aventuras impregnadas de gran fantasía. La propuesta para designar la entidad patológica como síndrome de Münchhausen fue de Richard Asher (1951), quien señaló: "Se trata de un síndrome que muchos médicos han visto, pero sobre el que se ha escrito muy poco".

como la vía de escape a la situación familiar traumática, a la sensación de rechazo por parte de uno o ambos progenitores.

En los casos más extremos donde se somete el individuo a intervenciones invasivas de todo tipo se podría pensar en una personalidad masoquista encubierta, en la cual el dolor funciona a modo de castigo de los "pecados" cometidos, sean éstos reales o imaginarios.

## CONCLUSIONES

Creemos que este caso toma suma relevancia al considerarlo paradigmático entre las nuevas formas de presentación de cuadros psicopatológicos, caracterizados por su gran complejidad, por su vigor y temprana irrupción. Los tiempos actuales teñidos de una realidad social cargada de violencia dejan su impronta en nuestra clínica diaria, la cual inevitablemente va tomando nuevas características y peculiaridades según el devenir del contexto histórico, social y cultural.

Dichos cambios resultan un nuevo desafío para los profesionales de la salud, quienes se ven obligados a pensar nuevas estrategias, buscar más recursos y reevaluar los ya implementados; agudizar los sentidos en pos de la elaboración de futuras intervenciones pertinentes y acordes a la complejidad que dichos casos presentan. El equipo considera la efectividad del trabajo interdisciplinario y la necesidad del abordaje conjunto y la articulación de habilidades según la competencia de cada disciplina, evaluando los distintos integrantes del mismo su intervención en el caso descrito. Se destaca la importancia de estar atentos ante una sintomatología con estas características, dada la frecuencia en aumento en niños y adolescentes de este tipo de patología, en la cual la alteración de la salud mental incide en la búsqueda de una enfermedad orgáni-

ca y su tratamiento. Asimismo es importante también destacar esta forma novedosa de presentación del Síndrome de Münchhausen que habitualmente se encuentra en la forma inflingido por sus padres y que sorprendentemente como ocurre en este caso, se trató de una presentación a la manera de los pacientes adultos.

## Epílogo:

Fue gracias al trabajo multidisciplinario y al contacto con el Servicio Social Zonal de Proyección de Derechos, que se pudo volver a contactar al niño y su familia quienes aceptaron el tratamiento indicado, obteniéndose resultados exitosos, al año de seguimiento.

## AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Gustavo Finvarb, Jefe de la Unidad de Salud Mental HNRG.
- Al Dr. Eduardo Vainstein, Jefe de la Unidad 5 de Clínica Pediátrica HNRG.
- Al Grupo de Trabajo de Adolescencia HNRG.
- A los Residentes de la Unidad 5 de Clínica Pediátrica HNRG.
- A los Residentes de Salud Mental.

## BIBLIOGRAFÍA

- DSM IV. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington DC, 1994:483-87.
- Behrman RE., Kliegman RM. Jenson HB. Nelson Tratado de Pediatría, 17<sup>ma</sup> edición. España: Elsevier; 2005: 130 -133.
- Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría; 10<sup>ma</sup> edición; Barcelona: Lippincott Williams and Wilkins; 2009: 658-661.
- Garrote N, Indart de Arza J, Puentes A, et al. Síndrome de Münchhausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida. *Arch. Argent. Pediatr.* 2008;106(1).