

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN

PRIMER CASO INFORMADO EN HONDURAS

*Lie. Douglas A. Matamoros Z. **
*Dr. Ramiro Coello-Cortés ***

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Munchausen es un síndrome psicótico primario en el cual el paciente adolece de una enfermedad física ficticia y multisistémica que es autoinfligida o fabricada por medio de artificios. Se distingue de la simple simulación por la cronicidad y la variedad de los síntomas; del síndrome de Bríquet por el empleo de métodos para autocausarse la enfermedad; y de la hipochondriasis por la presencia de signos que aunque inducidos por el propio paciente son corroborables. Un ejemplo clásico de conducta tipo Munchausen es el individuo que contamina con sangre de su dedo una muestra de orina con la premeditación de convencer al médico de una hematuria inexistente. El interés del presente artículo es alertar a los médicos que aún no han visto a este paciente y compartir información con los que ya lo vieron.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El paciente es un varón de 36 años, divorciado, militar en retiro, padre de una niña, actualmente desempleado, que se ingresa al Hospital Escuela por un cuadro de dolor abdominal severo que el enfermo insinúa es debido a "una perforación de mi úlcera gástrica". Después del ingreso se hace evidente que el sujeto no luce agudamente enfermo; por el contrario su estado físico y nutricional es muy adecuado. Debido a ello, el paciente no es

asignado a una sala de cirugía sino a una de medicina. Un examen abdominal más detenido no revela anormalidades y una endoscopia gástrica da resultados negativos, considerándose que nunca ha existido una úlcera gástrica. Rápidamente se atribuye la sintomatología a un problema psiquiátrico y se solicita una evaluación psicológica en Agosto de 1985. A este punto, ya el personal de la sala se siente víctima de un engaño malicioso, molestos por el tiempo, talento y esfuerzo perdidos, con frustración y resentimiento hacia el paciente. Las autoridades hospitalarias pronto ordenan su alta forzada de manera que la cama sea ocupada por un verdadero paciente y es consenso general que el sujeto ha abusado, con su conducta malintencionada, de los costosos beneficios médicos.

La historia psiquiátrica revela que ésta es su admisión número 40 al hospital Escuela. En los expedientes médicos anteriores se encontraron múltiples quejas similares más síntomas como fiebre, odontalgias, infección urinaria, impotencia sexual, náuseas, cefalea y enfermedades específicas como diabetes mellitus. En la mayoría de las veces el enfermo acudió a la sala de emergencia con un cuadro clínico agudo y fue capaz de convencer al médico de turno de la necesidad de una hospitalización de urgencia. En tres ocasiones durante 1982, se presentó con una úlcera autoinfligida del pie izquierdo que - para conseguir los internamientos - había descuidado a tal grado que más tarde fue necesario amputarle un dedo. Sin embargo, el paciente aceptó esta decisión médica con ecuanimidad y según sus propias palabras "gocé esos días en el hospital" a pesar de la amputación.

* Coordinador Científico

** Coordinador General Sociedad Neuropsicológica de Honduras

La sospecha de síndrome de Münchhausen fue de inmediato confirmada por la enfermera de sala. Según sus informes, el paciente comía premeditadamente antes de las pruebas en ayunas, frotaba los termómetros para simular fiebre y alteraba los resultados de los exámenes en el expediente: una glicemia "en ayunas" de 110 con la ayuda de un lápiz se transformaba en 140.

Los datos demográficos del sujeto hicieron posible una investigación epidemiológica de sus antecedentes médicos en todo el país. Tenía una historia de 12 ingresos en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, 22 en el Hospital Leonardo Martínez de San Pedro Sula, incontables visitas a médicos generales y especialistas, consultas con 12 psicólogos e interconsultas con 3 psiquiatras. El paciente había viajado a diferentes clínicas y centros médicos nacionales, visitas que fueron facilitadas por el hecho de que durante siete años se dedicó a conducir camiones incluso a lugares remotos de Honduras.

No hubo historia de alcoholismo, tabaquismo o abuso de drogas.

En sus antecedentes criminales se encontró que había sido condenado a 16 años de prisión por matar a tres hombres, uno de ellos el amante de su esposa. Después de divorciarse, cometió los otros dos crímenes, también considerados de carácter pasional. Con todo, debido a influencias y a su supuesta mala salud obtuvo su libertad después de 9 años de cárcel.

Como consecuencia del alta hospitalaria obligada el paciente fue referido a consulta externa pero no vino a la cita y se perdió todo contacto con él.

DISCUSIÓN:

El síndrome de Münchhausen se ha observado anteriormente en Honduras. Sin embargo, el presente es el primer caso en que pudo documentarse toda la evidencia clínica necesaria para un diagnóstico válido y confiable. Uno de nosotros (D.M.) viajó a varias zonas del país con el fin de confirmar los datos clínicos.

En 1983, se entrevistó otro paciente con síndrome de Münchhausen. Se trataba de un joven mestizo de 23 años que alegaba tener leucemia. Para corroborar su historia traía exámenes hematológicos hechos en los Estados Unidos que ciertamente eran diagnósticos de leucemia linfoblástica aguda. Estas pruebas, nuevamente, contrastaban con el aparente buen estado de salud del sujeto. Más tarde se comprobó que dichos exámenes estaban deliberadamente alterados. Además, se investigó que durante su estadia en los Estados Unidos en carácter de estudiante, había pretendido ser un israelita ante sus compañeros. Para mantener la impostura había aprendido palabras en hebreo, usaba vestimenta típica judía, visitaba la sinagoga local y hablaba constantemente de sus aventuras como soldado israelita en su lucha contra los árabes. La llegada imprevista de unos paisanos hondureños lo atemorizó de ser descubierto obligándolo a abandonar sus estudios y venirse a Honduras. Durante la segunda visita se le confrontó con la falsificación de sus exámenes, pero en vez de aceptar el engaño desistió del tratamiento y no volvió a saberse de él.

Según el DSM—III (1), el síndrome de Münchhausen debe clasificarse dentro del grupo de las enfermedades ficticias crónicas con síntomas físicos. El síndrome de Münchhausen es la forma más grave de los padecimientos ficticios y típicamente afecta a hombres de nivel socioeconómico bajo con historia de inestabilidad laboral y mal ajuste social. El otro tipo de enfermos ficticios está compuesto por mujeres de estrato socioeconómico medio, inteligentes, educadas, laboralmente estables y empleadas en alguna institución médica.

El diagnóstico definitivo de síndrome de Münchhausen (2,8,13,15) se hace por la presencia de los siguientes criterios de inclusión: 1) evidencia de enfermedad física ficticia que ha sido autoinfligida o provocada por el paciente por medio de artificios (ipsipatogénesis); 2) uso repetido de mentiras que son excesivas, innecesarias o increíbles (mentiras patológicas); y 3) múltiples hospitalizaciones en diferentes áreas geográficas (peregrinaje hospitalario).

La ipsipatogenia diferencia claramente al síndrome de Münchhausen de la simulación. En la simulación,

el individuo simplemente pretende estar enfermo, su embuste termina con la obtención de la ganancia social buscada e insiste en la hospitalización o en exámenes sólo en la medida que le ayuden a conseguir dicha ganancia. La ipsipatogenia, por el contrario, siempre provee al médico con evidencia física de enfermedad, llevando en ocasiones al paciente a casos severos de automutilación o a empleo de procedimientos peligrosos (7). Cuando la ipsipatogenia se ejerce en otras personas -generalmente los propios hijos - la enfermedad se reconoce con el nombre de síndrome de Meadow (3, 14).

Al inicio del desorden el paciente con síndrome de Münchhausen suele asistir a hospitales donde hay estudiantes o médicos jóvenes a quienes encuentra más fácil de engañar. El proceso es entonces reforzado por los médicos que con sus comentarios, inadvertidamente, proveen información para que el próximo engaño sea más convincente. Con el tiempo el sujeto adquiere la experiencia suficiente para fabricar toda la evidencia capaz de convencer a un especialista poco suspicaz. Además, el embuste es disfrazado por una situación dramática de un cuadro clínico agudo, que con el miedo natural del médico a cometer un error de omisión, conllevan a una pronta hospitalización.

El trastorno es multisistémico, aunque la variedad más frecuente es la abdominal, fingiéndose un abdomen agudo recurrente (laparotomaphilia migrans). En las mujeres, el cuadro es unisistémico, siendo el más afectado el hematológico con hemorragias (hemorragia histriónica) debido al uso escondido de anticoagulantes.

La ecuanimidad ante los tratamientos y los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, los antecedentes criminales y la presencia de múltiples cicatrices son también hallazgos característicos del síndrome de Münchhausen.

CONCLUSIONES

Varias hipótesis (5,6,9,12) se han formulado para explicar la conducta aberrante de los sujetos con síndrome de Münchhausen. Sin embargo, la escasez de pacientes y su obvia incooperación para seguir las órdenes médicas, han transformado estas teorías en meras especulaciones. Como se hace eviden-

te de los casos que hemos discutido, un estudio sólido de los aspectos psicológicos fue prácticamente imposible.

El desconocimiento de la enfermedad hace que los profesionales reaccionen con enojo ante el engaño perpetrado por estos individuos. Es común que se les tilde con nombres despreciativos o sarcásticos. "Dueño del hospital" fue el utilizado en el caso que presentamos. Aunque interno en el hospital equivocado y causante de gastos innecesarios el sujeto por ello no deja de ser enfermo y como enfermo debe reconocérsele. Con todo, en varias circunstancias fue víctima de abusos, insultos y tratos indignos por parte del personal hospitalario. En este sentido, los autores y otros colegas, creemos justificado el esfuerzo que desde hace varios años hemos dedicado al estudio de los síndromes psiquiátricos raros (4, 10,11).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3a. Ed Washington D.C. 1980.
2. ASHER R.: Münchhausen's Syndrome. *Lancet* 1:339-341,1951.
3. BLACK D: The Extended Münchhausen's Syndrome. A family case. *Brit. J. Psychiatry* 138:466-469,1981.
4. BONILLA MARTÍNEZ TDR: Síndrome de Ganser en Pacientes Crónicos del Hospital Santa Rosita. Tesis de Graduación. Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras, 1984.
5. BURSTEN B: On Münchhausen's Syndrome. *Arch. Gen. Psychiatry* 13:261-268,1965.
6. CARNEY MW: Artfactual DIness to attract medical attention. *Brit. J. Psychiatry* 136:542-547, 1980.
7. Case Records of the Massachusetts General Hospital: Case 28-1984. A 39 year-old man with gas in the soft tissues of the left forearm. *N. Engl. J. Med.* 311:108-115,1984.

8. CHAPMAN JS: Peregrinating Problem Patients. Münchausen's Syndrome. JAMA 165:227-233,1957.
9. CHENG L, HUMMEL L: The Münchausen's Syndrome as a Psychiátric Condition. Brit. J. Psychiatry 133:20-21,1978.
10. COELLO-CORTES R: Autoscopía. Rev. Med. Hondur. 47:62-63,1979.
11. COELLO-CORTES R, MACHADO R, NOLASCO C, LARA DE AYESTAS S: Licantropía. Tratamiento exitoso con Litio del Primer Caso informado en Honduras. Rev. Med. Hondur. 51:199-203, 1983.
12. JUSTUS PG, KREUTZIGER SS, KITCHENS CS:: Probing the dynamics of Münchausen's Syndrome. Detailed analysis of a case. Ann. ínter. Med. 93: 120-127,1980.
13. LUDWIG J, MANN RJ: Münchausen versus Münchausen. Mayo Cím.Proc. 58:767-769,1983.
14. MEADOW R: Münchausen's Syndrome by Proxy. Arch. Dis. Child. 57:92-98,1982.
15. SPIRO HR: Chronic Factitious Illness. Münchausen's Syndrome. Arch. Gen. Psychiatry 18:569-579,1968.