



Síndrome de Munchausen por poderes: dificultades diagnósticas y terapéuticas

Ariana Pellitero Maraña^a, M.ª Agustina Alonso Álvarez^b, Lucía González-Carloman González^c

Publicado en Internet:
13-diciembre-2018

Ariana Pellitero Maraña:
ariana.pellitero@sespa.es

^aPediatra. CS Las Campas-La Ería. Oviedo. España • ^bServicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España • ^cPsiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Teatinos.

Oviedo. España.

Resumen

Niña de diez años que consulta por la aparición de lesiones cutáneas diseminadas de morfología variada, asintomáticas y de carácter evanescente, de dos meses de evolución. Inicialmente fue catalogado como inespecífico, pero ante la persistencia de las consultas por este síntoma, se solicitan estudios para descartar vasculitis o exantema de origen vírico, con resultados normales, y una valoración dermatológica sin diagnóstico claro. Posteriormente la niña acude a Urgencias con el cuero cabelludo teñido de rosa y varios mechones de pelo de este color, evidenciándose que desaparecen al frotarlo con una solución alcohólica; pero tanto la madre como la niña niegan que se haya aplicado algún tipo de producto colorante (pintura, espray, maquillaje...). Ante la sospecha de una etiología no orgánica, se solicita interconsulta con Salud Mental y, tras la valoración de los síntomas referidos, de las fotografías aportadas especialmente por la madre y del perfil psicológico de esta, se llega a la impresión diagnóstica, apoyada por todos los profesionales implicados (pediatra de Atención Primaria, pediatra del Servicio de Urgencias hospitalario, dermatólogos y psiquiatra) de trastorno facticio o síndrome de Munchausen por poderes.

Palabras clave:

- Síndrome de Munchausen por poderes
- Trastorno facticio

Munchausen syndrome by proxy: diagnostic and therapeutic difficulties

Abstract

A ten-year-old girl who consulted for the appearance of spots spread on the skin, of varied morphology, asymptomatic and of evanescent character, of two months of evolution. Initially cataloged as non-specific rash, but before the torpid evolution of the picture, studies are requested to rule out vasculitis or rash of viral origin, with normal results; and dermatological assessment without clear diagnosis. Later the girl comes with a lock of pink hair, evidencing that they disappear when rubbing it with alcoholic solution; but both the mother and the girl deny that any type of coloring product has been applied (paint, spray, makeup...). Given the suspicion of a non-organic etiology, interconsultation is requested with Mental Health and, after the hostile attitude of the mother in it, the diagnostic impression is reached, supported by all the professionals involved (primary care pediatrician, pediatrician of the hospital emergency department, dermatologists and psychiatrist) of factitious disorder or Munchausen syndrome by proxy.

Key words:

- Factitious disorder
- Munchausen syndrome by proxy

Paciente de diez años que consulta en Atención Primaria y en el Servicio de Urgencias de Pediatría por aparición de “manchas” evanescentes, no pruriginosas, en distintas zonas de su cuerpo, de dos meses de evolución. Más o menos coincidiendo

con el inicio del curso escolar (septiembre-octubre). La madre aporta fotografías, ya que en el momento de la consulta la niña no presenta dichas lesiones, en las que se observa una lesión eritematosa en el antebrazo, bien delimitada, brillante y de unos 3-4 cm,

Cómo citar este artículo: Pellitero Maraña A, Alonso Álvarez MA, González-Carloman González L. Síndrome de Munchausen por poderes: dificultades diagnósticas y terapéuticas. Rev Pediatr Aten Primaria. 2018;20:e105-e108.

que describe como no pruriginosa. Inicialmente se cataloga como de origen alérgico, pero ante la posterior evolución a eritema rojo-violáceo y diseminación a la cara, el cuero cabelludo y el pelo, las extremidades inferiores... se solicita estudio analítico (hemograma, bioquímica, coagulación, velocidad de sedimentación globular y serologías para parvovirus, virus de Epstein-Barr y citomegalovirus), con resultados normales.

Dada la extraña evolución, se rehace la anamnesis: los padres describen las manchas como de diferentes colores y morfologías, “a veces en forma de cruces” y sobre todo referidas a la cara, el cuero cabelludo, el pelo, las manos y las extremidades superiores e inferiores. En las fotografías que aportan se pueden ver claramente las manchas de color rojo, azul y morado en labios, alrededor de un ojo, en antifaz, en la frente, los antebrazos, las palmas de las manos, las piernas, mechones de pelo; incluso en algún momento afectan a toda la cara, de color morado más intenso, en distintos estadios evolutivos (distintas tonalidades, según van desapareciendo...). Los padres refieren que la mayor parte de ellas se quitan con agua; que huelen a acetona a veces y que tiñen la ropa al quitarla. El padre nos comenta que cuando tuvo la cara morada estuvo varios días sin ir al colegio. Por otra parte, la madre comenta que ella “ha visto como le salen”; en concreto relata que vio cómo le salían las manchas en los labios (“como si estuvieran pintados”) y en otra ocasión en el pelo (“al principio era como pegajoso y luego como polvo rosa”). La niña comenta que ella se da cuenta de cuando van a salirle las manchas porque a veces “le duelen” (los labios, por ejemplo) y que en la cabeza “le tiran” (señalando como si se le tensara el pelo hacia la nuca); y que a veces le pican. Cabe señalar que, en el caso de la pigmentación del cabello, se evidencia en consulta que desaparece al pasar un pañuelo impregnado en solución alcohólica; pero tanto la madre como la niña niegan que se haya aplicado algún tipo de producto colorante (pintura, espray, maquillaje...).

Se realizan entrevistas separadas y conjuntas con los padres y la niña, e inicialmente niegan problemas en el ámbito escolar; tiene amigos, buen rendimiento

escolar y le gusta el colegio. La relación con su hermano de siete años parece normal, aunque sí llama la atención un episodio de fractura en rodete de este causado por un “pisotón accidental” de la niña, al que los padres no parecen darle importancia.

La exploración física es siempre normal, no presenta en ningún momento de la historia evolutiva tipo alguno de lesión dermatológica; tampoco evidencia de otras lesiones físicas ni de índole sexual. Tan solo se evidencia la pigmentación del mechón de pelo y del cuero cabelludo, ya que el resto de las lesiones referidas son mostradas en fotografías.

La persistencia del cuadro conlleva múltiples consultas con el pediatra de cabecera, el Servicio de Urgencias hospitalarias y el Servicio de Dermatología, así como un estudio analítico completo y un ingreso hospitalario, que la familia acepta, para observación, y valoración por Salud Mental Infantil en el cual no se constata ninguna “mancha”.

La familia acude incluso a un dermatólogo privado que, sorprendido por las fotografías, contacta con la pediatra de la niña para comentar el caso. Todos los profesionales coinciden en la franca sospecha diagnóstica de lesiones artefactas infligidas, por lo que se solicita interconsulta con Salud Mental Infantil. Al acudir a dicho servicio los padres comienzan la entrevista diciendo “venir derivados a Salud Mental Infantil porque en otros servicios no saben decirles lo que le está pasando a su hija”, con un discurso descalificador hacia quienes no diagnostican el problema de salud de su hija. La niña reitera que ni ella ni nadie “le ha pintado nada”, que todo va bien en el colegio y en casa; aunque al abordarla de forma individual dice “que a veces su padre le da miedo, por cómo habla”. Al insistir sobre ello, la niña se pone muy nerviosa y dice que no quiere hablar más del tema. Niega haber sido víctima de cualquier tipo de violencia física, verbal ni sexual.

La historia evolutiva realizada a la madre se realiza con gran dificultad, dada la gran reticencia que manifiesta para hablar de todo lo emocional, refiriendo no estar dispuesta a hablar de la vida de su familia. No está en absoluto de acuerdo con que se enfoque el caso desde un punto de vista psicológico/psiquiátrico ni a la intervención solicitada de las trabajadoras

sociales; también rechaza continuar con las entrevistas de evaluación. Según refiere la psiquiatra, “se apreciaba en ella una gran frialdad, así como hostilidad reprimida; se mostró muy enfadada, así lo verbalizó, ante confrontaciones parciales ante el hecho de que las ‘lesiones’ fueran provocadas externamente”.

La impresión diagnóstica, apoyada por todos los profesionales implicados (pediatra de Atención Primaria, pediatra del Servicio de Urgencias hospitalario, dermatólogos y psiquiatra) es de un trastorno facticio o síndrome de Munchausen por poderes, por lo que se decide derivar también a la madre para valoración y tratamiento en el Salud Mental de adultos.

En la siguiente consulta en Salud Mental Infantil, la madre se muestra muy ansiosa, dice seguir enfadada y haber sido citada al día siguiente por los servicios sociales municipales. En contacto telefónico posterior nos comenta su negativa a continuar acudiendo a consultas en Salud Mental, tanto de adultos como infantil, así como a acudir a su médico de cabecera; refiere que solo acudirá a las entrevistas con servicios sociales.

El síndrome de Munchausen por poderes constituye una patología de difícil diagnóstico, causante de gran morbimortalidad. Dicha dificultad varía en función del tipo de lesión originada, sea esta física

(lesiones en la piel, diarreas por uso de laxantes...) o psicosocial (niños a los que les hacen creer que padecen una enfermedad, absentismo escolar...), y de la pericia del perpetrador para ocultar su actuación. El conocimiento de las características generales, tanto de la víctima como del perpetrador, puede ser de gran ayuda para el reconocimiento precoz de este cuadro, por lo que requiere un abordaje cuidadoso y multidisciplinar. Debe sospecharse en todo niño que ha sufrido múltiples visitas, estudios e ingresos hospitalarios o que presenta una patología abigarrada, que recidiva y responde mal al tratamiento habitual (Tabla 1).

El abordaje terapéutico es igualmente complejo, y depende en gran medida del tratamiento del proceso mental de base del perpetrador, que suele ser la madre, cuyos motivos principales parecen ser una intensa necesidad de recibir la atención de profesionales y manipularlos y una necesidad patológica de sentirse necesitada por su hijo. En ocasiones es infructuoso o fracasa; en nuestro caso solo se consiguió una intervención de observación temporal por parte de servicios sociales, pero no un seguimiento de la familia por Salud Mental (Tabla 2).

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Tabla 1. Indicadores diagnósticos del síndrome de Munchausen por poderes

En el niño	Antecedentes familiares de fallecimiento infantil no aclarado
	Síntomas confusos que no se pueden encasillar en ningún cuadro específico
	Existencia de excesivas pruebas complementarias o de multitud de tratamientos
En el perpetrador (habitualmente la madre)	Antecedentes familiares de maltrato
	Existencia de trastornos psiquiátricos o de personalidad
	Actitud colaboradora con el personal sanitario
	Actitud despreocupada con relación con la situación del niño u oscilante entre indiferencia y excesiva preocupación

Tabla 2. Normas de actuación ante la sospecha del síndrome de Munchausen por poderes

Comprobar la historia clínica del niño en busca de incongruencias en episodios previos
Separar al niño de la madre (ingreso hospitalario) para comprobar si los signos o síntomas se mantienen en su ausencia
Interconsulta con Salud Mental

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet*. 1951;257: 339-41.
- Gómez de Terreros I. Síndrome de Munchausen por poderes. En: Cruz M. *Tratado de Pediatría*. 9.ª edición. Madrid: Ergon, 2006; p. 2111-3.
- Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*. 1977;310:343-5.
- Torrelo A. El lenguaje de la dermatología pediátrica. En: Torrelo A. *Dermatología en Pediatría general*. Madrid: Aula Médica; 2008. p. 1-14.