



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Molano, Juan Carlos; Cortés, Natalia; Noguera, Efraín

Trastorno facticio en obstetricia: reporte de caso

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 41, núm. 2, junio, 2012, pp. 429-435

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80624462008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Reporte de caso

Trastorno facticio en obstetricia: reporte de caso

Juan Carlos Molano¹

Natalia Cortés²

Efraín Noguera³

Resumen

Introducción: El sindrome de Münchhausen es la condición más estudiada del trastorno facticio con síntomas físicos; sin embargo, su presentación clínica durante la gestación es poco frecuente y es escasa la literatura al respecto. **Objetivo:** Presentar un caso de trastorno facticio en obstetricia. **Método:** Revisión y análisis de caso clínico. **Resultados:** Se presenta el caso de una mujer de treinta años de edad con gestación de seis semanas, quien consulta en múltiples ocasiones por un cuadro de emesis y dolor abdominal. Fueron varios los diagnósticos con los que cursó la paciente y se llegaron a excluir patologías como porfiria intermitente aguda, colon narcótico, epilepsia abdominal y espasmo esofágico. La paciente expresó su deseo de interrumpir el embarazo en la semana 21 de gestación. Esta se llevó a cabo una vez su caso fue presentado a junta médica que concluyó que existen condiciones tanto orgánicas como mentales que representan un alto riesgo para la salud de la paciente. **Conclusión:** Por su alta complejidad, estos trastornos constituyen un reto para el clínico, particularmente en las fases iniciales de su presentación. Los trastornos facticios son rara vez sospechados y diagnosticados, incluso en el ámbito hospitalario; por ende, es de suma importancia educar a los profesionales de la salud en atención primaria y en el medio hospitalario para identificarlos y poder orientar un adecuado manejo y tratamiento.

Palabras clave: Síndrome de Münchhausen, trastornos fingidos, embarazo, obstetricia.

Title: Factitious Disorder in Obstetrics: Case Report

Abstract

Introduction: Munchausen's syndrome is the best-studied type of factitious disorder with predominantly physical signs and symptoms. However, its clinical presentation during pregnancy is rare and literature on the subject is scarce. **Objective:** To present a case of factitious disorder during pregnancy. **Method:** Review and analysis of a clinical case. **Results:** The case of a 30-year-old woman six weeks pregnant who consults on multiple occasions with emesis and abdominal pain is discussed. Various different diagnoses were considered and pathologies

¹ Médico psiquiatra institucional de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.

² Interna FSFB, estudiante de Medicina de XI semestre, de la Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

³ Médico psiquiatra institucional de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.

such as acute intermittent porphyria, narcotic bowel syndrome, abdominal epilepsy, and esophageal spasm were discarded. The patient expressed her desire to terminate the pregnancy at week 21. The pregnancy was terminated after a medical panel concluded that there were both organic and mental conditions that placed the patient's health at risk. **Conclusions:** Factitious disorders are very complex and extremely challenging to the clinician especially during the initial phases. They are seldom suspected and rarely diagnosed even in hospital settings. Therefore it is of utmost importance to educate healthcare professionals in the detection of this disorder to ensure proper management and treatment.

Key words: Munchausen's syndrome, factitious disorder, pregnancy, obstetrics.

Introducción

Dentro de los motivos de consulta frecuentes en psiquiatría de enlace se encuentran los síntomas físicamente no explicados. Si bien el síndrome de Münchausen no es frecuente, constituye la condición más estudiada del trastorno facticio con síntomas físicos (1). Para el paciente existe una imperiosa necesidad de asumir el rol de enfermo. Estos síntomas pueden ser totalmente inventados, corresponder a exageraciones de un síntoma real o autoinflictos (2).

Las presentaciones clínicas más frecuentes son: dolor abdominal (laparotomofilia migrans), hemorragias (hemorragia histriónica), dermatológica (dermatitis autogénica), sínto-

mas neurológicos (neurología diabólica) e infecciones autoinoculadas (3). Los trastornos facticios del tipo no Münchausen son más frecuentes en mujeres con características pasivas, inmaduras, conformistas, que requieren mayor apoyo e intervención familiar, y con frecuencia son profesionales de la salud (4). Por lo general, sus síntomas afectan un solo sistema y no suelen tener peregrinación a diferentes instituciones sanitarias.

La presentación clínica de estos trastornos durante la gestación es poco frecuente (5), probablemente su subdiagnóstico se deba a la escasa sospecha del clínico, al tratarse de una mujer en embarazo, y por lo que implica el rol materno de cuidar y cuidarse. Adicionalmente, en una gran mayoría de los casos no son valoradas por psiquiatría.

Múltiples presentaciones clínicas se han descrito en la literatura, dentro de las más frecuentes: hemorragia vaginal antes del parto por heridas autoinflingidas, enfermedad trofoblástica que altera muestras de orina al agregar gonadotropina coriónica humana (GCH), fingir actividad uterina pretérmino, embarazo ectópico con dolor abdominal y autoadministración de GCH, ruptura prematura de membranas e hiperemesis gravídica, autoinducirse arcadas y vómito (6). Esta última condición se ilustra en el caso que se describe a continuación.

Presentación del caso

Mujer de 30 años, profesional de la salud, casada, católica, en su primer embarazo con seis semanas de edad gestacional por fecha de última regla. Consulta al servicio de urgencias de manera reiterativa en tres oportunidades por cuadro de emesis y dolor epigástrico tipo ardor, el cual es interpretado como gastritis aguda e hiperemesis gravídica, para lo cual recibió tratamiento sintomático.

En su cuarta visita a urgencias por incremento de su sintomatología previa es valorada por cirugía, quienes solicitan ecografía abdominal, en la que se evidenció barro biliar, y por presentar clínica sugestiva de colecistitis aguda y colelitiasis deciden practicar colecistectomía laparoscópica, la cual se realiza sin complicaciones.

Cinco días posteriores a la cirugía reingresa por dolor abdominal intenso, en esta oportunidad valorada por medicina interna, quienes la hospitalizan para estudio. Dentro de los paracéntricos solicitados, una prueba de tamizaje rápido para porfiria resulta positiva, por lo que inician tratamiento con hematina, hasta completar seis ciclos sin presentar mejoría. Las pruebas confirmatorias para porfiria fueron negativas semanas más tarde.

Durante un periodo de, aproximadamente, dos meses, tiempo que duró su hospitalización, la paciente fue valorada por nueve servicios dis-

tintos, entre los que se encontraba clínica del dolor, cirugía general, gastroenterología, soporte metabólico; se requirió nutrición parenteral por su grado de desnutrición, psiquiatría, medicina física y rehabilitación, y neurología.

Fue sometida a la toma de múltiples imágenes y realización de diversos procedimientos, que incluyeron ecografías de abdomen, colocación de catéter venoso central, colangiorresonancia, resonancia magnética (RM) de abdomen, radiografía de tórax, ecografía de tejidos blandos de la pared abdominal, ecografía obstétrica y endoscopia de vías digestivas altas.

Durante esta hospitalización se contemplaron varias impresiones diagnósticas; se excluyeron patologías como porfiria intermitente aguda, colon narcótico, epilepsia abdominal y espasmo esofágico, entre otros. En este periodo la paciente, por persistencia del dolor abdominal, desarrolla tolerancia, búsqueda compulsiva y dependencia a los opiodes. En este momento se decide el egreso, avalado por mejoría de sintomatología.

La paciente asiste a control ambulatorio de ginecoobstetricia, en el que se documentó elevación de las transaminasas. Nuevamente es hospitalizada con diagnósticos de embarazo de 21 semanas, hiperemesis gravídica, dolor abdominal crónico y hepatopatía tóxica medicamentosa por descartar. En ginecología se descarta síndrome de

HELLP y se realiza Doppler feto placentario, que reporta feto masculino con valoración biofísica adecuada. Durante la hospitalización y después de una aproximación similar a la ya experimentada en la estancia hospitalaria previa, la paciente manifiesta el deseo de interrumpir su embarazo.

Se realiza junta interdisciplinaria. Se concluyó que existen condiciones físicas y mentales, como dolor abdominal crónico, hiperémisis gravídica severa, desnutrición severa, hepatopatía tóxica, dependencia a los opiáceos, trastorno depresivo reactivo con ideación suicida no estructurada. Factores psicosociales, como disfunción de pareja y familiar. Factores de personalidad, por ejemplo la no vinculación afectiva hacia su embarazo con marcados rasgos dependientes de personalidad, que podrían afectar la salud física y mental de la paciente. Con estas consideraciones se consideró que el embarazo constituía riesgo para su salud y, por lo tanto, se le realizó la interrupción voluntaria, de acuerdo con la causal de riesgo para la salud estipulada por la Sentencia C-355 del 2006, de la Corte Constitucional colombiana (4).

Posterior al procedimiento persisten los cuadros de dolor abdominal de difícil manejo, a pesar de los múltiples esquemas instaurados por clínica del dolor. Durante aproximadamente un mes continúa siendo manejada de forma multidisciplinaria en busca del alivio

de este. Cumplidos 47 días de estancia intrahospitalaria, solicita salida voluntaria, motivada por la preocupación de la reacción de su esposo, quien manifestó su deseo de separarse. Se da de alta con manejo ambulatorio y paraclínicos de control. Se cita a control en consulta externa por múltiples especialidades, incluyendo psiquiatría. Asiste un mes después solo a control de ginecoobstetricia, con evolución médica favorable.

Aspectos psiquiátricos

Una vez presentado el caso clínico, es relevante señalar la evolución de la paciente desde el punto de vista psiquiátrico. Desde la primera vez que fue valorada por este servicio se evidenció una reacción de ajuste con síntomas ansiosos, relacionada con su embarazo y la dificultad en las relaciones de pareja y familiares. Durante las hospitalizaciones presentó un trastorno depresivo reactivo a su condición médica y disfunción familiar. En múltiples valoraciones, la paciente expresó actitudes y sentimientos de rechazo frente a su embarazo, sin establecer algún vínculo afectivo con él. Igualmente, posterior al procedimiento de interrupción, no llevó a cabo duelo alguno y su atención se centró en la persistencia del dolor.

De manera episódica, la paciente refirió ideas de muerte no estructuradas como una forma de alivio a su dolor. Su participación en la psicoterapia era muy limitada, cen-

trada en la queja del dolor somático. Frente a la confrontación sobre el posible compromiso emocional en la evolución de sus síntomas, los contemplaba como una posibilidad sin evidencia de malestar o rechazo, y con actitud de pasividad.

Por otro lado, es importante recalcar la dependencia a los opioides alcanzada durante su largo proceso de estancia hospitalaria. Para el segundo mes de hospitalización se hizo evidente la búsqueda compulsiva de opioides con mayores requerimientos y con autoadministración de rescates sin consulta previa a clínica del dolor. Lo anterior, junto con los metabolitos de los múltiples medicamentos que venía recibiendo, llevó a que se desencadenara hepatotoxicidad.

Finalmente, por la pobre respuesta al tratamiento farmacológico y los múltiples procedimientos a los que fue sometida la paciente (imagenológicos y quirúrgicos), psiquiatría contempló la posibilidad de un trastorno facticio. Cabe resaltar que la paciente poseía el conocimiento apropiado de las posibles consecuencias de los exámenes realizados sobre el desarrollo normal del feto, lo que no fue motivo de ansiedad o preocupación durante todo el proceso; siempre predominó la búsqueda de estos para llegar a un diagnóstico que explicara el intolerable dolor abdominal.

Como era de esperarse, en los casos de trastorno facticio, la pacien-

te no continuó con el tratamiento ni la psicoterapia propuesta a su egreso. Diferente a lo descrito en la literatura, la paciente aceptó esta probabilidad sin irritabilidad o rechazo, posiblemente justificado por sus rasgos dependientes.

Discusión

Los trastornos facticios rara vez son sospechados y diagnosticados, incluso en el ámbito hospitalario. Se estima que su prevalencia es del 1% de los pacientes atendidos en salud mental (7). Este subdiagnóstico puede corresponder al desconocimiento de esta patología por parte del médico y a la peregrinación de los pacientes por varias instituciones. Por su alta complejidad, constituyen un reto para el clínico, particularmente en las fases iniciales de su presentación.

El embarazo es una condición de alta exigencia corporal y psicológica para las mujeres. Algunas experimentan actitudes y conductas regresivas, dependiendo de sus recursos emocionales de afrontamiento y aceptación de este (8). La vivencia del embarazo puede sentirse como una amenaza a su identidad, que se puede reflejar en la dificultad para vincularse afectivamente con el recién nacido y con lo que implica su crianza. Entonces, asumir el rol de enfermo con una identidad frágil se constituye en una forma de negación, de escape y, finalmente, de recibir atención y cuidado.

Algunos expertos señalan la necesidad de esclarecer la patología clínica subyacente en características patológicas de la personalidad: difusión de identidad, necesidad de dependencia, escasa tolerancia a las frustraciones, baja autoestima y pasividad (9). También es importante señalar las dificultades, frustraciones y reacciones del personal asistencial relacionadas con la credibilidad del paciente y las reacciones emocionales ambivalentes que se pueden generar, así como asumir aspectos éticos y legales.

Es prioritario detectar lo más pronto posible esta condición para evitar posibles complicaciones al someterse a procedimientos diagnósticos y quirúrgicos innecesarios, lo que puede aumentar su morbilidad (10), como fue el caso de esta paciente. Adicionalmente, demandan una gran cantidad de recursos asistenciales y económicos que pueden comprometer el sistema de salud.

Desde el punto de vista terapéutico no existe un consenso eficaz en el tratamiento de estos pacientes (11). Al confrontarlos con su diagnóstico existen temores respecto a su reacción: abandono del tratamiento, peregrinación por otros centros asistenciales, posibles repercusiones legales, demandas y la posibilidad —que no puede ser del todo descartada— de una causa orgánica real. Las terapias de orientación cognitiva conductual y psicodinámica han sido las aproximaciones más estudiadas.

El tratamiento farmacológico está limitado a la comorbilidad de estos pacientes, particularmente con los trastornos afectivos.

El psiquiatra de enlace debe advertir al equipo multidisciplinario sobre la posibilidad de este diagnóstico (1), favorecer una alianza terapéutica con el paciente e incluso con sus familiares para evitar posibles complicaciones, y, fundamentalmente, educar a los profesionales de la salud en atención primaria y en el ámbito hospitalario, pues por lo general han tenido escasa información durante su formación médica.

Referencias

1. Ostfeld BM, Feldman MD. Factitious disorder by proxy awareness among mental health practitioners. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996;18:113-6.
 2. Puri BK. Munchausen syndrome by proxy in pregnancy. *Int J Clin Pract*. 2006;60:1527-9.
 3. Rabinerson D, Kaplan B, Orvieto R, et al. Munchausen syndrome in obstetrics and gynecology. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2002;23:215-8.
 4. República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-355 2 de mayo de 2006. Bogotá: Imprenta Nacional; 2006.
 5. Feldman MD, Hamilton JC. Current diagnosis and treatment obstetrics and gynecology. *Int J Clin Pract*. 2006;60:1675-8.
 6. Edi-Osagie EC, Hopkins RE, Edi-Osagie NE. Munchausen's syndrome in obstetrics and gynecology: a review. *Obstet Gynecol Surv*. 1998;53:45-9.
 7. Bocchino S. Trastornos facticios. *Rev Psiquiatr Urug*. 2005;69:92-101.
 8. de la Cerda Ojeda F, Muñoz-Cabello B, Lanzarote-Fernandez MD, et al. Munchausen syndrome by proxy: a spanish proposal of therapeutic management. *Child Youth Serv Rev*. 2010;32:884-8.
 9. Deimel GW, Burton C, Raza S, et al. Munchausen syndrome by proxy: an adult dyad. *Psychosomatics*. 2011. DOI: 10.1016/j.psym.2011.04.006.
 10. Krahn LE, Li H, O'Connor MK. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1163-8.
 11. Gold KJ, Dalton VK, Schwenk TL, et al. What causes pregnancy loss? Preexisting mental illness as an independent risk factor. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29:207-13.
- Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo*
- Recibido para evaluación: 6 de noviembre de 2011*
Aceptado para publicación: 25 de enero de 2012
- Correspondencia**
Juan Carlos Molano
Fundación Santa Fe de Bogotá
Calle 119 No. 7-75
Bogotá, Colombia
molanojuan@hotmail.com