

TEMAS ACTUALIZADOS

Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"
Cienfuegos

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN. UN RETO PARA EL CLÍNICO

Dr. Alfredo D. Espinosa Brito, Dr. Benigno Figueiras Ramos, Dr. Juan B. Mendilahaxón López y Dr. Alfredo A. Espinosa Roca

RESUMEN

Se afirmó que en las últimas décadas, y por la creciente medicalización de la sociedad, se ha descrito la aparición de pacientes con enfermedades ficticias «complejas», que durante años son atendidos en diversas instituciones, demandan gran cantidad de recursos e increpan a los profesionales de la salud por no resolver sus quejas y enfermedades. No es posible demostrar las abigarradas entidades que se buscan afanosamente y que la mayoría de los médicos no se atreven a descartar totalmente por diversos motivos. No son histéricos ni simuladores en el sentido clásico, aunque conscientes de sus actos, tal parece como si los realizaran impelidos por razones que ni ellos mismos comprenden. Para ellos se ha introducido la denominación de síndrome de Munchausen. Se hizo un breve recuento sobre los criterios diagnósticos, grupos de riesgo, cuadro clínico, *modus operandi*, consecuencias adversas, tratamiento y pronóstico de este moderno desafío que pone a prueba la sagacidad clínica del médico contemporáneo.

Descriptor DeCS: SINDROME DE MUNCHAUSEN/diagnóstico; SINDROME DE MUNCHAUSEN/terapia; PRONOSTICO; MEDICINA PSICOSOMATICA.

"Los pacientes con afecciones artificiosas voluntarias, en quienes suele describirse de manera pintoresca el síndrome de Munchausen, se autoinducen sus enfermedades o lesiones, sin que se pueda descubrir algún objetivo o beneficio tras su conducta. Ellos generalmente van de hospital en hospital, internándose gracias a actos espectaculares de enfermedad". Así de escuetas y confusas podemos encontrar estas aseveraciones en un párrafo perdido en el epígrafe dedicado a "Otros trastornos

que se relacionan con síntomas somáticos", en el Tratado de Medicina Interna de *Cecil*, en su 20ª edición.¹

Siempre hubo simuladores e histéricos. Sin embargo, en las últimas décadas y atribuido al hecho de la creciente medicalización de la sociedad -especialmente, al desarrollo impetuoso de la tecnología aplicada en la medicina-, se ha descrito la aparición de numerosos pacientes con enfermedades ficticias "complejas", que durante años son atendidos en diversas ins-

tituciones, demandan una gran cantidad de recursos e increpan a los profesionales de la salud por no resolver sus quejas y enfermedades. En ellos no es posible demostrar las abigarradas entidades que se buscan afanosamente y que la mayoría de los médicos no se atreve a descartar totalmente, al aludir limitaciones del conocimiento, o de proceder diagnósticos, o por motivos éticos o, sencillamente, por razones legales.

Ascher, en 1951, introdujo el término de síndrome de Munchausen para describir aquellos pacientes que "fabrican" historias clínicas con falsos síntomas y absurdas evidencias sobre enfermedades, se someten a múltiples investigaciones médicas, operaciones y tratamientos innecesarios y, en ocasiones, peligrosos para la vida de los enfermos.² Lo hizo, inspirado en la figura del Barón *Karl Friedrich Hieronymus Von Munchausen* (1720-1797), un soldado germano, aventurero, notorio por los relatos absurdamente exagerados y fantasioso de sus hazañas.^{2,3}

LUGAR QUE OCUPA EN LA TAXONOMÍA MÉDICA

*Eisendrath*⁴ hace una distinción entre simulación, síndrome de Munchausen e histeria, bajo el epígrafe de *Abnormal Illness-Affining States* (tabla).

TABLA. *Semejanzas y diferencias entre simulación, síndrome de Munchausen e histeria*

	Producción de síntomas de la enfermedad	Motivación para la producción de síntomas
Simulación	Consciente	Consciente
Síndrome de Munchausen	Consciente	Inconsciente
Histeria	Inconsciente	Inconsciente

Adaptado de *Eisendrath*.⁴

No nos vamos a referir aquí a la histeria, cuadro descrito magistralmente por *Charcot* y otros maestros desde el pasado siglo y cada vez más definido en los textos y clasificaciones de enfermedades psiquiátricas. En estos enfermos, tanto la producción como la motivación de los síntomas escapan a su voluntad y son, por tanto, inconscientes. Esto no quiere decir que la atención de los histéricos no demande muchas veces de habilidades y experiencia del clínico para no confundirlos con otros cuadros nosológicos, o recordar que estos pacientes pueden enfermar con otras entidades, al igual que el resto de las personas.⁵

La simulación, también requiere de ciertas precauciones a la hora de emitir un diagnóstico, pero habitualmente sus causas y, sobre todo, sus beneficios, son bastante evidentes para un médico medianamente avezado. Las circunstancias son las determinantes, no la psicología de los individuos. En la simulación, todo el proceso de motivación y producción de síntomas transcurre de modo consciente.

Cuando enseñamos Propedéutica clínica, al referirnos al diagnóstico diferencial del síndrome icterico, no nos podemos sustraer de mencionar el clásico ejemplo de la ingestión de ácido pícrico por los soldados en la Guerra Europea de 1917, para provocar una pseudoicteria, fingir estar enfermos y así eludir el servicio militar por esta causa. En nuestro país, un grupo que típicamente acude a esta "condición" es el de los reclusos. Recientemente se produjo una epidemia de simulación y auto-mutilación entre los emigrantes cubanos que estuvieron retenidos en la base naval de Guantánamo, con el objetivo de ser evacuados como enfermos a los Estados Unidos, única vía que les era permitida en ese momento para pasar legalmente a ese país.^{6,7}

Por último, queda el grupo de las enfermedades ficticias -a veces traducidas como ficticias-, en el que se incluye, con características propias, el mencionado síndrome de Munchausen, con el que el enfermo viaja de institución en institución sin "resolver sus problemas de salud". Las motivaciones de estos casos son a menudo difíciles de determinar y pudieran relacionarse con hechos de su vida pasada. Se ha planteado la existencia de rasgos morbosos en la personalidad de estos enfermos de masoquismo, de fobias, con necesidad de afecto, de ser atendidos, por ser protegidos, de ser el centro de preocupaciones de personas importantes -como los médicos-, de ser motivo de confrontaciones y discrepancias entre especialistas connotados. Se ha dicho que ellos están conscientes que se están produciendo -sintiendo- síntomas, pero se encuentran impelidos -¿inconscientemente?- a hacerlo, aunque no tienen una razón clara, no entienden porqué lo hacen,^{4,8} lo que constituye quizás unos de los rasgos más distintivos del síndrome de Munchausen.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS⁸

1. Fingir enfermedades, lesiones y otras condiciones "patológicas", sin causa demostrada.
2. Historia dramática, plausible, mezcla de verdades y falsedades.
3. Deseo de hacerse exámenes, investigaciones, intervenciones, etc.
4. En ocasiones, patrones de cuadros clínicos demasiado típicos, como de un libro de texto.
5. Evidencias de muchos procedimientos (cicatrices, resultados de exámenes, etc.)

6. Comportamiento agresivo, fuera de las reglas normales de conducta, "elusivos y truculentos".
7. Antecedentes de múltiples atenciones e ingresos en muchos hospitales.
8. Altas de los hospitales a petición, o antes de lo recomendado.
9. No adherencia a los consejos médicos.

Existe una gran confusión -y rechazo- para clasificar estos enfermos con numerosas quejas y síntomas subjetivos no comprobables, mezclados a veces con algunos signos objetivos al examen físico y -lo que es peor- provenientes de exámenes complementarios. En general, los clínicos más avezados les aplican adecuadamente el "pensamiento popperiano" de no ir a verificar planteamientos, sino a descartar entidades en estos pacientes y así disminuir la incertidumbre diagnóstica. Generalmente, la opinión que se emite es: "No sé realmente lo que tiene el enfermo, pero casi estoy seguro que no tiene x, y, z... entidades". En otras palabras, se agudiza la "especificidad" del diagnóstico clínico, identificando a los "verdaderos negativos" (casilla "d" de la matriz analítica). Pero esta opinión no satisface habitualmente a este tipo de enfermos, ni muchas veces a sus familiares, a pesar de las más prolongadas explicaciones, pues ellos de alguna forma "aprenden a vivir" la situación totalmente anormal que se crea. Por supuesto, este grupo de pacientes son fuentes de las más diversas quejas por la atención recibida, a menos que la situación real se confronte con ellos de manera directa y se les plantee que se conoce que sus síntomas son ficticios, "o se capturen *in fraganti*" en un fraude. Entonces, generalmente, se marchan "bravos" a otra institución, con todo su "andamiaje ficticio más o menos montado".

GRUPOS DE RIESGO

La frecuencia del síndrome es baja. Predominan las mujeres jóvenes y de edad media, aunque se han referido casos de todas las edades y en ambos sexos. Algunos refieren que el síndrome clásico es más frecuente en los hombres. Entre los pacientes más típicos, hay un alto porcentaje de trabajadores de la salud (médicos, enfermeras y técnicos), o personal relacionado con los servicios de salud.⁸

Los pacientes con síndrome de Munchausen tienen con frecuencia trastornos de la personalidad, incluyendo poco control de sus impulsos, conductas autodestructivas y personalidad *borderline* o pasiva-agresiva. No está del todo clara la relación entre esta constelación de trastornos de la personalidad y el síndrome primario.

Ya hemos hecho referencia a la elevada frecuencia de antecedentes de múltiples ingresos -y reingresos- en diversos hospitales, por entidades sospechadas o pobremente documentadas. Hay casos reportados con más de 200 ingresos en diferentes instituciones. Entre los “avales” frecuentes de estos pacientes se recoge el antecedente previo de haberse discutido su caso en sesiones de *staff meetings*, realización de procedimientos de diagnóstico y tratamiento novedosos, certificaciones, resúmenes de historias clínicas, alusión a otros criterios médicos de los que no poseen constancia, así como dominio pormenorizado de sus síntomas, hallazgos y opiniones profesionales. En ocasiones, se exponen a novísimos procedimientos, aún a aquellos cuya seguridad no ha sido suficientemente demostrada todavía.

La atención por los médicos generales o de familia es generalmente eludida o subvalorada por estos enfermos, que persi-

guen a los “especialistas más calificados en los hospitales”, que tienen un acceso más fácil a la tecnología.

En los últimos años se reportan cada vez más casos en niños, donde el síndrome es provocado por los padres, generalmente por la madre, y se incluye dentro de lo que hoy se conoce con el nombre de “abuso o maltrato infantil”.^{1,3,8-10} (Ver posteriormente el epígrafe “síndrome de Munchausen por poder”). También se ha descrito el síndrome asociado al “abuso de los ancianos”.

CUADRO CLÍNICO

Como es de suponer, existe un polimorfismo grande en las manifestaciones clínicas que pueden presentar estos pacientes, por lo que no se puede hablar de formas clínicas típicas.¹¹⁻¹⁶ De todos modos, hay datos cuyo conocimiento es interesante.

En una serie de 41 adultos con síndrome de Munchausen, en los Estados Unidos, los principales “diagnósticos” fueron:⁸

• Sepsis	12
• Cicatrices que no curaban	8
• Fiebre de origen desconocido	4
• Trastornos hidroelectrolíticos	4
• Púrpura	2
• Infección urinaria	1
• Tromboflebitis	1
• Anemia	1
• Esclerosis múltiple	1
• <i>Lupus</i> eritematoso sistémico	1
• Aracnoiditis	1
• Otros menos definidos	5

Por otra parte, en 347 pacientes con fiebre de origen oscuro de más de 6 meses de evolución, estudiados por los Institutos

de Salud de los Estados Unidos, entre 1961 y 1977, se concluyó que 32 (9 %) padecían de fiebre ficticia, en 19 por elevaciones falsas de la temperatura -generalmente por manipulación de los termómetros- y en 13 por infecciones autoinducidas. La mayoría de estos casos eran mujeres jóvenes, profesionales de la salud.^{17,18}

*Martínez Delgado*¹⁹ nos recuerda las recomendaciones del trabajo clásico de *Petersdorf y Beeson*²⁰ para plantear una fiebre ficticia:

1. Fiebre inexplicable en enfermeras, en pacientes histéricas o con trastornos psiquiátricos manifiestos y en individuos familiarizados con la rutina de los hospitales.
2. Imposibilidad de que la curva térmica guarde relación con el gradiente normal, o sea, temperatura más elevada al final de la tarde y mínima por la mañana temprano.
3. Pulso normal que se corresponde con un alza brusco de la temperatura, que incluso origina diagnósticos erróneos de fiebre tifoidea.
4. Defervescencia notablemente rápida en ausencia de sudación.
5. Registro de una fiebre de 41 °C o más (es un fenómeno relativamente raro en el adulto).

A estas recomendaciones, se añade, en los casos que se inducen infecciones:

6. Cultivos con flora polimicrobiana, por inyección o aplicación local de toxinas, sustancias extrañas, incluyendo orina, saliva, heces fecales y aun cultivos bacterianos puros.¹⁹

El dolor persistente, el síntoma psicossomático más común,²¹ por supuesto también de origen oscuro, es otra de las quejas frecuentes en este tipo de enfermos.

En nuestra modesta experiencia también hemos observado, además con relativa

frecuencia, en casos con enfermedades ficticias, la referencia de sangramientos a repetición, de origen oscuro y, en general, sin repercusión importante para el estado del paciente -hemosialemesis, hematurias, sangramiento digestivo, hemoptisis, púrpura, etc. La púrpura ficticia ha sido identificada desde hace años en textos clásicos de hematología^{22,23} y consiste en lesiones purpúricas deliberadamente provocadas por autoflagelación, succión u otros traumatismos cutáneos.²²

Precisamente fiebre, dolor y sangramiento se encuentran dentro de las quejas más frecuentes y preocupantes para los enfermos y los médicos, tanto en consultas ambulatorias, como en los motivos de ingresos hospitalarios. Esto explica, en parte, las dificultades de llegar a un diagnóstico correcto en los pacientes con enfermedades ficticias, especialmente con síndrome de Munchausen.

Estos enfermos han sido reconocidos incluso en unidades de cuidados intensivos, en ocasiones "vestidos con el ropaje" de emergencias médicas que han confundido a especialistas calificados.²⁴

Llama la atención que cuando estas personas son examinadas por los psiquiatras, generalmente éstos no encuentran que sus síntomas tengan relación con trastornos mentales y, de manera habitual, insisten sobre el resto del colectivo médico en descartar "organicidad", lo que complica más la situación. Tal pareciera como si estos cuadros clínicos aún no se manejaran dentro del arsenal nosológico "convencional" de esta especialidad, o que realmente en las entrevistas psiquiátricas estos pacientes se muestran "diferentes" y "actúan" de una manera distinta que frente al resto de los especialistas.

También se pudiera pensar que existiera un rechazo velado a aceptar el diagnóstico de una enfermedad ficticia, tanto por

el paciente como por el psiquiatra, por la casi imposibilidad de su tratamiento exitoso.

En relación con los exámenes complementarios, puede llamar la atención la inesperada y exagerada positividad de algunos y la paradójica normalidad de otros. Esos pueden ser elementos que hagan sospechar el diagnóstico de Munchausen.²⁵ Se deben realizar nuevos esfuerzos para reafirmar el diagnóstico, con otros exámenes, si se consideran necesarios.

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODER (EN NIÑOS)

Varity denominó como síndrome de Polle -nombre del hijo de Munchausen, de quien se dice que padeció una enfermedad ficticia a la edad de un año provocada por el padre-, a la presentación de este cuadro clínico en los niños.²⁶ Posteriormente, *Meadow* describió también casos en niños, a los cuales denominó síndrome de Munchausen por poder, término más aceptado actualmente en la literatura pediátrica.²⁷⁻³³

En estos casos, los padres o tutores utilizan artificios diferentes para provocarles enfermedades ficticias a sus hijos, con el objetivo de obtener una ganancia secundaria mal definida de la hospitalización del niño. Ellos relatan historias clínicas falsas sobre padecimientos de sus hijos, inducen síntomas y signos, los someten a chequeos y evaluaciones médicas múltiples, que, con frecuencia, también terminan en ingresos hospitalarios.

Igualmente en los niños, las enfermedades son inexplicables, multisistémicas, raras, de curso prolongado. Pueden referir múltiples alergias. Los síntomas solo se manifiestan en el niño cuando la madre está

presente y no así en su ausencia, los tratamientos son inefectivos. Los niños toleran mal los tratamientos, presentan con frecuencia vómitos, erupciones o problemas con la canalización de las venas. Los padres conocen los mecanismos internos de las salas de hospitalización, o están muy vinculados con los hospitales. También cuando la madre piensa que puede ser descubierta, solicita el alta a petición, alegando la poca o ninguna mejoría del paciente y se traslada a otra institución.³

Existe consenso general en señalar a la madre como la protagonista principal en la elaboración de los síntomas y signos del síndrome de Munchausen por poder. En los casos más avanzados, los síntomas pueden ser inducidos por el propio niño. El padre, habitualmente, está alejado del conflicto, pero cuando está presente carece de autoridad, o es indiferente a la suerte del niño y los peligros que se ciernen sobre éste. No sucede lo mismo con el resto de la familia, que reconoce los hechos y en su mayoría tratan de resolver el problema de la mejor manera posible.³

MODUS OPERANDI

A modo de ejemplos, queremos relatar cómo "operaban" algunos enfermos con síndrome de Munchausen, o sus familiares.

En un paciente que recorrió muchos hospitales de diferentes ciudades en los Estados Unidos, se "descubrió", después de numerosos ingresos en hospitales norteamericanos, que a su llegada a cada ciudad consultaba la guía telefónica, en busca de los médicos cuya especialidad atendía a los enfermos con las manifestaciones que fingía padecer. Iba al hospital y averiguaba discretamente cuál estaba de vacaciones o

fuera del trabajo por un tiempo relativamente prolongado. Entonces llamaba al Cuerpo de Guardia del mismo hospital, como si fuera el doctor seleccionado, recomendando que se ingresara al paciente "fulano de tal" - él mismo-, con el diagnóstico X, que era su enfermo, pero que ahora estaba de vacaciones, o se encontraba fuera de la localidad, etc., con tales y tales recomendaciones de investigaciones y terapéutica.⁸

Otra enferma con el rótulo de infección urinaria, tenía 12 hospitalizaciones, en las que se le habían realizado 7 pielografías descendentes, 6 exámenes ginecológicos bajo anestesia y 5 cistoscopias. Todo ello sin contar con los numerosos tratamientos antimicrobianos. Se detectó que contaminaba las muestras de urocultivos con cultivos de diferentes bacterias, a los que tenía acceso.⁸

El frotar el termómetro para producir "fiebre", el pincharse un dedo para dejar caer unas gotas de sangre en la orina y aparentar una hematuria, el frotarse los bordes de una herida -e incluso contaminarla- para que no cicatrice, el ingerir exceso de sal para provocar hipernatremia, el cambiar radiografías y resultados de otros exámenes, son sólo otros ejemplos que podemos mencionar de una larga lista de "mecanismos patogénicos" que parecen más propios de una aventura de *Sherlock Holmes*, de *Hércules Poirot* o de *Colombo*, que de un caso clínico.

En otras palabras, cuando una persona se "enferma" de este síndrome, es capaz de hacer cosas que no podemos a veces imaginar. Son los pacientes que textualmente "vuelven locos" a los médicos.

CONSECUENCIAS NEGATIVAS

Como consecuencia de todo lo anterior, la relación médico-paciente está totalmen-

te alterada.³⁴ El médico comienza a desempeñar la función de detective o policía, en lugar de constituir el profesional capaz y humanitario en disposición de solucionar los problemas de salud de sus pacientes. El enfermo también cambia su papel, de ser aquel sujeto que va a solicitar ayuda, al de tratar de engañar al facultativo. El resultado es una relación tensa, antagónica, difícil. Existe la tendencia a que el médico se moleste con el paciente, aunque lo adecuado sería enfrentar esto sin juzgarlo.

La situación ética es muy complicada. De sobra sabemos que nunca podemos estar seguros al 100 % que la persona no tiene "nada" y que está mintiendo o exagerando al máximo. La experiencia dice que mientras más se hace por el enfermo y se le "complace", las cosas irán peor en estos casos. Siempre habrá nuevas dudas, nuevas quejas y es muy fácil indicar nuevas pruebas o nuevos tratamientos. Inicialmente, el enfermo puede aceptar al médico que se le asigne para su atención -cuando no puede seleccionarlo-, pero cuando el facultativo comienza a sospechar que las evidencias de la enfermedad son inconsistentes, el paciente pide cambiar de médico, lo que generalmente el profesional acepta de buena gana ("enemigo que huye, puente de plata"). Como antes referimos, si se le demuestra al paciente que sus quejas son inciertas, o que ha cometido "fraude", se irrita y, muchas veces, se va a atender con otro médico o en otra institución.

La repercusión familiar, social y económica de las enfermedades ficticias es incalculable. Se enferma la familia, de una forma u otra. Laboralmente, constituyen un dolor de cabeza. Son ausentistas empedernidos. En nuestro país, dadas las facilidades de nuestra asistencia social, se encuentran a menudo en las comisiones de Peritaje Médico Laboral con incapacidades por períodos prolongados, con cambios frecuentes en los diagnósticos, los especialistas que

los asisten y las instituciones donde se atienden.

El monto de los costos y los gastos que provocan estos pacientes tampoco es fácil de estimar, pero seguramente compiten por los primeros lugares en cualquier sistema de salud. A pesar de las dificultades que confrontamos con recursos actualmente en nuestro país, hemos atendido varios casos recientemente que han sorteado todas las escaseces y se han realizado procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos en las instituciones más calificadas del país, incluso procederes que no han estado fácilmente disponibles para otros casos perfectamente justificados.

TRATAMIENTO

Ya hemos señalado lo complejo y lo poco gratificante de la atención de estos pacientes. Es muy difícil ayudarlos, tanto a ellos como a su familia, que, en el caso de los adultos, muchas veces los promueve y apoya.

Debe decirse la verdad, a pesar de sus reacciones que ya hemos comentado. Si las razones -¿desconocidas?- para mantener el síndrome no se eliminan, los resultados positivos a corto plazo son muy pobres.

Se debe tratar de incrementar la autoestima de los enfermos, así como contrarrestar las conductas fóbicas, de masoquismo, de sadismo, de inseguridad y de dependencia, que son relativamente frecuentes. Lo ideal para abordar todo esto es contar con el acompañamiento terapéutico de psiquiatras y psicólogos.³⁵

PRONÓSTICO

Es mejor en aquellas personas con un síndrome "poco estructurado", de corta duración y con familiares cooperadores.

Desgraciadamente, hemos tenido también pacientes que se han convertido, a la larga, en incurables. Recordamos el caso de una enferma que se ha transformado en una verdadera drogadicta, por el uso y abuso de analgésicos para aliviar dolores ficticios, en los que nunca se ha demostrado una causa, a pesar de 20 años de seguimiento.

Por tanto, existe una morbilidad y una mortalidad potenciales asociadas al síndrome de Munchausen, relacionadas con el hecho de que al tratar de simular una enfermedad orgánica verdadera se puede llegar a desarrollar dicha entidad, como sucede cuando se inyecta material exógeno para producir infecciones o síntomas febriles.

Recientemente, *Harry y Ong*³⁶ han llamado la atención del riesgo de inocularse el VIH para provocarse SIDA, como una variante nueva de este síndrome -lo que por suerte sólo ha sido observado en muy pocos pacientes en Cuba.

Desafortunadamente, es más fácil identificar a todos estos pacientes después de una larga evolución, que describir las condiciones precisas para evitarlos. De cualquier forma, en el estado actual de nuestros conocimientos, debemos mantener una actitud expectante en los casos sospechosos, para que los factores que podamos identificar que intervienen en su producción se intenten corregir poco tiempo después que se hayan presentado.

COMENTARIO FINAL

Por el predominio del paradigma biomédico durante prácticamente todo el presente siglo, el médico clínico ha estado muy influido por el axioma que dice que frente a un problema de salud en un pacien-

te individual, "solo se debe plantear la posibilidad de un trastorno funcional o de causa psicógena, cuando se hayan descartado totalmente las causas orgánicas". La responsabilidad es muy grande y sabemos también de casos con formas clínicas atípicas o enfermedades muy raras, donde al cabo de mucho tiempo se ha demostrado un error diagnóstico, al clasificarlos originalmente como funcionales, simuladores o psiquiátricos.

Hoy en Cuba defendemos -al menos teóricamente- el paradigma biopsicosocial. Aún así, nos cuesta trabajo aceptar el

diagnóstico de enfermedades ficticias y, dentro de ellas, el síndrome de Munchausen. Estamos seguros de que estos enfermos existen y que para su diagnóstico se requiere de todos nuestros conocimientos, sagacidad y ética.

Esperamos que esta pequeña revisión favorezca un diagnóstico "precoz" correcto, sobre todo de nuevos casos, con el propósito de mejorar su pronóstico, ya que en definitiva, si es la tecnología médica su causa fundamental, va a ser muy difícil prevenir el síndrome en la época en que nos encontramos, la de mayor desarrollo de la misma en nuestra profesión.

SUMMARY

It was affirmed that, in the last few decades, the occurrence of patients with fictitious "complex" diseases that have been seen in a various medical institutions for years , demand a great deal of resources and even insult health professionals for not being able to solve their complaints and diseases has been described in literature. It is not possible to prove in such patients the presence of many entities that are eagerly searched for by most physicians who do not dear to completely ignore them for a number of reasons. These patients are not hysterical persons or pretenders as it is commonly understood, they are aware of their deeds, but it seems that they do it as if they were forced by a number of reasons that they do not understand quite well. The term Munchausen syndrome has been introduced for such patients. A brief review of the diagnosis criteria, risk groups, clinical picture, modus operandi, adverse effects, treatment and prognosis of this modern challenge that test the clinical knowledge of the contemporary physician is presented.

Subject headings: MUNCHAUSEN SYNDROME/diagnosis; MUNCHAUSEN SYNDROME/therapy; PROGNOSIS; PSYCHOSOMATIC MEDICINE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tucker GJ. Trastornos psiquiátricos en la práctica médica. En: Bennet JC, Plum F. Cecil Tratado de Medicina Interna. 20ª ed. México, DF: McGraw-Hill Interamericana, 1998;vol 3:2305-17.
2. Ascher R. Munchausen´s syndrome. Lancet 1951;1:339-34.
3. Acosta N. Maltrato infantil. Un reto para el próximo milenio. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1998:16-20, 11-28.
4. Eisendrath EJ. Factitious illness. A classification. Psychosom 1984;25:110-7.
5. Gorman WF. Defining malingering. J Forensic Sci 1982;27:401-7.
6. Andrews TC, Cull DL, Pelton JJ, Massey SO Jr, Bostwick JM. Self-mutilation and malingering among Cuban migrants detained at Guantanamo Bay. N Engl J Med 1997;336:1251-3.
7. Eisenberg L. The sleep of reason produces monsters- Human costs of economic sanctions. N Engl J Med 1997;336:1248-9.
8. Síndrome de Munchausen. Sesión de la Filial Provincial de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. Cienfuegos, Abril 1997.

9. Nicholls J, Giacopelli JA. Pediatric manifestation of Munchausen's syndrome. *J Am Pediatr Med Assoc* 1995;85:545-7.
10. Burg MM von Hibbard RA. Munchausen syndrome by proxy: a different kind of child abuse. *Indiana Med* 1995;88:378-82.
11. Sanders R. A case of Munchausen's syndrome presenting as renal colic. *Postgrad Med J* 1966;42:94.
12. Anderson JC, Ewan PW, Compston ND. Haemorrhage and fever in the Munchausen syndrome. *Postgrad Med J* 1972;48:445-7.
13. Cavenar JO, Maltbie AA, Hillard JR, Worchel BJ, O'Shanick GJ. Cardiac presentation of Munchausen's syndrome. *Psychosomatics* 1980;21:946-8.
14. Kaminer Y, Robbins DR. Insulin misuse: a review of an overlooked psychiatric problem. *Psychosomatics* 1989;30:19-24.
15. Zuger A, O'Dowd MA. The baron has AIDS: a case of factitious human immunodeficiency virus infection and review. *Clin Infect Dis* 1992;14:211-6.
16. Hedges BE, Dimsdale JE, Hoyt DB. Munchausen syndrome presenting as recurrent multiple trauma. *Psychosomatics* 1995;36:60-3.
17. Gelfand JA, Dinarello CA, Wolff SM. Fever, including fever of unknown origin. En: Harrison. *Principles of Internal Medicine*. 13th ed. New York: Mc Graw-Hill, 1994;vol 1:81-90.
18. Aduan RP, Fauci AS, Dale DC. Factitious fever and self-induced infection: a report of 32 cases and review of literature. *Ann Intern Med* 1979;301:230-42.
19. Martínez Delgado JF. Síndrome febril y fiebre de oringen desconocido (II). *Rev Finlay* 1991;5:172-88.
20. Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin. Report of 100 cases. *Medicine (Baltimore)* 1961;40:1-30.
21. Wise TN. Dolor. El problema psicossomático más común. *Clin Med Norteam* 1977;61:771-80.
22. Stefanini M, Dameshek W. *Enfermedades hemorrágicas*. 2ª ed. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1966:123.
23. Wintrobe MM. *Hematología clínica*. 3ª ed. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1971:693. (Edición Revolucionaria).
24. Smith MS. Factitious Illness, malingering, and conversion disorder. En: Harwood-Nuss AL, Linden CH, Luten RC, eds. *The clinical practice of emergency medicine*, 2ª ed. Philadelphia: Lipincott-Raven, 1996:986.
25. McFadden JP, Roberts C. Munchausen's syndrome diagnosed by radiological examination. *Postgrad Med J* 1989;65:429-30.
26. Varity CM. Polle syndrome: children of Munchausen. *Br Med J* 1977;2:422-3.
27. Meadow SR. Munchausen's by syndrome proxy. *Arch Dis Child* 1982;57:92-8.
28. Boots CN, Neale BA, Meadow SR, Meadow SR. Co-morbidity associated with fabricated illness (Munchausen's syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 1992;67:77-9.
29. Evans D. Covert video surveillance in Munchausen's syndrome by proxy. *BMJ* 1994;308:341-2.
30. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1996;75:57-61.
31. Snowise NG. Munchausen's syndrome by proxy. *Update* 1997;55:364-5.
32. Jones DPH, Lynch M. Diagnosing and responding to serious child abuse [editorial]. *BMJ* 1998;317:484-5.
33. Snowise NG. All healthcare team members should be alert to indicators of child abuse. *BMJ* 1999;318:462.
34. Amarilli P, Patris M. Le syndrome de Munchausen. Enquête sur un malade au-dessus de tout soupçon. *Ann Psychol (Paris)* 1995;153:433-40.
35. Yassa R. Munchausen's syndrome: a successfully treated case. *Psychosomatics* 1978;19:242-3.
36. Harry TC, Ong EL. Munchausen's syndrome (HIV infection): a trap for the unwary. *Br J Clin Pract* 1995;49:271.

Recibido: 3 de agosto de 2000. Aprobado: 11 de septiembre de 2000.

Dr. *Alfredo D. Espinosa Brito*. Hospital Universitario Clínicoquirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", avenida 5 de Septiembre y calle 51-A, Cienfuegos, Cuba.