

## SINDROME DE MUNCHAUSEN EN LA INFANCIA

G. OLIVAN GONZALVO, J. FLETA ZARAGOZANO, C. BASELGA ASENSIO,  
M. MAGAÑA HERNANDEZ, R. NUEL QUILEZ y J. ANDRES SANZ

### RESUMEN

Se define el concepto de Síndrome de Münchausen en la infancia, enmarcándolo como una variante rara de maltrato infantil. Se describen las formas de presentación, métodos de establecimiento y estrategias para el diagnóstico de la entidad, así como las características de la madre inductora, sus motivaciones y las consecuencias para el niño. Finalmente se enumeran unos signos de advertencia que debieran hacer sospechar al médico el diagnóstico y se propone la pauta de actuación.

### PALABRAS CLAVE

Síndrome de Münchausen. Maltrato infantil.

### MUNCHAUSEN SYNDROME IN CHILD

### SUMMARY

The concept of the Munchausen Syndrome in childhood has been defined considering it as a rare variant of child abuse. We have described the various ways in which it makes itself evident, the methods used for its determination and the strategies followed for its diagnosis, as well as the characteristics of the mother who has caused it, her motivations and the consequences on the child. Finally, we have listed some warning signs that should make the doctor suspect the diagnosis and proposed guidelines to be observed.

### KEY WORDS

Munchausen syndrome. Child abuse.

### Concepto

El término de Síndrome de Münchausen (SM) fue acuñado por Asher en 1951, para describir a aquellos pacientes que intencionadamente simulan enfermedad y fabrican falsas evidencias con el fin de someterse a innecesarias pruebas, operaciones y tratamientos médicos (1).

En la edad pediátrica existen dos formas de SM, una forma juvenil o del adolescente, similar a la descrita en el adulto, y otra forma propia de la edad infantil (2).

La primera descripción de SM en edad infantil fue realizada por Meadow en 1977 utilizando el término legal «por poderes» (3). Este término describe una situa-

ción en la que el niño es víctima reiteradamente de la invención de una sintomatología o de acciones nocivas por parte de un adulto, casi exclusivamente la madre, para que al parecer enfermo o enfermar realmente reciba atención médica en el hospital y/o ambulatoriamente, dando lugar a la realización de estudios diagnósticos a menudo de naturaleza invasiva y siempre agresivos para aquél.

El SM está aceptado como una forma rara de maltrato infantil, aunque sus matices clínicos, las circunstancias de presentación y la actitud de los progenitores, le confieren unas características que justifican plenamente se mantenga como tal síndrome con fines clínicos y de publicación (4).

### **Frecuencia**

Según diversos estudios epidemiológicos, el SM supone únicamente el 1-2% del total de casos de maltrato infantil (5, 6). De cualquier forma, la dificultad de diagnóstico y seguimiento de posibles casos, la existencia de formas menos dramáticas o no bien delimitadas respecto a otras manifestaciones de malos tratos, el escepticismo del pediatra respecto a la prevalencia real de esta variante de maltrato infantil, y, menos probablemente, el desconocimiento del pediatra de los términos que configuran el síndrome, hacen pensar que su frecuencia podría ser mucho mayor (2).

Por otra parte, se ha señalado que determinados comportamientos maternos, como exágerar los detalles de la enfermedad de su hijo para conseguir una mejor o más rápida atención, llevarlo al hospital o al consultorio pediátrico repetidas veces con trastornos mínimos, reclamar una y otra vez operaciones como la amigdalectomía o la circuncisión o requerir ingresos hospitalarios sin justificación, podrían representar formas «minor», o el inicio de un espectro de cuadros que en su forma más grave correspondería al SM infantil (7), aunque es justo señalar que estas apreciaciones son en la mayoría de las ocasiones meras especulaciones (2).

### **Formas de presentación, métodos de establecimiento y estrategias diagnósticas**

Los signos y síntomas de presentación del SM infantil, sean ficticios o provocados, usualmente se corresponden con los que aparecen en otros desórdenes crónicos comunes de la infancia. Los más frecuentemente descritos son: hemorragias recurrentes (hematuria, hematemesis, etc.), convulsiones recidivantes, depresión del sistema nervioso central, episodios de apnea, diarrea, vómitos, fiebre, exantemas, alergias, hipertensión arterial, litiasis renal, fallo de medro y adelgazamiento.

Rosenberg (5) realizó una excelente revisión de la literatura mundial hasta 1987, identificando informes de 117 casos de SM infantil. En Tabla I se resumen los síntomas y signos que se habían presentado, los métodos de simulación o producción y los métodos de diagnóstico. Aunque este número sólo representa una pequeña fracción de todos los casos de maltrato infantil, los informes resultan fascinantes, sorprendentes, causan perplejidad, y son de mucha gravedad. En el 9% de los casos, los pacientes murieron, hubo morbilidad a largo plazo en el 8% (seguramente inferior al número de casos reales), morbilidad a breve plazo en todos los

TABLA 1

Síndrome de Münchhausen en la infancia

Formas de presentación, métodos de establecimiento y estrategias diagnósticas

% del total	Presentación	Método de simulación o producción	Método diagnóstico
44	Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Intoxicación por Warfanina</li> <li>— Intoxicación por Fenofaltaína</li> <li>— Aplicación de sangre exógena</li>   <li>— Niño desangrado</li>   <li>— Aplicación de otras sustancias (pintura, cacao, colorantes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Estudio toxicológico.</li> <li>— Pañales positivos.</li> <li>— Establecer el grupo sanguíneo (mayor y menor). Empleo de eritrocitos marcados con Cr<sup>51</sup>.</li> <li>— Estudio patológico correspondiente. Madre descubierta durante el acto.</li> <li>— Prueba: lavado.</li> </ul>
42	Convulsiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Lejía</li> <li>— Envenenamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fenotiacinas</li> <li>• hidrocarburos</li> <li>• Sal</li> <li>• Imipramina</li> </ul> </li> <li>— Sofocación/presión de seno carotídeo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Otras características del S. Münchhausen retrospectivas.</li> <li>— Análisis de sangre, orina, líquido intravenoso (IV), leche.</li>   <li>— Por testimonios. Por medio de fotografías forenses de puntos de presión.</li> </ul>
19	Depresión Sistema Nervioso Central	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Fármacos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lomotil</li> <li>• Insulina</li> <li>• Hidrato de cloral</li> <li>• Barbitúricos</li> <li>• Aspirina</li> <li>• Difenhidramina</li> <li>• Antidepresores tricíclicos</li> <li>• Acetaminofén</li> <li>• Hidrocarburos</li> </ul> </li> <li>— Sofocación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Análisis de sangre, contenido gástrico, orina, líquido IV, análisis de tipo de insulina.</li> </ul>
15	Apnea	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Ahogo manual</li>   <li>— Envenenamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imipramina</li> <li>• Hidrocarburo</li> </ul> </li> <li>— Lejía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Ver «apnea», «convulsiones».</li> <li>— Paciente con señales de compresión en la nariz. Cámara de video (oculta). Se descubre la madre. Diagnóstico por exclusión.</li> <li>— Toxicología (gástrica/sangre). Cromatografía de líquido IV.</li> <li>— Diagnóstico por eliminación.</li> </ul>
11	Diarrea	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Fenofaltaína/otros laxantes tóxicos</li> <li>— Intoxicación salina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Heces/pañales positivos. Valoración del contenido gástrico o del contenido del biberón.</li> </ul>
10	Vómito	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Intoxicación emética</li> <li>— Lejía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Análisis de drogas.</li> <li>— Ingreso en el hospital.</li> </ul>
10	Fiebre	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Falsificación de temperatura y/o de la gráfica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Vigilancia de la gráfica. Comprobación. Duplicado de la gráfica de la temperatura en el cuarto de enfermeras.</li> </ul>
9	Exantema	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Intoxicación alimenticia</li> <li>— Arañazos</li> <li>— Aplicación de cáusticos/pintura en la piel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Valoración.</li> <li>— Diagnóstico por exclusión.</li> <li>— Valoración/lavado.</li> </ul>

pacientes, y potencial para trastorno psicológico a largo plazo en una proporción elevada de los sobrevivientes.

### **La madre y sus motivaciones**

En casi todos los casos la madre es la inductora, la cual muestra un comportamiento ejemplar diferente de los casos típicos de maltrato infantil, por lo que a menudo no se sospecha el diagnóstico. La madre tiende a ser la persona dominante en el matrimonio y es más inteligente y capacitada que su marido. El padre suele desconocer lo que está ocurriendo y tiende a estar en último término y dedicado a satisfacer las necesidades de su mujer. Estas madres con frecuencia han tenido una infancia difícil y muchas han trabajado como enfermeras o niñeras. Alrededor de una quinta parte de las madres son personas adictas a enfermar, haciéndose notorias por presentar enfermedades inexplicables (7, 8).

A muchas de las madres se les ha realizado una evaluación psiquiátrica formal y no se ha objetivado, en la mayoría de ellas, la existencia de una enfermedad mental, aunque sí un desorden de la personalidad (7, 9). Las motivaciones para este comportamiento de las madres varían: en unos casos supone un beneficio personal en términos de status (contactos con doctores y enfermeras, contactos con otras madres y una diferente sociedad en el hospital, beneficios conómicos); en otros casos podría ser un intento de restaurar la relación conyugal, frecuentemente alterada, a expensas de la enfermedad del niño (captura de un marido ausente para compartir el problema), o por el contrario el mecanismo de escape de un matrimonio infeliz; en otros, la proyección de su ansiedad y enfermedad en su hijo, al que lleva al ambiente amistoso y de apoyo de la consulta pediátrica.

El exceso de celo en el cuidado del niño aumenta su autoestima y credibilidad. El médico y la madre se convierten en participantes de un juego, en el que la respuesta del médico a la información falsa aportada es predecible, convirtiéndose él en agresor del niño. La medicina socializada facilita a estos pacientes el acudir numerosas veces a distintos centros, desconectados entre ellos, con escasa repercusión en la economía familiar, pero con elevada repercusión en la economía social. Sólo el desconocimiento del sistema médico previene un desarrollo más florido del síndrome.

El propio Meadow (8) comenta que después de hablar con muchas de estas madres su primera impresión es la de su inmenso egoísmo, ya que son capaces de hacer cosas horribles al niño para satisfacer sus propias necesidades e infelicidad. En una minoría, particularmente aquellas madres que se satisfacen en la práctica de la sofocación o envenenamiento, se observan generalmente sentimientos de envidia, violencia y odio hacia el niño maltratado.

### **Consecuencias para el niño**

No cabe duda de la importancia que reviste el diagnóstico del SM en el niño, preferentemente en los más pequeños y en los casos con alteraciones clínicas de una cierta relevancia.

Los motivos que apremian el diagnóstico son las consecuencias, casi siempre graves, que pueden llegar a producirse (7-9):

- riesgo de muerte o muerte súbita como resultado de un fallo en el grado de la enfermedad fabricada por la madre;
- posibilidad de daño permanente induciendo una verdadera enfermedad física;
- interferencia con un desarrollo psíquico adecuado (se desarrolla una invalidez crónica al aceptar el niño la historia de la enfermedad y creerse incapacitado para sus actividades cotidianas);
- agresiones que suponen los múltiples estudios médicos, tratamientos innecesarios y nocivos e ingresos hospitalarios de larga duración;
- desarrollar un SM como el del adulto...

### **Signos de advertencia**

El diagnóstico de SM en el niño exige un alto grado de sospecha por parte del pediatra, existiendo unos «signos de advertencia» (que se describen a continuación) (7-9) que deben poner sobre su pista, siendo a través de su correcta valoración como se llega a la sospecha diagnóstica.

#### **• Signos de advertencia del síndrome de Münchhausen en la infancia**

- Persistencia o recurrencia inexplicada de enfermedades.
- Discrepancia entre los signos/síntomas, la historia clínica y los resultados de los exámenes complementarios.
- Trastorno muy raro como diagnóstico primario.
- Los médicos con experiencia indican que «nunca han visto un caso como éste».
- Tratamientos inefectivos o no tolerados (extracción de catéteres intravenosos, vómito de drogas administradas, alergias a multitud de alimentos o drogas.
- «Convulsiones» que no mejoran con los anticonvulsivos usuales.
- Los síntomas y signos no se presentan cuando la madre está ausente.
- Madre excesivamente atenta que no quiere abandonar a su hijo en el hospital y que mantiene buena relación con el personal.
- La reacción de la madre a la enfermedad de su hijo no corresponde a la gravedad (madre menos preocupada por la enfermedad del hijo que el personal que le atiende) o a las quejas de que se está haciendo muy poco por diagnosticar la enfermedad del niño.
- Madres con historias personales de síndrome de Münchhausen.
- Madre con un fondo paramédico.
- Madre con historia de enfermedad parecida a la del hijo.
- Historia de enfermedad rara o muerte en hermanos.
- Ausencia del padre.

### **Pauta de actuación**

Ante el diagnóstico de sospecha de SM infantil se ha propuesto la siguiente pauta de actuación (7, 8):

- Documentar la historia al detalle, verificando si los signos y síntomas alegados ocurrieron en presencia de la madre o de terceras personas y si aparecen tras su ausencia.
- Obtener historia relacionada con el niño, la familia, la madre y su vida (con frecuencia la madre habrá mentido acerca de ello). Participación de servicios sociales.
- Contactar con otros miembros de la familia y médicos o trabajadores sanitarios comprometidos en el caso.
- Buscar un motivo (¿qué está ganando la madre haciendo a su hijo enfermar?)
- Obtener muestras del niño (p.e. sangre, orina, heces) para examen bioquímico y toxicológico al ingreso y cuando los síntomas recurran.
- Confirmar a través de un examen físico detallado y de pruebas complementarias que los signos y síntomas son reales (p.e. EEG si existen síntomas neurológicos).
- Resguardar y verificar gráficas y registros de la historia clínica. Incrementar la vigilancia hospitalaria.
- Investigar la existencia de drogas en las pertenencias de la madre.
- Obtener el máximo de detalles de la historia con vista a posibles procedimientos legales.
- Separar al niño de la madre (exclusión voluntaria o por imposición legal).

Una vez que la sospecha se confirma, el pediatra o un equipo donde figure éste deberá informar a la madre que se ha descubierto el engaño, explicará la causa de la enfermedad a ambos padres, recomendará estudio psiquiátrico familiar, solicitará ayuda social, decidirá si el niño debe ser separado de su familia o puede permanecer en ella bajo supervisión, denunciará el caso a la autoridad competente, y obtendrá una orden judicial en el caso de que la separación voluntaria no se acepte.

El pediatra implicado en un caso de SM infantil puede incurrir en grave responsabilidad si omite el deber de iniciar una acción legal, dada la posibilidad que surjan complicaciones serias por no haber evitado a tiempo las consecuencias derivadas del comportamiento anormal de la madre. Además, en algunos casos los síntomas persisten después de la confrontación familiar, e incluso ha ocurrido el fallecimiento pese a la supervisión social, lo que expresa la necesidad de que el niño sea separado, al menos temporalmente, de sus padres mientras se establece tratamiento psiquiátrico con supervisión médica rigurosa.

## Comentario

El SM como presentación rara de maltrato infantil recuerda una vez más la capacidad casi ilimitada de las personas de cometer actos violentos y destructivos contra los seres más indefensos: los niños. La falta de deseo o la incapacidad para reconocer el maltrato infantil priva al niño de la oportunidad de ser protegido de abusos futuros. Esto se ha demostrado en algunos casos en los que los datos necrópsicos presentaban antecedentes diagnosticables de maltrato, que pudieran o debieran haber sido reconocidos si el niño se hubiera observado o escuchado fuera de la tela de araña patológica de la familia.

Las dificultades y desafíos abundan para el diagnóstico de SM infantil. El continuar las pesquisas, registrando las discrepancias de las entrevistas, evitando tendencias de los investigadores, y abordando adecuadamente el problema, como se hace con otros diagnósticos médicos, con objetividad y claridad de pensamiento, ha de permitir establecer el juicio adecuado y ayudar a los niños y a sus familias a alcanzar una relación mutuamente beneficiosa.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ASHER R: Münchausen's syndrome. «Lancet», 1951; 1: 339-341.
2. LOPEZ-LINARES M: Síndrome de Münchausen infantil. «An Esp Pediatr», 1986; 25: 225-226.
3. MEADOW R: Münchausen syndrome by proxy; the hinterland of child abuse. «Lancet», 1977; 2: 343-345.
4. REECE, RM: Unusual manifestations of child abuse. «pediatr Clin North Am», 1990; 37: 905-921.
5. ROSENBERG DA: Web of deceit: A literatura review of Münchausen syndrome by proxy. «Child Abuse Negl», 1987; 11: 547-563.
6. Child Abuse Program: Annual Report Children's Hospital Columbus, OH, 1986-1987.
7. MEADOW R: Münchausen syndrome by proxy. «Arch Dis Child», 1982; 57: 92-98.
8. MEADOW R: Management of Münchausen syndrome by proxy. «Arch Dis Child», 1985; 60: 385-393.
9. GUANDOLO VL: Münchausen syndrome by proxy: An outpatient challenge. «Pediatrics», 1985; 75: 526-530.