

# Tratamiento de las otitis supurativas

**Sr. Director:** Las otitis supurativas constituyen una patología frecuentemente atendida en Atención Primaria y ocasional motivo de derivación a la consulta de Otorrinolaringología (ORL). Con frecuencia el origen lo constituyen las otitis externas difusas, habituales en época estival, en las que la etiología bacteriana está presente en un 72,5% de los casos y la fúngica en el 7%<sup>1</sup>, siendo mixta la etiología en otro 10,5% ; *Pseudomona aeruginosa* es el germen más frecuente en nuestro medio, según el estudio retrospectivo realizado por Bernat et al<sup>2,3</sup>.

Sin embargo, en ocasiones, algunas otitis supurativas son debidas a otitis medias exudativas<sup>4</sup> que, al provocar una perforación timpánica drenan al exterior. Estos procesos surgen generalmente como complicación de catarros comunes o gripe y aparecen con mayor frecuencia en la población infantil y en época invernal, según describe Watson<sup>5</sup>; la etiología de estas otitis medias exudativas es variable, siendo el germen más frecuente en este caso *Streptococcus pneumoniae*, seguido de *Haemophilus influenzae*<sup>6,7</sup>. En ocasiones es difícil la diferenciación entre una otitis externa difusa y una media supurativa, en la que la perforación es el signo diferencial.

Aunque el tratamiento habitualmente recomendado para las otitis medias está basado en la utilización de betalactámicos por vía oral, los tratamientos tópicos tienen una clara recomendación en las otitis externas<sup>1</sup> y pueden resolver favorablemente la mayor parte de estos procesos.

Presentamos a continuación la casuística atendida en una consulta de ORL ambulatoria entre abril de 1998 y septiembre de 2001.

Estudiamos 164 pacientes de ambos sexos, derivados desde las consultas de Atención Primaria, con una edad media de 45 años. En todos se obtuvo muestra para cultivo por clínica compatible con otitis supurativa no micótica. Se trató de modo empírico no aleatorio a 103 pacientes (70%) con ciprofloxacino tópico cada 12 horas durante 10 días y a 61 pacientes con gentamicina y corticoide cada 8 horas durante 10 días.

Un 9,15% de los casos (15 cultivos) resultaron estériles y en 53 (32%) creció flora saprofita. Se obtuvo un cultivo positivo para gérmenes patógenos en 96 casos (58,5%), siendo positivos para hongos en casi la tercera parte de éstos. Los agentes bacterianos más frecuentes fueron *Pseudomonas* (32,8% de los cultivos positivos) *Staphylococcus aureus* (18,75%) y *Streptococcus* (6% de los casos).

El estudio de antibiogramas *in vitro* demostraba sensibilidad a gentamicina en el 94% de los casos y a ofloxacino en el 92,5%. Sin embargo, se obtuvo una evolución clínica favorable en el 72,6% de los casos tratados con gentamicina y en el 92,3% de los casos tratados con ciprofloxacino. La evolución menos favorable correspondía mayoritariamente a los casos en los que el germen causante era un hongo y no una bacteria, como se presumió a partir de la imagen otoscópica.

Es de destacar la elevada proporción en nuestra población estudiada de hongos en otitis supurativas y, en cambio, la escasa presencia de *Streptococcus*, a diferencia de otras series consultadas<sup>8</sup>. Ello puede ser debido a que nuestro ámbito de actuación es una consulta especializada de ORL. También es reseñable la clara diferencia en la evolución favorable en el caso de los pacientes tratados con ciprofloxacino frente a los tratados con gentamicina, si bien el tratamiento no fue asignado de modo aleatorio.

Dada la mejor evolución de nuestros pacientes en el caso del tratamiento a base de ciprofloxacino tópico, pensamos que dicha opción puede ser una alternativa a valorar; la indicación podría ser preferentemente en aquellos casos en los que es difícil precisar la localización media o externa, sin factores de riesgo ni síntomas generales que indiquen claramente un tratamiento sistémico o en los que se sospechen posibles problemas derivados de la administración por otras vías.

M.E. MAZA GARZÓN<sup>a</sup>, A. RAHY MARTÍN<sup>a</sup>

Y F. ÁLVAREZ DE LOS HEROS<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Residente segundo año Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>b</sup>Médico Adjunto. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario. Guadalajara.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Llor C, Mayer MA, et al. Recomendaciones en el uso de antimicrobianos en Atención Primaria. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària 1999;18-22.
2. Bernat A, De Miguel G, Ayerbe T, Morais P, Carranza. Otitis externas agudas: estudio retrospectivo de 170 casos. Acta Otorrinolaring Esp 1992;43:188-94.
3. Sabater F, Maristany M, Mensa J, Villar E, Traserra J. Estudio prospectivo doble ciego randomizado de la eficacia y tolerancia de ciprofloxacino tópico versus gentamicina tópica en el tratamiento de la otitis media crónica supurada y de la otitis externa difusa. Acta Otorrinolaring Esp 1996;47:217-22.
4. Gil-Carcedo LM, Marco J, Medina J, Ortega del Álamo P, et al. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Tomo II. Capítulos 80-84. Ed. Proyectos Médicos, 1999.
5. Watson TJ. Long term follow-up of chronic exudative otitis media (glue ears). Proc Roy Soc Med 1969;62:455-63.
6. Bluestone CD, Stephenson JS, Martin LM. Ten-year review of otitis media pathogens. Pediatr Infect Dis J 1992;11:7-11.
7. Papastavros T, Giamarellou H, Verleijdes S. Role of aerobics and anaerobic microorganisms in chronic suppurative otitis media. Laryngoscope 1986;98:438-42.
8. Guía uso antimicrobianos en Atención Primaria. SEMFYC, 1999.

## Lo bueno de lo malo: síndrome de Munchausen

Un desafío en la práctica médica de Atención Primaria

**Sr. Director:** El término de síndrome de Munchausen fue acuñado por Richard Asher en 1951<sup>1</sup>, para describir aquellos pacientes que intencionadamente simulan enfermedades y fabrican falsas evidencias con el objetivo de que les

sean practicadas innecesarias pruebas complementarias, tratamientos médicos o quirúrgicos; denominaba a este cuadro síndrome de Munchausen porque las personas que lo padecen tienen una tendencia a la fabulación similar a la del Barón de Munchausen, un personaje del escritor Raspe<sup>2</sup> que tras participar en la guerra ruso-turca del siglo XVIII dedicó gran parte de su tiempo a contar fabulosas historias sobre sus proezas y capacidades.

Asher publicó en la revista *Lancet*, en febrero de 1951, tres casos, un hombre y dos mujeres, que habían frecuentado múltiples hospitales y recibido un gran número de actuaciones médicas y quirúrgicas. En la introducción señalaba que se trata de un "síndrome que muchos médicos han visto, pero sobre el que se ha escrito muy poco". Según este autor muchas veces el síndrome de Munchausen simula una urgencia orgánica y describe tres formas de presentación clínica principales:

1. Forma abdominal aguda (*laparotomophilia migrans*), que es la más común. Muchos de estos pacientes presentan múltiples cicatrices quirúrgicas abdominales y en ocasiones dolor abdominal agudo que sugieren un cuadro obstructivo intestinal secundario a bridas postoperatorias.

2. Forma hemorrágica: hemoptisis y/o hematemesis facticias.

3. Forma neurológica: cefaleas paroxísticas, pérdidas de conocimiento, "ataques", etc.

Ya en la publicación de Asher<sup>1</sup> se sugerían una serie de factores etiopatogénicos que podrían explicar el síndrome de Munchausen, como: a) la atención obtenida mediante la fabulación de su signología clínica; b) conducta de castigo hacia los médicos y hospitales en represalia a experiencias asistenciales aversivas; c) conductas de escape ante la inminencia de detención policial por diversos delitos; d) obtención de drogas, y e) trastornos de la personalidad.

Tras la publicación de Asher, la bibliografía internacional sobre el síndrome de Munchausen se ha ido incrementando, hecho significativo que traduce la importancia y trascendencia de esta entidad nosológica en la práctica médica actual<sup>3,4</sup>.

La denominación actualizada del síndrome de Munchausen es la de trastornos facticios, y su índole psicológica/psiquiátrica queda resaltada por su emplazamiento nosológico dentro del DMS de la literatura anglosajona como entidad psiquiátrica<sup>5</sup>.

Las manifestaciones clínicas del síndrome de Munchausen son múltiples, proteiformes, abigarradas y muchas veces inexplicables.

Dadas las características fabulatorias de estos pacientes, la sintomatología y la expresividad de las manifestaciones clínicas van a estar en relación con las distintas "simulaciones" que realicen las personas que consultan por trastornos facticios.

Las manifestaciones clínicas más habituales se pueden agrupar de la siguiente manera<sup>6</sup>:

1. *Trastornos facticios con predominancia de signos y síntomas psicológicos*. Los pacientes suelen presentar síntomas psiquiátricos, tales como depresiones, alucinaciones tanto auditivas como visuales, conductas extravagantes, pérdida

de memoria y un sinnúmero de signos y síntomas psiquiátricos/psicológicos cuyas principales características consisten en general en manifestaciones clínicas abigarradas y variopintas en un mismo paciente, en las que algunos hechos reales se entremezclan con fantasías muy elaboradas. Tales distorsiones de la realidad que acompañan a la sintomatología clínica referida por el paciente se suelen hacer extensivas a otros aspectos de la vida del paciente, que reciben asimismo un barniz de falsedad.

2. *Trastornos facticios con signos y síntomas predominantemente somáticos*. Las innumerables pruebas diagnósticas, las hospitalizaciones reiteradas y cicatrices de intervenciones quirúrgicas constituyen a menudo los indicios evidentes de la indagación infructuosa a la que son sometidos estos pacientes como consecuencia de la numerosa y variopinta sintomatología clínica que estos pacientes son capaces de simular.

3. *Trastornos facticios con combinación de signología mixta*. La capacidad fabuladora de estos pacientes es tal que ante el atareado y confundido facultativo que le atiende es capaz de hilvanar una historia clínica en la que se entremezclan signos y síntomas somáticos con otros de índole psiquiátrica/psicológica.

Dado el número y variedad de los signos y síntomas clínicos que simulan estos pacientes, el diagnóstico entraña muchas dificultades.

El dolor persistente es uno de los síntomas más comunes, puede localizarse en cualquier zona corporal, frecuentemente suele simularse una sintomatología compatible con un cólico nefrítico o un abdomen agudo. Un síndrome febril de días de evolución es otra forma de presentación, bien sea secundaria a abscesos autoinducidos, por inyección de líquidos corporales tales como heces, orina, saliva, o mediante elevaciones de la temperatura ficticias tras manipulación de los termómetros.

Algunos efectos secundarios de los fármacos, utilizados a grandes dosis, pueden en ocasiones ser utilizados para originar sintomatología autoinducida tales con laxantes para simular diarrea, opiáceos para el estreñimiento, insulina para provocarse hipoglucemias, etc.

Las lesiones autoinducidas tales como hematomas, hemoptisis, hematurias, rash cutáneos, entre otras, figuran en el amplio repertorio de simulaciones de estos pacientes.

El conocimiento de la terminología médica, la familiaridad con múltiples signos y síntomas clínicos le es de gran ayuda en el momento de simular patologías, que en principio implican el ingreso hospitalario, que solicitan con insistencia.

Una vez hospitalizados y ante la ausencia de patología obvia, se inicia una situación conflictiva, con descalificaciones a los profesionales médicos, quienes en última instancia y ante el acoso a que se ven sometidos optan por referirlos a otro hospital, donde se suele iniciar un nuevo ciclo conflictivo.

Debemos por tanto sospechar que estamos ante un trastorno facticio o síndrome de Munchausen en toda persona que presente enfermedades persistentes o recurrentes sin explicación, que han sido sometidas a múltiples estu-

dios en diversos centros hospitalarios, que presenten signos y síntomas clínicos discrepantes, abigarrados, sin sentido clínico, se trata de “señales de alarma” que deben inducir a los facultativos a extremar la suspicacia clínica sobre la probabilidad de que se trate de un síndrome de Munchausen<sup>7</sup>.

Es obvio que se requiere un alto índice de sospecha sobre el hecho de que se está ante un paciente con síndrome de Munchausen, pues si bien la sintomatología clínica referida por estos pacientes se simulada y no real, no siempre es fácil distinguir entre la realidad y la ficción. Es por tanto importante realizar una adecuada anamnesis y exploración física para descartar patologías orgánicas.

Otras entidades con un trasfondo psiquiátrico/psicológico que deben descartarse son:

1. Trastornos somatoformes: estos pacientes se provocan voluntariamente síntomas facticios, aunque siempre desencadenados por factores emocionales.

2. Conductas antisociales en individuos con tendencia a delinquir, con alta predisposición a mentir y simular problemas de salud, como intentos de evitar actuaciones punitivas, sin embargo es notorio su rechazo a someterse a exploraciones complementarias de forma voluntaria.

3. Conductas hipocondríacas: habitualmente fácilmente descartables.

4. Esquizofrénicos: porque con frecuencia pueden autolesionarse, sin embargo, los pacientes con trastornos facticios no suelen presentar los rasgos característicos de la esquizofrenia.

5. Abuso de sustancias: aunque un paciente con trastornos facticios pueda presentar una historia complicada de abuso de sustancias, la signología clínica acompañante debe ser interpretada en el contexto de un trastorno mixto.

Es evidente que los médicos dependen de una historia clínica precisa para guiarse en sus decisiones clínicas. La importancia de escuchar con atención al paciente es recalcada con insistencia en la educación médica. Clarke y Melnick<sup>8</sup> afirman: “uno de los atributos esenciales del médico es la disposición para aceptar los datos aportados por el paciente, y si tenemos la mínima duda sobre la veracidad de sus afirmaciones, se debilitaría la estructura total de la medicina clínica”.

¿Qué ocurre entonces cuando el médico crédulo y escrupuloso se encuentra con un paciente que relata una historia falsa? Naish describió esta situación agobiante: “el rasgo esencial de estas situaciones falaces y manipuladoras es que hay un paciente con un problema, que pide una solución, y un médico que considera su papel como el de un profesional que soluciona los problemas de manera científica”.

Pero éstos no son realmente problemas susceptibles de una solución científica. Son juegos psicológicos<sup>9</sup> que por su propia naturaleza son destructivos. El juego comienza

con una respuesta médica estereotipada a la información falsa aportada por una persona, que pretende “engancharse” al facultativo con sus respuestas y utilizarlo como “víctima”, mientras que se reserva a sí mismo el papel de “perseguidor”, iniciándose así el pérfido “juego”, en el que el médico suele ser el perdedor. Es difícil obviamente identificar inicialmente a los pacientes que someten a los desprevénidos facultativos a tales manipulaciones, no obstante, ante las “señales de alarma” que se han discutido previamente, el médico puede y debe hacer todo lo que pueda para interrumpir la interminable cadena sin fin de este peligroso “juego” que constituye el síndrome de Munchausen<sup>10</sup>, refiriéndolos a una Unidad de Salud Mental para que sean debidamente evaluados y tratados. Sin embargo las intervenciones terapéuticas suelen estar obstaculizadas por la renuncia de tales personas a reconocer sus problemáticas manipulaciones.

Como conclusión, queremos enfatizar el hecho de que si bien infrecuentes en términos absolutos, los pacientes que acuden a las consultas de medicina primarias con trastornos facticios, ante el atareado facultativo, representan un desafío en la práctica médica y se debe mantener una actitud de alerta clínica ante pacientes con reiteradas consultas y exploraciones clínicas complementarias siempre negativas, que sugieren la presencia de un síndrome de Munchausen.

R. NEIPP LÓPEZ<sup>a</sup>, M.C. NEIPP LÓPEZ<sup>b</sup>  
Y N. HERMOSO MOLINA<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Residente de Medicina de Familia y Comunitaria.  
Centro de Salud de General Moscardó. Madrid.

<sup>b</sup>Profesora de Psicología. Universidad Miguel Hernández.  
Elche. <sup>c</sup>Psicóloga Clínica. Máster en Psicología Clínica  
y de la Salud. Clínicas N.L.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951;339-42.
2. Raspe RE. El barón de Munchausen. Madrid: Ediciones generales Anaya, 1985.
3. Feldman MD. Munchausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet. *South Med J* 2000;93(7):669-72.
4. Alfredo D, Espinosa Brito I, Figueiras Ramos B, et al. Síndrome de Munchausen. Un reto para el clínico. *Rev Cubana Med* 2000; 39(4):228-37.
5. Wise MG, Ford CV. Factitious disorders. *Prima Care* 1999;26(2): 315-26.
6. Pichot P, López-Ibor Aliño J, Vladés Miyar M. DSM-IV. Criterios diagnósticos. Madrid: Masson, S.A., 1995.
7. Lundin A. High utilizers of health care services. How do we help the patients who constantly top visitors statistics? *Lakartidningen* 2001;98(49):4320-1.
8. Clarke E, Melnick SC. The Munchausen syndrome or the problem of hospital hoboos. *Am J Med* 1958;25:6.
9. Naish JM. Problems of deception in medical practice. *Lancet* 1979;2:139.
10. Grady D. A great pretender now faces the truth of illness. *The New York Times* 1999 July 20;D5.