

Hablemos de...

Síndrome de Münchhausen por poderes

ALFONSO DELGADO

Hospital de Basurto. Servicio de Pediatría. Bilbao. España.
oppderua@lg.ehu.es

En 1951, Asher¹ fue el primer autor en proponer la denominación de *síndrome de Münchhausen* para describir un cuadro que, según sus propias palabras: “muchos médicos han visto, pero sobre el que se ha escrito muy poco”, y que consistía en que el paciente simulaba o se producía su propia enfermedad. En la infancia es más frecuente lo que se conoce como *síndrome de Münchhausen por poderes* (SMPP), que se caracteriza por^{2,3}:

1. La aparición de un conjunto de síntomas y signos, más o menos complejos, en general difícilmente explicables, que han sido producidos o simulados por su madre (casi constantemente) o por alguien perteneciente al entorno familiar.
2. Someter al paciente a una serie de pruebas (análisis, exploraciones, biopsias, intervenciones quirúrgicas, etc.) encaminadas a encontrar un diagnóstico *inexistente*.
3. El causante niega conocer el motivo de la enfermedad del niño, al tiempo que tiene una buena relación con el grupo de personal sanitario que cuida de él y, además, generalmente está más tranquilo que éste.
4. Los síntomas y los signos agudos desaparecen en el niño cuando éste se separa de la persona que lo está manipulando.

Puntos clave

- El síndrome de Münchhausen por poderes (SMPP) es una variante frecuente y muy grave de maltrato infantil.
- Se manifiesta por la presencia de manifestaciones clínicas y/o bioquímicas inexplicables para un médico con experiencia.
- El diagnóstico de SMPP, con frecuencia, es tardío, tras someter al paciente a análisis, exploraciones, biopsias, intervenciones, etc., encaminadas a la búsqueda de un diagnóstico inexistente.
- El responsable del SMPP suele ser la madre, que presenta un perfil “peculiar” y que suele tener una buena relación con el personal sanitario que asiste a su hijo/a.
- Los síntomas y signos agudos desaparecen cuando la persona que lo manipula se separa del paciente.

Epidemiología

El SMPP es una variante del maltrato infantil y, como en éste, su incidencia es imposible de precisar. En el 95% de los casos es la madre la que está implicada, afecta generalmente a niños menores de 5 años y no existe predilección significativa por ningún sexo. El tiempo que transcurre entre el comienzo de la *sintomatología* y el diagnóstico correcto y definitivo de SMPP es variable^{4,5}.

El SMPP es una variante frecuente y grave de maltrato infantil, ya que cursa con una elevada mortalidad.

Generalmente, es largo, de meses e incluso de años, con una media de 8-10 meses, durante los que se somete al *paciente* a todo tipo de estudios, determinaciones analíticas, exploraciones, biopsias, intervenciones, etc. y, a veces, evoluciona hacia el fallecimiento sin que se haya podido establecer el diagnóstico de SMPP.

Su incidencia es imposible de precisar, aunque muchos casos pasan inadvertidos o se diagnostican tardíamente.

La mortalidad de este síndrome tampoco está definitivamente precisada, pero se presume alta, en torno al 15-22% e incluso superior, ya que casos de *síndrome de muerte súbita del lactante* u otras muertes infantiles mal definidas muy probablemente corresponden a SMPP. El mejor conocimiento de este cuadro por parte de pediatras, personal sanitario, maestros, cuidadores, etc. permitirá realizar diagnósticos más frecuentes y tempranos de SMPP. En ocasiones, se produce en más de un miembro de la familia y constituye lo que se llama *SMPP en serie*.

Con frecuencia, casos de “síndromes de muerte súbita del lactante” o de muertes mal definidas en niños pequeños son en realidad SMPP.

Clínica

Las manifestaciones clínicas del SMPP son múltiples, variopintas, heterogéneas e inexplicables. Es imposible hacer una descripción de las distintas manifestaciones que pueden presentar estos pacientes, ya que van a estar en relación con las distintas simulaciones o provocaciones que realice la persona que provoca el síndrome. Habitualmente, serán las manifestaciones digestivas, abdominales, hemorrágicas, neurológicas, nefrourológicas y cutáneas las más frecuentes. Sin embargo, se han descrito todo tipo de cuadros simulados en el SMPP como fiebre prolongada, síndrome de inmunodeficiencia, fibrosis quística de páncreas, epilepsia, crisis de apnea, sepsis recidivantes polimicrobianas, glucosurias, caos bioquímico, síndromes de hipoabsorción, hipoglucemia, intoxicaciones con los productos más diversos, etc.⁶⁻¹³.

Sin embargo, dada la diversidad de manifestaciones, que dependen de la imaginación y de la astucia de quien manipule al niño, debe considerarse SMPP, según Meadow², siempre que un niño presente alguna de las características que se recogen en la tabla 1.

Tabla 1. Síndrome de Münchhausen por poderes. Señales de alarma

Enfermedades persistentes o recurrentes sin explicación
Discrepancia entre los datos clínicos y la historia. Los signos y síntomas no tienen sentido clínico
Signos y síntomas preocupantes que no pueden ser explicados o interpretados por un médico con experiencia y le hacen comentar frases como: "jamás he visto un caso parecido", "es un caso insólito", etc.
Los signos y síntomas no se presentan en ausencia de la madre
Madre especialmente pendiente de su hijo, del que no quiere alejarse ni por períodos cortos de tiempo
Intolerancia al tratamiento
La madre está menos preocupada por la situación de su hijo que los médicos y el personal sanitario, con quienes, generalmente, tiene una buena relación y suele alabar su interés
"Convulsiones" que no responden al tratamiento adecuado
Madres con experiencia previa o con estudios, frecuentemente fracasados, de Medicina o Enfermería
Madre con historia de síndrome de Münchhausen
Hijos fallecidos previamente sin causa explicable (¿muerte súbita?)

Adaptada de Meadow².

Habitualmente, la causante del SMPP es la madre, que siempre está junto al paciente.

Con frecuencia, la madre que provoca el SMPP tiene conocimientos o estudios (fracasados) de Medicina o Enfermería.

En el SMPP, la madre está menos preocupada por la situación de su hijo que el personal sanitario, con el que mantiene una buena relación.

Según la experiencia de la mayor parte de los autores, la madre inventa los síntomas y signos y fabrica las manifestaciones de la falsa enfermedad, con una gran habilidad y destreza e, incluso, con evidentes conocimientos médicos. A veces, se trata de historias rocambolescas que recuerdan relatos policiales con suplantación,

cambio de muestras en el laboratorio, etc. Las hemorragias suelen deberse a que la madre añade sangre del niño o su propia sangre a la orina, heces o vómitos del paciente. Otras veces embadurña la cara del perineo del pequeño con sangre que procede de los propios tampones menstruales maternos o de punciones que se hace la madre a sí misma. En otras ocasiones, no se trata de sangre, sino de pintura u otros productos que añade a las muestras orgánicas para colorearlas y simular una hemorragia.

La madre provoca los vómitos repetidos mediante una intoxicación intencionada con distintos productos, tales como la ipecacuana. Goebel et al¹⁴ refieren 2 casos de miocardiopatía por intoxicación con ipecacuana, en el contexto de un SMPP. Basándose en su experiencia, estos autores aconsejan que en todo

Tabla 2. Maltrato infantil por agentes químicos (síndrome de Münchhausen por poderes). Agentes utilizados

Fenotiacina	Exceso de vitamina A
Salicilatos	Tranquilizantes*
Hidrato de cloral	Soluciones intravenosas contaminadas
Aceite de pino	Imipramina
Dihidrocodeinona	Amitriptilina
Fenformina	Hortotriptilina
Furosemida	Clorpromacina
Clordeldina	Diacepam
Amobarbital sódico	Clortalidona
Secobarbital sódico	Insulina*
Metacualona	Exceso de agua*
Fenofaleína	Exceso de sal*
Warfarina	Leche diluida
Glucosa	Pimienta
Perfenacina	Agua de manguera
Barbitúricos*	Ipecacuana Hidrocarburos (vía parenteral)

*Agentes más utilizados.

paciente con un cuadro de vómitos y diarrea prolongada que pueda llevar a una deshidratación y malnutrición, al que se asocia una afectación muscular cardíaca y/o esquelética, hay que pensar en una intoxicación por ipecacuana y en un SMPP¹⁵.

Otras manifestaciones digestivas como los vómitos fecaloideos fueron el resultado de añadir heces al contenido del vómito.

Se han descrito cuadros de ataxia aguda y/o crónica en niños cuyas madres les administraron barbitúricos de forma intencionada y prolongada.

La fiebre se simula con gran facilidad, frotando el termómetro o bien introduciéndolo en un líquido caliente.

El caos bioquímico se provoca diluyendo la sangre o añadiendo sal, azúcar, etc., a los distintos líquidos orgánicos.

Los hemocultivos positivos y las sepsis de repetición con bacteriemias polimicrobianas suelen ser consecuencia de la manipulación de catéteres intravenosos, que simulan inmunodeficiencias complejas.

Las manifestaciones cutáneas también son frecuentes en el SMPP y se producen frotando repetidamente la piel con el dedo, las uñas o con un objeto, hasta obtener lesiones bullosas; aplicando soluciones cáusticas en diversos puntos de la piel o bien haciendo punciones que simulen un cuadro purpúrico hemorrágico. Los cuadros neurológicos que presentan los niños con SMPP suelen ser secundarios a la administración de preparados barbitúricos, sedantes, neurolépticos e hidrocarburos.

Las intoxicaciones provocadas, como forma particular del maltrato, deben ser incluidas en el SMPP. En 1982, Dine y McGovern⁶ referían 48 casos de intoxicación intencionada

en niños, 7 personales y 41 recogidos en la bibliografía; que junto con otras comunicaciones nos han permitido seleccionar los agentes más frecuentemente utilizados en el síndrome de malos tratos por agentes químicos o SMPP (tabla 2). En un 30% de los casos estas intoxicaciones provocadas persisten durante la hospitalización del paciente y en un 20% se

asocian con maltrato físico, aunque éste deje de producirse cuando el paciente permanece hospitalizado. Estas formas de intoxicaciones provocadas o SMPP por administración de agentes químicos o medicamentos tienen una elevada mortalidad, entre el 15 y el 20%,

y con frecuencia dejan secuelas neurológicas, especialmente cuando se utilizan los agentes más peligrosos (insulina, hidrocarburos, etc.).

Las hipoglucemias facticias son frecuentes y, aunque los primeros casos de "maltrato químico" por administración de insulina se describieron en 1947, sólo recientemente se han incluido en el SMPP. El coma hipoglucémico es una expresión frecuente del síndrome que nos ocupa. A fin de diagnosticar estos casos Mayefsky et al¹⁶ señalan que la de-

terminación del péptido C es de gran importancia, ya que se trata de un marcador fiable de la actividad de las células beta del páncreas.

Según estos autores, el diagnóstico de coma hipoglucémico como consecuencia del SMPP se basa en la tríada: hipoglucemia, hiperinsulinismo y bajas concentraciones de péptido C en el suero, ya que estos 3 datos son la expresión de un hiperinsulinismo exógeno, en este caso provocado sin fines terapéuticos.

Las manifestaciones clínicas y/o bioquímicas del SMPP son variopintas, ya que dependen de la imaginación y de la astucia de quien las provoca.

Con frecuencia, los resultados de las determinaciones analíticas son disparatados o incompatibles con la vida.

Cuando un pediatra o un médico con experiencia expresa manifestaciones como "nunca visto" o "incomprensible" debe sospechar que puede estar ante un SMPP.

Diagnóstico

Son múltiples las dificultades que entraña el diagnóstico del SMPP. En primer lugar, este diagnóstico se retrasa o no se hace porque todavía el pediatra no está suficientemente familiarizado con el cuadro. Esto supone una grave responsabilidad, pues si en el SMPP la madre es habitualmente la responsable, el médico puede ser, por su incompetencia, el "cómplice". Debemos sospechar, por tanto, esta enfermedad en todo paciente, generalmente pequeño, menor de 5 años, que presente una enfermedad "rara", con una sintomatología que se caracterice por ser inhabitual, recidivante y que haga comentar a pediatras bien informados y con experiencia frases como: "nunca he visto nada igual", "no recuerdo nada parecido", en niños que han sufrido previamente múltiples estu-

En ocasiones, el SMPP se da en más de un hijo (SMPP en serie), lo que es especialmente grave.

dios en diversos centros hospitalarios, que se les ha sometido a numerosas exploraciones, determinaciones analíticas, biopsias, intervenciones, etc. También hay que sospechar el

SMPP en situaciones en que la madre no consiente separarse del niño y ésta mantiene una buena relación con los médicos, que están incluso más preocupados por la evolución insatisfactoria o por la falta de diagnóstico que la propia madre. En muchas ocasiones, se recogen problemas graves en la pareja, afectación psicológica de la madre, hijos previos con similares problemas o con muertes inex-

pligables e incluso madres que previamente trabajaron o estudiaron temas relacionados con disciplinas sanitarias. Este conjunto de características definen y permiten llegar al diagnóstico de SMPP¹⁷⁻¹⁹.

Evolución y pronóstico

El pronóstico y la evolución del SMPP es grave y, con frecuencia, mortal¹⁹. Hay que tener en cuenta que, en muchas ocasiones, el niño presenta graves secuelas psicológicas y/u orgánicas y, en el mejor de los casos, el niño está sometido a múltiples estudios (hemogramas, cultivos, determinaciones bioquímicas), extracciones de sangre, punciones, radiografías, exploraciones agresivas (cistografías, broncoscopias, biopsias, etc.), recibe antibioterapia y todo

tipo de medicación innecesaria, etc. Se han descrito casos en los que ha sufrido múltiples ingresos hospitalarios, con lo que esto supone en cuanto a pérdida de escolaridad, gasto por ocupación de cama, hospitalización, etc. Guandolo⁸ refiere el caso de un niño de 5 años que “a pesar de gozar de buena salud, su historia tiene más de 250 anotaciones sobre visitas y consultas al pediatra”. Reig et al¹⁷ refieren el caso de 4 hermanos, de los que 2 fallecieron en circunstancias sin aclarar, y de los otros 2 supervivientes, uno “ingresó 13 veces, se le practicaron 42 extracciones de sangre para análisis, 55 gasometrías, un examen de líquido cefalorraquídeo (LCR), 61 placas radiográficas y múltiples estudios de orina”. Al otro hermano se le hicieron en “23 ocasiones que estuvo ingresado y revisado por 6 servicios distintos, sin contar las consultas en el servicio de urgencias, al menos 50 extracciones analíticas, 60 gasometrías, cariotipo, pruebas cutáneas, estudios metabólicos, innumerables cultivos de orina, 4 estudios de LCR, 6 electroencefalogramas (EEG), una tomografía computarizada (TC), un tránsito digestivo baritado, 2 urografías, 2 cistografías, 50 radiografías, etcétera”.

Las madres tienen, casi constantemente, un comportamiento peculiar. Meadow² refiere en su trabajo, frases del equipo respecto a estas madres: “la madre estaba pegada al niño como una lapa”, “no dejaba al niño ni para comer”, “la madre estuvo 4 semanas en el hospital y ni una sola vez salió fuera”. Por otra parte, suelen mostrar una buena relación con los médicos y el

El personal sanitario y, especialmente, el pediatra deben saber reconocer el SMPP para evitar sufrimientos y morbimortalidad al paciente.

El diagnóstico de SMPP requiere una protección del paciente y una atención psiquiátrica a quien lo provoca.

resto de personal sanitario, que muchas veces están más preocupados que la propia madre por la salud del niño. Catalina y Mar-domingo⁴ refieren cómo las madres se muestran muy pendientes del paciente, pero resulta llamativo

que la madre muestre en sus cuidados y atenciones una actitud más profesional que afectiva. Hoy se considera que estas madres, que con elevada frecuencia han llevado a cabo estudios sanitarios sin éxito, plantean el SMPP como una especie de reto frente a los médicos y al sistema sanitario e intentan provocar su fracaso en el diagnóstico. Por otra parte, estas situaciones podrían reforzar el vínculo con el marido y ser la expresión de un sentimiento de amor-odio respecto al hijo. En muchas ocasiones, el padre es un personaje poco significativo en el contexto familiar o se sitúa al margen de los acontecimientos. Ocasionalmente, el padre también puede presentar un SMPP.

Varios factores nos permiten encuadrar los casos de SMPP especialmente graves, recogidos en la tabla 3.

Cuando tengamos sospecha fundada de SMPP, Meadow² aconseja llevar a cabo las siguientes investigaciones:

1. El niño debe separarse de su madre con el fin de averiguar si los síntomas y signos ocurren en su ausencia. Asimismo, se tomarán medidas para que una enfermera con experiencia recoja las muestras destinadas a investigaciones de laboratorio.
2. Hay que comprobar todos los detalles de la historia relacionados con el niño, la familia, la madre y su vida. El médico de cabecera, asistentes sociales, personal de otros hospitales y centros pueden dar información al respecto. Es frecuente que la madre refiera datos falsos respecto a su educación, estudios, trabajo, etc. Asimismo, se debe comprobar si la madre ha presentado un síndrome de Münchhausen, si ha referido manifestaciones similares a las del niño y si otros hijos han sufrido manifestaciones similares^{20,21}.
3. Se comprobará que existe una relación entre la aparición de las manifestaciones y la presencia de los padres.
4. Se deben recoger muestras para realizar investigaciones, cuando el niño ingresa y cada vez que el niño esté “enfermo” o recidiven las manifestaciones.
5. Hay que comprobar reiteradamente la realidad de los signos, que los exantemas no desaparecen con agua o alcohol, que la sangre sea realmente sangre y si pertenece al niño o a la madre estudiando los oportunos grupos sanguíneos, etc.
6. Se precisará ayuda psiquiátrica.

Tabla 3. Síndrome de Münchhausen por poderes. Signos de riesgo

Los métodos empleados por la madre pueden ser potencialmente mortales: por ejemplo, ahogo o envenenamiento

Si se producen en niños menores de 5 años

Si en la historia familiar ha habido fallecimientos inexplicados o secuelas graves en otros hijos

Ausencia de entendimiento por parte de la madre de lo que está ocurriendo y poca disponibilidad para ayudar socialmente a la madre y a la familia

Madres que previamente han presentado un síndrome de Münchhausen

Enfermedades sociales graves en el responsable del engaño: drogadicción, alcoholismo, etc.

Persistencia en la “fabricación” de síntomas y signos después de algún tipo de confrontación con la madre

Una vez que la sospecha de SMPP se ha confirmado, la actitud que se debe seguir será similar que en el resto de los casos de maltrato, por lo que no nos detendremos en este momento en el análisis de las conductas que se seguirán a medio y largo plazo^{22,23}.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

- Asher R. Münchhausen's syndrome. *Lancet* 1951;1(6):339-41.
- Meadow R. Münchhausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982;57:92-8.
- Meadow R, Leennert T. Münchhausen por poderes o síndrome de Polle. ¿Cuál es el término correcto?. *Pediatrics* (ed. esp.) 1984;18:100-2.
- Catalina ML, Mardomingo MJ. Síndrome de Münchhausen por poderes: revisión de 35 casos de la literatura. *An Esp Pediatr* 1995;42:269-74.
- Clark GD, Key JD, Rutherford P, Bithoney W. Síndrome de Münchhausen por poderes (malos tratos infantiles) puesto de manifiesto en forma de un aparente síndrome de Polle. *Pediatrics* (ed. Esp.) 1984;18:75-7.
- Dine MS, McGovern ME. Intoxicación intencionada de los niños. Una forma poco conocida de malos tratos: comunicación de 7 casos y revisión de la literatura. *Pediatrics* (ed. esp.) 1982;14:33-7.
- Ginies JL, Goulet O, Champion G, Larchet M, Granry JC, Coupris L, et al. Syndrome de Münchhausen par procuration et pseudo-obstruccion intestinal chronique. *Arch Franc Ped* 1989;46:267-9.
- Guandolo VL. Münchhausen syndrome by proxy: an outpatient challenge. *Pediatrics* 1985;75:526-30.
- Malatack JJ, Winer ES, Gartner JC, Zitelli BJ, Brunetti E. Síndrome de Münchhausen por poderes. Una nueva complicación de la cateterización venosa central. *Pediatrics* (ed. esp.) 1985;19:185-7.
- Orenstein DM, Wasserman AL. Síndrome de Münchhausen por poderes simulando una fibrosis quística. *Pediatrics* (ed. esp.) 1986;22:57-60.
- Palomeque A, Martínez A, Doménech P, Pedrola D, Lequerica P, Toro D. Síndrome de Münchhausen inducido como intoxicación recidivante con imipramina. *An Esp Pediatr* 1986;25:257-9.
- Delgado A, Gárate J, Bejarano E. Síndrome de Münchhausen por poderes. *Contemporary Pediatrics* 1991;1:13-8.
- Delgado A. Maltrato en el niño. Grandes síndromes en pediatría. Volumen 2. Bilbao: Editorial UPV, 1996.
- Goebel J, Gremse DA, Artman M. Miocardiopatía secundaria a la administración de ipecacuana en el síndrome de Münchhausen por poderes. *Pediatrics* (ed. esp.) 1993;36:230-2.
- Berdner P, Kastner T, Skoknick L. Síntomas de intoxicación crónica por ipecacuana en la infancia: comunicación de un caso. *Pediatrics* (ed. esp.) 1988;26:182-3.
- Mayefsky JH, Sarnaik AP, Postellon DC. Hipoglucemia facticia: malos tratos infantiles mediante la inyección de insulina. *Pediatrics* (ed. esp.) 1982;13:397-8.
- Reig C, Herrera M, Nebreda V, Urbon A, García J, Cuadrado P. Síndrome de Münchhausen por poderes. *An Esp Pediatr* 1986;25:251-6.
- Rosenberg DA. Web of deceit a literature review of Münchhausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987;11:547-63.
- De Toni T, Gastaldi R, Scarsi S, Acutis MS, Levi M, Duillo MT. La síndrome di Münchhausen per procura. *Min Ped* 1987;39:33-6.
- Alexander R, Smith W, Stevenson R. Síndrome de Münchhausen por poderes en serie. *Pediatrics* (ed. esp.) 1990;30:205-9.
- San Sebastián FJ, Lana F, Crespo MD, Martínez M. Síndrome de Münchhausen por poderes. A propósito de un caso que implicó a dos generaciones del núcleo familiar. *Rev Esp Pediatr* 1988;44:269-74.
- Meadow R. Management of Münchhausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1985;60:385-93.
- Escudero B, Zapatero M, Arizmendi MC, Arana I, Mardomingo MJ, Catalina ML. Síndrome de Münchhausen por poderes. Actuación médica. *Act Ped Esp* 1993;51:759-64.