

## SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES: UNA FORMA DE MALTRATO INFANTIL

Daniel Gómez-Sánchez (1), Víctor Mateu-Beitia (1) Sandra Llinares-Ramal (2),  
Jose Miguel Sequi-Canet (3) Nelson Orta-Sibú (4).

Recepción: 11/01/2022  
Aceptación: 25/02/2022

### RESUMEN

El síndrome de Münchausen por poderes constituye una particular forma de maltrato infantil cuya gravedad radica en su potencialmente elevada morbi-mortalidad, en gran parte debida a su difícil diagnóstico y manejo. Se reporta la experiencia de dos casos de este síndrome de características extraordinariamente similares, y con cuadros clínicos extremos dada la diversidad de manifestaciones narradas, el número de diagnósticos, la gran cantidad de consultas y el elevado número de ingresos; todo ello denota la dificultad en el diagnóstico y manejo de esta patología, cuyo retraso implica un gran peligro para el niño a nivel psicológico, físico y social. En ambos casos el agente causal es la madre, con un nivel socioeconómico bajo e importante disfunción familiar.

**Palabras Clave:** Münchausen, Trastorno facticio impuesto en otro, Maltrato infantil, Síndrome de Münchausen por poderes.

### MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY: A FORM OF CHILD ABUSE.

### SUMMARY

Münchausen syndrome by proxy is a particular form of child abuse whose severity lies in its high morbidity and mortality, due to its difficult diagnosis and management. We provide the experience of two suggestive cases of this syndrome with extraordinarily similar characteristics and with extreme clinical presentations due to the variety of manifestations, the elevated number of diagnosis, consultations and admissions to the hospital. The aim of this presentation is to highlight the difficulty in the diagnosis and management of this pathology, whose delay implies a great danger for the child at a psychological, physical and social level. In both cases the causal agent is the mother, with a low socioeconomic level and significant family dysfunction.

**Key Words:** Münchausen, Child abuse, Münchausen syndrome by proxy, Factitious disorder imposed on another .

## INTRODUCCIÓN

El “Síndrome de Münchausen por poderes” (SMPP) ó “Trastorno Fáctico impuesto en otro”, consiste en un patrón conductual del cuidador de un (a) niño, frecuentemente la madre, quien da información falsa, con el objetivo de simular una enfermedad (1-4).

El cuadro es variable (1-3), y el diagnóstico se sospecha por conductas anómalas del paciente o del cuidador. Es necesaria acuciosidad diagnóstica para la seguridad del paciente (2,5) y los criterios de Rosenberg constituyen una herramienta valiosa (6).

Se reportan dos casos clínicos extremos y aspectos resalantes del SMPP.

## PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

Caso 1: Niña de 6 años, producto de I embarazo a término, anemia gestacional, parto eutócico. Peso 3.340 grs y talla 50 cms al nacer; pruebas metabólicas convencionales normales. Lactancia materna exclusiva 3 meses, consultas en atención primaria y urgencias por “lactancia ineficaz”, alimentación complementaria difícil por “rechazo a aceptar” nuevos alimentos; curvas de peso y talla en percentiles 3 y 25 durante las etapas de lactante y preescolar; desarrollo psicomotor normal, vacunas completas, escolarización con cambios de colegio por “no adaptación” con los profesores.

Antecedentes: Madre 40 años, en tratamiento por depresión; padre 41 años, alcoholismo moderado.

Motivos de consulta: Digestivos: dolor abdominal, diarrea e intolerancia oral, -manifestaciones que propiciaban hospitalización-, sin detectarse durante el ingreso. Examen clínico y pruebas complementarias eran normales (hidratación, volumen urinario, electrolitos, equilibrio ácido base y funcionalismo renal); en una ocasión, los padres aportaron foto de supuesto vómito sobre un mantel, sospechándose escenario preparado. Otros: “dermatitis”, fiebre de origen desconocido y síntomas respiratorios (tos persistente y crisis de sofocación).

- (1) Pediatra. Hospital Universitario “Francisco de Borja”. Gandia. Valencia. España.  
Orcid 0000-0002-9594-6071 - Correo: dgomezsan@gmail.com
- (1) Pediatra. Hospital Universitario “Francisco de Borja”. Gandia. Valencia. España.  
Orcid: 0000-0003-3725-498X - Correo: victormateubeitia@gmail.com
- (2) Pediatra. Centro de Salud de Paterna. Valencia. España.  
Orcid: 0000-0001-9912-3884 - Correo: sandrallinares87@gmail.com,
- (3) Jefe Clínico de Pediatría. Hospital Universitario “Francisco de Borja”. Gandia. Valencia. España.  
Orcid: 0000-0001-9350-8425, - Correo: sequi\_jos@gva.es
- (4) Profesor Titular de Pediatría. Univ de Carabobo. Valencia. Venezuela.  
Profesor Visitante y Asesor de Investigación “Hosp Universitario “Francisco de Borja”. Gandia. Valencia. España.  
Orcid: 0000-0003-3725 - Correo: nelson.orta@gmail.com

Autor corresponsal:  
Nelson Orta Sibú. Correo: nelson.orta@gmail.com. Teléf.: +34 642965234

Caso 2: Niña de 6 años, producto de embarazo a término, parto eutócico. Peso y Talla al nacer: 3790 grs y 50 cms. Pruebas metabólicas normales. Lactancia materna exclusiva 40 días, regurgitadora habitual y ganancia ponderal adecuada; consultas por “problemas de lactancia”. Curva de peso y talla en percentil 50. Desarrollo psicomotor: normal, escolarización sin incidencias, asistencia a revisiones pediátricas e inmunizaciones completas. Madre: 33 años, y padre 32 años sanos.

Motivos de consulta frecuentes: Neurológicos: problemas del sueño, irritabilidad y movimientos anormales tipo crisis convulsivas, crisis de hipotonía y ausencias. Otros: diarrea, dolor abdominal, vómitos incoercibles, tos, fatiga y fiebre sin foco. Todo ello llevo a realizar pruebas analíticas, Tomografía axial computarizada (TAC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y, en una ocasión punción lumbar.

Los dos casos han tenido 34 y 25 visitas a urgencias, respectivamente, con múltiples ingresos, más de 200 contactos cada uno en atención primaria, más de 30 diagnósticos en historial clínico y varias hospitalizaciones (Tabla I)

**TABLA I. Síndrome de Munchausen por poderes. Datos relevantes de los casos**

	CASO 1	CASO 2
Primer contacto	“Lactancia ineficaz”	“Lactancia ineficaz”
Edad actual	6 años	6 años
Visitas a urgencias hospitalarias	34	25
Contactos en atención primaria	>200	>200
Diagnósticos activos	31	36
Hospitalizaciones	7	8

Las madres se mostraron colaboradoras con el equipo de salud, con conocimiento de términos médicos y rechazo a dejar a sus hijas con otros cuidadores (2,3,5). Durante los ingresos, al disminuir el tiempo que pasaban madre-hija juntas (otro familiar al cuidado) mejoraba la sintomatología y, si se les insinuaba contactar con servicios sociales, ambas madres reaccionaban con enfado y durante meses, no acudían a consultas (7) o acudían a otra área de servicios de salud.

## DISCUSIÓN

Karl Friedrich Hieronymus, barón de Münchhausen, alemán que se alistó en el ejército ruso, al retornar, narró aventuras increíbles (8). A partir de estas “hazañas”, que incluían: cabalgar sobre una bala de cañón o salir de una ciénaga tirándose de su propia coleta, Rudolf Erich Raspe creó un personaje literario en el cual se basó el nombre del síndrome.

En 1977 Roy Meadow acuñó el término SMPP y describió

2 casos. En uno de ellos la madre colocaba sangre en orina del hijo, y en el otro la madre administraba cantidades excesivas de sal (8).

En este síndrome se superponen invención y creación de síntomas con maltrato activo. El niño puede ser pasivo o colaborador, dado que ha crecido con este esquema, y es fácil que lo adopte como suyo. En los casos motivo de este reporte, la diversidad de motivos de consulta complica la valoración y diagnóstico, lo que dificulta el manejo, como ha sido reportado (2,3,5). No se encuentran datos sobre incidencia en España (1-4).

Es una forma sutil y enigmática de maltrato infantil, en la cual un (a) cuidador (a), en aparente preocupación y ocupación al cuidado del menor, simula enfermedad, manipula a los médicos, hasta convertirlos en protagonistas involuntarios del maltrato, por el uso innecesario de técnicas invasivas, como ocurrió con los dos casos presentados a quienes se le practicaron múltiples exámenes incluyendo estudios avanzados de imágenes como TAC y RMN y en un caso punción lumbar para estudio de líquido cefalorraquídeo, reportado en casos aislados (1-5). No hay cuadro clínico característico, pero si patrones de conducta que permiten sospecharlo (6), lo cual es importante, para evitar procedimientos (1-3).

El modo más frecuente de SMPP abarca la fabricación facticia de síntomas como: convulsiones, retención de heces, vómitos, diarrea, asma, alergias, infecciones, etc (1,3). Existe criterio compartido, que esta forma de maltrato requiere de un vínculo patológico hacia el menor y de capacidad de manipulación hacia el médico (2,6).

El médico, acaba siendo víctima de su preocupación por no precisar el diagnóstico, siente cuestionada su habilidad médica y puede abusar de medios diagnósticos, como ocurrió en estos dos pacientes, tratando de encontrar una patología inexistente (4,5).

La literatura relativa al SMPP describe a las madres como personas agradables, colaboradoras, que están a favor de la buena asistencia médica, inteligentes e informadas médicamente (4). La figura paterna suele estar poco integrada en la familia. Una característica de la figura paterna, en estos casos, es la mera confirmación de los hechos (1-3). No obstante, existe descripción de casos en los que es el padre quien ve la enfermedad en el hijo y consulta (1-3).

Los criterios de sospecha del SMPP fueron definidos por Rosenberg (6).

- Niño llevado de forma repetida al médico
- Prueba o evento positivo en cuanto a engaño con situación médica del niño
- Positividad de la prueba o del evento no es consecuencia de un error de esta, de una comunicación o de un mal tratamiento
- No existe otra explicación médica posible respecto a dicha positividad que la falsificación de la enfermedad.
- Ningún hallazgo excluye la falsificación de la enfermedad de forma creíble.

En el síndrome se describen los signos de alarma de Meadow (8) una enfermedad persistente o recurrente que no se explica desde el saber médico y los síntomas llevan a dudar de la patología ya que no pueden ubicarse en ninguna enfermedad conocida: los síntomas desaparecen cuando se logra que los padres permanezcan alejados, pero ellos son reticentes a alejarse, hasta por breve lapso; los tratamientos médicos dan escasos resultados, el médico considera el cuadro orgánico del niño como enfermedad extraña y los padres presentan menos signos de preocupación que el equipo tratante, como ocurrió en estos dos casos (1-4,9,10).

La enfermedad se puede presentar de dos maneras: (2,3)

- a) Enfermedad inducida o producida: esfuerzos activos para crear síntomas de enfermedades, a veces serias (sofocación, envenenamiento intencional)
- b) Enfermedad simulada: información falsa en relación a síntomas inexistentes y contaminar muestras de laboratorio.

El pronóstico varía dependiendo de la gravedad y de la intervención temprana de los profesionales involucrados (1-3).

Un diagnóstico tardío conlleva frecuentemente a comorbilidades psiquiátricas y psicológicas potencialmente graves en la edad adulta, como trastornos de personalidad, reproducción del síndrome con sus hijos, trastornos afectivos y somatomorfos (4).

El tratamiento va encaminado a buscar protección del menor, en el ámbito más cercano y menos restrictivo posible (1-3). Si se garantiza la seguridad del niño, no debe ser separado del seno familiar para garantizar esta asistencia y seguridad y se debe monitorizar desde atención primaria y especializada para detectar signos de alarma que pongan en riesgo al menor. El trabajo multidisciplinario es muy importante con participación de psiquiatría y psicología, servicios sociales y, de ser necesario, cobertura de aspectos legales. En estos pacientes se siguió este protocolo (1,4,5,6).

El objetivo del inductor es falsear o provocar síntomas para conseguir que el niño reciba tratamientos potencialmente dañinos, consiguiendo, a través de la atención médica benéfica emocional inconsciente (aunque es consciente de la realización de dichos actos) (7). Por ello, es importante subrayar que en este trastorno existe una conducta dañina voluntaria, pero con motivación no consciente, a diferencia del maltrato clásico, en el que la motivación es consciente (5).

Estos casos ilustran el diagnóstico complicado, siendo imprescindible atender aspectos psicosociales del entorno del niño, cuando la patología parezca repetitiva o dudosa (1-3,5).

En ocasiones la simulación de patologías puede ser casos banales como contaminación fecal de muestras (10) o lesiones cutáneas (11) y en otras casos graves como hemorragia digestiva (12), hasta enfermedades crónicas como lupus eritematoso sistémico (13).

La figura del pediatra es muy relevante en esta forma de

maltrato, dado que existe el riesgo de ser involucrado en la dinámica disfuncional, y pasar a ser sujeto activo inconsciente del daño al paciente, llevado por la motivación de solucionar el cuadro clínico que el niño parece presentar (1,3,5).

Del análisis de estos casos, se deriva que el “SMPP” o “Trastorno Facticio Impuesto en otro” es una patología subdiagnosticada, por lo cual es necesario mayor información a los pediatras. Es labor y responsabilidad del pediatra de atención primaria investigar los casos sospechosos y coordinarse con otros profesionales (1,2,15) para mejorar la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico.

## REFERENCIAS

1. Abeln B, Love R. An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. *Nurs Clin North Am* 2018;53(3):375-384.
2. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Review. Lancet* 2014;383(9926):1412-1421
3. Sousa Filho D, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf Neto A. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (Sao Paulo)*. 2017;15(4):516-521.
4. Sevillano-Benito I, Geijo-Urbe S, Mongil-López B, Imaz Roncero C, Uribe-Ladrón De Cegama F; Ruiz Sanz F et al. Between the sanitary complacency and the factitious disorder by proxy. *Actas Esp Psiquiatr* 2016;44(3):113-118.
5. Stirling J. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 2007;119:1026-1030.
6. Rosenberg D. Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse Negl*, 2003;27: 421-430
7. Burton MC, Warren MB, Lapid MI, Bostwick JM. Munchausen syndrome by adult proxy: a review of the literature. *J Hosp Med*. 2015;10(1):32-35
8. Meadow R. ABC of child abuse. Munchausen syndrome by proxy. *Review BMJ*. 1989;299(6693):248-250.
9. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl* 2003;27(4):431-451.
10. Şahin A, Dalgıç N, Tekin A, Kenar J, Yükcü B. Munchausen by Proxy Syndrome Associated with Fecal Contamination: A Case Report. *CNS Spectr* 2020.10:1-11
11. Sirka CS, Pradhan S, Mohapatra D, Mishra BR. Cutaneous Munchausen Syndrome by Proxy: A Diagnostic Challenge for Dermatologist. *Indian Dermatol Online J*. 2018; 9(6):435-437.
12. Özdemir F, Karakök B, Yalçın S. Factitious Disorder Presented by Haematemesis. Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA): A Case Report *Turkish J of Psychiatry* 2020;31(2):137-142
13. Kuhne AC, Pitta AC, Galassi SC, Gonçalves AMF, Cardoso AC, Paz JA et al. Munchausen by proxy syndrome mimicking childhood-onset systemic lupus erythematosus *Lupus*. 2019;28(2):249-252.
14. Abel B, Love R. An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy *Nurs Clin North Am* 2018; 53(3):375-384.
15. Abdurrachid N, Gama Marques J. Munchausen syndrome by proxy (MSBP): A review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA). *CNS Spectr* 2020. 10;1-11.