

Lactante con hematemesis ¿podría ser Munchausen?



ANA VICTORIA LEIVA VILAPLANA
(R2 PEDIATRÍA)

ROTATORIO LACTANTES: SEPT - OCT 2016

TUTORAS: DR.MANRIQUE, DRA.HERRERO, DRA.VICENT

CASO CLÍNICO: UPED (1º)



- **EA)** Lactante de 9 meses que acude por presentar 5 vómitos (sangre roja fresca). Rechazo parcial de tomas
- **AF)** Padres de Pakistán, consanguinidad. Hermana de 2 años en Pakistán, sana
- **AP)** Emb controlado, normoevolutivo. EG: 40+3s. Parto eutócico. Apgar: 9/10. PRN: 3330g. Periodo neonatal inmediato sin incidencias. Inmunoprofilaxis en regla. Dieta variada
- **EF)** TA: **86/42mmHg**. FC: **130lpm**. BEG. Leve palidez cutánea. No se objetivan signos de sangrado ni lesiones en cavidad oral. Plagiocefalia. ACP: rítmica, ruidos de transmisión de vías altas. ABD: Normal. Neuro: normal
- **PC)** Bq: Glu, Urea, Cr, iones, prot: normales. PCR: negativa
 - Hemograma: Leuco 13.250/mcL (21%N, 69%L, 6%M), **Hb: 11.3g/dL**(VN 10.7-13.1) **Hto: 35.8%**. **HCM: 22.1pg**; **VCM: 70.1fL**. Pla: 281.000
 - Coagulación: Normal

CASO CLÍNICO



- Evolución) Pasa a observación, se deja a dieta absoluta, inicia fluidoterapia iv, sin presentar nuevos vómitos y se reinicia alimentación enteral progresiva con buena respuesta
- JC) Síndrome de Mallory-Weiss
- Plan)
 - Recomendaciones tras el vómito
 - Dieta blanda que tolere sin forzar
 - Si repetición de vómitos hemáticos, acudir de nuevo

CASO CLÍNICO: UPED (2º)



- EA) A los 2 días acude porque la madre refiere vómitos hemáticos. Rechazo parcial de la alimentación. Previamente asintomático
- EF) TA: 120/69mmHg. FC: 125lpm. BEG. Leve palidez cutánea, no de mucosas. Resto normal
- PC)
 - Bq: Glu, Urea, Cr, iones, prot: normales. PCR: negativa
 - Hemograma: Leuco 11.620/mcL (25%N, 63%L, 6%M), Hb: 10.8g/dL, Hto: 34.6%. HCM: 21.9pg; VCM: 70fL. Plaq: 341.000/mm³.
 - Coagulación: Normal
- JC) Hematemesis
- Plan) Ingresa en lactantes

Diagnóstico diferencial



- Hematemesis: úlcera, Mallory-Weiss, cuerpo extraño, malformación vascular
- Sangrado del área ORL: traumático, catarral, cuerpo extraño
- Hemoptisis: TBC, infección, cuerpo extraño
- Alteración de la hemostasia: plaquetopenia, déficit de factores de la coagulación

CASO CLÍNICO: Lactantes (1º)



- PC)
 - VSG: 13mm
 - Hemograma, bq, coagulación: sin cambios
 - Perfil nutricional, vitB12 y ácido fólico: En rango normal
 - Sangre oculta en heces (SOH): Negativa
 - Mantoux: Ausencia de induración
 - Rx tórax: Sin hallazgos
 - **Digestivo Infantil:** “Sangrado por boca sin repercusión hemodinámica ni analítica, no objetivado en hospital. Asintomático. Heces normales. Vigilancia por su pediatra.”
 - **ORL:** “Orofaringe sin lesiones ni restos de sangrado. Nasofibroscopia: fosas nasales permeables, sin restos hemáticos, cavum, faringolaringe y subglotis en buen estado, sin lesiones.”

CASO CLÍNICO



- A) Niegan ingesta de medicación y cambios en la dieta habitual
- Evolución) A DA con fluidoterapia iv, ranitidina iv. Lavado gástrico: no se objetivan restos de sangrado. Se reintroduce alimentación enteral con éxito. Asintomático en todo momento y con BEG
- JC) Hematemesis de causa desconocida
- Plan) Se decide alta al 3er día de ingreso ante exploraciones complementarias normales y encontrarse asintomático. Control por su pediatra

CASO CLÍNICO: UPED (3º)



- EA) Acude a UPED tras unas horas en domicilio por presentar 3 vómitos de sangre fresca en domicilio. Aportan fotografía
- EF) FC: 110lpm. TA: normal. BEG. Sin restos de sangrado en orofaringe ni fosas nasales
- Se coloca SNG, se realiza lavado gástrico sin evidenciar sangrado
- Plan) Ingresa en Lactantes



CASO CLÍNICO: Lactantes (2º)



- Dx diferencial) No se trate de sangre: especias, tinte...
- PC) Hemograma: L 11.850/mm³ (22.8%N; 66.1%L, 7.4%M); Hb: 11.1g/dl; Pla: 336.000/mm³
 - Coagulación: Normal
 - Test de sangre oculta en heces: Negativo
- Evolución)
 - Se coloca SNG y se realiza lavado gástrico sin objetivar restos de sangrado. Se pauta omeprazol que se mantiene durante 48 horas. Se reinicia tolerancia oral con éxito. Se mantiene ingresado durante 5 días sin presentar síntomas
- Plan) Alta, en caso de reaparición de la sintomatología **acudir a urgencias con la muestra**



CASO CLÍNICO: UPED (4º)



- EA) Acude a las 24 h del alta por presentar con crisis de llanto un “vómito de aspecto sanguinolento” (traen un recipiente con restos que burbujan con H₂O₂, hemastix +)
- EF) TA: 113/50mmHg. FC: 120lpm.
Buen estado general. Resto sin cambios
- PC)
 - Rx tórax: sin alteraciones
 - Hemograma: L 14.150/mm³ (27.7%N, 64.1%L, 4.8%M); Hb: 11.3mg/dl; Hto: 36.5%; VCM: 70.5fl; HCM: 21.8pg; Plaq: 336.000/mm³
 - Bioquímica y Coagulación: ormal



○ Plan) Ingres a en Lactantes

CASO CLÍNICO: Lactantes (3º)



- Digestivo Infantil: Ante persistencia de la sintomatología y reingresos, se decide endoscopia digestiva alta: normal

¿Se trata de sangre?

- Llamativo color anaranjado
- Se realiza tira reactiva y test con H_2O_2 : +
- Se habla con laboratorio (SOH):
 - ✦ Prueba SOH no concluyente
 - ✦ Apariencia anómala a las 24h y tras centrifugación
 - ✦ Tras centrifugación, no celularidad (microcristales)

- H_2O_2 : falsos + y -
-Tira reactiva (hemastix):
Actividad peroxidasa de la Hb
- SOH: anticuerpos monoclonales frente a Hb humana

¿Y AHORA QUÉ?



- Otras posibilidades diagnósticas:
 - Síndrome de Munchausen por poderes
 - Simulación
 - Malos tratos
- Valorado por trabajadora social (bajo nivel socioeconómico, Notificación a Consellería)
- Valorado por psicóloga: **Simulación por poderes**



En nuestro caso...



- Durante el ingreso no se objetiva sangrado, así como en domicilio en presencia del padre
- La madre negó haber dado fármacos, tintes, alimentos diferentes a los habituales y cualquier conocimiento de la causa, no mostraba excesiva preocupación
- Viaje inminente a su país para circuncisión, gran preocupación
- La madre insistía que debido a la patología de su hijo no podían viajar
- Otra hija en Pakistán a cargo de la familia paterna
- Padre menos implicado, nunca presenció los vómitos
- Maltrato
- Pruebas: No se demostró que se tratase de sangre



¿



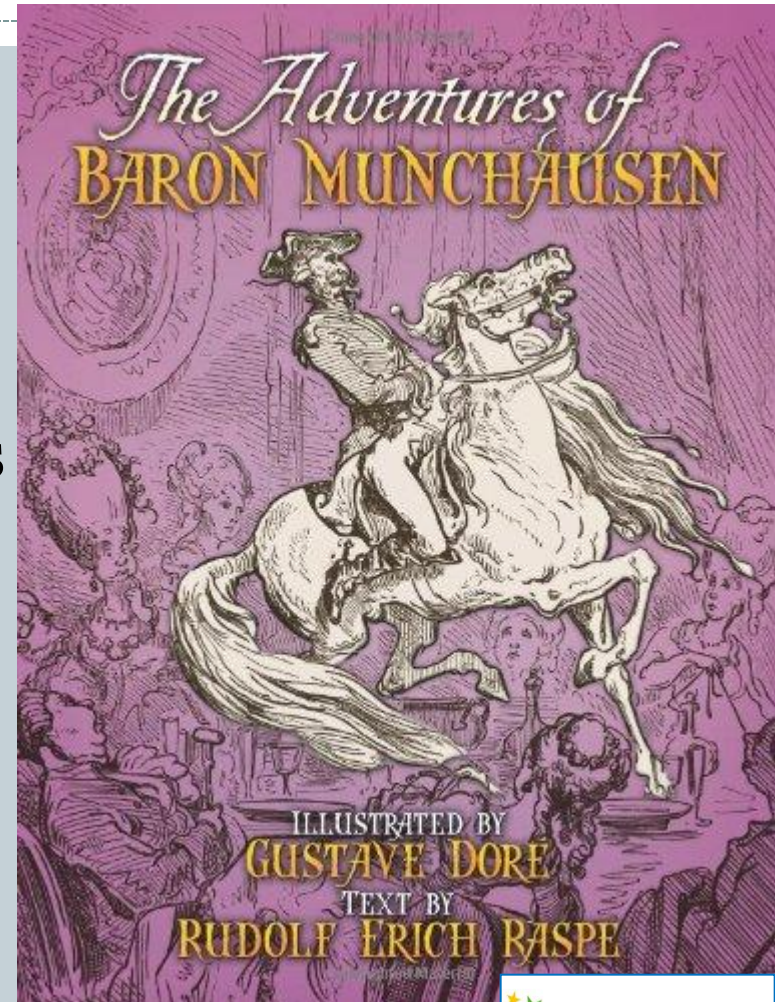
?

¿Munchausen, trastorno facticio o simulación por poderes?



Síndrome de Munchausen

- Mentiras patológicas (pseudología fantástica)
- Variedad de enfermedades fingidas
- Diferentes servicios hospitalarios de urgencias
- Distintas ciudades
- Sometido a procedimientos invasivos
- Dado de alta al ser descubierto
- 3 tipos: “abdominal agudo”, “hemorrágico” y “neurológico”



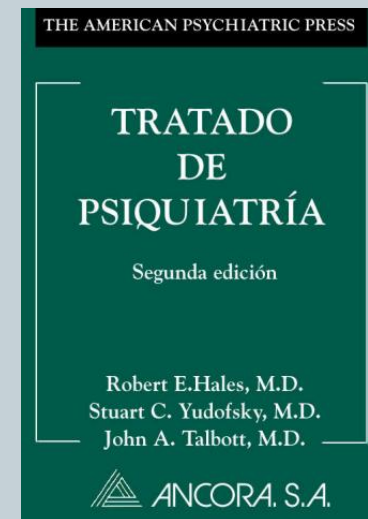
Trastorno facticio



- Sd. Munchausen: Connotaciones negativas
- DSM-III cambia el término por Trastorno facticio

TABLA 17-1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO FACTICIO SEGÚN EL DSM-IV

- A. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.
- B. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.
- C. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).



- Poco frecuente, no se conoce prevalencia real

Trastorno facticio por poderes



TABLA 17-2. DESCRIPCIÓN DEL DSM-IV DEL TRASTORNO FACTICIO NO ESPECIFICADO

300.19 Esta categoría incluye los trastornos que presentan síntomas facticios que no cumplen los criterios de los trastornos facticios. Un ejemplo es el trastorno facticio por poderes: la producción intencional o la simulación de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que está bajo el cuidado de esta persona para así poder asumir de forma indirecta el papel de enfermo.

- **No hay incentivos externos que justifiquen su comportamiento**
- La víctima: niño preescolar y el perpetrador: su madre (99%), padre desentendido
- Patología del aparato digestivo, genitourinario y SNC
- Desencadenantes: conflictos conyugales, abusos físicos, trastornos personalidad/depresión
- Curso atípico y resultados inconsistentes con el cuadro sintomático

Síndrome de Munchausen por poderes

T. Goñi González, M.ªJ. Martínez Roda, F. de la Cerda Ojeda y I. Gómez de Terreros

Servicio de Pediatría General. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. España.

ABLA 3. Características del perpetrador

Características generales del perpetrador

- Figura materna
- Edad joven: edad media
- Bajo nivel socioeconómico
- Ausencia de empleo fuera del hogar o empleo muy inestable
- Antecedentes familiares de maltrato
- Familias desestructuradas
- Existencia de trastornos psiquiátricos o de personalidad
- Actitud colaboradora con el personal sanitario
- Actitud despreocupada con relación con la situación del niño u oscilante entre indiferencia y excesiva preocupación
- Ausencia de conocimientos sanitarios

• La víctima puede sufrir alta tasa de morbimortalidad a consecuencia de las enfermedades inducidas y las pruebas diagnósticas y terapéuticas realizadas

Simulación



- Producción de los síntomas es intencional, motivado por un objetivo externo (más allá de lograr el papel de enfermo) (**Dx dif. Trastorno facticio**)
 - Adaptativa o disfuncional según la perspectiva del observador
- Hay conciencia del fingimiento intencionado de los síntomas (**Dx. Dif. Trastorno somatomorfo y de conversión**)
- Dificultad en el diagnóstico
 - Entrevista estructurada (datos sobre la validez de los síntomas, pruebas específicas)
- Manejo: Ayudar a los simuladores a que desarrollen capacidades alternativas para hacer frente a las circunstancias

TABLA 17-5. **Signos sugerentes de simulación**

Los síntomas son **vagos, mal definidos** y no se ajustan a entidades diagnósticas concretas

Las molestias, signos o síntomas **parecen excesivos o teatrales**

Las lesiones parecen autoinfligidas

En la investigación toxicológica se detectan sustancias tóxicas o medicamentos no prescritos cuya presencia no tiene explicación

La historia clínica o los datos diagnósticos **parecen haber sido alterados o modificados**

Hay antecedentes de lesiones o accidentes repetidos

La historia clínica, la exploración física y los datos diagnósticos no apoyan las molestias alegadas

El paciente no coopera en la valoración diagnóstica o en el tratamiento

El paciente se muestra remiso a aceptar un pronóstico favorable

El paciente solicita sustancias adictivas o que son objeto frecuente de abuso, con el fin de tratar el trastorno

El paciente obtiene compensaciones económicas o de otra índole como consecuencia del trastorno

El paciente puede evitar situaciones dolorosas, peligrosas, promotoras de ansiedad o desagradables en cualquier sentido, como consecuencia del trastorno

El paciente puede evitar responsabilidades legales o sociales, o eludir penas legales, como consecuencia del trastorno

Existe un diagnóstico concomitante de trastorno de personalidad antisocial

Adaptado de Yudofsky, 1991.

- Simulación por poderes: se elabora la enfermedad de un niño para obtener una ganancia secundaria (económica, social...)

Tratamiento



- Sistema de protección de la infancia (equipo multidisciplinario)
- Terapia familiar, implicar a toda la familia en el cuidado del niño
- Si se consideran malos tratos:
 - Garantizar que el niño esté a salvo
 - Garantizar que en el futuro no corre riesgos
 - Informar a las autoridades
 - Permitir que el tratamiento tenga lugar en el ámbito menos restrictivo posible (individualizar)

Conclusiones

- El trastorno facticio por poderes y la simulación por poderes son poco frecuentes, entrañan dificultades en su diagnóstico y causan una gran morbimortalidad
- El diagnóstico debe sospecharse en todo niño que ha sufrido múltiples visitas, estudios e ingresos hospitalarios y/o con patología abigarrada, que recidiva y responde mal al tratamiento habitual
- Se deben tener en cuenta en el diagnóstico diferencial
- En nuestro caso, el buen uso de las técnicas de identificación de la sangre hubiera evitado pruebas innecesarias

Bibliografía



1. Roesler T, Jenny C. Medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy). UpToDate. 2016
2. DSM-IV, Apéndice: Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. Trastorno facticio por poderes
3. Hales R, Yudovsky S, Talbott, J. Tratado de psiquiatría. 1996. Cap 17
4. Stirling, J. Más allá del síndrome de Munchausen por poderes: identificación y tratamiento de los malos tratos infantiles en un ámbito médico. Pediatrics (Ed esp).2007; 63:321-5
5. Goñi Gonzalez, T; Martinez Roda, MJ. Síndrome de Munchausen por poderes. An Pediatr (Barc). 2008;68:609-11
6. Masson. Trastornos facticios y simulación. Cap 17.
7. Vergara, G. Sangre oculta en heces. Rev Med Costa Rica y Centroamérica. 2010; LXVII: 363-367