

Trastorno Facticio en adultos: a propósito de un caso y revisión de literatura.

Factitious disorder in adults: a case report and literature review.

Nicole Commentz A.¹, Raul Jara L.²

ABSTRACT

Factitious disorder consists of falsifying, inducing or aggravating illnesses in order to receive medical attention, regardless of whether they are ill or not. The impact of this pathology ranges from high health costs associated with polyconsultation, hospitalizations and unnecessary treatments, the functionality and quality of life of these patients, up to the cost of human lives. This disorder continues to be a challenge for clinicians, since there is insufficient evidence on the epidemiology, etiology, clinic and management given its complexity. In this article, a clinical case will be presented, emphasizing the evolution of the disease, initial and subsequent management during hospitalization, together with an update based on the literature, on the treatment of this pathology, in order to propose preventive interventions or protocols that allow avoiding hospitalizations and unnecessary treatments. Then it ends with the resolution of the case, prognosis of this disease and a conclusion.

Key words: *factitious disorder; Munchausen syndrome; unexplained symptoms; adult; psychiatry.*

Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2022; 60 (3); 355-360

Recibido: 02-03-2021

Aceptado: 15-07-2021

Contribuciones y conflictos declarados por los autores: No hubo apoyo financiero de ningún tipo para la preparación de este trabajo de investigación ni conflicto de interés.

Aspectos éticos: En contexto de que la paciente no estaba en condiciones de consentir, este reporte de caso fue autorizado por el comité científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

¹ Médica Cirujana, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

² Médico Psiquiatra, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años, sexo femenino, con antecedente de tratamiento en salud mental e institucionalización temprana en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Baraken desde el año 2002. Presenta cuadro clínico con sintomatología depresiva y psicótica de difícil manejo y crónico con múltiples esquemas farmacológicos asociado a múltiples intentos de autolisis. Se ha encontrado en situación de calle gran parte de su vida, sin red de apoyo y viviendo en hogares. Ha sido diagnosticada a lo largo de su vida de esquizofrenia, trastorno de personalidad límite con rasgos histriónicos, coeficiente intelectual estimado límite y retardo mental mínimo, policonsumo (tabaco, alcohol, THC, PBC, neopreno e inhalantes) desde los 12 años.

De lo que se ha podido recopilar, esta paciente ha tenido al menos 8 hospitalizaciones solo en el Complejo Asistencial Hospital Sótero del Río entre los años 2006 y 2020, y sus diagnósticos van desde abortos provocados hasta status epiléptico, destacando altas administrativas por mala conducta con personal de la salud.

La paciente es derivada desde el Servicio de Urgencias del Hospital Padre Hurtado (HPH) el 21/10/2020 al Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río por episodio psicótico lúcido en estudio. Refiere como antecedente esquizofrenia diagnosticado a los 20 años, actualmente en tratamiento en Hospital Padre Hurtado, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 no insulino requiriente, lupus, trombofilia, enfermedad de Crohn, linfoma no hodgkin, tumor hepático tratado, menopausia precoz e hipotiroidismo. Respecto de los medicamentos refiere consumir: Azatioprina (no recuerda dosis), Mesalazina 500 mg (1 comprimido al día), Metotrexato 2.5 mg (1 comprimido cada 12 horas), Prednisona 20 mg (1 comprimido cada 8 horas), Anticoagulante oral (no recuerda nombre) y Modecate 1 ampolla IM mensual. Niega alergia a medicamentos, consumo de drogas y patología psiquiátrica.

Se describe en informe del HPH que paciente consulta en SU el 17/08/20 por compromiso de

conciencia de inicio brusco en paradero en el que se encontraba tras huir del hogar en el que residía. Fue trasladada en ambulancia sufriendo durante el trayecto una convulsión tónico clónica generalizada con estudio de TAC y EEG sin hallazgos patológicos e interpretados como una “pseudocrisis”. Destaca durante hospitalización somatización importante con exámenes normales; por ejemplo dolor torácico con electrocardiograma normal, fiebre facticia, “obstrucción intestinal”, pero con 3 deposiciones diarias. Además, múltiples episodios de agitación psicomotora con intentos de fuga, por lo que se decide sedar a paciente con propofol mientras es trasladada a unidad de mayor complejidad.

En unidad “Aguda” del HPH, paciente persiste con agitación psicomotora y 4 intentos de fuga por lo que se seda nuevamente con buena respuesta. El 27/09 presenta descarga séptica en la que se aísla el *Citrobacter freundii* en catéter venoso central y posteriormente en 2 hemocultivos, que requiere inicio de drogas vasoactivas que se logran suspender a las 20 hrs aproximadamente junto con la sedación. Completa tratamiento antibiótico con Amikacina e Imipenem por 1 semana con buena respuesta. Desde el punto de vista psiquiátrico mantiene alucinaciones visuales diarias, con intentos de fuga y autoagresión frecuente que no han sido posibles de controlar con terapia indicada por psiquiatría de enlace. No se cuentan con protocolos clínicos, unidades especializadas, ni personal capacitado para manejo de pacientes psiquiátricos descompensados de alta complejidad, por lo que se deriva paciente a HSR.

Al ingreso de unidad, dada la sospecha de TF, se solicitan todos los registros de la paciente en el HSR, en el cual se observa durante la hospitalización que tuvo el 27/09/2012 el diagnóstico de TF, en contexto de evaluación por equipo de Medicina Interna, quienes descartaron sus patologías de base: diabetes mellitus tipo 2 insulino requiriente, lupus, accidente cerebro vascular antiguo, infarto agudo al miocardio y epilepsia. Como manejo se inició tratamiento con olanzapina 20 mg al día, luego se agrega carbamazepina 400 mg

cada 8 horas observándose respuesta adecuada. En la evaluación neuropsiquiátrica se constatan rasgos de personalidad limítrofes. Se trabaja en contención, reconocimiento y manejo de angustia logrando progresivamente reconocimiento de mentiras en relación a patologías médicas. En la 3era semana de hospitalización presenta desajustes conductuales, dificultad para acatar las normas del equipo de enfermería, insultos a personal, episodios de angustia importantes, actitudes agresivas a funcionario al intentar ser contenida por este. En contexto de múltiples desajustes conductuales y de acuerdo a la normativa de hospitalización, se decide dar alta administrativa.

Durante hospitalización en el HSR, la paciente refiere inicialmente alucinaciones visuales y auditivas intensas, egodistónicas asociado a ideación suicida activa con planificación. Posteriormente se realiza confrontación a paciente en contexto de antecedente de TF diagnosticado el 2012 y antecedentes mórbidos que menciona; frente a lo cual se torna inicialmente sorprendida, reacciona ansiosa y luego actitud hostil, por lo que se continua confrontación de manera más sutil y constructiva con parcial respuesta.

INTRODUCCIÓN

El trastorno facticio corresponde a una patología psiquiátrica caracterizada por un comportamiento, en el cual el individuo busca atención médica ejecutando de forma consciente, múltiples conductas clínicas y no clínicas que van desde la exageración de síntomas hasta la falsificación deliberada de éstos.⁽¹⁾

La prevalencia de este cuadro, si bien es desconocida, se estima que a nivel global estaría entre el 0.5-2% y hasta un 1,4% en pacientes hospitalizados. Sobre la prevalencia según sexo, recientes estudios indican que es más frecuente en mujeres que en hombres. Además, alrededor del 40% y en algunas revisiones de casos 58-70%, la comorbilidad con los trastornos mentales y del comportamiento es alta: el comportamiento fáctico se ve principalmente en la personalidad, la adicción,

la alimentación y los trastornos relacionados con el estrés. Según una revisión sistemática de 455 casos, se describe una alta proporción de casos en psiquiatría (19%), departamentos de accidentes y emergencias (12%), neurología / neurocirugía (10%), infectología y dermatología (9% cada una), endocrinología (13%), así como cardiología y dermatología (10% cada una).^(1,2,3,4)

Sobre la etiología de esta patología, es desconocida, solo se han propuesto algunas teorías, tales como el abuso en la infancia, estilos de crianza en los que se genera un patrón de búsqueda de cuidado y la enfermedad física durante estadios tempranos. Además, el estudio con neuroimágenes funcionales ha mostrado algunos patrones no concluyentes, como la activación de regiones cerebrales ejecutivas con un aumento de la sustancia blanca prefrontal, en el caso de los pacientes que presentan pseudología fantástica.⁽⁵⁾

Al igual que otros trastornos del espectro somatomorfo, el trastorno facticio genera un gran impacto en la salud, específicamente en la funcionalidad y calidad de vida de quienes lo padecen, dado que suelen ser usuarios policonsultantes, y en consecuencia, un costo importante para la salud. En Chile, los policonsultantes adultos llegan a consumir aproximadamente un tercio de los gastos en salud, un 30% del total de pacientes adultos consume un 80% de las consultas de los centros de salud.^(6,7)

Por lo anterior, es que en esta revisión de literatura y reporte de caso se pretende, por un lado, realizar una actualización en torno a las directrices con respecto al tratamiento del trastorno facticio basado en la literatura y, por otro lado, exponer un caso clínico, con el fin de tener un conocimiento actualizado de esta enfermedad para proponer intervenciones preventivas o protocolos que permitan evitar hospitalizaciones y/o tratamientos innecesarios, y así poder disminuir el impacto que tiene actualmente.

GENERALIDADES

El trastorno facticio ha pasado por múltiples

concepciones, desde la primera descripción clínica que realizó Richard Asher en 1951 sobre el síndrome de Munchausen, en el cual los pacientes adornaban sus síntomas e inventaban historias clínicas para conseguir su ingreso al hospital, trasladándose de un lado a otro en búsqueda de atención médica; hasta los criterios diagnósticos que hoy se conocen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su quinta edición.^(8,9)

El diagnóstico de esta enfermedad es clínico, y puede haber un patrón de falsificación síntomas físicos y/o psicológicos; o bien, inducir o empeorar una lesión o enfermedad, asociado a un daño identificado que puede ser aplicado a sí mismo o a un tercero. Usualmente, los equipos médicos logran hacer el diagnóstico a través de un trabajo investigativo, a menos que el paciente revele la elaboración de los síntomas. Respecto del diagnóstico diferencial, es necesario tener en mente tanto patologías orgánicas / mentales como la simulación. Esta última, no es considerada como enfermedad, ya que los síntomas fingidos o provocados pueden tener como objetivo una ganancia social, económica o evitar responsabilidades.⁽⁷⁾

Dado que es una patología de curso intermitente, caracterizada tener episodios de recurrencia con o sin tratamiento, por ende, pronóstico incierto y que, una vez que se devela el diagnóstico, un porcentaje pequeño acepta tratarse. En un estudio retrospectivo, 80 de 93 pacientes se sometieron a consulta psiquiátrica, y 71 de ellos se enfrentaron al diagnóstico sospechoso; solo 16 admitieron tener la enfermedad y solo 19 de 93 pacientes aceptaron el tratamiento psiquiátrico, mientras que 18 abandonaron el hospital en contra del consejo médico. En una revisión de 32 informes de casos, 17 pacientes se enfrentaron a la sospecha de autolisis, 14 de ellos con un enfoque no punitivo, pero sin una correlación discernible con el resultado.^(12,13)

Actualmente, no existen tratamientos farmacológicos, psicológicos o de manejo ambiental claro, basados en la evidencia; solo se

encuentran algunas recomendaciones en base a opiniones de expertos. Sin embargo, los pacientes que tienen condiciones psiquiátricas comórbidas como depresión, es importante tratar los síntomas apropiadamente, ya que esto puede mejorar indirectamente el comportamiento fáctico.^(5,10,11)

RECOMENDACIONES DEL MANEJO

Ante la sospecha de TF, según la guía clínica presentada por Hausteiner-Wiehle & Hungerer (2020), se debe informar a los pacientes del diagnóstico diferencial de autolisis y, cuando corresponda, confrontar al paciente con la sospecha diagnóstica de TF en un enfoque gradual, constructivo y de apoyo (confrontación indirecta). Este enfoque incluye mantener una actitud vigilante y considerada, que implique una coordinación del equipo particularmente cuidadosa e indicaciones claras. Además, la comunicación con el paciente debe ser lo más empática posible. Debe hacerse referencia claramente al deber médico de atención en relación con los desarrollos peligrosos y las medidas innecesarias. Tanto el apoyo psicosocial concreto como la transferencia de la responsabilidad del tratamiento al paciente son pasos importantes en el camino hacia el desarrollo de autonomía y perspectivas más allá del papel del enfermo.

Antes de confirmar el diagnóstico de TF, el médico no debe dar de alta abruptamente al paciente una vez que se sospeche esta patología y debe evitar decirle su sospecha diagnóstica. Una vez que se confirma el diagnóstico, es importante abordar las necesidades emocionales subyacentes del paciente para determinar la motivación del TF; es posible que el paciente no comprenda completamente el nuevo diagnóstico. La prioridad en el manejo de la enfermedad se centra en permitir que la persona reconozca cuándo se siente obligada a participar en la sintomatología del TF y evitar que se repita.⁽¹⁰⁾

La evaluación temprana por un consultor psiquiátrico, psicosomático o psicológico apoya la confirmación diagnóstica especializada de TF debiendo incluir una evaluación del riesgo que los

pacientes representan para sí mismos o para otros y el inicio de nuevos contactos.⁽⁴⁾

PRONÓSTICO

Los escasos datos pronósticos disponibles indican diferencias drásticas en el grado de autolesión y el grado resultante de discapacidad: aproximadamente el 10-30% de los actos fácticos parecen ser eventos aislados e inofensivos; se ven cursos de enfermedad leves y remisiones completas. Sin embargo, los cursos episódicos o crónicos con discapacidades a veces duraderas parecen ser más comunes. Es probable que la mortalidad aumente: las causas de muerte pueden incluir complicaciones de intervenciones (provocadas) o suicidio, mientras que aproximadamente el 14% de los pacientes tienen pensamientos suicidas. La falta de reconocimiento de la fingida y la fabricación

de síntomas conlleva el riesgo de cronificación iatrogénica y empeora el pronóstico.⁽⁴⁾

CONCLUSIÓN

A pesar de las revisiones sistemáticas y de literatura que han ido apareciendo con el paso de los años; aún estamos lejos de tener un conocimiento óptimo de esta enfermedad. El TF inevitablemente es una patología difícil de diagnosticar, y por ende complejo de estudiar y manejar. No obstante, si se pueden tomar conductas para aumentar la probabilidad de éxito en el manejo de estos pacientes, tales como, mantener una actitud vigilante, empática, dando indicaciones claras y derivar al especialista dejando en claro los límites en relación al tipo de manejo que se tomará para evitar hospitalizaciones y tratamientos innecesarios.

RESUMEN:

El trastorno facticio consiste en falsificar, inducir o agravar las enfermedades para recibir atención médica, independientemente si están enfermas o no. El impacto que tiene esta patología va desde altos costos en salud asociado a la policonsulta, hospitalizaciones y tratamientos innecesarios; la funcionalidad y calidad de vida de estos pacientes, hasta el costo de vidas humanas. Este trastorno sigue siendo un desafío para los clínicos, puesto que no hay evidencia suficiente sobre la epidemiología, etiología, clínica y manejo dada su complejidad. En este artículo se presentará un caso clínico enfatizando en la evolución de la enfermedad, manejo inicial y posterior durante su hospitalización, junto con una actualización basada en la literatura, en torno al tratamiento de esta patología, con el fin de proponer intervenciones preventivas o protocolos que permitan evitar hospitalizaciones y tratamientos innecesarios. Luego se finalizará con la resolución del caso, pronóstico de esta enfermedad y una conclusión.

Palabras clave: *trastorno facticio; síndrome Münchhausen; síntomas inexplicados; adulto; psiquiatría.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bass C & Halligan P. (2014). Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet* 383, 1422–32.
2. Abeln B & Love R (2018). An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. *Nurs Clin N Am* 53, 375-84.
3. Yates GP & Feldman MD (2016). Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry* 41:20-8.
4. Hausteiner-Wiehle C & Hungerer S. (2020). Factitious disorders in everyday clinical practice. *Dtsch Arztebl Int* 117, 452–9.
5. Levenson J. (2019). *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry 3° Ed.* Washington: American Psychiatric Association Publishing.
6. Riquelme M & Schade N (2013). Trastorno Somatomorfo: Resolutividad en la atención primaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 51, 255-62.
7. Caneo C & Accatino L. (2016). Trastornos somatomorfos. En: Calderón J., González M. *Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática.* Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.
8. Sadock B, Sadock V & Ruiz P. (2015). *Kaplan & Sadock, Sinopsis de Psiquiatría 11° Ed.* Barcelona: Editorial Wolters Kluwer.
9. American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) 5ª Ed.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.
10. Galli S, Tatu L, Bogousslavsky J & Aybek, S (2018). Conversion, Factitious Disorder and Malingering: A distinct pattern or a continuum? *Front Neurol Neurosci* 42, 72–80.
11. Carnahan KT & Jha A (2020). Trastorno facticio. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557547/>
12. Krahn LE, Li H & O'Connor MK (2003). Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. *Am J Psychiatry* 160:1163-8.
13. Eastwood S & Bisson JI (2008). Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychother Psychosom* 77:209-18.

Correspondencia a:

Dr. Raúl Jara

rjaralatorre@gmail.com

Avenida Marcoleta #347, Santiago, Chile.