

Enfermedad ficticia*

Dr. Ramón R Guerra G

Depto. de Parasitología y Microbiología. Universidad de Oriente. Ciudad Bolívar.

1. Definición

Las enfermedades ficticias comprenden a todas aquellas situaciones clínicas en las que las acciones realizadas de forma intencionada por el paciente, generan una situación de confusión médica, creando conflictos de contradicción entre el médico, el paciente y el laboratorio.

2. Antecedentes históricos

Erich Raspe (1785), describe las historias del Baron von Muchausen.

Hector Gavin (1938), escribió sobre las enfermedades ficticias.

3. Importancia médica

Las enfermedades ficticias constituyen uno de los grandes problemas de la medicina actual y su repercusión médica estriba en:

- A. El difícil diagnóstico clínico por la ausencia de sospecha médica.
- B. La generación de gastos innecesarios por concepto médico y de laboratorio.
- C. Involucra la participación de todo el equipo médico y de laboratorio
- D. Son pacientes que ofrecen resistencia al tratamiento médico y muy en particular al psiquiátrico.

4. Características del paciente

El paciente con enfermedad ficticia es una persona que:

- A. Elabora una historia médica vaga, dramática, fantástica, inconsistente y que incluye actos heroicos.
- B. Implica en su enfermedad una peregrinación por médicos, laboratorios y hospitales.
- C. Presenta en su cuerpo múltiples cicatrices quirúrgicas, lesiones autoinflingidas y/o yatrogénicas.
- D. Poseen conocimiento literario de su enfermedad y manejan la terminología médica.
- E. Trabajan o han trabajado en una área médica.
- F. El paciente hospitalizado está controlado; pero, muestra disgusto y hostilidad ante la revista médica.
- G. Teme a los procedimientos médicos de diagnóstico y muy en particular a la cirugía.
- H. La enfermedad predomina en mujeres entre los 30 y 40 años de edad, ocupando en 5% del total de los casos que asisten a la consulta.

5. Tipos de enfermedad ficticia

La enfermedad ficticia ha sido clasificada de acuerdo con el tipo de desorden en: A. Endocrino, B. Metabólico, C. Hematológico, D. Genitourinario, E. Gastrointestinal, F. Respiratorio y G. Infeccioso.

La enfermedad ficticia no incluye: desórdenes de conversión, hipondriasis, condiciones yatrogénicas, intentos de suicidio u homicidio.

*Esta Revisión es una traducción con modificaciones de la publicación de Wallach (1).

A. Enfermedades ficticias de origen endocrino

A.1. Hipoglicemia

Reducción de los niveles de glucosa plasmática (80-120 mg/dl)

Clínica: sudoración, embotamiento, hambre, palidez, escalofríos, temblores, cefalea, mareo, debilidad, palpitaciones, ansiedad, síncope, incoordinación, desorientación, convulsiones, coma, y muerte.

Observa:

1. Diabéticos descompensados.
(administración inadecuada de insulina).
2. Insulinoma.
3. Simuladores diabéticos,
4. Intento suicida.
 - Administración de insulina exógena.
 - Ingestión de hipoglicemiantes orales:
 - Sulfonilurea
 - Tolbutamida

A. 2. Hiperglicemia

Elevación de los niveles plasmáticos de glucosa (80-120 mg/dl).

Clínica: vértigos, mareos, sudoración, shock, coma y muerte.

Observa:

1. Diabéticos descompensados (cetoacidosis).
(insuficiente insulina, baja dosis de hipoglicemiantes orales).
2. Ingesta exagerada de carbohidratos.

A.3. Síndrome de Cushing

Elevados niveles de cortisol en sangre y orina.

Disminución de los niveles de corticotropina en plasma.

Clínica: obesidad en cara tronco y abdomen, almohadillado de grasa en la nuca, debilidad muscular, hipertrichosis, acné, estrías, osteoporosis, aumento de los niveles circulantes de glucosa.

Observa:

1. Uso de esteroides vía intramuscular (enfermedades articulares y autoinmunes).
 - Betasona
 - Dexametasona
 - Hidrocortisona

2. Uso de esteroides anabolizantes vía oral, deportistas.

B. Enfermedad ficticia de origen metabólico

B.1 Hipopotasemia

Bajos niveles de potasio plasmáticos.

Clínica: debilidad muscular y parálisis, dificultad respiratoria, íleo paralítico, hipotensión, arritmias auriculares y ventriculares, alteraciones del electrocardiograma.

Observa:

1. Abuso de diuréticos.
2. Abuso de laxantes.
3. Autoinducción del vómito (bulimia).

B.2. Hipopotasemia con alcalosis metabólica

Bajos niveles de potasio o plasmáticos.

Clínica: debilidad muscular, postración, contracturas musculares y fatiga respiratoria.

Observa:

1. Abuso del bicarbonato de soda.
 - Ingesta de ácido salicílico, refrescos, soda.

C. Enfermedades ficticias de origen hematológico

C.1 Hemorragias (hematuria, melena, sangre por orificios).

Pérdida de sangre por ruptura del equilibrio: pared vascular, plaquetas circulantes y proteínas plasmáticas, con aumento del tiempo de trombina y con tiempo reptilase normal.

Clínica: salida de sangre con orina, heces, fosas nasales, cavidad oral, con causa aparente o sin ella.

Observa:

1. Discracias sanguíneas.
2. Traumas superficiales o profundos.
3. Carcinomas.
4. Ingestión warfarina.
 - Prolonga el tiempo de protrombina.
5. Inyección de heparina
 - Prolonga el tiempo parcial de tromboplastina con tiempo de protrombina normal.

C.2 Púrpura trombocitopénica

Pérdida de sangre localizada en piel por reducción del número de plaquetas.

Clínica: hemorragias por mucosas y/o piel, petequias y equimosis.

Observa:

1. Discrasias sanguíneas.
2. Traumas.
3. Ingestión de quinidina.

C. 3. Anemia

Reducción significativa de la masa eritrocitaria y de su capacidad para el transporte del oxígeno.

Clínica: debilidad, disnea, palpitations, anorexia, náuseas, vómitos, cólicos abdominales, pérdida de peso, palidez cutaneomucosa.

Observa:

1. Sangrados provocados.
(Difíciles de demostrar.)

Al Laboratorio: no hay hemólisis, desórdenes hematológicos, ni sangrado evidente.

D. Enfermedades ficticias de origen genitourinario

D.1 Hematuria

Presencia de sangre en orina.

Clínica: presencia macro o microscópica de sangre en orina, con proteinuria, piuria y bacteriuria o sin ellas.

Laboratorio: Presencia de cilindros hemáticos.
Eritrocitos normales.

Observa:

1. Cálculos urinarios.
2. Carcinoma.
3. Traumas uretrales o renales.
4. Adición de sangre a la orina.
5. Cuerpos extraños introducidos en vejiga.
6. Ingestión de anticoagulantes (warfarina)
7. Adición de yodo-povidone a la orina.

D.2 Proteinuria

Eliminación de proteínas en orina (albúmina, proteínas plasmáticas y/o glucoproteínas).

Clínica: presencia de proteínas en orina con sinto-

matología de tipo general y urinario o sin ella.

Observa:

1. Nefritis, nefrosis, glomerulo-nefritis.
2. Cálculos urinarios.
3. Adición de albúmina del huevo en la orina.
4. Inyección de albúmina del huevo en la vejiga.

Laboratorio: 1. Electroforesis de proteínas.
2. Biopsia renal.

D.3. Cálculos urinarios

Expulsión de cálculos por uretra.

Clínica: manifestaciones clínicas de origen urinario:

Cólico renal, hematuria macroscópica, disuria, polaquiuria y piuria.

Laboratorio: Ausencia de sangre en orina.

Observa:

1. Adición de minerales (piedras)= 80%.
2. Adición de partículas orgánicas
(granos de pimienta)= 20%.

E. Enfermedades ficticias de origen gastrointestinal

E.1 Diarrea

Trastorno funcional del intestino por aumento del tránsito.

Clínica: evacuaciones líquidas, frecuentes, acompañadas de cólicos abdominales, meteorismo, deshidratación, fiebre, debilidad muscular, cefalea, mialgias, hipotensión, coma y muerte.

Laboratorio: heces líquidas, aumento del potasio en heces.

reducción del potasio y del bicarbonato plasmático.

Demostración de laxantes en orina y heces.

Estudio radiológico: colon catártico

Observa:

1. Problemas infecciosos de origen bacteriano, viral y/o parasitario.
2. Intoxicación alimentaria.
3. Abuso de laxantes
Fenoltaleína, Vegetal.
Hidróxido de magnesio
Oxacina

4. Abuso de diuréticos.

Tiazídicos

Furosemid

Inhibidores de la anhidrasa carbónica

5. Bulimia.

E.2 Vómitos

Expulsión oral violenta del contenido gástrico por hipertonicidad gástrica o peristaltismo invertido del duodeno.

Clínica: palidez cutáneo-mucosa, aumento de la traspiración, hipersalivación, hipotensión, bradicardia, anorexia; puede llevar a: ruptura esofágica, deshidratación, pérdida de secreciones gástricas, alcalosis metabólica, hipopotasemia y desnutrición.

Laboratorio: baja del potasio y del cloro en sangre.
 aumento del bicarbonato en sangre.
 aumento del bicarbonato en orina.

Observa:

1. Problemas obstructivos gastrointestinales
2. Autoinducción (bulimia)

Enfermedad ficticia de origen respiratorio

F.1. Hemoptisis

Espustos con estrías sanguíneas o hemorragia franca.

Clínica: tos productiva crónica, pérdida de peso corporal, anorexia, dolor torácico, ruidos pleuropulmonares.

Estudios: rayos X de tórax antero-posterior y lateral).

Observa:

1. Tuberculosis pulmonar.
2. Carcinoma broncogénico.
3. Síndrome obstructivo pulmonar crónico.
4. Infarto y trombosis pulmonar
5. Adición de sangre al esputo.
6. Traumas torácicos autoinducidos.

Enfermedad ficticia de origen infeccioso

G.1 Fiebre

Elevación mantenida de la temperatura corporal (35,2-37,2°C)

Clínica: aumento de la temperatura, dorsalgia, mialgia, artralgia, escalofríos, temblores, sudoración, obnubilación, irritabilidad nerviosa, delirio y convulsiones.

Observa:

1. Procesos infecciosos locales o sistémicos.
2. Tumores malignos.
3. Ingestión de hormona tiroidea.
4. Ingesta de líquidos calientes.
5. Precalentamiento del termómetro.
6. Cambios de termómetro.
7. Mala sacudida del termómetro.

(temperatura mayor a los 41°C, ausencia de taquicardia, no hay un patrón febril definido, no hay diaforesis).

Indicado: temperatura en orina.

temperatura oral y rectal.

control presencial de la temperatura.

uso de termómetros eléctricos.

La enfermedad ficticia sugiere:

1. Paciente con patología emocional.
2. Reconocimiento prevé:
 - Posibles daños físicos, emocionales asimismo.
 - Daños a terceras personas.
3. Requiere de:
 - un mejor entendimiento de sus motivaciones.

REFERENCIA

1. Wallach J. Laboratory diagnosis of fictitious disorders. Arch Intern Med 1994;154:690-696.