

cultivo del líquido peritoneal fue negativo.

Ante la sospecha de comunicación pleuroperitoneal, se efectúa un peritoneograma isotópico con administración de  $^{99m}\text{Tc}$ -MAA, donde se aprecia la presencia de actividad del radiotrazador a nivel de hemitórax derecho que sugiere la existencia de comunicación pleuroperitoneal en dicho hemitórax (figura 1).

Tras confirmarse el diagnóstico de comunicación pleuroperitoneal, se decidió suspender temporalmente la DP y se transfirió el paciente a hemodiálisis.

### DISCUSIÓN

Los pacientes en DP pueden presentar complicaciones derivadas de la técnica; las más frecuentes son las peritonitis, las infecciones del catéter, las hernias. Otra menos frecuente es la comunicación pleuroperitoneal<sup>2,3</sup>. Ésta se produce por defectos diafragmáticos congénitos o adquiridos, a causa de un aumento de la presión intraabdominal al infundir el líquido peritoneal o asociada, en algunos casos, con episodios de peritonitis<sup>1</sup>. Su incidencia oscila entre el 1,6 y el 2%, aunque se piensa que puede ser mayor en algunas series. Es más frecuente en mujeres y en el lado derecho. Nuestro paciente es un varón que presentó una comunicación pleuroperitoneal derecha, y a cuyo diagnóstico se llegó debido a la sospecha clínica ante la presencia de disnea, hipoventilación y disminución de la ultrafiltración<sup>2</sup>.

En la radiografía de tórax se observa derrame pleural y la toracocentesis muestra un líquido con características de transudado, con una concentración de glucosa en líquido pleural mayor de la presentada en plasma<sup>2,3</sup>.

Como diagnóstico de confirmación, es muy útil el peritoneograma isotópico con  $^{99m}\text{Tc}$ -MAA, en el que se puede observar la comunicación pleuroperitoneal<sup>4</sup>.

Hay que descartar otras causas de disnea como la retención hidrosalina, la insuficiencia cardíaca, la hipoproteinemia, infecciones o neoplasias<sup>3</sup>.

El tratamiento consiste en el cese temporal o definitivo de DP, con descanso peritoneal y transferencia a hemodiálisis; en algunos casos en los que el paciente mantiene diuresis residual, se puede continuar DP automatizada (DPA) con bajos volúmenes o DPA con bajos volúmenes y día seco. En algunas ocasiones, es preciso realizar una pleurodesis, bien química (tetraciclinas) o bien con sangre del paciente, o cirugía<sup>5</sup>.

En nuestro caso, se decidió descanso peritoneal con transferencia temporal a hemodiálisis.

En algunas ocasiones, el tratamiento no obtiene buenos resultados, lo que da lugar al abandono de la técnica (DP) y el paso definitivo a hemodiálisis.

### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Mahale AS, Kalyal A, Khanna R. Complications of peritoneal dialysis related to increased intra-abdominal pressure. *Adv Perit Dial* 2003;19:130-5.
2. Díaz Mancebo R, del Peso Gilsanz G, Rodríguez M, Fernández B, Ossorio González M, Bajo Rubio MA, et al. Comunicación pleuro-peritoneal en pacientes en diálisis peritoneal. Experiencia en un centro y revisión de la literatura. *Nefrología* 2011;31(2):213-7.
3. García Méndez I, Ferran Sureda N, Guasch Aragay B. Fuga pleuroperitoneal tardía en paciente en diálisis peritoneal. *Nefrología* 2009;29(4):368-369.
4. Hernández AC, Martín Ferrer MD, Coronado Poggio M, Escabias del Pozo C, Coya Viña J, Martín Curto L. Gammagrafía peritoneal con  $^{99m}\text{Tc}$ -MAA en las comunicaciones pleuroperitoneales en pacientes en diálisis peritoneal. *Rev Esp Med Nucl* 2010;29(2):84-6.

5. Chow KM, Szeto CC, Li PK. Management options for hydrothorax complicating peritoneal dialysis. *Semin Dial* 2003;16:389-94.

---

**Beatriz García-Maldonado<sup>1</sup>,  
Manuel Guerrero-Ortiz<sup>2</sup>,  
J. Ramón Gómez-Fuentes<sup>2</sup>,  
Remedios Garófano-López<sup>1</sup>, M. Carmen  
Prados-Soler<sup>1</sup>, M. Dolores del Pino y Pino<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Servicio de Nefrología.

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

<sup>2</sup> Servicio de Medicina Nuclear.

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**Correspondencia:** Beatriz García Maldonado  
Servicio de Nefrología.

Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Argentina, 5. 04700 Almería.

bea213@hotmail.com

---

## Mujer de 31 años con síndrome de Munchausen en hemodiálisis. Reporte de un caso y revisión de la literatura

*Nefrología* 2012;32(4):552-4

doi:10.3265/Nefrología.pre2012.Mar.11402

### Sr. Director:

Los trastornos facticios (TF) y del fingimiento (F) (*malingering*) incluyen a personas que, intencionalmente, fingen o producen enfermedades para asumir el rol de enfermos refiriendo síntomas o signos físicos, psicológicos o ambos<sup>1</sup>. En los TF no existe un incentivo externo demostrable y predomina en mujeres. En el F se busca una ganancia secundaria y es más frecuente en hombres<sup>2</sup>. Ambos trastornos pueden ser difíciles de distinguir y superponerse. Algunos los denominan síndrome de Munchausen (SM)<sup>3</sup> y, aunque dicho síndrome no ha sido oficialmente incluido como un trastorno mental<sup>1</sup>, es ampliamente conocido en la medicina e incluye: 1) una enfermedad fac-

ticia crónica, puede ser grave y hasta invalidante; 2) la peregrinación: el individuo cambia de hospital, ciudad o país cuando no logra su objetivo o es descubierto; 3) la pseudología fantástica: las increíbles historias son descritas con total seguridad. Se han descrito casos de padres que han hecho enfermar a sus hijos para obtener beneficios<sup>4</sup>.

Presentamos el caso de una enfermera de 31 años, con marcapasos permanente por un síndrome taquicardia/bradicardia e insuficiencia renal crónica terminal de causa no bien precisada, diagnosticada un año atrás, bajo régimen de hemodiálisis. Acude al cuerpo de guardia refiriendo fiebre con escalofríos, anuria y malestar general.

Al examen físico se constata ausencia de presión arterial (PA) y pulso en los miembros superiores, palidez cutánea y signos de deshidratación moderada. Frecuencia cardíaca: 118 latidos/min, frecuencia respiratoria: 24 respiraciones/min y temperatura de 38,5 °C. El catéter de hemodiálisis muestra signos de infección en los bordes de inserción (se retira y cultiva). El resto del examen físico es normal. Con un diagnóstico preliminar de *shock séptico* por infección del catéter, se inicia tratamiento que incluye vasopresores y antimicrobianos y se traslada a Terapia Intensiva (TI).

A su llegada a TI contrasta el estado de adecuada perfusión cutánea con el diagnóstico de *shock*. En los miembros superiores no hay PA, pues se habían realizado fístulas arteriovenosas en los antebrazos sin lograrse flujo, pero en los inferiores se constata una PA de 150/90 mmHg: se retira el apoyo vasopresor. La paciente se niega a que se le coloque un catéter vesical. La presión venosa central inicialmente disminuida se normaliza con hidratación y se restablece una diuresis amplia y clara.

En la analítica se constató leucocitosis (18 x 10<sup>9</sup>/l), anemia (108 g/l) y

creatinina sérica elevada (158 µmol/l). Otros estudios complementarios, incluyendo gasometría, ionograma, glicemia y sedimento urinario, dieron resultados dentro de límites normales. La ecografía mostró riñones y vías urinarias de tamaño y ecogenicidad normal. Al tercer día, los niveles de creatinina ya habían alcanzado valores normales y no había indicios de enfermedad renal. Se reciben hemocultivos con *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina.

Ante la evidencia, el SM es fuertemente sospechado y se solicita una valoración psicológica. En la entrevista, la paciente coopera pero se niega a realizarse alguna evaluación psicométrica y no admite haber fingido los síntomas o alterado las muestras.

La profesión de la paciente (enfermera) le permitía transportar las muestras sanguíneas al laboratorio,

donde se supone que añadía algunas gotas de orina para elevar significativamente los niveles de creatinina. La hemodiálisis no se concluía, en muchas ocasiones, por «malestares» referidos. Siempre se opuso a la realización de biopsia renal, a pesar de estar indicada<sup>5</sup>. Se especula que la disritmia pudo deberse al autoconsumo de fármacos que alteran la frecuencia cardíaca y que las fístulas arteriovenosas fueron dañadas por la paciente.

Días después fue egresada y retirada del programa de hemodiálisis. Hasta el momento, se mantiene asintomática y se ha reincorporado a la vida social. El móvil no pudo ser determinado con certeza.

Existen criterios que permiten sospechar SM (tabla 1). El diagnóstico debe realizarse con sumo cuidado, pues un error puede ser fatal. El tratamiento psicológico depende del

**Tabla 1.** Principales observaciones que hacen sospechar los trastornos facticios y de fingimiento.

- Presentación atípica, dramática, vaga e inconsistente aunque plausible superficialmente. A veces se escapan palabras médicas técnicas
- Inconsistencia entre la historia y los hallazgos objetivos
- Descripciones perfectas que recuerdan a un libro de texto médico
- Gran número de ingresos en diferentes hospitales con un largo historial médico
- Empleados o entrenados en alguna rama de la medicina
- Visitas al Servicio de Emergencias cuando el personal de más experiencia no se encuentra (vacaciones, por las noches o los fines de semana)
- Aceptación ecuaníme de procedimientos invasivos y riesgosos
- Aparición de síntomas sólo cuando el paciente es observado
- Abuso de drogas, especialmente aquellas prescritas como analgésicos o sedantes
- Pacientes controladores, hostiles, sobre todo cuando no son escuchados o cuando son interrogados sobre sus antecedentes o historial médico o cuando se les pide documentación probatoria de su enfermedad
- Supuesto desarrollo de complicaciones o cambio en el cuadro clínico inicial cuando la enfermedad referida es descartada

tipo de personalidad y la probable etiología, aunque en la mayoría de los casos los pacientes lo evaden<sup>2</sup>.

La mortalidad puede ser elevada debido a las manipulaciones sobre el propio cuerpo, a complicaciones de los procedimientos, al hecho de ocultar información médica importante; además, cuando realmente enferman, estos pacientes pueden ser ignorados si se les conoce<sup>6</sup>.

Como conclusión, el SM debe considerarse ante todo paciente con inconsistencias entre sus síntomas y las pruebas clínicas. Aunque se trata de una enfermedad infrecuente, su diagnóstico es imprescindible por las graves consecuencias que puede acarrear sobre el paciente.

### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. McDermott BE, Leamon MH, Feldman MD, Scott CL. Factitious disorder and malingering. In: Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO, (eds.). The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008.
3. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951;1(6):339-41.
4. Stutts JT, Hickey SE, Kasdan ML. Malingering by proxy: a form of pediatric condition falsification. *J Dev Behav Pediatr* 2003;24:276-8.

5. Peces R, de Sousa E, Peces C. La biopsia renal en situaciones especiales. *Nefrología* 2011;31(6):627-9.
6. Eisendrath SJ, McNeil DE. Factitious physical disorders, litigation, and mortality. *Psychosomatics* 2004;45(4):350-3.

---

**Alain Cruz-Portelles<sup>1</sup>,**  
**Bernardo E. Fernández-Chelala<sup>1</sup>,**  
**Yuliet Peña-Castillo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Servicio de Terapia Intensiva. Hospital General Universitario V. I. Lenin. Holguín (Cuba).

<sup>2</sup> Servicio de Psicología Clínica. Hospital General Universitario V. I. Lenin. Holguín (Cuba).

**Correspondencia: Alain Cruz Portelles**  
Servicio de Terapia Intensiva. Hospital General Universitario V. I. Lenin. Holguín (Cuba).  
alain@hvil.hlg.sld.cu

---