

## Fiebre ficticia en pediatría

### Fictitious fever in pediatrics

Gloria Elena López Navarrete<sup>1</sup>  
Katy Lizeth Reyes Hernández<sup>2</sup>  
Luis Adolfo Santos Calderón<sup>3</sup>  
Ulises Reyes Gómez<sup>4</sup>  
Arturo Perea Martínez<sup>4</sup>

Claudia Santamaría Arza<sup>4</sup>  
Armando Quero Hernández<sup>4</sup>  
Gerardo López Cruz<sup>4</sup>  
Alejandro Quero Estrada<sup>5</sup>  
Vianey López Días<sup>5</sup>

#### RESUMEN

El estudio de casos con fiebre prolongada, recurrente o de origen desconocido en Pediatría representa un verdadero reto para el médico clínico. En este pueden surgir interminables dificultades para llegar a determinar la causa, para ello se requiere ampliar el diagnóstico diferencial y así poder distinguir procesos banales de duración prolongada, de cuadros de mayor complejidad, generando gran ansiedad en los pacientes y los familiares pero también en los médicos que enfrentan en ocasiones grandes incongruencias en la observación de la evolución del paciente por ser estos cuadros abigarrados. Una evaluación cuidadosa del cuadro clínico y el interrogatorio minucioso a la familia puede señalar la ruta de investigación correcta y el abordaje de cada caso, que finalmente nos conducirá al diagnóstico de fiebre ficticia en pediatría.

**Palabras clave:** fiebre ficticia, simulación, síndrome Munchausen por poderes, niño.

Fecha de recibido: 28 de marzo de 2019

Fecha de aceptación: 8 de abril de 2019

- 1 Jefe del Departamento de Seguimiento, Instituto Nacional de Perinatología, México.
- 2 Residente de Pediatría, Centro Médico la Raza IMSS, México.
- 3 Residente de Pediatría, Hospital Central "Ignacio Morones Prieto," San Luis Potosí.
- 4 Instituto San Rafael, San Luis Potosí, Academia Mexicana de Pediatría.
- 5 Facultad de Medicina, Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca.

Correspondencia: Dr. Ulises Reyes Gómez, Unidad de Investigación en Pediatría, Instituto San Rafael, Anáhuac 460, Col. Tequisquiapan San Luis Potosí. Tel. 951 5 47 21 65. Correo electrónico: reyes\_gu@yahoo.com

## ABSTRACT

The study of cases with prolonged, recurrent or of unknown origin fever in Pediatrics represents a real challenge for the clinician. In this, endless difficulties can arise in order to determine the cause, for this it is necessary to expand the differential diagnosis and thus be able to distinguish banal processes of prolonged duration, of more complex pictures. It causes great anxiety in the patients and the relatives but also in the physicians who sometimes face great inconsistencies in the evolution of the patient because these pictures are variegated, which will eventually lead to the diagnosis of fictitious fever in pediatrics. Careful evaluation of the clinical picture and thorough questioning of the family can indicate the correct investigation route and the approach of each case.

**Keywords:** fictitious fever, simulation, Munchausen syndrome by proxy, children.

## INTRODUCCIÓN

Las principales causas detrás de la fiebre de origen desconocido en la edad pediátrica siguen siendo las infecciones, seguidas por enfermedades vasculares y trastornos neoplásicos, aunque la mayoría de los niños con tumores malignos presentan otros signos sistémicos o alteraciones sugestivas en estudios de laboratorio. La posibilidad de síndromes auto inflamatorios, fiebre por medicamentos y fiebre ficticia también deberán considerarse.<sup>1</sup>

El síndrome de Munchausen por poderes (SMP) se considera una patología poco frecuente y difícil diagnóstico; esta implica la fabricación reiterada de enfermedades en un niño por parte de un adulto y provoca un daño grave asociado con morbilidad y mortalidad significativas. Codificado como trastorno ficticio impuesto sobre otra persona, de acuerdo a la American Psychiatric Association (APA) en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-5 (previamente llamado “trastorno ficticio por poder”).<sup>1-4</sup>

Existen pocos reportes en la literatura de casos de SMP, particularmente procedentes de los países con mayor desarrollo y recursos económicos como Reino Unido, Nueva Zelanda, Estados Unidos o Japón. En los Estados Unidos se ha reportado una incidencia anual aproximada de 0.5 por cada 100 000 niños menores de 16 años, sin embargo dadas las características de la enfermedad pueden suponerse un subdiagnóstico importante.<sup>5</sup> En México

sólo hay informes aislados tanto en el campo pediátrico como de la salud mental.

Es considerada una **forma grave de maltrato infantil**, que potencialmente puede poner en riesgo la vida, donde el daño es causado por un cuidador, usualmente la madre, que a ojos del equipo médico, se muestra como absolutamente competente, involucrada y comprometida con el niño. El perpetrador puede inventar una historia de enfermedad, inducir, exagerar o reportar menos signos y síntomas de una condición médica real.<sup>5,6</sup>

Existe un espectro de gravedad de la enfermedad inventada, y una forma puede evolucionar a otra: por ejemplo, se puede iniciar fabricando una historia y luego pasar a hacer reales los signos y síntomas de la enfermedad. Las confecciones del perpetrador pueden llevar a los médicos a causar complicaciones médicas crónicas o discapacidad a través de las intervenciones diagnósticas o tratamientos empleados, por ejemplo, insertando de manera innecesaria un tubo gástrico para la alimentación del niño o sometándolo a algún procedimiento quirúrgico prescindible. Existe frecuentemente un retraso significativo de meses o años entre el momento en que el niño se presenta con los síntomas iniciales y el diagnóstico. Esto ocurre generalmente porque el clínico muy pocas veces piensa en ella, por estar poco familiarizado con el tema.<sup>4,5</sup>

Por otro lado, todas estas acciones pueden inducir enfermedad emocional o psiquiátrica tanto en la víctima

como en otras personas cercanas. También puede llevarlos a la consideración real de enfermedad al ser convencidos de la existencia de esta. Un reporte de 18 casos en nuestro país,<sup>3</sup> señaló como principales rasgos de personalidad en las madres perpetradoras: rasgos psicóticos, histéricos y conducta obsesivo-compulsiva, así como dificultades en la socialización.<sup>5</sup>

Dentro del SMP se distinguen actualmente dos conceptos:

**1. Falsificación de un proceso pediátrico.** Condición en la que se admite la existencia de diversas maneras de fabricar enfermedades, con motivaciones distintas al SMP.

**2. Desorden facticio por poderes,** término que se aplica al cuidador que ha causado daños al niño mediante la “falsificación de un proceso pediátrico” para servir a sus intereses psicológicos. El motivo primario se refiere como una intensa necesidad de recibir la atención de los profesionales y manipularlos.

Los perpetradores frecuentemente tienen conocimientos médicos, pueden ser portadores de alguna somatoforma o enfermedad ficticia o trastorno de la personalidad, o ser motivados por la búsqueda de mayores ingresos por ayuda para uso personal o de ganar atención social.<sup>5</sup>

El SMP puede expresarse por un conjunto de signos y síntomas que pueden estar circunstancialmente relacionados, estos, así como los hallazgos en pruebas de laboratorio, cubren un enorme espectro en el SMP, pero la presentación más común es la apnea. También son frecuentes convulsiones, sangrados, depresión del sistema nervioso central, diarrea, vómito, hipoglicemia, fiebre (con sepsis u otras infecciones localizadas o sin ellas) y lesiones dérmicas de diferente índole. Aunque aparecen continuamente diferentes formas de presentación del síndrome, su expresión puede generalmente clasificarse en: envenenamiento, hemorragias, infecciones y lesiones.<sup>7,8</sup>

La fiebre puede ser producida intencionalmente o simulada mediante diversos métodos y ser probada de

diferentes maneras (véase Cuadro No. 1). La rara consideración en el diagnóstico diferencial puede llevar a la falta de reconocimiento del problema.<sup>8</sup> El momento de la enfermedad en que se acude en búsqueda de atención y la larga historia del manejo de la enfermedad podrían definir la sospecha, (historial en múltiples instituciones, internamientos frecuentes, consultas repetitivas en un mismo día, así como la suma y evolución de otros síntomas incongruentes con diversas patologías en el estudio diferencial.

El estudio del SMP es diverso porque suele tener una expresión muy diversa. En los niños que son hospitalizados para su estudio se puede tener la posibilidad rápidamente de identificar un patrón clínico distinto al referido por la madre, observando por ejemplo que la fiebre no es tan elevada o tan persistente o recurrente como se ha consignado o destacar la ausencia de indicadores medibles de inflamación incluso durante los episodios de fiebre, o bien la ausencia de otros síntomas o la falta de respuesta frente a medidas terapéuticas.<sup>1,3,11,13-15</sup>

Debe resaltarse de la necesidad del abordaje multidisciplinario que, si bien es cierto que la intervención de los especialistas en diversas áreas del campo médico (pediatría, dermatología, inmunología, neurología, reumatología, infectología, oftalmología, farmacología y toxicología, psiquiatría, y especialistas en medicina forense) puede ser indispensable en casos complejos, para la búsqueda de la etiología y la solución del problema, en ocasiones esta puede distraer, confundir y retrasar el diagnóstico ya que todos en su momento podrían inclinarse hacia su área y verse tentados a solicitar diversas pruebas diagnósticas, que en algunos casos podrían poner en riesgo la integridad y la vida del paciente. Es necesario tomar en consideración todos los hallazgos y contextualizar cada caso de manera particular, ser objetivos y discutir la experiencia de cada quien en aras de lograr descartar la patología y señalar el SMP como opción de diagnóstico, realizar las pruebas que permitan confirmarlo y llevar a cabo una intervención adecuada con el niño, el perpetrador y la familia.<sup>8</sup>

**Cuadro 1.** Método de simulación y acción frente a sospecha<sup>5, 7, 9-12</sup>

Método de simulación	Elementos de sospecha	Acciones de prueba
<b>Inducción química</b> Administración deliberada de diazóxido, alimemazina o envenenamiento por mercurio	Datos clínicos agudos o crónicos que en conjunto puedan ser asociados con envenenamiento por alguno de ellos	Investigar disponibilidad de los medicamentos por prescripción previa al paciente o algún miembro de la familia  Análisis toxicológico de orina, sangre, pelo
<b>Contaminación por material infectado</b> Saliva Heces Suciedad Agua contaminada Granos de café Secreciones vaginales Otros	Falta de resolución de infecciones tratadas con antibióticos a los que son sensibles los agentes, aparición de infecciones nuevas durante el tratamiento, infecciones por bacterias poco habituales en el sitio afectado o infección por múltiples organismos	Separación al momento de la prueba Epidemiología (evaluación de riesgo relativo) Diagnóstico por exclusión
Tejidos que pueden afectarse: Sangre Piel Huesos Vejiga Otros		
<b>Temperatura falsa</b> Fabricación de medición que no es real (manipulación intencional del termómetro)	Discordancia clínica	Cuidadosa representación gráfica del signo Re-verificación (si es posible en orina para demostrar la temperatura central del cuerpo)
<b>Registro falso</b>	Discordancia clínica	Cuidadosa representación gráfica del signo Re-verificación y utilización de registros por duplicado en central de enfermería

La evaluación por un equipo interdisciplinario con involucro de otros profesionales además de los médicos es fundamental. El manejo de los aspectos psicológicos y psiquiátricos del agresor es un factor de suma relevancia. La evaluación de la relación madre-hijo es importante para el diagnóstico temprano y el tratamiento y ayuda a la protección del niño durante el proceso de tratamiento, y colaboración con servicios sociales.<sup>8</sup>

El manejo exitoso de estos pacientes puede requerir de la separación del cuidador, protección física y psicológica del niño y la intervención para el restablecimiento de una relación apropiada entre el cuidador y el niño.<sup>13</sup> El trabajo colaborativo puede permitir al grupo interdisciplinario presentarse como único interlocutor

frente a la madre e implementar acciones complejas, como la adopción de una medida legal asumiendo que la responsabilidad por el bienestar de un niño existe antes que el derecho de su madre a decidir por él.

## CONCLUSIÓN

Sigue siendo un dilema clínico el hecho que la fiebre puede ser un signo de enfermedades graves, pero que también puede ser producido de manera ficticia por diversos medios. Por lo tanto, la evaluación crítica y escrutinio de fiebres recurrentes o prolongadas en los niños e inconsistencia de los síntomas, son obligados. Considerar en la mayoría de los casos como la perpetradora de los síntomas a la madre, quien muestra siempre grandes

conocimientos médicos y un alto grado de exigencia al personal de salud. Siendo ella quien falsifica cifras de temperaturas elevadas, muestra biológicas, etc. Y mostrando casi siempre gran preocupación sobre su niño, aun cuando la atención de este sea tardía por su parte.

Es necesario, tener en mente siempre esta entidad, para descifrar y considerar ambas condiciones, ser objetivos al considerar la participación de los subespecialistas y analizar los casos de manera individual considerando todos los factores de influencia alrededor del paciente. Es necesario el conocimiento de médicos de primer contacto al respecto de esta patología para poder anticipar su sospecha, referencia, estudio y manejo, y con ello reducir el retraso en el diagnóstico y no ser partícipes del daño al menor.<sup>16, 17</sup>

## REFERENCIAS

1. Rigante D, Esposito S. A roadmap for fever of unknown origin in children. *Int J Immun Pharm* 2013; 26: 315-26.
2. Goni GT, Martínez RM, de la Cerda OF. Síndrome de Munchausen por poderes. *Anales de Pediatría* 2008; 68: 14-7.
3. Trejo HJ, Loredo AA, Orozco GJM. Munchausen syndrome by proxy in Mexican children: medical, social, psychological and legal aspects. *Rev Invest Clin* 2011; 63: 253-62.
4. Sousa FD, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf Neto A. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (Sao Paulo)* 2017; 5(4): 516-21.
5. Wittkowski H, Hinze C, Häfner-Harms S, Oji V, Masjosthusmann K. Munchausen by proxy syndrome mimicking systemic autoinflammatory disease: case report and review of the literature. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2017; 15: 9.
6. Maida AM, Molina ME, Erazo R. Munchausen syndrome by proxy, an unusual presentation. *Rev Med Chil* 2001; 129: 917-20.
7. Rosenberg DA. Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987; 11: 547-63.
8. Ozdemir DF, Yalçın S, Akgül S, Evinc SG, Karhan A, et al. Munchausen by Proxy Syndrome: A Case Series Study from Turkey. *J Fam Violence* 2015; 30: 661-67.
9. Alpizar CL, Medina HE. La fiebre. Conceptos básicos. *Rev Cubana Pediatr* 1998; 70: 79-83.
10. Gomila I, López CV, Pellegrini M, Quesada L, Miravet E, et al. Alimemazine poisoning as evidence of Munchausen syndrome by proxy: A pediatric case report. *Forensic Sci Int* 2016; 266: 18-22.
11. Türkmen Z, Ziyalar N, Tari I, Mercan S, Kayiran SM, et al. Toxicological evaluation of two children diagnosed as Munchausen syndrome by proxy. *Turk J Pediatr* 2012; 54: 283-6.
12. Bader AA, Kerzner B. Ipecac toxicity in "Munchausen syndrome by proxy". *Ther Drug Monit* 1999; 21: 259-60.
13. Wood PR, Fowlkes J, Holden P, Casto D. Fever of unknown origin for six years: Munchausen syndrome by proxy. *J Fam Pract* 1989; 28: 391-5.
14. Marshall GS. Prolonged and recurrent fevers in children. *J Infect* 2014; 68: 83-93.
15. Moldavsky M, Stein D. Munchausen syndrome by proxy: two case reports and an update of the literature. *Int J Psych Med* 2003; 33: 411-23.
16. Reyes GU, Carbajal RL, Jiménez SR, Villanueva CJ. Síndrome de Munchausen por poder reporte de un caso *Rev Mex Ped*. 1995; 62: 153-6.
17. Loredo AA, Reyes GU, Martínez SM, Agustín VM, Perea MA. Formas raras de maltrato: Síndrome de Munchausen por poder. *Rev Mex Puer Ped* 2002; 9(51); 90-5.