

## **DOS NIÑOS CON TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE**

**Lic. Débora Farberman y Dres. Célica Menéndez y Gustavo Pereira (Editores)**

### **CASO CLINICO**

*Dra. Célica Menéndez\**

Vamos a recorrer las historias de dos hermanos mellizos, a quienes llamaremos A y B, con diagnóstico de síndrome de Münchhausen por poder (SMpp). Me gustaría que observaran la influencia de la dinámica de funcionamiento de los equipos de salud en este síndrome.

A los seis años de edad, A consultó al servicio de Neurología del Hospital Garrahan por disminución de la agudeza visual, hipoacusia y trastornos del aprendizaje.

Como antecedentes personales, A nació de un embarazo gemelar controlado, por fecundación *in vitro* en una institución privada. El parto fue por cesárea, a las 35 semanas de edad gestacional con 1200 gramos de peso. Al quinto mes de gestación la madre estuvo internada por metrorragia. No refería teratógenos y las serologías fueron negativas. A permaneció internado durante dos meses, con asistencia respiratoria mecánica (ARM) durante 40 días y recibió luminoterapia por ictericia. Estos datos surgieron de la multiplicidad de registros en la historia clínica del paciente, referidos por su madre, como expondremos más adelante en la presentación.

Madurativamente, sedestó y habló a los 30 me-

ses, deambuló y controló esfínteres a los 3 años, asistiendo a primer grado al momento de la consulta. La evaluación del cociente intelectual en el servicio de Clínicas Interdisciplinarias mostró valores dentro de la normalidad: cociente intelectual para la edad cronológica (CIEC) 96, cociente intelectual verbal (CIV) 92 y cociente intelectual ejecutivo (CIE) 102.

Como antecedentes patológicos, estuvo internado a los 2 y a los 4 años por crisis asmáticas, recibiendo tratamiento preventivo inhalatorio con salbutamol y fluticasona.

En nuestra institución realizó diferentes consultas en distintos servicios. Por ejemplo, en Genética, por macrosomía, macrocefalia, facies alargada, puente nasal chato, nariz bulbosa, labios carnosos, cabello abundante e hiperlaxitud articular, con sospecha de síndrome de fragilidad del cromosoma X, que fue descartado. En Crecimiento y Desarrollo, por talla alta y asimetría de los miembros inferiores, con seguimiento durante 5 años, siendo dado de alta con los diagnósticos de macrocefalia familiar, talla normal y asimetría sin valor patológico. En Ortopedia, por la misma asimetría y dolores en ambas tibias, fue sometido a una cirugía de rodilla en su lugar de residencia y recibió la indicación de realce en el calzado, ante la presión familiar, según consta en la historia. En Dermatología, por acné y liquen estriado (ver Tabla 1).

A la misma edad, B fue evaluado por el ser-

\* Jefa del Servicio de Salud Mental.  
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

**TABLA 1: LISTA DE SERVICIOS CONSULTADOS.**

Paciente A	Paciente B
Clínica.	Clínica.
Neurología.	Neurología.
Clínicas Interdisciplinarias.	Clínicas Interdisciplinarias.
Crecimiento y Desarrollo.	Crecimiento y Desarrollo.
Salud Mental.	Salud Mental.
Genética.	Genética.
Neumonología.	Nefrología.
ORL.	Dermatología.
Patología espinal.	Patología espinal.
Oftalmología.	Cirugía general.
Endocrinología.	Endocrinología.
Ortopedia.	Gastroenterología.
	Nutrición.

vicio de Nefrología del hospital por hipertensión arterial en un niño con riñón en herradura, según referencia materna. Los registros de la presión arterial del paciente fueron 100/60 y 90/50 mm Hg en dos consultas sucesivas. Presentaba función renal normal y estaba bajo una estricta dieta hiposódica e hipoproteica.

Como antecedentes personales, B pesó 860 gramos. Permaneció 2 meses con ARM y también necesitó luminoterapia. Fue dado de alta de neonatología a los 3 meses de vida sin necesidad de oxígeno complementario.

Entre sus antecedentes patológicos, fue sometido a una cirugía del uraco aparentemente. Recibió estimulación temprana hasta los dos años de vida, con diagnóstico de retraso madurativo. En el servicio de Clínicas Interdisciplinarias, una evaluación mostró un CI normal bajo. Actualmente presenta trastornos de atención, de conducta con impulsividad, y del lenguaje con alteraciones fonológicas.

Al igual que su hermano, consultó en diferentes servicios del Hospital Garrahan. Por ejemplo, en Genética, por talla alta para su rango genético. En Ortopedia, por dolor sacro de tres años de evolución, con diagnóstico de síndrome de Klippel-Feil sin repercusión funcional. En Cirugía, por una hernia epigástrica. En Endocrinología, por pubarca precoz y tiroiditis con hipotiroidismo, con tratamiento sustitutivo con levotiroxina. En Dermatología, por acné (ver Tabla 1).

Según su madre, ambos eran muy tímidos, muy pegados entre sí, actuaban como si fueran uno solo, con grandes dificultades para la socialización. Desde el servicio de Salud Mental, sumando las evaluaciones del servicio de Clínicas Interdisciplinarias, veíamos a dos niños normales. Esta situación muy contrastante motivó la derivación a terapia familiar inicialmente. Como anécdota venían a las consultas vestidos de igual forma.

Entre sus antecedentes familiares, su padre tenía 44 años y trabajaba de encargado en un edificio; su madre, de la misma edad, era ama de casa, con problemas en el cuello uterino. De parejas anteriores, el padre tenía una hija de 19 años, y la madre un hijo de 13 y una hija de 18 años, la única que convivía con sus padres, y los mellizos. Vivían en una importante localidad del interior de la provincia de Buenos Aires. No había antecedentes de consanguinidad.

*Dr. Marcelo Andrade\**

Me llama poderosamente la atención el número de consultas que tenía cada uno con diferentes especialistas. Prácticamente la madre venía todas las semanas al hospital a ver a algún profesional.

*Dr. Pedro Kestelman\*\**

En este punto, me gustaría hacer un par de consideraciones. La primera es que los diagnósticos en psiquiatría infantil son clínicos. Lamentablemente no disponemos de exámenes complementarios confirmatorios. En segundo término, los pediatras debemos estar alertas ante familias que presentan irregularidades en la asistencia a los turnos, tanto por faltar reiteradamente a consultas programadas, como por buscar atención fuera de una cita previamente pautada.

*Dra. Menéndez*

Son muy válidas las observaciones de ambos. También me gustaría sumar la variedad de edades gestacionales y pesos al nacimiento de estos hermanos mellizos registrados en las historias clínicas. (ver Tabla 2).

*Dr. Pablo Barvosa\*\*\**

Frente a estos datos parecería que la madre fuera una mitómana.

Por otro lado, al número de consultas y frente a esta tabla, agregaría que uno de los niños fue operado de su rodilla en su lugar de origen.

*Dr. Eduardo Laurencena\*\*\*\**

Habitualmente, los pediatras basamos nuestra anamnesis en aquello que las madres nos cuentan de sus hijos, y les creemos. Sin embargo, en algunas excepcionales oportunidades existen datos del relato que no nos terminan de convencer. Contradicciones a veces, inconsistencias en otras oportunidades. Debemos ejercitar nuestra desconfianza. Como experiencia personal, puedo contar que a lo

\* Jefe de Clínica de Consultorio Externo.

\*\* Psiquiatra infantil del Servicio de Salud Mental.

\*\*\* Médico Asistente del Servicio de Mediano Riesgo.

\*\*\*\* Pediatra.

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

**TABLA 2: LISTA DE EDADES GESTACIONALES Y PESOS AL NACER.**

Paciente A	Paciente B
EG 5 meses; PN 1200 gramos.	EG 5 meses y medio; PN 630 gramos.
PN 900 gramos.	PN 860 gramos.
EG 24 semanas.	PN 930 gramos.
EG 5 meses; PN 950 gramos.	PN 800 gramos.
PN 800 gramos.	EG 5 meses y medio.
PN 920 gramos.	PN 860 gramos.
EG 5 meses; PN 960 gramos.	EG 24 semanas; PN 860 gramos.
EG 28 semanas; PN 700 gramos.	PN 600 gramos.
PN 600 gramos.	EG 28 semanas; PN 600 gramos.
PN 700 gramos.	EG 5 meses y medio; PN 600 gramos.
EG 35 semanas; PN 1200 gramos.	EG 5 meses; PN 860 gramos.
Ortopedia.	Gastroenterología.
	Nutrición.

Fuente: Historias clínicas de cada uno de los pacientes.

largo de mis tres décadas de trayectoria profesional tomé contacto con dos o tres casos de SMpp.

*Dr. David Pattin\**

Escuchar esta presentación de la doctora Menéndez me retrotrae a muchos otros casos guardados en la memoria. Instituciones de alta complejidad como el Hospital Garrahan resultan el escenario ideal para este tipo de situaciones ante la vasta oferta de servicios y profesionales que ofrece. ¿Qué pasaría en un pueblo con esta familia?

*Lic. Nora Fridman\*\**

El SMpp es una forma de maltrato infantil en la que uno de los padres induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad. Casi siempre involucra a una madre que abusa de su hijo buscándole atención médica innecesaria. Generalmente son internados por presentar grupos de síntomas que no corresponden a ninguna enfermedad conocida. Frecuentemente, los niños son sometidos a múltiples exámenes, cirugías u otros procedimientos molestos e innecesarios. La madre suele ser muy colaboradora en el hospital y, a menudo, se la ve como una persona dedicada y abnegada, haciendo menos probable que el personal médico sospeche el diagnóstico de SMpp.

\* Ex Jefe del Servicio de Salud Mental.

\*\* Psicóloga infantil del Servicio de Salud Mental. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

En el DSM-IV-TR se lo nombra como trastorno facticio por poder.

Haciendo un poco de historia, en 1977, el doctor Samuel Meadow, un pediatra inglés, describió el comportamiento de dos madres. Una había envenenado a su hijo con cantidades excesivas de sal; la otra había introducido su propia sangre en una muestra de orina de su bebé. De ahí dedujo la existencia de un síndrome, refiriéndose a este comportamiento como el SMpp y lo consideró maltrato infantil. Su nombre proviene del excéntrico Karl Friederich Hieronymus, el barón de Münchhausen, quien se hizo famoso por contar historias de aventuras fantásticas que nunca le habían sucedido, como haber bailado dentro del estómago de una ballena o haber viajado a la luna.

*Lic. Débora Farberman\**

A modo de resumen, resultan obvios el número de servicios consultados, el ausentismo a las citas programadas y las frecuentes consultas sin turnos, la variedad de edades gestacionales y pesos de nacimiento registrados en ambos, y la cantidad de exámenes complementarios solicitados normales. El mismo árbol familiar presentaba variaciones sustanciales a lo largo del tiempo. También me gustaría comentar que fueron pedidas muchas fotocopias de las historias clínicas. Inclusive han intervenido autoridades del Poder Ejecutivo Nacional por pedido materno ante nuestra institución.

*Lic. Fridman*

Epidemiológicamente, el SMpp necesita de una triada integrada por el niño, su madre, padre o tutor, y el médico. No hay SMpp sin la existencia de un médico o un profesional de la salud.

En la quinta versión del DSM se llamará enfermedad pediátrica falsificada, abandonando el viejo término de síndrome.

Estos dos casos son sumamente graves, por todo aquello que la madre logró a partir de sus fabulaciones, contrastadas con las múltiples evaluaciones clínicas y los exámenes complementarios normales. Uno de ellos fue operado, como señaló el doctor Barvosa. Hablamos de daño con los diagnósticos falsos. La intervención del equipo de salud fue decisiva para proteger a estos dos chicos.

*Dra. Menéndez*

Continuando con la presentación, muchos profesionales del hospital habían tomado contacto con estos dos hermanos. Preocupados desde el servicio de Salud Mental, organizamos una reunión multidisciplinaria junto con la licenciada Ana Brulc, directora de Atención al Paciente, para tratar de comprender

\* Psicóloga infantil del Servicio de Salud Mental. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

la situación. Cada especialista veía una parte de cada paciente. Algunas cosas eran ciertas, como la tiroiditis con hipotiroidismo de B, pero muchas otras no. Queríamos lograr una visión compartida de estos dos hermanos y su madre. Se resolvió citar al padre y luego hacer una devolución conjunta.

Haciendo foco en las áreas neurológica y de la salud mental, los dos pacientes tuvieron diferentes diagnósticos desde los diferentes especialistas que los atendieron durante estos años.

Comenzando por A, a los seis años consultó por un trastorno del aprendizaje y 12 meses más tarde tenía un trastorno de ansiedad. Fue descartado por nuestro servicio el trastorno de déficit de atención asociado a hiperactividad (TDAH) después de confrontar la visión materna de un niño "loquito" e hiperquinético con la mirada profesional de un joven pasivo y replegado sobre sí mismo. Sin embargo, a los ocho años fue rotulado como TDAH por el Servicio de Neurología y nos fue derivado nuevamente. Durante la evaluación A apareció como un niño que distinguía la realidad, estaba indiscriminado de su hermano en muchos aspectos, con comportamientos regresivos y cierta tendencia al aislamiento social. Su pensamiento era coherente, expresaba miedos y tenía algunos movimientos sin propósito. A los 9 años apareció en la historia clínica el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo (TGD), que se repitió en muchas otras actualizaciones. Después de una concienzuda revaloración del paciente, fue descartado definitivamente el TGD y fundamentado claramente en su historia clínica. El diagnóstico de depresión surgió a los 11 años y el de retraso mental un año más tarde. Sus padres colaboraban en las conductas regresivas que el chico mostraba. Más tarde, apareció el diagnóstico de autismo en una consulta con el servicio de Endocrinología. A los 13 años, en el Servicio de Mediano Riesgo la madre planteó que su hijo tenía esquizofrenia y presentaba conductas autoagresivas, como el uso de un serrucho para cortarse las dos piernas, o el intento de ahorcarse con un elástico. "No tiene sentido la vida", fue la expresión que utilizó para justificar ese acto. Sus únicos amigos eran chicos con discapacidades motrices como expresión de sus dificultades en la integración con sus pares.

Pasando a su hermano, a los 7 años consultó en el servicio de Clínicas Interdisciplinarias por lenguaje incomprensible hasta para sus familiares cercanos, acompañado de trastornos en la atención. Allí se lo vio frente a su madre como un niño desinteresado, sin capacidad para sostener la mirada, desconectado del medio. Sin embargo, presentaba un cambio notable cuando estaba solo con el examinador, interaccionando normalmente con buenas habilidades de comunicación. Se recomendó tratamiento familiar. Un año más tarde, su madre

no había comenzado con la terapia y B no estaba escolarizado porque "no había escuela especial en donde vivimos", con el diagnóstico presuntivo de TGD de causa no genética. En el año 2008 fue medicado con risperidona y paroxetina, agregando sertralina más adelante, con buena respuesta. Persistieron los temores nocturnos, reapareció el colecho y se lavaba las manos obsesivamente. La madre lo retiró de la colonia de vacaciones de verano porque los compañeros orinaban en la pileta. No se lograba sostener ningún tratamiento psicológico en la zona de residencia hasta el año 2011. A partir de entonces fue escolarizado con aceptable rendimiento académico.

*Dr. Barvosa*

¿Qué expresaban los chicos frente a esta situación?

*Lic. Farberman*

Es una pregunta sumamente interesante. Ambos tenían diferente registro de esta dinámica familiar anormal. Por ejemplo, A decía que su madre hablaba por él en las consultas, que su padre creía todo lo que le contaba ella, y que él finalmente no tenía a ninguno de los dos de su lado. En algunas oportunidades, al salir de una entrevista con un profesional, la madre le decía que iban a cambiar porque ese profesional no sabía nada. Ella misma le contaba a los pocos amigos que lograba hacer, que venía al hospital a ver a los psiquiatras. Buscó por internet la palabra esquizofrenia para conocer la enfermedad que presuntamente padecía. Creyendo que era tonto, estaba preocupado por su certificado de discapacidad mental. Por otro lado, B señalaba las dificultades que tenían en la escuela por el gran ausentismo desde el primer día de clases de cada año. También, contaba que comía sin sal por su riñón en herradura. Ante la pregunta sobre si su madre exageraba, B expresaba que lo hacía en gran medida.

*Dr. Andrade*

¿Finalmente pudieron entrevistar al padre en algún momento? ¿Cómo veía él a sus dos hijos?

*Lic. Farberman*

Fue muy laborioso lograr acceder a él. Los veía como dos chicos normales. Contaba que A debería ser sometido a una intervención quirúrgica para reparar los ligamentos de la rodilla, financiada por el club donde desarrollaba su actividad física. Por otro lado, sostenía que B tenía problemas cardíacos, pulmonares y renales, que obligaban a un traslado a Estados Unidos para un trasplante renal.

*Dr. Andrade*

¿Y cómo veía a su esposa?

*Lic. Farberman*

Contaba que su esposa había abandonado la universidad para atenderlos, señalando su esfuerzo y sacrificio frente a su pobre apoyo, absorbido por las exigencias laborales. También refirió que organizaba colectas para nuestro hospital anualmente. Relató que tenía un tumor en el colon que debía ser resecado.

*Dr. Barvosa*

¿Cómo siguió esta historia?

*Lic. Susana Quintana\**

Nuestro servicio participó tangencialmente en estos dos casos acompañando la presentación correspondiente ante el Consejo de Defensa de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes del lugar de residencia.

*Dra. Menéndez*

Con la denuncia desde el hospital buscando que las voces de los chicos sean escuchadas, las autoridades locales intervinieron introduciendo asistentes sociales y psicólogos. Esa evaluación incluyó al resto de la familia. Actualmente están siendo tratados bajo su tutela.

*Lic. Fridman*

El SMpp es una problemática de salud sumamente grave. Si el daño no es reconocido, no hay posibilidad de tratamiento reparativo, debiéndose valorizar la necesidad de una estrategia terapéutica supervisada a estas familias.

**DIAGNOSTICOS FINALES**

**Síndrome de Munchausen por poder o enfermedad pediátrica falsificada.**

**LECTURA RECOMENDADA**

- Escudero Fernández B, Zapatero M, Arizmendi M, et al. Síndrome de Munchausen por poderes. Actuación médica. Ac Ped Esp 1993; 51: 759-764.
- Meadow R. Unnatural sudden infant death. Arch Dis Child 1999; 88: 7-14.
- Meadow R. Different interpretations of Munchausen síndrome by proxy. Child abuse & neglect 2002; 26: 501-508.
- Garrote N, Indart de Arza J, Puentes A, Smith M, del Bage P, Pérez Coulembier M. Síndrome de Munchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida. Arch. Argent. Pediatr. 2008; 106: 47-53.
- Paturlanne M. L., Souza N., Otarola S. Síndrome de Munchausen por poder. Evaluación - diagnóstico. ¿Después qué?. Med Inf. 2011; XVIII (4): 318-322.

---

\* Jefa del Servicio Social.  
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.