

ENCUENTROS DE PSICOSOMÁTICA 2008 SEMP

I. -PRESENTACIÓN DEL CASO "MISTER GLUE" EL 28-2-2008

“Cálculos uretrales de repetición: diagnóstico diferencial y tratamiento”.

1. [Introducción.-](#)

Los trastornos facticios se caracterizan por una elaboración intencionada de signos o síntomas patológicos para ser considerados “enfermos” o “pacientes”. Tales pacientes han sido descritos en la literatura médica a lo largo de la historia y en todo el mundo.

Muchos pacientes con trastornos facticios quedan si diagnosticar, e incluso cuando se reconoce el proceso quedan a menudo sin recibir tratamiento.

2. [Caso clínico.-](#)

En febrero del 2006 llegó un parte de Interconsulta al Servicio de Psiquiatría de nuestro hospital, desde Urología, en el que se solicitaba valoración psiquiátrica de un varón con retraso mental, intervenido en varias ocasiones por obstrucciones urinarias de repetición, producidas por un material sólido que ocupa casi la totalidad de la luz de la uretra, que en estudios de laboratorio no se corresponde con ninguno de los compuestos habituales que constituyen los cálculos urinarios.

- Una larga relación con el Urólogo...

El seguimiento por el Servicio de Urología había comenzado cuando el paciente tenía 9 años de edad, cuando se le diagnostica un hipospadias, que requiere una corrección quirúrgica, realizándose revisiones anuales en su hospital de referencia.

En mayo del 2005 el paciente presenta episodios de uretrorragia, sin que se encuentre un antecedente traumático o se relacione con un proceso infeccioso, que no mejora tras medidas conservadoras ni tratamiento antibiótico. El urólogo que le atiende le recomienda entonces dilataciones inyectando lubricante urológico a través del meato uretral, para evitar la estenosis de la vía urinaria.

En junio del 2005, el paciente es atendido por primera vez en el Servicio de Urología de nuestro hospital por una litiasis uretral, procediéndose a la litofragmentación y extracción de la misma, cuyo análisis determina que está compuesta por 80% oxalato cálcico y un 40% de fosfato amónico magnésico.

En Octubre de ese mismo año, en la cita de revisión, el paciente refiere que durante el verano ha expulsado un cálculo grande, quejándose de un exudado verdoso matutino, disuria y sensación de "arenilla" al orinar, lo que es valorado como una recidiva precoz de la litiasis.

Dos meses después, el paciente vuelve a acudir al hospital, por un episodio de obstrucción uretral. De nuevo, el tratamiento consiste en la litofragmentación y extracción a través del orificio uretral del material que estaba taponando la vía urinaria. Apenas un mes después del alta hospitalaria, el paciente vuelve a ingresar, de nuevo por una obstrucción de la uretra. Esta vez, los urólogos, extrañados por los numerosos episodios y el breve periodo de tiempo entre los mismos, deciden analizar el material que es extraído de la vía urinaria del paciente. Son cálculos blanquecinos, de aspecto irregular, no pudiendo encontrar en el laboratorio de análisis clínicos similitudes con ningún compuesto orgánico conocido. Se remiten muestras a diversos hospitales de la Comunidad de Madrid, recibiendo siempre el mismo resultado: "muestra no orgánica".

El paciente es dado de alta hospitalaria tras unas semanas de ingreso con una sonda vesical, que debe ser retirada en su centro de salud una semana después. Diez días después del alta, el paciente regresa al servicio de Urgencias del hospital, en retención aguda de orina y con sensación de ocupación total de la uretra por material sólido. Fue ingresado, revaluado y finalmente se decidió una nueva cirugía.

Se deciden realizar entonces dos uretrotomías en ambos extremos del pene, por donde con pinzas se extrae el material en su totalidad. Posteriormente se exploró a continuación endoscópicamente la uretra y la vejiga; y se realizó un CT abdomino-pélvico, para confirmar la ausencia de cualquier tipo de material que pudiera ser origen de una nueva obstrucción. En resumen, podríamos decir que se trata de un varón de 39 años de edad, con retraso mental leve, operado de hipospadias en su infancia, que acude en repetidas ocasiones al Servicio de Urgencias por obstrucción urinaria.

Sólo en el primero de estos episodios es posible identificar el material que obstruye la vía urinaria como un cálculo "orgánico", por lo que hay sospechas fundadas de que este material sea colocado en el interior de la uretra por el paciente o alguien de su entorno. Riesgo elevado de estenosis uretral.

- "Buenos días, soy el Psiquiatra".-

Al llegar a la planta de Urología, localizamos al Urólogo responsable del paciente, que nos pone al corriente de los antecedentes médicos y "largo recorrido" del paciente hasta llegar a esta situación. Así mismo, nos informa de que las relaciones del personal de la planta con el paciente y su familia son bastante tensas, ya que éstos descartan la posibilidad del carácter autoprovocado de "las litiasis" y acusan al Servicio de Urología de negligencia médica, emprendiendo trámites para el análisis del material extraído en un laboratorio privado.

Después de hablar con el Urólogo, la adjunta y la residente de Psiquiatría nos encaminamos hacia la habitación del paciente. Allí nos encaminamos a M., a su hermana y a su madre. Para sorpresa nuestra, M. (con el consentimiento de su madre) acepta hablar con nosotras. Nos sorprende a primera vista su peculiar aspecto, con orejas grandes, cejas pobladas y gafas de miope. Presenta un discurso pobre, poco elaborado, centrado en sus síntomas urológicos, y sus quejas sobre el trato recibido por los Urólogos.

M. no está casado ni tiene pareja, y vive con su madre. Tiene un 39% de minusvalía, debido a un retraso en el desarrollo por causa perinatal.

Durante su ingreso en Urología visitamos al paciente en diversas ocasiones. Llama la atención el discurso desvalorizador y crítico que presenta la madre en lo que se refiere a las capacidades del paciente, que contrastan con el autoconcepto que defiende el paciente en las entrevistas que mantenemos con él a solas.

Durante este tiempo, se nos ofrece la posibilidad de que se analicen los cálculos en los laboratorios de la Facultad de Químicas de la UAM. La familia acepta nuestra colaboración y nos entrega uno de estos fragmentos que se han extraído al paciente de la uretra.

Al alta hospitalaria, ofrecemos al paciente una cita en las Consultas Externas de Psiquiatría del hospital, como seguimiento del caso, y para hacerles entrega de los resultados del análisis del cálculo.

- Seguimiento posterior.-

Citamos a M. en numerosas ocasiones en las consultas de Psiquiatría, sólo acude en dos de ellas.

En la primera entrevista, una semana después del alta por Urología, acude acompañado por su madre. Nos proponemos hacer una reconstrucción de la biografía del paciente, y es la madre, que monopoliza la entrevista, la que se encarga de hacernos un relato pormenorizado.

M. es el tercero de cinco hermanos. Realizó una escolarización normalizada, con apoyo pedagógico, hasta los 14 años. No ha obtenido el Graduado.

Siempre ha tenido escasas relaciones sociales, lo que la madre cree necesario para proteger a su hijo ("Mi hijo es carne de cañón, lo llevan a dónde quieran"), reflejo del discurso familiar con rasgos paranoides que mantienen durante todo el seguimiento, con descalificaciones frecuentes a personas del entorno.

Los padres del paciente se separan en 1981, por infidelidad del padre. Entonces, la madre, el paciente y sus hermanos se trasladan a Madrid.

A los 18 años, comienza a trabajar en un empleo protegido en una fábrica de productos químicos. Allí conoció a su única pareja. A los 26 años, su madre "le saca de allí", porque las condiciones no le interesaban. Desde entonces, no ha vuelto a buscar trabajo.

Actualmente no realiza ninguna actividad laboral o formativa. Sus actividades diarias consisten en pasear con su perro, jugar con sus sobrinos o hacer punto de cruz. No tiene ninguna relación más allá del ámbito familiar.

Al igual que en las entrevistas durante el ingreso, se pone de manifiesto una relación simbiótica con la madre, quien fomenta la dependencia del hijo más allá de sus limitaciones intelectuales.

En la segunda cita a la que acuden, nos entrevistamos por separado, de manera simultánea, con la madre y el paciente. En la entrevista con M. Intentamos explorar sus prácticas sexuales, en las que nos refiere sin tapujos sus prácticas masturbatorias, pero sigue negando la utilización de productos o objetos que puedan originar las obstrucciones urinarias. En la entrevista con la madre, se le hacen entrega de los informes del análisis del laboratorio de la Facultad de Químicas, en los que se hace referencia a un compuesto rico en los componentes del pegamento usual que podría pertenecer a una cola de contacto que el paciente utilizó en asociación imaginativa entre los lubricantes indicados desde urología y el pegamento casero.

II. -SESIÓN CLÍNICA DEL CASO "MISTER GLUE"

MESA

Caso clínico: "Cálculos uretrales de repetición: diagnóstico diferencial y tratamiento".

28 de Febrero de 2008 en la Clínica de la Concepción. Madrid

Moderador:

Dr. Luis Caballero.

Psiquiatra

Hospital Puerta de Hierro.

Ponente:

José Carlos Mingote Adán.

Psiquiatra, Madrid. (Lo hizo en lugar de la Dra. Miriam Agudo Urbano, MIR- 4 de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre de Madrid. ausente de España en estas semanas)

Discusor:

Dra. Lourdes Estévez Baticón

Psiquiatra del Hospital 12 de Octubre. Madrid

III. -SESIÓN CLÍNICA DEL CASO "MISTER GLUE:

Exposición

En el **ppt I** de referencia, que se acompaña, se expone un resumen del caso.

IV. -SESIÓN CLÍNICA DEL CASO "MISTER GLUE"

En el **ppt II** de referencia se hace una discusión sobre la hipótesis de trabajo de un Trastorno Facticio, así como un completo y actualizado estudio clínico y bibliográfico de esta entidad nosológica.

V. -COLOQUIO DEL CASO "MISTER GLUE"

Introducción al Coloquio, de parte del Dr. Mingote:

El hipospadias es una anomalía congénita que tiene lugar en uno de cada trescientos recién nacidos: se trata del desarrollo incompleto de la uretra anterior de forma que el orificio uretral se sitúa en un nivel diferente a lo largo del pene: balánico (en el glande), peneano o perineoescrotal, situación anormal del meato uretral que implica obstrucciones miccionales frecuentes. El tratamiento de esta patología es quirúrgico.

Se produce por fallo en el cierre normal de la ranura uretral fetal que termina en la superficie ventral del falo y cierto grado de contracción e inclinación ventral. Se produce por falta o resistencia a los andrógenos fetales y si las madres han tomado progestágenos durante la gestación, y se asocia con frecuencia a diferentes alteraciones en el desarrollo sexual masculino.

Se ha descrito la delección 11P13, por delección P13 del cromosoma 11 que da lugar a varias alteraciones genitourinarias, como el nefroblastoma o tumor de Wilms que puede mostrar recurrencia familiar, y retraso mental (WAGR). La mitad de estos niños presentan criptorquidia bilateral e hipospadias.

El caso de este paciente podría tratarse de un síndrome de WAGR incompleto, que cuando es completo incluye tumor de Wilms, aniridia (sin iris) retraso mental y anomalías genitourinarias.

En este caso se pone de manifiesto una conducta anormal del rol de enfermo (Parsons, 1951) por la utilización de defensas inmaduras y conductas masturbatorias, perversas (parafilia masturbatoria). Se trata de una forma de actuación sintomática autoproducida (“acting out”), que expresa ansiedades de castración a través del empleo de defensas inmaduras según la clasificación de George E. Vaillant (1992) como son la fantasía esquizoide, la conducta pasivo-agresiva y el mismo “acting out” (Bibring y cols, 1963).

El beneficio primario deseado es el que proporciona el rol de enfermo, una forma de dependencia patológica que el enfermo intenta satisfacer en las relaciones asistenciales como vínculo de apego sobrecompensador de un déficit narcisista primario y/o de un vínculo de apego patológico en la relación con la madre.

Coloquio:

Dr. Luis Caballero:

- He visto: Síndromes de Sjogren, Insulinomas, Munchausen, Abscesos, etc., facticios, y todos suelen exagerar la historia que refieren.

- De ordinario hay dificultad para conocer la epidemiología.
- Resulta difícil el diagnóstico diferencial, como ya se ha dicho.
- Quizá sea correcto pensar en la asociación “Como había utilizado lubricante, ahora utiliza pegamento”.
- La entrevista de estos pacientes es difícil. Además, como son poco frecuentes, no se logra adquirir experiencia suficiente.
- Producen una contratransferencia muy peculiar y negativa. Plantean problemas éticos y legales, en relación con la privacidad, las denuncias y sobre cómo atenderles y qué pruebas diagnósticas se deben indicar.
- ¿Son pacientes? - nos llegamos a preguntar a veces.

Dr. Carlos Mingote:

- Pensaba en la madre.
- La búsqueda del rol de enfermo es lo básico en el trastorno facticio y suelen quedar pocas salidas.
- Es clara la presencia de un mal rol en estos enfermos.
- Por otra parte, resulta venir muy al caso la contemplación de los MECANISMOS DE DEFENSA, según George E. VAILLANT en su obra “EGO MECHANISMS OF DEFENSE” (Am Psychiatric Press, 1992). Habla de mecanismos:
 - psicótico
 - inmaduro
 - neurótico
 - maduro.

Y el inmaduro, a su vez, se subdivide en dos: “ Ac in out” y “pasivo-antiagresivo”. (VER ARCHIVO ADJUNTO CON LA EXPOSICIÓN CITADA)

- Otro aspecto interesante: se trata de una familia caótica, desconfigurada y con carencias afectivas.
- Y me pregunto: ¿dónde está lo hedonista y lo masoquista?
- Puede pensarse que el paciente está castrado simbólicamente.
- También hay una reducción de la percepción del riesgo, por parte del enfermo, dadas las conductas que manifiesta. Se destruye a sí mismo.

Dra. Lourdes Esteve:

- Es significativo que acudan al “Hospital 12 de Octubre”, que no les corresponde. Vienen tras un peregrinaje hospitalario muy peculiar.
- Los clínicos viven con la amenaza de la denuncia por parte de la familia.
- El último análisis de los supuestos cálculos se hizo a la vez, en: “Hospital Ramón y Cajal”, centro privado, Facultad de Química y Clínica Universitaria de Navarra. Todo ello por presión familiar.

Dr. Luis Caballero:

- El vínculo psicosomático, resulta muy dificultoso y peculiar. Los pacientes tienden a resaltar lo banal y lo accesorio, impidiendo ir a lo esencial.
- Hemos de preguntarnos: ¿Cómo es la relación madre-hijo?. Yo veo narcisismo en la madre, y una continua “retención-expulsión”.

Dra. Lourdes Esteve:

- La madre no admite el retraso mental de su hijo, y a la vez le sobreprotege.
- Le ve bueno, hasta la ingenuidad.
 - Y otro aspecto: la actitud y conducta de la madre, está mediatizada por las vivencias de la conducta del hijo mayor, que tuvo problemas de alcohol, y fue excluido del hogar para que no le perturbase.

Dr. Luis Hernández:

- Parece que entre unos y otros han logrado una regresión del paciente hasta la hipospadia original con intervenciones iatrogénicas y quirúrgicas.

- Pienso que puede haber en la madre un odio oculto a los hombres por su vivencia personal respecto a su marido y al hijo alcohólico que hubo de abandonar la casa.

Dra. Lourdes Esteve:

- No hubo lugar para explorar estos aspectos. Si duda, podría pensarse en el sentido apuntado.

Dr. Luis Caballero:

- En un Síndrome de Briquet la entrevista sería totalmente contraria.

Dra. Lourdes Esteve:

- Es obvia la complacencia, respecto a las pruebas y tratamientos. Cuantos más se le indican, mayor satisfacción.

Dra. Carmen Alonso (psicóloga):

- Felicito a la mesa por la claridad didáctica en la exposición. Y pregunto: Si se hubiesen abordado desde el principio los aspectos psicológicos ¿cuál hubiera sido el curso?.

- Deseo resaltar el valor de establecer pronto un vínculo psicosomático válido y que los pacientes cuenten en confianza.

-Hay que evitar la actitud de algunos profesionales, que afirman: “Si no son enfermos, que se vayan”.

Dr. Carlos Mingote:

- Hay que buscar una buena alianza terapéutica.
- Y rastrear la etiología, en la historia, en esa situación amalgamada de vivencias complejas encubiertas por el síntoma. Es, precisamente, lo contrario de lo que aquí ha sucedido.

Dr. Carlos Sanz-Ramos:

- Caso raro y rico en sugerencias:
- A nivel psicodinámico se presta a muchas sugerencias:
 - . Percepción escasa del daño.
 - . Restricción del yo, etc...
- Por otra parte: en cuanto al diagnóstico diferencial, lo somatomorfo y lo facticio están muy vinculados, y dan lugar a cuadros a mitad de camino, entre ambos, tanto en la génesis como las manifestaciones clínicas.

Dr. Luis Hernández:

- Todo esto es muy interesante para los que no somos psiquiatras. El desconocimiento de estos aspectos conduce al fallo, a la imprudencia y a la yatrogenia.
- ¿Cómo es que el primer cálculo fue catalogado de orgánico?.

Dr. Carlos Mingote:

- Insisto en la posible perversión masoquista del paciente y en la sobreprotección-control agresiva por parte de la madre.
- Podemos hablar de una policirugía de índole masoquista. Y también de una dependencia terapéutica que en ocasiones puede ser salvadora para el paciente si se orienta de una manera no cruenta mediante citas semanales para que venga a la consulta de salud mental en lugar de al departamento de cirugía. Hablaremos, pues, de una terapéutica alternativa.

Dr. Luis Caballero:

-Es necesario planificar muy bien la segunda entrevista con el paciente.

Dr. Manuel Álvarez Romero:

- En el Hospital Universitario “Virgen Macarena” de Sevilla se han recopilado muchos casos de Trastornos Facticios, especialmente en Dermatología. Resulta muy interesante analizar la variedad de mecanismos etiológicos y de posibilidades de expresión clínica que resultan posibles. El Dr. Antonio Rodríguez Pichardo goza de amplísima experiencia por sus trabajos en la Sociedad Española de Psiquiatría y Dermatología.

Dr. Luis Caballero:

- Destaco la dificultad para desvelar el diagnóstico compatibilizándolo con la privacidad que le corresponde. Un camino puede ser escribir un informe al médico de cabecera.

- Siguiendo a Diego Gracia, es importante saber situarse a mitad de camino entre los dos derechos fundamentales del paciente: beneficencia y confidencialidad.

Dr. Enrique Arrieta:

- ¿Son frecuentes los Trastornos Facticios en la deficiencia mental?.

- Recuerdo un caso de madre sobreprotectora en la que el hijo-paciente relaja, mediante su patología ficticia, la tensión acumulada en el sistema familiar disarmónico.

Dr. Carlos Mingote:

- Conforme.

Dr. Carlos Sanz-Ramos:

- Pienso que la clave está en la historia clínica. Con frecuencia el dato clave es conocido a través de un personaje secundario: enfermera, celador, estudiante en prácticas, etc.

Dra. Carmen Alonso (psicóloga):

- Nunca resultará suficiente el insistir en la importancia de la relación terapéutica. Hasta el punto de que un estudiante o una enfermera pueden llegar a resultar más cercanos al paciente que el propio médico. El prestigio y el rol propio pueden desmerecer por la prisa y otros factores.
- Y otra cosa: ¿qué pudo pasar con el primer cálculo que luego imita como regalo o como exigencia de la situación?.

Dr. Luis Caballero:

- Es llamativo el posible enfado de la madre, cuando conoce la verdad del cuadro clínico. Sufre un notable desengaño, se siente como si le tomasen el pelo, ..., acabaría diciendo: “Ahora, aquí, quien manda soy yo”. Y los derroteros familiares avanzarían por otros lares menos “pegajosos”.

11-03-2008