

Reporte de Caso

Pseudociesis. Reporte de caso

Pseudociesis. Case report

 Maggi Cárdenas, Carol^{1,2};  Vázquez Alcaraz, Juan José^{1,3};  Madelaire, Bettina¹;

 Delvalle, Claudio¹;  Gonzales, William¹

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Hospital Psiquiátrico. Asunción, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Psiquiatría. San Lorenzo, Paraguay.

³Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Enfermería y Obstetricia. Asunción, Paraguay.

Como referenciar éste artículo | How to reference this article:

Maggi Cárdenas C, Vázquez Alcaraz J, Madelaire B, Delvalle C, González W. Pseudociesis. Revisión de caso. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, Abril - 2024; 57(1): 89-94

RESUMEN

Introducción: Según el DSM-V, la pseudociesis se incluye en la categoría “otros síntomas somáticos específicos y trastornos relacionados” y se define como la falsa creencia de estar embarazada que se asocia con signos objetivos y síntomas de embarazo. La confirmación de la pseudociesis se consigue con un resultado negativo de la gonadotropina coriónica humana beta en la sangre y/o la orina asociado a un hallazgo ecográfico negativo. **Materiales y métodos:** se presenta el caso de mujer con síntomas y signos de embarazo que corresponden a pseudociesis, la paciente siguió creyendo que estaba embarazada debido a sus síntomas, a pesar de que las pruebas de embarazo dieron negativo. **Conclusión:** La pseudociesis es una enfermedad poco frecuente que a menudo se asocia a otras comorbilidades psiquiátricas y diagnósticos diferenciales poco claros. Es necesario la realización de más estudios, incluyendo series de casos y revisiones sistemáticas para comprender mejor esta infrecuente condición y sus otras variantes.

Palabras Clave: paciente, embarazo, delirios, pseudociesis.

Autor correspondiente: Dra. Carol Maggi Cárdenas. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Hospital Psiquiátrico. Asunción, Paraguay. E-mail: carolmaggic@gmail.com.

Editor responsable: Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez, Prof. Dra. Lourdes Talavera. Fecha de recepción el 21 de febrero del 2023; aceptado el 11 de marzo del 2024.

ABSTRACT

Introduction: According to the DSM-V, pseudocyesis is included in the category “other specific somatic symptoms and related disorders” and is defined as a false belief of being pregnant that is associated with objective signs and symptoms of pregnancy. Confirmation of pseudocyesis is achieved with a negative blood and/or urine beta-human chorionic gonadotropin result and a negative ultrasound finding. **Materials and methods:** We present a case of a woman with symptoms and signs of pregnancy corresponding to pseudocyesis, the patient continued to believe she was pregnant because of her symptoms, despite negative pregnancy tests. **Conclusion:** Pseudocyesis is a rare condition that is often associated with other psychiatric comorbidities and unclear differential diagnoses. Further studies, including case series and systematic reviews, are needed to better understand this rare condition and its other variants.

Keywords: patient, pregnancy, delusions, pseudocyesis.

Introducción

La Pseudociesis es un síndrome clínico poco común, en el que una mujer no embarazada cree estarlo y presenta signos y síntomas de embarazo ⁽¹⁾. Se encuentra presente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) bajo el epígrafe de Otros Síntomas Somáticos Especificados y Trastornos Relacionados ⁽²⁾.

Etimológicamente, el término Pseudociesis tiene su raíz en los vocablos griegos *pseudes* que significa falso y *kyesis* embarazo o gestación; también es conocida con otras denominaciones como pseudoembarazo, embarazo imaginario, embarazo simulado, embarazo fantasma, embarazo histérico y embarazo espurio o aparente. En general, se define como tener síntomas y signos de embarazo excepto por la presencia del feto. Se evidencian síntomas como la distensión abdominal, el crecimiento de las mamas, el incremento de la pigmentación en la areola, la galactorrea, incluso amenorrea o hipomenorrea, náuseas y vómitos matutinos, postura lordótica típica al andar, aumento de apetito y aumento de peso, y sensación de movimientos fetales; pudiendo aparecer inversión del ombligo y cérvix blando ^(3,4).

Aunque determinar su incidencia es tarea complicada, ya que no se disponen de estudios en grandes poblaciones, más que de

reportes de casos, entre los datos disponibles se estima que esta condición se presenta entre 1 a 6 casos por cada 22.000 partos en Estados Unidos. Es más frecuente en mujeres no fértiles, cercanas o posteriores a la menopausia, y con rango de edad de 20 a 44 años, donde 8 de cada 10 es de estado civil casadas, en zonas rurales con escaso desarrollo de servicios médicos ⁽⁵⁾. Está presente en toda cultura, país o clase social ⁽⁶⁾.

Se presenta en forma mayoritaria en el contexto de un cuadro depresivo mayor o en una psicosis ⁽⁷⁾. Desde el punto de vista neuroendocrino comparte varias características endocrinas con el síndrome de ovario poliquístico (SOP), aunque esto no significaría que las mujeres pseudociéticas necesariamente deban sufrir de esa condición. Existe un déficit en la actividad de la dopamina a nivel del cerebro, esta disfunción de las catecolaminas afecta la regulación de la liberación de hormonas por parte de la hipófisis anterior. La dopamina afecta la secreción pulsátil de la hormona Luteinizante (LH) y la secreción de Prolactina (PRL). La acción de las catecolaminas origina el aumento de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), la LH y la PRL pulsátiles y a una relación LH y la hormona folículo estimulante (FSH) más elevadas. Estos cambios a nivel endocrino pueden generar hipomenorrea o amenorrea, galactorrea y trastornos diurnos y/o nocturnos. Así también, la disminución de

la actividad catecolaminérgica cerebral que muestran las mujeres pseudociéticas puede combinarse/interactuar con una disminución de la inhibición de la retroalimentación esteroidea de la GnRH. Más específicamente, la elevación de la Testosterona hallada en mujeres pseudociéticas puede reducir la sensibilidad de la GnRH a la inhibición de la retroalimentación Progesterona, lo que deriva en el incremento de la frecuencia del pulso de la GnRH, una elevada pulsatilidad de la LH y una mayor generación de la LH sobre la FSH, como ocurre en las mujeres con SOP. Por último, el aumento de la actividad del sistema nervioso simpático que probablemente muestren las mujeres pseudociéticas puede estar implicado, no sólo en los aparentes movimientos fetales y los dolores de parto en la fecha prevista para el parto que sienten algunas mujeres pseudociéticas, sino también en el típico agrandamiento abdominal que muestran la mayoría de estas mujeres ⁽⁸⁾.

En lo relacionado con otros síntomas como la distensión abdominal, las pacientes pueden experimentar una contracción crónica del diafragma, unida a unos patrones anormales de contracción/relajación de la musculatura abdominal anterior y de los oblicuos internos (disinergia abdominofrénica). La disfunción del sistema nervioso simpático en las mujeres pseudociéticas, mediada directamente a través de los impulsos transmitidos por el sistema nervioso simpático y/o indirectamente a través de la norepinefrina plasmática liberada por los nervios simpáticos o secretada por la médula suprarrenal, puede inducir la disinergia abdominofrénica que deriva en la protrusión abdominal ⁽³⁾.

Otro punto importante se relaciona con la diferencia que existe entre la Pseudociesis y el delirio de embarazo, siendo este último un trastorno delirante de tipo somático, caratulado en el DSM-V en el grupo de las psicosis como la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, donde existe la creencia de estar embarazada en ausencia de señales físicas sugestivas de embarazo ⁽⁹⁾.

Este reporte se centró en la presentación de un caso de Pseudociesis, su evaluación y las medidas terapéuticas desarrolladas, a modo de brindar información sobre la experiencia del manejo de este cuadro en el contexto de un servicio de salud mental de Paraguay.

CASO CLÍNICO

Presentación del caso:

Mujer de 23 años, residente de Yguaron, de estado civil soltera, estudiante del 3° año de Fonoaudiología. Acude a consultorio en el Hospital Psiquiátrico porque cree que está embarazada.

Antecedentes: 2 años atrás la paciente refiere haber quedado embarazada y el método de comprobación fue el análisis de orina con resultado positivo, 8 días después para confirmar el embarazo se realizó el análisis de sangre, que resultó negativo. Mediante un estudio de ecografía se diagnosticó Síndrome de Ovario Poliquístico, lo que derivó en un tratamiento durante 1 mes con anticonceptivos.

En mayo del 2017, la paciente refirió por última vez el periodo menstrual, y desde ese entonces creyó estar embarazada, comentándole a su pareja y familia, en ese tiempo la mujer no se había realizado ninguna prueba de comprobación, posteriormente en agosto del 2017 volvió a tener su periodo menstrual, por lo que en ocasiones era consciente de que no estaba embarazada y en otras que sí.

Ante el cuidado que recibía por parte de sus familiares y pareja se negó a retractarse del embarazo y expresó: "Ya estoy embarazada y estoy feliz". Durante el "periodo de embarazo" la paciente supuestamente habría descargado imágenes de ecografía de internet como evidencia a sus familiares y pareja de estar embarazada, además, sus familiares habían mencionado que se había realizado sus consultas de cuidado prenatal en un hospital de la Ciudad de Itá, ante la comprobación se verificó que la paciente no había consultado en dicho nosocomio.

En este periodo de tiempo la paciente refirió síntomas de embarazo: náuseas, vómitos, movimientos fetales y producción de leche. A partir de la noticia del embarazo, tuvo sus ventajas, refirió que “todo giraba en torno mío, tuve las atenciones que nunca había tenido”.

En marzo del 2018, según referencia de la paciente, llega a un hospital para un control en el que se le aplicó medicación para la dilatación, luego volvió a su ciudad natal y posteriormente empezó a tener dolores, dos días después, volvió a consulta con sus padres y su pareja, donde ella exige entrar a la consulta sola, luego de una supuesta evaluación la mujer reingresa al hospital para trabajo de parto.

La paciente mencionó además que había enviado un mensaje texto a su madre diciendo que ya estaba dilatando en el nivel 5, minutos después, informo a la madre que ya se había dado el nacimiento, pero que ocurrieron inconvenientes con el cordón umbilical, luego de un corto tiempo la paciente habría salido del Hospital, llorando e informando del deceso del recién nacido. Luego los familiares insisten en acompañar de vuelta a la consulta donde el médico de guardia del Hospital habría hecho varios estudios ginecológicos, en los que los resultados arrojaron que el útero estaba intacto y con BHCG negativo. Ante las grabaciones del circuito cerrado del Hospital, se corroboró que la paciente no tuvo ningún tipo de atención gineco-obstetra anteriormente.

Realizo consultas en ambulatorio donde se le diagnostica como comorbilidad un Trastorno Depresivo Mayor y se le indican antidepresivos.

Discusión

Según Brockington, es frecuente que mujeres que no se encuentran en estado de gravidez, en algún momento crean que lo están sin que esto sea verdaderamente cierto ⁽¹⁰⁾, la conceptualización de la Pseudociesis, de acuerdo con al DSM-V y al CIE-10, comprende la idea falsa o errónea de encontrarse en estado gestacional, y se vincula con la

presencia de signos y síntomas del embarazo ^(11,12), esto suele ir acompañado de distensión abdominal, alteraciones del ciclo menstrual, percepción de movimientos fetales, molestias digestivas y cambios en las mamas, lo que ha sido constatado en el caso presentado anteriormente. Además, la paciente no tenía control sobre las características físicas del embarazo, es decir, no se evidenció el consumo de algún fármaco o sustancia que provoque la producción de leche ni el aumento del tamaño abdominal ⁽¹³⁾.

La evidencia disponible actualmente menciona que las mujeres que sufren de esta condición presentan una actividad del sistema nervioso simpático aumentada, con alteraciones de las vías catecolaminérgicas vinculadas con la regulación de la liberación de las hormonas de la adenohipófisis, y una inhibición disminuida de la retroalimentación esteroidea de la GnRH. Las condiciones neuroendocrinas descritas serían las responsables de las alteraciones en el ciclo menstrual (hipomenorrea, amenorrea), la galactorrea, los síntomas gastrointestinales, la percepción de los movimientos fetales y los dolores de parto ⁽³⁾.

En lo relacionado con la prevalencia, estos casos son más frecuentes en los países rurales subdesarrollados, donde las mujeres no suelen recibir atención médica hasta el trabajo de parto ⁽³⁾. En los países desarrollados, si bien puede presentarse, estos son más raros ⁽⁹⁾, en comparación con el caso analizado, la paciente proviene de un distrito más orientado al área rural, aunque su nivel de formación es universitario.

Así también, la mayor parte de estos casos se presentan en el contexto de una depresión mayor o una psicosis, y en menor prevalencia en un episodio maniaco de trastorno bipolar como mencionan Espiridion y colaboradores ⁽⁷⁾. Esto se observó en este caso, ya que la paciente como comorbilidad fue diagnosticada con un cuadro depresivo mayor.

En cuanto a la edad de aparición, también se encuentra una relación con lo mencionado en

la literatura, que si bien puede generarse a cualquier edad, el promedio de edad esperado para estos cuadros suele ser 33 años, con un rango entre los 20 a 44 años ^(6,14).

Se discrimina del trastorno facticio, por el hecho de la falta de control de la sintomatología y punto coherente refiere a la motivación inconsciente de cuidado y atención que demandaba de sus allegados ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. También es necesario diferenciarla del delirio de embarazo, que forma parte de la sintomatología propia de una psicosis, lo que no fue comprobado en la paciente a lo largo del desarrollo de la historia clínica ⁽¹⁸⁾.

Se debe sensibilizar más sobre la necesidad de alentar y apoyar a las mujeres embarazadas y reducir la estigmatización de las mujeres estériles. La prestación de servicios de atención materno infantil en los centros de salud cercanos y la educación psicológica contribuirá en gran medida a prevenir sucesos similares. Se debe sensibilizar aún más sobre la necesidad de alentar y apoyar a las mujeres embarazadas ⁽¹¹⁾.

Como conclusión, se ha descrito un caso de Pseudociesis, que es una condición de salud mental infrecuente, que representa un desafío en el ámbito clínico si se consideran los diagnósticos diferenciales y criterios complejos. Para una mejor comprensión de la Pseudociesis, es necesario, la realización de diversos estudios que abarquen no solo casos individuales o series, sino también revisiones sistemáticas e investigaciones en poblaciones mayores, debido a que la información disponible actualmente es incipiente.

Contribución de los autores:

Todos los autores colaboraron en la revisión final y aprobación del manuscrito.

Conflicto de intereses: Los autores no presentan conflictos de intereses.

Financiación: el trabajo fue financiado con recursos propios del equipo investigador.

Referencias Bibliográficas

1. Caballero Martínez L, Mateos A. Trastornos neurológicos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Tratado Psiquiatr [Internet]. 2020;20(4):407–20. Disponible en: https://psiquiatria.com/tratado/cap_20.pdf
2. Asociación de Psiquiatría Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V. 5ta ed. Madrid: Panamericana; 2014. 1000 p.
3. López-Olmos J. Caso Clínico. Pseudociesis en la mujer. Revisión a partir de dos casos. Toko - Gin Pr [Internet]. 2019;78(4):291–4. Disponible en: https://www.tokoginepractica.com/_files/ugd/99c68d_7861ddf58342c2925e53693351dc30.pdf#page=41
4. Muñoz C. Somatización : consideraciones diagnósticas. Rev Med [Internet]. 2009;17(1):55–64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/910/91020345009.pdf>
5. Azizi M, Elyasi F. Biopsychosocial view to pseudociesis: A narrative review. Int J Reprod Biomed [Internet]. septiembre de 2017;15(9):535–42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29662961>
6. Guillén Bobé A. Pseudociesis: estudio del embarazo psicológico /. Rev Ocronos [Internet]. 2024;7(2):310. Disponible en: <https://revistamedica.com/pseudociesis-estudio-embarazo-psicologico/>
7. Espiridion ED, Fleckenstein C, Boyle P, Oladunjoye AO. A Rare Case of Pseudociesis in a Patient With Bipolar Disorder. Cureus [Internet]. el 10 de septiembre de 2020;12(9):e10352. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/40598-a-rare-case-of-pseudociesis-in-a-patient-with-bipolar-disorder>
8. Tarín JJ, Hermenegildo C, García-Pérez MA, Cano A. Endocrinology and physiology of pseudociesis. Reprod Biol Endocrinol [Internet]. 2013;11(1):39. Disponible en: <http://rbej.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7827-11-39>
9. Seeman M V. Pseudociesis, delusional pregnancy, and psychosis: The birth of a delusion. World J Clin cases [Internet]. el 16 de agosto de 2014;2(8):338–44. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25133144>
10. Cruzado-Díaz L, Herrera-López V, Perales-Salazar M. Delirios de embarazo y pseudociesis: una breve aproximación. Rev Colomb Psiquiat [Internet]. 2012;41(1):208–16. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n1/v41n1a15.pdf>
11. Bolakale AS, Ibrahim A, Amusa A. Pseudociesis Vera in a Health Institution, North Western Nigeria. J Public Health Africa [Internet]. el 17 de agosto de

- 2015;6(2):532. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28299146>
12. Thippaiah SM, George V, Birur B, Pandurangi A. A Case of Concomitant Pseudocyesis and Couvade Syndrome Variant. *Psychopharmacol Bull* [Internet]. el 13 de marzo de 2018;48(3):29–32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29713103>
 13. Grover S, Sharma A, Ghormode D, Rajpal N. Pseudocyesis: A complication of antipsychotic-induced increased prolactin levels and weight gain. *J Pharmacol Pharmacother* [Internet]. julio de 2013;4(3):214–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23960430>
 14. López Paredes O. Pseudociesis, ¿trastorno psicosomático o biológico? *Rev Hondureña del Postgrado Psiquiatr* [Internet]. 2011; Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2011/pdf/Vol5-S-2011-5.pdf>
 15. Arce Ramirez A, Torales Benítez J. *El libro Azul de Psiquiatría*. Asunción: EFACIM; 2012.
 16. Halgin R, Whitbourne S. *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. 4ta ed. México DF: Mc Graw Hill - Interamericana; 2009.
 17. Pérez-Villamil Á. *Manual CTO de Medicina y Cirugía. Psiquiatría*. Madrid: CTO Editorial; 2018.
 18. Correa-Cedeño L, Strobbe-Barbat M, Macedo-Orrego L, Cruzado L. En torno a los delirios psicogénicos: delirios de embarazo en una adulta mayor. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. diciembre de 2023;52:S170–3. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745021001815>.