

11204



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

3
2el

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

**PSEUDOCIESIS
EVALUACION CLINICA Y HORMONAL**

DR. ALBERTO ALBERTO DURAN
PROFESOR TITULAR

DR. JOYIS [signature] DE REGUEBA

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION
P R E S E N T A
DRA. MARIA ESTHER MEZA LOPEZ

ASESOR: DR. AQUILES AYALA R.

MEXICO, D.F.

FALLA DE ORIGEN

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	1	pag
DEFINICION	2	
ANTECEDENTES HISTORICOS	2	
FRECUENCIA	3	
PACIENTES AFECTADAS	3	
MANIFESTACIONES CLINICAS	4	
DIAGNOSTICO	9	
CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS	9	
CURSO CLINICO	11	
EVALUACION ENDOCRINA	12	
TRATAMIENTO	12	
MATERIAL Y METODOS	14	
RESULTADOS	15	
DISCUSION Y COMENTARIOS	20	
CONCLUSION	22	
RESUMEN	24	
BIBLIOGRAFIA	25	

INTRODUCCION

La Pseudociesis o embarazo fantasma es una condición psicósomática que se caracteriza por la firme convicción y la presencia de manifestaciones clínicas de embarazo sin que este exista.

Es el clásico ejemplo de el papel dominante de la mente y el estado de ánimo sobre el control de la función reproductiva

Fue descrito desde la antigüedad pero el número de casos reportados ha disminuido en años recientes dentro de la literatura médica

Solo recientemente se ha iniciado la investigación de la dominancia del sistema nervioso central sobre la función somática

La pseudociesis es un problema de particular interés en reproducción, pues no se conoce aún cuales son los factores neuroendocrinos que influyen sobre la función adenohipofisaria con impacto en la esteroidogénesis del ovario.

En este trabajo se evalúa las características clínicas, psicológicas e índices hormonales obtenidos en un grupo de pacientes con esta patología, con el fin de poder correlacionar y orientar hacia alguna posible interrelación entre el factor psíquico y funcional.

A continuación se efectúa una breve reseña de lo más importante publicado sobre esta entidad hasta la fecha.

DEFINICION:

El término deriva de la raíz griega Pseudos-falso y de --
Kyesis- embarazo.

Fué empleado por primera vez por John Mason en 1823 (23)-
se le ha llamado también a esta patología de otras formas como:
embarazo histérico, emabarzo imaginario,embarazo por motivos de
ilusión, embarazo simulado, emabarazo fantasma o emabarzo ner-
vioso (12)(23)

ANTECEDENTES HISTORICOS:

Hipocrates fue el primero en describir casos clínicos ---
300 años A.C. (20,23) "Mujeres que imaginan que estan embaraza-
das viendo que su menstruación se suspende y sus matrices crecen"
Hipocrates mencionó que esta patología se debía a retención de-
líquido menstrual combinado con excesivo aire.

Posteriormente Harvey en el siglo XVIII (20 (23) enfatiza
el aspecto psicológico de esta patología.

Para el siglo XIX Sir James Simpson señala, que estas ma-
nifestaciones se presentan de manera similar en animales, y des-
cribe además el uso de clorofórmo para hacer el diagnóstico ---
correcto (23).

En 1937 Bivin colecta los casos reportados de 1800 a 1900
reporte que sirvió, para analizar las características de las --
pacientes y la presentación clínica.

Algunos personajes famosos han manifestado esta patología como Maria Tudor en 1555, ó Natalia reina de Servia en 1901 (20) (23), ambas con repercusiones políticas.

FRECUENCIA

Algunos reportes mencionan que entre mujeres negras en -- Sud-Africa va de 1:160 hasta 1:200 ó 1:250 (20) (14). En otros países no se tiene una incidencia segura.

Pero parece que se frecuencia ha ido declinando y solo un caso por año ha sido reportado en la literatura inglesa desde - 1960 (24).

Esta declinación en cuanto a su presentación puede estar en relación a la sofisticación de los métodos diagnósticos actuales, mediante los cuales se confirma rápidamente la presencia de embarazo.

TIPO DE PACIENTES AFECTADAS:

El tipo de pacientes que desarrollan Pseudociesis no presentan características demográficas o sociológicas constantes.

Los casos reportados incluyen mujeres de 5 a 79 años con un promedio de 33 años (6)(10)(14)(17)(24)(29).

Es poco común entre niños y adolescentes (17). El estado civil es irrelevante, así como las características sociales y raciales.

Algunos autores mencionan que es más común en pacientes de estado socio económico bajo, o con problema de esterilidad llegando hasta un 59 % en relación a este antecedente (23). muchas mu

eres sin embargo han manifestado Pseudociesis posterior a emba-
razos normales.

Raramente esta patologia ocurre en varones (11)(19) ----
algunos casos son individuos con problemas de homosexualidad y
psiquiátricos importantes, pero en otros casos se les ha llama-
do así a los síntomas sufridos por varones paralelos a una emba-
razo normal, de su pareja, llamandole también síndrome de ----
Couvade (30)(33).

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Los síntomas comunmente reportados son anomalías mens-
truales como oligomenorrea o amenorrea, además de distensión abd-
minal, ganancia de peso, cambios mamarios, galactorrea y en ocasio-
nes se ha descrito falso trabajo de parto. (1)(8)(9)(18)(20)(24)
(28)(31)(32)(34)(35)(36)(40) cuadro no:1

Pero a pesar de presentar manifestaciones típicas de emba-
razo, existen algunas que pudieran hacer pensar en el diag-
nóstico de Pseudociesis.

La presencia de amenorrea absoluta no es 100% segura, pero
sí las alteraciones menstruales que se presentan hasta el 98%
de los casos (1)(8)(18)(20)(36), las pacientes reportan escasos
manchados que sugieren problemas de amenaza de aborto, placenta-
previa, pero interrogando adecuadamente, estos manchados son --
atípicos, aún pensando en los diagnósticos antes mencionados.

Ocasionalmente pueden referir náusea matutina o ptialis

SIGNOS	PSEUDOCIESIS	
	Y	SINTOMAS *
SIGNO	%	
Creencia de embarazo	100	
Crecimiento abdominal	97	
Alteraciones menstruales	98	
Ant. de infertilidad	59	
Cambios mamarios	59	
Ganancia de peso	44	
Galactorrea	56	
Reblandecimiento cervical	40	
Crecimiento uterino	25	
Diagnóstico de embarazo por personal medico o paramed.	18	
Auscultación FCF dudosa	7	
Falso trabajo de parto	1	

CUADRO 1

* Datos obtenidos de reportes de la literatura
(1)(8)(14)(18)(20)(32)(28)(36)(40)

mo, que harían pensar en hiperemesis gravídica (23).

A la exploración física se manifiesta un aumento de peso, distensión abdominal, que puede ser variable y ser convincente (14), pero un dato importante para sospecha Pseudociesis es la característica del ombligo, el cual se vuelve protuberante en el verdadero embarazo, pero no en esta patología (23)(24), no obstante esta diferencia puede no ser del todo constante.

El abdomen se encontrará firme y no podrá distinguirse - el fondo uterino, las maniobras de Leopold serán difíciles de realizar y a la percusión se encontrará timpanismo generalizado.

En una cuidadosa exploración pélvica se palpará un útero - de aproximadamente 6 semanas y con signo de Hegar probablemente falso positivo o dudoso (23).

Estos datos pueden dar un diagnóstico dudoso de verdadero embarazo.

En años anteriores o en ciertos casos se ha empleado la - anestesia para realizar una evaluación correcta a causa de las dificultades para ejecutar una exploración abdominal adecuada (23), como originalmente fue mencionado por Simson, él utilizaba cloroformo como anestésico.

En estado de inconciencia la distensión abdominal desaparece en forma importante dando oportunidad a una adecuada exploración pero al no existir los efectos anestésicos se presenta nuevamente la protusión abdominal.

El porque aparece esta distensión es controversial, ya que se menciona como causas gas en intestino (16)(36) o en útero, como decía Hipócrates (23); excesiva grasa en epiplón, retención de heces o impactación (23), retención urinaria (8)(16)-contracción del diafragma y o músculos abdominales, o combinaciones de todos estos factores (23).

Algunos autores han descrito la retención de gas intestinal y utilizaban sondas para resolver la protusión abdominal.

Entre datos interesantes en relación a esta patología se ha mencionado la presencia de preclampsia y eclampsia en estas pacientes, pero han sido reportes en los que a pesar de presentar albuminuria, hipertensión, y edema no se ha descartado antecedentes de hipertensión arterial crónica o epilepsia (5)(30).

Existen reportes en los que se menciona aparentes movimientos fetales apreciados por otras personas (23) y la auscultación de frecuencia cardíaca fetal, pero como datos que pudieron ser confundidos por algunos médicos.

Los cambios mamarios de crecimiento y turgencia, son comunes y casi constantes, no así la galactorrea.

La duración de la Pseudociesis y su recurrencia son variables, se ha mencionado por algunos autores casos con duración desde 9 meses hasta 18 años o más (23).

El hecho de haber padecido Pseudociesis no es incompatible con el logro de un embarazo normal a término (1)

Según reportes hasta en un 36 % de los casos publicados se había hecho el diagnóstico de embarazo por algún médico (14)

**PSEUDOCYESIS
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Complicaciones del embarazo

Amenaza de aborto
Aborto
Embarazo ectópico
Desprendimiento placentario
Placenta previa
Enfermedad trofoblástica gestacional

Otros trastornos

Síndrome de amenorrea-galactorrea
Síndrome de ovarios poliquísticos
Tumores del sistema nervioso central
Obesidad o ascitis
Falla ovárica prematura
Efectos por drogas.

CUADRO 2

En cuanto a la probabilidad de recurrencia, esta puede ser alta, hasta un 40 %

El pronóstico es bueno a corto plazo.

DIAGNOSTICO:

En la actualidad el diagnóstico de embarazo no es difícil ya que además de los datos la historia clínica y la exploración física, se cuentan con estudios fáciles y rápidos de realizar, que confirman el diagnóstico y permiten demostrar a la paciente la no existencia de embarazo, y van desde la ultrasonografía, la prueba inmunológica de embarazo hasta la determinación de la fracción beta de hormona gonadotropina coriónica

Existen patologías con las que se puede hacer diagnóstico diferencial como: aborto, embarazo ectópico, placenta previa, enfermedad trofoblástica o tumores del sistema nervioso central, el síndrome de amenorrea galactorrea, la galactorrea hipotalámica o la falla ovarica orematura (6) cuadro 2.

CARACTERISTICAS PSICOLÓGICAS:

El cuadro de Pseudociesis es una variedad de las reacciones de conversión en asociación con depresión. El dato principal es el cambio en la función física que simula una condición fisiológica, como la expresión de una necesidad o un conflicto psicológico (21)(41)

Este tipo de pacientes no tienen alteraciones psicóticas ni psicológicas importantes. Se presenta más comúnmente en individuos con personalidad inmadura, histriónica, o personalidad dependiente pero puede afectar a cualquier tipo de personalidad (21)(41). Se le asocia también a estados de depresión y ansiedad.

El mecanismo psicológico acentuado es que los síntomas incon

VARIANTES CLINICAS DE LA PSEUDOCIESIS

- 1.- PSEUDOCIESIS VERDADERA
 - 2.- EMBARAZO SIMULADO
 - 3.- PSEUDOEMBARAZO ERRONEO
-

CUADRO 3

sientes generados reducen la ansiedad resultante de una vida con
estres.

En este caso la presencia de embarazo, representa una solución
parcial a su problema, además de una ganancia secundaria, ya que --
gana atención por parte de su pareja, familiares y/ o amigos, prueba
su fertilidad (20) y su identidad sexual (18).

CURSO CLINICO:

Existen variantes clínicas de la Pseudociesis:

La Pseudociesis verdadera o vera ya explicada anteriormente;
el embarazo simulado, es sumamente raro y ocurre en mujeres que --
confiesan estar embarazadas sabiendo que no lo están; el pseudoemba-
razo erróneo y que: en este caso la sintomatología se debe a una pa-
tología orgánica (23) cuadro 3

La evolución de esta enfermedad se puede dividir en dos eta-
pas:

La primera en la que la imitación de síntomas de embarazo se
asocia a alteraciones endocrinas clínicas mínimas como oligome--
norrea.

La segunda, una etapa más avanzada en las que las manifesta-
ciones a cambios endócrinológicos clínicos mas importantes como -
amenorrea, galactorrea. y los síntomas de embarazo son más elabora-
dos.

Para que exista una evolución entre estas etapas es necesari-
o el reforzamiento externo ya sea de amigos, familiares o médicos

EVALUACION ENDOCRINA:

Se han encontrado variaciones en los niveles de FSH (hormona folículo estimulante) tanto de aumento como de disminución siendo inconstantes, lo mismo ocurre en los niveles de prolactina (PRL)-- hormona luteinizante (LH) y progesterona (P4), siendo en algunos casos anovulatoria y en otros ovulatoria (3)(9)(14)(30)(34)(35)(36)(42).

En algunos pacientes se ha demostrado una respuesta exagerada de LH en pruebas con GnRH (hormona liberadora de gonadotropinas)(10)

Los doctores Zarate y Yen (36)(38) y otros autores (10) (14)-(42) han reportado galactorrea con hiperprolactinemia.

Otros han investigado la respuesta de la hormona de crecimiento a prueba con TRH (hormona liberadora de tirotrópina), encontrando su liberación normal (34) (35).

Se han reportado también perfiles hormonales concordantes con el síndrome de ovarios poliquísticos pero con progesterona elevada (9)(42).

TRATAMIENTO:

El manejo debe incluir la elaboración de un diagnóstico correcto, la reversión de signos y síntomas y encontrar la causa del estrés, por lo tanto el tratamiento debe ser conjunto con el psiquiatra..

Se debe demostrar a la paciente que no existe embarazo, además de investigar algunas otras alteraciones como anorexia nervosa, bulimia, pérdidas fetales, problemas de infertilidad, conflictos con la pareja, o de tipo sexual.

El psiquiatra debe de explicar a la paciente como se fué presentando el cuadro clínico y las causas que lo desencadenaron (41).

La psicoterapia, modificaciones en la conducta y de los facto

res contribuyentes,acompañados de vigilancia médica son genealmente efectivos. (41)

Un punto importante es la retroalimentación externa que pueda recibir de familiares o amigos, para promover la resolución.

En pacientes con estado depresivo importante puede llegar a ser necesario el manejo de antidepresivos, en mujeres psicóticas -- tratarlas con drogas o hasta internamiento.

Conjunto a este manejo el tratamiento hormonal para inducir la menstruación, son suficientes para convencer a la paciente de que no esta embarazada.

Un punto importante es que el manejo médico de estas pacientes se debe acompañar de la evaluación y tratamiento psicológico y no precederlo.

MATERIAL Y METODOS:

Para determinar la interrelación entre el factor psíquico y el funcional se estudiarán 11 pacientes del sexo femenino vistas en la consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología.

Los criterios para el diagnóstico de Pseudociesis se hicieron tomando en cuenta los siguientes índices: amenorrea secundaria mayor de 12 semanas, creencia firme de embarazo, dos o más síntomas neurovegetativos de embarazo, ausencia de antecedentes de endocrinopatías, y determinación de gonadotropina coriónica y ultrasonografía pélvica negativas, así como placa simple de craneo normal.

Se eliminarán pacientes vistas en la consulta, que a pesar de cumplir con los requisitos descritos, se les informara su diagnóstico antes de la evaluación.

Se consignarán datos como: edad, sintomatología presentada - datos de enfermedad hipertensiva, antecedentes de esterilidad o - infertilidad, deseo de embarazo. En todos los casos se realizó determinaciones hormonales en plasma de hormona foliculo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), prolactina (PRL), triiodotironina (T3), tetraiodotironina (T4), tirotrópina (TSH) progesterona (P4), y estradiol (E2), por el método de radio inmunoensayo, mediante el empleo de estuches comerciales (Amersham, UK). Las mediciones se efectuaron en plasmas colectados a las 8:00 hrs (ayuno) obtenidos mediante centrifugación (3,000 rpm) y congelados a -4 °C hasta el momento de su análisis. El estudio de las muestras se hizo por duplicado para cada caso. Los coeficientes de variación intra y extra ensayo fueron inferiores al 5%. El analisis estadístico de los resultados se hizo de acuerdo a Snedecor y Cochran. En todos los ca-

Los se realizó una evaluación psicológica instrumentada mediante el inventario multifásico de la personalidad, el inventario de personalidad rasgo estado y el Zung de depresión.

Todas estas evaluaciones se realizaron antes de comunicarseles a las pacientes su estado no grávido.

RESULTADOS:

Las edades de las 11 pacientes oscilaron de 19 a 48 años con un promedio de 29.3 años, con una desviación estándar de 14.14 años.

El tiempo de amenorrea fluctuó de 8 a 21.2 semanas.

Todas las pacientes referían síntomas gestacionales entre las que predominaron la náusea y el vómito, con excepción de una paciente.

Las 11 pacientes tenían la convicción de estar embarazadas, ninguna presentó enfermedad hipertensiva.

A la exploración física se confirmó la presencia de galactorrea en todas las pacientes Fig 1

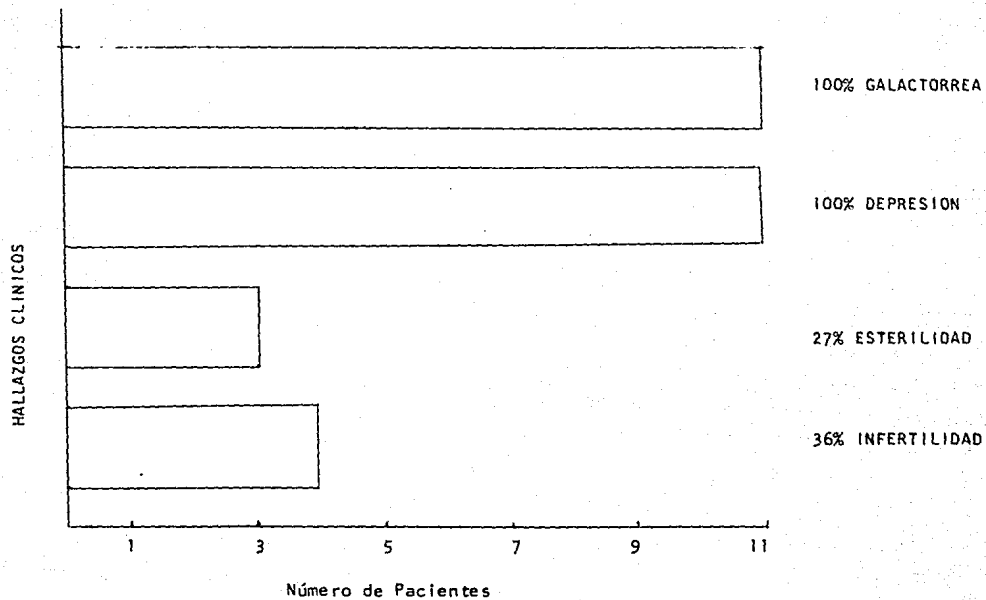
Tres de las once mujeres tenían esterilidad primaria lo cual correspondió al 27 %, cuatro, el 36 % exhibían problema de infertilidad y 2 que fue el 18% no deseaban embarazo y se encontraban en espera de realización de oclusión tubaria o salpingoclasia fig 2.

En relación a las determinaciones hormonales obtenidos en la tabla 4 se muestran estos, que en conjunto revelaron normalidad.

Separadamente se obtuvo hiperprolactinemia (26 ng/ml) en un caso que coexistía con niveles de progesterona correspondiente a ovulación (17 ng/ml). Otro caso exhibió prolactina normal (5.7 ng/ml)

con hormona luteinizante en niveles elevados (29.0 mUI/ml) y progesterona sugestiva de anovulación (0.3 ng/ml) con hipoestrogénismo - (12.5 pg/ml)

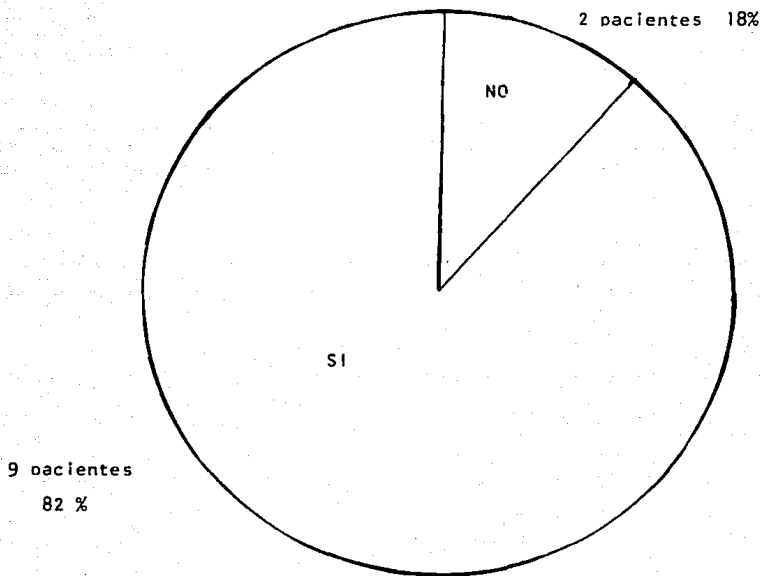
El diagnóstico psicológico prevalente fue de depresión endógena. Destacaron rasgos de personalidad histérica, con datos de -- abandono por parte de la figura materna aparentemente generadora de fantasía, por ser madres sin hacer concientes las implicaciones o -- responsabilidades de la maternidad.



CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
CON PSEUDOCIESIS

FIGURA 1

PRESENCIA DE DESEO DE EMBARAZO



PROPORCION DE PACIENTES ESTUDIADAS CON DIAGNOSTICO DE PSEUDOCIESIS Y DESEO DE EMBARAZO FIG 2

- VALORES HORMONALES DETECTADOS EN PACIENTES CON PSEUDOCIESIS (n = 11) -

Indice	FSH (mUI/ml)	LH (mUI/ml)	PRL (ng/ml)	P4 (ng/ml)	E2 (pg/ml)	T3 (ng/dl)	T4 (ug/dl)	TSH (uUI/ml)
\bar{X}	15.56	15.56	14.58	11.38	191.10	138.54	9.09	2.04
SD	1.73	7.38	5.61	5.55	13.66	44.70	1.99	1.59
Valores normales	13-17	3-27	20	5-20	50-500*	80-200	6-12	-10

* Valores sugestivos de ovulación

\bar{X} Promedio SD desviación estandar N= número de observaciones

CUADRO 4

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION Y COMENTARIOS:

De acuerdo a los resultados obtenidos, el promedio de edad de las pacientes cae en el rango reportado en la literatura, así como la frecuencia de sintomatología presentada y el antecedente de problemas reproductivos, ya que entre infertilidad y esterilidad se reportó un 63 %.

Un dato interesante es el hecho de que el 18% (2 pacientes) no desearán embarazo.

En cuanto a la evaluación psicológica, se hizo el diagnóstico de depresión endógena, encubierta a través de quejas somáticas y aislamiento, además de presentar rasgos hipocondríacos, tal descripción concuerda con la literatura en cuanto a hallazgos psicológicos.

La tendencia a la normalidad de los valores registrados en condiciones basales de gonadotropinas, hormonas tiroideas y progesterona en niveles de fase lútea fue el hallazgo sobresaliente de los casos estudiados, aunque existe el sesgo dado por el número de casos que fue reducido, este es el reporte con más número de pacientes en la actualidad.

Sin embargo los presentes resultados coinciden con algunas observaciones previas donde se han informado pacientes con diagnóstico de pseudociesis que exhiben predominio de niveles normales de gonadotropinas y progesterona en circulación, asociadas a una elevación de prolactina (24)(9)(38).

Por otro lado, estos datos de gonadotropinas normales y estradiol disminuido difieren de otros autores quienes han informado de-

de niveles elevados y normales respectivamente (36)(34)(9)

Este conjunto de observaciones y diferencias en la cuantificación hormonal, no son del todo inesperadas ya que la respuesta química suele ser diferente en un mismo fenómeno biológico y sobre todo en el caso de pseudociesis donde el patrón afectivo generador del problema llega a ser muy variable, como en el estudio realizado, en la que no sólo el deseo de embarazo desencadenó esta patología sino también el temor de presentarlo, lo cual puede hacer de este problema afectivo con intensidad variable y pudiendo dar lugar a la formación inadecuada de neurotransmisores, problema que amerita investigaciones profundas en el futuro. Por esto consideramos que para avanzar en el entendimiento del problema, no basta practicar determinaciones hormonales orientadas a reconocer la interacción del eje hipotálamo hipófisis, gónada, ya sea mediante su estudio en condiciones basales o por pruebas estimuladoras, sino que además requiere aún un mayor número de observaciones que las realizadas en este estudio, pues el máximo de casos registrados anteriormente con evaluación endocrina integral ha sido hecho por Devane (9) en solo cinco pacientes, es necesaria la evaluación de la secreción pulsátil o pulsátil de glucoproteínas de origen hipofisiario con potenciales evocados antes y después de darse a conocer la noticia de falso embarazo.

Se colige así que el estado de depresión, angustia o temor que presentan estas pacientes asociado a niveles normales no explica la presencia de Pseudociesis, pero debe servir como antecedente para investigar en futuros trabajos un problema de desgaste de

de neurotransmisores que altere la secreción de catecolaminas y lleve a una actividad hipofisiaria anormal. Además se deberá investigar variaciones en los ritmos pulsátiles de gonadotropinas y quizá de prolactina o sus isómeros que puedan alterar el funcionamiento hipotalámico hipofisiario ovario.

CONCLUSION

Se concluye que la pseudoclesis o estado de falso embarazo es provocado por un problema en la esfera afectiva no solo por el deseo de embarazo, también por el miedo a lograrlo, sin una alteración importante de la función endocrina, pero no puede descartarse un probable impacto en la función de neurotransmisores y que estos a su vez afecten función de hipotálamo hipofisiario ovario por lo tanto estos puntos deberán de ser objeto en futuras investigaciones con el fin de poder explicar esta patología.

RESUMEN:

Se estudiaron once mujeres con diagnóstico clínico de pseudociesis, a quienes se practicó estudio clínico y evaluación hormonal. Se cuantificaron niveles plasmáticos de gonadotropinas (FSH-LH), progesterona, estradiol y hormonas tiroideas (T3, T4, TSH) en condiciones basales por el método de radioinmunoanálisis. El diagnóstico se hizo tomando como índices: a) amenorrea secundaria (mayor de 12 semanas) b) dos o más síntomas neurovegetativos de embarazo, c) percepción de embarazo por parte de la paciente y d) HCG o ultrasonografía negativas. Los niveles de gonadotropinas se encontraron normales o en límites inferiores bajos, preservándose la relación LH, FSH. Los valores de progesterona correspondieron a niveles de ovulación. Las cantidades de hormonas tiroideas no revelaron disfunción glandular. En un caso se demostró hiperprolactinemia (con niveles bajos de gonadotropinas y progesterona ovulatoria; todos los casos cursaban con galactorrea). En la evaluación psicológica se encontraron rasgos hipocondíacos y tendencia a la depresión. Nuestros hallazgos concuerdan parcialmente con los referidos por otros autores, ya que la tendencia del patrón hormonal observado fue a la normalidad. Aunque se registraron valores de hormonas proteicas y esteroideas con variación basal normal, no se descarta que en la pseudociesis se susciten variaciones importantes sobre los ritmos pulsátil y episódico de hormonas gonadotrópicas y quizá de prolactina o sus isómeros que pueden dar lugar a esteroidogénesis ovárica inadecuada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ABRAM, H.S.: Pseudocyesis followed by true pregnancy in the termination phase of an analysis
Br.J. Med. Psychol. 42:255,1969
- 2.- ALDRICH, C.K.:A case of recurrent pseudocyesis
Persoect Biol. Med. 16:11, 1972
- 3.- AYERS, J.W.T :Neuroendocrine indicies of depression in pseudo cyesis
J.Reprod Med 29:67,1984
- 4.- BARGLOW, P.: Pseudocyesis and psyqulatric sequelae of sterili zation
Arch. Gen Psychiatry 11:571,1964
- 5.- BROWN E., Pseudocyesis;A paradigm for psychophysiological - interactions
Arch. Gen. Psychiatry 24:221, 1971
- 6.- COHEN, L.M.: A current persoective of pseudocyesis.
Am.J. Psychiatry 139:1140, 1984
- 7.- CRAMER B.: Delusion of pregnancy in a girl with drug-induced lactation
Am. J. Psyquiatry 127:960,1971
- 8.- DAW, E.: Pseudocyesis
Br. J. Clin. Pract 27:181, 1973
- 9.- DEVANE, G.W.:Opiod peotides in pseudocyesis
Obstet. Gynecol. 65:183, 1985
- 10.- DRIFE, J.O.: Phantom pregnancy
Br. Med. J. 291:687, 1985
- 11.- EVANS, D.L. Pseudocyesis in the male
Jr. Nerv. Ment. Dis. 172:37, 1984
- 12.- EUSTASCHE, G.:Des fausses grossesses ou grossesses par ilusion
Nouv. Arch. d' Obstet et de Gynecol 9:481,1984
- 13.- FORSBACH, G. Pituitary function in human pseudocyesis
J. Endocrinol. Invest. 10: 39, 1987
- 14.- FRIED, P.H.:Pseudocyesis;a psychosomatic study in gynecology
J. Am. Med. Assoc. 145:1329, 1951
- 15.- GREAVES D.C.: Psychodynamic and psychophysiological aspects of pseudocyesis
Psychosom. Med. 22:24, 1960

- 16.- GUZINSKI, G.M.: Pseudocyesis and sonography
Am. J. Obstet. Gynecol 138:230, 1980
- 17.- HARDWICK, P.G.: Fear, folie, and phantom pregnancy: Pseudocyesis
in a 15 year old girl
Br. J. Psychiatry 139:558, 1981
- 18.- KIMBALL, C.P.: A case of pseudocyesis caused by "roots"
Am. J. Obstet. Gynecol 107:801, 1970
- 19.- KNIGHT, J.A.: False pregnancy in a male
J. Psychiatr. Med. 22:260, 1960
- 20.- LAPIDO, O.A.: Pseudocyesis in infertile patients
Int. J. Gynaecol. Obstet. 16:427, 1979
- 21.- LAZARE, A.: Conversion symptoms
N. Engl. Med. 305:745, 1981
- 22.- LUQUE, M.: Estudio Psicológico de la pseudociesis
Perinatol. Reprod Hum 2:38 1988
- 23.- PATRICK, J.: Pseudocyesis
Obstet. and Gynecol. Survey 44:500, 1989
- 24.- MURRAY, J.L.: Pseudocyesis
Obstet. Gynecol. 51:627, 1978
- 25.- D'ORBAN, P.T.: Child steling in pseudocyesis
Br. J. Psychiatry 141:196, 1982
- 26.- OSDIMEHIN, B.O.: Pituitary and placental hormone levels in
pseudocyesis
Int. J. Gynaecol Obstet. 19:399, 1981
- 27.- REIFENSTEIN, E.C.: Psychogenic or "hypothalamic" amenorrhoea
Med. Clin. North Am. 30:1103, 1946
- 28.- ROSENBERG, H.K.: Pseudocyesis in an adolescent patient.
Clin Pediatr. 22:708, 1983
- 29.- SELZER, J.G.: Pseudocyesis in a 6 year old girl
J. Am. Acad. Child. Psychiatry 7:693, 1968
- 30.- SMALL, G.W.: Pseudocyesis
J. Psychiatry 31: 452, 1986
- 31.- STARKMAN, M.N.: Impact of psychodynamic factors on the course
and managment of patients with pseudocyesis
Obstet. Gynecol. 64:142, 1984
- 32.- STARKMAN, M.N.: Pseudocyesis
Psychosom Med. 47:46, 1985

- 33.- TRETHOWAN, W.H.: The Couvade Syndrome
Br. J. Psychiatry 3:57, 1965
- 34.- TULANDI, T.: Altered pituitary hormone secretion in patients
with pseudocyesis
Fertil Steril 40:637, 1983
- 35.- TULANDI, T.: Pituitary function before and after resolution of
symptoms
Obstet Gynecol 59: 119, 1982
- 36.- Yen, S.S.: Pituitary function in pseudocyesis
J. Clin. Endocrinol. Metab. 43:132, 1976
- 37.- YOSHIDA, T.,: Serum oxytocin concentrations in women under
pseudopregnancy therapy
J. Exo. Med. 137: 347, 1982
- 38.- ZARATE, A. : Gonadotropin and prolactin secretion in human
pseudocyesis
Ann d' Endocrinol. (Paris) 35:445, 1974
- 39.- ZIEGLER, F.J. Contemporary conversions reactions. II Diagnos-
tic considerations
J. Am. Med. Assoc. 186:91, 1963
- 40.- ZUBER, Y. Pseudocyesis
Am. Fam. Physician 30: 131 1984
- 41.- CASO, M., A.: Fundamentos de psiquiatría
Ed. Limusa, 1982 México
- 42.- Yen, S.S.: Reproductive Endocrinology