Síndrome de Munchausen e Transtorno Factício por Procuração: um Desafio para o Pediatra

Ramon Campos Nascimento¹, Danielle de Oliveira Victória²,
Viviane Borges Ferreira¹, Rita de Cássia Mira Oliveira¹

RESUMO

O Transtorno Factício Imposto a Outrem, também nomeado como Síndrome de Munchausen por Procuração em sua forma mais grave, é uma doença caracterizada pela simulação de sintomas ou criação ativa de sinais clínicos, a fim de obter cuidados médicos. As alterações clínicas são induzidas na criança por um perpetrador, normalmente portador de transtorno psicopatológico. É uma doença grave, com alta morbimortalidade. Tem apresentações clínicas muito variáveis, sendo um desafio diagnóstico para os pediatras. É necessário alto grau de suspeição e apoio de equipe multidisciplinar para o diagnóstico e a condução adequados. Por ser incluída dentro do espectro de maus-tratos, mesmo a suspeição deve ser notificada aos órgãos de proteção à criança e ao adolescente.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Factício (TF) é caracterizado pelo falseamento ou produção intencional de sinais e sintomas, sem ganho secundário, além de obter cuidados médicos. Existe uma variante desta doença nomeada TF Imposto a Outrem (TFIO), anteriormente nomeada TF por Procuração. Nesta situação, o agente perpetrador dos sinais e sintomas no paciente não é ele mesmo, mas outra pessoa, normalmente seu cuidador¹. É comum haver uma participação simbiótica das vítimas, que não apenas não denunciam o agente perpetrador, mas também geram ativamente as alterações clínicas observadas na doença. O TF diverge da simulação de doença (malingering), em que o paciente finge alterações clínicas para obter outros tipos de ganhos, como atestado médico para dispensa de atividade laboral ou pensão por incapacidade. O TF e o malingering devem ainda ser diferenciados do Transtorno Somatoforme (TS), no qual as alterações apresentadas não são intencionais, não estando sob o controle voluntário do paciente².

As primeiras descrições de TF foram obtidas de pacientes com histórico de vários tratamentos medicamentosos e hospitalizações para submeter-se a procedimentos invasivos, com alta morbimortalidade. A doença foi inicialmente denominada Síndrome de Munchausen (SM). Posteriormente, os primeiros relatos da doença com um perpetrador cuidador do paciente foram descritos em pacientes pediátricos por Meadow³. Embora a terminologia de SM tenha sido englobada pela classificação de TF no DSM-5, seu uso é consagrado na literatura, especialmente para os casos mais graves de TF. Foram ainda propostas as nomenclaturas de Doença Fabricada na Criança, no Reino Unido, e Abuso Médico Infantil, nos Estados Unidos, de modo a enfatizar o componente de maus-tratos presente na doença⁴.

A incidência de TFIO em pediatria é estimada em 0.5/100.000, de modo que foi estimado que profissionais de saúde e neurologistas pediátricos se deparam com pelo menos um caso da doença na sua carreira^{5,6}. O pico de incidência ocorre em crianças com cerca de 2 anos e a gravidade é inversamente proporcional à idade dos pacientes. Além disso, a prevalência de TFIO e de morte súbita inexplicada é mais alta em irmãos de portadores da doença⁷. Embora em 85% dos casos os agentes perpetradores sejam as mães, há descrições de pais, avós e namorados exercendo esta função⁸.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Deve-se suspeitar de TFIO especialmente quando os sinais e sintomas apresentados aparecem apenas na presença de um cuidador ou são apenas presenciados por ele². A resposta ao tratamento instituído é anormalmente ruim,³ os sintomas mudam de padrão com frequência⁴. A despeito de um diagnóstico conclusivo, o cuidador exerce pressão para investigações adicionais, inclusive levando o paciente a vários médi-

cos,⁵ há uma limitação do paciente desproporcional à doença diagnosticada,⁶ o quadro clínico e a evolução não são bem explicados por um diagnóstico, ainda que raro^{4,8}. Normalmente, os perpetradores são conhecedores de diversas informações médicas e têm bom relacionamento com a equipe assistencial. A presença de uma mãe perpetradora superprotetora e ausência da figura paterna são típicas da doença. O perfil psicológico dos cuidadores do paciente e a história social também são úteis na formulação da suspeita de TFIO. O diagnóstico desta doença é, no entanto, desafiador para os pediatras, posto que as apresentações clínicas são muito diversas. Pode haver exagero na descrição das manifestações de uma doença real subjacente ou criação direta de sintomas e sinais factícios sem nenhuma doença de base. Sangramentos de mucosas, convulsões, rebaixamento do sensorio droga-induzido, apneia por sufocação, diarreias induzidas por catárticos, distúrbios alimentares e febre factícia são as apresentações mais comuns⁹. Existem, no entanto, vários relatos de casos bizarros na literatura médica. A tabela 1 resume algumas das doenças e alterações clínicas descritas no TFIO pediátrico^{2,3,10-14}. A ingestão de drogas é bastante prevalente, especialmente laxativos, opiáceos, benzodiazepínicos e anticonvulsivantes. Isoladamente, a carbamazepina é o medicamento mais utilizado⁸. Quando presente, a ingestão intencional de fármacos em superdosagem no contexto da TFIO está associada à maior mortalidade, principalmente quando são utilizadas drogas indutoras de sonolência¹⁵. Nesta situação, a mortalidade é estimada em torno de 6%, porém, nas crianças menores de um ano, ela pode chegar a 33%¹⁶. As drogas no TFIO podem ser utilizadas para induzir não apenas sonolência, mas também sintomas piramidais, ataxia, alterações oculares e uma variedade de alterações endocrinológicas (Tabela 1). Em mais de 70% dos casos, a droga utilizada é prescrita por um médico⁸. É importante diferenciar a sonolência induzida por perpetrador no TFIO da rara síndrome do Estupor Recorrente Idiopático. O ERI é caracterizado por episódios de estupor autolimitados, com boa resposta ao uso de antagonista diazepínico flumazenil. Especula-se que seja causado por aumento da concentração de um benzodiazepínico endógeno habitualmente não detectado em dosagens séricas¹⁷. No entanto, diferentemente do ERI, espera-se no TFIO investigação laboratorial compatível com intoxicação exógena, além dos achados psicopatológicos típicos da doença.

O PERFIL DO PERPETRADOR

Estudos recentes têm objetivado entender os mecanismos psicopatológicos por trás dos agentes perpetradores no TFIO. Mais de 60% deles têm passado de TF e mais de 50%, de TS. Mais da metade deles têm histórico de automutilação e um terço, de crises não-epilépticas, associadas ao TS. Ademais, em mais da metade dos perpetradores, foram identificados sinais de pseudologia fantástica (mentira patológica)¹⁸. A maioria dos perpetradores tem passado de abuso sexual, maus-tratos físicos ou psicológicos. Mais de 90% tiveram alterações graves na dinâmica familiar, como divórcio, morte (especialmente da mãe) ou prisão de um dos genitores antes da idade de 11 anos. Cerca de 40% dos perpetradores têm passado de adoção temporária nessa mesma faixa etária. Alguns deles relatam ter simulado doenças na infância para evitar os abusos físicos e psicológicos¹⁹. Esses dados auxiliam a compreender a origem do comportamento compulsivo observado na relação dos perpetradores com os pacientes de TFIO, bem como a habitual ausência de participação da figura paterna quando o agente perpetrador é a genitora. Existe uma interessante associação entre a presença de pseudocrises no perpetrador e o relato de asma brônquica pelo mesmo, o que sugere um componente de ansiedade e hiperventilação na gênese das crises. Além disso, a presença de pseudocrises no perpetrador está associada à epilepsia e episódios de anóxia nas crianças vítimas de TFIO¹⁸. CONDUÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICA É bem demonstrado que a presença de equipe multidisciplinar coesa é fundamental para embasar o diagnóstico médico e otimizar a condução dos casos de TFIO em pediatria². O uso de câmeras durante a internação é passível de ser utilizada para esse fim, mas envolve diversas questões éticas²⁰. A confrontação direta do perpetrador também já foi proposta para confirmação diagnóstica, mas deve ser utilizada com muita cautela, especialmente nos casos mais graves. Dosagens séricas de drogas podem comprovar intoxicações exógenas e exames de tipagem sanguínea podem confirmar o caráter factício dos sangramentos. Pareceres de psiquiatra e psicólogos sobre o cuidador e a análise da estrutura social são úteis para triar casos suspeitos. Diante da suspeita de TFIO, os médicos, com o apoio dos assistentes sociais, devem fazer notificação aos órgãos de proteção à criança e ao adolescente. Infelizmente, os médicos só decidem notificar casos com

índice muito alto de suspeição e, de maneira geral, há uma desconfiança das equipes de saúde em relação à capacidade operativa desses órgãos²⁰. Em muitos casos, o diagnóstico implica em perda do pátrio poder e da guarda do paciente. Mesmo com tratamento psicológico e psiquiátrico adequado, o convívio entre perpetrador e paciente após o diagnóstico implica em pelo menos 20% de recidiva⁴.

Tabela 1. Doenças, sinais e sintomas facciosos descritos em casos de TFIO

Endocrinológicas	<ul style="list-style-type: none">• Hipoglicemia por uso de insulina, simulando insulinoma• Síndrome de Barter e Gitelman por uso intencional de diuréticos• Hiponatremia por potomania induzida pelo cuidador
Gastrointestinais	<ul style="list-style-type: none">• Hipernatremia por ingestão excessiva de sal• Hipertireoidismo/ tireotóxicose por administração de levotiroxina• Diarreia recorrente/ crônica por uso de catárticos• Alergia medicamentosa ou alimentar múltipla• Vômitos incoercíveis, às vezes com hematêmese• Disfagia e baixo ganho ponderal, para indicação de uso de sonda nasointestinal, nutrição parenteral e gastrostomia• Hemorragias digestivas: melena por ingestão de sangue, sangramentos bucais por escoriações intencionais em mucosa oral• Obstrução intestinal por ingestão de materiais não-alimentares
Infecciosas	<ul style="list-style-type: none">• Febre factícia, inclusive com aquecimento de termômetros• Sepses, artrite séptica e osteomielite por injeção de materiais contaminados em acesso venoso (com o paciente internado), articulações e ossos. É notório nesses casos a falência de antibióticos usuais em pacientes com bactérias multissensíveis em culturas• Celulite orbitária de repetição• Conjuntivite recorrente
Neurológicas	<ul style="list-style-type: none">• Déficit de atenção/ hiperatividade e transtornos de aprendizado• Paralisias motoras• Convulsões• Cefaleia crônica• Alterações do nível de consciência, por uso de medicamentos• Assimetria pupilar por uso de colírios• Nistagmo e síndrome atáxica induzida por medicamentos

Respiratórias	<ul style="list-style-type: none">• Crises de apneia/ apneia do sono por sufocação• Asma refratária por exposição intencional de alérgenos inalantes
Urinárias	<ul style="list-style-type: none">• Poliúria por adulterações no balanço hídrico, durante internação hospitalar• Hematúria por acréscimo de sangue, glicosúria por acréscimo de sacarose, proteinúria por acréscimo de ovo e litíase renal por acréscimo de pedras/ areia a amostras de urina
Outras	<ul style="list-style-type: none">• Otorreia, otorragia e otites de repetição por administração de sangue e material contaminado em ouvido• Vesículas fabricadas por queimaduras puntiformes• Hematomas por traumas com martelo ou outro objeto• Artralgia e rigidez articular matinal• Cianose e palidez por resfriamento ou garroteamento de membro• Alegação de abuso sexual fictício

REFERÊNCIAS

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2013. Washington, DC.
2. Ferrara P, Vitelli O, Bottaro G, Gatto A, Liberatore P, Binetti P, et al. Factitious disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community. 2013 Dec;17(4):366-74. PubMed PMID: 23411659.
3. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. Lancet. 1977 Aug 13;2(8033):343-5. PubMed PMID: 69945.
4. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. Lancet. 2014 Apr 19;383(9926):1412-21. PubMed PMID: 24612863.
5. Fabricated or induced illness by carers: a complex conundrum. Lancet. 2010 Feb 06;375(9713):433. PubMed PMID: 20152527.
6. Schreier HA, Libow JA. Munchausen syndrome by proxy: diagnosis and prevalence. The American journal of orthopsychiatry. 1993 Apr;63(2):318-21. PubMed PMID: 8484438.
7. Davis P, McClure RJ, Rolfe K, Chessman N, Pearson S, Sibert JR, et al. Procedures, placement, and risks of further abuse after Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. Archives of disease in childhood. 1998 Mar;78(3):217-21. PubMed PMID: 9613350. Pubmed

Central PMCID: 1717484.

8. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. Archives of disease in childhood. 1996 Jul;75(1):57-61. PubMed PMID: 8813872. Pubmed Central PMCID: 1511685.

9. Feldman MD, Brown RM. Munchausen by Proxy in an international context. Child abuse & neglect. 2002 May;26(5):509-24. PubMed PMID: 12079087.

10. Flaherty EG, Macmillan HL, Committee On Child A, Neglect. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. Pediatrics. 2013 Sep;132(3):590-7. PubMed PMID: 23979088.

11. Rabbone I, Galderisi A, Tinti D, Ignaccolo MG, Barbetti F, Cerutti F. Case Report: When an Induced Illness Looks Like a Rare Disease. Pediatrics. 2015 Nov;136(5):e1361-5. PubMed PMID: 26438710.

12. Pires JM, Molle LD. [Munchausen syndrome by proxy - two case reports]. Jornal de pediatria. 1999 Jul-Aug;75(4):281-6. PubMed PMID: 14685531. Síndrome de Munchausen por Procuração - relato de dois casos.

13. Su E, Shoykhet M, Bell MJ. Severe hypernatremia in a hospitalized child: munchausen by proxy. Pediatric neurology. 2010 Oct;43(4):270-3. PubMed PMID: 20837306. Pubmed Central PMCID: 3095029.

14. Hornor G. Repeated sexual abuse allegations: a problem for primary care providers. Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners. 2001 Mar-Apr;15(2):71-6. PubMed PMID: 11246195.

15. Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. Child abuse & neglect. 1987;11(4):547-63. PubMed PMID: 3322516.

16. Sharif I. Munchausen syndrome by proxy. Pediatrics in review. 2004 Jun;25(6):215-6. PubMed PMID: 15173455.

17. Plazzi G, Rye D, Vignatelli L, Riva R, Lugaresi E. Idiopathic recurrent stupor: Munchausen by proxy and medical litigation. Sleep. 2014 Jan 01;37(1):211. PubMed PMID: 24470710. Pubmed Central PMCID: 3902886.

18. Bass C, Jones D. Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2011 Aug;199(2):113-8. PubMed PMID: 21804147.

19. Bools C, Neale B, Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology. Child abuse & neglect. 1994 Sep;18(9):773-88. PubMed

PMID: 8000908.

20. Stirling J, Jr., American Academy of Pediatrics Committee on Child A, Neglect. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. Pediatrics. 2007 May;119(5):1026-30. PubMed PMID: 17473106.

1- Serviço de Pediatria do Hospital Santa Izabel

2- Serviço Social do Hospital Santa Izabel

Endereço para correspondência:

rcnramon@gmail.com