http://journal.unoeste.br/index.php/cv
DOI: 10.5747/cv.2019.v11.n2.v264
ISSN on-line 1984-6436

Colloquium Vitae

Submetido: 1/11/2018 Revisado: 2/05/2019 Aceito: 3/06/2019

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN: UM CASO DE CONFISSÃO ESPONTÂNEA DA SIMULAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS

Nathália Pereira Garcia, Gabriela Teixeira Ramos, Danieli Azevedo da Silva, Mariana Costa de Oliveira, Aline Aparecida Buriola

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Faculdade de Medicina, Presidente Prudente, SP. E-mail: nathalia.pgarcia96@gmail.com

RESUMO

A Síndrome de Munchausen(SM) ocorre quando o indivíduo produz sinais e sintomas de uma doença ou lesão. São relatos de múltiplos problemas médicos com uma história inconsistente e um comportamento alterado, bem como obrigação psicológica em adotar o papel de doente, sem ganhos ou incentivos evidentes. Descreve-se um caso em que o diagnóstico foi feito a partir da confissão espontânea da paciente de que sinais e sintomas foram simulados, além da ingestão de corpo estranho com o desejo de ser submetida à cirurgia e a mudança repentina de comportamento. O diagnóstico é raro, então o estudo visa colaborar para ampliar a gama de conhecimentos sobre a SM. Concluiu-se que a SM pode ter sido desencadeada por traumas psicológicos, bem como histórico de privação afetiva e maus tratos de pessoas de seu convívio. Sendo assim, o ambiente hospitalar torna-se o local onde a paciente encontra o acolhimento desejado.

Palavras-chave: Síndrome de Munchausen, transtornos autoinduzidos, simulação de doença, sintomas inexplicáveis, psiquiatria.

MUNCHAUSEN SYNDROME: A CASE OF SPONTANEOUS CONFESSION OF THE SIMULATION OF SIGNS AND SYMPTOMS

ABSTRACT

Munchausen's syndrome (MS) occurs when the individual produces signs and symptoms of a disease or injury. They are reports of multiple medical problems with an inconsistent history and an altered behavior, as well as a psychological obligation to adopt the role of the patient, without obvious gains or incentives. A case is described in which the diagnosis was made from the spontaneous confession of the patient of which signs and symptoms were simulated, besides strange body ingestion with the desire to undergo surgery and the sudden change in behavior and speech. The diagnosis is rare, so the study aims to collaborate to broaden the range of knowledge about MS. It was concluded that MS may have been triggered by psychological traumas, as well as a historic of affective deprivation and ill-treatment of people from their conviviality. Thus, the hospital environment becomes the place where the patient finds the desired reception.

Keywords: Munchausen Syndrome, factitious disorders, malingering, medically unexplained symptoms, psychiatry.

INTRODUÇÃO

O termo Síndrome de Munchausen (SM) foi primeiramente introduzido por Richard Asher, que o designou em menção ao barão Von Munchausen – famoso por suas histórias falsas e dramáticas[1]. A SM ocorre quando o individuo produz sinais e sintomas de uma doença ou lesão causando dano ao seu corpo[2]. São mentiras

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

elaboradas, relatos de múltiplos problemas médicos com uma história inconsistente e um comportamento alterado, bem como obrigação psicológica em adotar o papel de doente, sem ganhos ou incentivos evidentes[3]. Desse modo, busca atendimento médico recorrente, submetendo-se à internação e às vezes à intervenções médicas invasivas e até mesmo procedimentos cirúrgicos importantes[2]. A motivação para tal comportamento é incerta, pois esses pacientes não buscam a aquisição de certos benefícios diretos. O comportamento é usado para procurar tratamento médico, atingindo as internações hospitalares e procedimentos médicos invasivos[4].

A Síndrome de Munchausen está classificada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 como Transtorno Factício (TF) Autoimposto no grupo de Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados. Os critérios diagnósticos desse transtorno incluem: Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença, com fraude identificada; o indivíduo se identifica a outros como doente, incapaz ou lesionado; o comportamento fraudulento se evidencia mesmo na ausência de recompensas externas; a explicação do comportamento não é mais sustentada por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outra condição psicótica[3].

Em uma revisão sistemática, que abordou a maior amostra já analisada sobre transtorno factício, foram analisados os fatores que contribuíram para diagnóstico de SM, o principal foi uma apresentação clínica não comprovada, seguido de história pregressa de uso de serviços de saúde, apresentação de doençaatípica, falência do tratamento, investigação comprovando a falsificação dos sinais e sintomas, comportamento e informações fornecidas pelo paciente e por último a confissão espontânea do paciente[5].

Sobre a etiologia da doença, há a hipótese de que as pessoas que sofram dessa síndrome possam ter tido traumas em sua infância como violência física, sexual ou uma situação de privação afetiva. Além disso, episódios de SM podem ocorrer também como resultado de experiências de perda ou outras crises psicológicas[4]. Esse conjunto de fatores podem ser encontrados na primeira infância dos indivíduos com SM, bem como o componente de hospitalizações que se tornariam um ambiente mais acolhedor e estimulante, diante de vivências de experiências negativas[6].

A prevalência do SM é desconhecida, provavelmente em virtude da falsificação da condição médica nessa população. Há uma estimativa de que cerca de 1% entre pacientes hospitalares tenham apresentações que os enquadra com o diagnóstico de SM[3].

Assim, a SM aparece como um dos grandes desafios na área médica, já que o perfil clínico e demográfico desse transtorno ainda não está satisfatoriamente esclarecido[5]. Desse modo, percebe-se a necessidade urgente de formular uma abordagem coesa a esta rara síndrome[7]. Nessa perspectiva, a apresentação desse caso visa colaborar para a comunidade médica ampliar a gama de conhecimentos sobre a SM, possibilitando uma melhor abordagem para detecção de outros casos, já que o diagnóstico é raro e difícil.

RELATO DO CASO

Anamnese

Paciente MF, 34 anos, feminino, branca, solteira, sem ocupação, analfabeta, brasileira, procedente de Piracicaba. Relata ter saído de sua cidade, Piracicaba, buscando um recomeço para sua vida, pois estava cansada dos maus tratos que vinha sofrendo de sua mãe e irmão após o falecimento do seu pai, afirmando que este era o único que lhe dava afeto. Chegou ao pronto socorro de um hospital do interior paulista trazida pelo CART no dia 13 de setembro de 2016 às 03:00h, após descer de um ônibus em um pedágio relatando ouvir uma voz masculina ordenando que tirasse sua própria vida, acatando a vozreferiu que havia pulado de um viaduto de 3 metros em tentativa de suicídio, sendo encontrada em via pública por populares. Inicialmente foi atendida pela equipe de cirurgia geral, no entanto, não apresentou nenhum sinal de trauma físico (ecografia de abdome total sem alterações). No momento da internação na unidade de emergência psiquiátrica a paciente desmentiu todos os fatos, referindo desejo de internação por não aguentar mais os maus tratos da família. Na investigação da sua procedência, foi feito contato com a polícia, sendo informado de que a situação de fuga já havia ocorrido anteriormente. No Interrogatório sobre os diversos aparelhos se queixou de astenia. Referiu asma, “doença psiquiátrica desde infância”, uma internação psiquiátrica e cirurgia prévia de cesariana, tratamento irregular com Risperidona,

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Sertralina e Ácido Valproico e em sua bolsa foi encontrada Clorpromazina. Negou antecedentes familiares psiquiátricos e relatou que mora com a mãe e o irmão, de quem sofre maus tratos, e tem um filho de 9 anos que mora com o pai, no Chile, e que é impedida de vê-lo. Acrescenta-se à história não saber ler ou escrever, não trabalhar e receber benefício do governo, porém não soube dizer ao certo por qual doença.

Exame físico

Ao exame físico geral: bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril, obesa. Aparelho cardiovascular: bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos sem sopro. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente bilateralmente sem ruídos. Pressão arterial: 110X80mmHg, frequência cardíaca: 78bpm, frequência respiratória: 18 irpm, SpO2: 98%, temperatura: 36,1ºC. Ao exame psíquico: vigil, consciente, orientada globalmente, pensamento organizado, discurso coerente, hipotímica e chorosa. A hipótese diagnóstica, ao ser avaliada por dois médicos, primeiramente foi F70- retardo mental leve, F32- episódios depressivos e F20- esquizofrenia e a conduta foi manter observação. Foram prescritos Sertralina 50 mg, Ácido valproico 25 mg, Risperidona 2 mg e Clorpromazina 100 mg, além de ser acionado o serviço social.

Evolução hospitalar

Durante seu período de internação, vários episódios foram determinantes para o diagnóstico de SM. No primeiro deles, a paciente solicitou avaliação com queixa de dor abdominal, hematúria e hematêmese, apontando sangue vivo no chão. Porém, sua colega de quarto relatou que a paciente estava mordendo os dedos causando ferimento para simular hematêmese. Dessa forma, foram solicitados ultrassom abdominal total, sem alterações, e urina tipo 1. Os medicamentos em uso nesta ocasião eram Sertralina 50 mg, Risperidona 2 mg, Ácido valpróico 25 mg, Clorpromazina 100 mg, Bromidrato de Fenoterol, Ciprofloxacino 500 mg, Brometo de Ipratrópio, Dipirona, Diclofenaco de sódio 50 mg, Prednisona 5mg e Hidrocortisona 400mg. No dia seguinte, a paciente confessou tentativa de simular hematúria colocando sangue do dedo no frasco que seria analisado, além disso, manteve discurso de que queria ser internada em hospital psiquiátrico. Com isso, a hipótese diagnóstica foi F70- retardo mental leve e F33.2- transtorno depressivo recorrente. No mesmo dia, referiu queda de própria altura durante o banho caindo sobre a mão esquerda, evoluindo com dor local e edema. Entretanto, o raio X realizado não identificou fratura e foi prescrito apenas medicamento analgésico e uso de tipoia.

Após 5 dias, a paciente envolveu a tipoia no pescoço, afirmando que queria cometer suicídio por “estar em crise”. A conduta foi contenção no leito e retirada da tipóia. Foram adicionados à prescrição Cloridrato de Levomepromazina via oral e Haloperidol em associação com Prometazina intramuscular. Ao ser questionada, negou ter tentado se matar. Foi adicionado à hipótese diagnóstica F60.3 - transtorno de personalidade emocionalmente instável (Personalidade de Borderline). A hipótese diagnóstica de Síndrome de Munchausen - F68.1 foi incluída em 8 dias de internação.

A paciente permaneceu um período de aproximadamente 1 mês sem intercorrências significativas e sem pensamentos de morte e recebeu alta hospitalar, com indicação de acompanhamento psicológico.

Após 2 meses, retornou ao hospital, referindo pensamentos de morte frequentes, crises de choro e histórico de automutilação, além de não estar fazendo terapia.

Nessa nova admissão e internação no hospital, apresentou-se ora irritada tendo atitudes como se jogar no chão, chorar, socar a parede quando era contrariada pela equipe de saúde, ora calma e colaborativa. Tinha mudanças bruscas de humor e mostrou-se totalmente intolerante à frustração. Uma das situações que a deixava irritada era ser negado o seu pedido de mudança do setor de atenção intensiva para a enfermaria de psiquiatria do hospital. Ademais, é ressaltado diversas vezes em seu prontuário o fato da paciente ter se queixado a todo momento de sintoma ou doença que a incomodava. Os medicamentos administrados neste dia foram Midazolan, Haloperidol associado a Prometazina intramuscular, Risperidona 2 mg, Ácido valproico 250 mg, Sertralina 50 mg e Paracetamol 750 mg.

Em 8 dias de internação ocorreu situação em que a paciente alegou ingestão de presilha de cabelo e que a fez devido à tristeza e desesperança. Exigiu ser avaliada por especialista e passar por procedimento cirúrgico. O raio X detectou corpo estranho, porém não foi avaliada como necessária a realização de cirurgia. MF

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

reagiu com hostilidade e frustração ao saber que não passaria por procedimento cirúrgico.

Além disso, novamente ocorreu episódio de queda da própria altura, paciente queixando-se de dor em mão esquerda, foi solicitado RX que não identificou fraturas.

Depois disso houve um grande período sem intercorrências, mas após 3 meses, a paciente referiu ter introduzido e retirado clip metálico da uretra, causando dor e sangramento. Encontrada posteriormente no banheiro promovendo escoriações nas genitálias, com gotas de sangue nas roupas e vaso sanitário. Recusou-se e ficou hostil em tentativa de exame físico, sendo necessária contenção física e química. Relatou que se automutilava devido aproximação da alta, por temer um tio que a maltratava. Novamente foram prescritos Haloperidol e Prometazina intramuscular.

Após 6 dias desse último episódio, paciente recebeu alta do atendimento intensivo, sendo avaliada sem queixas e sem intercorrências. Seguindo com alta hospitalar após 5 dias avaliada com exame psíquico como vigil, orientada globalmente, sem alterações da sensopercepção/psicomotricidade, eutímica, pensamento organizado, crítica presente, negando pensamento de morte ou ideação suicida.

DISCUSSÃO

O presente relato demonstra um caso de uma paciente do sexo feminino, o que corrobora com o fato de a Síndrome de Munchausen ser observada mais em mulheres[8], equivalente a 66,2% do total de casos já analisados em uma revisão. Além disso, a idade da paciente em questão vai de encontro com a média de idade de apresentação que é de 34,2 anos[5].

Há uma associação histórica entre TF e peregrinação[9], isto é, é característico de pacientes com tal transtorno viajar longas distâncias para buscar atendimentos médicos, assim como ocorre no caso descrito. Outrossim, o histórico de peregrinação associado a falta de comunicação com familiares e informantes próximos ao paciente, pode tornar o manejo do caso mais complicado[10]. Pacientes com SM podem se apresentar em qualquer especialidade e instituição de saúde[11]. A paciente do caso foi admitida inicialmente pelo setor de cirurgia do hospital e só depois encaminhada para o setor de psiquiatria.

Uma característica típica desse transtorno que pode orientar melhor a equipe médica a lidar com esses pacientes é o histórico de múltiplas visitas a diferentes hospitais. Uma rede informatizada contendo esse histórico de dados auxiliaria a ter uma visão mais completa no atendimento médico e permitiria a identificação mais precoce dessa doença potencialmente prejudicial[12]. No caso de MF, observou-se falta de informações pregressas, o que representou um empecilho na investigação e condução do caso.

O diagnóstico de SM não exclui a coexistência de outra doença, portanto, a avaliação clínica detalhada é essencial antes do diagnóstico definitivo[13]. Sendo assim é necessário uma avaliação multidisciplinar para ter certeza de que não há uma verdadeira emergência médica subjacente[14]. Desse modo, a SM se mostra como diagnóstico de exclusão[11]. Nesse caso, o diagnóstico de SM foi dado só após 8 dias de internação, e todas intercorrências e queixas da paciente foram consideradas, evitando, portanto, a estigmatização de que tudo pode estar sendo simulado, mas com o cuidado para checar a veracidade dos sinais e sintomas e evitar exposição desnecessária a exames e procedimentos.

Na etiologia da doença, ainda pouco esclarecida, encontra-se além de traumas na infância, privação afetiva e experiências de perda e crises psicológicas[4], um estilo de vida solitário com cessação de atenção das pessoas de seu convívio, podem também ser estímulos para a busca do atendimento médico. Isso porque a intenção é a obtenção de atenção, e para tanto há a produção de sintomas para assumirem o papel de doente e adquirir admissão nas emergências e enfermarias hospitalares[13]. No caso apresentado, a história da paciente evidencia que ela não possui um núcleo familiar bem estruturado com alegações de maus tratos, histórico de diversas fugas, além do mais afirma ser privada de acompanhar o crescimento de seu filho, o que justificam a carência de afeto da paciente, essa privação afetiva pode levar ao desenvolvimento da SM na busca por afeto e atenção que faltam no ambiente familiar. A literatura deixa claro que a busca por atenção é o fator principal para esses doentes, sem a busca por ganhos secundários como financeiros. Ademais, diante de todos esses fatores ambientais precipitantes, entram concomitantemente a predisposição genética para doença mental.[15]

Com o olhar retrospectivo o diagnóstico

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

da SM é claro, no entanto o processo até se chegar a essa conclusão é gradual e complexo[16], e demonstra ser um grande desafio para os médicos, pois, esse diagnóstico depende de evidências diretas de que o paciente vem induzindo os sintomas, o que raramente se obtêm[15]. A percepção de que um paciente pode se sujeitar a sérios riscos associados à auto-indução de doença é difícil, então, somente após múltiplas investigações os médicos acabam levantando a hipótese desse transtorno[16] que ocorre principalmente devido a atipicidade dos sintomas apresentados[17].

O paciente costuma relatar dores abdominais, hemorragias, déficits neurológicos, sintomas renais, cardíacos, respiratórios e dermatológicos sem causa aparente. A hematêmese simulada é um sintoma já relatado em vários casos de SM na literatura[5]. Deve-se cogitar uma causa facciosa quando o caso apresentar um sangramento com origem não evidenciada, um quadro clínico crítico e comportamentos inusitados[18]. A tendência de ser auto-destrutivo é algo que muito se relaciona a esses pacientes, muitos deles provocam sangramentos orais ou retirem sangue dos equipos nele instalados para que armazene uma quantidade de sangue na intenção de usá-lo para figurar comorbidades[19], no caso descrito a paciente simulava hematúria e hematêmese.

É comum que o próprio paciente simule sinais e sintomas de uma clínica que são alarmantes, como o fato da paciente descrita ter introduzido objetos em sua vagina para produzir sangramentos de uma intensidade que provocasse alterações laboratoriais consideráveis. Portanto nos casos em que se tenha a suspeita da SM deve-se permanecer com o paciente em observação constante antes de tomar qualquer medida, de forma a não cometer iatrogenia[20]. Os exames laboratoriais servem de coadjuvantes para diagnosticar distúrbios facciosos; um resultado bioquímico alterado quando o paciente não apresenta características clínicas, pode ser um indício tendo em vista a provável alteração das amostras, isso deve ser confirmado após ser excluída a falsificação das amostras[21]. Portanto, é importante estar atento à possibilidade do paciente forjar os resultados dos testes diagnósticos[22]. Ademais, os fatores decisivos para realizar o diagnóstico são o comportamento, informações fornecidas e confissão espontânea do paciente[5].

A auto-mutilação de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline é comum[23], além de ser usual flagrar o paciente durante o ato[17]. Por outro lado, a auto-mutilação genital é muito rara[23]. Abuso de substâncias, distimia, distúrbios somatoformes, transtorno de personalidade limítrofe ou borderline, entre outros, são comorbidades comuns na SM[24]. O prognóstico de pacientes com SM é geralmente melhor para aqueles com poucos diagnósticos coexistentes em comparação com aqueles com muitas comorbidades neuropsiquiátricas[2].

Grande parte dos pacientes com SM não são diagnosticados, sendo sujeitos a vastas investigações médicas. Esse uso extensivo dos serviços de saúde sem um quadro médico real gera anualmente alto consumo de tempo e dinheiro para o tratamento destes indivíduos[19], já que esses pacientes podem ter queixas das mais diversas especialidades, sendo avaliados por muitos médicos até o diagnóstico correto. Assim, a complexidade do diagnóstico e tratamento desta condição requer uma abordagem conjunta da equipe, assegurando atenção médica mais adequada[20], afim de evitar que o diagnóstico errôneo ou tardio acarrete em testes laboratoriais e procedimentos inadequados que podem aumentar o período de internação e os custos ao serviço de saúde[27].

CONCLUSÃO

O fato de a própria paciente confessar a simulação de sinais e sintomas foi crucial para o diagnóstico de SM, o que é raro nessa patologia, já que com a confissão da paciente o foco da atenção médica muda, torna o processo de cuidado mais objetivo e cauteloso, evitando a exposição à intervenções médicas desnecessárias sem antes checar a veracidade da apresentação clínica desses pacientes.

Além disso, os sinais e sintomas de origem não esclarecida, a ingestão de corpo estranho com o desejo de ser submetida à cirurgia, a mudança repentina de comportamento e de discurso, o depoimento de outros pacientes que testemunharam que MF simulou sinais, e episódios semelhantes que já haviam ocorrido, contribuíram para estabelecimento do diagnóstico.

Vale ressaltar, também, que a história pregressa da paciente corrobora com a hipótese de que a SM pode ser desencadeada por uma história de vida marcada por traumas psicológicos, bem como um histórico de privação afetiva e maus tratos de pessoas de seu convívio.

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Sendo assim, o ambiente hospitalar torna-se o local onde a paciente encontra o acolhimento e atenção desejados.

A SM é uma patologia de difícil diagnóstico, e pode ser apresentar de inúmeras formas, por isso a importância de desenvolver estudos sobre a doença, para ampliar os conhecimentos médicos acerca do assunto e assim ser cogitada essa hipótese diagnóstica em indivíduos com condutas semelhantes, com queixas que não podem ser justificadas por meio de exames complementares ou com visitas frequentes aos serviços de saúde. Dessa maneira, com maior esclarecimento da síndrome é evitado o excesso de recursos e tempo gastos para o diagnóstico final.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.

REFERÊNCIAS

1. Asher R. Munchausen´s syndrome. The Lancet. 1951 fev 10; 257 (6650): 339-41. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(51)92313-6

2. Martrana MR, McDonald PF, Rostlund E. Severe hypokalemia and hematuria: A case of Munchausen's syndrome. J La State Med Soc. 2011 jan/fev; [acesso em 2019 apr 25]; 163: 21-5. Disponível em https://pdfs.semanticscholar.org/a860/044256441e28acaf753ff10122a2b68711cb.pdf.

3. Associação americana de psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM 5. 5 ed. Porto Alegre: artmed; 2014.

4. Eckhardt-henn, A. Berlim: Springer Verlag; 2015. p. 18-24. https://doi.org/10.1007/s00278-014-1091-z

5. Yates GR, Feldman MD. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. Gen Hosp Psychiatry. 2016 jul/ago; 40: 20-8. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.05.002

6. FORTE, MF. Um estudo sobre os transtornos factícios [monografia]. São Paulo: Hospital Infantil Candido Fontoura; 2012.

7. Baing, MR et al. Factitious disorder (Munchausen's syndrome) in oncology: case report and literature review. Psycho Oncology. 2015 jun 14. [Acesso em: 2017 dez 17]. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3906/abstract.

8. Caselli, L, Poloni N, Lelmini M, Diurni M, Callegari C. (2017). Epidemiology and evolution of the diagnostic classification of factitious disorders in DSM-5. Psychol Res Behav Manag. 2017 Dec 11;10:387-394. https://doi.org/10.2147/PRBM.S153377

9. Filho DSD, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf NA. Síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por procuração: uma revisão narrativa. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2017 Dec [Acesso em 2019 Apr 25] ; 15(4): 516-521. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000400516&lng=en. https://doi.org/10.1590/s1679-45082017md3746

10. Simpson AS, Pasic J. Peregrinating Psychiatric Patient in the Emergency Department. West J Emerg Med. 2016 jul 19; 17 (5): 600-6. https://doi.org/10.5811/westjem.2016.6.30179

11. Ameratunga, R. et al. Hypogammaglobulinemia factitia- Munchausen syndrome masquerading as commom variable immune dificiency. Official jornal of the Canadian society of allergy and clinical immunology. 2013 set 17. [Acesso em: 2017 dez 17]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3848570/. https://doi.org/10.1186/1710-1492-9-36

12. Ferrara, P. et al. Factitius disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. Journal of child health care. 2013 fev 14. [Acesso em 2017 dez 17]. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1367493512462262.

13. Naqvi, S. et al. Bleeding diathesis o rfabrication: Munchausen syndrome. The Cureus journal of medical Science, 2017 jun 12. [Acesso em: 2017 dez 17]. Disponível em:

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

https://www.cureus.com/articles/7630-bleeding-diathesis-or-fabrication-munchausen-syndrome. https://doi.org/10.7759/cureus.1339

14. Amladi, AK, DePry, DR. A 90-year-old man with factious disorder: Separating fact from fiction. Int J Psychiatry Med. 2018 Jul;53(4):310-316. https://doi.org/10.1177/0091217417749792

15. Jimenez XF, Nkanginieme N, Dhand N, Karafa M, Salerno K. Clinical, demographic, psychological, and behavioral features of factitious disorder: A retrospective analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2019 Jan 31. pii: S0163-8343(19)30005-2. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.01.009

16. Goldberg AS, Yezernytski Z, Skorochod Y, Ben-Chetrit E, Yinnon AM, Munter GR. Munchausen syndrome: multiple episodes of polymicrobial bacteremia. Am J Med. 2014 dez; 127 (12): 1-2. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.07.033

17. Rice S, O'Brien K, Chew M, Qudairat E. Fabricated facial rush – na unusual presentation of factitious disorder . British dental journal. 2018 dec 21. [Acesso em: 2019 apr 22]. Disponível em: https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2018.1036.

18. Oner E, Unlu M, Solgun B, Kocyigit H, Cimen P. A case of factitious bleeding: Munchausen's syndrome. J of Evolution of Med and Dent Sci. 2015 jun 15; 4 (48): 8416-9. https://doi.org/10.14260/jemds/2015/1219

19. Andrade S.E.L.T., Silva P.L.J. Hemoptise fictícia na syndrome de Munchhausen: uma entidade a ser considerada no diagnóstico diferencial. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2005 may/jun; 31 (2): 265-8. DOI: http://dx.doi.org/10.159/S1806-37132005000300014.

20. Gattaz, W. F., Dressing, H., Hewer, W., Nunes. Síndrome de Munchhausen: diagnóstico e manejo clínico. Revista da Associação Médica Brasileira. 2003; 49 (2), 220-4. https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000200045

21. Kinss H, Housley D, Freedman D. Munchausen syndrome and factitious disorder: the role of the laboratory in its detection and diagnosis. Ann Clin Biochem. 2013 mai 1; 50 (3): 194-203. https://doi.org/10.1177/0004563212473280

22. Zivlak-Radulovic N, Miskovic M, Popovic V, Zoric D, Banjac V. The necessity of an interdisplinary approach in the treatment of personality disorder- Munchausen syndrome. European Psychiatry. 2015 mar; 30 (1): 28-31. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30531-9

23. Aalouane R, Rammouz I, Hafidi H, Baoujraf S. Genital self-mutilation in an attempt of suicide by a patient with a borderline personality. 2013 abr-jun: 199-203. https://doi.org/10.4103/0976-3147.112769.

24. Hlal H, Barrimi M, Kerrani N, Rammouz I, Aalouane R. Factitious disorder and skin picking: Clinical approach. A case report. 2014, Abr; 40: 197-201. https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.03.012

25. Bolat N, Yalçin Ö. Factitious Disorder Presenting with Stuttering in Two Adolescents: The Importance of Psychoeducation. 2017, Mar; 54: 87-89. https://doi.org/10.5152/npa.2017.12349

26. Gogandy MA, Aljarad A, Jastenejah SS, Alfawaz AM. Self-inflicted eye injury. 2017, May-Jun; 37: 245-250. https://doi.org/10.5144/0256-4947.2017.245

27. Sousa D, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf Neto A. Síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por procuração: uma revisão narrativa. Einstein 2017 Oct/Dez;15(4):516-21. https://doi.org/10.1590/s1679-45082017md3746

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).