



Revista Paulista de Pediatria

ISSN: 0103-0582

rpp@spsp.org.br

Sociedade de Pediatria de São Paulo  
Brasil

Batista de Moraes, Mauro; Caetano Marchette, Aline; Speridião, Patrícia da Graça L.;  
Lopes, Letícia Helena C.; Monteiro Robles, Roseli; Dirce Benedito, Maria; Fagundes Neto,  
Ulysses

Síndrome de Munchausen por terceiro simulada como alergia alimentar múltipla: relato  
de caso

Revista Paulista de Pediatria, vol. 24, núm. 4, diciembre, 2006, pp. 373-378

Sociedade de Pediatria de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406038918014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Síndrome de Munchausen por terceiro simulada como alergia alimentar múltipla: relato de caso

*Munchausen syndrome by proxy simulating food multiple allergy: a case report*

Mauro Batista de Moraes<sup>1</sup>, Aline Caetano Marchette<sup>2</sup>, Patrícia da Graça L. Speridião<sup>3</sup>, Leticia Helena C. Lopes,<sup>4</sup>

Roseli Monteiro Robles<sup>5</sup>, Maria Dirce Benedito<sup>6</sup>, Ulysses Fagundes Neto<sup>7</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever um caso da síndrome de Munchausen simulada na forma de alergia alimentar múltipla, cujo diagnóstico pode ter sido retardado, em parte, por alguns resultados de exames subsidiários.

**Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino atendido aos 3,5 anos com diarreia e vômitos desde o nascimento. Anteriormente havia recebido diagnóstico de hiperplasia nodular linfóide no íleo terminal. Vinha sendo alimentado apenas com fórmula de proteínas parcialmente hidrolisadas. A biópsia retal foi sugestiva de colite alérgica. Foi mantida terapia alimentar exclusiva com fórmula contendo proteína extensamente hidrolisada. Sempre que se recomendava introduzir outros alimentos, o paciente, de acordo com a mãe, apresentava diarreia, às vezes com sangue, e vômitos. A introdução de outros alimentos sob supervisão, no ambulatório, não se acompanhou de reação adversa no período de observação de seis horas. No entanto, segundo a mãe, uma semana depois a criança apresentou manifestações respiratórias graves necessitando de internação por 3 dias em unidade de terapia intensiva em hospital de sua cidade. Foi internado em nosso hospital, onde se descartou a hipótese de alergia alimentar múltipla e se estabeleceu o diagnóstico de síndrome de Munchausen por terceiro.

**Comentários:** Características clínicas e/ou evolução incompatível com a hipótese diagnóstica de alergia alimentar ou de outra entidade clínica pediátrica indicam a necessidade de considerar a possibilidade da síndrome de Munchausen por terceiro no diagnóstico diferencial.

**Palavras-chave:** Síndrome de Munchausen causada por terceiro; hipersensibilidade alimentar; maus-tratos infantis.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe a case of Munchausen syndrome by proxy mistakenly identified as multiple food allergy. The diagnosis was delayed, in part, by some subsidiary exams.

**Description:** The patient was a 3.5 year old boy who suffered from vomiting and diarrhea since birth. He was diagnosed as having a nodular lymphoid hyperplasia in the terminal ileum before our evaluation. A partially hydrolyzed protein formula had been used in his feeding. A rectal biopsy showed evidence of allergic colitis and a highly hydrolyzed protein formula was recommended for his treatment. According to his mother, the introduction of any other kind of food in his feeding regimen was always followed by diarrhea, sometimes bloody, and vomiting. In our outpatient clinic, a supervised challenge test did not cause any reaction during a six-hour observation period. However, one week later his mother said that he had shown serious respiratory problems that required admission in a pediatric intensive care unit for 3 days in his hometown. Patient was admitted in our hospital where the diagnosis of multiple food allergy was ruled out and the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy was established.

**Comments:** Symptoms, signals and clinical evolution not compatible with the diagnosis of food allergy or another pediatric disease should lead pediatricians to consider Munchausen syndrome by proxy in the differential diagnosis.

**Key-words:** Munchausen syndrome by proxy; food hypersensitivity; child abuse.

<sup>1</sup>Professor Adjunto, Livre-docente da Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina  
<sup>2</sup>Aluna do Curso de Especialização em Gastroenterologia Pediátrica da Unifesp/EPM

<sup>3</sup>Professora Visitante da Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica da Unifesp/EPM

<sup>4</sup>Mestre em Ciências da Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica da Unifesp/EPM

<sup>5</sup>Assistente Social da Unidade de Internação de Pediatria do Hospital São Paulo, Unifesp/EPM

<sup>6</sup>Psicóloga, Mestre em Ciências, Unidade de Internação de Pediatria do

Hospital São Paulo da Unifesp/EPM

<sup>7</sup>Professor Titular da Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica e Reitor da Unifesp/EPM

Endereço para correspondência:

Mauro Batista de Moraes

Rua Pedro de Toledo, 441

CEP 04039-031 – São Paulo/SP

E-mail: mbmoraes@osite.com.br

Recebido em: 7/7/2006

Aprovado em: 14/9/2006

## Introdução

A síndrome de Munchausen foi descrita em 1951. Trata-se de um transtorno em que o paciente se apresenta gravemente doente em conseqüência de sua habilidade para mimetizar sinais e sintomas fictícios, que motivam internações prolongadas, procedimentos diagnósticos invasivos, longo tempo de terapia com as mais variadas drogas e cirurgias. O epônimo vincula-se ao Barão de Munchausen, um alemão que no século XIX contava histórias fabulosas e inverídicas de seus feitos como militar. Em 1977 Meadow descreveu a síndrome de Munchausen por terceiro (de acordo com Descritores de Ciências da Saúde) ou *by proxy* (por procuração), tendo como vítima uma criança. Tratava-se, portanto, de um tipo de mau-trato em Pediatria. As vítimas da síndrome de Munchausen por terceiro geralmente são crianças, pacientes portadores de deficiência mental e indivíduos idosos<sup>(1-4)</sup>.

Na síndrome de Munchausen por terceiro, a produção persistente de sintomas e sinais ou mesmo de doença real geralmente é feita pelos próprios pais, especialmente as mães. Manifestações digestivas tratadas por pediatras e gastroenterologistas pediatras são observadas com frequência. Vômitos, diarreia, déficit no crescimento, dor abdominal e hematêmese, entre outras, podem ser conseqüência do uso de laxantes, xarope de ipeca, perfuração da orofaringe, entre as várias artimanhas para provocar sintoma(s) ou doença, conforme compilado em um interessante artigo que analisa manifestações digestivas como forma de apresentação da síndrome de Munchausen<sup>(5)</sup>. No Brasil, foram publicados cinco casos em periódicos indexados na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Eram crianças com simulação de otorragia (2 casos)<sup>(6,7)</sup>, uma com manchas roxas no corpo<sup>(8)</sup>, uma com edema por doença renal<sup>(8)</sup> e um lactente com febre e diarreia com sangue<sup>(9)</sup>.

Neste artigo é descrito o caso de uma criança com síndrome de Munchausen por terceiro, no qual a mãe relatava manifestações sugestivas de alergia alimentar múltipla.

## Relato de Caso

Paciente do sexo masculino com 3,5 anos de idade, natural e procedente de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, com queixa inicial de vômitos e diarreia desde o nascimento. A mãe informava que praticamente desde o nascimento a criança apresentava diarreia, com cerca de 10 a 12 evacuações por dia, acompanhadas de vômito, às vezes

com aspecto de borra de café.

De acordo com a mãe, o paciente nasceu prematuro, com 4.410 g (sic), nunca recebeu leite materno e, ainda na unidade neonatal, iniciou fórmula para prematuro. O glúten foi introduzido aos dois meses de vida e a papa de frutas, com quatro meses. Até os oito meses de idade foi tratado em unidade básica de saúde, onde foi prescrito um procinético. Utilizou fórmulas lácteas para lactentes, leite de cabra, fórmula de soja e fórmula espessada anti-regurgitação. Necessitou de várias internações por desidratação e uma por miocardite. Apresentava também deficiência de IgA.

Aos dois anos foi encaminhado a um hospital onde realizou enema opaco (que evidenciou pequenos nódulos) e colonoscopia (que mostrou hiperplasia nodular linfóide). Segundo a mãe, foi alimentado com fórmula contendo proteína parcialmente hidrolisada. Nesta época começou a apresentar broncopneumonias de repetição (20 episódios). Quando se alimentava com outros alimentos, além da fórmula com proteína parcialmente hidrolisada, apresentava sangue vivo nas fezes. Realizou outra colonoscopia com aproximadamente 3 anos de idade, que mostrou pequenos pólipos no íleo terminal, caracterizados à biópsia como hiperplasia nodular linfóide. A mãe decidiu procurar outro serviço médico, sem encaminhamento da equipe do hospital de sua cidade de origem. Apresentou os seguintes exames realizados quatro meses antes da primeira consulta no serviço: hemograma sem anemia, leucocitose ou eosinofilia, IgE sérica (859 kU/L), IgA sérica (22,1 mg/dL), RAST F2 (<0,35; negativo), e sorologias negativas para toxocaríase e infecção por HIV. Nessa ocasião vinha recebendo, de acordo com a mãe, dieta apenas com hidrolisado parcial de proteínas, e apresentava vômito quando ingeria frango.

Dentre os antecedentes familiares, destacam-se: pai portador de asma, mãe tem alergia a melancia e manga, e irmã (que não mora com os pais) tem urticária desencadeada por ingestão de chocolate.

O exame físico inicial foi normal (peso 17,6 kg e estatura 97 cm, adequados para a idade). Realizou os seguintes exames: balanço de gordura fecal de Van de Kamer (6,4 g/24 h); ferritina sérica (21,4 ng/mL) e pesquisa negativa de anticorpo antitransglutaminase. Foi submetido à endoscopia digestiva alta, que não mostrou anormalidade nas mucosas esofágica, gástrica e duodenal. O exame histológico da mucosa duodenal mostrou discreta hipertrofia de criptas, relação vilosidade/cripta=2:1, infiltrado linfoplasmocitário de córion e presença de eosinófilos em pequena quantidade.

de. Por sua vez, a biópsia retal realizada (no mesmo dia) revelou acúmulo focal de eosinófilos no epitélio e no córion (15,3 eosinófilos/campo de grande aumento). Concluiu-se que esta biópsia era sugestiva de colite alérgica.

Neste momento foi prescrito, como único alimento, dieta com fórmula contendo proteína extensamente hidrolisada. Apesar das anormalidades histológicas, o peso e a estatura estavam aumentando satisfatoriamente. A partir de então, tentou-se introduzir outros alimentos na dieta. Todas as tentativas foram sucedidas por inúmeros episódios de vômito, segundo o relato da mãe. Orientava-se a mãe para vir com o filho em jejum para introduzir alimentos sob supervisão médica. Em geral a mãe mencionava que a criança não estava bem naquele dia, sendo necessário agendar novamente o teste de desencadeamento. Quando foram oferecidos frango, pêra e batata, não se observaram reações adversas imediatas durante um período de observação de 6 h. De acordo com a mãe, a criança apresentou quadro de insuficiência respiratória uma semana depois, necessitando de internação em unidade de terapia intensiva com intubação traqueal por indicação de ventilação mecânica. Segundo a mãe, reiniciou dieta exclusiva com hidrolisado de proteínas, seguindo-se o desaparecimento da sintomatologia.

Frente às inconsistências do quadro, decidiu-se hospitalizar o paciente. Na primeira noite, segundo a mãe, uma auxiliar de enfermagem, com dó da criança, deu-lhe uma bolacha, o que desencadeou vários episódios de vômito, pois, segundo a mãe, aquela bolacha continha leite de vaca (leitura posterior do rótulo impresso no pacote da bolacha mostrou que não havia leite na composição). Estes episódios não foram observados pela equipe de plantão, nem pela mãe de outro paciente que se encontrava no mesmo quarto.

Nos dias seguintes foi introduzida gradativamente uma dieta geral, sem leite de vaca ou derivados. A mãe informou que a criança passou a apresentar sangue nas fezes. Entretanto, ela impedia que a equipe do hospital observasse as características das fezes. Decidiu-se manter a dieta e foi redobrada a vigilância, constatando-se que a criança não tinha enterorragia. Como parte da abordagem assistencial multiprofissional, a assistente social entrou em contato com o hospital referido como local da internação na terapia intensiva e constatou que o paciente não havia sido internado naquele hospital.

Uma avaliação psicológica revelou que a mãe possuía discurso organizado e esforçava-se para demonstrar ordem na estrutura familiar. Porém, ficaram claras alterações na estrutura familiar, com relato de doenças consigo própria no

momento do nascimento da primeira filha (com sete anos, na ocasião), bem como situações relacionadas à saúde do paciente em questão (vômitos, refluxo, diarreias, pneumonias, diagnóstico de câncer com limitação no tempo de vida), necessitando se afastar de casa para buscar apoio junto à sua mãe. Em todos os contatos reagia com resistência à investigação da saúde mental e do serviço social, enfatizando que o problema do filho era “da gastro”, não psicológico nem social, verbalizando ser vítima de perseguição e apresentando-se muito defendida. O pai não atendeu às solicitações para participar da avaliação psicológica e visitava o paciente nos finais de semana. Quando interrogada sobre a presença do pai em dias úteis a mãe respondeu: “alguém na família precisa trabalhar”. Notou-se forte ligação na relação mãe/filho, que a impedia de se ausentar do quarto, bem como impedia a possibilidade de realizar uma hora lúdica com a criança. Em algumas situações, em que a criança dormia no período da tarde, a mãe interagia com outras mães fora do quarto em atividades de artesanato. Estas observações nos levaram a pensar que, enquanto a criança dormia, a mãe não precisava controlar o comportamento do filho, podendo se envolver em outras atividades. Outro fato observado em relação ao controle excessivo da mãe ocorreu quando a mesma dizia que o filho estava sem apetite e, ao chegar o lanche, a criança se escondeu atrás da poltrona do quarto para comer o pão. Com a aproximação de outras pessoas e questionada sobre o comportamento da criança, respondeu, demonstrando muita ansiedade, que o mesmo estava brincando.

Durante a internação na Pediatria, o Serviço Social realizou diversos atendimentos à mãe e pode constatar desestruturação familiar e informações contraditórias (tanto em relação à dinâmica familiar quanto ao tratamento médico realizado em sua cidade de origem), tornando impossível realizar o diagnóstico social. Apesar de nossa solicitação, o pai não compareceu para a entrevista no serviço de assistência social. Contato com o Conselho Tutelar da cidade de origem não revelou existência de denúncia contra aquela família.

Nos dias seguintes a criança passou a receber todos os alimentos, inclusive leite de vaca e derivados. Na ocasião da alta hospitalar, foi notificado o caso ao Conselho Tutelar para que a família fosse acompanhada no contexto social onde se encontra inserida.

O paciente foi reavaliado 30, 60 e 120 dias após a alta hospitalar e apresentava-se sem qualquer sintomatologia compatível com alergia alimentar, na vigência de dieta geral, incluindo leite de vaca e derivados.

## Comentários

A síndrome de Munchausen por terceiro é uma forma de mau-trato em Pediatria, que apresenta elevado risco de letalidade (6-10%)<sup>(1)</sup>. Deve-se ressaltar que a síndrome de Munchausen por terceiro continua sendo pouco conhecida pelos profissionais que atuam na assistência à criança e ao adolescente, não só no Brasil como em outros países. Por esta razão, acredita-se que o número de pacientes diagnosticados com a síndrome é bem inferior ao número real existente na população geral<sup>(3)</sup>.

O pai pode ser o perpetrador na síndrome de Munchausen, porém em mais de 90% dos casos a mãe é a responsável. Em geral são mulheres com idade entre 20 e 30 anos, 71% com algum distúrbio de alimentação ou problema de peso, sendo o cônjuge fisicamente ou emocionalmente ausente. Cerca da metade destas mães tem formação ou conhecimento sobre assuntos na área da saúde acima da média. Sentem-se confortáveis no ambiente hospitalar. Não se opõem e aprovam a realização de exames complexos, além de demonstrar calma e frieza frente ao sofrimento de seus filhos em situações críticas<sup>(2)</sup>. Mostrar dedicação e cuidados excepcionais para o paciente são características da mãe perpetradora. O pai raramente é visto no hospital ou nas consultas e as manifestações clínicas geralmente são presenciadas exclusivamente pela própria mãe<sup>(1-3)</sup>. Na perspectiva do médico, a síndrome de Munchausen por terceiro deve ser lembrada quando a criança apresenta manifestações clínicas que não respondem de forma habitual após a instituição do tratamento, sintomas e sinais que não fazem sentido, necessidade de hospitalizações freqüentes e prolongadas, incluindo realização de testes diagnósticos caros e complexos que resultam negativos. É freqüente o antecedente de doença similar ou mesmo morte pregressa de irmãos<sup>(1,2)</sup>. Pode ocorrer ainda mudança de hospital, contrariamente ao conselho médico<sup>(1,2)</sup>. Segundo Jureidini e Donald, citados por Schreier<sup>(1)</sup>, a síndrome de Munchausen por terceiro é um processo trágico que envolve o paciente (vítima), o cuidador (perpetrador) e o médico. Afirmam<sup>(1)</sup> que alguns médicos são mais predispostos a se envolver em um caso de síndrome de Munchausen por terceiro. São médicos respeitados e competentes, os quais desejam que tudo sobre o paciente fique clara e inquestionavelmente esclarecido (*see things in black and white terms*), razão pela qual têm alto nível de exigência e zelo na investigação clínica. Outras vezes, se apresenta o desejo de auto-afirmação e vaidade de estabelecer o diagnóstico de uma doença rara, que não foi reconhecida previamente por outro médico ou serviço de atenção terciária.

O retrospecto de certas características do paciente, descrito neste artigo, mostra aspectos compatíveis com a síndrome de Munchausen por terceiro: 1. Decisão da mãe de procurar outro serviço de atenção terciária, 2. De acordo com a mãe, a criança apresentava boa resposta clínica com o uso de fórmula contendo proteína parcialmente hidrolisada, que não é adequada para tratamento na alergia a leite de vaca, 3. A mãe utilizava vários termos médicos nas consultas e 4. Na internação hospitalar, procurou passar para a equipe várias informações falsas. Pode-se considerar também que foi longo o período para que surgisse a hipótese diagnóstica de síndrome de Munchausen por terceiro. Em revisão publicada em 2002<sup>(4)</sup>, incluindo 415 casos da literatura, foi possível estimar a duração dos sintomas em 201 (48,4%) pacientes. A duração pregressa dos sintomas variou de 0 a 195 meses, com média e desvio-padrão iguais a 21,8±30,8 meses. No caso aqui relatado, é difícil estabelecer o momento exato do início das manifestações produzidas pela mãe, a exemplo de vários outros casos publicados na literatura<sup>(4)</sup>. Por outro lado, é provável que, pelo menos em parte, o possível atraso no diagnóstico da síndrome de Munchausen por terceiro tenha sido ocasionado por dois exames subsidiários com resultados sugestivos de alergia alimentar: 1. Hiperplasia nodular linfóide, diagnosticada previamente em outro serviço, e 2. Presença de eosinófilos na biópsia da mucosa retal realizada em nosso serviço.

A presença de mais de seis eosinófilos por campo de grande aumento na mucosa retal é considerada sugestiva de colite alérgica<sup>(10,11)</sup>. No entanto, deve ser lembrado que o diagnóstico definitivo de alergia alimentar só é estabelecido após período de recuperação clínica, na vigência da dieta de exclusão dos alimentos que não contém a proteína alergênica, seguido por teste de desencadeamento positivo e comprobatório da hipótese diagnóstica<sup>(12,13)</sup>.

A hiperplasia nodular linfóide pode ser caracterizada por meio de radiografia contrastada e endoscopia, correspondendo à protrusão de folículos linfóides da lâmina própria na mucosa intestinal<sup>(14)</sup>. A hiperplasia nodular linfóide pode estar presente na alergia alimentar, associando-se também ao aumento na contagem de células T intra-epiteliais do tipo  $\gamma\delta^+$  no íleo terminal<sup>(15)</sup>. A hiperplasia nodular linfóide pode ser encontrada em deficiências imunológicas, na doença de Crohn, em crianças com dor abdominal crônica e em crianças sem doença intestinal<sup>(14)</sup>. Assim, no caso aqui descrito, os eosinófilos observados na biópsia de reto e a hiperplasia nodular linfóide não pareciam estar associados à alergia ao leite de vaca ou à alergia alimentar múltipla.

Nosso paciente recebeu o diagnóstico de alergia alimentar múltipla que, segundo a literatura, vem sendo reconhecida

com maior frequência nos últimos anos<sup>(12,16)</sup>. É definida como presença de alergia a dois ou mais tipos de proteína, geralmente de leite de vaca, de soja, de ovo, de trigo, de amendoim e de nozes. Por este motivo, o paciente recebeu inicialmente uma dieta com pequeno número de alimentos, presumivelmente com menor alergenicidade. Pelo exposto, embora a criança descrita apresentasse dados compatíveis com alergia alimentar, em nossa opinião é obrigatório constatar a recuperação do paciente na vigência da dieta de exclusão dos alimentos com a(s) proteína(s) alergênica(s) e o teste de desencadeamento positivo após reintrodução do(s) alimento(s) alergênico(s). A mãe do paciente fornecia informações falsas sobre o desencadeamento, com relato de manifestações que ocorriam alguns dias após introdução dos alimentos que estavam sendo testados. É fato bem conhecido que geralmente só as reações imediatas mediadas por IgE ocorrem nas primeiras horas do desencadeamento, como na síndrome da alergia oral e na hipersensibilidade digestiva imediata. Por outro lado, naquelas formas de alergia alimentar com outros tipos de sintoma digestivo, entre elas a colite alérgica, as manifestações clínicas conseqüentes ao desencadeamento podem ocorrer mais tardiamente<sup>(12,13)</sup>. Ainda neste caso, a falsa necessidade de internação (por insuficiência respiratória) uma semana após o início do desencadeamento é uma reação improvável que posteriormente foi caracterizada como totalmente fantasiosa. Alergia alimentar fictícia foi identificada em um grupo de pacientes com alergia alimentar e *déficit* no crescimento e/ou desnutrição secundários à dieta de exclusão, que não atendia às necessidades nutricionais da criança<sup>(17)</sup>. Foi evidenciado em nosso meio que, em termos de qualidade, as dietas de exclusão frequentemente apresentam quantidade insuficiente de energia e cálcio, o que

pode explicar, pelo menos em parte, o *déficit* antropométrico constatado nos pacientes com suspeita de alergia a leite de vaca<sup>(18)</sup>. O paciente do presente relato não apresentava *déficit* nutricional expressivo.

Este caso de síndrome Munchausen por terceiro simulando alergia alimentar múltipla insere-se no conjunto dos pacientes que apresentam a síndrome com manifestação vinculada ao aparelho digestório<sup>(5)</sup>. Várias artimanhas podem ser utilizadas na produção dos sintomas, entre os quais administração de laxativos, xarope de ipeca, diluição excessiva de alimentos para provocar *déficit* no crescimento, adição de sangue às fezes, ferimento retal com objetos pontiagudos, injeção de substâncias contaminadas em cateter de nutrição parenteral ou, simplesmente, a criação de manifestações clínicas que não são presenciadas pelo médico, como vômito, diarreia, lesões cutâneas e episódios de apnéia que ocorrem exclusivamente no domicílio<sup>(5)</sup>.

É importante salientar que as conseqüências da síndrome de Munchausen por terceiro podem ser muito graves, o que pode ser ilustrado pelo caso de uma menina americana que, por simulação de pseudo-obstrução intestinal crônica, recebeu um transplante de intestino<sup>(19)</sup>. O diagnóstico de síndrome de Munchausen por terceiro foi estabelecido quando a criança estava sendo reavaliada para realizar o segundo transplante intestinal, uma vez que a sintomatologia persistiu após o primeiro transplante<sup>(19)</sup>.

Em conclusão, consideramos importante relatar este caso de síndrome de Munchausen por terceiro, alertando sobre a necessidade de que ela seja incluída no diagnóstico diferencial de pacientes com as características mencionadas neste artigo e, assim, oferecer uma oportunidade para tentar diminuir o impacto das conseqüências trágicas a que as crianças vítimas desta síndrome estão sujeitas.

## Referências bibliográficas

1. Schreier H. Munchausen by proxy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004;34:126-43.
2. Thomas K. Munchausen syndrome by proxy: identification and diagnosis. *J Pediatr Nurs* 2003;18:174-80.
3. Sheridan M. Introduction to the Munchausen by proxy special section. *Child Abuse Negl* 2002;26:499.
4. Sheridan MS The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl* 2003;27:431-51.
5. de Ridder L; Hoekstra JH. Manifestations of Munchausen syndrome by proxy in pediatric gastroenterology. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;31:208-11.
6. Trajber Z, Murahovschi J, Candio S, Cury R, Gomide C, Klein E *et al.* Síndrome de Munchausen por procuração: o caso da menina que sangrava pelo ouvido. *J Pediatr (Rio J)* 1996;72:35-9.
7. Caldas N, Caldas-Neto S, Oliveira CR, Leal MC, Moraes S. Transtornos factícios por procuração: discussão de um caso. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2001;67:733-6.
8. Moreira, EC, Moreira LA. Hipocondria por procuração em crianças: relato de dois casos. *J Pediatr (Rio J)* 1999;75:373-6.
9. Fagundes LF, Logullo J, Santos AAC. Síndrome de Munchausen by proxy: descrição de um caso. *Pediatria (São Paulo)* 2000;22:78-81.
10. Díaz NJ; Patricio FS; Fagundes-Neto U. Colite alérgica: características clínicas e morfológicas da mucosa retal em lactentes com enterorragia. *Arq Gastroenterol* 2002;39:260-7.
11. Xanthakos SA, Schwimmer JB, Melin-Aldana H, Rothenberg ME, Witte DP, Cohen MB. Prevalence and outcome of allergic colitis in healthy infants with rectal bleeding: a prospective cohort study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;41:16-22.
12. Walker-Smith J, Murch S. Gastrointestinal food allergy. In: Walker-Smith J, Murch S. *Diseases of the small intestine in childhood*. 4<sup>th</sup> ed. Oxford: Isis Medical Media; 1999. p. 205-34.
13. Morais MB, Fagundes-Neto U. Alergia Alimentar. In: Lopes FA; Brasil ALD. *Nutrição e dietética em clínica pediátrica*. 1<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 210-9.
14. Walker-Smith J, Murch S. Crohn's disease and abdominal tuberculosis. In: Walker-Smith J, Murch S. *Diseases of the small intestine in childhood*. 4<sup>th</sup> ed. Oxford: Isis Medical Media; 1999. p. 299-328.
15. Turunen S, Karttunen TJ, Kokkonen J. Lymphoid nodular hyperplasia and cow's milk hypersensitivity in children with chronic constipation. *J Pediatr* 2004;145:606-11.
16. Latcham F, Merino F, Lang A, Garvey J, Thomson MA, Walker-Smith JA *et al.* A consistent pattern of minor immunodeficiency and subtle enteropathy in children with multiple food allergy. *J Pediatr* 2003;143:39-47.
17. Roesler TA, Barry PC, Bock SA. Factitious food allergy and failure to thrive. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994;148:1150-5.
18. Medeiros LC, Speridião PG, Sdepanian VL, Fagundes-Neto U, Morais MB. Ingestão de nutrientes e estado nutricional de crianças em dieta isenta de leite de vaca e derivados. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80:363-70.
19. Kosmach B, Tarbell S, Reyes J, Todo S. Munchausen by proxy syndrome in a small bowel transplant recipient. *Transplant Proc* 1996;28:2790-1.