Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 12/05/2022
Data de Aprovação: 08/07/2022

RELATO DE CASO

Uma história inconsistente de excreção de cálculos num adolescente: um caso clínico de Transtornos Autoinduzidos

An inconsistent history of stone passaging in an adolescent: A Factícious Disease case report

Susana Correia Oliveira[1], Francisca Dias Freitas[1], António Maurício Fonseca[2], Ricardo Ramires[3], Cláudia Tavares[1]

Palavras-chave:
Cálculos Renais, Nefrolitíase, Síndrome de Munchausen, Transtornos Autoinduzidos.

Resumo

Introdução: A urolitíase é rara em idade pediátrica. Altos níveis de suspeição devem estar presentes quando as manifestações clínicas são exageradas.**Caso clínico:** Um adolescente não circuncizado de 11 anos foi referenciado para uma consulta de nefrologia pediátrica por episódios recorrentes de disúria com emissão de cálculos de cor preta. Negada dor lombar ou abdominal e hematúria macroscópica. Ao exame físico, o sinal de Giordano era negativo bilateralmente. Do estudo complementar efectuado destaca-se o estudo analítico, sedimento urinário e ecografia reno-vesical sem alterações. Foi efectuada uma colheita de urina de 24 horas que não apresentou alterações de relevo. A análise do cálculo foi inconclusiva. Não foi identificada causa metabólica ou infecciosa para o cálculo. O cálculo foi enviado para análise num laboratório exterior, com detecção de elastómero do plástico. Com o reconhecimento de que os cálculos eram auto-induzidos, o adolescente foi encaminhado para consulta de Pedopsiquiatria. Desde então não foram reportados novos episódios ou sinais ou sintomas de nefrolitíase. **Discussão:** Embora as perturbações factícias causadas por terceiro sejam cada vez mais reconhecidas, existe um muito menor reconhecimento quando são as crianças ou adolescentes a falsificar sintomas.

Keywords:
Factitious Disorders, Munchausen Syndrome, Nephrolithiasis, Kidney Calculi.

Abstract

Introduction: Urolithiasis is uncommon in children. Suspicion should be raised in the presence of exaggerated clinical manifestations. **Case Report:** An eleven-year old uncircumcised adolescent male was referred to a pediatric nephrology consultation complaining of recurrent episodes of dysuria with emission of black calculus. He had no lumbar or abdominal pain, nor gross hematuria. On physical examination, Giordano sign was negative bilaterally. His laboratory evaluation, urinalysis and ultrasound were unremarkable. A 24-hour urine collection had no noteworthy alterations. Stone analysis was unconclusive. No metabolic or infectious cause for a calculus was identified. The calculus was sent to an outside laboratory and rubber elastomer was detected. After determining the stones were self-induced, the adolescent was referred to Pedopsychiatry appointment. No further signs or symptoms of nephrolithiasis were reported. **Discussion:** Although Factitious Disorders caused by proxy have been increasingly recognized, there is a significant less awareness that children and adolescents can intentionally falsify symptoms.

[1] Hospital Senhora da Oliveira, Serviço de Pediatria - Guimarães - Portugal.
[2] Universidade do Minho, Departamento de Bioquímica - Braga - Portugal.
[3] Hospital Senhora da Oliveira, Serviço de Urologia - Guimarães - Portugal.

Endereço para correspondência:
Susana Correia Oliveira.
Hospital Senhora da Oliveira. R. dos Cutileiros 114, Creixomil, Portugal. E-mail: susanafco@hotmail.com

Resid Pediatr. 2023;13(4). DOI: 10.25060/residpediatr-2023.v13n4-886

Este trabalho está licenciado sob uma Creative Commons Attribution 4.0 International License.

INTRODUÇÃO

A urolitíase é uma condição incomum em crianças, embora a incidência esteja aumentando[1]. Sua apresentação clínica difere da clássica dor intensa no flanco observada em adultos, uma vez que crianças mais novas geralmente apresentam dor inespecífica localizada no abdômen, flanco ou pelve. A urolitíase também pode se manifestar com passagem espontânea de cálculos na urina[1]. Quando os cálculos estiverem disponíveis, devem ser enviados para análise para determinar sua composição, orientando a avaliação metabólica e as decisões terapêuticas[2].

A recorrência da nefrolitíase é frequente e aumenta se uma anormalidade metabólica subjacente estiver presente. Existem outros fatores de risco frequentemente envolvidos, no entanto, em até 15-25% das crianças afetadas não há nenhum fator de risco identificado, o que significa que a ausência de um fator de risco não exclui o diagnóstico[3-5]. Mesmo assim, a presença de manifestações clínicas exageradas e sem explicação razoável deve sempre levantar a suspeita de Transtornos Factícios (TF)[6].

Este artigo descreve o relato de caso de um adolescente com múltiplos episódios de expulsão de cálculos que posteriormente foi diagnosticado como TF.

RELATO DE CASO

Um adolescente masculino, jogador de futebol, de onze anos, previamente saudável, foi encaminhado para consulta de nefrologia pediátrica devido a múltiplos episódios de expulsão de cálculos. A história familiar foi positiva para Nefropatia por IgA. Não havia história pessoal ou familiar de nefrolitíase. Desenvolvimentos neuromotor e psiquiátrico estavam normais.

Foi atendido diversas vezes no pronto-socorro (PA) relatando múltiplos episódios de expulsão de cálculos, até 17 cálculos pretos de três a quatro milímetros. A expulsão dos cálculos foi associada à disúria, mas não houve hematúria macroscópica, dor lombar ou abdominal. Ao exame físico, seu abdome estava sensível e o sinal de Giordano estava negativo. A pressão arterial estava em 116/65 mmHg. Seu exame genital mostrou um pênis não circuncidado, sem lesões questionáveis e seu exame retal e de próstata apresentava nada digno de nota. Foi realizada avaliação laboratorial no PA sem alterações relevantes, incluindo função renal e eletrólitos. O exame de urina apresentou pH 6,0, gravidade específica de 1,016 e não revelou leucocitúria, bacteriúria ou hematúria, nem fragmentos de cristais. A ultrassonografia renal não evidenciou hidronefrose nem malformações e não identificou presença de cálculos. A pedra foi enviada para análise química, mas os resultados foram inconclusivos.

A adolescente foi encaminhada para consulta de nefrologia e urologia e realizou análise de urina de 24 horas com concentração elevada de ureia urinária, mas sem outras alterações dignas de nota, excluindo alterações metabólicas. O hiperparatireoidismo secundário também foi excluído. Foi considerada ocronose, embora não houvesse outros sintomas compatíveis e a dosagem de homocisteína, metionina e ácido homogentísico estivesse dentro da normalidade.

Devido à recorrência dos episódios, o estudo foi repetido. Paradoxalmente, exames repetidos de urina nunca evidenciaram sangue ou aumento da excreção mineral sugerindo urolitíase, e a análise química do cálculo revelou que o material do cálculo examinado não estava relacionado à litíase do trato urinário. A função renal permaneceu estável durante todo o estudo.

Como os achados clínicos permaneciam incompatíveis, realizamos uma reunião multidisciplinar, onde avaliamos o aspecto macroscópico do cálculo, levantando a suspeita de se tratar de material sintético. Foi realizada análise química da pedra em laboratório externo, identificando elastômeros de borracha, compatíveis com borracha fragmentada, comumente utilizada em gramados sintéticos de futebol (Figura 1). Foram levantadas suspeitas sobre a natureza factícia de seus sintomas.

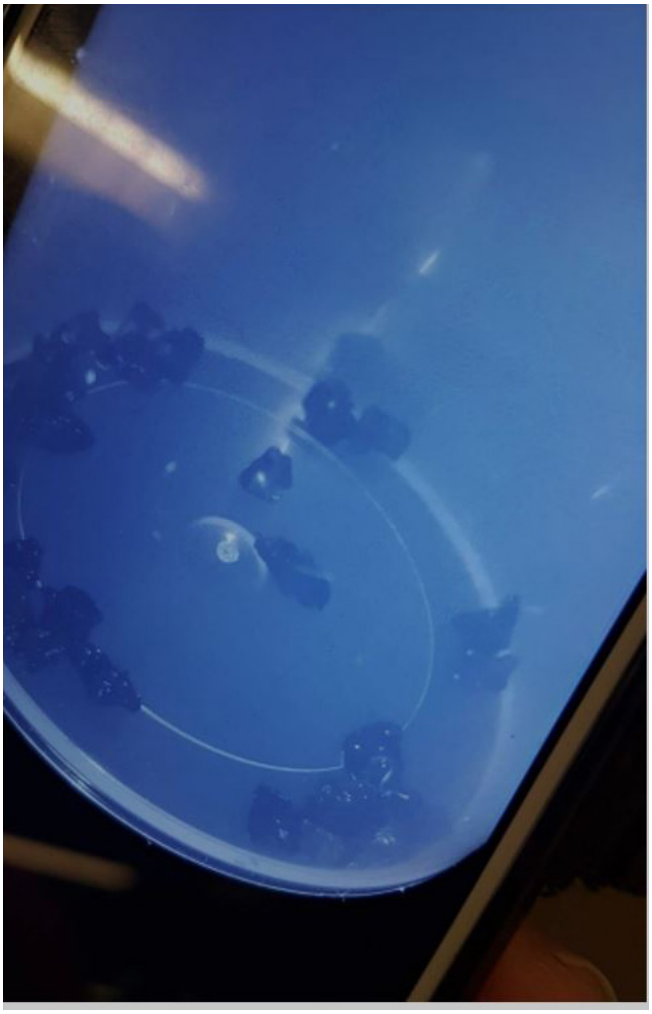


Figura 1: Aspecto macroscópico dos cálculos trazidos ao pronto-atendimento.

O exame cuidadoso da história pregressa do paciente revelou acompanhamento pedopsiquiátrico prévio por dificuldade de regulação emocional. Consequentemente, foi solicitada nova avaliação psiquiátrica. Não houve mais passagem de cálculos durante 12 meses, nem foram relatados outros sinais ou sintomas de nefrolitíase.

DISCUSSÃO

Os transtornos factícios (TF) são um transtorno psiquiátrico em que a doença é intencionalmente fabricada para obter internação hospitalar e ser submetido a procedimentos médicos[7]. É considerado um dos transtornos mais desafiadores da prática médica[8]. A prevalência de TFs autoinduzidas em populações pediátricas é desconhecida, mas provavelmente está subestimada, porque os sinais e sintomas são geralmente relatados como somatização em vez de falsificação[9]. Pessoas com TF fingem doença ou lesão, não para obter um benefício claro, como ganho financeiro, mas geralmente para chamar a atenção e ganhar empatia, e podem até mesmo submeter-se voluntariamente a testes dolorosos ou arriscados para atingir tal objetivo[6-7].

O TF tem sido cada vez mais reconhecido na literatura pediátrica há mais de 20 anos[10], e é mais comum em mulheres com idade entre 20 e 40 anos[6]. Embora a falsificação de doenças pelos cuidadores seja mais facilmente considerada como um diagnóstico diferencial em pacientes com queixas inconsistentes ou inexplicáveis, as doenças auto-induzidas pela própria criança são menos comuns e os médicos estão muito menos atentos a isso[6,11].

As manifestações clínicas da TF podem variar, e múltiplos sinais e sintomas podem estar presentes, embora geralmente apenas um sistema corporal esteja envolvido. O local mais frequente das lesões é a pele, enquanto o envolvimento do trato urinário aparece pouco frequentemente [9]. Mesmo assim, encontramos um pequeno número de relatos de cálculos renais factícios[9,12,13].

Os TFs são considerados doenças mentais e geralmente estão associados a outras manifestações psiquiátricas, principalmente transtorno de personalidade em até dois terços de todos os casos, acompanhados de dificuldades emocionais[6,14].

O diagnóstico diferencial com ocronose foi considerado após múltiplos exames não revelarem sinais de nefrolitíase. A ocronose é uma doença autossômica recessiva muito rara que resulta no acúmulo anormal de ácido homogentísico e no aumento da excreção urinária deste produto[15]. Os sintomas iniciais podem ser relatados desde o nascimento, com urina de cor escura observada na fralda da criança, mas também podem ocorrer mais tarde. A ocronose pode afetar vários órgãos ou sistemas. A obstrução geniturinária pode ocorrer devido a cálculos ocronóticos nos rins, e cálculos prostáticos também podem se desenvolver. Ambos foram excluídos em nosso paciente. Há uma descoloração preta característica da urina devido à oxidação do ácido homogentísico que ocorre após a urina estar parada, o que também foi uma característica não relatada por nosso paciente[15].

Em nosso relato de caso, uma história inconsistente de passagem de cálculos em uma criança com vários exames de urina, ultrassonografias e estudos metabólicos normais, com análises múltiplas de cálculos não encontrando nenhuma evidência de litíase do trato urinário e onde nenhuma etiologia razoável de urolitíase foi encontrada, nos levou a considerar a hipótese de TF.

Gostaríamos de destacar a importância de incluir o TF no diagnóstico diferencial sempre que houver uma longa história de doença inexplicável[11].

REFERÊNCIAS

1. McKay CP. Renal Stone Disease. Pediatrics in Review. 2010 Apr 30;31(5):179–88. doi: 10.1542/pir.31-5-179
2. Evidence-Based Clinical Decision Support System| UpToDate | Wolters Kluwer [Internet]. Kidney Stones in children: Prevention of recurrent stones; 2019 [citado 29 abr 2022]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-recurrent-nephrolithiasis-in-children?search=nephrolithiasis&topicRef=6123&source=see_link
3. Coward RJM. Epidemiology of paediatric renal stone disease in the UK. Archives of Disease in Childhood. 2003 Nov 1;88(11):962–5. doi: 10.1136/adc.88.11.962
4. Gearhart JP, Herzberg GZ, Jeffs RD. Childhood Urolithiasis: Experiences and Advances. Pediatrics. 1991 Apr 1;87(4):445–50
5. Diamond DA. Clinical Patterns of Paediatric Urolithiasis. British Journal of Urology. 1991 Aug;68(2):195–8. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.1991.tb15294.x
6. Jaghab K, B Skodnek K, A Padder T. Munchausen's Syndrome and Other Factitious Disorders in Children: Case Series and Literature Review. Psychiatry. 2006 Mar;3:46–55.
7. American Psychiatric Association. Somatic Symptom and Related Disorders. In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013: p. 324-326
8. Eisendrath SJ. Current Overview of Factitious Physical Disorders. In: Feldman MD, Eisendrath SJ, eds. The spectrum of factitious disorders. Washington, Dc: American Psychiatric Press; 1996: p 22-37
9. Miconi F, Rapaccini V, Savarese E, Cabiati G, Pasini A, Miconi G, et al. Recurrent Renal Colic in a Patient with Munchausen Syndrome. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2018 Mar 29;15(4):627. doi:10.3390/ijerph15040627
10. Rosenberg D. Munchausen syndrome by proxy: currency in counterfeit illness. In: Helfer MD, Kempe RS, Krugman RD, eds. The Battered Child. 5th ed. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1997:413–430
11. Libow JA. Child and Adolescent Illness Falsification. Pediatrics. 2000 Feb 1;105(2):336–42.10.1542/peds.105.2.336
12. Sneed RC, Bell RF. The Dauphin of Munchausen: Factitious Passage of Renal Stones in a Child. Pediatrics. 1976 Jul 1;58(1):127–30.
13. Stapleton FB. Nephrolithiasis in children. Pediatrics in Review. 1989 Jul 1;11(1):21-30. doi: https://doi.org/10.1542/pir.11-1-21
14. Kocalevent R-D, Fliege H, Rose M, Walter M, Danzer G, Klapp BF. Autodestructive Syndromes. Psychotherapy and Psychosomatics. 2005;74(4):202–11. doi:10.1159/000085143
15. Pincus M. Ochronosis [Internet]. Rheumatology Advisor. 2019 [cited 2022 May 11]. Available from: https://www.rheumatologyadvisor.com/home/decision-support-in-medicine/rheumatology/ochronosis/