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

Data de Submissão: 19/09/2018
Data de Aprovação: 20/10/2018

ARTIGO ORIGINAL

Dermatite factícia na infância: estudo retrospectivo de uma série de casos

Factitious dermatitis in childhood: a retrospective study of a case series

Claudia Santos Oliveira[1], Vânia Oliveira de Carvalho[1], Renata Robl Imoto[1]

Palavras-chave:
Comportamento autodestrutivo, Automutilação, Dermatite, Criança, Adolescente, Transtornos autoinduzidos.

Resumo

Objetivo: Descrever uma série de casos das características dos pacientes com dermatite factícia (DF) avaliados em um serviço de atendimento médico terciário brasileiro. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo com coleta de dados dos prontuários de pacientes com DF, menores de 16 anos, atendidos em um serviço de Dermatologia Pediátrica no período de 2007 a 2017. Para análise estatística utilizou-se teste-t independente e teste Qui-quadrado de Pearson, considerado nível de significância de 5%. **Resultados:** A amostra constituiu-se de 50 pacientes e 35 (70%) eram do sexo feminino. A média de idade de início dos sintomas foi de 9,8 ± 3,0 anos e a mediana de tempo até a procura de atendimento foi de 6,5 meses (3 dias a 8 anos). Vinte e um (42%) pacientes apresentavam algum tipo de dificuldade de aprendizagem. Treze (26%) pacientes com história pessoal de doenças psiquiátricas. Todos os pacientes tinham mais de um tipo de lesão cutânea e em 33 (66%) havia placa eritemato-descamativa. Os membros superiores foram a região mais acometida. Treze (26%) pacientes apresentavam doenças psiquiátricas. Entre os pacientes que apresentaram melhora clínica, 13 (65%) estavam em acompanhamento psicológico e recidiva da doença ocorreu em 14 (28%) pacientes. **Conclusão:** A DF acomete mais frequentemente o sexo feminino e apresenta-se com lesões variadas e em áreas de fácil alcance. O diagnóstico deve ser suspeitado frente a uma história evolutiva vaga associada a lesões polimórficas e simétricas. Acompanhamento psicológico e psiquiátrico são fundamentais, além do dermatológico, pois há risco de evolução com comorbidades psiquiátricas.

Keywords:
Self-destructive behavior. Self-mutilation. Dermatitis. Children. Teenager. Self-induced disorders

Abstract

Objective: To describe a series of cases of patients with factitious dermatitis (FD) evaluated in a Brazilian tertiary medical care service. **Methods:** This is a retrospective and descriptive study with data collection from the medical records of patients with FD, under the age of 16, seen in a Pediatric Dermatology service from 2007 to 2017. We used the T-test for statistical analysis, and the Pearson's chi-square test considered a 5% significance level. **Results:** The sample consisted of 50 patients and 35 (70%) were female. The mean age at onset of symptoms was 9.8 ± 3.0 years and the median time to seek care was 6.5 months (3 days to 8 years). Twenty-one (42%) patients had some type of learning disability. Thirteen (26%) patients had a personal history of psychiatric illnesses. All patients had more than one type of skin lesion and 33 (66%) had an erythematous-scaling plaque. The upper limbs were the most affected region. Thirteen (26%) patients had psychiatric illnesses. Among the patients who showed clinical improvement, 13 (65%) were undergoing psychological follow-up and disease recurrence occurred in 14 (28%) patients. **Conclusions:** FD most frequently affects females and presents with varied lesions and in easily accessible areas. The diagnosis should be suspected in view of a vague evolutionary history associated with polymorphic and symmetrical lesions. Psychological and psychiatric follow-up are essential, in addition to dermatological, as there is a risk of progression with psychiatric comorbidities.

[1] Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná, Departamento de Pediatria - Curitiba - Paraná - Brasil

Endereço para correspondência:
Claudia Santos Oliveira
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Rua Padre Camargo, nº 285, Alto da Glória. Curitiba - PR. Brasil. CEP: 80.060-240. E-mail: clau.s.oliveira@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Dermatite factícia (DF) é a denominação dada as lesões cutâneas ou em mucosas causadas ou agravadas deliberadamente e secretamente pelo próprio paciente com objetivo de ganho secundário[1]. É caracterizada por história clínica não compatível com o aspecto observado, lesões de aspecto bizarro, geométrico, bem demarcadas e localizadas preferencialmente em áreas de fácil alcance com as mãos[2,3,4].

Em geral, o paciente e o responsável negam qualquer nexo causal das lesões, que são produzidas principalmente por meios mecânicos e químicos, como unhas, objetos afiados ou contundentes, queimadura por cigarros e produtos químicos cáusticos[5].

O diagnóstico é difícil e pode levar a investigações e tratamentos desnecessários e não resolutivos[6,7]. O diagnóstico é de exclusão, pois a DF mimetiza diversas afecções cutâneas comuns. Há indícios na história que direcionam o raciocínio clínico, como a queixa de lesões que apareceram subitamente e a ausência de descrição das características evolutivas da doença.

Acredita-se que seja mais frequente do que se relata, por ser pouco reconhecida e assim subdiagnosticada[8]. Estima-se que a DF represente de uma a cada 200 até uma a cada 2.000 consultas dermatológicas[5]. A dermatose é reconhecida pelos dermatologistas, mas pouco diagnosticada pelos pediatras que são mais propensos a suspeitar de abuso por terceiros[1]. E é esse profissional, na maioria das vezes, o responsável pelo primeiro atendimento do paciente. Como as lesões podem ser erroneamente diagnosticadas e a fim de evitar tratamentos desnecessários e atraso na terapêutica, o conhecimento sobre a DF deve ser aprimorado e amplamente divulgado na literatura médica. O diagnóstico e manejo da DF em crianças deve ser realizado pelo pediatra, tanto no tocante ao reconhecimento da doença, quanto ao encaminhamento para tratamento psicológico[9].

Na literatura existem alguns relatos de casos[2,3,7,8,10,11] e poucas séries de casos[12,13] foram publicadas sobre o tema. Por este motivo, este estudo tem o objetivo de descrever os dados de uma série de casos de DF em crianças e adolescentes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Os dados foram coletados por meio da avaliação dos prontuários que foram localizados a partir das planilhas de registros de um serviço de Dermatologia Pediátrica com os termos dermatite factícia, patomímia ou lesão autoinduzida. Foram incluídas todas as crianças menores de 16 anos com diagnóstico de DF atendidas no período de 2007 a 2017.

Os dados avaliados foram: gênero, idade de início da doença, modalidade escolar, grau de escolaridade, rendimento acadêmico, dificuldade de aprendizagem, idade e estado civil dos pais, característica do convívio familiar, história mórbida pregressa, história mórbida psiquiátrica familiar e pessoal, uso de medicação sistêmica, tempo de evolução da doença até procura por atendimento médico, fatores de melhora, fatores desencadeantes, tipo e topografia da lesão, sintomas associados, realização de exames complementares e biópsia, consultas com outras especialidades, número de consultas no ambulatório de dermatologia pediátrica, evolução clínica e recidiva. Foi avaliado o banco de imagens do serviço.

O rendimento acadêmico foi classificado como regular quando havia reprovação escolar ou dificuldade escolar na história clínica. O convívio familiar foi categorizado como ruim conforme situações encontradas no prontuário que foram descritas na Tabela 1.

A análise estatística foi realizada de acordo com a natureza das variáveis, número de grupos de estudo e tipos de análises necessárias com auxílio do programa JMP®. Utilizou-se teste-*t* independente e teste Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Características gerais da amostra

A amostra constituiu-se de 50 crianças e 35 (70%) eram do sexo feminino. A média de idade de início dos sintomas foi de 9,8 ± 3,0 anos e a média de idade de início das lesões para meninas e meninos foi semelhante (Tabela 2). A mediana da idade na primeira consulta foi de 10 anos (2,5 a 14 anos) e a mediana do tempo desde o início dos sintomas até a procura de atendimento médico foi de 6,5 meses (3 dias a 8 anos).

Trinta e seis (72%) frequentavam escola regular e o rendimento acadêmico de 18 (36%) era considerado bom (Tabela 1). Vinte e um (42%) apresentavam algum tipo de dificuldade de aprendizagem (Gráfico 1), 16 (32%) não apresentavam dificuldade e para 13 (26%) pacientes não havia a informação no prontuário. A presença de dificuldade de aprendizagem e o rendimento acadêmico de meninos e meninas foi semelhante (Tabela 2).

Com relação aos dados dos familiares, a média de idade foi de 35,7 ± 7,7 anos para as mães e 39,7 ± 7,0 anos para os pais. Cinquenta e seis por cento (28) eram casados e o convívio familiar foi descrito como bom em 34% (17), os demais dados são apresentados na Tabela 1.

Comorbidades associadas

Havia alguma comorbidade em 33 (66%) participantes e o mesmo paciente apresentou mais de uma comorbidade (Tabela 1).

Treze (26%) pacientes apresentavam história pessoal de doenças psiquiátricas (transtorno de conduta, de humor, de ansiedade e obsessivo compulsivo) e 5 (10%) possuíam história familiar de doenças psiquiátricas, sendo que um dos pacientes desenvolveu DF 4 meses após o suicídio da irmã.

Tabela 1. Distribuição da frequência dos dados demográficos dos participantes

	Masculino	Feminino	*p*
	15 (30%)	35 (70%)	
Idade de início em anos (média ±DP) *	8,7 ±3,21	10,3 ±2,8	0,10
Rendimento acadêmico n (%)			
Bom	6 (40)	12 (34,28)	0,7
Regular	5 (33,33)	16 (45,71)	
Sem dados	4 (26,67)	7 (20)	
Dificuldade de aprendizagem n (%)			
Com dificuldade de aprendizagem	7 (46,66)	14 (40)	0,85
Sem dificuldade de aprendizagem	4 (26,67)	12 (34,28)	
Sem dados	4 (26,67)	9 (25,72)	
Evolução clínica n (%)			
Com melhora clínica	5 (33,33)	15 (42,86)	0,52
Sem melhora até última avaliação	10 (66,67)	20 (57,14)	

*DP=desvio padrão

Oito (16%) pacientes faziam uso de medicação sistêmica para problemas neurológicos ou psiquiátricos.

Com relação aos fatores desencadeantes da DF, vinte e nove (58%) não possuíam fator esclarecido, dezenove (38%) referiam que era desencadeada por: crises de ansiedade, desentendimentos familiares, abuso sexual, nascimento do irmão mais novo, falta de atenção dos pais, piora de doença crônica, *bullying* na escola, divórcio dos pais, instabilidade em ambiente familiar, mudança de cidade, violência familiar e rejeição materna; e, 2 (4%) não possuíam a informação no prontuário.

Características das lesões cutâneas

Não houve identificação de fator de melhora das lesões em 46 (92%), dois (4%) relatavam melhora com psicoterapia, um (2%) com anti-histamínico e um (2%) depois de mudar de cidade.

Todos os pacientes apresentavam mais de um tipo de lesão cutânea e em 33 (66%) havia placa eritemato-descamativa (Tabela 1). Trinta e cinco (70%) pacientes apresentavam lesões em mais de uma região do corpo e o membro superior foi a região mais acometida, a distribuição da topografia das lesões está representada na Figura 1.

Dentre os sinais e sintomas associados encontraram-se: 16 (32%) prurido, 8 (4%) infecção secundária, 8 (4%) onicofagia e 8 (4%) tricotilomania.

Acompanhamento clínico evolutivo

Durante o acompanhamento clínico, foram solicitados exames laboratoriais para 4 (8%) pacientes, 3 (6%) foram internados para investigação e a biópsia cutânea foi realizada em 8 (16%) pacientes. O acompanhamento com outras especialidades foi frequente na amostra, principalmente na psicologia (Tabela 2).

Os participantes tiveram uma mediana de 3 (1 a 36) consultas no ambulatório de Dermatologia Pediátrica, 20 (40%) evoluíram com melhora, 8 (16%) não apresentavam melhora até o último atendimento e 22 (44%) perderam seguimento. Quinze (42,85%) pacientes do sexo feminino tiveram melhora (Tabela 1). Dos pacientes que durante a evolução apresentaram melhora clínica, 13 (65%) estavam em acompanhamento psicológico e 7 (35%) não (p=0,41). Os pacientes que evoluíram com melhora tiveram média de idade de início do quadro aos 10,0 ± 3,05 anos e os que não melhoraram até a última avaliação de 9,7 ± 3,05 anos (p=0,72). Recidiva da DF ocorreu em 14 (28%) pacientes.

DISCUSSÃO

A DF raramente é relatada na população pediátrica[14]. Considerando que não foram encontradas publicações de séries de casos sobre DF na faixa pediátrica no Brasil, este é o primeiro estudo que apresenta o perfil de uma série de crianças e adolescentes brasileiros.

A DF ocorre mais comumente em adolescentes, jovens e mulheres adultas[15]. No presente estudo, notou-se que as meninas foram mais acometidas (70%), semelhante ao observado por outros autores[10,12]. Saez-de-Ocariz et al.[12] relataram que no México, em um período de 19 anos, o sexo feminino foi o mais prevalente (6,2:1). Comparando-se as médias de idade, observa-se que os pacientes foram mais jovens com 9,8 ± 3,0 anos, em relação a Saez-de-Ocariz et al. que foi de 11,17 ± 4,12 anos[12].

A fisiopatologia ainda é pouco compreendida e as causas multifatoriais incluem fatores genéticos, psicossociais e história pessoal ou familiar de doenças psiquiátricas[8]. No presente estudo, 5 (10%) pacientes possuíam história familiar de doenças psiquiátricas e 13 (26%) apresentavam história

Tabela 2. Características dos participantes e seus familiares

Característica	n (%)	Característica	n (%)
Modalidade escolar		**Comorbidades**	33 (66)
Escola Regular	36 (72)	Obesidade	8 (24)
Escola Especial	4 (8)	Epilepsia	7 (21)
Sem informação em prontuário	10 (20)	Asma	4 (12)
Rendimento acadêmico		Dermatite atópica	3 (9)
		Cardiopatia	3 (9)
Bom	18 (36)	Psoríase	2 (6)
Regular	21 (42)	Outros #	10 (30)*
Sem informação em prontuário	11 (22)		
Dificuldade de aprendizagem		**Características das lesões cutâneas**	
Sim	21 (42)	Placa eritemato-descamativa	33 (66)
Não	16 (32)	Escoriação	32 (64)
Sem informação em prontuário	13 (26)	Discromias residuais	30 (60)
Estado civil dos pais		Crostas hemáticas	21 (42)
		Aspecto bizarro	14 (28)
Casado	28 (56)	Formato linear	13 (26)
Divorciado	12 (24)	Crostas melicéricas	10 (20)
Solteiro	5 (10)	Mancha violácea	6 (12)
Amasiado	1 (2)	Liquenificação	6 (12)
Sem informação em prontuário	4 (8)	Mordida	1 (2)
Convívio familiar		**Acompanhamento com especialidades**	
Bom	17 (34)	Psicologia	28 (56)
Ruim**	10 (20)	Neurologia	6 (12)
Sem informação em prontuário	23 (46)	Psiquiatria	6 (12)
		Cardiologia	2 (4)
		Endocrinologia	1 (2)
		Fonoaudiologia	1 (2)
		Não acompanhavam	14 (28)

** Alcoolismo paterno, abuso sexual, instabilidade familiar após divórcio dos pais, dificuldade de separação, abandono.
# Alopecia *universalis*, déficit pondero estatural, discrasia sanguínea, enurese noturna, estrabismo, hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo congênito, linfoma tratado, nevo gigante e síndrome de Down.
* Observada a mesma frequência para cada um dos itens.

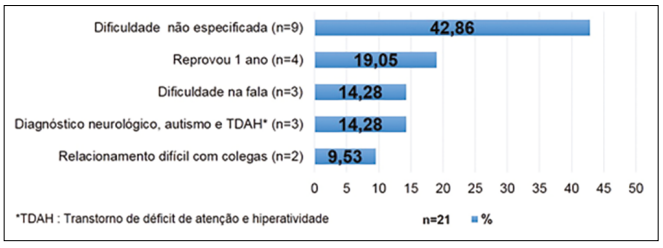


Gráfico 1. Distribuição dos tipos de dificuldade de aprendizagem.
*TDAH: Transtorno de déficit de atenção e hiperativade

pessoal. Houve ainda um caso em que o início da automutilação ocorreu após o suicídio da irmã, provavelmente como um pedido por atenção em uma situação de desestruturação das relações familiares.

Sabe-se que inquirir sobre problemas no convívio em casa e na escola e avaliar a qualidade de vida e a capacidade de interação nestes ambientes podem ajudar a identificar problemas em áreas específicas a serem abordadas na DF[16]. Demonstrou-se que o rendimento acadêmico regular esteve presente em 21 (42%) pacientes do presente estudo. Cabe ao pediatra ou dermatologista buscar essas informações na anamnese e planejar a melhor forma de intervenção com a equipe multidisciplinar e a família.

Crises no convívio familiar são descritas na gênese da DF[3,7]. As famílias do presente estudo possuíam pais com média de idade acima dos trinta anos, predominantemente casados (56%) e aproximadamente um quarto destes divorciados. O convívio familiar foi categorizado como ruim em 20% dos casos. E nestes havia situações como pai alcoólatra, abandono pelos

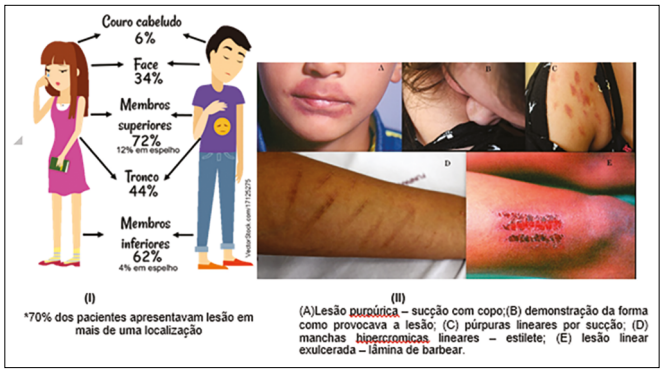


Figura 1. (I) Distribuição topográfica da frequência de lesões, considerando cada região isolada*; (II) Aspectos clínicos das lesões de DF.

pais, tentativa de abuso sexual pelo padrasto, separação da mãe e divórcio dos pais. Isso confirma o observado por Moss[1], que no caso de crianças e adolescentes, a DF haja como uma manifestação em resposta a algum tipo de pressão ou um "grito de ajuda", como em casos de abuso sexual.

A prevalência de comorbidades foi maior (66%) em relação ao encontrado na literatura, em que Saez-de-Ocariz et al.[12] obtiveram 41% dos pacientes com alguma doença associada. Essa diferença poderia ser justificada pela amostra do presente estudo ser composta por pacientes em acompanhamento em nível terciário. A obesidade foi a comorbidade mais frequente (24%) e a estigmatização de pessoas obesas é frequente e causa danos na autoestima que culminam com distúrbios na saúde mental global[17]. No contexto do presente estudo é possível que a obesidade leve ao isolamento social e ao *bullying*, desta maneira a automutilação seria a válvula de escape à pressão social sofrida por essa criança ou adolescente.

A mediana do tempo de procura por atendimento médico e diagnóstico foi de 6,5 meses, mas chegou a demorar 8 anos. Para Saez-de-Ocariz et al.[12], os pacientes levaram em média 10 meses até o diagnóstico, com máximo de 4 anos. Com isso sugere-se que houve pacientes que não procuraram atendimento médico imediato ao surgimento das lesões e houve aqueles que não receberam diagnóstico inicial correto e possivelmente foram submetidos a intervenções e/ou exames desnecessários até que o diagnóstico adequado fosse estabelecido. A DF em crianças está entre os diagnósticos mais difíceis e deve ser considerada quando outras condições de pele foram excluídas[13].

Demonstrou-se que 38% dos pacientes possuíam fatores desencadeantes da DF. Possivelmente porque durante a consulta os demais pacientes optaram por escondê-los. Pois, conforme Soong et al.[10], o paciente com DF é aquele que frequentemente descreve histórias insatisfatórias ou "ocultas" e nega a automutilação.

Para aqueles pacientes que notaram fator de melhora dos sintomas (8%), em um dos casos sugere-se um fator placebo, quando a melhora da DF é relacionada a um anti-histamínico. A mudança de cidade como fator de melhora deixa a insinuação do estressor responsável pelas lesões. Uma minoria atribuiu a melhora à psicoterapia (4%), no entanto aqueles que estavam em acompanhamento com a psicologia apresentaram maior percentual de melhora, o que demonstra a importância do acompanhamento clínico e multiprofissional, o que é difícil pela baixa adesão ao tratamento[18]. Além disso, as consultas devem ser frequentes, pois, os pacientes devem ser observados de forma cautelosa, para que novas lesões não sejam provocadas durante o acompanhamento.

As lesões de pele são descritas como polimórficas com: escoriações superficiais, hipercromia residual, necrose, ulceração, crostas, lesões purpúricas e bolhosas[19]. É comum a presença de lesões com morfologia bizarra e/ou geométrica[16]. No presente estudo a forma clínica mais frequente foi a placa eritemato-descamativa, seguida da escoriação, discromias residuais, crostas hemáticas, lesões bizarras e lineares. Concordando com o caráter polimórfico da doença, pouco encontrado em outras dermatoses e com seu caráter pós-inflamatório, representado pelas discromias residuais, resultado de sequela de doenças cutâneas. Quanto a localização, os membros superiores foram os mais acometidos, com lesões em espelho, ou seja, lesões bilaterais e simétricas. Em concordância ao observado na literatura[6] em que as lesões da DF são tipicamente bilaterais, simétricas e de fácil alcance às mãos dominantes.

Segundo Yamada et al.[11], crianças com DF podem ter queixas sistêmicas, como dores inexplicáveis, fadiga, náuseas, tonturas, afasia verbal e regressão de idade. Os dados obtidos não confirmaram o exposto por este autor, pois o sintoma mais prevalente foi o prurido (32%). Possivelmente o prurido resultou da escoriação autoprovocada, a qual cria uma reação na pele que leva ao sintoma. Uma limitação da obtenção destes dados é o caráter retrospectivo e o viés de realização em um serviço de Dermatologia Pediátrica, assim a avaliação ficou restrita aos pacientes cujo principal sintoma foi cutâneo.

Houve ainda pacientes que também apresentavam tricotilomania (4%) e onicofagia (4%), que segundo Moss[1] são doenças autoinfligidas, mas que ao contrário da DF não possuem o intuito de criar uma doença de pele com ganho secundário.

A DF está associada à solicitação de exames desnecessários que causam atrasos diagnósticos[7]. No presente estudo foram solicitados exames laboratoriais para 4 (8%) pacientes e 3 (6%) foram submetidos a internamento hospitalar. A biópsia de pele ajuda a excluir doenças cutâneas mascaradas como carcinoma basocelular, vasculites ou lesões herpéticas[10].

A hospitalização é uma situação reincidente nos casos de DF pediátrica[3,6,8,11,15]. Ela justifica-se como forma de esclarecimento diagnóstico porque é possível controlar a evolução das lesões e afastar do paciente utensílios que podem ser usados para cometê-las. E, para àquelas famílias resistentes ao diagnóstico, o internamento reforça a relação

médico-paciente e permite a aceitação familiar de que o problema não é orgânico.

Os 44 pacientes com DF avaliados por Luna et al.[13] tiveram em média quatro consultas médicas e três pacientes (6,8%) aceitaram realizar acompanhamento psiquiátrico. No presente estudo o número de consultas no ambulatório obteve mediana de três e houve maior adesão a avaliação e acompanhamento psiquiátrico (12%) e 56% também acompanhavam com psicólogo. Questiona-se aqui qual a abordagem psicoterapêutica ideal para a DF. Possivelmente uma boa relação médico-paciente seja um ponto importante na adesão terapêutica.

O prognóstico da DF é ruim quando se nota que 14 (28%) apresentaram recidiva, um valor semelhante ao citado por Ikenaga et al.[6] em um levantamento de 43 pacientes, com 30% de recidiva. Não houve diferença estatística entre os que estavam em acompanhamento psicológico ou não. Neste ponto, possivelmente se expõe uma dificuldade de controle de estressores externos desencadeantes da automutilação.

CONCLUSÃO

Em conclusão, a DF caracterizou-se pela maior frequencia nas meninas, apresentou-se por meio de lesões com história evolutiva vaga, localizadas em áreas de fácil alcance e em espelho, e houve associação com comorbidades psiquiátricas. Espera-se que, com os resultados obtidos, mais acadêmicos, médicos e pediatras incluam a DF entre suas hipóteses diagnósticas evitando a iatrogenia e o atraso na terapêutica multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Moss C. Dermatitis artefacta in children and adolescents. Paediatr Child Health. 2014;25(2):84-9.
2. Angus J, Affleck AG, Croft JCR, Leach IH, Slater DN, Millard LG. Dermatitis artefacta in a 12-year-old girl mimicking cutaneous T-cell lymphoma. Pediatr Dermatol. 2007;24(3):327-9.
3. Gil-Bistes D, Kluger N, Guillot B, Bessis D. Pathomimie cutanée chez une jeune fille. Arch Pediatr. 2010;17(11):1543-5.
4. Heaton SM, Green B, Royer MC. Bullous dermatitis: challenge. Am J Dermatopathol. 2016;38(8):614-15.
5. Borton C, Tidy C, Cox J. Dermatits artefacta [Internet]. UK: Patient Platform Limited; 2014; [citado 2018 mai 21]. Disponível em: https://patient.info/doctor/dermatitis-artefacta
6. Ikenaga S, Nakano H, Umegaki N, Moritsugu R, Aizu T, Kuribayashi M, et al. A case of bullous dermatitis artefacta possibly induced by a deodorant spray. J Dermatol. 2006;33(1):40-2.
7. Abilkassem R, Dini N, Ourai H, Kmari M, Agadr A. Pathomimie de l'enfant: à propos d'une observation. Pan African Medical Journal. 2013;14:23.
8. Kumar S, Kumar U. Facial dermatitis artefacta in a nine-year-old: fair response to escitalopram. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2012;24(4):E7-10.
9. Ring HC, Miller IM, Benfeldt E, Jemec GB. Artefactual skin lesions in children and adolescents: review of the literature and two cases of factitious purpura. Int J Dermatol. 2015;54(1):e27-32.
10. Soong TKW, Soong V, Samsudin A, Soong F, Sharma V, O'Donnell N. Periocular dermatitis artefacto in a child. J AAPOS. 2006;10(6):585-86.
11. Yamada K, Sakurai Y, Shibata M, Miyagawa S, Yoshioka A. Factitious purpura in a 10-year-old girl. Pediatr Dermatol. 2009;26(5):597-600.
12. Saez-de-Ocariz M, Covarrubias LO, Mora-Magaña I, McKinster CD, Tamayo-Sanchez L, Gutierrez-Castrellon P, et al. Dermatitis artefacta in pediatric patients: experience at the National Institute of Pediatrics. Pediatr Dermatol. 2004;21(3):205-11.
13. Luna SA, Bravo BG, Pichardo AR, Martínez FMC. Dermatitis artefacta in childhood: a retrospective analysis of 44 patients, 1976-2006. Pediatr Dermatol. 2015;32(5):604-8.
14. Mohandas P, Ravenscroft J, Bewley A. Dermatitis artefacta in childhood and adolescence: a spectrum of disease. G Ital Dermatol Venereol. 2018;153(4):525-34.
15. Azurdia RM, Guerin DM, Sharpe GR. Recurrent bullous dermatitis artefacta mimicking immunobullous disease. Br J Dermatol. 2000;143(1):229-30.
16. Shah KN, Fried RG. Factitial dermatoses in children. Curr Opin Pediatr. 2006;18:403-9.
17. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. Pediatrics. 2017;140(6):e20173034.
18. Rosen T, Chen M. Factitious disease of the breast of a male due to injection of liquid plastic. Int J Dermatol. 2001;40(12):743-6.
19. Finore ED, Andreoli E, Alfani S, Palermi G, Pedicelli, C, Paradisi, M. Dermatitis artefacta in a child. Pediatr Dermatol. 2007;24:51-56.