

# Dermatitis facticia, trastorno depresivo mayor y personalidad en formación con rasgos límites. Informe de un caso

## Factitious dermatitis. A case report in a woman with a major depressive disorder (MDD)

<sup>1</sup>Jisel Arrazola Guerrero, <sup>2</sup>Joyce Bustos Condado, <sup>3</sup>Sonia Toussaint Caire, <sup>4</sup>Carmen Rodríguez Cerdeira, <sup>5</sup>Roberto Arenas.

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

<sup>2</sup>Residente de 3º año de Psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

<sup>3</sup>Dermatóloga Hospital General Dr. Manuel Gea González.

<sup>4</sup>Servicio de dermatología del Complejo Hospitalario de Vigo (CHUVI), Profesora de la Universidad de Vigo, Coordinadora del Capítulo de Psicodermatología del CILAD.

<sup>5</sup>Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Fecha de aceptación: mayo 2011

### RESUMEN

La dermatitis facticia es un trastorno psicocutáneo en el que el paciente se autoinflige lesiones, pero niega tener una participación. En el tratamiento deben actuar de manera conjunta el dermatólogo y el psiquiatra. Se informa el caso de una paciente de 17 años de edad, con dermatitis facticia, trastorno depresivo mayor (TDM) y personalidad en formación con rasgos límites. Se realiza una breve revisión de la literatura.

**PALABRAS CLAVE:** dermatitis artefacta, dermatitis facticia, trastornos psicocutáneos.

### ABSTRACT

Factitious dermatitis is a self-induced psychocutaneous disorder, in which the patient denies any self-injuring. Treatment must include the dermatologist and the psychiatrist. We report a 17 year old patient with factitious dermatitis, major depressive disorder (MDD), and borderline personality. A review of the literature is included.

**KEYWORDS:** Dermatitis artefacta, factitious dermatitis, psychocutaneous disorders.

### Introducción

Los trastornos psicocutáneos son, en ocasiones, un reto diagnóstico, y constituyen entidades difíciles de tratar.<sup>1</sup> En la dermatitis facticia, también conocida como dermatitis artefacta o patomimia, la piel es el objetivo de un daño autoinfligido. Los pacientes se producen intencionalmente las lesiones para asumir el papel de enfermo, aunque niegan la naturaleza de este trastorno.<sup>2</sup> Existen dos características esenciales para definir esta enfermedad entre las dermatosis autoprovocadas: en primer lugar, la ausencia de un motivo racional que la explique y, en segundo lugar, la negación del paciente respecto de su responsabilidad en el origen de las lesiones.

### Caso Clínico

Paciente femenina de 17 años de edad; originaria y residente del Distrito Federal; estudiante de preparatoria, con buen aprovechamiento académico, con deseos de estudiar medicina; producto de la primera gesta de dos, cuya madre cursó con diabetes gestacional y preeclampsia, por lo que requirió estancia breve en incubadora; alérgica a sulfas; con antecedente de ooforectomía izquierda a los 15 años por quiste ovárico; niega haber iniciado vida sexual activa; vive en medio urbano con su madre, su padrastro (a quien solo ve los fines de semana por cuestiones laborales), su medio hermano menor y su abuela materna, quien es portadora de diabetes mellitus tipo 2 con antecede-

### CORRESPONDENCIA

Roberto Arenas ■ rarenas98@hotmail.com

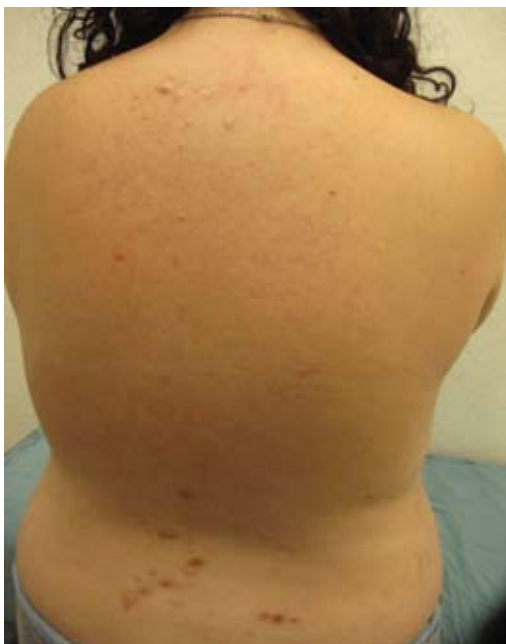
Departamento de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González. Tlalpan #4800, CP 14080, México DF  
eyem\_96@yahoo.com

dente de haber padecido trastorno depresivo mayor. Uno de sus tíos de rama materna probablemente murió por suicidio; su abuelo materno es cirujano plástico; describe la dinámica familiar como “buena, pero distante con mi papá adoptivo”; niega antecedente de abuso físico, psicológico y sexual.

Acude el 17 de abril de 2010 al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, refiriendo que desde los 5 años de edad ha presentado lesiones dermatológicas para las que ha recibido múltiples diagnósticos y tratamientos sin mejoría, por lo que desde los 11 años presenta baja autoestima, dificultad para tomar decisiones, ánimo bajo intermitente, labilidad afectiva, tendencia a aislarse socialmente, e inconformidad con su imagen corporal, asociado a *sentirse* gorda y a presentar dermatosis crónica. A los 12 años de edad acudió durante dos meses al Centro Comunitario de Salud Mental (CISAME), donde fue atendida por psicólogo y psiquiatra, quien indicó medicamento no especificado. La razón por la que su madre dejó de llevarla fue que, en una ocasión, en contexto de impulsividad secundaria a discusión con ella, ingirió una dosis alta del medicamento indicado, sin ser necesario recibir atención médica. Aproximadamente un año antes de su visita al INPRFM había presentado exacerbación de la sintomatología antes descrita, incluyendo agravamiento de las lesiones dermatológicas, secundario a conflictos con su novio. El día 22 de abril de 2010 refirió como motivo de consulta: “ya no quiero sentirme

triste y creo que puedo tener TDC –trastorno dismórfico corporal–” (*sic*). Se otorgó hoja de referencia al Servicio de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González, se canalizó a la Clínica de Adolescentes y, posteriormente, a la Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectro, para descartar trastorno dismórfico corporal. Se presentó en sesión de caso difícil en la Clínica de Adolescentes, donde se concluyó que los diagnósticos eran Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado tipo 6 (TANE 6), también conocido como trastorno por atracón y, en el eje II, rasgos límites de personalidad en formación. Se indicó tratamiento a base de Sertralina 100 mg al día y psicoterapia. Se realizaron entrevistas y una viñeta clínica para presentarla en sesión de caso difícil en la Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectro, a la cual la paciente no acudió.

El 27 de julio de 2010, la paciente se presentó en compañía de su madre al servicio de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Allí se observó una dermatosis diseminada, bilateral y con tendencia a la simetría, que afectaba cara, cuello, cara anterior del tórax, parte superior de la espalda y región lumbar, así como extremidades superiores e inferiores, en todas sus caras. Esta dermatosis era polimorfa, caracterizada por múltiples exulceraciones irregulares de distintas formas y tamaños, algunas de ellas cubiertas por costras sanguíneas, manchas hiper e hipopigmentadas de límites bien definidos, así como cicatrices, algunas de ellas hipertróficas (fotografías 1-4). La dermatosis tenía una evolución de 6 años, con exacerbaciones y remisiones parciales, y refería ardor local únicamente en las exulceraciones. Los tratamientos previos que había recibido, sin mejoría, habían sido a base de corticosteroides tópicos de manera intermitente, anti-histamínicos y antivirales. En los dos años previos acudió con otros médicos, se le tomaron dos biopsias, con lo que se diagnosticó pitiriasis liquenoide y varioliforme



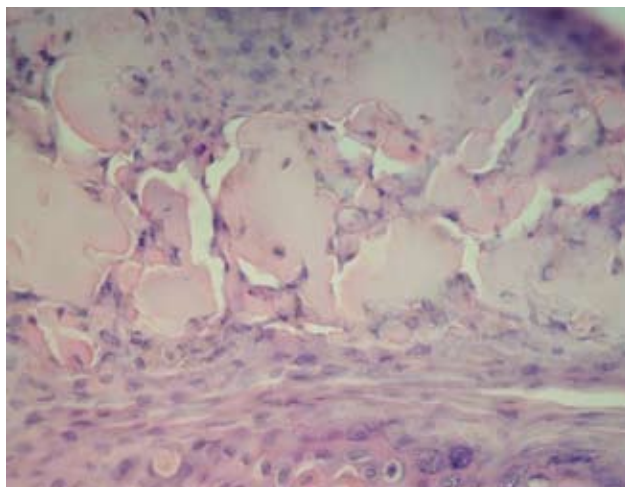
Fotografía 1. Lesiones en sitios accesibles a las manos.



Fotografía 2. Exulceración con costra sanguínea en la superficie.



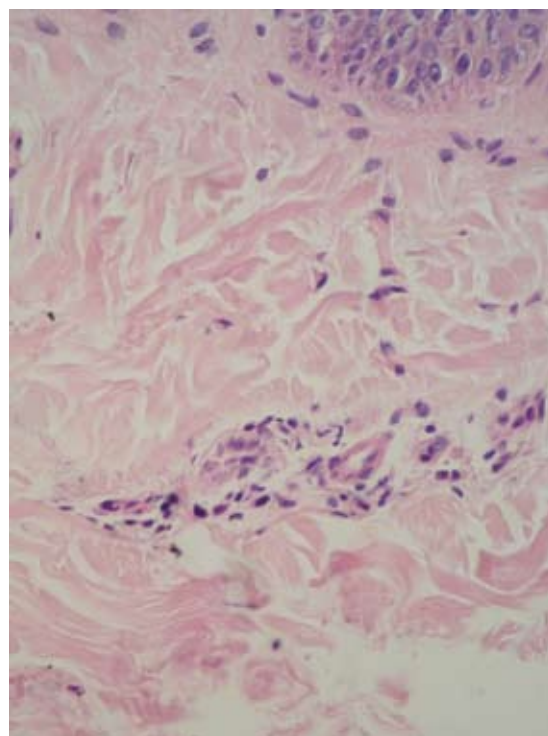
Fotografía 3. Exulceraciones de diversos tamaños y de formas irregulares.



Fotografía 5. Costra constituida por plasma y detritus celulares.



Fotografía 4. Múltiples cicatrices y manchas hiperpigmentadas.



Fotografía 6. Leve infiltrado perivascular superficial por linfocitos.

aguda (PLEVA), así como acrodermatitis enteropática. En el nuevo estudio histopatológico se encontró una costra compuesta por plasma y detritus celulares, y un leve infiltrado inflamatorio perivascular superficial por linfocitos (fotografías 5-6).

No se encontró correlación del cuadro clínico con los diagnósticos histopatológicos anteriores y, tomando en cuenta los antecedentes personales patológicos de la paciente, se concluyó que se trataba de una dermatitis artefacta. Con base en lo anterior, se realizó una prueba terapéutica: se cubrió una de las lesiones (exulceración) con un apósito transparente (Tegaderm®) durante dos semanas. Después de este tiempo, se observó la resolución de la lesión, dejando únicamente una cicatriz hiperpigmentada (fotografía 7). Para las manchas residuales pigmentadas se le indicaron emolientes, así como crema con urea 20% en las manchas pigmentadas. Además, se estableció contacto con su médico psiquiatra, quien concordó con el

diagnóstico y con que el tratamiento debía otorgarse de manera conjunta. Aumentó la dosis de Sertralina a 200 mg al día y agregó un ansiolítico (clonazepam solución, 0,5 mg cada 12 hrs) al tratamiento. La paciente evolucionó favorablemente, ya que a las 6 semanas solo había desarrollado una nueva lesión exulcerada, y a los 3 meses de tratamiento no tenía ninguna lesión nueva. Sin embargo, dado que en la mayoría de las ocasiones los pacientes cur-

san con exacerbaciones y remisiones de la enfermedad, continúa en seguimiento periódico por los servicios de Dermatología y de Psiquiatría.

### Discusión

Las enfermedades facticias son aquellas en las que el paciente se crea un signo o síntoma para satisfacer una necesidad psicológica, de la cual no se da cuenta.<sup>3</sup> Los pacientes que las padecen suelen tener trastornos psiquiátricos asociados, entre los que destacan: ansiedad, depresión, tendencias suicidas y trastornos de personalidad.<sup>4</sup> Aunque se desconoce la incidencia real de la dermatitis facticia, se ha visto que es más frecuente en mujeres adolescentes y en adultos jóvenes.<sup>5</sup> A pesar de que la psicopatología de la dermatitis artefacta es poco conocida, se han asociado causas multifactoriales, como genéticas, factores psicosociales, e historia personal o familiar de trastornos psiquiátricos. Frecuentemente, un miembro de la familia está involucrado en el campo médico y los pacientes suelen ser versados en la terminología médica. Los episodios agudos de dermatitis artefacta suelen representar una respuesta mal adaptativa a un estresor psicosocial. Los casos de larga evolución suelen ser secundarios a un trastorno de ansiedad o depresivo subyacente, deprivación emocional, alteración de la imagen corporal, o bien a un trastorno de personalidad con características limítrofes.<sup>6</sup>

La morfología de la dermatosis puede ser tan variada como los distintos métodos empleados (objetos o sustancias) para infligir las lesiones, adquiriendo formas abigarradas, con bordes irregulares o lineales, sin que se encuentre ninguna lesión primaria. No obstante, resalta el hecho de que adquiere una disposición peculiar, ya que se localiza en sitios fácilmente accesibles a las manos del paciente<sup>7</sup> quien, además, refiere una historia poco clara en donde las lesiones “aparecen” súbitamente, sin signos o síntomas precedentes.<sup>8</sup> En 2005, Nielsen y colaboradores llevaron a cabo un estudio retrospectivo en el que analizaron los síntomas, género, edad y relaciones sociales de 57 pacientes en quienes se había establecido el diagnóstico de dermatitis artefacta. Ellos observaron que el diagnóstico es 2.8 veces más frecuente en mujeres que en hombres, con un promedio de 39 años de edad; las lesiones cutáneas eran múltiples en 88% de los pacientes. Cuando se sugirió que las lesiones eran autoinfligidas, dos tercios de los pacientes negaron su participación en el origen de la dermatosis, y sólo un paciente accedió a ver a un psiquiatra.<sup>9</sup>

Los rasgos de personalidad son los patrones perdurables de conducta que posee un individuo para percibir y relacionarse con el ambiente, y son exhibidos en un



Fotografía 7. Lesión antes y después de colocación del apósito transparente.

amplio rango de contextos sociales y personales. Únicamente cuando estos rasgos son inflexibles y causan disfuncionalidad significativa o subjetiva, se los conoce como trastornos. Éstos se caracterizan por un patrón de comportamiento que se desvía marcadamente de las expectativas de la cultura, y que afecta al menos dos de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, interpersonal, o el control de impulsos. Dentro de los trastornos de la personalidad, uno de los más estudiados es el trastorno límite (TLP). Esto se debe quizá a su alta prevalencia dentro de la atención psiquiátrica: se asocia altamente con comportamiento suicida, admisiones frecuentes en la sala de urgencias, abuso de sustancias, disfunción ocupacional e interpersonal. En total, los pacientes con TLP representan 10% de todos los pacientes ambulatorios, y 10-15% de los hospitalizados. Se estima que al menos 1-12% de la población cumple criterios para este diagnóstico y es 75% más diagnosticado en mujeres. Es importante tomarlo en cuenta, porque además del alto grado de disfuncionalidad que conlleva en sí mismo, atrae muchas comorbilidades. Entre ellas destacan: abuso de sustancias, trastorno depresivo mayor, trastorno de la conducta alimentaria, estrés postraumático, déficit de atención y otros trastornos de la personalidad que empeoran el pronóstico.<sup>10</sup> El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en el texto revisado de su IV edición (DSM-IV-TR), contempla 9 criterios diagnósticos:<sup>11</sup>

1. Las situaciones de abandono, rechazo o desestructuración, pueden llevar a cambios relevantes en la autoimagen, el afecto, la cognición o el comportamiento.
2. Patrón de relaciones inestables.
3. Autoimagen inestable.
4. Impulsividad potencialmente autolesiva en al menos dos aspectos (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).



5. Comportamiento suicida recurrente.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.
7. Sensación de vacío imposible de llenar.
8. Expresión de afecto inapropiado.
9. Durante periodos de estrés pueden sufrir síntomas disociativos o paranoides.

Es importante comentar que, de acuerdo con el DSM-IV-TR, el diagnóstico de TLP solo se puede establecer cuando el paciente tiene 18 años cumplidos. Por lo tanto, en este caso mencionamos que la paciente tiene rasgos límites de personalidad “en formación”.

La paciente tenía, además, el diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado tipo 6 (TANE 6), también conocido como trastorno por atracón, el cual se caracteriza por llevar a cabo atracones, definidos como episodios en los que se ingiere alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un lapso similar y en las mismas circunstancias, acompañándose de sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, sin presencia de conductas compensatorias (como podrían ser inducción de vómito, uso de laxantes o de anorexígenos). En los trastornos de la alimentación podemos encontrar signos cutáneos, que suelen ser la expresión de las consecuencias de la falta de ingesta de alimentos, vómito, e ingesta de fármacos (como laxantes y diuréticos), así como de la morbilidad psiquiátrica. Estas manifestaciones incluyen xerosis, vello corporal similar al lanugo, efluvio telógeno, carotenodermia, acné, hiperpigmentación, dermatitis seborreica, acrocianosis, petequias, *livedo reticularis*, intertrigo interdigital, paroniquia, prurito generalizado, aumento en el tiempo de cicatrización, edema, eccema craquelé, pelagra, y acrodermatitis enteropática. El signo cutáneo más característico que refleja el vómito autoinducido es el de Rusell (queratosis en los nudillos). Los síntomas que surgen de la ingesta de medicamentos se deben a las reacciones a fármacos que se pueden producir, mientras que los síntomas que surgen de la comorbilidad psiquiátrica (dermatitis artefacta) incluyen las consecuencias del trauma autoinducido.<sup>12</sup>

Los pacientes con trastorno dismórfico corporal (TDC) se preocupan exageradamente por la posibilidad de tener algún defecto en su aspecto físico. Dicha preocupación produce gran disfuncionalidad en diferentes áreas de la vida. Con mayor frecuencia, tienen que ver los senos, los genitales, el cabello, la nariz u otra parte de la cara. En otro tiempo, este trastorno se conocía como dismorfofobia. Algunos clínicos todavía lo denominan así, pero es

importante aclarar que no se trata de una fobia en lo absoluto, ya que el paciente no tiene un miedo persistente o irracional a nada. Los pacientes con TDC suelen solicitar procedimientos médicos o cirugía plástica para corregir sus defectos imaginarios, pero frecuentemente quedan insatisfechos con los resultados. Tales procedimientos están usualmente contraindicados en estos pacientes, al igual que en aquellos con otros trastornos somatomorfos. Los pacientes pueden también buscar una opinión tranquilizadora (la cual ayuda poco), tratan de ocultar sus deformidades percibidas por medio de la ropa, el cabello o el maquillaje; evitan situaciones sociales, frecuentemente se ven en espejos para asegurarse de que su defecto imaginario no es visible, e incluso se encierran en su casa. Se han dado incluso casos de intento de suicidio y de su consumación. Los criterios para diagnosticar TDC según el DSM-IV-TR son:<sup>11</sup>

1. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
2. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

En el caso de la paciente que aquí presentamos hubo dificultades diagnósticas porque, aunque la preocupación que refería en relación a sus lesiones dermatológicas sí era exagerada, varias de ellas eran muy evidentes. Esto también dependía del momento en el que se exploraran, ya que se agravaban en relación con periodos de estrés. Además, aunque la paciente solía cubrir sus lesiones con ropa, maquillaje o cabello, en alguna ocasión, cuando recibió la indicación por parte del servicio de Dermatología de no usar maquillaje, siguió la instrucción, sin que eso impidiera que siguiera haciendo sus actividades normales. Cabe la posibilidad de que su preocupación se explicara mejor por una inconformidad con su imagen corporal, lo cual se presenta como parte de una personalidad con rasgos límites o dentro de un trastorno de la conducta alimentaria.

En cuanto a los hallazgos histopatológicos en la dermatitis facticia, podemos afirmar que son inespecíficos y tan variables como las lesiones, pudiendo encontrarse ulceración, necrosis, hiperqueratosis, e incluso reacción a cuerpo extraño.<sup>13</sup> Por lo tanto, el diagnóstico diferencial debe realizarse según el tipo de lesión que se encuentre.

Asimismo, debemos diferenciar las lesiones de las exco-riaciones neuróticas, que son resultado de un trastorno compulsivo consciente,<sup>14</sup> en el que el paciente reconoce su participación en el origen de las lesiones. Mutasim y colaboradores realizaron un estudio en 2009. En él com-para-ron el perfil psiquiátrico de los pacientes con exco-riaciones psicógenas con el de un grupo control. Ellos encontraron que entre ambos grupos hubo diferencias es-tadísticamente significativas en relación a la comorbilidad psiquiátrica, uso de medicamentos psicotrópicos, historia de depresión, e historia de trastorno bipolar. Además, no se encontró relación entre la presencia de exco-riaciones psicógenas y la historia personal de otras alteraciones psi-quiátricas, o historia familiar de comorbilidad psiquiátrica, excepto el alcoholismo.<sup>15</sup>

El tratamiento constituye, en muchas ocasiones, un verdadero reto: debe ser interdisciplinario, y es de suma importancia que participen de manera conjunta tanto el dermatólogo, como el psiquiatra.<sup>16</sup> En cuanto al aborda-je por parte del dermatólogo, es importante prevenir la infección secundaria de las lesiones, así como tratar de evitar mayor daño, para lo cual se pueden aplicar apósitos transparentes o incluso bota de Unna,<sup>17</sup> lo cual también puede ser utilizado como una prueba terapéutica. Es decir, la dermatosis mejorará al tener la oclusión, porque el paciente ya no podrá seguir manipulando la piel. Es im-portante recalcar que la confrontación al paciente no de-berá hacerse de manera inicial, sino hasta haber estableci-do una buena relación médico-paciente,<sup>18</sup> porque, aunque es necesario hacerle ver el papel tan importante que juega él mismo en el origen de su enfermedad, hacerlo de ma-nera precipitada puede llevarlo a tener sentimientos de enojo, culpa, estrés y, finalmente, a la búsqueda de una segunda opinión.<sup>19</sup> En cuanto al tratamiento psiquiátrico, incluye psicoterapia, así como antidepresivos, principal-mente inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) y, en caso de ser necesarios, ansiolíticos, antipsicó-ticos y sedantes. Estos últimos solo por periodos cortos.

De acuerdo con el Manual de la Asociación Ameri-cana de Psiquiatría (DSM-IV), nuestra paciente presentó dermatitis artefacto, un trastorno de la conducta alimen-taria, y trastorno dismórfico corporal, que se incluyen en los trastornos psíquicos con repercusión dermatológica.<sup>20</sup>

## REFERENCIAS

- Gattu S, Rashid RM, Khachemoune A. "Self-induced skin lesions: a re-view of dermatitis artefacta". *Cutis* 2009 Nov; 84(5): 247-251.
- Tamakuwala B, Shah P, Dave K, Mehta R. "Dermatitis artefacta". *Indian J Psychiatry* 2005; 47: 233-234.
- Rivers JK. "Happy face stamps: an unusual form of dermatitis arte-facta". *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 662.
- Stutts J, Hickson G. "Factitious disorders in children and adolescents". *Ambulatory Child Health* (1999) 5: 313-321.
- Ehsani AH, Toosi S, Mirshams Shahshahani M, Arbabi M, Noormoham-madpour P. "Psycho-cutaneous disorders: an epidemiologic study". *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009 Aug; 23(8): 945-947.
- YM Koo J, Ting P, Szepletowski J. "Dermatitis artefacta". *Medscape* 2009 July.
- Koblentz CS. "Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment". *Am J Clin Dermatol* 2000 Jan-Feb; 1(1): 47-55.
- Saez-de-Ocariz M, Orozco-Covarrubias L, Mora-Magana I, et al. "Der-matitis artefacta in pediatric patients: experience at the national insti-tute of pediatrics". *Pediatr Dermatol* 2004 May-Jun; 21(3): 205-211.
- Nielsen K, Jeppesen M, Simmelsgaard L, Rasmussen M, Thestrup-Pedersen K. "Self-inflicted skin diseases. A retrospective analysis of 57 patients with dermatitis artefacta seen in a dermatology department". *Acta Derm Venereol* 2005; 85(6): 512-515.
- Distel M, Rebollo-Mesa I, Willemsen G, Derom C, Trull T. "Familial Re-semblance of Borderline Personality Disorder Features: Genetics of Cultural Transmission?" *PLoS ONE* 2009; 4(4).
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ª ed, revisada (DSM-IV-TR) Barcelona, Elsevier Masson, 2002.
- Strumia R. "Dermatologic signs in patients with eating disorders". *Am J Clin Dermatol* 2005; 6(3): 165-173.
- Choudhary SV, Khairkar P, Singh A, Gupta S. "Dermatitis artefacta: Keloids and foreign body granuloma due to overvalued ideation of acupuncture". *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009; 75: 606-608.
- Cyr PR, Dreher GK. "Neurotic excoriations". *Am Fam Physician* 2001 Dec 15; 64(12): 1981-1984.
- Mutasim DF, Adams BB. The psychiatric profile of patients with psy-chogenic excoriation. *J Am Acad Dermatol* 2009 Oct; 61(4): 611-613.
- Fritzsche K, Ott J, Zschocke I, Scheib P, Burger T, Augustin M. "Psy-chosomatic liaison service in dermatology. Need for psychotherapeutic interventions and their realization". *Dermatology* 2001; 203(1): 27-31.
- Paley K, Prevost N, English JC 3rd. "Unna sleeve for neurotic excoria-tions". *Cutis* 2010 Mar; 85(3): 149-152.
- Nielsen K, Jeppesen M, Simmelsgaard L, Rasmussen M, Thestrup-Pedersen K. "Self-inflicted Skin Diseases. A retrospective analysis of 57 patients with dermatitis artefacta seen in a dermatology department". *Acta Derm Venereol* 2005 February; 85: 512-515.
- Soo JK, Marsden RA. "A hand in the diagnosis of persistent facial ulcer-ation". *Clin Exp Dermatol* 2005 Nov; 30(6): 729-730.
- Rodríguez-Cerdeira C. "Clasificación de los trastornos psicodermatólo-gicos". En: Rodríguez-Cerdeira C. *Fundamentos básicos de psicodermatólo-gía*. La Coruña, TresCtres: 113-146.