

DERMATOLOGIA

VITILIGO

Mónica Antillón Morales*

SUMMARY

Vitiligo is an autoimmune disorder characterized by the manifestation of hypopigmented patches in skin, having on it different sizes and different locations where it can be found. The prevalence is about 1%, no predilection for sex, and it is presented during the second or third decade of life. It is associated to another autoimmune disorders such as hypothyroidism or diabetes type 1. Segmental distribution in the face is the most frequent manifestation, before the age of 30. There are many treatment modalities being the medical the most used in our context.

INTRODUCCION

Es una despigmentación adquirida de la piel, que clínicamente se caracteriza por hipomelanosis circunscrita de la piel y pelo¹. Histopatológicamente se evidencia ausencia de melanocitos, secundaria a su destrucción mediada por linfocitos T CD8.² Se afecta tanto a mujeres como a hombres, de cualquier raza y color de piel, siendo en la tez oscura más evidente la lesión⁵. Se puede presentar a cualquier edad⁵, pero la edad promedio es a los 30 años.⁸ Existen varias teorías que tienden a explicar la etiología del vitiligo, siendo

la teoría autoinmune la más popular.¹⁰ Se involucran factores autocitotóxicos, neurogénicos y autoinmunes, esto se explica con la detección en plasma de anticuerpos antimelanocitos y antiroideos⁶, anticuerpos contra células parietales y células adrenales, existe a su vez relación estrecha con el sistema mayor de histocompatibilidad HLA DR4.⁸ Se asocia a otras enfermedades autoinmunes como el hipotiroidismo (enfermedad de Hashimoto), DM tipo I, anemia perniciosa, enfermedad de Addison, esclerodermia, alopecia areata, pénfigo vulgar.

* Médico General Asistente Jefatura Médica Consulta Externa Hospital San Juan de Dios.

DIAGNOSTICO

Es meramente clínico, basado en la observación de las lesiones, las cuales se caracterizan por ser manchas acrómicas de bordes bien definidos⁶. De variable tamaño con una distribución y extensión del tipo localizada, segmentaria y/o generalizada. Con predilección de orificios corporales como los ojos, la nariz, los pezones, el ombligo y genitales³; en sitios de trauma, como el codo se tiende a desarrollar vitíligo denominado “fenómeno de koebner”. La distribución Localizada: puede ser focal, con 1 o varias máculas en un área, sin distribución específica. Y la segmentaria, con 1 o más máculas de un segmento unilateral del cuerpo, siguiendo la distribución de un dermatoma⁹, la cara es la localización más frecuente⁹. Ésta es de aparición temprana (antes de los 30 años)¹, es de rápida progresión y persiste a lo largo del tiempo³. No presenta relación con enfermedades autoinmunes⁹. En niños este tipo de presentación es la que tiene la mayor incidencia³, presenta buena respuesta al tratamiento, pero mala respuesta a la cirugía⁷.

TRATAMIENTO

Entre los más frecuentes se encuentra, los esteroides tópicos, para cualquier tipo de vitíligo. Los más usados son el valerato

de betametasona al 0.1%, el propionato de clobetasol 0.05%. En cara y axila se recomienda utilizar esteroides de baja potencia. En el 50% de los pacientes se evidencia la repigmentación del área tratada, en un período aproximado de 3 meses. Si no se logra obtener el resultado deseado, se recomienda discontinuar tratamiento y reiniciarlo 6 meses después, si a pesar de esto no se logra repigmentación, se recomienda cambiar de esteroide. Se debe vigilar por atrofia y estrías en el área tratada.¹⁰ Otro tipo de tratamiento tópico utilizado es el Tacrolimus, un macrólido que inhibe la activación y maduración de linfocitos T, bloqueando la transcripción de genes de diferentes citoquinas proinflamatorias. Su eficacia es similar a los corticoesteroides tópicos pero sin sus efectos secundarios a nivel local.¹⁰ Produce una repigmentación completa y homogénea en los casos de vitíligo con distribución en cara y cuello. Su respuesta es más rápida al ser combinada con la exposición solar, sin producción de lesiones por fototoxicidad o fotoalergia. Es una opción rápida, segura y eficaz, sin embargo hace falta más estudios para demostrar su eficacia.¹⁰ Por otro lado los esteroides sistémicos, se recomiendan en aquellos pacientes no candidatos al

tratamiento tópico, ya sean niños o adultos. La repigmentación se logra en un 70% de los casos, los efectos adversos son mínimos pero incluyen el edema facial, aumento de peso y acné. Entre sus efectos benéficos está la citotoxicidad mediada por anticuerpos contra melanocitos, es útil en pacientes con enfermedad activa. El más utilizado es la Prednisona a una dosis de 0.3 mg /kg.¹⁰ La fototerapia, es considerada una terapia efectiva y útil como terapia inicial de la enfermedad. Sus efectos adversos reportados incluyen la fototoxicidad y la carcinogénesis.² Existen dos tipos la UVB y la PUVA terapia. Siendo la primera considerada la más efectiva, por poseer un efecto inmunomodulador, antiinflamatorio, apoptótico en las células, induciendo la repigmentación en la epidermis. Entre los principales efectos secundarios se tiene eritema, prurito, xerosis, y mayor carcinogénesis que la puva.² Por otro lado la Puva terapia es efectiva produce una repigmentación del 50% al 75%, ya que logra alcanzar los componentes más profundos de la piel. Entre sus efectos deseables se tiene la apoptosis, infiltración de leucocitos, supresión de citoquinas proinflamatorias, TNFalfa, IL12, con disminución de los niveles de IFN-gama.² Utilizada para el tratamiento

de enfermedades inflamatorias de la piel como la dermatitis atópica.³ Ambas PUVA y UVB producen aumento en la cantidad y la actividad de melanocitos, llevando a un aumento de la densidad de la melanina.² El tratamiento quirúrgico se utiliza en pequeñas áreas de piel afectada, de aquellos pacientes que no responden al tratamiento médico, con enfermedad estable, que poseen vellos blancos, y con pocas posibilidades de repigmentación.¹⁰ El cultivo autólogo de melanocitos y queratinocitos en un procedimiento de alto costo con buen resultado en niños. Mayor beneficio al combinarlo con corticoesteroides, y fototerapia, ya que se acelera la repigmentación del área afectada.⁴ La micropigmentación o tatuaje, comprende la inyección de pequeños gránulos pigmentados en la dermis superficial. Estos gránulos son derivados de químicos inertes no tóxicos e insolubles que se insertan de forma permanente en la dermis. El componente más utilizado es el óxido de hierro. Entre las ventajas que tiene es su buena tolerancia con mínimos efectos a nivel local tales como infección, sangrado, edema, y/o costras. Es rápido, simple, seguro, con resultados favorables a largo plazo en la mayoría de los pacientes. Es utilizado en los

casos de vitiligo estable (que no ha tenido progresión) especialmente en personas de raza oscura, útil en áreas como labios, pliegues, pezones, areola.⁵

RESUMEN

El Vitiligo es un trastorno autoinmune con manifestación en la piel de máculas hipocrómicas de diverso tamaño y localización, con una prevalencia del 1%, y sin predilección por sexo, la edad de presentación más frecuente es entre la segunda y tercer década de la vida, está asociado a otras enfermedades autoinmunes como el hipotiroidismo y la Diabetes tipo 1. La manifestación más frecuente es la de tipo segmentario, antes de los 30 años de edad con localización en cara. Existen diversas modalidades de tratamiento siendo el médico el más utilizado en nuestro medio.

BIBLIOGRAFIA

1. Amrinder J. Kanwar, Rahul Mahajan, and Davinder Parsad. Effect of Age at Onset on Disease Characteristics in Vitiligo. Canadian Dermatology Association I Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, Vol 17, No 4 (July/August), 2013: pp 253-258
2. Bakr Mohamed El-Zawahry1, Dalia Ahmed Bassiouny1, Rehab Mohamed Sobhi1, Eman Abdel-Aziz4, Naglaa Sameh Zaki1, Dawoud Fakhry Habib2 & Dalia Mamdouh Shahin. A comparative

study on efficacy of UVA1 vs. narrow-band UVB phototherapy in the treatment of vitiligo. Artículo Original. Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine 2012, 28, 84–90. 2012 JohnWiley & Sons A/S.

3. Bellet Jane S, Prose Neil S. Vitiligo em crianças: uma revisão de classificação, hipóteses sobre patogênese e tratamento. An Bras Dermatol. 2005;80(6):633-7.
4. B.-J. Shi,* M. Xue, Y. Liu, Y. Jiang, Q.-C. Diao. Successful treatment of vitiligo on the axilla in a 5-year-old child by cultured-melanocyte transplantation. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology a 2011 European Academy of Dermatology and Venereology. JEADV 2012, 26, 657–662. Año 2011.
5. NISHIT S. PATEL, MD, KAPILA V. PAGHDAL, PHARMD, MD, AND GEORGE F. COHEN, MD. Advanced Treatment Modalities for Vitiligo. American Society for Dermatologic Surgery, Inc. artículo de revisión. ISSN: 1076-0512 _ Dermatol Surg 2012;38:381–391 _ DOI: 10.1111/j.1524-4725.2011.02234.x.
6. Pérez C Lilian. Lesiones hipopigmentadas de la piel en la infancia. Rev. chil. pediatr. v.76 n.1 Santiago jan. 2005
7. Ramam M., Gaurang Krishna S. Measuring the severity of vitiligo. Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology | January-February 2012 | Vol 78 | Issue 1
8. Sawicki Jakub et al. Vitiligo and Associated Autoimmune Disease: Retrospective Review of 300

- Patients. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, Vol 16, No 4 (July/August), 2012: pp 261–266
9. Steiner, Denise et al. Vitiligo. *An bras Dermatol*, Rio de Janeiro, 79(3):335-351, maio/jun. 2004.
10. Trujillo Correa María Cristina, Gómez Vargas Luz Marina. Vitiligo. *Rev Asoc Col Dermatol Volumen 17, Número 2, junio de 2009, pág. 76, 86. www.revistasocolderma.com. 2008 Los Autores.*