

Secretaría de Salud de Tlaxcala
Dirección de Servicios de Salud
Jefatura de Epidemiología

Volumen 1, nº 22

2016



Boletín Epidemiológico
Vitíligo,
Tlaxcala

El vitíligo es una enfermedad de la piel de carácter autoinmune, en la que los melanocitos (las células responsables de la pigmentación de la piel) son destruidos por el sistema inmunológico, dejando así de producir melanina y por tanto, dando lugar a zonas de la piel con pérdida de pigmento.



ETIOLOGIA.

Tiene una prevalencia del 1-2% a nivel mundial; en México ocupa del 3º y 5º lugar entre las dermatopatías, sin embargo, el impacto psicosocial es importante en muchos de los casos. Se presenta a cualquier edad, principalmente entre los 20 y 40 años, aunque puede verse incluso en niños de 3-4 años; tiene un ligero predominio en el sexo femenino. Es poligénico, el patrón de herencia no ha sido bien establecido, sin embargo, existe una elevada incidencia en parientes de primer grado de pacientes que padecen vitíligo. De manera ocasional se relaciona con padecimientos internos subyacentes, donde destacan factores hormonales y autoinmunitarios, tales como tiroideos (hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de graves y tiroiditis), que se pueden presentar hasta en el 14% de los pacientes con vitíligo; la evolución de ambos padecimientos es independiente. Otros padecimientos relacionados son: disfunción poliglandular, diabetes mellitus, anemia perniciosa. Se desconoce la etiología del vitíligo pero se tienen diversas hipótesis tales como la neural, la citotóxica, la inmunitaria, la psicosomática y la bioquímica.

CLINICA.

Se caracteriza por manchas acrómicas o hipocrómicas bien delimitadas, que se pueden presentar en cualquier parte del cuerpo, pero es más común en cara (párpados, peribucal), dorso de manos, muñecas, axilas, ombligo, pezones, cintura, región sacra e inguinal; puede ser simétrico, aunque ésta no es una característica. Pueden aparecer nuevas lesiones en sitios de presión o secundarias a un traumatismo (fenómeno de Koebner), éste último se considera como signo de progresión. Las manchas varían en número y tamaño, la superficie es lisa. Otras manifestaciones clínicas son: nevo en halo o vitíligo perinévico (nevo pigmentado rodeado por una mancha acrómica), alopecia areata y leucotriquia; esta última indica un mal pronóstico para la repigmentación.

Su evolución generalmente es lenta, insidiosa, crónica y son asintomáticas. Se clasifica en:

1) Localizado:

a) Focal: afecta un área sin distribución segmentaria.

b) Segmentario: es unilateral, con distribución sobre un dermatomo sin sobrepasar la línea media. Representa el 5-27% de los casos, tiene menor tendencia a extenderse (la actividad cesa después de 11-25 meses, no presenta fenómeno de Koebner y no se relaciona con antecedentes familiares. Predomina en el área del trigémino y en el 50% de los casos se acompaña de leucotriquia.

c) Mucoso: afecta labios y genitales, tiene la característica de responder poco al tratamiento debido a la falta de folículos pilosos.

2) Generalizado

a) Acrofacial: aparece en extremidades y en región centrofacial, predomina en punta de dedos y labios.

b) Vulgar: afecta varias partes del cuerpo.

c) Mixto: es la combinación de variedades, tales como acrofacial y vulgar; segmentaria y acrofacial, etc.

3) Universal: es la despigmentación completa o casi completa, con escasas áreas de pigmento.

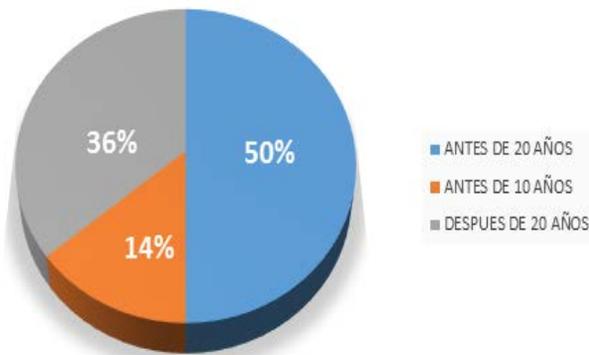
DIAGNOSTICO.

El diagnóstico es sencillo y básicamente clínico. En casos dudosos, se puede emplear la lámpara de Wood, que acentúa la diferencia entre la piel normal y la piel con vitíligo. La necesidad de la biopsia es ocasional en la cual se observa ausencia de melanocitos o melanocitos modificados con núcleos dentados. Se debe realizar diagnóstico diferencial con hipomelanosis guttata idiopática, albinismo, piebaldismo, nevo acrómico, nevo anémico, pitiriasis alba, pitiriasis versicolor, hipopigmentación postinflamatoria, leucodermia química, lepra, mal del pinto y esclerosis tuberosa.

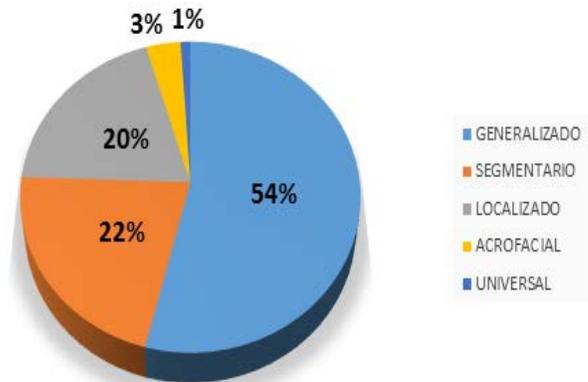
EPIDEMIOLOGIA.

Se calcula que afecta a un 1% de la población mundial. No existen diferencias entre hombres y mujeres pero se ha demostrado que es más frecuente en individuos de piel más oscura.

EDAD DE INICIO DEL VITILIGO



TIPO DE VITILIGO POR FRECUENCIA



ENFERMEDADES ASOCIADAS.

Siempre que un paciente presenta un vitiligo deben estudiarse otras enfermedades autoinmunes que podrían estar asociadas, sobretodo alteraciones del tiroides, anemia perniciosa, enfermedad de Addison, diabetes, miastenia gravis y alopecia areata.

TRATAMIENTO

Hasta la fecha no se cuenta con un tratamiento efectivo para todos los casos. La elección del mismo depende de la edad del paciente, la extensión y la actividad de la enfermedad. La respuesta al tratamiento es pobre en lugares con pocos o ningún folículo piloso, tal es el caso de labios, genitales, manos y pies.

1) Psoralenos. Son furocumarinas que incrementan el eritmea de la piel en respuesta a la radiación ultravioleta. Se emplean en soluciones alcohólicas aplicada sobre las lesiones acrónicas o se administran vía oral con posterior exposición solar. Se debe ser cuidadoso por el riesgo de quemadura y los efectos sistémicos de los psoralenos orales.

2) Inmunomoduladores:

a) Corticoesteroides tópicos o intralesionales: los corticoides de baja, mediana, alta o muy alta potencia pueden ser tratamientos de primera línea para casos con lesiones tempranas y localizadas (<20% de la piel afectada). Su aplicación es una o dos veces al día por no más de cuatro meses, sino hay respuesta al tratamiento a los 3 meses debe de suspenderse. Se debe tener cuidado con los efectos colaterales tales como atrofia, estrías, telangiectasias, eritema, hipertrichosis, rosácea y glaucoma que pueden causar. En niños y en áreas intertriginosas deben emplearse esteroides de baja potencia. Algunos autores no lo recomiendan en el vitiligo segmentario. En vitiligo generalizado se han obtenido buenos resultados pero no se recomienda como de primera elección.

b) Corticoesteroides sistémicos: se utilizan para detener la rápida expansión de las manchas e inducir la repigmentación en vitíligo no segmentario, con minipulsos 5 mg de betametasona en dos días consecutivos cada semana. Se reporta que en 89% de los casos se detuvo la evolución y 80% repigmentaron. Sin embargo, deben emplearse con cuidado y el riesgo de que las lesiones regresen al suspender el tratamiento es alto.

c) Inhibidores de la calcineurina: recientemente se ha empleado tacrolimus y pimecrolimus con aplicación diaria, con buenos resultados sobre todo en niños. Debido a que no producen atrofia pueden emplearse por más tiempo.

3) Fototerapia: se emplean diferentes modalidades de tratamiento:

a) PUVA (fotoquimioterapia): es útil para detener la extensión del vitíligo segmentario.

b) UVB banda amplia c) UVB banda angosta (311 nm). Ha sido útil para vitíligo localizado o segmentario.

c) UVB banda angosta (311 nm). Ha sido útil para vitíligo localizado o segmentario

d) Láser excimer

4) Injertos de melanocitos y trasplantes epidérmicos: son opciones de tratamiento quirúrgico en donde se injertan melanocitos de piel normal del mismo individuo a las zonas afectadas.

5) Micropigmentación: consisten en inyectar pigmento en áreas de vitíligo recalcitrantes y localizadas como areola, labio, etc.

6) Despigmentación: es para pacientes con una enfermedad extendida (>70% de piel afectada) con pocas áreas de piel normal, se debe considerar el tratamiento con hidroquinona al 20% aplicada 2 veces al día por 9-12 meses. Los riesgos son: despigmentación en otras áreas y dermatitis por contacto.

SALUD DE TLAXCALA

CALLE IGNACIO PICAZO NORTE No. 25
COL. CENTRO
SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAXCALA
C.P. 90800

JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA

TELEFONOS:
246 46 2 10 60
Ext: 8072 y 80 76
Directo: 246 46 2 53 23