

## INDEX

# Vitíligo

## Preguntas y respuestas

### **Vitíligo. Preguntas y respuestas. Parte 1 por el Prof. Torello Lotti, MD**

Pregunta 1. ¿Qué es el vitíligo?	3
Pregunta 2. ¿Es el vitíligo una enfermedad común?	4
Pregunta 3. ¿Qué causa el vitíligo?	4
Pregunta 4. Tengo vitíligo: ¿mis hijos también tendrán vitíligo?	5
Pregunta 5. ¿Es cierto que mi calidad de vida se verá afectada por el vitíligo?	5
Pregunta 6. ¿Cómo puedo estar seguro de que estoy realmente afectado por el vitíligo?	6
Pregunta 7. Tengo vitíligo: ¿qué análisis de sangre u otros exámenes son necesarios?	7
Pregunta 8. ¿Es cierto que el vitíligo puede ser parte de una de las disfunciones multisistémicas más complejas del cuerpo humano?	8
Pregunta 9. ¿Hay una lista completa de manchas blancas en la piel que no estén asociadas con el vitíligo?	8
Pregunta 10. Parches blanquecinos y despigmentados en la piel: ¿cómo puedo saber qué son?	9
Pregunta 11. ¿Cómo puedo tratar el vitíligo?	10
Pregunta 12. ¿Es posible detener la progresión del vitíligo?	12
Pregunta 13. Despigmentación: ¿cuándo y cómo?	12
Pregunta 14. ¿Cuáles son los factores individuales asociados con la propensión al vitíligo?	13
Pregunta 15. Terapia quirúrgica para el vitíligo: ¿cuándo y cómo?	13
Pregunta 16. Tatuaje para parches de vitíligo: ¿cuándo y cómo?	14
Pregunta 17. ¿Debo tomar antioxidantes tópicos u orales para el vitíligo?	15
Pregunta 18. ¿Qué significa "tratar el vitíligo con catalasa"?	15

Pregunta 19. ¿Cuáles son los principales efectos secundarios de los tratamientos del vitíligo?	16
Pregunta 20. Camuflaje: ¿cuándo y cómo?	17
Pregunta 21. Psicoterapia: ¿cuándo y cómo?	17
Futuras tendencias. Nuevos conceptos en el tratamiento del vitíligo	19
Fuentes y lecturas complementarias	20

### **Vitíligo Preguntas y respuestas. Parte 2 por el Prof. Antonio Salafia, MD**

Introducción	21
Capítulo 1 Introducción. Color de piel	21
Capítulo 2. La primera pregunta que viene a la mente: ¿A quién le da vitíligo?	22
Capítulo 3. Prevalencia general	22.
Capítulo 4. Edad de inicio de la enfermedad	23.
Capítulo 5. Incidencia familiar	23
Capítulo 6. Factores precipitantes	24
Capítulo 7. Tratamiento y manejo. Introducción	26
Capítulo 8. Tratamiento y manejo	26
Observaciones finales	28
Acerca del Prof. Torello Lotti, MD	29
Sobre el Prof. Antonio Salafia, MD	30

# Vitíligo Preguntas y respuestas.

## Parte 1 por el Prof. Torello Lotti, MD

### Pregunta 1. ¿Qué es el vitíligo?

#### Puntos clave

- *El vitíligo es un trastorno pigmentario que resulta en máculas blancas típicamente asintomáticas que pueden aparecer en cualquier momento durante la vida humana y pueden ser psicológicamente devastadoras.*
- *Ocurre en todos los tipos de piel y en todas las edades y con frecuencias iguales entre hombres y mujeres.*
- *El vitíligo se considera una enfermedad autoinmune con predisposición genética subyacente en la mayoría de los casos.*
- *El vitíligo no es causado por una atención médica deficiente.*
- *El comportamiento personal o el estado mental pueden jugar un papel importante en el manejo de la enfermedad.*
- *El vitíligo nunca es una enfermedad contagiosa, pero los agentes infecciosos pueden desempeñar un papel indirecto en algunos casos.*
- *El vitíligo no está relacionado con dietas incorrectas, pero una dieta correcta puede ayudar.*
- *El vitíligo no parece estar directamente relacionado con la contaminación, pero el medio ambiente juega un papel importante en el desarrollo del vitíligo.*
- *El vitíligo no es claramente transmitido genéticamente.*
- *La progresión de la enfermedad se puede detener en aproximadamente el 90% de los casos, si se solicita.*
- *Todavía no se conoce una cura para cada caso, pero las terapias médicas y / o quirúrgicas adecuadas pueden tratar satisfactoriamente a más del 75% de los sujetos afectados.*
- *¡Sé optimista! No es cierto que no haya nada que hacer para el vitíligo. De hecho, todo lo contrario es cierto y se están realizando investigaciones en todo el mundo para encontrar la cura para el vitíligo.*

## Respuesta

El vitíligo es una pérdida repentina adquirida del color de la piel heredado. A pesar de su largo reconocimiento, la causa de este trastorno es aún desconocida. La pérdida de color de la piel produce manchas blancas de varios tamaños, que se pueden localizar en cualquier parte del cuerpo. La enfermedad afecta a personas de todas las razas, hombres y mujeres, y todos los grupos de edad. Puede aparecer a cualquier edad; los casos se han notificado tan pronto como 6 semanas después del nacimiento y después de los 80 años de edad.

El vitíligo no es una enfermedad contagiosa. Rara vez se puede tolerar el vitíligo, ya que es más a menudo una enfermedad psicológicamente devastadora, especialmente en individuos de piel más oscura, en los que se nota con mayor facilidad. La causa real del vitíligo está en debate y se ha atribuido a causas autoinmunes, estrés oxidativo y / o trastornos neurogénicos. Estos términos se explicarán más adelante.

En otros términos, el vitíligo es un trastorno de la piel y / o la mucosa caracterizado por manchas blancas, a menudo, pero no siempre, simétricas, que generalmente aumentan de tamaño con el tiempo, lo que corresponde a una pérdida sustancial de melanocitos funcionales epidérmicos del folículo del cabello y, a veces, del folículo piloso. Puede ocurrir en una distribución unilateral o puede ser generalizado.

Las lesiones de vitíligo raramente pueden picar y tienen una alta propensión a las quemaduras solares. El vitíligo es un trastorno crónico persistente y a menudo progresivo; La repigmentación espontánea es infrecuente y generalmente ocurre alrededor de los pelos en un patrón perifolicular. Muchos pacientes están mal educados sobre su enfermedad. En un estudio, el 51.3% de los pacientes creían que su vitíligo era causado por una atención médica deficiente, el 30% pensaba que el comportamiento personal desempeñaba un papel importante, el 25% -dieta incorrecta, 21.3%- estado de ánimo alterado y el 20% culpaba solo a la contaminación o alteraciones ambientales. La comunidad científica considera que todas las creencias mencionadas anteriormente son "per se" infundadas y engañosas, incluso si todas ellas pueden aportar algunas indicaciones verdaderas para comprender la enfermedad y encontrar la cura.

El vitíligo es una enfermedad que actualmente no se puede curar, pero aún se puede tratar con éxito con muchos enfoques diferentes. Su progresión se puede detener en casi el 90% de los casos con la terapia adecuada, con mayor frecuencia mediante la combinación de diferentes tratamientos. Más del 75% de los sujetos afectados por el vitíligo responden satisfactoriamente a tratamientos activos (médicos o quirúrgicos).

Por lo tanto, no es cierto que no haya nada que hacer para el vitíligo. De hecho, todo lo contrario es cierto.

## Pregunta 2. ¿Es el vitíligo una enfermedad común?

### Puntos clave

- *Cerca de 100 millones de personas en todo el mundo están afectadas por el vitíligo.*
- *El vitíligo no es común en algunos países y es muy común en otros países: en China se afecta el 0.09% de la población, mientras que en Gujarat (India) el 8.8% tiene vitíligo.*
- *En las mujeres, el vitíligo comienza principalmente en la primera década de la vida.*
- *En varones, la prevalencia máxima se produce en la quinta década de la vida.*

- *Actualmente, no se dan explicaciones convincentes a esta amplia variación de prevalencia en diferentes países.*

### **Responder**

Se cree que la prevalencia de vitíligo está entre el 0,5% y el 2% de la población mundial en promedio, pero los números locales pueden variar mucho. Grandes estudios en China, India y Dinamarca han encontrado que la prevalencia es de 0.093%, 0.005% y 0.38%, respectivamente. Se considera que Gujarat, India tiene la mayor prevalencia en el mundo con el 8.8% de las personas locales afectadas por el vitíligo. Los hombres y las mujeres se ven igualmente afectados, pero las mujeres tienen más probabilidad de buscar tratamiento. En la mayoría de los estudios, el 20% de los sujetos con

vitíligo informan sobre un padecimiento de vitíligo en un familiar de primer grado.

La edad media de inicio es más temprana en aquellos pacientes con antecedentes familiares positivos, que oscilan entre el 7,7% y más del 50%. El vitíligo es significativamente más frecuente en las mujeres jóvenes ( $\leq 30$  años de edad) que en los hombres jóvenes. El pico en las mujeres ocurre en la primera década de la vida. La prevalencia máxima masculina se encuentra en la quinta década de la vida. El vitíligo se diagnostica con mayor frecuencia en primavera y verano (64,4%).

## **Pregunta 3. ¿Qué causa el vitíligo?**

### **Puntos clave**

- *La causa del vitíligo es desconocida.*
- *Existen diferentes tipos de vitíligo.*
- *Los diferentes tipos pueden tener diferentes orígenes y causas.*
- *Las formas más generalizadas de vitíligo parecen estar relacionadas con el trastorno del sistema inmunológico con la producción de anticuerpos contra los melanocitos. Los eventos estresantes de la vida, las infecciones y la acumulación de compuestos tóxicos en el cuerpo están bajo investigación.*
- *Las formas limitadas de vitíligo parecen estar relacionadas con la alteración de los nervios de la piel.*
- *La hipótesis autoinmune es la mejor teoría documentada: parece que el sistema inmunológico reacciona contra las células que producen el pigmento de melanina.*
- *Las teorías del estrés neuro-humoral, citotóxico y oxidativo tienen evidencia moderada (todos los términos médicos se explicarán en las páginas siguientes).*
- *Las nuevas teorías se centran en la melanocitoragia, es decir, los melanocitos son despedidos por la piel, y en la disminución de la supervivencia de los melanocitos en la piel.*

### **Respuesta**

No está claro lo que causa el daño a los melanocitos y su posterior inactivación total y / o desaparición en la piel de vitíligo. Hay varias teorías; Las más destacadas son la autoinmune, la neuro-humoral, la relacionada al desprendimiento anormal

de melanocitos de las capas epidérmicas y la autocitotóxica. Ninguna se excluye mutuamente, y es probable que cada una de ellas contribuya parcialmente al desarrollo de la enfermedad.

El pensamiento actual es que el vitiligo representa un grupo de trastornos diferentes con un resultado similar: la aparición de manchas blancas en la piel. La teoría de la convergencia afirma que el estrés, la acumulación de compuestos tóxicos, las infecciones, la autoinmunidad, la predisposición genética, el entorno celular alterado y el deterioro de la migración de los melanocitos pueden todos contribuir al proceso de iniciación

del vitiligo. Es probable que los mecanismos autoinmunes subyacen al vitiligo generalizado, mientras que un fenómeno más localizado (es decir, las actividades alteradas de los nervios sensibles en la piel) puede ser responsable del vitiligo segmentario o focal. Un sitio de trauma físico de la piel puede desarrollar vitiligo; en tal caso se llama "fenómeno de Koebner".

## Pregunta 4. Tengo vitiligo: ¿mis hijos también tendrán vitiligo?

### Puntos clave

- *¡Sé optimista! Si tiene vitiligo, lo más probable es que sus hijos no tengan vitiligo.*
- *El componente genético en el vitiligo es débil y bastante inconsistente.*
- *Si tengo vitiligo, es posible que todos mis parientes tengan mayor probabilidad de desarrollar vitiligo.*
- *Los gemelos idénticos tienen solo un 23% de concordancia de desarrollar vitiligo: esto significa que el componente genético puro de la enfermedad no es realmente dominante.*
- *La mayoría de los casos de vitiligo son esporádicos, por lo que no es necesario que los hijos de padres con vitiligo también desarrollen vitiligo.*
- *En menos del 20% de los pacientes con vitiligo, sus familiares cercanos pueden verse afectados.*

### Respuesta

Aunque la mayoría de los casos de vitiligo son esporádicos, la agrupación familiar no es infrecuente, y hasta el 20% de los pacientes reportan familiares afectados. En los blancos, la frecuencia de vitiligo entre los hermanos de los pacientes es de 6.1%, un aumento de 18 veces sobre la población estudiada. La frecuencia de vitiligo entre los familiares de primer grado en las poblaciones blanca, indo-pakistaní e hispana es de 7.1%, 6.1% y 4.8%, respectivamente, comparado con una frecuencia mundial estimada de 0.14% a 2%.

Los estudios epidemiológicos indican que el vitiligo se hereda en un patrón multifactorial. Los gemelos idénticos con ADN idéntico tienen solo un 23% de

concordancia en el desarrollo de vitiligo, lo que sugiere un componente no genético significativo en la enfermedad. La coincidencia familiar de vitiligo generalizado con otras enfermedades autoinmunes constituye una evidencia convincente de una predisposición autoinmune, una susceptibilidad genética subyacente común a una aberración inmunológica. Entre los pacientes con vitiligo, el 20% reporta enfermedad tiroidea (8 veces más que en la población general), en particular el hipotiroidismo. Del mismo modo, hay mayor frecuencia de otras enfermedades autoinmunes y trastornos autoinmunes del sistema endocrino (ver más adelante).

## Pregunta 5. ¿Es cierto que mi calidad de vida se verá afectada por el vitíligo?

### Puntos clave

- *El vitíligo puede perjudicar la calidad de vida de uno, principalmente porque es poco conocido en muchas comunidades.*
- *A menudo se confunde con la lepra o las infecciones sexuales, e incluso se ve como un signo de pecado o una especie de castigo enviado por Dios.*
- *Las mujeres generalmente se ven más afectadas psicológicamente por el trastorno de la piel que los hombres.*
- *Para los médicos, es importante evaluar la calidad de vida del paciente durante los encuentros y tomar iniciativas.*
- *El dermatólogo siempre debe informar a los pacientes con vitíligo sobre la posibilidad de tratamientos exitosos: esto cambiará el estado de ánimo del paciente de inmediato.*
- *La observación de la repigmentación sobre las manchas blancas siempre trae optimismo al paciente con vitíligo.*
- *La psicoterapia puede ser de ayuda en casos seleccionados, pero solo después de una cuidadosa consideración.*
- *Los grupos regionales de apoyo al vitíligo y el VRF están comprometidos a erradicar todas las actitudes discriminatorias contra los sujetos del vitíligo en todo el mundo.*

### Respuestas

Es cierto que a menudo el vitíligo puede ser una enfermedad psicológicamente devastadora especialmente en individuos de piel más oscura y en caso de un manejo inadecuado por parte del dermatólogo.

La evaluación de la calidad de vida siempre debe hacerse durante la primera consulta, ya que puede haber una diferencia entre la evaluación de la gravedad por el paciente y por el médico, y debe seguirse durante el tratamiento para evaluar la satisfacción del paciente. Los estudios sugieren que el vitíligo imparte una carga mental y emocional comparable a la del eccema crónico de las manos o la psoriasis, y que las mujeres tienden a sufrir más que los hombres. Los pacientes con vitíligo también experimentan dificultades sexuales y una variedad de problemas psicológicos, como trastornos de adaptación, trastornos del sueño, depresión, ansiedad y la llamada "distimia".

Las variables clínicas, como la duración, la afectación facial o torácica, el tratamiento previo no exitoso, el tipo de piel más oscura y la extensión de la enfermedad pueden predecir una calidad de vida más deficiente.

De hecho, el vitíligo puede ser, o puede convertirse, en un trastorno psicológicamente devastador. El hecho de que típicamente ocurre en áreas expuestas (cara y manos) tiene un gran impacto en la autoestima y la percepción de sí mismo. En muchas sociedades, el vitíligo es poco conocido y se cree que es un signo de lepra o infección de transmisión sexual. En estas sociedades, las mujeres con vitíligo tienen dificultades para casarse y encontrar oportunidades educativas y vocacionales de acuerdo con sus habilidades. Muchos pacientes se preocupan por el empeoramiento de la enfermedad, su vida social se ve afectada y sienten vergüenza y depresión.

La información correcta sobre el vitíligo (extendida a los sujetos no afectados, el sistema de medios y a las Autoridades) cambiará rápidamente esta actitud discriminativa escandalosa e increíble contra la alteración del color de la piel. Los

grupos de apoyo para el vitíligo y el VRF están comprometidos a luchar contra todos los sentimientos y conductas irracionales que afectan negativamente la calidad de vida de los pacientes con vitíligo en todo el mundo.

## **Pregunta 6. ¿Cómo puedo estar seguro de que estoy realmente afectado por el vitíligo?**

### **Puntos clave**

- *Parches uniformemente blancos rodeados de piel normal, no dolorosos y generalmente sin picazón: esta es la presentación más habitual del vitíligo.*
- *El vitíligo generalmente se descubre durante los meses de primavera y verano en las áreas expuestas al sol. Las manchas blancas no se pigmentarán después de la exposición al sol y tendrán una tendencia a las quemaduras solares.*
- *El dermatólogo siempre debe hacer un examen de cuerpo completo para el vitíligo.*
- *Un dispositivo (la lámpara de Wood) que emite luz ultravioleta se usa generalmente para aumentar la visibilidad de los parches blancos: esto puede ser suficiente para el diagnóstico clínico correcto.*
- *Por lo general, no se requiere una biopsia de la piel.*
- *Después del examen, se puede solicitar un análisis de sangre adecuado y luego se seleccionará el tratamiento adecuado de acuerdo con el resultado del análisis de sangre.*
- *Son posibles tipos raros de vitíligo y, por lo tanto, es recomendable una evaluación por parte de un dermatólogo experto.*

### **Respuesta**

Parches discretos, uniformemente blancos, con bordes convexos y rodeados de piel normal, no dolorosos y muy raramente con prurito: esta es la presentación habitual del vitíligo. El pelo blanco puede estar asociado o no a estos parches blancos. Cualquier tipo de trauma de la piel puede inducir manchas blancas de vitíligo en cualquier parte de la superficie de la piel: se llama Fenómeno de Koebner y es bastante común.

El diagnóstico de vitíligo generalmente se realiza clínicamente y con el uso de la lámpara de Wood, un dispositivo que emite rayos ultravioletas (a 365 nm), lo

que hace que el color de las manchas blancas sea aún más blanco.

El vitíligo generalmente se descubre durante la primavera y el verano en las áreas expuestas al sol: la piel normal broncea, mientras que la piel con vitíligo permanece blanca, con tendencia a las quemaduras solares. Cuando la presentación del vitíligo es atípica, se puede tomar una biopsia de la piel para mostrar la ausencia completa de melanocitos en el parche blanco. Se necesita un examen completo del cuerpo para detectar todas las áreas de la piel afectadas, incluida la mucosa bucal y la despigmentación genital.



## **Pregunta 7. Tengo vitíligo: ¿qué análisis de sangre u otros exámenes son necesarios?**

### **Puntos clave**

- *Después de un examen completo de la piel del cuerpo, las formas específicas de vitíligo pueden requerir un examen de sangre u otras investigaciones médicas.*
- *El vitíligo generalmente se puede dividir en tres tipos de clasificación: localizada, generalizada y universal (que involucra más del 80% de la piel): de acuerdo con esto, son necesarios diferentes análisis de sangre o exámenes específicos.*
- *Los trastornos de la tiroides y las enfermedades autoinmunes deben investigarse en formas generalizada y universal.*
- *Las investigaciones oftalmológicas y auditivas pueden ser útiles en formas generalizada y universal.*
- *El vitíligo localizado por lo general no requiere análisis de sangre o exámenes médicos adicionales.*
- *En conclusión, el vitíligo generalizado y universal per se requiere la investigación de trastornos de la tiroides y otras enfermedades autoinmunes, así como investigaciones oftalmológicas y auditivas.*

### **Respuesta**

Después del diagnóstico de vitíligo, es necesario realizar un examen completo de la piel del cuerpo para evaluar la forma específica de la enfermedad. Se deben considerar los niveles de tirotrópina (hormona estimulante de la tiroides), el título de anticuerpos antinucleares y un hemograma completo para todas las formas generalizadas de vitíligo, especialmente cuando lo indiquen signos o síntomas. Los anticuerpos antitiroidperoxidasa y / o anticuerpos antitiroglobulina también pueden ser útiles. Son obligatorios, si existen signos de enfermedad tiroidea.

La evaluación de posibles trastornos asociados es obligatoria en todas las formas generalizadas de vitíligo. En estos casos, todas las enfermedades autoinmunes deben ser examinadas, así como dermatitis atópica, psoriasis, anemia perniciosa y diabetes. Las investigaciones oftalmológicas y auditivas pueden ser útiles, porque los melanocitos están presentes tanto en el ojo como en el oído interno.

# Pregunta 8. ¿Es cierto que el vitíligo puede ser parte de una de las disfunciones multisistémicas más complejas del cuerpo humano?

## Puntos clave

- El vitíligo puede estar asociado con otros trastornos.
- El Dermatólogo, en cooperación con genetistas y expertos en campos relacionados, manejará adecuadamente todas y cada una de las afecciones asociadas / aisladas.
- Los sujetos con vitíligo también pueden verse afectados por una disfunción orgánica multisistémica.
- Los últimos se denominan "síndromes sistémicos del vitíligo".
- Por lo general, estos casos se descubren al nacer o durante la infancia.

## Respuesta

### Trastornos y síndromes posiblemente asociados con vitíligo (en orden alfabético)

Asociaciones más frecuentes	Asociaciones menos frecuentes	
Enfermedad de Addison	Acrokeratosis paraneoplástica	Linfoma
Alopecia areata. Dermatitis atópica. Enfermedad autoinmuna de tiroides. Urticaria crónica.	Síndrome de Bazex Alezzandrini	Melanoma
Diabetes mellitus. Halo nevi. Hipoacusia. Hipoparatiroidis m.	Síndrome APECED*	Síndrome MELAS
Ictiosis. Morfea Ocular.	(*Poliendocrinopatía Autoinmune Candidiasis Displasia ectodérmica). Asma.	Morfea
Anemia perniciosa. Psoriasis. Artritis reumatoide.	Ataxia-telangiectasia	Esclerosis múltiple. Miastenia gravis. Cáncer de piel no melanoma.
	Sordera	Distrofia uñal. Pemphigus vulgaris. Sarcoidosis
	Angustia DOPA-responsiva	Síndrome de Schmidt
	Disgamaglobulinemia	Lupus eritematoso sistémico. Síndrome de Turner.
	Anemia Hemolítica (autoinmune)	Distrofia de las veinte uñas
	Hepatitis C	Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada.
	HIV	
	Enfermedad inflamatoria intestinal	
	Síndrome de Kabuki	
	Sarcoma de Kaposi	

# Pregunta 9. ¿Hay una lista completa de manchas blancas en la piel que no estén asociadas con el vitíligo?

## Puntos clave

- No todas las manchas blancas en la piel son un signo de vitíligo. Las manchas blancas que no se diagnostican como vitíligo se denominan leucodermias.
- Una lista de las llamadas leucodermias está disponible a continuación para los dermatólogos que enfrentan el problema de un diagnóstico diferencial de vitíligo.
- El experto dermatólogo debe reconocer todos los casos de leucodermias.
- Diferentes tipos de leucodermias requieren diferentes tratamientos.

## Responder

No todas las manchas blancas que aparecen en la piel son vitíligo. Las manchas blancas que no se diagnostican como vitíligo se denominan leucodermias

Aquí hay una lista de leucodermias para uso dermatológico.

### Diagnóstico diferencial en vitíligo: las leucodermias.

#### Leucodermia inducida químicamente (a menudo ocupacional)

Arsénico  
Fenoles y otros derivados, catecoles.

#### Infecciones

Leishmaniasis (post kala-azar)  
Lepra  
Oncocercosis  
Sífilis secundaria  
Tinea versicolor  
Treponematosis (pinta y sífilis)

#### Síndromes genéticos

Síndrome de Chediak-Higashi  
Hipomelanosis de Ito  
Albinismo oculocutáneo  
Piebaldismo  
Esclerosis tuberosa  
Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada  
Síndrome de Waardenburg

#### Hipopigmentación post-inflamatoria

Dermatitis atópica / dermatitis de contacto alérgica  
Dermatitis numular inducida por fototerapia y radioterapia.  
Hipopigmentación  
Pitiriasis alba  
Hipopigmentación postraumática (cicatriz)  
Psoriasis

Sarcoidosis  
Lupus eritematoso sistémico  
Despigmentación tópica o inducida por fármacos sistémicos

#### Neoplásico

Melanoma amelanótico  
Halo nevus  
Leucodermia asociada a melanoma  
Micosis fungoide

#### Idiopático

Hipomelanosis guttata idiopática  
Liquen escleroso y atrófico  
Leucoderma semejante al liquen morfea  
Melasma (causado por el contraste entre la piel más clara y más oscura)  
Hipomelanosis macular progresiva (o adquirida)

#### Malformaciones

Nevus anemicus  
Nevus depigmentoso / hipopigmentoso

#### Kwashiorkor

#### Nutricional

#### Deficiencia de selenio

(Adaptado de Alikhan et al. (4))

## **Pregunta 10. Parches blanquecinos y despigmentados en la piel: ¿cómo puedo saber qué son?**

### **Puntos clave**

- *No todos los parches blanquecinos en la piel son vitiligo.*
- *Los parches despigmentados en la piel que no sean vitiligo se denominan leucodermias y pueden ser "ocupacionales".*
- *Las formas de despigmentación ocupacional y relacionada con las drogas se pueden manifestar como vitiligo.*
- *Trastornos comunes con manifestaciones similares incluyen el nevo depigmentoso, el piebaldismo, etc.*

### **Respuesta**

No, no todos los parches blancos son vitiligo, pero los parches blancos que se parecen al vitiligo no son inusuales en la piel humana. Se llaman leucodermias. La leucodermia química puede ser inducida por tintes, perfumes, detergentes, limpiadores, insecticidas, condones de goma, zapatillas de goma, medias y zapatos negros, delineadores de ojos, delineadores de labios, lápices labiales, pasta de dientes, antisépticos con derivados fenólicos y "germicida" que contiene yoduro de mercurio. jabón.

El vitiligo ocupacional puede ocurrir en aquellos individuos que trabajan con sustancias despigmentantes, como la hidroquinona, el butil catecol para-terciario, el butil fenol para-terciario, el amil fenol para-terciario y el monometil éter de hidroquinona.

También se ha informado despigmentación en los zapateros y después del contacto con compuestos que contienen arsénico. Nevo depigmentoso es una hipopigmentación segmentaria detectable en el primer año de vida y estable en tamaño en proporción al crecimiento del niño. Con una lámpara de Wood, el contraste entre la piel lesionada y la normal es menos marcado que en el vitiligo. El piebaldismo es una enfermedad autosómica dominante que se presenta al nacer con despigmentación de la línea media anterior y un bloqueo del blanco (poliosis). Se han descrito muchos otros tipos de leucodermia. El diagnóstico y tratamiento de las leucodermias requiere un abordaje experto. La única manera de saber si un parche despigmentado en la piel es vitiligo o no, es consultar a un dermatólogo con especial interés en los trastornos pigmentarios de la piel.

# Pregunta 11. ¿Cómo puedo tratar el vitíligo?

## Puntos clave

- *Se pueden usar muchas modalidades diferentes para tratar el vitíligo.*
- *El tratamiento siempre debe comenzar con enfoques eficaces y seguros y, al mismo tiempo, con modalidades menos agresivas y rentables.*
- *Una terapia dirigida con UVB (308 o 311 nm) sola o asociada con esteroides tópicos o con inhibidores tópicos de calcineurina representa el enfoque más eficaz y seguro si se afecta a menos del 15% de la piel.*
- *Las terapias de segunda, tercera y cuarta línea deben ser discutidas por el dermatólogo y el sujeto afectado por el vitíligo de manera abierta y constructiva, teniendo en cuenta que las modalidades menos agresivas y más costo / efectivas son siempre la primera opción.*
- *No se sienta frustrado si no logra el objetivo con el tratamiento de primera línea: discuta otras opciones con su dermatólogo y continúe de acuerdo con sus nuevos tratamientos.*
- *Sea siempre optimista: ¡tiene muchas posibilidades de encontrar el tratamiento adecuado para su vitíligo!*

## Respuesta

Elegir un tratamiento para el vitíligo puede ser difícil, a veces abrumador. En general, la terapia de primera línea debe ser segura, efectiva, mínimamente invasiva y rentable. Se deben reservar opciones más complejas, invasivas y que consumen más tiempo para los sujetos con enfermedad recalcitrante. Cada modalidad terapéutica debe intentarse durante un período de tiempo suficiente, ya que el inicio de la pigmentación varía y, en general, es bastante lento. Se debe continuar una terapia eficaz siempre que haya una mejoría o que las lesiones se repigmenten por completo.

Necesitamos datos consistentes sobre los regímenes de mantenimiento o la persistencia de la pigmentación a largo plazo con cualquiera de las terapias recomendadas.

Cómo tratar el vitíligo:

Primera línea. Hay muchos agentes tópicos y algunos orales que son baratos, fáciles de usar y eficaces para detener la progresión de la enfermedad e inducir la repigmentación. Los corticosteroides (CS) se informan sistemáticamente como el

agente tópico único más eficaz, y los inhibidores de la calcineurina (IC) son siempre los segundos. Debido a la posibilidad de efectos secundarios locales de los CS, se recomiendan las interrupciones programadas con estos medicamentos. En nuestra experiencia, la micro-fototerapia enfocada (utilizando un dispositivo de emisión de 308 o 311 nm) es el tratamiento recomendado cuando se usa solo y en combinación con la terapia tópica. Los CI tópicos son efectivos como monoterapia en pacientes que no toleran los CS tópicos.

También son efectivos para lesiones recalcitrantes en las extremidades cuando se aplican todas las noches bajo oclusión. Los datos actuales no respaldan la monoterapia con análogos tópicos de la vitamina D3, pero la vitamina D3 puede aumentar el efecto de los esteroides tópicos incluso en pacientes que no respondían previamente a los esteroides. La L-fenilalanina tópica, los antioxidantes tópicos y la crema de estimulación mitocondrial, asociados con la luz solar natural con kelina oral, se han sugerido como terapias alternativas de primera línea eficaces.

Cuando se administra en pacientes con una enfermedad activa, un curso corto de esteroides orales o intravenosos puede detener la progresión del vitíligo e inducir la repigmentación en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, aún no se ha determinado la dosis óptima para maximizar los beneficios y reducir la incidencia de efectos secundarios.

Segunda línea. Se considera un tratamiento de segunda línea cuando falla la "primera línea". Dado el costo, el compromiso de tiempo requerido por los pacientes y el personal y la mayor incidencia de efectos secundarios, se recomienda la fototerapia como terapia de segunda línea para los pacientes que no reciben tratamiento (s) conservadores de primera línea. La micro-fototerapia enfocada (308 o 311 nm) debe ofrecerse electivamente cuando la afectación cutánea es inferior al 15%. La fototerapia Ultravioleta tipo B de banda estrecha (NBUVB) produce la mejor mejora clínica en comparación con otras formas de terapia de luz; Las combinaciones con terapia tópica funcionan mejor que cualquiera de las dos.

El tratamiento tópico C con NBUVB tiene los mejores resultados clínicos en comparación con otras terapias adyuvantes tópicas. Es incierto si agregar un análogo de vitamina D3 a la fototerapia NBUVB mejora los efectos. Si bien son inferiores a NBUVB en términos de respuesta clínica, tanto las fototerapias UVA como UVB de banda ancha con varias terapias adyuvantes son beneficiosas como tratamientos alternativos de segunda línea.

Tercera línea La fototerapia dirigida con el láser de excímero monocromático (MEL) de 308 nm es eficaz como monoterapia, superior a NBUVB si se compara lado a lado. Sin embargo, debe reservarse para aquellos pacientes que no logran la fototerapia con NBUVB, excepto en una enfermedad muy limitada, o en pacientes que pueden pagar el tiempo y el costo de

la terapia. MEL funciona mejor en combinación con CS o CI tópicos.

Cuarta línea. La cirugía debe ofrecerse cuando las lesiones persisten a pesar de la terapia apropiada. Hay muchas técnicas quirúrgicas diferentes disponibles. Si bien la técnica específica dependerá de las características individuales del paciente y de la práctica personalizada del cirujano experto, puede proporcionar excelentes resultados estéticos para lesiones limitadas recalcitrantes a otras modalidades.

Poblaciones especiales. Aunque los pacientes con vitíligo segmentario (SV) se han estudiado junto con aquellos con vitíligo no segmentario (NSV), no está claro cómo se aplican los resultados de los estudios a esta población. El SV tiende a ser más estable y recalcitrante al tratamiento. El láser He-Ne parece ser más efectivo en esta población. El vitíligo generalizado / universal también puede requerir un tratamiento personalizado. La extensión de la enfermedad puede ser tan grande que puede ser casi imposible proporcionar una repigmentación estéticamente agradable. Para estos pacientes, los agentes despigmentantes deben ofrecerse y discutirse ampliamente por sus efectos no reversibles.

Consideraciones En todas las etapas de la terapia, tenga en cuenta que el vitíligo puede ser una enfermedad que dura toda la vida y puede dañar en gran medida el sentido psicosocial de bienestar de la persona. Reconocer este impacto oculto de la enfermedad en la calidad de vida y ofrecer apoyo para tratarla mejorará en gran medida la relación médico-paciente y promoverá un resultado positivo. El camuflaje siempre puede proporcionar un alivio cosmético temporal, y se debe ofrecer psicoterapia para ayudar a los pacientes a lidiar con la carga de la enfermedad psicológica.

Un enfoque para tratar a un paciente con vitíligo (algoritmo de tratamiento): hemos dividido las opciones de tratamiento en primera, segunda, tercera y cuarta línea. El orden de tratamiento se determinó por el nivel de evidencia en la literatura para cada tratamiento. También se incluyen

opciones de tratamiento para casos especiales.

Micro-fototerapia enfocada (PMP)  
- 308 o 311 nm - se ha incluido por razones de eficacia y seguridad en la oferta de "primera línea".

## Pregunta 12. ¿Es posible detener la progresión del vitíligo?

### Puntos clave

- *El vitíligo localizado generalmente detiene su progresión en 1-2 años después de su primera manifestación.*
- *El vitíligo generalizado es progresivo en el 73% de los casos.*
- *La administración de corticosteroides orales o intravenosos puede llevar al cese de la progresión de la enfermedad en el 85% de los casos.*
- *La progresión del vitíligo podría detenerse en 4 de cada 5 casos mediante el uso de potentes corticosteroides sistémicos, pero debido a los posibles efectos secundarios relevantes, los dermatólogos expertos deben tomar la decisión después de una evaluación cuidadosa.*

### Respuesta

El vitíligo es progresivo en el 73% de los casos y regresivo en el 1.3%. Por lo general, explicamos a los pacientes que la progresión depende de la modalidad de propagación de la enfermedad: las formas localizadas o generalizadas tienen un comportamiento diferente. En el 89% de los casos de vitíligo localizado, la actividad de la enfermedad cesa después de 1-2 años de rápida propagación sobre el área de la piel afectada, mientras que el vitíligo generalizado muestra menos progresión solo cuando comienza en la cara (52% de los casos).

En el 89% de los casos, podemos detener la extensión del parche en el vitíligo generalizado con tratamiento con corticosteroides orales en minipulsos (5 mg de betametasona 2 días consecutivos por semana).

El uso del corticosteroide metilprednisolona 8 mg / kg por vía intravenosa durante 3 días consecutivos en pacientes con vitíligo generalizado provocó el cese temporal de la progresión de la enfermedad en el 85% de los casos y la repigmentación en el 71% de los casos. Otros esteroides usados por vía intravenosa mostraron un grado similar de limitación de la progresión de la enfermedad. Por lo tanto, es cierto que la progresión del vitíligo podría detenerse en 4 de cada 5 casos mediante el uso de potentes corticosteroides sistémicos. Sin embargo, los corticosteroides sistémicos pueden tener posibles efectos secundarios relevantes, por lo tanto, los dermatólogos expertos deben tomar la decisión de su uso para limitar la progresión del vitíligo después de una evaluación cuidadosa de la situación clínica individual.

## Pregunta 13. Despigmentación: ¿cuándo y cómo?

### Puntos clave

- Si después de un tratamiento o tratamientos consistentes para el vitíligo, no se logra una repigmentación satisfactoria, se puede considerar la despigmentación para evitar el contraste del color de la piel.
- Los productos químicos, como la hidroquinona y la monobenzona, se han utilizado como agentes tópicos, con crecientes dudas en cuanto a su perfil de seguridad.
- Se han utilizado con éxito muchos tipos de láseres (incluidos Q-switches, alexandrite y Ruby Laser) solos o en combinación con agentes despigmentantes químicos tópicos.
- La crioterapia se ha utilizado con resultados prometedores, pero la recurrencia del pigmento siempre es posible.

### Respuesta

La despigmentación es una opción para el manejo del vitíligo que se puede usar cuando todos los tratamientos de repigmentación han fallado. El alcance de la despigmentación cutánea es alcanzar un color de piel uniforme (blanco o muy claro).

La despigmentación es un proceso que destruye los melanocitos cutáneos restantes en la piel: los pacientes deben ser conscientes de que permanecerán por el resto de su vida con la piel que no es "su propia piel".

Puede suceder que uno no pueda hacer frente a la fotosensibilidad extrema.

Los candidatos ideales para la despigmentación son pacientes adultos con pocas manchas oscuras residuales dispersas en la cara o en otras áreas visibles del cuerpo.

Los niños no deben ser considerados elegibles para tratamientos de despigmentación.

## Pregunta 14. ¿Cuáles son los factores individuales asociados con la propensión al vitíligo?

### Puntos clave

- Herencia: el 20% de las personas con vitíligo reportan que un pariente de primer grado es el que padece vitíligo.
- El haplotipo del antígeno leucocitario humano (HLA) puede contribuir a la susceptibilidad al vitíligo.
- Se han asociado una serie de afecciones patológicas con el vitíligo: su presencia podría considerarse una propensión al desarrollo de la enfermedad.
- El inicio de la enfermedad se asocia frecuentemente con eventos estresantes de la vida.
- El trauma físico de la piel puede inducir el vitíligo (fenómeno de Koebner).



## Respuesta

Es bien sabido que la herencia es un problema en la propensión al vitíligo. De hecho, alrededor del 20% de las personas con vitíligo informan sobre un familiar de primer grado que padece el mismo trastorno. Los niños de un sujeto afectado por vitíligo tienen un riesgo 1.7 veces mayor de desarrollar vitíligo en comparación con otros miembros de la familia. Los haplotipos HLA pueden contribuir a la susceptibilidad al vitíligo generalizado, es decir, HLA -A2, -DR4, -DR7 y -DQB1 0303.

El gen NALP-1 (proteína 1 de repetición rica en leucina NACHT) es un gen de mayor susceptibilidad que está relacionado epidemiológicamente con el vitíligo generalizado y otras enfermedades autoinmunes (es decir, la enfermedad tiroidea, la anemia perniciosa y el lupus eritematoso).

Los pacientes ya afectados por las siguientes enfermedades son más propensos a desarrollar vitíligo (y viceversa):

Alopecia areata

Anemia perniciosa IgA defecto selectivo

Enfermedad autoinmune de la tiroides

Enfermedad de Addison

Síndrome de neviMELAS melanocítico congénito (encefalomiopatía mitocondrial, acidosis láctica y síndrome de episodios de ictus).

Los eventos estresantes de la vida, que probablemente interfieren con el sistema psico-neuro-endocrino-inmune, y los traumas físicos de la piel, incluidas las quemaduras solares, pueden promover fácilmente el inicio del vitíligo en sujetos predispuestos.

## Pregunta 15. Terapia quirúrgica para el vitíligo: ¿cuándo y cómo?

### Puntos clave

- *La terapia quirúrgica generalmente se introduce cuando fallan los tratamientos médicos o físicos del vitíligo.*
- *Consiste en llevar melanocitos del área de la piel pigmentada a parches blancos del mismo sujeto.*
- *Se encuentran disponibles muchos tratamientos diferentes, entre los que se incluyen el injerto simple en la piel, el injerto de espesor parcial, el injerto de techo con ampollas y las suspensiones de melanocitos o queratinocitos-melanocitos más sofisticadas.*
- *La falla del injerto, cicatrización, infección, pigmentación irregular, aspecto de lapidación de adoquines y el fenómeno de kobnerización del vitíligo siempre son posibles y limitan el uso de la cirugía en el vitíligo.*

## Respuesta

La opción quirúrgica en el vitíligo siempre es posible, al menos en áreas despigmentadas seleccionadas.

Se requieren dos condiciones principales:

- la lesión blanca de vitíligo a tratar debe ser estable (es decir, evitar los procedimientos quirúrgicos en las lesiones que están progresando - no es evidente la progresión de las lesiones o la aparición de despigmentación adicional durante al menos 2 años).
- el área blanca debe ser recalcitrante a los tratamientos fisioterapéuticos basados en UV (luces o láseres).

Una serie de procedimientos quirúrgicos son posibles.

Entre estos se encuentran los siguientes:

- Injertos y mini injertos.
- injerto epidérmico
- injerto dermo-epidérmico
- ampollas de succión de injerto
- trasplante autólogo de suspensión de melanocitos
- Tratamientos con tejido - Piel de ingeniería.
- Epidermis cultivada con melanocitos.

Son considerados los procedimientos más populares.

La neomelanogénesis generalmente comienza poco después de los injertos o trasplantes de melanocitos y continúa durante algunos meses a un ritmo lento.

La exposición a los rayos UV (con lámparas o luz solar natural) induce una repigmentación más rápida y profunda después de la cirugía. Las técnicas quirúrgicas ofrecen repigmentación que no suele ser comparable con la piel normalmente pigmentada. Siempre son procedimientos invasivos. Los resultados finales varían considerablemente de un paciente a otro.

El aspecto psicológico del sujeto que requiere un procedimiento quirúrgico / invasivo debe evaluarse siempre y las expectativas del paciente deben discutirse con claridad.

Por lo tanto, la decisión de iniciar un procedimiento quirúrgico para el vitíligo debe ser siempre una decisión bien equilibrada e informada.

## ***Pregunta 16. Tatuaje para parches de vitíligo: ¿cuándo y cómo?***

### **Puntos clave**

- *El tatuaje cosmético representa el tratamiento estándar para lograr un camuflaje permanente en áreas de vitíligo.*
- *Es especialmente útil para el vitíligo mucoso.*
- *Se deben considerar los efectos adversos.*

## Respuesta

El tatuaje es actualmente adoptado por la población general por razones rituales o simbólicas. Consiste en introducir micropigmentos en la dermis, es decir, óxidos de hierro inertes que se consideran incapaces de migrar. El micropigmento implantado en la piel no se puede lavar, pero sus colores se desvanecen naturalmente en 24-36 meses.

Los resultados cosméticos dependen de la habilidad del médico o del técnico para hacer coincidir el color del tatuaje con el color de la piel normal circundante.

Las personas de piel oscura generalmente tienen mejores resultados que las personas de piel clara.

Los efectos adversos que se han reportado incluyen recurrencias de infección por herpes simple, reacciones granulomatosas crónicas a los pigmentos implantados, reacciones alérgicas, koebnerización, emparejamiento de color imperfecto y, según nuestra experiencia, también pseudolinfomas cutáneos.

## Pregunta 17. ¿Debo tomar antioxidantes tópicos u orales para el vitíligo?

### Puntos clave

- *Existe una creciente evidencia que respalda la suplementación con antioxidantes orales, específicamente asociada con la radiación UVB de la piel.*
- *No hay parámetros de dosificación definidos y estudios de perfiles de efectos secundarios sobre la administración de suplementos antioxidantes por vía oral en sujetos con vitíligo.*
- *Polypodium Leucotomos (un helecho de los subtrópicos estadounidenses), Ginkgo Biloba, Cucumis melo, ácido alfa lipoico, vitaminas C y E, ácidos grasos poliinsaturados, fenilalanina y otras sustancias naturales se han asumido por separado con el fin de elevar la actividad de la catalasa sistémica en la sangre y, por tanto, disminuyen los niveles de especies reactivas de oxígeno. Recientemente, se ha demostrado que la curcumina sola o en combinación con capsaicina y resveratrol contrasta activamente el vitíligo.*

## Respuesta

Hay una clara inclinación de los expertos en el campo de la investigación del vitíligo a considerar que el aspecto y la progresión de los parches blancos están relacionados con una actividad global desequilibrada del (los) mecanismo (s) secuestradores que disminuye los niveles de especies reactivas de oxígeno (ROS) en sangre y en piel de los pacientes con vitíligo.

Por lo tanto, el uso local y sistémico de sustancias que pueden disminuir los niveles de especies reactivas de oxígeno se han propuesto repetidamente.

La mayoría de estas sustancias se mencionan en la sección Puntos clave de este párrafo.

En general, mientras algunos estudios muestran resultados notablemente buenos en repigmentación después de

el uso de "antioxidantes naturales" locales o sistémicos, otros estudios no muestran beneficios.

La comunidad científica dermatológica parece fomentar tanto el uso per os como el uso local de los "antioxidantes naturales" para tratar el vitíligo.

Sin embargo, aún no se han aclarado los parámetros de dosificación definidos, los

estudios doble ciego consistentes sobre los perfiles de eficacia y seguridad de estas sustancias naturales.

Un libro sobre "Antioxidantes naturales en medicina general y en dermatología" coeditado por los autores actuales estará disponible próximamente para la audiencia de VRF.

## **Pregunta 18. ¿Qué significa "tratar el vitíligo con catalasa"?**

### **Puntos clave**

- *Los tratamientos médicos establecidos para el vitíligo sistémico generalmente se eligen para inducir la reducción local y / o sistémica del sistema inmunológico (= depresión inmunitaria).*
- *Una opción terapéutica alternativa se basa en el concepto de que, en lugar de inducir inmunodepresión local y / o sistémica en sujetos con vitíligo, se pueden introducir sustancias ricas en actividad catalasa para proteger a los melanocitos contra el estrés oxidativo excesivo.*

### **Respuesta**

La catalasa es una sustancia bien conocida por sus propiedades antioxidantes.

Pertenece al grupo de antioxidantes orales y locales, que se han enumerado y analizado en los capítulos anteriores. El tema se analiza exhaustivamente en el libro "Antioxidantes naturales en medicina general y en dermatología", disponible como libro electrónico para la audiencia VRF.

Esta sustancia suele ser de origen natural y su uso se combina con la irradiación ultravioleta de la piel.

La climatoterapia del Mar Muerto asociada con la pseudocatalasa tópica parece ser tan efectiva como el uso de potentes corticosteroides locales para inducir la repigmentación.

Por lo tanto, este problema debe ser discutido por los pacientes con su dermatólogo antes de comenzar cualquier tratamiento activo con medicamentos químicos, que induzcan depresión inmune, teniendo en cuenta que, desafortunadamente, los parámetros de dosificación definidos y los posibles efectos secundarios aún no se han dilucidado completamente para aquellas sustancias con actividad catalasa.

## Pregunta 19. ¿Cuáles son los principales efectos secundarios de los tratamientos de vitíligo?

### Puntos clave

- *Los tratamientos tópicos y sistémicos del vitíligo pueden tener diferentes efectos secundarios en diferentes sujetos.*
- *Los corticosteroides potentes tópicos se consideran terapia de primera línea. El eritema, las lesiones en forma de acné, la atrofia de la epidermis, la telangectasia, la distensión de las estrías y el aumento del crecimiento del cabello son comúnmente reportados.*
- *Los inhibidores tópicos de la calcineurina (Tacrolimus, Pimecrolimus) comúnmente inducen eritema, ardor e irritación. A pesar de cierta información circulante, hasta la fecha no hay evidencia convincente que sugiera que haya un aumento en el cáncer de piel después de su uso en sujetos con vitíligo.*
- *Los análogos de la vitamina D3 solo pueden producir una leve irritación en la piel tratada.*
- *Los psoralenos tópicos son altamente fototóxicos incluso en concentraciones muy bajas después de la exposición a los rayos UV: pueden aparecer ampollas y necrosis de la piel.*

### Respuesta

El tratamiento del vitíligo es un problema complejo que siempre requiere una explicación clara y exhaustiva de los efectos secundarios de los tratamientos tanto sistémicos como locales.

Cada paciente con vitíligo debe preguntar al dermatólogo sobre la duración del tratamiento o los posibles efectos secundarios.

La discusión de cualquier tratamiento sistémico del vitíligo requiere siempre una discusión en privado entre el paciente con vitíligo y su dermatólogo en un entorno más empático y cooperativo basado en preguntas y respuestas claras.

Con suerte, este mini-libro ayudará al (los) paciente (s) a hacer preguntas con claridad al dermatólogo para lograr una mejor comprensión y tratamiento del vitíligo.

## Pregunta 20. Camuflaje: ¿cuándo y cómo?

### Puntos clave

- *Los encubrimientos deben considerarse en el enfoque global del vitíligo, principalmente en aquellos casos en los que los sujetos con vitíligo no pueden superar el estrés emocional derivado de su cambio de piel.*
- *Los productos cosméticos correctivos utilizados para el camuflaje pueden ser cremas de cobertura, tópicos instantáneos de bronceado y tintes.*
- *El camuflaje puede ser solo temporal (maquillaje), semipermanente (tópicos autobronceadores) o permanente (tatuaje).*
- *Camuflaje y tratamientos activos para el vitíligo se pueden combinar.*

## Respuesta

La mayoría de las terapias para el vitíligo pueden requerir períodos de tratamiento que duran meses o años antes de que ocurra la repigmentación.

Por lo tanto, los tratamientos paliativos podrían utilizarse mientras tanto, con una mejora considerable en la calidad de vida del sujeto afectado por vitíligo.

Los protectores solares generalmente se agregan a la mayoría de esos productos cosméticos para evitar las quemaduras solares.

Los pacientes con vitíligo deben saber cuántos productos tópicos diferentes están disponibles para ellos en el mercado y deben familiarizarse con los diferentes métodos de aplicación y limpieza.

A fin de obtener resultados óptimos, se necesitan consejos de expertos para la aplicación de cremas correctoras, sticks

correctores, cremas teñidas y rociado de fijación.

El camuflaje permanente se obtiene con un tatuaje cosmético, generalmente realizado mediante la implantación de pigmentos de óxidos de hierro en la dermis.

Los colores de los tatuajes se desvanecen naturalmente con el paso del tiempo, por lo que requieren un mantenimiento periódico, generalmente cada 30 meses.

La calidad de vida de los sujetos con vitíligo generalmente mejora en forma significativa mediante el uso de productos de encubrimiento, que pueden cancelar temporalmente las áreas del vitíligo y dar un color natural a la piel vitiliginosa.

Desafortunadamente, clínicas confiables dedicadas a la aplicación adecuada de camuflaje en el vitíligo no siempre están disponibles.

## Pregunta 21. Psicoterapia: ¿cuándo y cómo?

### Puntos clave

- *El vitíligo es una enfermedad angustiante debido a su estigma percibido, desfiguración cosmética y curso de recaída crónica.*
- *En ciertos casos, el tratamiento del rebote psicológico puede mejorar la autoestima y el resultado clínico: esto debe iniciarse en la sala de "consulta de enlace" donde el sujeto estará simultáneamente en contacto con el dermatólogo y el psicoterapeuta.*
- *La terapia cognitiva conductual puede ser apropiada en ciertos casos.*

### Respuesta

El vitíligo se considera a menudo como desencadenado emocionalmente tanto por los sujetos afectados como por los médicos.

Más del 70% de los pacientes informan un período de incubación de 2-3 semanas

entre el evento de estrés y la manifestación clínica de los parches de vitíligo.

Incluso la localización de parches blancos se ha reportado de forma anecdótica pero

significativa en relación con relaciones afectivas específicas.

Por lo tanto, según algunos informes, los hombres que habían sido traicionados desarrollaron vitíligo en las áreas genitales, las mujeres que no aceptaron su embarazo desarrollaron vitíligo en el abdomen.

Es esclarecedor el caso de una mujer que desarrolló vitíligo en las manos pocas horas después de limpiar las sábanas donde la novia de su hijo había sido abortada.

Estos son, obviamente, informes anecdóticos en la literatura médica, que tienen un valor "per se" muy limitado, pero están revelando claramente posibles vías psico-somáticas generales, que podrían conducir a los investigadores a conocer las causas y la cura del vitíligo en territorios psico-neuro-inmune-endocrino aún no explorados.

Nadie ignora la carga del rebote somato-psíquico del vitíligo en la psique del sujeto afectado.

Los sujetos con vitíligo pueden adoptar (más o menos conscientemente) diferentes comportamientos para hacer frente al vitíligo.

Algunos adoptarán el mecanismo psicológico de "dominio activo" que consiste en leer, estudiar e investigar activamente las causas de la enfermedad. Otros se comportarán como "aceptadores naturales" que muestran una buena autoestima y no tratan de ocultar sus lesiones en la piel.

Otros, en cambio, harán intentos heroicos de ocultar sus manchas blancas, siempre estarán avergonzados y a menudo deprimidos. Estos sujetos podrían limitar sus contactos sociales y podrían perder su trabajo debido al vitíligo.

Al examinar cualquier tema de vitíligo y discutir opciones terapéuticas, cada dermatólogo experto tratará de comprender tanto el mecanismo psico-somático que induce la aparición de parches de vitíligo (si corresponde) como el rebote somato-psíquico de la enfermedad sobre la autoestima y la calidad de vida de cada individuo.

Por lo tanto, ¿debería la dermatología remitir siempre o con frecuencia a todos y cada uno de los pacientes con vitíligo al psicólogo o al psiquiatra?

Es difícil decir que no, pero es más difícil decir que sí.

Si el paciente con vitíligo ha elegido al dermatólogo para recibir asistencia "superficial y profunda" con respecto a la comprensión de su superficie y profundidades, el dermatólogo no puede darse por vencido.

El dermatólogo siempre debe responder a la solicitud del paciente brindándole la atención completa que se ha solicitado, incluso brindándole el asesoramiento adecuado.

"Forzar" al paciente a visitar a otro especialista (que no es de piel) es, de hecho, peligroso.

La derivación insensible inmediata de los pacientes de la piel a un psiquiatra puede incluso llevar a ideas suicidas en sujetos demasiado sensibles, como ya se ha informado en la literatura.

Por lo tanto, cuando una psico-intervención se considerará "necesaria", la dermatología debe utilizar la práctica de "consulta de enlace" para lograr que el paciente colabore estrechamente con el psiquiatra-psicólogo. Será un contacto directo de dos a uno: el sujeto con vitíligo, el dermatólogo y el psiquiatra.

Solo más adelante, los dos expertos tendrán todo el derecho de tratar al mismo paciente por separado, con excelentes resultados esperados.

En este contexto, parece que la terapia cognitiva conductual dará resultados convenientes frente a diferentes enfoques psicoactivos.

## **Futuras tendencias. Nuevos conceptos en el tratamiento del vitíligo.**

### **Puntos clave**

- *¿Es el vitíligo una enfermedad única y la cura se identificará como tal?*
- *O, a la inversa, ¿el vitíligo incluye un espectro de diferentes trastornos con diferentes causas, todos manifestados por manchas blancas en la piel pero que requieren diferentes tratamientos?*
- *¿Los estudios genéticos ayudarán para descubrir la cura para el vitíligo?*
- *¿Los pacientes con vitíligo tendrán acceso y apoyo financiero para hacer frente al costo inherente y las modalidades de tratamiento efectivas?*
- *¿Cuál será el papel de la Gestión de Investigación Médica en la Nube (MRM)?*
- *¿Qué hay de nuevo en el horizonte de la terapia y cura del vitíligo?*

### **Respuesta**

Esta es la única sección de este folleto en la que todas las oraciones de puntos clave van seguidas de un signo de interrogación.

La frase "la causa del vitíligo sigue siendo desconocida" siempre debe ir seguida de la frase "porque en cada paciente con vitíligo solo puede haber un proceso diferente involucrado en la producción de manchas blancas en su piel".

En otras palabras, las mismas manchas blancas en la piel de diferentes sujetos, que serán diagnosticadas por el dermatólogo como "vitíligo", probablemente estén relacionadas con varios mecanismos diferentes que afectan la producción, liberación y eliminación de melanina en la piel. Viva la diferencia!

De acuerdo con esto, no habrá una forma de "vitíligo", sino más formas de "vitíligos", que afectarán a diferentes sujetos, y todas se manifestarán de manera similar o idéntica a parches blancos en la piel y / o en las áreas de la mucosa.

Este concepto excluye las "leucodermas", es decir, aquellas manchas blancas de la piel de origen conocido.

Es implícito que diferentes formas de vitíligo requerirán diferentes tratamientos y, eventualmente, diferentes curas.

También está implícito que los "tratamientos combinados" de hoy son la opción más racional para tratar un caso individual.

Es difícil decir si los estudios genéticos ayudarán al descubrimiento directo de la cura del vitíligo. Muy probablemente, esto no sucederá pronto. Los gemelos idénticos con ADN idéntico tienen solo un 23% de concordancia en el desarrollo de vitíligo, lo que sugiere un componente ambiental y no genético significativo de la enfermedad.

La genética probablemente nos ayudará a identificar diferentes subpoblaciones de sujetos afectados por "parches blancos en la piel y / o áreas de la mucosa" y



diagnosticados por el dermatólogo como "vitiligo" que necesitará diferentes investigaciones, diferentes tratamientos y probablemente curas completamente diferentes. Este podría ser el mejor objetivo actual de las pruebas genéticas en sujetos con vitiligo, con una excelente perspectiva. Además, la genética podría ser útil para predecir el éxito del tratamiento, permitiendo así elegir la mejor terapia para un individuo en particular.

El costo y la accesibilidad de la terapia deben considerarse al elegir un plan de tratamiento para el vitiligo. En la actualidad, la gran mayoría de los sujetos con vitiligo tienen grandes limitaciones financieras para el tratamiento adecuado de acuerdo con los protocolos de tratamiento existentes.

Este problema probablemente se agudizará en el futuro más cercano, debido a la progresiva recesión en la economía de muchos países y al aumento relativo del costo de los tratamientos efectivos para el vitiligo.

Por lo tanto, en el horizonte de la terapia del vitiligo y posiblemente de la cura del vitiligo, vemos una interacción compleja de diferentes ingredientes superpuestos, incluida la identificación de la forma específica del vitiligo (clasificación y genética), la evaluación de las rutas biológicas inherentes que han producido manchas de piel blanca en cada individuo. (fisiopatología) y, finalmente, selección del tratamiento adecuado (tratamiento y, con suerte, cura).

Este último tema ya muestra (y probablemente lo será más en el futuro) cómo se debe considerar el costo y la accesibilidad de la terapia cuando se trata de una enfermedad (actualmente) de por vida que afecta "democráticamente" a todas las poblaciones del mundo.

La mayoría de los sujetos afectados probablemente tendrán limitaciones financieras para el tratamiento / curación adecuados de «su» vitiligo.

En el horizonte de la terapia y la cura del vitiligo, vemos un complicado rompecabezas con algunos ladrillos esenciales ya bien colocados e instalados en sus lugares correctos.

Para el resto, la Comunidad Científica, las Asociaciones de Pacientes con Vitiligo y las Fundaciones dedicadas al vitiligo deben coordinar y armonizar sus estrategias y esfuerzos para ganar la batalla contra el vitiligo, completando la imagen perpleja.

La Vitiligo Research Foundation ([www.vrfoundation.org](http://www.vrfoundation.org); [www.vitinomics.net](http://www.vitinomics.net)) se compromete a mantenerlo siempre informado sobre las investigaciones en curso y sobre los tratamientos disponibles para el vitiligo.

## Fuentes y lecturas adicionales

1. Vitiligo - Problemas y soluciones Lotti T. & Hercogova J., Editores Marcel Dekker, Inc., Nueva York (NY) 2004
2. La Vitiligine - Nuovi Concetti y Nuove Terapie Lotti T., Editor UTET, Torino, 2000
3. Desórdenes Pigmentarios Lotti T., Editor Invitado Thiers B.H., Editor Consultor Dermatologic Clinics, vol. 25 (3), 2007
4. Vitiligo: una visión general (parte I y II) de Alikan A., Felsten L.M., Daly M., Petronic-Rosic V. Diario de la Academia Americana de Dermatología 65: 473 - 515, 2011
5. Tratamiento específico y combinado para el vitiligo. Evaluación comparativa de las diferentes modalidades actuales en 458 asignaturas. Lotti T., Buggiani G., Troiano M. Assad G.B. , Delescluse J., De Giorgi V. & Hercogova J. Dermatologic Therapy, 21: 320-6; 2008
6. Vitiligo Picardo M. & Taieb A., Editores Springer Verlag, Berlín, 2010
7. Los marcadores autoinmunes en pacientes con vitiligo parecen estar relacionados con la obsesión y la fobia. Moretti S., Arunachalam M., Colucci R., Pallanti S., Kline J.A., Berti S., Lotti F. y Lotti T. Diario de la Academia Europea de Dermatología y Venereología 21: 1468 - 1471, 2011
8. Valle Y., Couture P., Lotti T. y Korobko I. Cloud Medical Research Management (MRM): una herramienta de bioinformática para estudios correlativos en dermatología. Estrategias de tratamiento -Dermatología-Trastornos pigmentarios y vitiligo- 2: 82-86, 2011
9. [http:// www.vrfoundation.org](http://www.vrfoundation.org)
10. [http:// www.vitinomics.net](http://www.vitinomics.net)

# Vitíligo Preguntas y respuestas.

## Parte 2 por el Prof. Antonio Salafia, MD

### Introducción

Vitíligo es un trastorno adquirido de la pigmentación de la piel, que causa defectos físicos y trastornos psicológicos en los pacientes, más a menudo en personas de piel oscura. Ha sido conocido por varios miles de años. Aparte de los cambios estéticos, el vitíligo no es mortal ni contagioso. Sin embargo, puede cambiar la calidad de vida de un paciente. Vitíligo es una enfermedad multifactorial, es decir, muchos son los factores que intervienen en la causa de esta enfermedad. Algunos autores piensan que es hereditario, pero no hay una

prueba definitiva de ello. Estoy de acuerdo en que, en algunos pacientes, puede haber una predisposición congénita a la enfermedad, pero se analizará en detalle más adelante. En ocasiones, puede haber otras enfermedades asociadas con el vitíligo, sin embargo, es más bien una excepción que la regla. Al mismo tiempo, al igual que muchas otras enfermedades, puede acompañarlas.

### Capítulo 1 Introducción. Color de piel

El color normal de la piel parece ser el oscuro; El color claro es una mutación. Hay más diferencias genéticas en la raza africana que en la raza blanca, y hay una gama más amplia de matices en "oscuros" que en "blancos"; también habla a favor de la teoría de que "el cabello negro, los ojos marrones y el color oscuro de la piel deben considerarse el estado primordial para los humanos".

El color final de la piel está determinado por la interacción de cuatro pigmentos:

a) Amarillo: producido por los carotenoides (llamados como se encuentran en grandes cantidades en las zanahorias).

b) Marrón: debido a la melanina.

c) Rojo: este es el color de la hemoglobina oxigenada en los capilares.

d) Azul: el color de la hemoglobina, con menos oxígeno, en las vénulas.

Entre todas, la melanina es el componente principal del color de la piel, que depende del número, tipo y distribución de los melanosomas e incluso de su tamaño.

Otros elementos que contribuyen al color de la piel incluyen: el grosor de la piel, en particular de su capa superior, la velocidad del flujo sanguíneo, el nivel de oxigenación de la hemoglobina circulante y la exposición a la luz UV. Finalmente, el color de la piel depende no solo de la producción de melanina, sino también de su transporte.

Cualquier célula capaz de producir la melanina se puede llamar melanocito, pero en el uso actual, el nombre melanocito se usa para aquellas células que se originan en la cresta neural (el área en el feto a partir de la cual se desarrolla la médula espinal) y poseen la enzima tirosinasa.

Ya sabemos que el cabello actúa como un depósito para los melanocitos y, clínicamente, notamos que las partes peludas del cuerpo experimentan una pigmentación más temprana y más rápida. Los melanocitos no están distribuidos equitativamente en todas las áreas anatómicas del mismo individuo. Hay entre 1.000 y 3.000 melanocitos por milímetro cuadrado de área de la piel, con mayor densidad en la frente, las mejillas, la piel nasal, la cara, los labios, el pene y el escroto. Por lo tanto, es evidente que las áreas que contienen más melanocitos tienen mejores posibilidades de una pigmentación más temprana que las que tienen una menor concentración de melanocitos.

El suministro de sangre también está relacionado con la tasa de repigmentación, como ya ha señalado Protá. El suministro de sangre en los dedos de las manos y los pies es aproximadamente un 25% menos que en otras partes del cuerpo. Nuestra cara tiene el suministro de sangre más alto y no es sorprendente que en casi todos los pacientes sean sus caras las que pigmentan más temprano y rápido.

La exposición a la luz solar (o luz ultravioleta artificial) aumenta el color de la piel, y por esta razón, la exposición del vitíligo a la luz solar, con moderación, no es opcional, sino que forma parte integral del tratamiento. Demasiada luz solar, sin embargo, puede dañar nuestra piel, que se tratará más adelante.

## **Capítulo 2. La primera pregunta que viene a la mente: ¿A quién le da vitíligo?**

La respuesta no es simple o directa. En la actualidad, no hay pruebas suficientes para decir que la enfermedad es más común en ciertas razas, comunidades o áreas geográficas. Una cosa es cierta: la dieta vegetariana y no vegetariana no hace mucha diferencia, excepto que la dieta vegetariana puede ser pobre en ciertas vitaminas importantes. Sin embargo, como considero que el vitíligo es principalmente un trastorno metabólico, la posibilidad de que la dieta, el ayuno, la parasitosis intestinal y la presencia de cualquier otro trastorno metabólico, como la diabetes mellitus, puedan complicar y agravar el problema. Examinemos varios parámetros epidemiológicos uno por uno.

Según mi conocimiento, ningún estudio epidemiológico sistemático se ha realizado en vitíligo; la mayoría de las estadísticas son realizadas por dermatólogos y los porcentajes reflejan el de los pacientes con vitíligo entre todos los casos dermatológicos.

Por lo tanto, no podemos estar absolutamente seguros acerca de la prevalencia (el número total de pacientes en un momento dado) y la incidencia (el número de casos nuevos por año) de vitíligo en una población determinada.

Las conclusiones de los epidemiólogos suelen estar sesgadas por una experiencia limitada y / o un número relativamente pequeño de pacientes examinados.

La prevalencia se cotiza de manera diversa en 0.5% - 2.00% en todo el mundo; 1% en los Estados Unidos. Se dice que es el 1% en Europa, el 4% en la India y el 0,38% en Dinamarca.

Nadie sabe cuánto valen estas estadísticas; Hay exageración en ambas direcciones, por los que subestiman el problema y los que lo sobrestiman.

Mis estadísticas también son un porcentaje de todos los casos de piel

registrados en el Centro dermatológico de Vimala (VDC), otros hospitales caritativos y mi propia sala de consulta. Debido al hecho de que mi tratamiento es totalmente diferente del que generalmente prescriben otros dermatólogos, surge que en VDC existe un tratamiento diferente y efectivo, lo cual es cierto.

Como consecuencia, veo un gran número de pacientes con vitíligo. Muchos registros se pierden debido a varias razones, sin embargo, en la actualidad en mi computadora tengo registros completos de más de diecinueve mil pacientes. Alrededor del 20% de mis pacientes son de varias partes de la India, y unos pocos cientos son del extranjero. Habiendo evaluado los registros de los

últimos 15 años, puedo decir que la prevalencia es de alrededor del 8% y la incidencia anual es de 11.7%. Para reflejar el promedio nacional, mis estadísticas deben reducirse por las razones que acabo de mencionar.

Considero que la prevalencia del 4-5% es una cifra más cercana a la realidad de la India. Sin embargo, parece ser que la incidencia del vitíligo está aumentando lenta pero constantemente por razones aún desconocidas; Puedo aventurar a decir que la patogenia del vitíligo es contribuida por los radicales libres (como veremos más adelante), así como por la contaminación, los alimentos adulterados y los aceites comestibles, ciertas dietas, la vida estresante ... Todos ellos pueden contribuir a la frecuencia de enfermedad.

### Capítulo 3. Prevalencia general.

La prevalencia en la población general depende de varios factores:

1. Conciencia del paciente y del médico, el nivel de preocupación del paciente, que, a su vez, está influenciado por los familiares, la sociedad en general y el volumen del trauma psicológico del paciente.
2. Posibilidad de acceso a atención médica; es evidente que en muchas áreas remotas, y hay algunas de ellas en India, África y Australia, no hay médicos, y las personas, en general, no se preocupan por su color cuando hay muchas enfermedades más graves que tratar. Echemos un vistazo a algunos informes de diferentes partes del mundo.

ÁFRICA: en Nigeria, la tasa cotizada es del 6% para el período de 1980 a 1983. Aproximadamente el 70% tenía menos de 30 años. Nuevamente en Nigeria, en 1985 - 1998, Benin City, solo el 3.2% de los 351 casos dermatológicos, eran vitíligo.

INDIA. El primer estudio exhaustivo se realizó en Calcuta por Das et al., Y encontraron una tasa de prevalencia de 1: 1000 en 15.685 pacientes. En Saurashtra se dijo que era del 2% en 400 pacientes de piel. Al mismo tiempo, otro autor da una prevalencia de 1.13% en Surat. En Pondicherry la prevalencia se cita como 2.6%. Shajil dice: "La incidencia del vitíligo es del 0,5 al 2,5% en la India, con una alta prevalencia del 8,8% en los estados de Gujarat y Rajastán".

BANGLADESH. Khan tiene razón al decir que la incidencia del vitíligo varía de un país a otro; La prevalencia en su país es del 0,4%.

KUWAIT. Mientras analizaba a 10.000 pacientes, Nanda descubrió que el vitíligo es bastante bajo comparado con la dermatitis atópica.

COREA. Ahn investigó a pacientes coreanos con vitíligo y voluntarios sanos coreanos. En comparación con los controles normales, los pacientes con un color de piel más claro tenían una prevalencia mucho más baja que aquellos con un tipo de piel "más oscura".

ARABIA SAUDITA. Un artículo cita una prevalencia del 5%.

EUROPA. Un estudio realizado en personas mayores en el norte de Europa reveló que el vitíligo tenía una prevalencia del 1,2% frente al 2,9% de la psoriasis. Hace unos años un autor dijo que había 500.000 casos de vitíligo en todo el Reino Unido. En Dinamarca, de los 47.033 casos examinados, la prevalencia de vitíligo fue del 0,38%.

## Capítulo 4. Edad de inicio de la enfermedad.

La edad de inicio de la enfermedad también ha sido objeto de muchos artículos. Aquí nuevamente la observación hecha al principio del capítulo es válida. Cito solo algunos autores.

Se ha reportado inicio al nacimiento. Handa reporta la edad media de 25 años. Cho dice que la edad media de inicio es de 5,6 años. Prcic da la edad media de 7 años. Handa, en su estudio con 182 pacientes ancianos, encontró la edad promedio de 55 años. Bleheen, en el Reino Unido, dice que está presente antes de los 20 años, y esto se ha convertido en una especie de leitmotiv con otros autores, que lo siguen citando. Sin decir si ellos mismos han hecho una encuesta en su país o no.

Tengo 4 casos de inicio al nacer, 8 casos de pacientes de 80 años y un paciente de 97 años.

De todos estos documentos, que, en muchos casos, son representativos de un pequeño número de pacientes, concluimos, de una manera más práctica y pragmática, diciendo que la enfermedad puede comenzar a cualquier edad; en mi serie la incidencia más alta está en el grupo de edad de 20-30.

Un análisis detallado de mis datos muestra un crescendo para las mujeres hasta la edad de 17 años, después de lo cual la prevalencia del paciente masculino supera a la femenina. En resumen, el sexo, la religión y el estatus socioeconómico no parecen tener ninguna influencia. La ocupación, en algunos pacientes, es un factor precipitante, como veremos más adelante.

## Capítulo 5. Incidencia familiar.

Los estudios del autor italiano Frati son de gran interés: ha encontrado una incidencia familiar.

Alkhabeet escribe sobre la familia en un patrón no mendeliano que sugiere

herencia multifactorial y poligénica. Algunos autores indios dicen que es tan alto como 13.8%, mientras que otros lo sitúan en 2.55% (Apte en Mumbai). ¡Una diferencia tan considerable!

En los años 1930 y 1940 se sostuvo que el vitíligo no es hereditario. Los autores más recientes creen que existe una fuerte relación familiar.

Sin embargo, la mayoría de los autores modernos han sacado sus conclusiones basándose en una muestra pequeña y la limitada a un área geográfica o comunidad en particular. Hay un informe en la literatura médica del vitíligo presente en dos gemelos dióvulares (= gemelos falsos). Además, hay una aparición registrada de una variedad diferente de vitíligo en dos gemelos uniovulares (= gemelos verdaderos). Hay casos de gemelos uniovulares en los que solo uno de los hermanos fue afectado por el vitíligo. Recientemente me he encontrado con dos gemelos varones uniovulares de 12 años; solo uno de ellos tiene vitíligo y el otro, incluso 3 años después, no muestra ningún signo de vitíligo; y otro ejemplo de dos mellizas uniovulares: solo una de ellas tiene vitíligo desde 2 años. Alkhabeet dice que existe un cierto componente genético, pero la concordancia de vitíligo en gemelos

monocigóticos es solo del 23%, lo que indica que un componente no genético también juega un papel importante". Neumeister informa sobre un caso de vitíligo que se desarrolló en un hombre de 50 años 9 meses después del trasplante de su hermana que había tenido esta enfermedad durante varios años. Hay autores que creen que el vitíligo infantil se asocia principalmente con la historia familiar.

Mi serie, que es representativa de casi todos los Estados de la India, y unos pocos cientos de otras partes del mundo (Arabia Saudita, Dubai, Mascate, Sudáfrica, Italia, el Reino Unido y los Estados Unidos) muestra una baja incidencia familiar. De hecho culmina en 2,94%, lo que es incluso más bajo que la prevalencia citada en la población general en ciertas partes de la India. Sin embargo, me adhiero a la opinión de la predisposición congénita, que no es necesariamente genética, o si es genética, tiene que ser una herencia poligénica, como lo sugieren Alkhabeet y otros autores.

## Capítulo 6. Factores precipitantes.

Un gran número de pacientes afirman que la enfermedad apareció, o se diseminó, desde un pequeño parche hasta un patrón amplio, después de un estrés físico y / o mental grave. Estos se denominan 'factores precipitantes', porque no son la causa de la enfermedad, sino que inducen su desarrollo. El estrés, en este caso, no puede considerarse como la "causa" de la enfermedad, sino más bien un factor contribuyente o un "factor precipitante".

La lista de factores precipitantes es larga y se puede dividir en cuatro secciones, tales como:

- 1) Fisiológico
  - a) Menarquia o primera aparición de menstruaciones. Esto podría justificar una alta incidencia en las jóvenes.
  - b) Embarazo, parto y menopausia. En todos estos casos, el cuerpo femenino sufre estrés y, además, hay ciertos cambios hormonales. Se sabe que los estrógenos aumentan el color de la piel; La disminución del nivel de estas hormonas, como ocurre durante la menopausia, podría explicar el aumento de la tasa de parches de vitíligo en mujeres menopáusicas.

## 2) Patológico

a) Parásitos, como Helmintos, Amoeba y Giardia Lamblia. Es bastante evidente que los parásitos intestinales alteran el funcionamiento normal del sistema digestivo.

b) Bacterias y hongos. Muchas niñas con vitíligo vaginal tienen antecedentes de una infección por hongos llamada candidiasis. Lo mismo ocurre en el caso del vitíligo del pene. Se sabe que el vitíligo es una consecuencia de la tiña versicolor (otra infección por hongos), que interfiere con la melanogénesis.

c) Enfermedad viral. Tengo varios casos en los que el vitíligo se desarrolló en pacientes previamente afectados por Herpes Zoster. Hay algunos pacientes que han desarrollado un parche blanco en sus labios después del Herpes labial.

d) Fiebre tifoidea, malaria, ictericia. Estas enfermedades son estresantes hasta el punto de que no es sorprendente que

surjan otras enfermedades como consecuencia de estas importantes alteraciones corporales.

e) Se han encontrado gastritis crónica y bajo nivel de ácido gástrico en algunos pacientes. Aquí también podemos ver la absorción deteriorada de elementos importantes y vitales.

f) Hepatitis. La relación no está clara, aunque hay autores que creen que la evidencia es convincente. Hace unos años conocí a un médico general que logró buenos resultados en el control del vitíligo (si no se curó) al usar Essentiale, un protector hepático.

g) Tiropatías. Esto, en teoría, puede empeorar el vitíligo, como se ha explicado anteriormente.

## 3) Factores psicológicos.

La muerte de la persona más querida, la pérdida del trabajo y / o la infelicidad familiar son estresantes, a menudo hasta el extremo. En este caso, las interleucinas están involucradas y algunas aclaraciones se darán más adelante.

El papel del estrés ha sido destacado por varios autores, sin embargo, todavía no hay consenso. Algunos de ellos dicen que el estrés puede alterar el sistema inmunológico y, por lo tanto, desempeña un papel importante en la precipitación de enfermedades autoinmunes en pacientes predispuestos a ellos. Fisher informa sobre un caso de vitíligo como consecuencia de la persecución.

Varios autores han informado sobre la mala calidad de vida en pacientes con vitíligo. Es evidente que el vitíligo, o cualquier otra enfermedad desfigurante, tendría un cierto impacto en la vida del paciente. Esto es más así en individuos de piel oscura, donde cualquier parche de vitíligo brilla como una estrella; En la India hay un problema más: la gente común confunde el vitíligo con la lepra y esto agrega cierta cantidad de miedo, porque la lepra es una "maldición de Dios". He visto a chicas jóvenes obligadas a divorciarse debido a esta enfermedad, y he visto a jóvenes contemplando el suicidio porque no podían encontrar un compañero de vida.

## 4) Vitíligo inducido químicamente

Se puede culpar a una serie de productos químicos por causar y / o precipitar un parche de Vitíligo en un paciente que tiene una disposición a la enfermedad. El vitíligo debido al butilfenol para-terciario se informó en 1971 en el Hospital de Dermatología de St. Johns en Londres y poco después en Alemania por Rodermund, quien informó sobre el vitíligo asociado con hepato y esplenomegalia y bocio en tres pacientes que trabajaban en una fábrica que producía butilfenol para-terciario. . A partir de ese momento, varios autores han encontrado una relación



causal entre una forma de vitiligo químico indistinguible del vitiligo vulgar y el butilfenol para-terciario.

Se ha informado que varios tintes causan vitiligo, como:

1. Azo tinte en Alta; Alta es una solución de color rojo escarlata utilizada por las mujeres indias como colorante cosmético para sus pies.

2. Tinte para el cabello.

3. Caucho, en varias industrias, ensambladores de neumáticos, en particular, ya que a menudo usan un antioxidante para el caucho. El calzado de goma también ha sido culpado por el vitiligo químico. En estos casos, los productos químicos han sido identificados como aceleradores alergénicos típicos en zapatos de goma para niños, botas de goma para damas y zapatos de lona para mujeres. "Chappals" de goma y plástico son una causa conocida de vitiligo en la India.

Por lo tanto, una posibilidad de desarrollo del vitiligo en el pene puede deberse, en parte, a los condones de goma, al menos en pacientes predispuestos al vitiligo.

Lo mismo puede decirse sobre el contacto con monederos de plástico y marcos de vidrio de plástico.

4. Aldehído cinámico en la pasta de dientes y el adhesivo utilizado para pegar Bindi. Resina epoxi en materiales acrílicos dentales. El níquel da lugar a dermatitis de contacto manifestada como vitiligo.

5. Una gran cantidad de drogas se han asociado con el vitiligo:

- a) Cloroquina.
- b) Hidroquinona, presente en el revelador fotográfico, y monobenzona.
- c) Alfa-interferón, utilizado en el tratamiento de la hepatitis C activa.

d) Incluso se ha culpado a los corticosteroides y es una experiencia común. Tengo 19 casos de vitiligo químico desarrollados después del uso extenso y prolongado de la crema Betnovate.

e) Levodopa utilizada en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson.

f) Los fármacos bloqueadores beta (como el atenolol) pueden exacerbar el vitiligo

h) Inhibidores de la bomba de protones, como el Lansopran, utilizados para tratar problemas gástricos.

Vitiligo inducido por el cloro no es una rareza. El cloro se encuentra en exceso en piscinas que no están científicamente purificadas y mantenidas; Tengo tres niñas y dos niños- sin antecedentes familiares de vitiligo - que atribuyen claramente el desarrollo de vitiligo a la piscina utilizada diariamente durante 2-3 meses. Un paciente mío atribuyó su vitiligo de labios a Alum, ¡que se utiliza para limpiar los dientes!

El alumbre se usó como base en los blanqueadores de la piel a fines del siglo XVI.

Ghosh et. al. han realizado recientemente un estudio interesante y detallado de algunos de los químicos que causan la leucodermia y las personas en riesgo. Enumeran entre otros: tintes para el cabello, desodorantes / perfumes, adhesivos (bindi), sandalias de goma, medias / zapatos negros, delineadores de ojos, delineadores de labios, condones de goma, barras de labios, peluches, pasta de dientes e insecticidas.

Los artículos más comunes y de uso general incluyen:

Guantes de goma	12%
Lubricantes y aceites de motor	6,8%.
Detergentes	5.3%
Tinta de impresión	3.6%
Agentes químicos de laboratorio	1,5%

Todos los dermatólogos de la India se han encontrado con un parche de vitíligo localizado en el seno izquierdo de algunas mujeres: a menudo las damas esconden sus bolsos de dinero en el sujetador. El vitíligo debido a Bindi (el bello lugar que a las damas indias les gusta usar en la mitad de la frente) es una experiencia común, y cuando se les dice a los pacientes que lo eviten, no todas están de acuerdo. Debido a la presión de familiares y suegros, las jóvenes casadas en Maharashtra tienen que usar un Bindi.

Los pacientes a menudo preguntan: "¿Cuándo voy a dejar de ver aparecer nuevas manchas blancas?" Bueno, es

difícil predecir el curso de esta enfermedad; en un buen número de pacientes, como he notado, la enfermedad continúa durante 3-4 años y luego se estabiliza, con uno o dos parches persistentes y la desaparición de los demás, pero hay pacientes en quienes la enfermedad tiene ciertos períodos de estabilidad y luego de repente comienza a aumentar. Y hay pacientes, muy pocos, que gradualmente se vuelven blancos de manera gradual e inevitable, algunos de ellos de blanco de porcelana, otros de color blanco similar al de la piel caucásica. El curso natural del vitíligo es impredecible.

## Capítulo 7. Tratamiento y manejo. Introducción

Tratar el vitíligo no siempre es fácil y, a veces, es un "arte". Es muy exigente para el médico tratante, el paciente y su familia. Tanto el paciente como el médico tienen que apreciar la dificultad, ya que esta enfermedad es compleja, al igual que su tratamiento, aunque se parece a una enfermedad, en realidad hay varias formas de la misma enfermedad y deben ser tratadas de manera diferente. No es solo una cuestión de tabletas y cremas, también se necesita apoyo moral y psicológico, así como la voluntad y la confianza por parte del paciente de que la cura es posible.

Nada mejora la moral del paciente como algunos cambios rápidos. Si el paciente no ve ningún cambio notable después de

2-3 meses de terapia, él / ella va a desanimarse e interrumpir la terapia.

Como hay varias formas de la enfermedad, el tratamiento no puede ser uniformemente igual; El rostro y las manos humanas no pueden tratarse con las mismas cremas, como veremos más adelante.

El vitíligo requiere mucha motivación en el paciente porque el tratamiento a veces es largo y exigente; La exposición al sol no siempre es posible, en particular en las mujeres, y, por lo tanto, falta el componente principal del tratamiento. Las restricciones dietéticas no siempre son posibles, especialmente para aquellos que viven en un albergue o en un internado.

## Capítulo 8. Tratamiento y manejo.

En primer lugar, echamos un vistazo crítico a los distintos tipos de tratamiento y, a continuación, expresaré mi opinión y haré algunas sugerencias.

1. Los esteroides. Se han sugerido local u oralmente. Los esteroides solos no son curativos, se usan solo para un propósito: detener la inflamación, que a menudo

está presente en el vitíligo, y suprimir los anticuerpos (si están presentes), pero tomados solos no curan la enfermedad. Sin embargo, los esteroides junto con mi tratamiento han dado buenos resultados como describiré más adelante. Los esteroides aplicados como cremas / lociones dan buenos resultados, pero no se pueden usar por mucho tiempo debido a sus efectos secundarios como adelgazamiento de la piel, estrías, etc.

2.PUVA. PUVA significa Psoraleno + luz Ultravioleta A, mientras que PUVASOL significa Psoraleno + luz del sol. Los psoralenos han sido utilizados, en India, por el-Mofty, los médicos ayurvédicos desde tiempos inmemoriales. A finales de la década de 1950, los dermatólogos estadounidenses comenzaron a usar psoralenos y pronto se dieron cuenta de que los efectos beneficiosos de los psoralenos aumentaban al exponer al paciente a la luz solar durante 15-20 minutos después de la ingesta de una tableta de psoraleno. PUVA tiene algunos efectos secundarios comunes y algunos raros. Los efectos secundarios comunes incluyen daño hepático y cataratas.

## SUGERENCIA PARA TRATAR VARIAS ÁREAS DEL CUERPO

Cara: conviene aplicar butirato de hidrocortisona 0.1% a la mañana, seguido por exposición a la luz solar y también a la hora de dormir. Es bueno tanto en niños como en adultos. Si esto no funciona, puede probar TACROLIMUS 0.1% (no 0.03%) por la mañana más luz solar y nuevamente a la hora de dormir.

Cuello: aconsejo lo mismo que lo de arriba.

Cuerpo: Daivonex y UVB suelen dar buenos resultados. También se puede probar Tacrolimus con NBUVB.

## TRATAMIENTO

Después de intentar, durante años, psoralenos y otras modalidades, con decepción, fui en busca de otras formas de tratamiento. En 1983 conocí los estudios de Frati, quien propuso la teoría del "trastorno metabólico" y mostró la importancia de la vitamina B6 en el vitíligo. Al mismo tiempo, llegué a saber que en un hospital de lepra en Andhra Pradesh, estaban usando dapsona para el tratamiento de la lepra.

La importancia del cobre, como componente de la enzima tirosinasa, y del hierro, ha sido destacada por muchos autores. Un investigador, Prota, ha escrito extensamente sobre el papel de la peroxidasa. Reuniendo toda esta información e ideas, elaboré un protocolo, que está incluido en mi libro y que ahora está disponible para mí, pero pronto también se podrá comprar a través de Internet.

Brazos: Clobetasol junto con ácido salicílico al 4% puede dar buenos resultados, pero no debe utilizarse durante más de 2 a 3 meses. Los resultados son mejores con NBUVB junto con Clobetasol.

Los dedos de las manos y los pies son difíciles de tratar, pero todavía estoy trabajando en ello y espero darle una modalidad de tratamiento diferente pronto: en unos 3-4 meses podré ofrecerle un tratamiento efectivo para estas áreas difíciles. La cirugía es el último recurso.

Prefiero el injerto de piel libre, que da resultados buenos / aceptables. El injerto de punción ha demostrado ser bueno, si el área es pequeña, pero no es bueno para parches grandes y, en cualquier caso, los resultados dependen mucho de la experiencia y la capacidad técnica del cirujano.

## Observaciones finales

La patogenia del vitíligo sigue siendo un enigma a la espera de su solución.

Investigaciones recientes demostraron lagunas en cada una de las hipótesis propuestas hasta ahora. Por lo tanto, se necesita una teoría unificadora que tenga en cuenta las hipótesis más antiguas y los hallazgos contemporáneos sobre el papel de las células T, las citocinas, las células de Langerhans y otros factores. El vitíligo segmentario probablemente representa una forma localizada; El vitíligo químico es una entidad en sí misma, y también lo es el vitíligo palmo-plantar, tan a menudo observado en la India.

El tratamiento debe estar dirigido a corregir el trastorno más que a "broncear la piel". Durante todos estos años, más o menos 24, probé una gran cantidad de terapias y finalmente tomé mis decisiones y completé mi protocolo; Pero todavía estoy abierto a nuevas sugerencias. Con mi protocolo, los resultados son excelentes en aproximadamente el 80% de los pacientes, siempre que sigan todas las instrucciones, incluida la exposición al sol.

Hay algunos fallos, como en cualquier rama de la medicina. Hay pacientes que no parecen responder a ninguna terapia y esto es un inconveniente que nos estimula a continuar nuestro estudio y probar nuevas vías. Es un hecho que, aunque la enfermedad parece ser la misma, hay ciertas variedades, como las

La transferencia de melanocitos, ya sean melanocitos cultivados o no, es una buena opción, pero no es barata, se requiere un laboratorio, así como personal especializado.

segmentarias y las palmo-plantares, que requieren un tratamiento diferente.

La cooperación del paciente y su voluntad de curar es extremadamente importante. Puedo decir que hoy hay miles de pacientes que han tomado mi tratamiento fielmente y están totalmente curados. Entonces, hay una esperanza, hay un tratamiento; Tanto los pacientes como los médicos deben estar dispuestos a seguir las instrucciones religiosamente y "ser pacientes" ... no hay curas milagrosas. La cirugía, relacionada con el vitíligo, es un desarrollo interesante y muchos dermatocirujanos intentan mejorar los procedimientos antiguos, mientras exploran nuevos caminos. Hoy en día, los dermatocirujanos tienen una amplia variedad de procedimientos, pero se requieren capacitación, experiencia y equipo apropiado (para algunos procedimientos) para lograr buenos resultados. Sin embargo, cuando todo está dicho y hecho, la cirugía no es la primera opción, y esto debe ser claro para el médico y explicado al paciente. He visto, a lo largo de los años, que el tratamiento médico, en aquellos pacientes que responden a él, da los mejores resultados en la combinación de colores, que la cirugía apenas puede lograr. Es por eso que, cuando los pacientes acuden a mí para solicitar una intervención quirúrgica, insisto en intentar primero un abordaje médico. Si, después de 6 meses más o menos, el tratamiento médico no da ningún resultado significativo, solo entonces sugiero una cirugía.



## **Acerca del Prof. Torello Lotti, MD**

Prof. Lotti es profesor titular y presidente de la División de Dermatología y Venereología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Florencia, Florencia, Italia.

Se graduó en Medicina y Cirugía cum laude en 1978 en la Escuela de Medicina de la Universidad de Florencia, Florencia, Italia. Completó residencias en Dermatología y Venereología (cum laude) en 1981 en la misma escuela. Se graduó en 1983-84 como Médico Residente en el Instituto de Dermatología, Londres, Reino Unido. Actualmente es Profesor Titular de Dermatología, Departamento de Área Quirúrgica Crítica, Universidad de Florencia, Italia, y Presidente, Programa de Residentes en Dermatología, Universidad de Florencia, Italia.

Los campos de sus principales investigaciones científicas son Neuropeptidos, Vitiligo, Vasculitis, Psoriasis, Dermatología Cosmética, Fisioterapia Dermatológica.

Es visitante en: Thomas Jefferson University, Filadelfia (PA, EE. UU.), Charles University (Praga, República Checa), Bowman Gray University (NC, EE. UU.), University of Louisville (KY, EE. UU.), Medical University of South Carolina (SC), ESTADOS UNIDOS).

Sus actividades pasadas en el servicio de Dermatología han sido numerosas, entre las que se encuentran: ex presidente de la Sociedad Italiana de Dermatología y Venereología (SIDeMaST, 2009-2010) y ex presidente de la Sociedad Internacional de Dermatología (ISD, 2009-2010).

Presidente de la Sociedad Europea de Dermatología Estética y Estética (2003-2004)

Editor en jefe de la Revista de la Academia Europea de Dermatología y Venereología (1992-2002)

Presidente del 13º Congreso de la Academia Europea de Dermatología y Venereología (2004)

Presidente del Foro del Congreso de la Academia Americana de Dermatología (1999-2006)

Editor en Jefe, "Psoriasis", 2006-

Redactor en jefe de la sección "Terapia dermatológica" de Giornale Italiano di Dermatologia and Venereologia (2010-2020)

En cuanto a las publicaciones científicas, es autor de 1054 artículos (393 artículos revisados por pares, 288 capítulos de libros, 363 resúmenes).

\*\*\*

*Toda la información está destinada solo para su conocimiento general y no es un sustituto del asesoramiento o tratamiento médico para afecciones médicas específicas. Debe buscar atención médica inmediata para cualquier problema de salud específico y consultar a su médico o profesional de la salud. Se advierte a los usuarios que no cambien ningún aspecto de su tratamiento, dieta o estilo de vida basándose en esta información sin consultar primero a un médico registrado. VRF no ofrece ninguna garantía en cuanto a la fiabilidad, exactitud, puntualidad, utilidad o integridad del contenido, que refleja la opinión personal de los autores.*



## Acerca del Prof. Antonio Salafia, MD

El Prof. Antonio Salafia se graduó de la Facultad de Medicina St. John's en Bangalore y poco después llegó a Mumbai para trabajar ad honorem, en una ONG dedicada a los pacientes de lepra. En Bombay estudió, durante 4 años, Dermatología con el Prof. Rui J. Fernández y Cirugía plástica con el Dr.J.Shah. En 1983 fue al Istituto Dermatopatico dell'Immacolata, en Roma, para una pasantía en Dermatología avanzada. Allí se puso en contacto con el Dr. C. Frati, quien le transmitió su experiencia con Vitíligo. En 1981, el Centro Dermatológico Vimala (VDC) inició la cirugía reconstructiva para pacientes con lepra; El profesor Salafia se unió como asistente del Dr.J.Shah. Nuevamente en 1984, estuvo en Italia estudiando cirugía de mano, bajo el Prof. E. Morelli, y microcirugía con el Prof. G. Brunelli. A su regreso, continuó su trabajo como cirujano asistente en VDC. Cuando el Dr. Shah se retiró de VDC, el Prof. Salafia asumió el cargo de cirujano reconstructivo, mientras desempeñaba sus funciones como dermatólogo. VDC es, ante todo, un centro de referencia para pacientes con lepra.

A lo largo de los años, el VDC se ha hecho famoso en Mumbai y sus alrededores por su Skin-OPD y fue aquí donde el profesor Salafia comenzó a experimentar con nuevas cremas y lociones para el vitíligo; gradualmente, el protocolo, basado en Dapsona, Vitamina B6, Ácido Fólico, fue refinado y ahora, durante los últimos años, este es el tratamiento estándar para el Vitíligo en VDC.

\*\*\*

*Toda la información está destinada solo para su conocimiento general y no es un sustituto del asesoramiento o tratamiento médico para afecciones médicas específicas. Debe buscar atención médica inmediata para cualquier problema de salud específico y consultar a su médico o profesional de la salud. Se advierte a los usuarios que no cambien ningún aspecto de su tratamiento, dieta o estilo de vida basándose en esta información sin consultar primero a un médico registrado. VRF no ofrece ninguna garantía en cuanto a la fiabilidad, exactitud, puntualidad, utilidad o integridad del contenido, que refleja la opinión personal de los autores.*





# 25 de Junio

Más de 100 millones de personas padecen diariamente esta enfermedad de la piel, pero no hay cura a la vista. Si nos centramos en los esfuerzos de colaboración, podemos acercar ese número a cero.

Tome medidas hoy e inste al Secretario General de la ONU a priorizar los esfuerzos multilaterales en salud y educación para esta enfermedad desatendida.

Por favor vaya a  
**25June.org**  
y firma la petición

Patrocinado por la Fundación VR, apoyado por la Academia Mundial de la Salud