

Vitiligo: aspectos clínicos y epidemiológicos

Vitiligo: clinical and epidemiological aspects

Jenny Valverde¹, Miguel Ángel Grados².

RESUMEN

El vitiligo es una enfermedad adquirida de la piel, caracterizada por ausencia de melanocitos funcionales provocando máculas despigmentadas y afecta aproximadamente al 1% de la población. La causa no se conoce y los tratamientos actuales no son del todo satisfactorios.

Objetivo: Describir algunas características clínicas y epidemiológicas en pacientes con vitiligo diagnosticados en el Hospital Regional Docente de Trujillo entre enero de 1994 y diciembre de 2003.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se evaluaron la frecuencia, sexo, edad de inicio, edad en que se hizo el diagnóstico, duración, localización de las lesiones iniciales, sitios comprometidos, modo de inicio y procedencia.

Resultados: Se encontró una frecuencia de 1.5%. El 47.9% fueron hombres y 52.1% mujeres con una relación hombre/mujer de 0.92. La edad de inicio promedio fue de 23.9 años. La edad promedio en que se hizo el diagnóstico fue 26.1 años. La duración promedio de la enfermedad fue de 2.4 años. El modo de inicio fue unicéntrico en el 60.6% siendo el sitio más frecuente la cara (31.2% de las lesiones iniciales). El 22.9% de las lesiones totales se encontraron en las extremidades superiores. Al momento de la consulta el 46.7% de los pacientes presentaba al menos una lesión en la cara. El 42.6% de pacientes procedía de Trujillo.

Conclusiones: Los datos encontrados son similares a los de otras poblaciones; se proporcionan las bases para futuros trabajos.

Palabras clave: Vitiligo; Hipopigmentación.

SUMMARY

Vitiligo is an acquired disorder of the skin represented by the absence of functional melanocytes causing depigmented maculae and affects approximately 1% of the general population. Cause is unknown and actual treatments are not enough satisfactory.

Objective: To analyze some clinical and epidemiological features of patients with vitiligo diagnosed at Regional Hospital of Trujillo between January 1994 and December 2003.

Methods: This is a descriptive and retrospective study. It was evaluated frequency, sex, age at onset, age at initial visit, duration, site of the initial lesion, involved sites, mode of onset and procedence.

Results: The frequency was 1.5%. 47.9% were male and 52.1% female. The mean age of onset was 23.9 years old. The mean age at the first visit was 26.1 years old. Duration of disease was 2.4 years. Onset mode was uniceentric in 60.6% and the most common site was face (31.2% of initial lesions). 22.9% of the total lesions were found in upper limbs. At moment of visit, 46.7% of patients had al least one lesion in face.42.6% of patients were from Trujillo.

Conclusions: The findings are similar to other reports; this study gives a basis for future researchs.

Key words: Vitiligo; Hypopigmentation.

1 Médico Jefe de Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo.

2 Médico Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.

Correo electrónico: jennyvalverde@speedy.com

INTRODUCCIÓN

El vitiligo es un trastorno caracterizado clásicamente por despigmentación cutánea debido a ausencia de melanocitos funcionales, células encargadas de la producción del pigmento¹, causada por la destrucción de los mismos, originando las máculas despigmentadas, particularmente en áreas como cara, axila y zonas expuestas que son normalmente hiperpigmentadas²⁻⁵. Sin embargo, la destrucción de las células pigmentarias no se limita a la piel sino que también puede afectar melanocitos dentro de la coroides y el epitelio pigmentario de la retina⁶.

Como se sabe, el color de la piel depende de la hemoglobina, carotenoides y el pigmento melanina que es sintetizada en los melanosomas, siendo este proceso modulado por una serie de hormonas⁷. La melanina producida en los melanosomas por los melanocitos, es donada de las dendritas melanocitarias a los queratinocitos vecinos⁸, tras el estímulo de la luz ultravioleta, que sería mediado por la estimulación de la alfa-MSH.

En algunos casos se presenta una repigmentación espontánea o tras tratamiento, sobre todo cuando no está afectado el bulbo piloso, ya que es la fuente de nuevos melanocitos^{5,6,9}, debido a que los melanocitos en los folículos suelen estar protegidos de los procesos lesivos que afectan a la piel interfolicular⁹.

La prevalencia de esta enfermedad en los Estados Unidos se ha estimado en 1% de la población^{2,3,9}, y en algunas poblaciones europeas es menor², mientras que por otro lado hay trabajos que reportan hasta el 4.5%¹⁰. Usualmente empieza en la niñez o en la juventud y aproximadamente en el 50% de los pacientes, la enfermedad empieza antes de los 20 años^{2,3,8,11,12}, reportándose inclusive mayor prevalencia en niños menores de 10 años¹³. En general se reportan más afectadas las mujeres^{10,14-20}, aunque esto podría estar sujeto a que son las mujeres quienes más acuden a consulta por factores cosméticos.

La característica distintiva del vitiligo es el desarrollo de máculas hipopigmentadas que luego pueden volverse totalmente despigmentadas en piel, mucosas y cabello^{3,6}, y en promedio se hace el diagnóstico entre los 24 años¹⁶ y 33 años¹⁵. En poblaciones orientales generalmente tiene su inicio en único sitio y con tendencia a progresar y aumentar su extensión¹⁹, pero también se reporta una localización permanente²¹.

La complicación más obvia es el impacto psicosocial grave. Se afectan las relaciones con la pareja, amigos y familiares. Las máculas blancas en cara y manos deterioran de manera importante la habilidad de los pacientes para interactuar con otros²², además se suma a ello el fracaso terapéutico que se da en la mayoría de casos.

Debido a que gran parte de los estudios son realizados en grupos étnicos distintos nos proponemos identificar las

características clínicas y epidemiológicas del vitiligo en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, aportando criterios diferentes o adicionales para la investigación de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es de carácter retrospectivo y descriptivo. La población incluyó a todos los pacientes con diagnóstico clínico de vitiligo atendidos en el consultorio externo de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo, entre el 01 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 2003.

Criterios de inclusión: Todas las historias clínicas de pacientes diagnosticados clínicamente por primera vez con vitiligo en el consultorio externo de Dermatología. Criterios de exclusión: Historias clínicas incompletas y/o extraviadas.

La captación de la información fue realizada directamente por los investigadores. La fuente de información inicial la constituyeron los libros de registro diario de pacientes nuevos del consultorio externo de Dermatología, de los cuales se obtuvieron 622 historias clínicas. Luego se revisaron dichas historias clínicas en el archivo del servicio de estadística del Hospital Regional Docente de Trujillo, recolectando los datos según los objetivos del estudio. De las 622 historias clínicas, 26 se encontraban extraviadas y 35 con datos incompletos, quedando aptas para el presente estudio 561 historias.

Los datos fueron procesados y los resultados reportados en tablas estadísticas de simple y doble entrada, con frecuencias simples y porcentuales y medidas de tendencia central y de dispersión. Además se empleó la prueba de chi cuadrado de independencia de criterios para averiguar alguna asociación entre las variables del estudio y la prueba de diferencia de proporciones para analizar si dos proporciones de una misma variable diferían entre sí de manera significativa. Se consideró como significativo un valor $p < 0.05$.

RESULTADOS

En el período de estudio se registraron 622 casos de vitiligo diagnosticados en el Hospital Regional Docente de Trujillo. En general, los pacientes con vitiligo representan el 1.5% de los diagnósticos atendidos. Se observa una tendencia creciente del número de casos diagnosticados por año, con un máximo de 90 casos el año 2001; sin embargo la proporción de pacientes con vitiligo en relación al total de pacientes atendidos tiende a mantenerse estable (**Gráfico 1**).

El promedio de edad de inicio de la enfermedad fue de 23.9 ± 16.2 años, no habiendo diferencia significativa entre hombres (24.3 ± 16.2) y mujeres (23.5 ± 16.3). El caso de menor edad registrado fue de 4 meses, mientras que el de

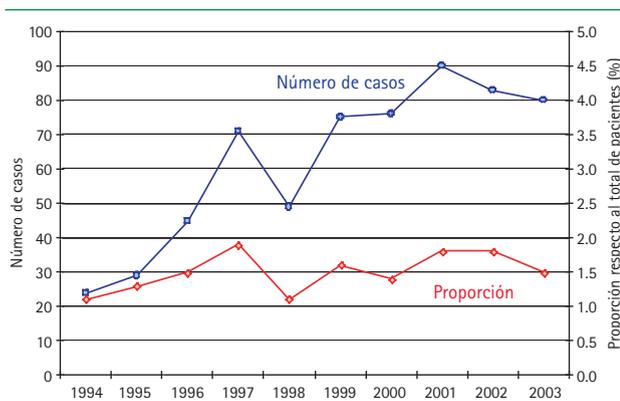


Gráfico 1. Frecuencia de pacientes con diagnóstico clínico de vitiligo. Hospital Regional Docente de Trujillo, 1994-2003.

mayor edad de 71 años. El promedio de edad de diagnóstico de vitiligo fue de 26.1 ± 16.6 años, tampoco se observó diferencia significativa entre hombres (26.2 ± 16.5) y mujeres (26.1 ± 16.8). El caso de menor edad de diagnóstico registrado fue de 8 meses, mientras que el de mayor edad de 78 años.

En cuanto a la duración de la enfermedad antes del diagnóstico, el promedio fue de 2.4 ± 4.9 años (2.3 ± 4.5 en hombres y 2.6 ± 4.6 en mujeres), con un rango entre dos días y 50 años. En este caso se evidenció una diferencia significativa al reagrupar los tiempos por género ($p=0.032$) (Gráfico 2).

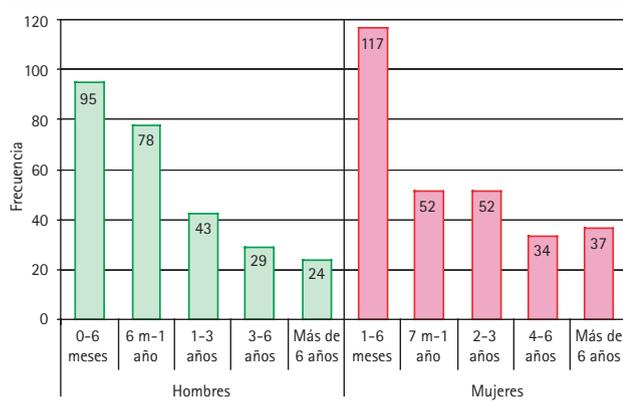


Gráfico 2. Duración de la enfermedad en pacientes con vitiligo según género. Hospital Regional docente de Trujillo, 1994-2003.

El modo de inicio de la enfermedad fue principalmente unicéntrico (60.6%) comparado con el modo multicéntrico (39.4%). No hubo diferencias entre hombres y mujeres en la forma de inicio (61.3% de hombres y 59.9% de mujeres iniciaron de forma unicéntrica la enfermedad), ni tampoco según grupos de edad.

Las localizaciones iniciales de las lesiones más frecuentes fueron la cara (31.2%), las extremidades superiores (22.9%) y extremidades inferiores (19.7%). Menos frecuentes fueron las localizaciones en genitales (7.3%), cuello (7.1%), tórax/abdo-

men (6.5%) y cabeza (5.3%). Al comparar la localización inicial entre géneros, hubo diferencia significativa en cara (24.2% en hombres y 37.7% en mujeres, $p<0.01$), extremidades inferiores (24.8% en hombres y 14.9% en mujeres, $p<0.05$) y genitales (10.9% en hombres y 4.0% en mujeres, $p<0.05$).

Al analizar las regiones anatómicas que el paciente presentaba con compromiso de la enfermedad en general, las localizaciones más frecuentes fueron la cara (46.7%), las extremidades superiores (41.0%) y extremidades inferiores (37.4%). Menos frecuentes fueron las localizaciones en cuello (21.9%), tórax/abdomen (20.1%), genitales (13.6%) y cabeza (11.4%). Al comparar el compromiso anatómico entre géneros, hubo diferencia significativa en cara (40.9% en hombres y 52.1% en mujeres, $p<0.01$), cuello (18.2% en hombres y 25.3% en mujeres, $p<0.05$) y genitales (20.1% en hombres y 7.5% en mujeres, $p<0.01$).

La procedencia de los pacientes fue principalmente de los distritos de Trujillo (42.6%) y La Esperanza (19.1%), de otros distritos procedió el 13.2% de los pacientes. De otras provincias fue el 16.7% de pacientes y de otras regiones fuera de Trujillo el 8.4%.

DISCUSIÓN

Se registraron 622 historias clínicas en los últimos 10 años, representando el 1.5% de los diagnósticos atendidos, no encontrándose mayor variación en la proporción presentada de un año a otro, a pesar de un aumento en el número absoluto de casos. Esta proporción es similar a la reportada para la población general^{2,3,6}, aunque se encuentran diferentes datos como los de un trabajo realizado en Martinique en una población afro-europea, que presenta una frecuencia de 0.34% en 2074 pacientes (la más baja reportada)¹⁴, los de Onunu²³ en Africa con 3.2% de los pacientes nuevos y los de Somorin¹⁸ en Arabia que reportó una frecuencia de 2.78%. En estudios epidemiológicos²¹ que analizan antecedentes familiares se logra alcanzar una elevada frecuencia de la enfermedad (6.1%) sugiriendo un componente genético en la patogénesis de la enfermedad.

El 52% fueron mujeres, lo que concuerda con la mayoría de trabajos publicados^{10-12,15,17,18,20,23} y una relación hombre/mujer de 0.92 que es superior a la encontrada en otros trabajos^{14,21}. Por otro lado, también hay estudios que reportan afectados por igual a ambos sexos¹⁶, e inclusive Handa²⁴, en un trabajo realizado en 1436 pacientes en cinco años en la India reporta una mayor proporción de hombres (54.5%) sobre mujeres. En niños sí se ha reportado diferencia bastante significativa en cuanto a la frecuencia de presentación entre géneros¹³, con predominio femenino.

La edad de inicio de la enfermedad promedio encontrada fue de 23.9 años (24.3 para hombres y 23.5 años para mu-

jeros), no encontrándose asociación entre las variables género y grupo etario (agrupado por décadas), con un predominio en las primeras tres décadas de la vida, datos que concuerdan con otros estudios^{21,23}. Esta edad promedio de inicio de la enfermedad es similar a la encontrada por otros autores^{10,15} y ligeramente mayor a la de otros estudios^{11,12}.

La edad promedio en que se hizo el diagnóstico fue de 26.1 años (26.2 años para hombres y 26.1 años para mujeres), con un rango de variación de ocho meses a 78 años, y sin encontrar asociación entre el género y el grupo etario agrupado por décadas. Estos datos son igualmente similares a otros encontrados que indican un promedio de edad que va desde 25 años^{17,24}, 28 años^{10,16}, hasta 33 años¹⁵, sin encontrar tampoco diferencias entre géneros, excepto en el trabajo de Somorin en Arabia donde sí encuentra diferencia, siendo el promedio en hombres de 34 años y de 27 años en las mujeres¹⁸.

El promedio de tiempo que transcurre desde que aparece la enfermedad hasta que se realiza la consulta, fue de 2.4 años, muy similar a lo encontrado en Ecuador por Aguayo¹⁶ de 2 años, y menor al tiempo de 3 a 4 años reportado en otros trabajos^{10,12,24}. Inclusive se ha descrito un intervalo promedio desde el inicio y el diagnóstico de 7 años¹⁷ y 9 años¹⁵. Esto se puede explicar por las diferencias raciales, ya que en poblaciones con piel más oscura como la africana, el vitiligo se hace más notorio que en grupos de pigmentación cutánea más clara donde la presencia de estas máculas hipopigmentadas no causan tanto contraste. Además, en nuestro trabajo se encontró asociación entre género y duración de la enfermedad.

Generalmente el paciente nota la enfermedad cuando se presenta en un área del cuerpo que está expuesta, pero puede haberse presentado ya en regiones que no son de fácil inspección para el paciente; de todos modos se registra como de inicio en una sola región del cuerpo o en varias al mismo tiempo, de modo que se puede considerar como unicéntrico o multicéntrico encontrándose en nuestro estudio que el 60.6% de los pacientes indica la aparición inicial de una lesión única, sin encontrarse asociación con el género. Este dato es inferior

al reportado por Hann¹⁵ que indica que en un 90% de pacientes el modo de inicio fue unicéntrico. En cuanto al grupo etario perteneciente a la tercera década se encuentra un predominio de inicio multicéntrico.

La aparición inicial de una única lesión en cara (31.2%) fue la más común, seguida de las extremidades superiores (22.9%). Estos datos concuerdan con los encontrados por la mayoría de autores que la señalan como la región anatómica de inicio más común^{10,11,15,19,24}, con porcentajes aproximados al 36% de pacientes. Además en nuestro estudio se encuentra que dentro de las personas que inician la enfermedad en la cara, es mayor el porcentaje en mujeres y de los que inician en las extremidades inferiores o en los genitales, es mayor el porcentaje en hombres. En general se encuentra diferencia significativa cuando se relacionan las variables de localización inicial y género.

Como se describe en los trabajos en general, el vitiligo es una enfermedad que tiende a progresar y comprometer más regiones del cuerpo, aunque también está la forma clínica que se mantiene estacionaria, si bien es cierto que en nuestro trabajo no se pudo determinar la progresión de las lesiones, sí se reporta cuales fueron las regiones comprometidas en general, encontrándose que está afectada la cara en el 46.7% de todos los pacientes, con predominio del género femenino, seguida de las extremidades superiores en el 41% de los pacientes. Estos datos concuerdan con algunos trabajos^{10-12,23} y difieren de otros^{18,20} que reportan mayor frecuencia en las extremidades inferiores. Encontramos que el cuello está más comprometido en las mujeres, al igual que Kyung¹² en Corea. También se encontró predominio de compromiso de genitales en el género masculino.

La mayoría de nuestros pacientes procedían del distrito de Trujillo (42.6%) y de La Esperanza (19.1%), probablemente por la cercanía de estos distritos siendo centro de referencia para estos sectores.

Se concluye que los datos encontrados son similares a los de otras poblaciones y la contribución de este estudio es proporcionar las bases para futuros trabajos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OKUN M. Histogenesis of Melanocytes. *J Invest Derm.* 1965;44:285-99.
- BLEEHEEN S, EBLING F, CHAMPION R. Disorders of skin colour. En: CHAMPION R, BURTON J, EBLING F, editors. *Rook, Wilkinson, Ebling Textbook of Dermatology.* 5ta. ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 1608-1612.
- KOVACS S. Vitiligo. *J Am Acad Dermatol.* 1998;38:647-66.
- GRAHAM A, WESTERHOF W, THODY A. The expression of α -MSH by melanocytes is reduced in vitiligo. *Ann N Y Acad Sci.* 1999;885:470-3.
- NORRIS D, HORIKAWA T, MORELLI J. Melanocyte destruction and repopulation in vitiligo. *Pigment Cell Res.* 1994;7:93-203.

6. NORDLUND J, LORTON CA. Trastornos de la pigmentación. En: ORKIN M, AVIAC. H, DAHL M. *Dermatología*. 1ra. ed. México: Editorial El Manual Moderno S.A de C.V.; 1994. p. 352-6.
7. OLIVEIRA A, CASTRUCCI A, VISCONTI M. Cellular signaling in vertebrate pigment cells. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29:1743-9.
8. BOLOGNIA J, PAWELEK J. Biology of hypopigmentation. *J Am Acad Dermatol*. 1988; 19:217-255.
9. NORDLUND J, MAJUMDER P. Investigaciones recientes sobre vitiligo vulgar. *Dermatol Clin*. 1997;15:71-80.
10. PARK SY, YOUN JI, LIM SD. A Clinical study of 217 cases of vitiligo. *Korean J Dermatol*. 1981;19:145-52.
11. PARK KC, YOUN JI, LEE YS. Clinical study of 326 cases of vitiligo. *Korean J Dermatol*. 1988;26:200-5.
12. KYUNG S, JUNG H. Segmental vitiligo: Clinical findings in 208 patients. *J Am Acad Dermatol*. 1996;35:671-4.
13. HANDA S, DOGRA S. Epidemiology of childhood vitiligo: A study of 625 patients from North India. *Pediatric Dermatology*. 2003;20:207-210.
14. BOISSEAU-GARSAUD AM, GARSAUD P, CALES-QUIST D, HELENON R, QUENEHERVE C, SAINTE CLAIRE R. Epidemiology of vitiligo in the French West Indies (Isle of Martinique). *Int J Dermatol*. 2000;39:18-20.
15. HANN SK, PARK YK, WHANG KC, KIM HJ. Clinical study of 174 patients with generalized vitiligo. *Korean J Dermatol*. 1986;24:798-805.
16. AGUAYO L. Vitiligo. Patologías asociadas. Hospital general de las F.F.A.A Servicio de Dermatología, Quito. En: Sociedad Peruana de Dermatología editores. II Reunión de Sociedades Latinoamericanas de Dermatología y VII Congreso Peruano de Dermatología; 24-27 de septiembre de 1998; Lima: Revista de la Sociedad Peruana de Dermatología; 1998:71-72.
17. AL-KHAWAJAH M. Photochemotherapy for vitiligo: Seven years' experience. *Ann Saudi Med*. 1997;17:175-8.
18. SOMORIN A, KRAHN O. Vitiligo: A study of 112 cases. *Ann Saudi Med*. 1997;17:125-7.
19. CHUN WH, HANN SK. The progression of nonsegmental vitiligo: clinical analysis of 318 patients. *Int J Dermatol*. 1997; 36:908-10.
20. JAIGIRDAR MQ, ALAM SM, MAIDUL AZ. Clinical presentation of vitiligo. *Mymensingh Med J*. 2002;11:79-81.
21. BARONA MI, ARRUNÁTEGUI A, FALABELLA R, ALZATE A. An epidemiologic case-control study in a population with vitiligo. *J Am Acad Dermatol*. 1995;33:621-5.
22. LÓPEZ V. Determinantes psicosociales en la aparición y curso del vitiligo. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000;16:171-6.
23. ONUNU A, KUBEYINJE E. Vitiligo in the Nigerian African: a study of 531 patients in Benin City, Nigeria. *Int J Dermatol*. 2003;42:800-2.
24. HANDA SK, KAUR I. Vitiligo: Clinical findings in 1436 patients. *J Dermatol*. 1999;26:653-7.
25. ALKHATEEB A, FAIN PR. Epidemiology of vitiligo and associated autoimmune diseases in caucasian probands and their families. *Pigment Cell Res*. 2003;16:208-14.