



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE
PACIENTES CON VITÍLIGO
HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014-2015

PRESENTADA POR
MARYLU LIMACHE PACORI

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
DERMATOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE
PACIENTES CON VITÍLIGO
HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014-2015**

TESIS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
DERMATOLOGÍA

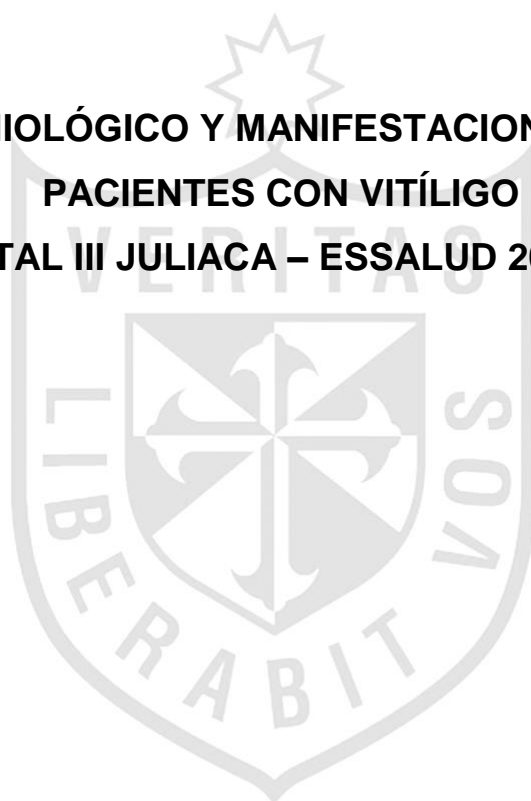
PRESENTADO POR:

MARYLU LIMACHE PACORI

LIMA – PERÚ

2015

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE
PACIENTES CON VITÍLIGO
HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014-2015**



ASESOR

DR CESAR AUGUSTO GONZALES RAMIREZ

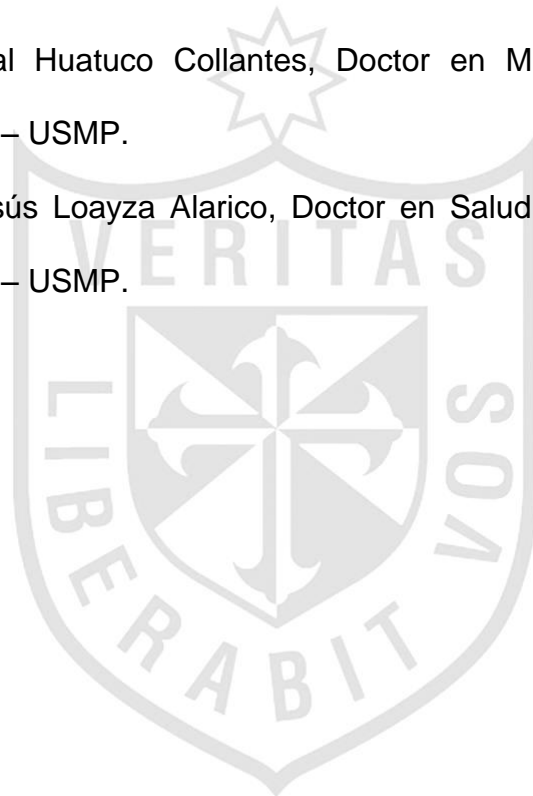
ASISTENTE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN - CALLAO

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente: Juan Carlos Velasco Guerrero, Doctor en Salud Pública, docente de la
Facultad de Medicina – USMP.

Miembro: Zoel Aníbal Huatuco Collantes, Doctor en Medicina, docente de la
Facultad de Medicina – USMP.

Miembro: Manuel Jesús Loayza Alarico, Doctor en Salud Pública, docente de la
Facultad de Medicina – USMP.



Dedicatoria

A mis queridos padres quienes me dieron la vida y a mi esposo por su apoyo.



Agradecimiento:

Mi reconocimiento a la Universidad San Martín de Porras, a sus Autoridades y docentes de la especialidad, a mi querido Hospital Sabogal, a ellos mi agradecimiento por sus conocimientos y experiencias. Asimismo al Hospital III ESSALUD de Juliaca, representado por su Sr. Gerente. A todos ellos mi infinita gratitud.



ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	6
1.1 Antecedentes de la investigación	6
1.2 Bases Teóricas	17
1.3 Definiciones conceptuales	37
1.4 Hipótesis de investigación	37
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	38
2.1 Tipo y Diseño de investigación	38
2.2 Población y Muestra	38
2.3 Procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de datos	39
2.4 Aspectos éticos	39
CAPÍTULO III: RESULTADOS	40
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
4.1 Discusión	54
4.2 Conclusiones	57
4.3 Recomendaciones	57
FUENTES DE INFORMACIÓN	58
ANEXO	61

ÍNDICE DE TABLAS

- TABLA N° 01. EDAD DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....40
- TABLA N° 2. GÉNERO DE LOS PACIENTES CON VITILIGO SEGÚN GÉNERO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....41
- TABLA N° 03. PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....42
- TABLA N° 04. OCUPACION DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....42
- TABLA N° 05. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA ESSALUD 2014/15.....43
- TABLA N° 06. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....43
- TABLA N° 07. ANTECEDENTES FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....44
- TABLA N°08.TIPO DE VITILIGO DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....44
- TABLA N° 09 EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- GRAFICO Nº 01. TIEMPO DE DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....46
- GRÁFICO Nº 02. LOCALIZACION INICIAL DE LA LESION DE LOS PACIENTES CON VITILIGO HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....47
- GRÁFICO Nº 03. TAMAÑO DE LA LESION DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....48
- GRÁFICO Nº 04. CLASE DE FOTOTIPO DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....49
- GRÁFICO Nº 05. TIPO DE LESIONES SIMÉTRICAS Y ASIMÉTRICAS DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....50
- GRAFICO Nº 06. ASOCIACION CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....51
- GRÁFICO Nº 07. ASOCIACION SEGÚN TIPO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....52
- GRÁFICO Nº 08. EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON VITILIGO HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15.....53

RESUMEN

Objetivo. Describir el perfil epidemiológico y las características clínicas de los pacientes con vitíligo que acuden a la consulta externa del servicio de Dermatología del Hospital III Juliaca ESSALUD. 2014 - 2015.

Metodología. Se realizó un estudio observacional, descriptivo retrospectivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por pacientes con diagnóstico confirmado de vitíligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital III Juliaca durante el periodo de Febrero 2014 a Marzo 2015. el análisis de variables se realizó por sistema SPSS y excel.

Resultados. El estudio incluyó a todo lo grupos etéreos, con un promedio de años la mayor parte de los pacientes fueron de sexo masculino 64.2%, frente a 23 pacientes de sexo femenino (35.8) . La procedencia de los pacientes en su mayoría fue de la ciudad de Juliaca con un total de 102 pacientes frente a los pacientes que acuden de provincias que fueron 18 pacientes. El tiempo medio de evolución del vitíligo fue de 6 años. La localización inicial de la lesión fue en su mayoría en cabeza y cuello. En relación al tipo de vitíligo que presentan los pacientes un 65.8% tiene el tipo generalizado respecto a un 34.2% que presenta el tipo localizado.

Conclusiones. El vitíligo predominó en el sexo masculino y en su localización generalizada, la lesión inicial más frecuente fue en cabeza y cuello.

Palabras clave: Vitíligo, manifestaciones clínicas, epidemiología.

ABSTRACT

OBJECTIVE:

Describe the epidemiological and clinical profile of vitiligo patients attending the outpatient Dermatology Service at Hospital level III Essalud- Juliaca. 2014-2015.

METHODOLOGY:

This is an observational, descriptive, retrospective, cross sectional study. The population of patients with a confirmed vitiligo diagnosis by a dermatologist, who were treated at the Dermatology Department of the Essalud Juliaca Hospital, in the southern Peruvian Andes, during the period of February 2014 to March 2015. The analysis of variables was performed using SPSS and Microsoft Excel.

RESULTS:

The study included all age groups. 64,2% of the patients were male, while 38,5% were female. The patients origin was the city of Juliaca, 102 of them, while only 18 of them came from provinces surrounding the city. The mean duration of the disease was 6 years. The initial location of the lesion was mostly neck and head. About 65,8% of patients presented a generalizad vitiligo type, while 34,2% had a localizad type.

CONCLUSIONS:

Vitiligo is predominant in males, and its presentation is of the widespread type in this population predominantly, being the most frequent initial injury located at head and neck.

Keywords: Vitiligo, clinical manifestations, epidemiology

INTRODUCCIÓN

El vitíligo es un trastorno adquirido de la piel y las mucosas que se caracteriza por presentar máculas y parches despigmentados, bien circunscritos, asintomáticos y es secundario a la destrucción selectiva de los melanocitos.

El vitíligo se encuentra asociada a diversas enfermedades entre las cuales podemos mencionar a la disfunción tiroidea, artritis reumatoide diabetes mellitus, alopecia areata, anemia perniciosa.

El curso de la enfermedad es impredecible y la respuesta al tratamiento es variable, esto hace que el paciente presente angustia psicológica grave, disminución de su calidad de vida, y un mayor riesgo de morbilidad psiquiátrica.¹

Las lesiones pueden aparecer a cualquier edad, se ha reportado la aparición de vitíligo desde las 6 semanas después de nacimiento, pero el 50% de los pacientes debuta antes de los 20 años de edad y se tiene la mayor prevalencia en niños menores de 10 años.²

La prevalencia publicada es de alrededor del 1% en EE. UU. y Europa, la cual varía según las diferentes regiones. Estudios en China, India y Dinamarca han encontrado una prevalencia de 0,093%, 0,005%, y 0,38%, respectivamente. La localidad de Gujarat en La India es considerada la región que tiene la mayor prevalencia mundial con 8.8%. La afectación es igual en ambos sexos. Existe una historia familiar positiva en al menos 30% de los casos.³

El vitíligo constituye un problema médico sobretodo para personas de piel trigueña y morena, que puede ocasionar que estos pacientes presenten severas dificultades de adaptación social. ⁴ El impacto psicosocial del vitíligo en términos generales es muy grande, ocasiona deterioro de la autoestima, asociado a sentimientos de inseguridad y discriminación, principalmente cuando las lesiones están a la vista, como usualmente ocurre, afectando el estilo de vida de los pacientes, la dinámica familiar, así como la productividad laboral. ⁵

La investigación se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuáles es el perfil epidemiológico y las características clínicas de los pacientes con vitíligo que acuden a la consulta externa del servicio de Dermatología del Hospital III Juliaca ESSALUD en el periodo Febrero 2014 a Marzo 2015?, por ello se planteó como objetivo describir el perfil epidemiológico y las características clínicas de los pacientes con vitíligo que acuden a la consulta externa del servicio de Dermatología del Hospital III Juliaca ESSALUD.

A través de la formación académica profesional del pre y post grado poseemos literatura científica actualizada, estos apoyos y sustentos bibliográficos en su gran mayoría son de estudios e investigaciones de otros ámbitos y son pocos los realizados en el Perú

El tema que revisamos tiene en su mayoría sustento internacional y existen pocos estudios a nivel nacional lo que hace conveniente realizar esta investigación como aporte a la literatura mundial.

A la vez la ejecución de la presente investigación es de gran importancia porque los resultados que se logren servirán de base para posteriores trabajos de investigación en relación al vitíligo además constituirán un punto de partida para futuras investigaciones que utilicen otros diseños e involucren nuevas variables.



CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El vitíligo es una enfermedad prevalente en la población general, y no sólo en el Perú, sino en todo el mundo. Sin embargo, la información epidemiológica de esta enfermedad, como la edad de presentación, la frecuencia en la población por grupos etarios y los distintos patrones clínicos de presentación, continúan siendo datos controversiales.

El vitíligo es una enfermedad que tiene elevado impacto sobre la calidad de vida de los pacientes afectados, entre las enfermedades dermatológicas y no dermatológicas.

Se cuenta actualmente con información limitada sobre la caracterización epidemiológica del vitíligo en la población que acude a atenderse en todo los servicios de la especialidad de Dermatología de los hospitales del Perú. Es necesario establecer modelos de observación y seguimiento que puedan recoger con claridad información epidemiológica, de tal forma que exista elementos que permitan comparar su comportamiento frente a otros grupos poblacionales, sirviendo de base para trabajos de investigación en el futuro, y además de servir para la toma de nuevas estrategias sanitarias en dicha población.

En el Hospital III Juliaca el vitíligo es una entidad clínica cuya manifestaciones clínicas y perfil epidemiológico no han sido estudiadas.

Dentro de los estudios sobre el vitíligo encontramos en la literatura los siguientes:

Valverde menciona las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con vitíligo que fueron diagnosticados en el Hospital Regional Docente de Trujillo desde enero de 1994 y diciembre de 2003, donde se evaluó 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 de pacientes con vitíligo. Se obtuvo una frecuencia de 1.5%, don el 47.9% fueron hombres y 52.1% fueron mujeres teniendo una relación hombre/mujer de 0.92. La edad de inicio promedio fue de 23.9 años. Se encontró que la edad promedio en que se hizo el diagnóstico fue 26.1 años. Y los pacientes tuvieron una duración promedio de la enfermedad de de 2.4 años. El modo de inicio de la enfermedad fue unicéntrico en el 60.6%, y el sitio más frecuente fue la cara (31.2% de las lesiones iniciales). El 22.9% de las lesiones totales se encontró en las extremidades superiores. Se vio que en la consulta el 46.7% de los pacientes presentaba al menos una lesión en la cara. El 42.6% de pacientes su procedencia era Trujillo. Dentro de la conclusiones se tiene que los resultados obtenidos tienen similitud a la de otras poblaciones, la contribución de este estudio es que sirva de base para futuros trabajos.¹

Rodríguez et al realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal sobre vitíligo en niños, en este trabajo se determinó las características clínico-epidemiológicas del vitíligo infantil en los consultorios externos del Hospital

Nacional EsSalud Chiclayo entre julio 2003 y julio 2006. Los investigadores realizaron una revisión de los datos clínico-epidemiológicos en las historias clínicas de aquellos pacientes pediátricos con diagnóstico de vitíligo en el Consultorio de Dermatología Pediátrica. Dentro de los resultados se obtuvo que de 1082 niños evaluados 5,5% tuvieron vitíligo. La edad media de presentación fue 8,8 años, los pacientes en edad escolar fueron 45,8% y de sexo femenino fue el más afectado con un 67,8%. El vitíligo generalizado se presentó en 64,4%; el tipo localizado se observó en el 35,6% y ninguno de los evaluados presentó el tipo universal. Se obtuvo un tiempo de enfermedad media de 24,8 meses. También se encontró que el vitíligo se asociaba a pitiriasis alba, en 18,6%. Respecto a los antecedentes familiares de vitíligo se encontró en 11,9% de los pacientes; Los pacientes respecto a la repigmentación se presentó en 80,4% y no hubo respuesta a tratamiento en 19,6%. Se concluyó que el vitíligo infantil en Chiclayo es un problema común. Las características clínicas presentan también similitud respecto a otras poblaciones, y tienen un buen pronóstico al tratamiento.²

Trujillo realizó una revisión el vitíligo es un trastorno adquirido y crónico de la pigmentación de la piel, que se presenta con máculas y parches acrómicos, simétricas, que generalmente tienden a aumentar de tamaño con el tiempo. El vitíligo tiene una prevalencia mundial de 0,5% a 2%, en Estados Unidos se calcula en 1%. Estos datos difieren según los diferentes países del mundo. India tiene la mayor incidencia, seguida de México y Japón. Esta diferencia se debe al color de piel de las diferentes poblaciones, que contrasta más por la enfermedad lo cual hace que consulten más tempranamente.⁶

Xue-Jun et al en su trabajo exploraron los posibles modelos genéticos para los distintos fenotipos de vitíligo, características epidemiológicas del vitíligo, en una población china. Se analizó una población de 2247 pacientes y miembros de sus familias, se recogió información mediante un cuestionario tomando en cuenta tanto características clínicas de los pacientes como su historia familiar. Dicho estudio concluye que los diferentes fenotipos de vitíligo tenía patogénesis diferentes y antecedentes genéticos. La aparición del vitíligo es posiblemente afectada tanto por antecedentes genéticos y comunes factores ambientales.⁷

Raymond et al relatan la importancia que juegan los genes en todos los aspectos de patogénesis del vitíligo. El desarrollo de una enfermedad autoinmune generalmente implica tres componentes, el sistema inmunológico, los factores ambientales y otros factores desencadenantes exógenos, y el tejido diana. En el vitíligo, se tiene factores precipitantes los cuales pueden inducir daño en el melanocito de aquellos individuos que tienen susceptibilidad genética y como consecuencia se tiene la muerte celular.⁸

Forschener et al indican que el vitíligo es una enfermedad con una prevalencia mundial que oscila entre 0,5% a 4%. Dentro de los tratamientos conservadores incluyen fotoquimioterapia, fototerapia con Radiación UVB (290-320 nm de banda ancha UVB, UVB de banda estrecha 311 nm), esteroides sistémicos y pseudocatalasa. Modernas opciones terapéuticas incluyen el tratamiento con inmunomoduladores tópicos (tacrolimus, pimecrolimus), los análogos de la vitamina D3, y la cirugía láser excimer / trasplante. En este estudio se hace un análisis comparativo sobre estos tratamientos para el vitíligo y los niveles de evidencia que

apoyan su eficacia. Se concluyó que la cara y el cuello responden mejor a todos los enfoques terapéuticos, mientras que las zonas acrales son menos sensibles. Para vitíligo generalizado, la fototerapia con la radiación UVB es más eficaz con menos efectos secundarios; PUVA es la segunda mejor opción. Los corticoides tópicos son los fármacos preferidos para el vitíligo localizado. Ellos pueden ser reemplazados por inmunomoduladores tópicos que muestran eficacia y menos efectos secundarios. La eficacia de la vitamina D análogos es motivo de controversia. El tratamiento quirúrgico puede ser muy exitoso, pero requiere de un cirujano experimentado y es muy exigente de tiempo y de instalaciones, lo que limita su uso generalizado. La terapia de L-fenilalanina parece ser efectivo en la cara, pero no goza de amplio uso. No existe una terapia única para el vitíligo que pueda considerarse como el más eficaz, el éxito de cada modalidad de tratamiento depende del tipo y la localización del vitíligo.⁹

Silva et al evaluaron las características clínicas y epidemiológicas de vitíligo en la infancia, se analizaron 73 niños con vitíligo atendidos en las consultas de pediatría de Dermatología del Hospital de Clínicas-Universidade Federal de Minas Gerais. Las variables que se utilizaron fueron sexo, edad de aparición de la enfermedad y el tratamiento, el área de superficie corporal afectada, tipo de sitio clínico, la enfermedad autoinmune asociada, antecedentes familiares de vitíligo y el tratamiento inicial empleado fueron evaluados. Se encontró que las mujeres representaron el 60,3% de la muestra. La edad media al inicio de la enfermedad fue de 5,7 años y la edad media de inicio del tratamiento fue de 7 años. El área de superficie corporal afectada era menor que 1% en 71,8% y el tipo localizada se detectó en 76,7%. El sitio más afectado fue el de la cabeza. Antecedentes

familiares de vitíligo se observó en el 30,1% de los pacientes. El hipotiroidismo se encontró en un paciente y un 11% informó de las enfermedades autoinmunes en sus familias. El tratamiento inicial fue esteroides tópicos en la mayoría de los pacientes. Se concluyó que los resultados de vitíligo en la infancia en este estudio son básicamente similares a los reportados en otros países.¹⁰

Salinas et al describieron las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con vitíligo atendidos en la consulta del departamento de Dermatología del Hospital Universitario José E González, en Monterrey, Nuevo León, México, con el fin de determinar los factores que se asocian con esta afección fue un estudio descriptivo de los hallazgos en un grupo de pacientes con vitíligo del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario José E González, en el noreste de México. Los datos epidemiológicos y muestras biológicas se obtuvieron de 198 pacientes que acudieron a consulta entre diciembre de 2009 y mayo de 2010, a los que se realizó perfil tiroideo y biometría hemática, la edad media de inicio del vitíligo fue de 26.4 ± 15.98 años y el subtipo vulgar fue el más frecuente (88.9%). Se encontró que los pacientes con antecedentes familiares de vitíligo tienen mayor riesgo de manifestar la enfermedad antes de los 30 años de edad (OR = 2.29; IC 95% = 1.22-4.28; $p = 0.0052$); mientras que la afección tiroidea se asoció con inicio de vitíligo después de los 30 años de edad (OR = 2.51; IC 95% = 1.20-5.25; $p = 0.007$). y se concluye que el vitíligo es una enfermedad multifactorial en la que el ambiente, la agregación familiar y las enfermedades tiroideas juegan un papel importante en su inicio y progresión en la población analizada.¹¹

Chaparro et al realizaron la evaluación retrospectiva de las historias clínicas de 270 pacientes con diagnóstico de vitíligo que acudieron al Servicio de Dermatología desde marzo de 2001 a diciembre de 2008. Se realizó la determinación de la frecuencia según sexo, edad, tipo de piel, los factores desencadenantes, las formas clínicas, los antecedentes familiares, también las enfermedades asociadas y se vio la presencia de enfermedades autoinmunes y su relación con la población general. Dentro de los resultados se obtuvo que hubiera mayor afección de fototipos III y IV. Respecto a la forma clínica se encontró que la más frecuente fue el vitíligo vulgar generalizado. Respecto al estrés y trauma físico (quemadura solar y dermatitis de contacto) fueron factores desencadenantes muy relacionados. Se encontró 21% respecto a antecedentes familiares de vitíligo, 13% en relación a trastornos tiroideos, 11% de asma-atopía y 5% de psoriasis. En el 66% de los pacientes encontraron enfermedades asociadas, y de estos 73% fueron autoinmunes, de los cuales los trastornos tiroideos fueron los más frecuentes (27%). El vitíligo generalizado es una enfermedad autoinmune que presenta una alta prevalencia de otras enfermedades autoinmunes asociadas y el estrés es el detonante más frecuente.¹²

Schwartz et al indican que la exposición a situaciones estresantes puede jugar un papel en la aparición de vitíligo. Los pacientes con la enfermedad tienen una mayor sensibilidad al estrés ambiental y un umbral más bajo para generar respuestas mediadas por catecolaminas. El objetivo del estudio fue evaluar el temperamento y el carácter de los pacientes con vitíligo y explorar la relación de la enfermedad con los acontecimientos vitales negativos y deterioro de la calidad de vida dentro del Material y métodos se tomó una población de estudio de 21 pacientes con vitíligo 5

años a 12 años, y dos grupos de control (G1 y G2). G1 fue compuesta por 14 hermanos sanos de pacientes con vitíligo. G2 fue compuesta por 21 años y estudiantes sanos emparejados de género a partir de dos colegios de Santiago, Chile. Dentro de las Conclusiones se vio que en el grupo de pacientes, se encontró una posible relación entre el temperamento específico, el vitíligo y su impacto en la calidad de vida.¹³

Vrijman et al realizaron una revisión Sistemática, identificó las tasas medias de prevalencia de enfermedades de la tiroides, enfermedades tiroideas autoinmunes, y la presencia de auto anticuerpos tiroideos-específicos respectivamente el 15,1%, 14,3% y 20,8%, y un riesgo relativo correspondiente (RR) para los los afectados de 1.9, 2.5 y 5.2. ¹⁴

Pelletier et al compararon el uso de corticoides tópicos de alta y moderada potencia de 101 niños: ambos grupos mostraron repigmentación en el 64% de los casos, la estabilización en el 24% y el empeoramiento en el 11%. En el análisis estratificado de acuerdo con la potencia de corticosteroides, no se encontraron diferencias entre las drogas de potencia moderada y alta ($p = 0,03$), ni en la incidencia de eventos adversos locales ($p = 0,3$), Sin embargo, este estudio deben interpretarse con cautela debido a dosis variables de productos, así como el pequeño número de casos en el grupo de corticoides moderada potencia.¹⁵

Udompataikul et al realizaron un estudio abierto, no comparativo donde estudio, 42 pacientes que fueron tratados con tacrolimus al 0,1%, dos veces al día durante 6 meses, con 76.09% el logro de un cierto grado de repigmentación .Los niños

mostraron tasas de respuesta más altas que los adultos y las formas clínicas con mejor respuesta eran los vitíligos vulgares y focales. ¹⁶

Moncada et al realizaron un estudio doble ciego aleatorizado de tacrolimus al 0,1% vs 0,05% de clobetasol para el tratamiento del vitíligo en la infancia cuando se aplica dos veces al día durante 60 días en niños ($p > 0,05$). Ambos tratamientos logran las tasas de respuesta más altas en zonas de la cara o en aquellos con alta densidad de los folículos pilosos. La atrofia y telangiectasias sólo se observaron en el grupo de clobetasol. ¹⁷

Saurabh et al estudiaron el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con vitíligo en la región Kumaun del estado de Uttarakhand en la India dentro de los Materiales y Métodos se tiene la presentación clínica del vitíligo se examinó y se analizaron en 762 pacientes con vitíligo que asisten al consultorio externo de Dermatología del Gobierno Medical College, Haldwani, que es un centro de referencia para la región Kumaun del estado de Uttarakhand en la India, los Resultados que se encontraron fue que la afectación es igual por sexo, se observó que la aparición de vitíligo era más común en grupo años de edad 0-10, con un total de 336 casos de 762 casos, el vitíligo acrofacial (339 casos de cada 762) se observó con mayor frecuencia, seguido por vitíligo vulgar, focal, segmentaria, de mucosas, y el vitíligo universal. La localización más frecuente de aparición fueron los miembros inferiores, seguido de cabeza y cuello, miembros superiores, tronco, genitales, y mucosas. Leucotriquia se observó en el 33,5%, fenómeno de Koebner en el 26,3%, y una historia familiar positiva en el 19% de los pacientes con vitíligo. Las otras condiciones comunes asociadas fueron trastornos de la tiroides (8,9%),

diabetes (5,3%), y la dermatitis atópica (4,9%) dentro de las conclusiones de este estudio se tiene que el vitiligo acrofacial es la forma clínica más común que se observa en la región Kumaun de Uttarakhand en la India, y la aparición de vitiligo es más común en la primera década de la vida. También se observó una asociación de vitiligo con enfermedades cutáneas tales como dermatitis atópica, alopecia areata, y la psoriasis y con trastornos sistémicos, tales como trastorno de la tiroides y la diabetes mellitas. ¹⁸

Majid et al investigaron la eficacia de la fototerapia dirigida de banda estrecha ultravioleta B en Vitiligo, dentro de los antecedentes se tiene que la fototerapia es una de las opciones de tratamiento más eficaces en el vitiligo. Actualmente los Aparatos de fototerapia selectiva o dirigidos son cada vez más populares, ya que ofrecen una gran cantidad de ventajas sobre las unidades de fototerapia de todo el cuerpo que son las convencionales, dentro del Material y Métodos se tomo un total de 40 pacientes con vitiligo que fueron tratados con un dispositivo dirigido de Fototerapia UVBBE bisemanal dirigido por un máximo de 30 sesiones o hasta 100% de re pigmentación, lo que se alcance primero. El grado de re pigmentación logrado se evaluó y se tomo nota de los efectos adversos, dentro de los resultados: Hubo 31 pacientes que respondieron (77,5%) alcanzando una re pigmentación desde 50% a 100%. El inicio de re pigmentación fue visto ya en la 3ª dosis en algunos casos y por la 10ª dosis en todos los que respondieron. Un total de 97 lesiones fueron tratadas de las cuales 45 lesiones (46,6%) alcanzaron el 90-100% de re pigmentación. Las lesiones que muestran 75% y 50% de re pigmentación fueron 14 y 15 en número, respectivamente. 23 lesiones no muestran ninguna re pigmentación significativa al final de 30 dosis. La mejor respuesta se ve en la cara

y el cuello con 20 de las 31 lesiones que alcanzaron el 90-100% de re pigmentación en esta área. La duración del vitíligo se considera que tienen un impacto estadísticamente significativo sobre la re pigmentación lograda dentro de las Conclusiones se tiene que la fototerapia UVBBE parece ser una opción de tratamiento eficaz para el vitíligo localizado con un rápido inicio de re pigmentación visto ya en 2ª semana de tratamiento. ¹⁹

Nagarajan et al determinaron la frecuencia de aparición de vitíligo en la mucosa oral en pacientes con vitíligo y para determinar la zona de la mucosa afectada con mayor frecuencia, dentro del Material y métodos: La muestra del estudio incluyó a 100 pacientes con vitíligo. Se incluyeron Los pacientes de todas las edades y de ambos sexos. Se excluyeron los Pacientes con vitíligo asociados con condiciones sistémicas como trastornos de la tiroides, diabetes mellitus juvenil, anemia perniciosa, enfermedad de Addison los resultados: De los 100 pacientes con vitíligo 44% varones y 56% mujeres. La presentación oral de vitíligo en este estudio mostró despigmentación de la mucosa bucal en el 5% de los pacientes, mucosa labial en el 5% de los pacientes, el paladar en el 8% de los pacientes, la encía en el 2% de los pacientes y la mucosa alveolar 1%. La despigmentación de los labios se observó en el 42% de los pacientes, dentro de las conclusiones: En este estudio 55 pacientes de cada 100 pacientes mostraron despigmentación en la cavidad oral, los labios era más común en este estudio que muestra alrededor del 42% de los pacientes. Afectación de la mucosa intraoral se encontró en el 21% de los pacientes. Dos pacientes tenían pigmentación labio como la única manifestación sin despigmentación en la piel. ²⁰

1.2 BASES TEORICAS

El vitíligo es una enfermedad estigmatizante crónica, ya conocido desde hace milenios, que afecta principalmente a los melanocitos de la capa basal epidermis, lo que lleva al desarrollo de parches hipocrómicos y acróxicos. Su prevalencia estimada es del 0,5% a nivel mundial. La implicación de factores genéticos que controlan la susceptibilidad a vitíligo se ha estudiado en las últimas décadas, y los resultados de estudios previos al presente el vitíligo es una enfermedad compleja, multifactorial y poligénica. En este contexto, unos pocos genes, incluyendo *DDR1*, *XBP1* y *NLRP1* se han asociado de manera consistente y funcionalmente con la enfermedad. No obstante, los factores ambientales que precipitan o mantienen la enfermedad aún no se han descrito. La patogénesis del vitíligo no ha sido totalmente aclarada hasta ahora y se han propuesto muchas teorías. De estos, la hipótesis autoinmune es ahora la más citada y estudiada entre los expertos. La disfunción de las vías metabólicas, que podría conducir a la producción de metabolitos tóxicos que causan daños a los melanocitos, también ha sido investigada. El déficit de adherencia de los melanocitos en pacientes con vitíligo se especula sobre todo por la aparición de fenómeno de Koebner, recientemente, se han encontrado nuevos genes y proteínas implicados en este déficit.(21)

INTRODUCCIÓN

El vitíligo es una enfermedad adquirida sistémica crónica que tiene un curso clínico impredecible, caracterizado por la aparición de máculas y parches acróxicos o hipocrómicos en la piel y las membranas mucosas debido a la desaparición de los

melanocitos en la zona afectada. Estas lesiones pueden aparecer en diferentes formas y tamaños y pueden estar presentes en cualquier área de la piel.

Junto con la piel y la mucosa la presencia, de los melanocitos en los ojos y el aparato auditivo, enfermedades oculares tales como uveítis o incluso la pérdida de audición neurosensorial se detectó en el 13 a 16% de los pacientes en estudios anteriores. Sin embargo, una de las principales consecuencias de la enfermedad es su impacto psicológico, ya que el vitiligo puede tener fuertes efectos sobre la autoestima de los pacientes, con el consiguiente aumento en los casos de depresión severa y un agudo sentido de la discriminación social que resulta en el deterioro de la calidad de vida.²¹

ASPECTOS HISTÓRICOS

Los textos más antiguos sobre una enfermedad vitiligo similares como se le conoce hoy en día, datan de 1.500 ac y están presentes en los escritos sagrados hindúes ("Vedas"), bajo el nombre *kilāsa* , y en los textos (papiro) del antiguo Egipto. Hay varias referencias en el Antiguo Testamento, especialmente en Levítico XIII, hasta el término *Zoráat* o *Tzaraat* , que en hebreo significa "clásica" manchas blancas, pero hay controversia en cuanto a si esta enfermedad es realmente el vitiligo.

El término latino *vitiligo* se utilizó por primera vez en el siglo I DC por Celso en el clásico tratado *De Medicina* , sin embargo, la raíz latina de la palabra es desconocida, y entre los citados cuáles son algunas palabras con significados similares, como *Vitelio* y *vituli* , En el siglo XIX, y Brocq Kaposi se encontraban entre los primeros en describir los aspectos clínicos, como acromia e hiperpigmentación en las fronteras de las lesiones, así como su histopatología, en

la que Kaposi informó la ausencia de gránulos de pigmento en las células de la capa basal de la epidermis.²¹

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La enfermedad afecta a ambos sexos por igual, puede aparecer a cualquier edad, y la edad media de aparición es algo variable en diferentes regiones geográficas. La media de edad que van desde 22 años en los EE.UU. y la India, 24 en Brasil y 25 años de edad en Inglaterra. Por otra parte, las diferencias en la edad media de inicio se han reportado entre los casos de vitíligo esporádico y familiar.

La prevalencia de vitíligo se ha estimado entre 0,093% en China, un 0,34% en la isla de Martinica, 0,38% en Dinamarca, el 1% en Estados Unidos y 0,5% a 1,13% en la India. Brasil no tiene datos epidemiológicos actualizados sobre la incidencia y la prevalencia de esta enfermedad.

Con la desaparición de los melanocitos en los individuos afectados por el vitíligo, sería de esperar una mayor incidencia de cáncer no melanoma y queratosis actínica; Sin embargo, los datos experimentales demuestran lo contrario, lo que lleva a algunos autores a plantear la hipótesis de que esta baja incidencia de cáncer de piel podría ser debido a una sobreexpresión de la proteína p53 que tendría un efecto contra el cáncer, y los estudios inmunohistoquímicos han demostrado la mayor expresión de p53 tanto en el secciones afectadas y normales de la piel de pacientes con vitíligo, en comparación con la piel de los controles con historia de carcinoma de células basales. Además, la reducción de expresión de

GD3 (que contribuye a la apoptosis de queratinocitos) induce un mecanismo de compensación de engrosamiento epidérmico para proteger la piel afectada de daño por radiación UV.²¹

GENETICA DEL VITILIGO

La mayoría de las enfermedades humanas son el resultado de una interacción entre variantes genéticas y factores ambientales, y establecen la contribución real de los factores genéticos es el primer paso de los estudios genéticos que evalúan enfermedades complejas

Estudios epidemiológicos genéticos han demostrado que el vitiligo puede ser considerada una enfermedad genética compleja debido a que:

- 1.- la enfermedad varía en gravedad de los síntomas y la edad de inicio, lo que dificulta la definición del fenotipo adecuado y la selección de la población óptima de estudio; la edad temprana de aparición se asoció con la incidencia familiar de vitiligo generalizado. Además, la aparición temprana del vitiligo se asocia con una enfermedad más grave;
- 2.- los mecanismos etiológicos de la enfermedad puede variar; la etiopatogenia del vitiligo aún no ha sido completamente aclarado, y se han propuesto varias teorías
- 3.- las enfermedades genéticas complejas son a menudo oligogénicas o incluso poligénicas y cada gen contribuye a una fracción del riesgo relativo global.

La participación de los factores genéticos en la susceptibilidad del vitiligo se hizo evidente en estudios familiares, lo que demostró que el vitiligo segrega con un

complejo patrón de herencia multifactorial y poligénica. Un estudio, que incluyó 160 familias caucásicas estadounidenses, confirmó la agregación familiar de casos con un 20% de los individuos afectados que presentan al menos un familiar de primer grado con el vitíligo. El riesgo relativo de vitíligo en Dinamarca e India poblaciones fue de siete para los padres, 12 para los hermanos, y 36 para fuera de la primavera. El riesgo relativo de vitíligo en primera parientes de grado se estimó en entre siete a 10 veces mayor que en la población general. Un estudio sobre el vitiligo realizado en gemelos mostró 23% de tasa de acuerdo de vitiligo generalizado de 22 pares de gemelos MZ en comparación con el 0% en 24 pares de gemelos dicigóticos. Sin embargo, la falta de un acuerdo completo para el vitiligo entre gemelos monocigóticos sugiere la importancia de los factores no genéticos.²¹

ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia de vitíligo no esta completamente aclarada y se han propuesto varias teorías. Entre ellos, la hipótesis autoinmune es actualmente la más aceptada por los expertos. Además de esta teoría, otros han sido estudiados intensivamente, como el defecto de adherencia de la epidermis, bioquímicos y neurales hipótesis.²²

TEORÍA AUTOINMUNE

La percepción inicial de que la autoinmunidad esta presente en pacientes con vitíligo no segmentario se basa en la co-ocurrencia frecuente de enfermedades

autoinmunes en estos pacientes y sus familiares, como el lupus eritematoso, psoriasis, alopecia areata, nevus halo y enfermedades tiroideas autoinmunes, principalmente. Además de la respuesta favorable a terapias inmunosupresoras tales como la fotoquimioterapia con UVA (PUVA) y tópica con corticosteroides orales. En este sentido, se ha determinado que la terapia con corticosteroides sistémicos disminuyó la citotoxicidad mediada por anticuerpos contra los melanocitos en pacientes con vitíligo.

Varios estudios han demostrado la presencia de CD4⁺ y CD8⁺ infiltrados linfocitarios en la unión dermo-epidérmica en la piel perilesional vitíligo. Se ha observado experimentalmente que en algunos pacientes con vitíligo común, hubo infiltración de CLA células T de la piel perilesional, siendo así posible que el reclutamiento de estas células T se produjo a través de la activación de las células dendríticas, y éstos a su vez están activadas en la región trauma epidérmico.

Los melanocitos y células de melanoma comparten antígenos de diferenciación, y con base en el número de casos observados en los seres humanos y ratones, el desarrollo espontáneo de vitíligo en pacientes con melanoma ha sido considerado como un signo de buen pronóstico para este tumor. En este sentido, diversos estudios sobre la inmunología del vitíligo se derivan a partir del estudio de las vacunas de melanoma y melanoma; por ejemplo, la inmunoterapia contra antígenos tales como gp100 y tirosinasa puede dar lugar a la infiltración de linfocitos T citotóxicos tanto en el área específica del melanoma como en lesiones de vitíligo.

Los ratones con tumores de melanoma extirpados quirúrgicamente genera T citotóxicos respuesta de memoria de linfocitos contra los melanocitos, estos ratones que carecían de las células T reguladoras (Treg) desarrollaron vitiligo, lo que sugiere que las células T reguladoras podrían prevenir la autoinmunidad contra los melanocitos.

El mecanismo de la pérdida de auto-tolerancia, que magnifica los linfocitos autorreactivos acciones citotóxicas en la destrucción de los melanocitos, aún se desconoce.

También se ha encontrado en el vitiligo segmentario, cuya patogénesis fue ligado principalmente a la disfunción de los nervios simpáticos, la evidencia de que las respuestas celulares mediadas inmunológicamente, incluyendo CD8⁺ linfocitos T está implicado en las primeras etapas de este tipo de enfermedad, por otra parte, en el mismo flujo estudio citometría detectó un alto nivel de expresión de IFN- γ en la piel lesionada.²¹

TEORIA DEL DEFECTO DE ADHESION

Se ha sugerido que los defectos de adherencia están involucrados en la desaparición de los melanocitos en lesiones de vitiligo. El principal signo clínico de refuerzo esta teoría es la ocurrencia de koebnerization o fenómeno de Koebner (aparición de vitiligo después de un trauma agudo o crónico), que puede estar presente hasta en el 31% de los pacientes de raza blanca con vitiligo común.

En uno de los primeros estudios que intentaron identificar los defectos de adhesión en la génesis de vitíligo, se realizó un análisis inmunohistoquímico y demostró que la proteína tenascina, que puede interferir con la adhesión de los melanocitos, se expresa en la piel dañada en comparación con la piel sana de las mismas pacientes.

Estudio experimental con pacientes del subgrupo generalizada (que incluían común, acrofacial y tipos universales) demostró que estos pacientes presentaron desprendimiento de melanocitos después de roce mecánico de la piel no afectada. Esta observación dio lugar a la propuesta de una nueva teoría de que el vitíligo no segmentario es un trastorno primario es decir probablemente producirá una pérdida aguda de los melanocitos (porque la mayoría de los pacientes tienen un inicio repentino de las lesiones), con una respuesta alterada de los melanocitos a la fricción y, posiblemente, otros tipos de estrés, lo que podría inducir el desprendimiento de células y la posterior pérdida transepidérmica. En este contexto, los autores de esta teoría especularon que un fenómeno autoinmune puede ser desencadenada por la liberación de antígenos y el reconocimiento de los melanocitos afectadas por las células dendríticas o células T de memoria durante la migración trans-epidérmica, exacerbando así la separación y la pérdida de más melanocitos. ²¹

TEORIA BIOQUIMICA DEL VITILIGO

La hipótesis de que el vitíligo puede ser causada por una disfunción vía metabólica, no necesariamente relacionado con melanocitos, lo que llevaría a la producción de

metabolitos tóxicos, tales como catecolaminas, o quinonas y especies reactivas de oxígeno, ha sido ampliamente investigado.

La participación de los daños del estrés oxidativo de los melanocitos es apoyado por la evidencia que sugiere un desequilibrio entre los sistemas oxidantes / antioxidantes en la epidermis de pacientes con vitíligo.

Los pacientes con vitíligo tienen un nivel bajo / actividad del enzimáticos y no enzimáticos antioxidantes tales como la catalasa, glutatión peroxidasa y la vitamina E, posiblemente aumentando H_2O_2 toxicidad. Los resultados obtenidos para los niveles de superóxido dismutasa antioxidante fueron conflictivos entre . los estudios Otra prueba de la implicación del estrés oxidativo en la patogénesis de la enfermedad es la suspensión del proceso de despigmentación y color de la piel recuperando con la eliminación de la epidermis H_2O_2 por banda estrecha UVB 311nm-activado pseudocatalasa.²¹

CLASIFICACIÓN VITÍLIGO

De acuerdo con el análisis realizado por la *Conferencia de Consenso Cuestiones Vitíligo Global* (1) entre 2011-2012, el vitíligo se puede clasificar en las siguientes formas clínicas

TABLA 1 Clasificación Vitíligo

Tipos	Subtipos
Vitíligo no segmentario	Acrofacial
	Mucosas (más de un sitio afectado)
	Generalizada o Común
	Universal
	Mixta (asociado con el vitíligo segmentario)
	Formas raras
Segmentario	Unisegmentarias, bisegmental o multisegmentaria
Sin clasificación o indeterminado	Focal
	Mucosa (sólo un sitio afectado)

• **VITILIGO NO SEGMENTARIO (VNS):** un grupo que comprende a la acrofacial, mucosas, generalizada o común, universal y formas mixtas, además de formas raras.

- a. **Acrofacial:** puede afectar, cara, cabeza, manos y pies, y, preferentemente, involucrar a la región peribucal y las extremidades de dígitos;
- b. **Las mucosas:** afecta a la mucosa oral y genital. Por otra parte, las zonas de mucosa también pueden verse afectadas en pacientes con acrofacial, común, o formas universales; cuando se trata de sólo un sitio de la mucosa se clasifica como indeterminada; ¹

- c. **Generalizada o común** máculas / parches son a menudo simétricas; puede afectar a cualquier parte del tegumento, principalmente las manos, los dedos, la cara y las zonas expuestas al trauma.
- d. **Universal**: es la forma que afecta a la mayor extensión de tegumento (80-90% de la superficie corporal), y es la forma más común en la edad adulta.
- e. **Mixta**: es la participación concomitante de vitiligo segmentario y no segmentario. Muy a menudo, la forma segmentaria precede al VNS.
- f. **Formas raras**: vitiligo puntata, foliculares. También se consideraron inclasificable Estos tipos.

• **EL VITILIGO SEGMENTARIO**: puede afectar a uno, dos o múltiples segmentos .La forma unisegmentarias es el más común y se compone de uno o más máculas blancas en un lado del cuerpo, respetando por lo general la línea media del cuerpo, y también hay participación de vello corporal (leukotrichia) además de rápido inicio de la condición. Con menor frecuencia, puede afectar a dos o más segmentos e incluso tienen distribución segmentaria bilateral, comenzando simultáneamente o no.

• **FORMAS INCLASIFICABLE O VITILIGO INDETERMINADO**

- a. Focal: aislado blanco sin mácula distribución segmentaria. Esta forma puede evolucionar a formas segmentaria o VNS.
- b. Mucosa: cuando sólo uno mucosa se ve afectada.

Este consenso fue un avance importante hacia la clasificación estandarizada de vitiligo.

HISTOPATOLOGÍA

Los melanocitos se derivan de células de la cresta neural. Las neuronas, células gliales, células cardíacas, tejido craneofacial y médula suprarrenal también se origina a partir de este tipo de células pluripotentes precursores de melanocitos, conocidos como melanoblastos, que al migrar, proliferar y diferenciarse *en el camino* a su destino en la epidermis basal y los folículos pilosos.

Melanocitos y queratinocitos epidérmicos forman unidades estructurales y funcionales, conocidas como unidades de melanina de la epidermis, en la que todos los melanocitos migra sus melanosomas a través de las dendritas a aproximadamente 36 queratinocitos asociados. Resultando en la pigmentación de la piel de esta estrecha interacción entre los melanocitos que producen melanosomas y queratinocitos que los reciben. Los melanocitos se encuentran en la capa basal de la epidermis en una proporción de uno a cada 5 queratinocitos basales.

El mantenimiento de este equilibrio se produce a través de la inducción controlada de la división de los melanocitos. a proliferar, el melanocito se separará de la membrana basal y a partir de queratinocitos, y luego retraer su dendritas, dividir, migrar a través de la membrana basal y volver a unirse a la matriz y queratinocitos para formar una nueva unidad de melanina epidérmica.

Los queratinocitos actúan sobre los melanocitos mediante la producción de varios factores que regulan su supervivencia. Crean el microambiente necesario para la proliferación, diferenciación y migración de los melanocitos.

La diferencia fundamental histopatológica de la piel con coloración normal y la piel con vitíligo es la ausencia de melanocitos en funcionamiento en el segundo. A pesar de que puede haber melanocitos viables en la piel alterada, que son por lo general ausente, que puede ser verificado por la tinción Fontana-Masson específica para la melanina o por técnica dihidroxifenil de alanina para la demostración de la tirosinasa. Técnicas que utilizan para identificar autoanticuerpos linaje melanocítico y microscopía electrónica, también demuestran que los parches de vitíligo acrómicas están desprovistos de los melanocitos. y otras manchas que pueden ser útiles son: DOPA, que detecta los melanocitos activos y HMB-45, Mel-5, NKI / beteb que detectan melanocitos activos e inactivos

Alteraciones degenerativas en los nervios cutáneos y estructuras anexas, tales como las glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas o folículos pilosos, han sido identificados en lesiones antiguas. Estas alteraciones fueron más marcadas en enfermedades de larga duración, de acuerdo con un análisis de 74 casos de vitíligo.

Se encontraron cambios inflamatorios con mayor frecuencia en las lesiones tempranas. Cuando está presente, las células inflamatorias identificados eran en su mayoría linfocitos CD4 + y CD8 +. Funcionalmente, estas células obtenidas de la piel con vitíligo pueden mostrar citotoxicidad de los melanocitos específico en la piel no lesionada.

En los márgenes de las lesiones recientes puede haber un infiltrado linfocitario superficial y de vez en cuando, un infiltrado mononuclear liquenoide. En el borde

exterior de la piel con vitiligo, los melanocitos son más grandes, a menudo vacuolado y con procesos dendríticos largas llenas de gránulos de melanina.

Piel adyacente de la coloración normal puede también presentes focos de alteraciones vacuolar en la unión dermoepidérmica asociados con infiltrado mononuclear moderada. La infiltración de células T en la unión dermoepidérmica de la piel no lesionada se identificó en pacientes con vitiligo común activo, seguido por la desaparición de melanocitos en la zona. depósitos de material granular extracelular y focos de basales y parabasales degeneración vacuolar de queratinocitos se encontraron en el análisis de microscopía electrónica de biopsias obtenidas hasta 15 cm de distancia de lesiones de vitiligo.²³

TRATAMIENTO DEL VITILIGO

El objetivo del tratamiento vitiligo es controlar el daño autoinmune a los melanocitos y estimular su migración desde la piel circundante y anexos. El tratamiento puede ser dividido en farmacológico, quirúrgica y física, que se puede combinar.

1. Tratamiento farmacológico

- a. Actual
- b. Sistémico

2. Tratamiento Físico

3. Tratamiento Quirúrgico

1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

TRATAMIENTO TOPICO

LOS CORTICOSTEROIDES

La terapia con corticosteroides tópicos se considera un tratamiento de primera línea del vitíligo, ya que es de bajo costo y fácil de aplicar. Está limitado por el riesgo de efectos adversos locales, tales como la atrofia, estrías y telangiectasias y efectos secundarios sistémicos también. Por lo tanto, el uso de alta potencia corticosteroides tópicos es más adecuado para el tratamiento de pequeñas zonas afectadas, siendo más eficaz en la cara, los codos y las rodillas, aunque algunos autores prefieren utilizar corticoides de baja potencia en la cara y las zonas de flexión.

Aunque los estudios recomiendan el uso de corticosteroides tópicos de alta potencia, en el vitíligo localizado, su uso debe limitarse a 2-4 meses períodos, como los corticosteroides de baja potencia o el uso de otros inmunomoduladores deben ser consideradas con el fin de disminuir el riesgo de eventos adversos. Si no hay respuesta clínica con corticoides tópicos en 3 a 4 meses debe ser suspendido.

24

INHIBIDORES DE LA CALCINEURINA

Inicialmente utilizado en pacientes trasplantados, son inmunosupresores, la primera usada la ciclosporina, no se utilizan por vía tópica debido a la falta de una buena absorción cutánea. Posteriormente aparecieron tacrolimus y pimecrolimus demostraron buena absorción cuando se utiliza por vía tópica.

Los corticosteroides inhiben la síntesis de colágeno, dando lugar a un mayor riesgo de atrofia de la piel, especialmente durante el uso prolongado. Una ventaja de los inhibidores de la calcineurina es que no hay riesgo de atrofia.

Tacrolimus tópico es un inhibidor de calcineurina que controla la actividad de los linfocitos T a través de la inhibición de citoquinas proinflamatorias, bloqueando la transcripción de los genes IL-2 que son importantes para la proliferación de los linfocitos T citotóxicos, y también la inhibición de la transcripción y la producción de IL-4, IL-5, IL-10, IFN- γ y TNF- α .

La asociación de un fármaco inmunosupresor tópico con un tratamiento físico fue investigado en un estudio comparativo, randomizado, simple ciego que mostró una mejor respuesta terapéutica en los grupos tratados con láser excimer (308nm) asociado con un 1% pimecrolimus tópico en comparación con láser que se utiliza solo.

Inhibidores de la calcineurina han demostrado una eficacia similar a los corticosteroides tópicos, sin el riesgo de atrofia cutánea en el uso a largo plazo. Calcipotriol y betametasona dipropionato

El uso de calcipotriol en combinación con corticosteroides tópicos ha sido reportado en la literatura. En una serie de casos, se observó una tasa de repigmentación 75% en los pacientes que eran resistentes a tratamientos previos tales como tacrolimus y corticosteroides tópicos. El uso de análogos de la vitamina D se ha asociado con UVB de banda estrecha y un láser de excímero.

Tratamiento Sistémico

La terapia con corticosteroides sistémicos

La terapia con corticosteroides sistémicos se utiliza en los casos de lesiones de vitíligo difundidos con progresión rápida. Disminución de la citotoxicidad mediada por el complemento y los niveles de anticuerpos contra la superficie de los melanocitos se han descrito en pacientes con vitíligo inestable sensibles a los corticosteroides sistémicos. Un estudio no comparativo con los pacientes tratados con 81 vitíligo prednisolona 0,3 mg / kg / día durante 2 meses, reduce progresivamente hasta el quinto mes, demuestra el control de la progresión de la enfermedad y la repigmentación en el 87,7% y el 74,1% de los casos respectivamente.

El uso de corticosteroides sistémicos en minipulsos se ha utilizado con el fin de minimizar los acontecimientos adversos inherentes al tratamiento. Un meta-análisis demostró una tasa de incidencia más baja de efectos adversos sistémicos y cutáneos con el régimen de mini-pulso en comparación con los corticosteroides de uso diario.(23)

2- TRATAMIENTO FÍSICO

La radiación ultravioleta (UV), tanto de espectro UVA y UVB, se ha utilizado en el tratamiento del vitíligo. Su efecto no se entiende todavía completamente. Se puede inducir la inmunosupresión mediante la inhibición de la destrucción de los melanocitos o estimular el aumento en su número y capacidad migratoria.

UVB DE BANDA ESTRECHA – UVBBE Una modalidad terapéutica eficaz y segura, el tratamiento con UVB de banda estrecha (311nm) se considera una opción de primera línea para el vitiligo. Se dispensa el uso combinado de un psoraleno oral, liberando así los pacientes de eventos adversos oculares y gastrointestinales relacionados con este fármaco.

LA FOTOQUIMIOTERAPIA

es un método terapéutico que consiste en el uso de un medicamento que aumenta los efectos de la luz. Los psoralenos son los fármacos más utilizados en el tratamiento del vitiligo, en las formas 8-metoxypsoralen, 5-metoxypsoraleno o trimetilpsoraleno que se puede usar en sus presentaciones orales y tópicos.

Introducido en 1948, la terapia PUVA oral es un tratamiento muy popular para el vitiligo y consiste en la aplicación de los rayos UVA (320-400 nm) y el uso de un fármaco fotosensibilizante, por lo general 8-metoxypsoraleno administrado por vía oral 2 horas antes de la aplicación de luz a una dosis de 0,6 mg / kg.

Terapia PUVA tópica se puede utilizar en formas localizadas de vitiligo en adultos y niños mayores de 2 años. Debido a las dosis más bajas de UVA usados y las pequeñas absorción de psoraleno tópico se considera una opción más segura.

Los mejores resultados obtenidos con UVBBE así como su mayor perfil de seguridad en comparación a la fototerapia UVA, están causando este último sea menos utilizada.²⁵

LUZ MONOCROMÁTICA EXCIMER

La combinación de la luz excimer monocromático con gas cloruro de xenón emite luz con una longitud de onda de 308nm. Hay dos formas de producir esta luz; el láser excimer que produce una luz coherente y monocromática y la lámpara excimer que produce una luz no direccional y no coherente de 308nm. Estas formas de tratamiento difieren de UVBBE en su modo de aplicación, ya que pueden ser aplicadas de una manera más localizada en las lesiones.

3 - EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El trasplante de melanocitos es una opción terapéutica importante para los pacientes con enfermedad estable que no han respondido a las terapias clásicas. Está indicado incluso para las zonas tradicionalmente refractarios como distales extremidades, los codos, las rodillas, los pezones, los párpados y los labios. Por otra parte, la elección adecuada de los pacientes, con la exclusión de los que presentan fenómeno de Koebner y la enfermedad activa es esencial para prevenir lesiones acrómicas en las zonas donantes y lograr mejores resultados en las áreas que reciben.

El injerto punch es la técnica más fácil y más bajo costo, aunque generalmente se limita al tratamiento de áreas pequeñas. El área receptora se prepara mediante la realización de múltiples sacabocados de igual tamaño o 0,25 a 0,5 mm menor que los extraídos de la zona donante.²⁶

Injertos más grandes a menudo producen un efecto cosméticamente indeseable, conocido como empedrado (apariencia de adoquines).

PRONÓSTICO

El curso natural del vitíligo es impredecible. Sin embargo, luego de un inicio abrupto, la enfermedad puede progresar lentamente por algún tiempo y seguir un periodo de estabilidad que puede durar de meses a décadas. Pocos casos pueden progresar rápidamente después de un periodo de inactividad.

El vitíligo segmentario es más estable y, generalmente, tiene un mejor pronóstico. Ocurre re pigmentación espontánea en 6% a 44% de los casos, que comienza como pigmentación macular marginal o, más frecuentemente, perifolicular, especialmente en áreas expuestas a la luz. Los pacientes jóvenes tienen un mejor pronóstico. Aquellos con lesiones localizadas en las áreas de fricción, con leucotriquia y que presentan lesiones en las mucosas, tienen un peor pronóstico. Se debe tener en cuenta el gran impacto psicológico que la enfermedad causa en el paciente. Se puede encontrar depresión hasta en 20%, pensamientos suicidas en 10% e intento suicida en 3,3% de los casos. Es por esto que algunos autores recomiendan que todos los pacientes con vitíligo, deban ser evaluados por psiquiatría.

1.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

EDAD: Según el diccionario de la Real Academia Española; “Es el tiempo que ha vivido una persona”.

SEXO: Según el diccionario de la Real Academia Española “Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas”.

ESTADO CIVIL: Según el Código Civil del Perú; “Condición de la persona física determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco.”

ANTECEDENTES FAMILIARES: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos.

1° grado: Conformada por los padres, los hermanos, los hijos.

2° grado: Conformada por los tíos, sobrinos, abuelos y nietos.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES: Enfermedad en donde el sistema inmunitario del huésped ataca erróneamente a células, tejidos y órganos de su propio organismo.

TIEMPO DE ENFERMEDAD: Días, meses y años desde el inicio de la enfermedad.

EDAD DE INICIO: Años de vida cumplidos de una persona hasta la aparición de las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad.

LOCALIZACION DE INICIO: Lugar anatómico donde aparece las primeras lesiones de la enfermedad.

TIPO DE VITILIGO: Características clínicas asociadas a determinadas variantes de la enfermedad.

1.4 FORMULACION DE HIPOTESIS

No hay hipótesis porque se trata de un estudio descriptivo

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Estudio observacional, descriptivo retrospectivo, de corte transversal.

Diseño no experimental enmarcado en los diseños de tipo epidemiológico.

2.2 POBLACION Y MUESTRA DE ESTUDIO

Total de pacientes con diagnóstico confirmado de vitiligo atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital III Juliaca durante el periodo de Febrero 2014 a Marzo 2015

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico confirmado de vitiligo.
- Pacientes que acepten participar en el estudio de investigación firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Menores de edad sin consentimiento de sus padres.
- Pacientes que tengan fichas con datos incompletos.

Muestra

Se trabajó con todos los pacientes que reúnan los criterios de inclusión y exclusión

2.3 TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La presente investigación utilizó una ficha de recolección de datos ver anexo 1

Los datos de la presente investigación fueron procesados en un programa Excel 2010 y en un computador I3. Se presenta la información en tablas cuadros y gráficos.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación por su tipo y diseño no presenta problemas éticos los datos fueron tratados en forma anónima y de uso exclusivo para la presente investigación.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

**TABLA N° 01. EDAD DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III
JULIACA – ESSALUD 2014/15**

Grupos de edad	Frec.	%
Menos de 12	13	10.8
13 - 18	8	6.7
19 - 30	10	8.3
31 a mas	89	74.2
Total	120	100.0

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III JULIACA - ESSALUD.

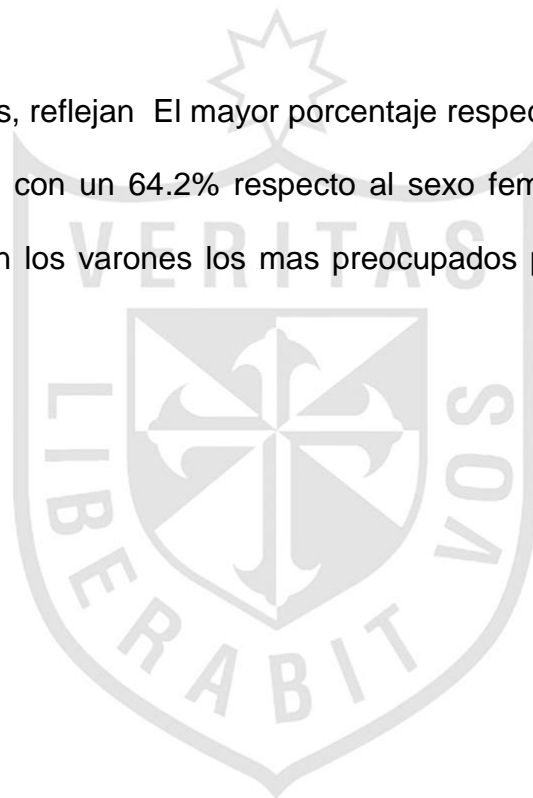
El mayor porcentaje de la población atendida se ubica la variable edad de 31 a mas años y el mínimo entre los 13 y 18 años esto significa que es en la población adulta donde se presenta mas casos de vitiligo por estar expuestos a situaciones desencadenantes de esta enfermedad como el estrés, ocupación , medio ambiente etc.

**TABLA Nº 2. GÉNERO DE LOS PACIENTES CON VITILIGO SEGÚN GÉNERO -
HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15**

Género	Frec.	%
Masculino	77	64.2
Femenino	43	35.8
Total	120	100.0

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III JULIACA - ESSALUD.

Los datos presentados, reflejan El mayor porcentaje respecto al genero se observa en el sexo masculino con un 64.2% respecto al sexo femenino que es 35.8% lo cual indicaría que son los varones los mas preocupados por acudir a la consulta dermatológica.



**TABLA Nº 03. PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON VITILIGO -
HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15**

Procedencia	Frec.	%
Juliaca	102	85.0
Azángaro	10	8.3
Huancané	4	3.3
Lampa	1	0.8
Ayaviri	3	2.5
Total	120	100.0

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III
JULIACA - ESSALUD.

Respecto a la procedencia de los pacientes observamos que la mayor parte de pacientes proviene de Juliaca en un 85% y en menor porcentaje vienen de provincias. Esto refleja que Juliaca tiene una mayor población y los mismos tienen el acceso a acudir a centros de mayor complejidad en relación a los que viven en provincias.

**TABLA Nº 04. OCUPACION DE LOS PACIENTES CON VITILIGO -HOSPITAL III
JULIACA – ESSALUD 2014/15**

Ocupación	Frec.	%
Independiente	89	74.2
Dependiente	31	25.8
Total	120	100.0

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III
JULIACA - ESSALUD.

En relación a la ocupación de los pacientes observamos que el mayor porcentaje son pacientes que tienen un trabajo independiente 74.2% mientras que un 25.8 % son dependientes aquí tendríamos a los hijos y amas de casa en su mayoría con un 25.8%.

TABLA Nº 05. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA ESSALUD 2014/15

Procedencia	Frec.	%
Soltero	32	26.7
Casado	66	55.0
Divorciado	5	4.2
Conviviente	15	12.5
Viudo	2	1.7
Total	120	100.0

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III JULIACA - ESSALUD.

En lo que respecta al estado civil de los pacientes observamos que la mayoría corresponde a pacientes casados con un 55% respecto a un 1.7% que corresponde a pacientes divorciados. Esto indicaría que los pacientes casados al tener una pareja son observadas por la misma las lesiones cuando son pequeñas y a estímulo de sus parejas asistirían a la consulta dermatológica.

TABLA Nº 06. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15

Grado de instrucción	Frec.	%
Inicial	4	3.3
Primaria	12	10.0
Secundaria	46	38.3
Superior	58	48.3
Total	120	100.0

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III JULIACA - ESSALUD.

Respecto al grado de instrucción de los pacientes observamos que la mayoría corresponde a nivel de instrucción superior con un 48.3%, ello les permite tener una ubicación económica mejor en relación a los que tienen un bajo nivel de instrucción (38 y 10%). Asimismo los que tienen un nivel de instrucción superior tienen una cultura y conocimiento de las consecuencias si no se recurre a una atención oportuna.

TABLA Nº 07. ANTECEDENTES FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15

Niveles	Frec.	%
Si	8	6.7
No	112	93.3
Total	120	100.0

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III JULIACA - ESSALUD

Respecto a los antecedentes familiares en los pacientes observamos que un 93.3 % de los mismos no tienen familiares que tengan la enfermedad en relación a un 6.7% que si tiene antecedentes estos datos concuerdan con otros estudios y con la literatura respecto a la relación de vitiligo y antecedentes familiares.

TABLA Nº08.TIPO DE VITILIGO DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15

Tipo	Frec.	%
Localizado	41	34.2
Generalizado	79	65.8
Total	120	100.0

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III JULIACA - ESSALUD

En relación al tipo de vitiligo que presentan los pacientes observamos en nuestro estudio que un 65.8% tiene el tipo generalizado respecto a un 34.2% que presenta el tipo localizado esto se debería a que los pacientes consultan en su mayoría varios meses o años después del inicio de la enfermedad. Posiblemente sea por razones que tienden a ocultar o sienten algo de vergüenza o esperan que desaparezca con tratamiento casero.

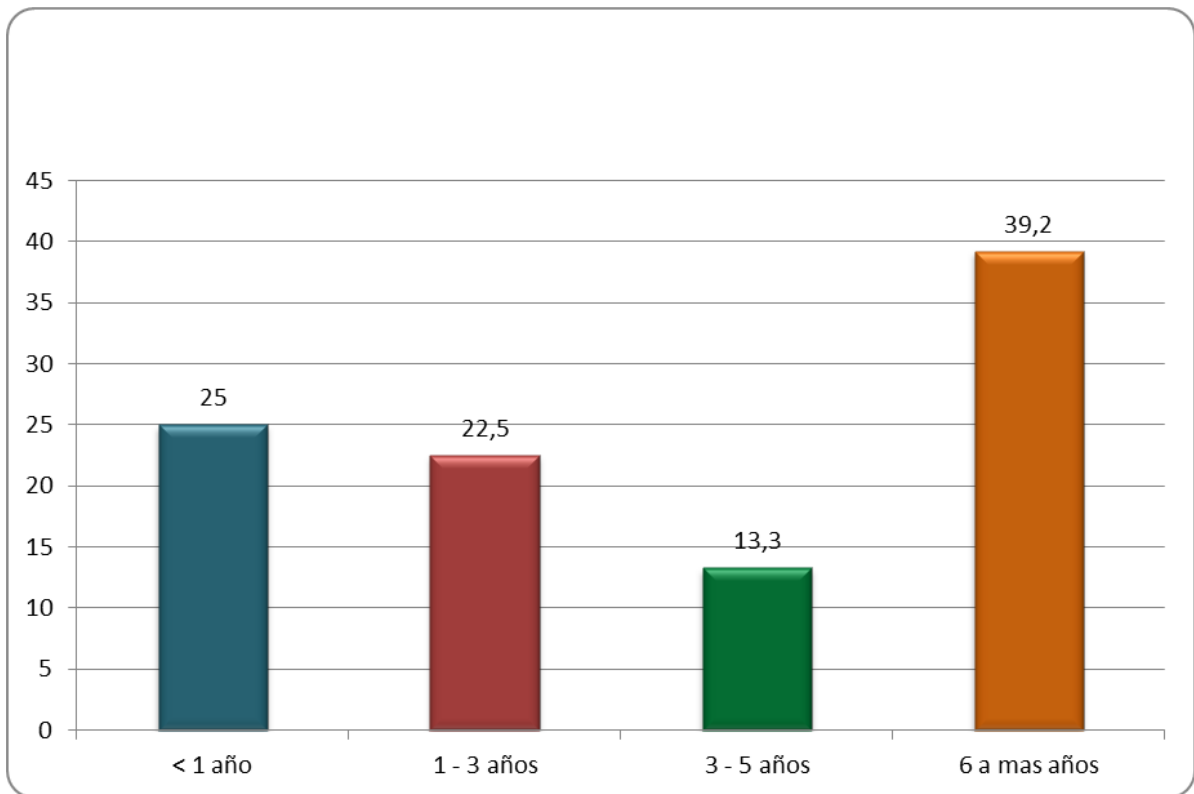
**TABLA Nº 09 EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES
CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15**

grupos de edad	Frec.	%
0 - 4 años	4	3.3
5 - 9 años	10	8.3
10 - 14 años	6	5.0
15 - 19 años	3	2.5
20 a mas años	97	80.8
Total	120	100.0

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III
JULIACA - ESSALUD

En relación a la edad de inicio de la enfermedad El mayor porcentaje se ubica la variable 20 a mas años y el mínimo entre los 15 y 19 años significa la enfermedad se inicia en mayor porcentaje en la edad de la juventud y adultez, lo cual refleja que se relaciona con edades en las que tanto el varón como la mujer inicia un ritmo de vida con responsabilidades en niveles altos que se acrecienta a más edad.

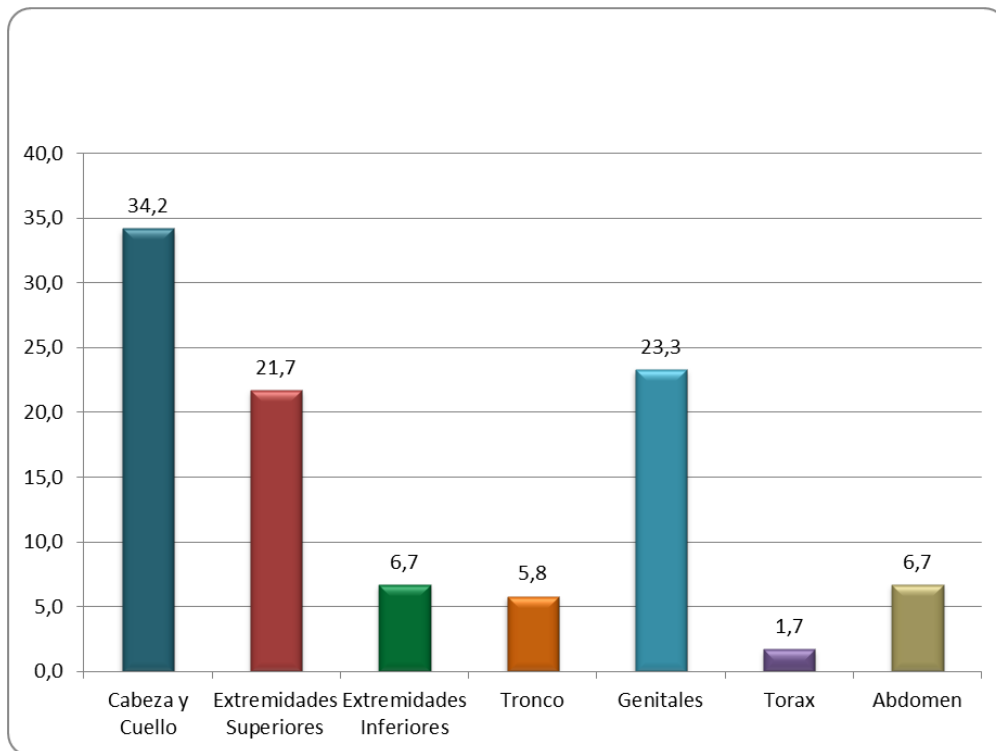
**GRAFICO Nº 01. TIEMPO DE DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD DE LOS
PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15**



FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III
JULIACA - ESSALUD

Respecto al tiempo de evolución de la enfermedad de los pacientes observamos que la mayor parte de pacientes un 39.2% tiene la enfermedad de 6 a mas años mientras que un 25% consulto por un inicio de enfermedad menor a un año esto indica que la población consulta por esta enfermedad, luego de varios años. Sin embargo los que se preocupan y consultan antes de los 03 años de iniciado, el porcentaje es bastante significativo, hecho que dice que ya están preocupándose casi oportunamente.

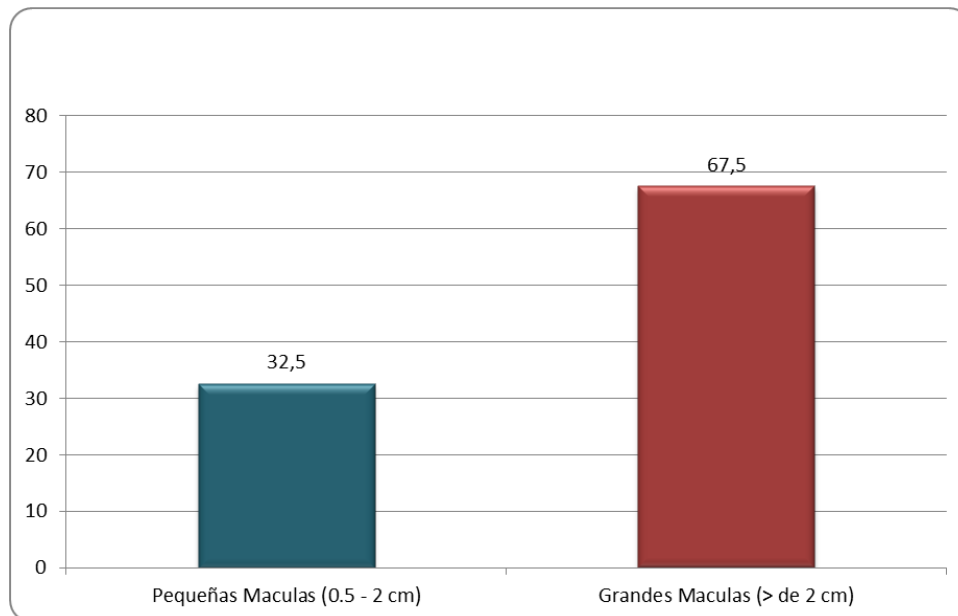
**GRÁFICO Nº 02. LOCALIZACION INICIAL DE LA LESION DE LOS PACIENTES
CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15**



FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III
JULIACA - ESSALUD

Respecto a la localización inicial de lesión se observa que un 34.2% la presenta en la cabeza y cuello y un 1.7% la presenta en el tórax. Lo que indica que al ser la cabeza y cuello zonas foto expuestas son más susceptibles. Por consiguiente, al ubicarse en la parte exterior o zonas visibles, hace que se preocupen más de manera oportuna para el tratamiento que esperan alcanzar.

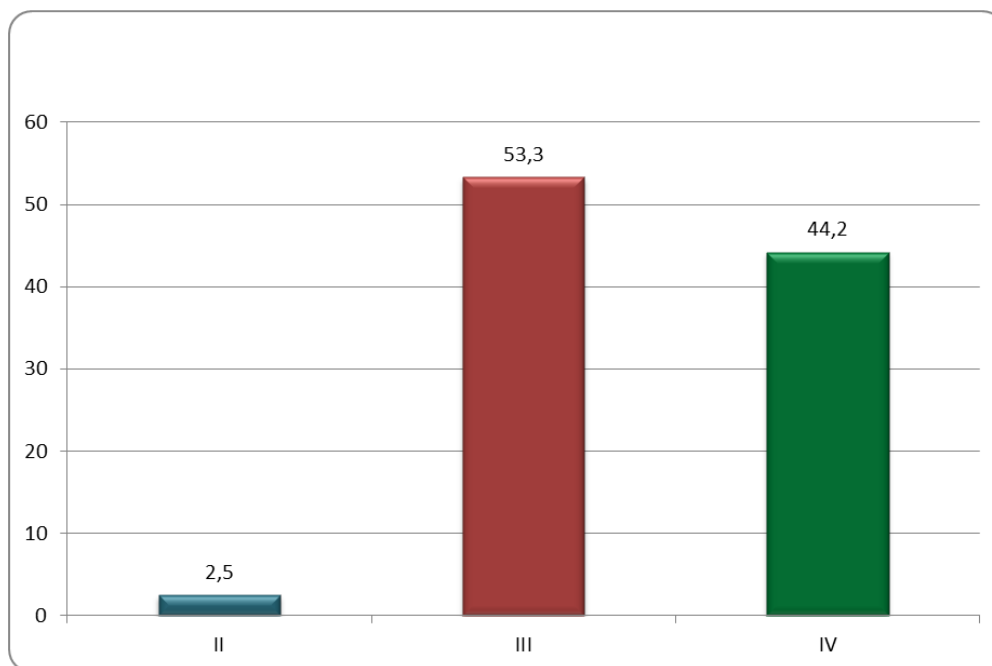
**GRÁFICO Nº 03. TAMAÑO DE LA LESION DE LOS PACIENTES CON VITILIGO
- HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15**



FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III
JULIACA - ESSALUD

En relación al tamaño de las lesiones observamos que un 67.5% presenta grandes maculas > 2cm mientras que un 32.5% presenta pequeñas maculas de 0.5 a 2 cm esto refleja también que los pacientes acuden en su mayoría después de meses o años de que apareció la primera lesión. Estos datos muestran relación directa con la variable que recurre a una consulta y busca de tratamiento luego de haber observado o esperado por más de 06 años de iniciado.

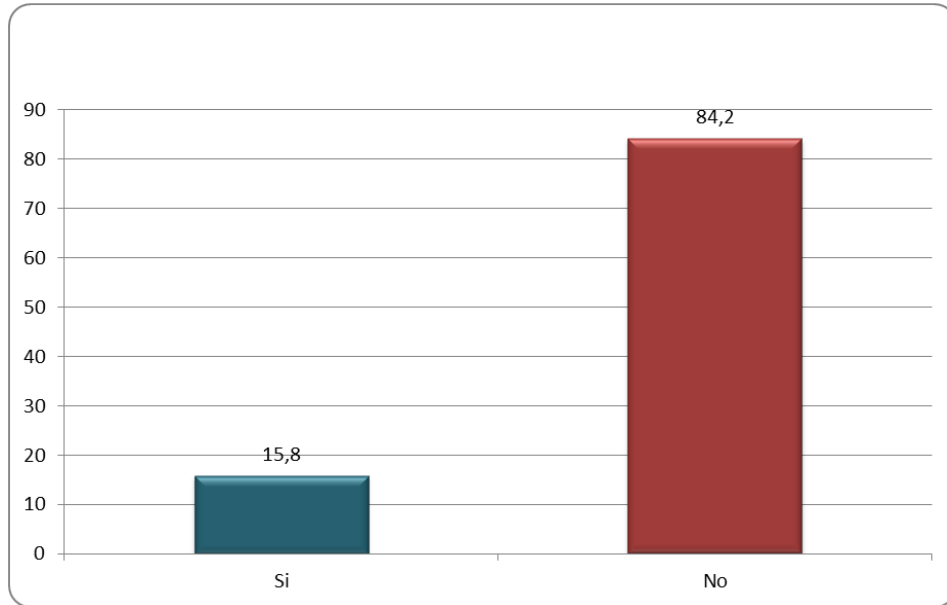
**GRÁFICO N° 04. CLASE DE FOTOTIPO DE LOS PACIENTES CON VITILIGO -
HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15**



FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III
JULIACA - ESSALUD

Respecto al fototipo de los pacientes observamos que el 53.3% presenta el fototipo III y un 44.2% al fototipo IV frente a un 2.5% que corresponde al fototipo II esto se debe a la zona de estudio por ser una zona altiplánica la mayoría de pacientes presenta fototipos III y IV

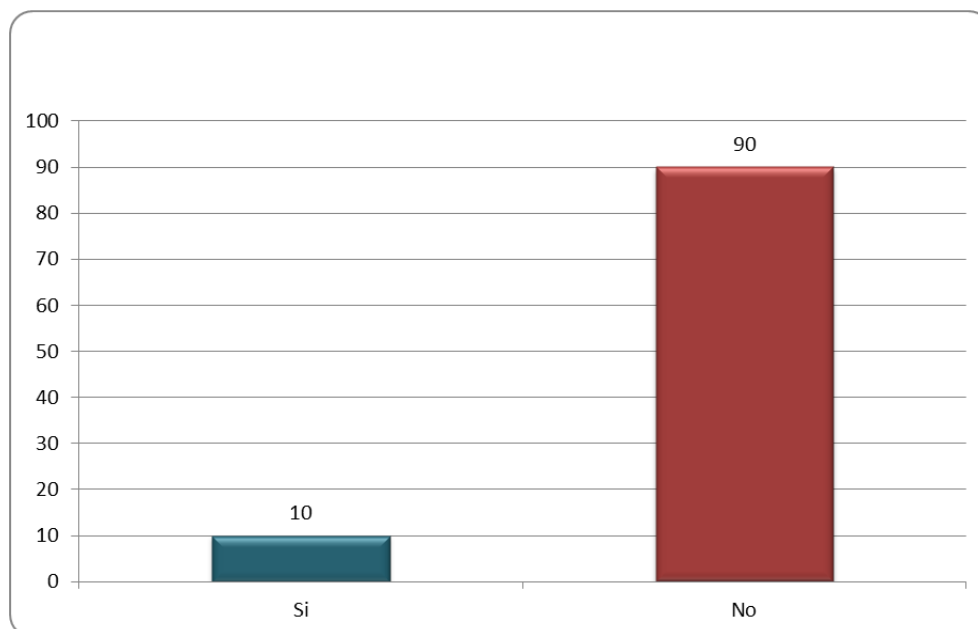
**GRÁFICO N° 05. TIPO DE LESIONES SIMÉTRICAS Y ASIMÉTRICAS DE LOS
PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15**



FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III
JULIACA - ESSALUD

En relación a tipo de lesiones un 84.2% presenta lesiones asimétricas y un 15.8% presenta lesiones simétricas lo cual indica que en este estudio la mayoría presenta lesiones asimétricas.

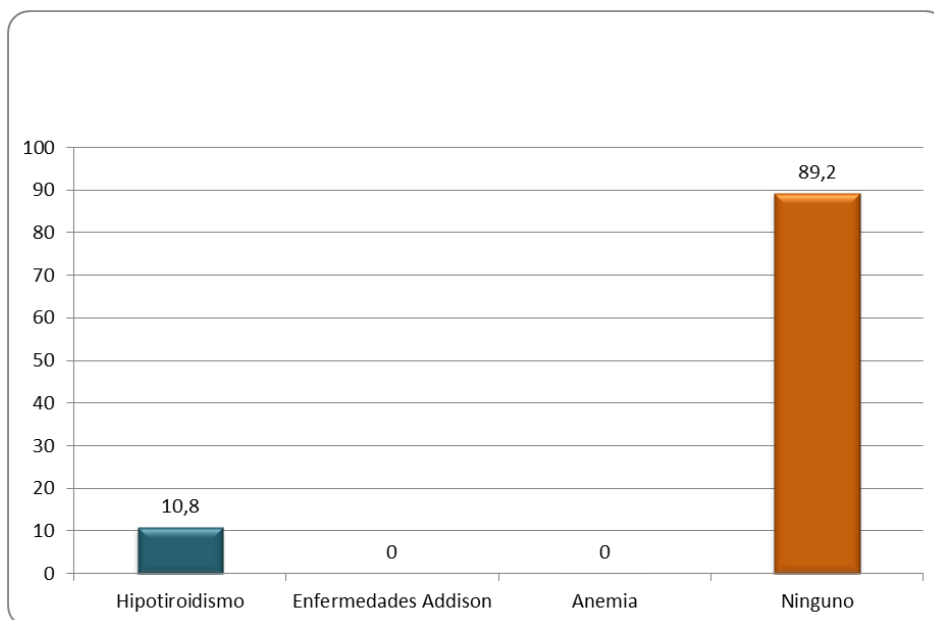
**GRAFICO Nº 06. ASOCIACION CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE
LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15**



FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III
JULIACA - ESSALUD

En relación al vitiligo y su asociación con enfermedades autoinmunes observamos que en su mayoría un 90% de los pacientes estudiados no presenta asociación con enfermedades autoinmunes frente a un 10% que si presenta asociación esto mismo se refleja en estudios similares.

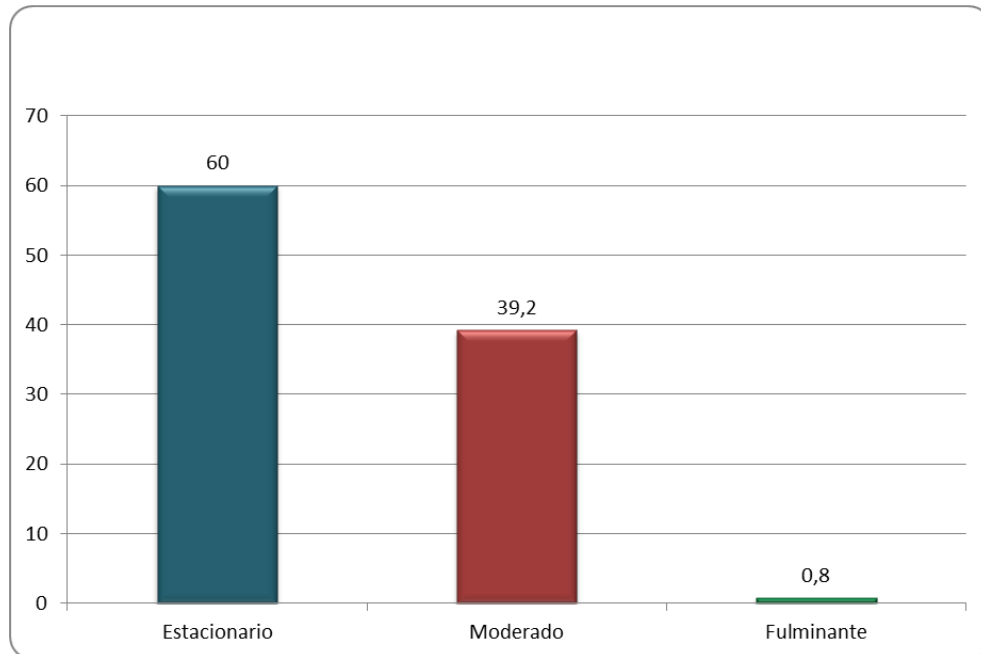
**GRÁFICO Nº 07. ASOCIACION SEGÚN TIPO DE ENFERMEDADES
AUTOINMUNES DE LOS PACIENTES CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA –
ESSALUD 2014/15**



FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III
JULIACA - ESSALUD

Respecto al tipo de enfermedad autoinmune que presentan estos pacientes observamos que un 10.8% tiene asociación con el hipotiroidismo frente a un 89.2% que no presenta asociación con enfermedades autoinmunes.

**GRÁFICO Nº 08.EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES
CON VITILIGO - HOSPITAL III JULIACA – ESSALUD 2014/15**



FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III
JULIACA - ESSALUD

En relación a la evolución de la enfermedad tenemos que un 60% es estacionaria y solo un 0.8% presento una evolución fulminante indica que en su mayoría en este estudio la enfermedad tiene una evolución lenta.

CAPÍTULO IV

4.1. DISCUSIÓN

El vitíligo es una enfermedad prevalente en la población general y también tiene elevado impacto sobre la calidad de vida de los pacientes afectados.

Las características epidemiológicas y clínicas del vitíligo en los pacientes de nuestro estudio en general son similares a las que se encuentran en la literatura.

La serie que presentamos en nuestro estudio es de 120 pacientes y está formada por 77 varones y 23 mujeres, los cuales presentan una edad media de 31 a más años

Existen estudios en los que no hay diferencias significativas en función del sexo, encontrándose la misma frecuencia de vitíligo en hombres y mujeres ^{1,2,10 12}, mientras que en otros estudios predomina en el sexo femenino^{1,2,12}

En nuestro estudio el vitíligo predominó en el sexo masculino en un 64 por ciento, esto puede atribuirse a que los hombres al ser una población económicamente activa acude más a los centros de salud por la presión mediática de su entorno social al estar en relación con compañeros de trabajo.

La edad promedio de inicio fue en la tercera década de la vida, 31 años algo superior a lo referido por Fitzpatrick², que indica que el vitíligo se inicia en un 50 por ciento antes de los 20 años, pero como sabemos puede aparecer en cualquier

momento desde el nacimiento hasta la vejez. No obstante existen diversos estudios ^{1,2,6,9,11,12,18} en los que la edad promedio de inicio es superior a lo referido en la literatura, como en nuestro caso. Esto se debería a que la población infantil asiste mas a la consulta pediátrica y tardíamente acudirían a la consulta por dermatología y también por la falta de especialistas.

La procedencia de los pacientes en su mayoría fue de la ciudad de Juliaca con un total de 102 pacientes frente a los pacientes que acuden de provincias que fueron 18 pacientes esto sería por que dichos pacientes que se encuentran en provincias no tienen acceso a una atención especializada y pocos de ellos tienen los medios para acudir a centros especializados.

Sobre los antecedentes familiares al igual que en otros estudios ^{7,8,10,12,} en los pacientes estudiados un 93.% de los mismos no tienen familiares que tengan la enfermedad en relación a un 7% que si tiene antecedentes.

El tiempo medio de evolución del vitíligo fue de 6 años a mas lo cual no concuerda con la fecha de diagnóstico en el hospital que es cuando recién acuden a la consulta dermatológica que puede ser años después de presentar la enfermedad.

El tipo de vitíligo de los pacientes fue un 79 por ciento generalizado, siendo el sitio más frecuente cabeza y cuello, esto se debería que los pacientes al ser de raza mestiza con fototipos III Y IV ^{12,} lo cual hace que las lesiones contrastarían con su tono de piel y por eso los lleva a consultar por la enfermedad en forma temprana.

Se conoce ya por diversos estudios ^{1,12} la relación entre el vitíligo y las diferentes razas.

Las características clínicas del vitíligo de nuestros pacientes son similares a las encontradas en la literatura ^{1,2,6,9,10,11,12,18}. Según la clasificación que hemos utilizado en este estudio. En relación al tipo de vitíligo que presentan los pacientes tenemos que un 65.8% tiene el tipo generalizado respecto a un 34.2% que presenta el tipo localizado y en su mayoría en hombres

Dentro de los pacientes que presentaban asociación con enfermedades autoinmunes observamos solo un 10% que presenta asociación y de estas enfermedades se tiene que del total de 200 pacientes 13 pacientes presentaban hipotiroidismo, lo cual se refleja también en estudios similares

4.2. CONCLUSIONES

- El vitíligo es una enfermedad caracterizada por presentar un trastorno de la pigmentación cutánea caracterizado por áreas de despigmentación, por lo tanto los pacientes presentan máculas blancas en la piel.
- Aunque etiología del vitíligo se desconoce, la autoinmunidad juega un papel importante en el desarrollo de la enfermedad.
- la mayor prevalencia se encontró en el sexo masculino lo cual no se observa en otros estudios y las edades de presentación tiene mayor prevalencia a mas de 31 años esto mismo se observa en otros estudios
- Las formas generalizadas de vitíligo son las más frecuentes.

4.3. RECOMENDACIONES

Se sugiere que las instituciones que brindan servicios de salud, incluya campañas de prevención referidos a esta enfermedad, en tanto que con ella el aspecto de rendimiento laboral se ve afectada, por la disminución del autoestima en muchos pacientes que adquieren esta enfermedad.

Al considerar erróneamente la sociedad, que esta enfermedad es contagiosa, también se debe explicar o educar a la sociedad sobre el proceso de evolución y los cuidados a considerar en el tratamiento de estas enfermedades.

Respecto al tratamiento a la enfermedad adquirido el servicio de dermatología sugiere que los pacientes acudan a los establecimientos de salud para recibir la terapia adecuada

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Valverde J., Grados MA, Vitiligo: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Folia dermatol. Peru* 2006; 17 (1): 21-24.
2. Rodriguez RE, Chavez J., Vitiligo en niños: estudio epidemiológico. *Dermatol. peru.* v.17 n.1 Lima ene./abr. 2007.
3. Light-related diseases and disorders of pigmentation. En: Habif T. *Clinical Dermatology. A color guide to diagnosis and therapy.* 4 ed. New York: Mosby. 2004:684-9.
4. López V. Determinantes psicosociales en la aparición y curso del vitíligo. *Rev Cub Med Gen Integr.* 2000;16:171-6.
5. Alkhateeb A, Fain P, Thody A, Bennett D, Spritz R. Epidemiology of vitiligo and associated autoimmune diseases in caucasian probands and their families. *Pigment Cell Res.* 2003;16:208–14.
6. Trujillo MC, Gómez LM, Vitiligo. *Rev Asoc Col Dermatol Volumen 17, Número 2, junio de 2009, pág. 76, 86.*
7. Xue-Jun Z, Jiang-Bo L, Jin-P, Quan X, Hong-Bo W, Jin-Xian L, Sen Y, Hong-Y. Characteristics of genetic epidemiology and genetic models for vitiligo. (*J Am Acad Dermatol* 2004;51:383-90.
8. Boissy R., Spritz R. Frontiers and controversies in the pathobiology of vitiligo separating the wheat from the chaff. *Exp Dermatol.* 2009 July ; 18(7): 583–585.
9. Forschener T., Buchholtz S., Stockfleth E. Current state of vitiligo therapy – evidence-based analysis of the literatura. *JDDG;* 2007. 5:467–476.

10. Silva C., Pereira L., Gontijo B., Ribeiro G., Vitiligo na infância: características clínicas e epidemiológicas. An. Bras. Dermatol. An. 2007; 82 (1) 47-51
11. Santander M., Vitiligo: factores asociados con su aparición en pacientes del Noreste de México. Revista Mexicana de Dermatología 2014; 58:232-238.
12. Elena Noemí Chaparro Et. al Vitiligo: Nuestra casuística en 270 casos Arch. Argent. Dermatol. 61:191-196, 2011
13. Schwartz R. Factores psicobiológicos en vitiligo infantil: Posible rol en su génesis e impacto en la calidad de vida Revista médica Chile volumen .137 N°1 Santiago enero. 2009
14. Vrijman C, Kroon MW, Limpens J, Leeftang MM, Luiten RM, van der Veen JP, et al. La prevalencia de la enfermedad de la tiroides en pacientes con vitiligo: una revisión sistemática. Br J Dermatol. 2012; 167: 1224-1235
15. Kwinter J, Pelletier J, Khambalia A, Papo E. Uso de esteroides de alta potencia en niños con vitiligo: un estudio retrospectivo. J Am Acad Dermatol. 2007; 56: 236-41.
16. Udompataikul M, Boonsupthip P, Siriwattanagate R. Eficacia de tacrolimus al 0,1% tópica en pacientes adultos y niños con vitiligo. J Dermatol. 2011; 38: 536-40.
17. Lepe V, Moncada B, Castanedo JP, Torres MB. Un estudio doble ciego aleatorizado de tacrolimus al 0,1% vs 0,05% de clobetasol para el tratamiento del vitiligo infancia. Arco Dermatol. 2003; 139: 581-5.
18. Saurabh A. Profile of vitiligo in Kumaun region of Uttarakhand India , Indian Journal of Dermatology 2014, volumen 59, pagina

19. Imran M, Efficacy of targeted narrowband ultraviolet B therapy in Vitiligo, Indian Journal of Dermatology 2014, volumen 59 pagina 485 -489
20. Anitha N. Oral manifestations of vitiligo, Indian Journal of Dermatology 2015, Volumen 60 pagina 103
21. Gomes T. Vitiligo - Parte 1, Anais Brasileiros de Dermatologia 2014 , volumen 89 No.3 paginas 461 – 470
22. Cruz M, García M, Sánchez R, Mendoza C, Jiménez M, Munguía P.. Inmunopatogénesis del vitiligo. Autoimmunologia Revision . 2011; 10: 762-5.
23. Adriane R. Vitiligo - Parte 2 - Clasificación, histopatología y tratamiento. Anais Brasileiros de Dermatologia, 2014 volumen 89 N° 5 Paginas 784-790.
24. Falabella R. Actualización sobre la repigmentación de la piel terapias en el vitiligo. Pigment Cell Melanoma Res. 2009; 22: 42-65.
25. Leona G. Foto (quimio) terapia para el vitiligo. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2011; 27: 261-77
26. Patel NS, Paghdal KV, Cohen GF. Modalidades de tratamiento avanzadas para el vitiligo. Dermatol Surg. 2012; 38: 381-91

ANEXOS

Ficha de recolección de datos

FICHA DE DATOS				
I.DATOS EPIDEMIOLOGICOS				
FECHA				
EDAD				
GENERO	1 MASCULINO	2 FEMENINO		
PROCEDENCIA	1 JULIACA	2 AZANGARO	3 HUANCANE	
	4 LAMPA	5 AYAVIRI	6 PUTINA	
OCUPACION	1 INDEPENDIENTE	2 DEPENDIENTE		
ESTADO CIVIL	1 SOLTERO	2 CASADO	3 DIVORCIADO	
	4 CONVIVIENTE	5 VIUDO		
GRADO DE INSTRUCCION	1 INICIAL	2 PRIMARIA	3 SECUNDARIA	4 SUPERIOR
ANTECEDENTES FAMILIARES DE VITILIGO	1 SI	2 NO		
II. DATOS CLINICOS				
TIPO DE VITILIGO	1 LOCALIZADO	2 GENERALIZADO	3 UNIVERSAL	
EDAD DE INICIO ENFERMEDAD	(1) 0 -4 AÑOS	(2) 5 -9 AÑOS	(3) 10 -14 AÑOS	
	(4) 15.19 AÑOS	(5) 20 A MAS		
TIEMPO DE DESARROLLO DE ENF.	(1) < 1 AÑO	(2) 1 - 3 AÑOS	(3) 3 -5 AÑOS	(4) 6 A MAS
LOCALIZACION INICIAL DE LA LESION	1 CABEZA Y CUELLO	2 EXTREM. SUP.	3EXTREM. INF.	4 TRONCO
	5 GENITALES	6 TORAX	7 ABDOMEN	
TAMANO DE LESIONES	1 PEQUEÑAS MACULAS (0.5 - 2 CM)	2 GRANDES MACULAS (> 2 CM)		
FOTOTIPO	(1) I	(2) II	(3) III	(4) IV
LESIONES SIMETRICAS	1 SI	2 NO		
ASOCIACION CON ENF. AUTOINMUNES	1 SI	2 NO		
ENFERMEDADES AUTOINMUNES	1 HIPOTIROIDISMO	2 ENF. ADDISON	3 ANEMIA	4 NINGUNO
EVOLUCION	1 ESTACIONARIO	2 MODERADO	3 PERIVENICO	4 FULMINANTE