

Vitiligo: problemas y soluciones

Vitiligo: problems and solutions

TORIELLO M LOTTI

RESUMEN

EL VITILIGO ES UNA DERMATOSIS COMÚN, CRÓNICA Y DESFIGURANTE DE LA PIEL Y EL PELO QUE AFECTA AL 1-2% DE LA POBLACIÓN Y ES DE TRATAMIENTO DIFÍCIL. LOS AUTORES EN ESTE TRABAJO INTENTAN CONTESTAR TRES PREGUNTAS IMPORTANTES: ¿PUEDE DETENERSE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD?; ¿PUEDE LA HIPERPIGMENTACIÓN DE LAS ÁREAS NO AFECTADAS EVITARSE DURANTE EL TRATAMIENTO?; ¿ES POSIBLE EN 100% LA REPIGMENTACIÓN? LAS RESPUESTAS INCLUYEN LAS SIGUIENTES EXPLICACIONES Y PROPUESTAS.

EL VITILIGO ES PROGRESIVO EN 73.6% DE LOS CASOS Y REGRESIVO EN 1.3%. EL FENÓMENO DE KOEBNER Y LA AFECCIÓN DE MUCOSAS SON SIGNOS DE PROGRESIÓN. EN 89% SE PUEDE DETENER LA EXTENSIÓN EN VITILIGO NO SEGMENTARIO CON MINIPULSOS ORALES DE CORTICOTERAPIA, Y LA EXTENSIÓN DEL VITILIGO SEGMENTARIO PUEDE BLOQUEARSE CON PUVA.

DEBEN EVITARSE LA FOTOTERAPIA Y LA FOTOQUIMIOTERAPIA EN CASOS DE HIPERPIGMENTACIÓN DE PIEL NO AFECTADA. ESTA HIPERPIGMENTACIÓN PUEDE EVITARSE CON LA APLICACIÓN DE CORTICOSTEROIDES TÓPICOS O MICROFOTOTERAPIA DE BANDA ESTRECHA. LOS CORTICOSTEROIDES TÓPICOS DEBEN USARSE EN CASOS LOCALIZADOS, PERO NO EN SEGMENTARIOS. SE HAN OBTENIDO BUENOS RESULTADOS EN FORMAS GENERALIZADAS, PERO LOS POSIBLES EFECTOS COLATERALES NO LOS RECOMIENDAN DE PRIMERA LÍNEA. LAS LESIONES TEMPRANAS, ESPECIALMENTE LAS LOCALIZADAS EN LA CARA Y EL CUELLO, RESPONDEN MEJOR Y MÁS RÁPIDAMENTE A LOS ESTEROIDES TÓPICOS Y ESTE TRATAMIENTO ES MÁS EFECTIVO EN PIEL OSCURA. LA MICROFOTOTERAPIA DE BANDA ESTRECHA, LOS INJERTOS DE MELANOCITOS Y LOS TRASPLANTES EPIDÉRMICOS POR SUCCIÓN HAN MOSTRADO BUENOS RESULTADOS EN CASOS LIMITADOS Y ESTABLES. NO HAY CURA SEGURA Y EL ÉXITO DE POSIBLES TRATAMIENTOS ES ACTUALMENTE IMPREDECIBLE.

PALABRAS CLAVE: VITILIGO, CIRUGÍA, CORTICOSTEROIDES, MICROFOTOTERAPIA DE BANDA ESTRECHA.

ABSTRACT

VITILIGO IS A COMMON, CHRONIC AND DISFIGURING SKIN AND HAIR DISORDER AFFECTING APPROXIMATELY 1-2% OF THE WORLD POPULATION AND THE TREATMENT IS DIFFICULT. IN THIS PAPER THE AUTHORS TRY TO ANSWER THREE MAJOR QUESTIONS: CAN THE PROGRESSION OF THE DISEASE BE STOPPED? CAN HYPERPIGMENTATION OF THE NON-AFFECTED SKIN BE AVOIDED DURING TREATMENT? IS 100% REPIGMENTATION POSSIBLE? THE REPLY INCLUDES THE FOLLOWING EXPLANATIONS AND PROPOSALS.

VITILIGO IS PROGRESSIVE IN 73.6% OF CASES AND REGRESSIVE IN 1.3%. KOEBNER PHENOMENON AND MUCOSAL INVOLVEMENT ARE SIGNS OF SIGNIFICANT PROGRESSION. IN 89% OF THE CASES WE CAN ARREST PATCH EXTENSION IN NON-SEGMENTAL VITILIGO WITH ORAL MINI-PULSE CORTICOSTEROID THERAPY, AND EXTENSION OF SEGMENTAL VITILIGO CAN BE BLOCKED WITH PUVA THERAPY.

PHOTOTHERAPY AND PHOTOCHEMOTHERAPY MUST BE AVOIDED IN CASES OF HYPERPIGMENTATION OF NON-AFFECTED SKIN. THIS HYPERPIGMENTATION CAN BE AVOIDED WITH APPLICATION OF TOPICAL CORTICOSTEROIDS OR NARROW BAND FOCUSED MICROPHOTOTHERAPY. TOPICAL CORTICOSTEROIDS SHOULD BE USED IN CASES OF LOCALIZED VITILIGO, BUT NOT IN SEGMENTAL VITILIGO. GOOD RESULTS HAVE BEEN OBTAINED IN GENERALIZED VITILIGO, BUT THE POSSIBLE SIDE EFFECTS DO NOT RECOMMEND THIS AS FIRST CHOICE TREATMENT. EARLY LESIONS, ESPECIALLY THESE LOCALIZED ON THE FACE AND NECK, RESPOND BEST AND MOST QUICKLY TO TOPICAL STEROIDS AND THIS TREATMENT IS MOST EFFECTIVE ON VITILIGO PATCHES OF DARK-SKINNED SUBJECTS. NARROW BAND MICROPHOTOTHERAPY AND MELANOCYTE GRAFTING AND TRANSPLANTATION OR SUCTION EPIDERMAL GRAFTING HAVE BEEN REPORTED TO RESULT IN 100% REPIGMENTATION ON LIMITED AND STABLE PATCHES OF VITILIGO. THERE IS NO SURE CURE AND THAT THE OUTCOME OF POSSIBLE TREATMENTS IS ACTUALLY UNPREDICTABLE.

KEY WORDS: VITILIGO, SURGERY, CORTICOSTEROIDS, NARROW BAND MICROPHOTOTHERAPY

CORRESPONDENCIA:

Department of Dermosciences, University of Florence. Via degli Alfani 37, 50121 Florence, Italy.
E-mail: tlotti@unifi.it

Introducción

El vitiligo es una alteración específica, común y frecuentemente hereditaria de la piel y el cabello que afecta al 1-2% de la población mundial. Se caracteriza por manchas blancas en la piel que con el tiempo tienden a una expansión centrífuga. Su curso es impredecible basándose de caso en caso.

El tratamiento de esta enfermedad crónica y recalcitrante es difícil, tanto pacientes como dermatólogos frecuentemente se frustran y se desaniman por su persistencia e irregular remisión y recaídas de esta enfermedad psicológicamente influenciada e influyente. Sin embargo, es obligatorio un enfoque positivo y enfático del paciente con vitiligo. En nuestra experiencia los sujetos presentan tres importantes preguntas. Respondemos:

1. ¿Puede detenerse el curso de la enfermedad?

El vitiligo es progresivo en el 73.6% de los casos y regresivo en el 1.3%.¹ La progresión (y pronóstico) depende del tipo de extensión: segmentario o no segmentario. En el 89% de los casos de vitiligo segmentario, la actividad de la enfermedad cesa después de 11-25 meses de expansión rápida en el dermatoma afectado, mientras que el vitiligo no segmentario muestra menos progresión solamente cuando se inicia en la cara (52.4% de los casos).

Aún más, el fenómeno de Koebner y la afección de las mucosas son signos importantes de progresión.² En el 89% de los casos podemos detener la extensión de las manchas en el vitiligo no segmentario con minipulsos orales de corticoides (5 mg betametasona en dos días consecutivos cada semana),³ y la extensión del vitiligo segmentario puede bloquearse con terapia PUVA.

Sin embargo, es realmente difícil obtener de la literatura universal datos precisos respecto a la terapia para detener su curso, porque aún existen muchos estudios abiertos no controlados, y los reportes publicados frecuentemente ofrecen datos engañosos de estudios clínicos.

2. ¿Puede evitarse la hiperpigmentación de la piel no afectada durante el tratamiento?

Evitar la hiperpigmentación de la piel no afectada es un requerimiento importante para los pacientes, quienes están preocupados con los efectos evidentemente desfigurantes de la enfermedad con los diversos tratamientos. Así que la fototerapia y la fotoquimioterapia del cuerpo en su totalidad deben evitarse en tales casos. Sólo hay dos maneras de evitar la hiperpigmentación de los bordes durante la curación: aplicar corticoides tópicos o la microfototerapia enfocada (Bioskin 311-UVB).

Corticosteroides tópicos

Los corticoides tópicos (CC) de baja, mediana, alta y muy alta potencia pueden ser el tratamiento de primera línea para los pacientes con vitiligo.^{4,5} Los CC más efectivos parecen ser de la clase II y IV (valerato de betametasona 0.1-0.2% y propionato de clobetasol 0.05%).⁶⁻⁸ Sin embargo, cuando la cara, los párpados o las regiones intertriginosas deben ser tratadas, los esteroides clase I y II (hidrocortisona, acetónido de fluocinolona 0.01% o acetónido de triamcinolona 0.1%) deben ser usados para disminuir el riesgo de un inicio o de una exacerbación del glaucoma.

Los CC tópicos deben ser usados en casos de vitiligo localizado (<20% de la piel afectada), pero no en el vitiligo segmentario. Han sido obtenidos buenos resultados en el vitiligo generalizado, pero los efectos colaterales no los recomiendan como tratamiento de primera elección.

Las lesiones tempranas, especialmente aquellas localizadas en la cara y el cuello, responden mejor y más rápido a los esteroides tópicos, y el tratamiento es más efectivo en el vitiligo de manchas en pacientes con piel oscura.⁶⁻⁷ Los corticoides en crema deben ser aplicados en la piel despigmentada una a dos veces al día por no más de cuatro meses.⁸⁻¹² Si no hay evidencia de repigmentación después de tres meses, el tratamiento debe discontinuarse.

Debe tenerse precaución cuando se usan esteroides tópicos. La posibilidad de efectos colaterales debe tenerse en cuenta y suspender el tratamiento en caso necesario. El uso continuo de esteroides tópicos frecuentemente causa acné inducido, atrofia de la epidermis, telangiectasias, dolor local, eritema, estrías, equimosis, hipertrichosis, prurito, rosácea y síndrome de la cara roja.¹³

El vitiligo puede afectar a los niños menores de doce años de edad,¹⁴ y los médicos deben considerar que los niños, especialmente los infantes, están sujetos a un mayor riesgo de efectos colaterales del tratamiento tópico de esteroides. Por lo cual es importante no usar esteroides de mediana o alta potencia, sino solamente los corticoides de baja potencia como la hidrocortisona, dexametasona y flumetasona. Estudios recientes recomiendan el uso de CC tópicos clase III (propionato de fluticasona y valerato de betametasona) para niños menores de doce años de edad.¹⁵

Microfototerapia enfocada de banda estrecha (BIOSKIN)

Es posible tratar solamente el vitiligo en manchas evitando la piel normal, especialmente en sujetos como niños y si la superficie afectada no excede del 20% de la superficie

corporal total. Esto permite reducir la dosis total sin alterar los resultados de la terapia.³⁻¹⁶

Para evitar efectos colaterales ha sido introducido un nuevo aparato de fototerapia (BIOSKIN) que permite seleccionar la banda estrecha de UVB (311 nm) limitándolo a las manchas blancas. La parte predominante del BIOSKIN es un generador de UVB, que produce un rayo enfocado de luz UVB. Esta luz es transmitida a la piel con vitiligo por una fibra óptica especial.

Las principales características del generador BIOSKIN son la producción de rayos UVB de un espectro de 300-320 nm, con un máximo de emisión de 311 nm; la energía dada por el generador UVB es 10-100 mJ/cm/s y su diámetro de impresión de luz es de 1 cm. Este método ha sido particularmente eficaz en el tratamiento de áreas limitadas de afectación y en el vitiligo segmentario,¹⁷ y tiene varias ventajas, en particular que no incrementa el color contrastante entre la piel normal pigmentada y la afectada, y su dosis de irradiación total es mínima, dependiendo del porcentaje de superficie corporal afectada.

El método consiste en sesiones semanales de irradiación a todas las manchas de vitiligo. La dosis es 20% menor que la dosis mínima de eritema (MED), la cual es medida antes de comenzar el tratamiento. Ya que el tratamiento permite diferenciar la irradiación, es posible irradiar las manos y los pies con una dosis 5 a 6 veces mayor que la dosis usada para los párpados (Figuras 1 y 2).

3. ¿Es posible la repigmentación del 100%?

Es frustrante para nosotros los dermatólogos informar a nuestros pacientes que por ahora no hay un tratamiento seguro para el vitiligo. Sin embargo, en nuestra experiencia, los pacientes responden bien a un enfoque de simpatía, incluyendo información sobre los aspectos sociales, culturales y psicológicos de la enfermedad, y de su papel relevante en la literatura. En particular, hacemos énfasis en tres aspectos emergentes en la literatura:

a) En 1978, un investigador reportó un caso de un hombre de 73 años que tenía una evolución de veinte años con "piebaldismo" en la cara. Después de un año de tratamiento con prednisona oral (15-30 mg/día), por polimialgia reumática, su cara estaba completamente repigmentada.¹⁸

b) Después de uno a dos años con tratamiento de ácido fólico oral y ácido ascórbico más tratamiento parenteral de vitamina B12,¹⁹ se ha observado hasta un 100% de la repigmentación.

c) Regresión espontánea de la enfermedad se observa en 1.3% de los casos.²



Figura 1. Antes de tratamiento con Bioskin



Figura 2. Después de tratamiento con Bioskin

Finalmente, también la microfototerapia BIOSKIN¹⁷ y la cirugía (por ejemplo, injerto y trasplante de melanocitos o injerto epidérmico por succión) han sido reportados con un resultado de un 100% de repigmentación en manchas limitadas y estables de vitiligo.²⁰

Sin embargo:

- a) No es inteligente administrar 15-30 mg/día de prednisona por un año, en un intento de obtener una repigmentación total de la cara, y que después al suspender el tratamiento el vitiligo regrese.
- b) Los resultados de Montes y cols. requieren confirmación.
- c) La regresión espontánea no es un evento frecuente en el vitiligo.
- d) La microfototerapia BIOSKIN puede ser costosa y requerir mucho tiempo.
- e) El tratamiento quirúrgico puede ser usado sólo en lesiones pequeñas y estables.
- f) Al final de estas discusiones, los pacientes están mucho más relajados que antes, y algunas veces llegan a decir "en este momento, tal vez por ahora no hay nada para mi vitiligo".

Conclusiones

Las personas con vitiligo con frecuencia se presentan con nosotros para preguntar por una curación. Es cierto que la mayoría de ellos saben que no hay una curación segura y que el pronóstico de tratamientos posibles es actualmente impredecible.

Sin embargo, en respuesta a sus tres principales preguntas hoy podemos proponer algunas estrategias de tratamientos interesantes y altamente efectivos que son bien tolerados y seguros a largo plazo,²¹ incluyendo esteroides tópicos, microfototerapia enfocada BIOSKIN y procedimientos quirúrgicos más una serie de tratamientos generales. 

REFERENCIAS

1. Hann SK, Chun WH, Park YK. *Clinical characteristics of progressive vitiligo*. Int J Dermatol. 1997; 36 (5): 353-355
2. Hann SK, Park YK, Chun WH. *Clinical features of vitiligo*. Clin Dermatol 1997; 15 (6): 891-897
3. Pasricha JS, Khaitan BK. *Oral mini-pulse therapy with betamethasone in vitiligo patients having extensive or fast-spreading disease*. Int J Dermatol 1993; 32 (10): 753-757
4. Njoo MD, Bossuyt PMM, Westerhof W. *Management of vitiligo. Results of a questionnaire among dermatologists in the Netherlands*. Int J Dermatol 1999; 38: 866-872
5. Mandell AS, Haberman HF, Pawlowski D, Goldstein E. *Non PUVA nonsurgical therapies for vitiligo*. Clin Dermatol 1997; 15: 907-919
6. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER et al. *Guidelines of care for vitiligo*. American Academy of Dermatology. J Am Acad Dermatol 1996; 35: 620-626.
7. Kumari J. *Vitiligo treated with topical clobetasol propionate*. Arch Dermatol 1984; 120: 631-635
8. Geraldez CB, Gutierrez GT. *A clinical trial of clobetasol propionate in Filipino patients*. Clin Ther 1987; 9: 474-482
9. Kandil E. *Vitiligo-response to 0.2% betamethasone 17-valerate in flexible collo-dion*. Dermatologica 1970; 141: 277-281
10. Kandil E. *Treatment of vitiligo with 0.1% betamethasone 17-valerate in isopropyl alcohol - a double-blind trial*. Br J Dermatol 1974; 91: 457-460
11. Clayton R. *A double blind trial of 0.05% clobetasol propionate in the treatment of vitiligo*. Br J Dermatol 1977; 96: 71-73
12. Guozhu H, Changgeng S, Ganyun Y et al. *The therapeutic effect of sicorten ointment in patients with vitiligo*. Br J Dermatol 1977; 97: 255-261
13. Koga M. *Vitiligo: a new classification and therapy*. Br J Dermatol 1977; 97: 255-261
14. Jaisankar TJ, Baruah MC, Garg BR. *Vitiligo in children*. Int J Dermatol 1992; 31: 621-623
15. Holbrook K, Sybert V. "Basic science". In: *Pediatric dermatology*, edited by Schahner L, Hansen R. New York, Churchill Livingstone, 1995: 17-18
16. Gibbs NK, Traynor NJ, MacKie RM et al. *The phototumorigenic potential of broad-band (270-350 nm) and narrow-band (311-313 nm) phototherapy sources cannot be predicted by their edematogenic potential in hairless mouse skin*. J Invest Dermatol 1995; 104 (3): 359-363
17. Njoo MD, Spuls PI, Bos JD et al. *Nonsurgical repigmentation therapies in vitiligo*. Arch Dermatol 1998; 134: 1532-1540
18. Brostoff H, Brostoff J. *Vitiligo and steroids*. Lancet 1978; 2: 688
19. Montes LF, Díaz ML, Lajous J, García NJ. *Folic acid and vitamin B 12 in vitiligo: a nutritional approach*. Cutis 1992; 50: 39-42
20. Falabella R. *Surgical therapies for vitiligo*. Clin Dermatol, 1997; 15: 927-939
21. Torello M Lotti. *Vitiligine: nuovi concetti e nuove terapie*. Ed Torello M Lotti 2000 Utet Periodici Scientifici srl: 2-4