

Artículo original

Guía de Práctica Clínica para el tratamiento del vitíligo

Verónica del Carmen Guardado Díaz,* María Antonieta Domínguez,** María Luisa Peralta Pedrero,¹ Fermín Jurado Santacruz,^{***} Adriana Anides Fonseca,^{****} Patricia Constantino Casas,² Laura del Pilar Torres Arreola³

RESUMEN

Objetivos: elaborar y validar un instrumento clínico que facilite la toma de decisiones basadas en la evidencia actual para el tratamiento de adultos y niños con vitíligo.

Métodos: se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas sobre el tratamiento del vitíligo. Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de guías de práctica clínica, a partir de dichas preguntas, y se encontraron tres guías, de las cuales se utilizaron dos por su facilidad de acceso y clara interpretación. Para las terapias no incluidas en las guías tomadas como referencia se realizó la búsqueda en PubMed, Cochrane Library Plus, Hinari y Ovid. Los resultados se expresaron en niveles de evidencia y grado de recomendación de acuerdo con las características del diseño y el tipo estudio.

Conclusiones: las recomendaciones de esta guía ayudarán a tomar decisiones estandarizadas para el manejo del vitíligo con el fin de incrementar el porcentaje de dermatólogos que indican un tratamiento basado en la evidencia actual, además de estimular la investigación científica.

Palabras clave: vitíligo, guías de práctica clínica, esteroides, fototerapia.

ABSTRACT

Objectives: To develop and validate a clinical tool to facilitate decision-making based on current best evidence for treating adults and children with vitiligo.

Methods: Clinical questions were formulated and structured. We established a standardized sequence to search for practice guidelines for treatment of vitiligo. Three guides were found, two of which were used for this study. For those drugs not included in the guidelines taken as a reference search was conducted in PubMed and Cochrane Library Plus, Hinari and Ovid. The results were expressed as levels of evidence and grade of recommendation according to the characteristics of the study design and type.

Conclusions: The recommendations in this guide will help evidence based decision-making standard for the treatment of vitiligo in order to increase the percentage of dermatologists that indicate a treatment based on current best evidence, stimulating scientific research.

Key words: vitiligo, clinical practice guidelines, steroids, phototherapy.

* Residente de tercer año de dermatología.

** Dermatooncóloga, jefa de la Unidad de Fototerapia.

*** Director.

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

**** Jefa del Servicio de Dermatología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

¹ Maestra en Ciencias, División de Excelencia Clínica.

² Coordinadora de Cuadros Básicos de Medicamentos.

³ Coordinadora de Área.

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Correspondencia: Dr. Verónica del Carmen Guardado. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Dr. Vértiz 464, esq. Eje 3 sur, colonia Buenos Aires, México, DF, CP 06780.

Recibido: julio, 2011. Aceptado: agosto, 2011.

Este artículo debe citarse como: Guardado-Díaz VC, Domínguez MA, Peralta-Pedrero ML, Jurado-Santacruz F y col. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento del vitíligo. *Dermatol Rev Mex* 2011;55(5):267-276.

El vitíligo es un trastorno discrómico, idiopático y adquirido que se distingue por la aparición de manchas acrómicas circunscritas con pérdida crónica y progresiva de los melanocitos epidérmicos. Se considera una enfermedad multifactorial, y se han propuesto varias teorías para explicar la pérdida epidérmica de melanocitos; sin embargo, la causa precisa aún es desconocida.¹

La evolución de la enfermedad varía en cada paciente; algunos responden en forma parcial y muchos, incluso, experimentan repigmentación espontánea.^{1,2}

OBJETIVO

La guía de práctica clínica para el tratamiento de vitíligo constituye un instrumento por medio del cual se dan a

conocer las diferentes opciones terapéuticas clínicas y quirúrgicas, proporcionando el nivel de evidencia y los grados de recomendación de cada opción, que permitan orientar la toma de decisiones clínicas y ofrecer un tratamiento efectivo que mejore la calidad en la atención médica.

USUARIOS

Médicos dermatólogos, cirujanos dermatólogos.

BENEFICIARIOS

Adultos y niños con vitiligo de sexo femenino y masculino.

METODOLOGÍA

Para obtener las guías de práctica clínica (GPC) se utilizaron los siguientes buscadores: Tripdatabase, MD consult, National Guideline Clearinghouse.

Se buscaron guías en español e inglés con métodos basados en evidencia, que ofrecieran recomendaciones claras y consistentes. Las dos que se utilizaron fueron:

1. Gawkrödger DJ, Ormerod AD, Shaw L. Guideline for the diagnosis and management of vitiligo. *Br J Dermatol* 2008;159:1051-1076.
2. Parsad D, Gupta S. Standard guidelines of care for vitiligo surgery. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74:S37-S45; en: <http://www.ijdv.com/text.asp?2008/74/7/37/42286>

La segunda etapa de búsqueda incluyó estudios de metanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados, estudios de cohorte y descriptivos. Se buscó en Cochrane, Ovid, PubMed, MD consult, Hinari, con las siguientes palabras clave: *vitiligo guidelines, metaanalysis, systematic review y vitiligo therapy*.

Para calificar la evidencia y los grados de recomendación se utilizaron las guías del National Institute for

Cuadro 1. Clasificación del vitiligo según la Escuela Mexicana de Dermatología

Topografía	Segmento afectado
Localizado	Afecta un segmento corporal
Diseminado	Afecta dos o más segmentos, pero menos de 75% de la superficie corporal
Generalizado	Afecta más de 75% del tegumento cutáneo

Clinical Excellence (NICE) y la Red de Guías Clínicas Intercolegiales Escocesas (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) [Cuadro 2].

EVIDENCIAS (E) Y RECOMENDACIONES (R)

En la actualidad se cuenta con múltiples tratamientos que buscan restaurar la pigmentación en los pacientes con vitiligo; todos tienen ventajas y desventajas, no hay ninguno ideal para todos los fototipos de piel de la clasificación de Fitzpatrick (Cuadro 3).

Los tratamientos tópicos constituyen el primer paso para tratar a un paciente con vitiligo, entre éstos se encuentran:

Esteroides tópicos

Se consideran la primera línea de tratamiento en adultos y niños. La mayor parte de los estudios realizados reporta una repigmentación que va de 50 a 100%. Los esteroides juegan un papel importante en la actividad inmunomoduladora, la cual se debe a una disminución de las células de Langerhans, ya que inhiben la acción de los linfocitos T al inducir el bloqueo de calcio intracelular y apoptosis.

Entre sus efectos adversos más comunes se encuentran: atrofia, estrías, telangiectasias, erupciones acneiformes e hipertrichosis.

La evidencia demuestra que los corticosteroides potentes y muy potentes pueden repigmentar la piel afectada por vitiligo en adultos, pero si el tratamiento se realiza a largo plazo los efectos secundarios son frecuentes.

Cuando se administró clobetasol durante dos a seis meses, betametasona durante cuatro meses y fluticasona durante nueve, a pacientes con vitiligo generalizado, los efectos secundarios potenciales fueron principalmente atrofia e hipertrichosis, sobre todo con el clobetasol y la betametasona y menos con la fluticasona.² N: 1+.

Recomendaciones

Para niños y adultos con vitiligo de reciente inicio, el tratamiento con un esteroide tópico potente o muy potente no debe exceder un periodo de prueba de dos meses. Los pacientes deben evaluarse cada cuatro semanas para valorar los efectos secundarios.² FR: B.

Se recomienda la administración de esteroides tópicos en casos de vitiligo de difícil control; se observan mayores resultados cuando se combinan con otros tratamientos como la fototerapia.² FR: B.

Cuadro 2. Niveles de evidencia

1++	Alta calidad metanálisis, revisiones sistemáticas de estudios controlados con asignación al azar (ECC) con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Metanálisis bien conducido, revisiones sistemáticas de estudios controlados con asignación al azar, o estudios controlados con asignación al azar con bajo riesgo de sesgos
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de estudios controlados con asignación al azar, o estudios controlados con asignación al azar con bajo riesgo de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de casos y controles o estudios de cohorte
2+	Estudios de casos y controles o estudios de cohorte de alta calidad con muy bajo riesgo de confusión, sesgos y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios bien conducidos de casos y controles o estudios de cohorte con bajo riesgo de confusión, sesgos y una probabilidad moderada de que la relación sea causal Estudios de casos y controles o estudios de cohorte con un alto riesgo de confusión, sesgos y riesgo significativo de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos (por ejemplo: reporte de casos, series de casos)
4	Opinión de expertos, consensos formales

National Institute for Clinical Excellence (NICE) y Red de Guías Clínicas Intercolegiales Escocesas (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

Recomendación

A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática o estudio controlado con asignación al azar (ECA) clasificados como 1++ y directamente aplicable a la población de estudio, o una revisión sistemática de ECA o un cuerpo de evidencia consistente principalmente de estudios clasificados como 1+, directamente aplicable a la población de estudio y con consistencia de resultados comprobables. Evidencia obtenida de NICE
B	Cuerpo de evidencia que incluye estudios clasificados como 2++, directamente aplicables a la población de estudio y con consistencia de resultados comprobables, o evidencia extrapolable de estudios clasificados como 1++ o 1+
C	Cuerpo de evidencia que incluye estudios clasificados como 2+, directamente aplicables a la población de estudio y con consistencia de resultados comprobables, o evidencia extrapolable de estudios clasificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o evidencia extrapolable de estudios clasificados como 2+, o consenso formal
D (GPP)	Un punto práctico bueno (Good Practice Point) es una recomendación para la mejor práctica basada en la experiencia de un grupo desarrollador de guías clínicas

National Institute for Clinical Excellence (NICE) y Red de Guías Clínicas Intercolegiales Escocesas (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

Cuadro 3. Fototipos de piel. Clasificación de Fitzpatrick

Fototipo	Hallazgos	Capacidad para broncearse
I	Piel blanca pálida, ojos azules, pelo rubio o rojo	Siempre se quema, no se broncea
II	Piel blanca, ojos azules	Siempre se quema, no se broncea
III	Piel menos blanca	Se broncea después de quemadura inicial
IV	Piel morena clara	Se broncea fácilmente, se quema poco
V	Piel morena	Raramente se quema, se broncea más oscuro fácilmente
VI	Piel café o negra	Nunca se quema, sólo se broncea

Inhibidores de calcineurina: pimecrolimus y tacrolimus

Los inhibidores de calcineurina son inmunomoduladores que inhiben la maduración de las células T mediante el

bloqueo de la acción de la calcineurina y las interleucinas IL-2 y IL-4, y la transcripción de IL- 5.

Tienen la ventaja de evitar el efecto secundario de los esteroides, e inducen buenos resultados en áreas como

la cara y el tronco, no así en las manos. El porcentaje de mejoría va de 50 a 100%.^{3,4} N: 2+.

Pueden administrarse en combinación con otros tratamientos, con lo que se logra una repigmentación de incluso 75%.⁵ N: 2+.

Se observaron mejores resultados cuando se aplicaron dos veces al día en comparación con una aplicación diaria.⁶ N: 1++.

A pesar de los prometedores resultados de los inmunomoduladores tópicos en el tratamiento del vitíligo, se deben tomar con reserva hasta no haber realizado estudios a largo plazo.² N: 1++.

Recomendaciones

Se recomienda la administración de inhibidores de calcineurina dos veces al día en caso de lesiones localizadas en la cabeza y el cuello, donde se han obtenido mejores resultados.² FR: A.

En niños mayores de dos años con vitíligo, la prescripción de pimecrolimus o tacrolimus tópico debe considerarse alternativa para evitar los esteroides de alta potencia por seguridad en el tratamiento y como opción para pacientes que no pueden recibir fototerapia.² FR: B.

Análogos de vitamina D (calcipotriol y tacalcitol)

Se han encontrado receptores de dihidroxivitamina D3 en melanocitos; se considera que la 1,25 dihidroxivitamina D3 puede estar implicada en la regulación de la síntesis de melanina.

En diversos estudios se ha reportado que el calcipotriol produce mejores resultados cuando se usa en combinación con esteroides como la betametasona, y con UVA y UVB. Aunque en algunos de ellos se considera que la mejoría de estos pacientes puede deberse más bien al efecto de la terapia con la cual se combina.² N: 1++.

Recomendaciones

No se recomienda el uso de calcipotriol como monoterapia. En combinación con la fototerapia puede producir repigmentación inicial, aunque no está claro el grado de repigmentación a largo plazo.

Se requieren más ensayos clínicos sobre el efecto del calcipotriol y el tacalcitol y de la combinación de éstos con UVB BE y PUVA.² N: B.

Piperidina

La piperidina deriva de la pimienta negra. Se ha sugerido que estimula la producción de melanocitos. Se combina con radiación ultravioleta para obtener mejores resultados.⁷ N: 4.

Recomendación

Al momento solamente hay estudios en fase experimental, por lo que aún no se recomienda su administración en humanos.⁷ FR: D.

Pseudocatalasa

Se han realizado pocos estudios; los mejores resultados se observan cuando se combina con otros tratamientos como UVB.⁸ N: 1+.

Recomendación

Se recomienda la elaboración de ensayos clínicos controlados que incluyan mayor número de pacientes. La pseudocatalasa no parece añadir ningún beneficio adicional a la NB-UVB sola.⁸ FR: B.

Melagenina

La melagenina es un extracto alcohólico de la placenta humana que estimula la mitosis de los melanocitos y la síntesis de melanina. Se utiliza por vía tópica conjuntamente con la luz del sol y la luz infrarroja. Se han realizado pocos estudios de calidad que avalen el uso de este medicamento. Tiene la ventaja de no provocar efectos secundarios.⁹ N: 1++.

Recomendación

Se puede considerar opción terapéutica para pacientes en quienes están contraindicados los tratamientos convencionales.

Se recomienda hacer ensayos clínicos en busca de resultados significativos.⁹ FR: B.

Otras opciones (toques irritantes y psoralenos tópicos)

Los primeros tratamientos contra el vitíligo se basaban en la aplicación local de sustancias irritantes, como el ácido acético glacial o psoralenos extraídos de cítricos, como el aceite esencial de lima y la esencia de bergamota, que son menos activos y menos peligrosos, y que al diluirse

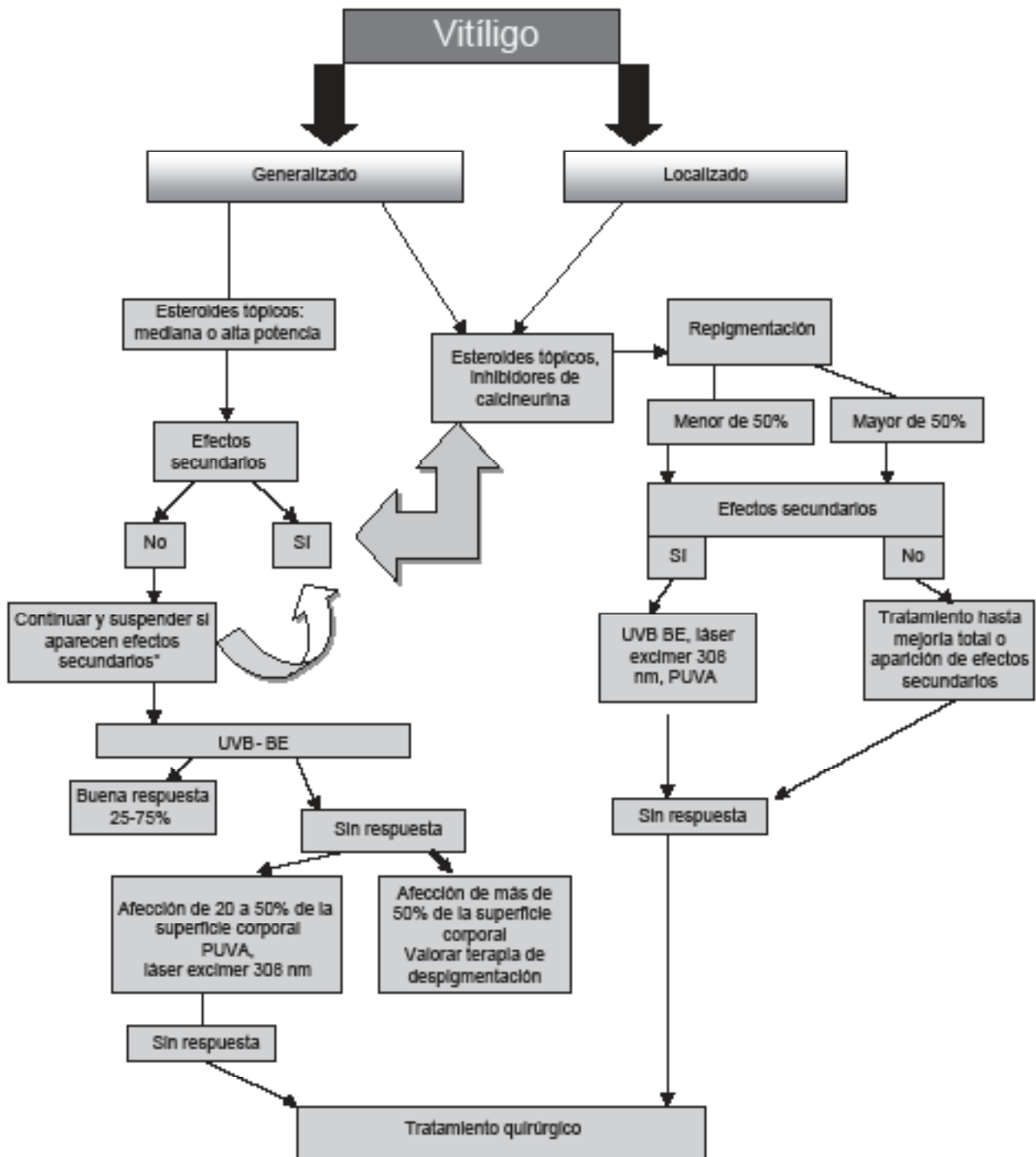


Figura 1. Tratamiento del vitiligo.

* Vigilar si aparece atrofia, telangiectasias, lesiones acneiformes.

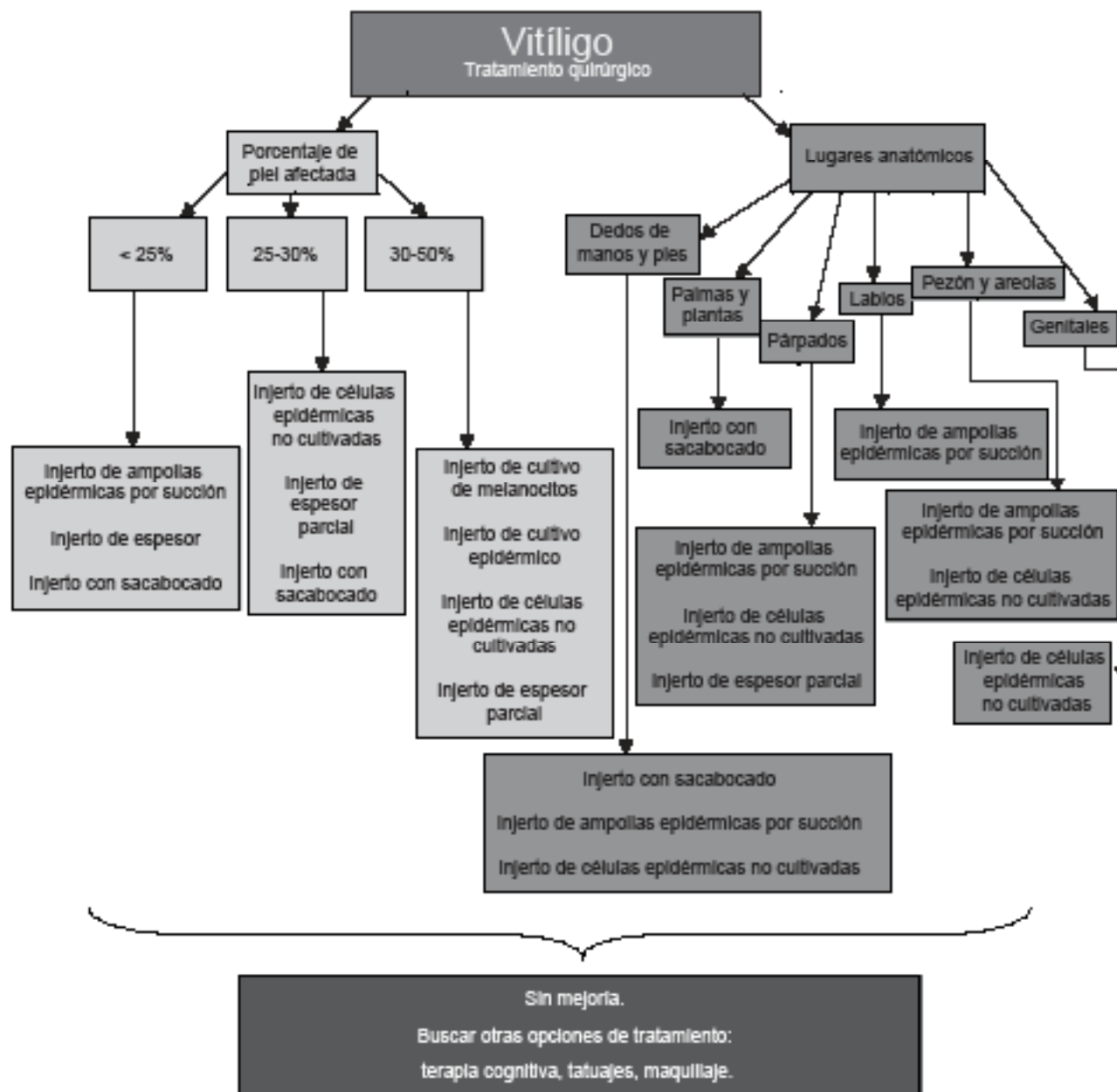


Figura 2.

con alcohol proporcionan mejores resultados sin llegar a producir las quemaduras que suelen provocar los psoralenos sintéticos.

Se han utilizado los toques de ácido acético y éter diluidos, lo que permite su acción gradual después de su exposición a través de una ventana de vidrio; posterior-

mente se aumenta de manera progresiva la exposición a la radiación.¹⁰ N: 4.

Recomendación

Se recomienda que se lleven a cabo ensayos que avalen estos tratamientos. Los autores han observado buena

práctica clínica con resultados alentadores; a esto hay que añadir su bajo costo y el hecho de que inducen menos efectos secundarios.¹⁰FR: D.

Fototerapia con radiación ultravioleta tipo B de banda estrecha (311-313 nm) [UVB BE]

Es una opción efectiva y segura en niños y adultos de fototipos V y VI con vitíligo generalizado.¹¹ N: 3.

Uno de los estudios más importantes en el que se comparó la PUVA oral con la terapia de UVB de banda estrecha contra el vitíligo demostró la eficacia terapéutica de ambas modalidades de tratamiento; sin embargo, esta última fue mejor aceptada por su facilidad de aplicación y porque no requiere la toma de medicamentos.¹² N: 3.

Recomendación

Se recomienda utilizar tres veces por semana, con un límite arbitrario de 200 tratamientos de UVB de banda estrecha en pacientes con fototipos I y II (Cuadro 3). Este límite puede ser más alto para los fototipos IV a VI, a consideración del clínico y con el consentimiento del paciente.² N: 3.

Está indicado en niños o adultos con vitíligo extenso o vitíligo localizado que experimentan una repercusión significativa en su calidad de vida y no pueden ser manejados adecuadamente con tratamientos conservadores.²FR: D.

Hay que informar a los pacientes que el tratamiento con UVB no altera la historia natural del vitíligo y que no todos responden bien a él, así como la escasa respuesta de algunos sitios del cuerpo, como las manos y los pies.

Se recomienda efectuar más estudios para valorar la administración de este tratamiento en combinación con las vitaminas C, D y E.

Si se va a tratar a un paciente con vitíligo generalizado, se prefiere la fototerapia UVB de banda estrecha a la PUVA oral.²FR: C.

Psoralenos y UVA (PUVA) y PUVAsol

Se cree que la UVA induce cambios en el ADN al inhibir la proliferación celular y favorecer la secreción de células antiinflamatorias e inmunosupresoras (citocinas, IL-10, moléculas de adhesión y neuropéptidos).

Los efectos adversos de la terapia con PUVA son: quemaduras, náuseas, eritema, prurito, xerosis, manchas posinflamatorias, fototoxicidad, mayor pigmentación y cataratas.

Recomendación

Se debe considerar para el tratamiento del vitíligo extenso en adultos que no han respondido al manejo conservador, o cuando la enfermedad representa un efecto significativo en la calidad de vida. No se recomienda en niños menores de 12 años.² N: 4, FR: D.

Se carece de información sobre el número límite de sesiones con PUVA en pacientes con vitíligo. Se ha tomado como límite arbitrario 150 sesiones para individuos con fototipos I a III, y puede incrementarse para los fototipos IV a VI, según la consideración del clínico y con el consentimiento por escrito del enfermo.² N: 3, FR: D.

Se recomienda vigilar la respuesta clínica mediante el uso de fotografías seriadas (cada dos o tres meses) para identificar a los pacientes que no respondan o para evaluar el avance de la enfermedad.² N: 3, FR: D.

Hay que informar al paciente que la respuesta al tratamiento es variable, que algunos sitios, como las manos y los pies, suelen responder poco, y que el número de tratamientos está supeditado a los posibles efectos secundarios.² N: 3, FR: D.

Se considera que la PUVA es menos efectiva que la UVB de banda estrecha en cuanto al grado de repigmentación logrado; se ha reportado que los pacientes que recibieron esta terapia mostraron una mejoría mayor de 25%, la cual se mantuvo a los 12 meses de finalizar el tratamiento en más de 75% de ellos.² N: 1+, FR: A.

En ningún estudio se han observado riesgos a largo plazo con la PUVA en el vitíligo. La combinación de PUVA y calcipotriol es eficaz, funciona más rápido y puede elegirse para acortar el tratamiento.² N: 3, FR: D.

La PUVAsol o helioterapia es una opción para los pacientes que no tienen acceso a PUVA, con una dosis de 10 mg o 0.3 mg/kg de psoraleno por vía oral dos a tres veces por semana.

De acuerdo con la experiencia de los autores, se le indica al paciente que aplique el psoraleno tópico por las noches, en una concentración inicial de 40% que se irá incrementando de manera gradual. El paciente debe lavar la zona donde se aplicó el medicamento y exponerse a la claridad del día. El tiempo inicial de exposición es 10 a 15 minutos, con incrementos de cinco minutos de acuerdo con la tolerancia del individuo. N: 4, FR: D (BPC).

Combinaciones de tratamientos: kellingina con UVA o UVB (PUVA o PUVA-sol)

La kellingina es un furanocromo natural, un isómero estructural de metaxaleno. Conjuntamente con UVA o la luz del sol, la kellingina induce repigmentación. La terapia KUVA no provoca eritema fototóxico como el observado con la PUVA. Se desconoce el mecanismo exacto de la acción de la kellingina con UVA en el vitíligo, pero se sabe que posee menor actividad fototóxica que el 8-MOP en forma tópica o sistémica combinado con UVA-sol.

Su uso se ve limitado debido a los efectos secundarios que provoca, como el aumento temporal de las transaminasas.

No se han realizado estudios de calidad metodológica.

Recomendación

No hay pruebas suficientes para recomendar kellingina con luz ultravioleta en el tratamiento del vitíligo.

Debido a los efectos colaterales que puede ocasionar, como aumento de transaminasas, náuseas e hipotensión, es preciso vigilar al paciente mediante estudios de laboratorio.^{2,13} N: 3, FR: D.

PUVA combinada con análogos de vitamina D

Se ha recomendado la administración de PUVA combinada con análogos de vitamina D porque son bien tolerados y permiten disminuir la dosis de UVA; sin embargo, es necesario llevar a cabo más estudios para evitar el sesgo de que la pigmentación haya sido espontánea.^{3,14} N: 3, FR: D.

PUVA y L-fenilalanina

La L-fenilalanina es un precursor de la tirosina que acelera la repigmentación actuando en la melanogénesis al metabolizarse mediante hidroxilación a tirosina; después de varios procesos metabólicos da lugar a la melanina. Su exposición a la luz UVA estimula la migración de melanocitos desde áreas adyacentes y activa los melanocitos alterados. No es fototóxica e induce tolerancia a la luz solar del área con vitíligo, por lo que se puede administrar sin riesgo. Entre sus efectos secundarios se encuentran las náuseas ocasionadas por su desagradable sabor. Las contraindicaciones incluyen fenilcetonuria e insuficiencia hepática o renal.

Recomendación

Se han realizado pocos estudios sobre el tratamiento con L-fenilalanina; sólo una revisión sistemática aconseja

administrarla junto con fototerapia. Se requieren más investigaciones y de mejor calidad para determinar la efectividad de este procedimiento.¹⁵ N: 1++, FR: A.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Injertos de piel

El tratamiento quirúrgico contra el vitíligo se propuso por primera vez en 1960, y está indicado para pacientes con vitíligo estable, segmentario, generalizado y acrofacial que no responden al manejo médico.

Existe un conjunto de criterios objetivos para la evaluación de los pacientes, llamado Índice de Actividad del Vitíligo (VIDA) [Cuadro 4], que consiste en una escala de seis puntos en los que se valora la actividad de la enfermedad por la aparición de lesiones nuevas de vitíligo o por el aumento de las lesiones existentes medidas durante un periodo que va de seis semanas a un año.¹⁶ N: 4.

Cuadro 4. Índice de Actividad del Vitíligo

<i>Actividad de la enfermedad</i>	<i>Puntaje</i>
Actividad en las últimas seis semanas	+4
Actividad en los últimos tres meses	+3
Actividad en los últimos seis meses	+2
Actividad en el último año	+1
Estable por al menos el último año	0
Estable por al menos el último año y con repigmentación espontánea	-1

Parsad D, 2008.

Recomendación

Se recomienda en pacientes con puntuaciones VIDA de -1 o 0, y lesiones que se han mantenido estables durante un año al menos, sin fenómeno de Koebner.¹⁶ N: 4, FR: D.

Esta técnica debe llevarse a cabo sólo previa firma del consentimiento informado.¹⁶ N: 4, FR: D.

El procedimiento anestésico depende del área a tratar; en un entorno hospitalario puede ser necesaria la anestesia general.¹⁶ N: 2++, FR: B.

Se recomienda usar apósitos al terminar la intervención para garantizar la inmovilización del injerto, y retirarlos después de 24 horas para asegurar que no haya desplazamiento del mismo.¹⁶ N: 2++, FR: B.

Se puede utilizar con buenos resultados en áreas difíciles de tratar, como los dedos, las palmas y las plantas.¹⁶ N: 2++, FR: B.

Ampolla epidérmica por succión

Consiste en la obtención de injertos de piel muy delgados que incluyen sólo epidermis, tras la aplicación de succión prolongada a una presión de -200 a -500 mmHg en la zona donante. En el sitio receptor se realiza una dermoabrasión mediante la aplicación de láser de erbio:YAG o dióxido de carbono (CO₂). Produce excelentes resultados estéticos, pero es un procedimiento laborioso.¹⁶

Recomendación

No se recomienda para tratar áreas extensas.

Los injertos epidérmicos aplicados en las lesiones ya tratadas y la terapia con UVB de banda estrecha o PUVA son el procedimiento óptimo de trasplante quirúrgico.² N: 1++, FR: A.

Injerto de espesor parcial

Se realiza bajo anestesia local o general (en el caso de lesiones extensas). Consiste en la obtención de un injerto de piel muy delgada, que incluya la epidermis y parte de la dermis papilar; este tejido se coloca en zonas receptoras previamente denudadas (dermoabrasión o tratadas con láser ablativo). Los injertos de espesor parcial ofrecen mejores resultados cosméticos que los tomados de forma manual.

La ventaja de este método es que permite tratar un área relativamente grande.

Posterior al injerto puede haber falta de coincidencia de color, milia, halo de despigmentación periinjerto y cicatrización de la zona donante.^{16,17} N: 2++, FR: B.

Recomendación

Se recomienda para tratar áreas relativamente grandes en corto tiempo. Este procedimiento requiere habilidad y experiencia del cirujano que lo realiza.¹⁶ N:3, FR: C.

Trasplantes autólogos, injertos de melanocitos

Este procedimiento precisa la toma de piel por medio de un dermatomo, la cual se coloca en una solución de tripsina donde se separa la epidermis de la dermis; posteriormente se trasplanta a la zona receptora.

Con este método se pueden tratar áreas amplias de piel.¹⁶ N: 2++, FR: B.

Trasplantes autólogos de melanocitos cultivados

Los melanocitos se cultivan en 15 a 30 días en medios especiales, con factores de crecimiento; luego, se separan

en placas de cultivo y esta suspensión se trasplanta en el área receptora, ya tratada con dermoabrasión, con CO₂ o láser de erbio:YAG.¹⁶ N: 2++.

Recomendación

Con este procedimiento se pueden tratar áreas amplias; sin embargo, no se recomiendan tratamientos quirúrgicos en pacientes con vitíligo en más de 30% de la superficie corporal, pues las posibilidades de éxito son mínimas.¹⁶ FR: D.

Injertos autólogos de cultivos epiteliales

Con el cultivo de células epiteliales se han tratado exitosamente extensiones de piel afectada sin necesidad de fototerapia previa; no obstante, la adición de factores de crecimiento y otras sustancias a los medios de cultivo llevan a riesgos inciertos, lo que reduce la práctica de este procedimiento.

La mayor incidencia de eventos adversos se observó con los injertos hechos con sacabocados, seguidos de injertos de espesor parcial e injertos de ampollas epidérmicas. El injerto celular se vincula con menos efectos adversos, como las cicatrices queloides e hipertróficas.¹⁶ N: 1+.

Recomendación

La elección de la zona del procedimiento depende del sitio afectado, la experiencia del cirujano dermatólogo, la infraestructura, el costo y la preferencia del paciente.¹⁶ N:4, FR: D.

MEDIDAS COADYUVANTES

Terapia cognitiva conductual

Entre los factores que intervienen en el inicio de padecimientos crónicos como el vitíligo, se sabe que los pensamientos de los pacientes sobre su enfermedad son decisivos para el curso, condición y tratamiento de la misma.² N: 1+.

La terapia cognitiva identifica problemas específicos a través de la verbalización de pensamientos y sentimientos de los pacientes y analiza eventos que anteceden al problema para minimizar posteriormente estos patrones de cognición y conducta.

Esta terapia es coadyuvante en múltiples tratamientos. Hasta la fecha, se han realizado estudios con pocos pacientes y se ha observado una buena relación médico-paciente.² N: 4.

Recomendación

Como apoyo adicional, deben proporcionarse intervenciones psicológicas a los pacientes con vitíligo. A los

padres de los niños afectados también se les puede brindar asesoría psicológica.²N: B.

Una buena relación médico-paciente tiene un efecto positivo en el apego al tratamiento.²FR: D.

Camuflajes

Se debe informar a los pacientes con fototipos I y II que existen medidas coadyuvantes, como el uso de cosméticos camuflaje, productos bronceadores y protectores solares.

La dermoabrasión y la quimioabrasión (con ácido tricloroacético/fenol) se han utilizado en las lesiones de las zonas pilosas para producir pigmentación y como coadyuvantes de fototerapia.¹⁶N: 3, FR: C.

Terapia de despigmentación

La despigmentación puede considerarse una opción terapéutica cuando los pacientes tienen fototipos V y VI.

La aplicación tópica de éter monobencílico de hidroquinona (MBEH) y de 4-metoxi fenol (4MP) induce la despigmentación. Con ambos fármacos, el inicio del efecto es tardío, incluso se da cuatro meses después.

La despigmentación se indica solamente cuando el paciente sufre pérdida del pigmento de más de 50%, o cuando afecta de manera considerable áreas más delicadas, como las manos y la cara.¹N: 4.

Recomendación

La despigmentación con monobencilo éter de hidroquinona o 4MP debe reservarse para los adultos afectados en forma extensa (más de 50%, o principalmente en la cara o las manos). No se recomienda en niños.^{1,18,19}FR: D.

CONCLUSIONES

Aunque hay gran cantidad de información sobre el tratamiento del vitiligo, no todos los estudios tienen la calidad metodológica requerida, por tal razón, es fundamental que los dermatólogos conozcan los que son de utilidad y que planeen nuevos estudios con diseños adecuados que permitan valorar los diferentes tratamientos, sobre todo aquéllos en los que sólo se cuenta con la experiencia de buena práctica clínica.

Se han realizado pocos estudios de niños con vitiligo segmentario, por lo que se sugiere iniciar más investigaciones en este grupo de pacientes.

Finalmente, es importante recordar que existen múltiples reportes de casos de vitiligo tratados con coadyuvantes con resultados variables, lo cual limita su utilidad.

REFERENCIAS

1. Ortonne JP. Vitiligo y otros trastornos de hipopigmentación. Dermatología. Vol. 1. Madrid: Elsevier, 2004;947-973.
2. Gawkrödger DJ, Ormerod AD, Shaw L. Guideline for the diagnosis and management of vitiligo. Br J Dermatol 2008;159:1051-1076.
3. Lepe V, Moncada B. A double-blind randomized trial of 0.1% tacrolimus vs 0.05% clobetasol for the treatment of childhood vitiligo. Arch Dermatol 2003;139(5):581-585.
4. Coskun B, Saral Y, Turgut D. Topical 0.05% clobetasol propionate versus 1% pimecrolimus ointment in vitiligo. Eur J Dermatol 2005;15:88-91.
5. Kawalek AZ, Spencer JM, Phelps RG. Combined excimer laser and topical tacrolimus for the treatment of vitiligo: a pilot study. Dermatol Surg 2004;30:130-135.
6. Radakovic-Fijan S. Oral dexamethasone pulse treatment for vitiligo. J Am Acad Dermatol 2001;44(5):814-817.
7. Faas L, Venkatasamy R, Hider RC. *In vivo* evaluation of piperine and synthetic analogues as potential treatments for vitiligo using a sparsely pigmented mouse model. Br J Dermatol 2008;158(5):941-950.
8. Bakis-Petsoglou S, Le Guay JL. A randomized, double-blinded, placebo-controlled trial of pseudocatalase cream and narrow-band ultraviolet B in the treatment of vitiligo. Br J Dermatol 2009;161(4):910-917.
9. Xu AE, Wei XD. Topical melagenine for repigmentation in twenty-two child patients with vitiligo on the scalp. Chin Med J (Engl) 2004;117(2):199-201.
10. Jurado F. Vitiligo. Rev Fac Med UNAM 2003;46(4):252-256.
11. Njoo MD, Boss JD, Westerhof W. Treatment of generalized vitiligo in children with narrow-band (TL-01) UVB radiation therapy. J Am Acad Dermatol 2000;42:245-253.
12. Yones SS, Palmer RA, Garibaldino TM, Hawk JLM. Randomized double-blind trial of treatment of vitiligo. Efficacy of psoralen-UVA vs narrow-band-UVB therapy. Arch Dermatol 2007;143:578-584.
13. Valkova S, Trashlieva M, Christova P. Treatment of vitiligo with local khellin and UVA: comparison with systemic PUVA. Clin Exp Dermatol 2004;29:180-184.
14. Ameen M, Exarchou V, Chu AC. Topical calcipotriol as monotherapy and in combination with psoralen plus ultraviolet A in the treatment of vitiligo. Br J Dermatol 2001;145:476-479.
15. Szczurko O. A systematic review of natural health product treatment for vitiligo. BMC Dermatology 2008;22(8):2.
16. Parsad D, Gupta S. Standard guidelines of care for vitiligo surgery. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2008;74(Suppl):S37-S45.
17. Ozdemir M, Cetinkale O, Wolf R, Mat C, et al. Comparison of two surgical approaches for treating vitiligo. A preliminary study. Int J Dermatol 2002;41:135-138.
18. Njoo MD, Vodegel RM, Westerhof W. Depigmentation therapy in vitiligo universalis with topical 4-methoxyphenol and the Q-switched ruby laser. J Am Acad Dermatol 2000;42:760-769.
19. Amerio P. Vitiligo associated with other autoimmune diseases: polyglandular autoimmune syndrome types 3B + C and 4. Clin Exp Dermatol 2006;31:746-749.