

Epidemiología del vitíligo y asociación con otras patologías.

Ana Carolina Arita-Zelaya*, Elmer López-Lutz**, Geovanni Erazo-Trimarchi***

Resumen

Objetivo. Identificar la epidemiología del vitíligo y patologías asociadas con esta enfermedad en pacientes que acudieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital Escuela.

Método. De Marzo-Mayo del 2006, se encuestaron 168 pacientes con diagnóstico clínico de vitíligo, obteniendo información sobre género, edad actual, procedencia, ocupación, edad de inicio, antecedente de stress, patrón morfológico, familiares con vitíligo, y asociación con enfermedad tiroidea, diabetes mellitus y anemia. Los datos fueron sometidos a análisis estadístico en Epi Info v.3.3.2.

Resultados. 69% fue mujeres, la edad de inicio en el 59.5% fue antes de los 20 años, el tipo generalizado se presentó en el 65.5%, el 1.5% se asoció a diabetes mellitus, y el 12% a enfermedad tiroidea.

Conclusion. La incidencia de enfermedad tiroidea y diabetes mellitus en pacientes con vitíligo fue más alta que la población normal, no se encontró ningún paciente con anemia megaloblástica.

Palabras Clave: Vitíligo, patologías asociadas, epidemiología.

Abstract.

Objective. To identify epidemiologic characteristics of vitiligo and associated pathologies in Dermatology out-patients with this disease in Hospital Escuela.

Method. Between March and May 2006, 168 patients with clinical diagnosis of vitiligo were questioned obtaining data about gender, age, place of origin, age of onset, occupation, stress history, morphological pattern, familiar history of the disease, and its association with thyroid disease, diabetes mellitus, and anemia. All data were analyzed with Epi Info v.3.3.2 statistical program.

Results. 69% were female, with an age of onset

before 20 years in 59.5%; the generalized type was found in 65.5%. Only 1.5% was associated with diabetes mellitus and 12% with thyroid disease.

Conclusion. The diabetes and thyroid disease incidence in patients with vitiligo was higher than the average population. There were no patients with megaloblastic anemia.

Key Words: Vitiligo. Associated pathologies. Epidemiology.

Introducción.

El vitíligo es un trastorno adquirido, común y con frecuencia hereditario (30%), que se caracteriza por la presencia de máculas cutáneas blanco-lechosas bien delimitadas que carecen de melanocitos identificables⁽¹⁻²⁾. Se presenta a cualquier edad⁽³⁾. En el 50% de los casos el inicio se produjo en las dos primeras décadas de la vida⁽¹⁾. Todas las razas están afectadas por igual; la prevalencia femenina que se observa en algunos estudios puede atribuirse a la mayor preocupación que tienen las mujeres, por los defectos cosméticos⁽¹⁾. La etiología es compleja, la causa precisa es desconocida, se han propuesto varios mecanismos: autoinmunes, bioquímicos, estrés oxidativo, autotoxicidad y neural⁽⁴⁾. En la histología hay ausencia de melanocitos demostrados con reacción de Dopa, la cual solo se realiza a nivel experimental^(1,5). El diagnóstico es siempre clínico; pacientes con tipo de piel I y II requieren examen total con lámpara de Wood para determinar la extensión de la enfermedad⁽³⁾.

De acuerdo a su extensión se clasifica en focal, segmentario, generalizado y universal^(1,3).

* Residente III año, Postgrado Dermatología

** Internista Dermatólogo, Hospital Escuela

*** Internista, Hospital Escuela

El tipo focal se presenta como una mácula aislada o unas pocas máculas dispersas; el 20% de los niños con vitíligo padecen la forma focal⁽³⁾.

El tipo segmentario se identifica por máculas unilaterales con distribución dermatómica o cuasidermatómica; se considera que este tipo es difícil que se presente con enfermedad tiroidea o con otras enfermedades que se asocian al vitíligo, no es familiar y se presenta tempranamente. Además la mitad de los casos se asocia a leucotriquia^(1,3).

El vitíligo generalizado es el tipo más común y se caracteriza por máculas diseminadas en menor o mayor número, habitualmente de manera simétrica sobre las superficies extensoras, principalmente en las articulaciones interfalángicas, metatarsfalángicas y metacarpofalángicas, codos y rodillas.

El tipo universal se describe como una afección ampliamente diseminada en la que quedan pocas máculas de pigmentación normal. Se ha asociado con múltiples endocrinopatías, al igual que el tipo generalizado^(1,3).

El vitíligo puede asociarse con leucotriquia (9-45%), canicie prematura (37%), nevo halo⁽⁷⁾ y alopecia areata (16%)⁽³⁾. Además de anomalías oculares, óticas y con enfermedades sistémicas, como la enfermedad tiroidea, diabetes mellitus juvenil y la de comienzo en el adulto (1-7.1%), enfermedad de Addison y anemia perniciosa^(1,8). La enfermedad tiroidea, en particular hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Graves y tiroiditis⁽⁹⁾, pueden encontrarse hasta en el 30-40% de los casos, no así el carcinoma tiroideo^(1,3). Los anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa son más comunes en los pacientes con vitíligo, cuya incidencia entre quienes padecen enfermedad tiroidea oscila entre el 0.62 y el 12.5%^(1,10).

En Honduras no existen datos epidemiológicos sobre esta patología tan frecuente, además de ignorar la asociación con patologías, tales como diabetes

mellitus, enfermedad tiroidea o anemia perniciosa. Es importante determinar la importancia de realizar múltiples exámenes al encontrarnos con un paciente con vitíligo, para diagnosticar esas otras enfermedades asociadas.

Método

Se realizó un estudio descriptivo, transversal. La población de estudio se conformó con pacientes que asistieron espontáneamente a la consulta de Dermatología, en el periodo de Marzo a Mayo del 2006 en el Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico clínico de vitíligo que asistieron en el periodo antes mencionado, haciendo un total de 168 pacientes; de los cuales 116 (69%) fueron mujeres y 52 (31%) varones, con una edad media de 25.29 años (rango < 9 a > de 70 años). Se realizó diagnóstico clínico de vitíligo por un especialista y se confirmó mediante la ayuda de lámpara de Wood⁽³⁾. Se contó con el consentimiento del paciente, los padres o del responsable con quien acudió a la consulta los menores de 15 años.

Por medio de un cuestionario estructurado se evaluó género, edad actual, procedencia, ocupación, edad de inicio de vitíligo, antecedente de stress emocional o físico en el momento de aparición del vitíligo (mediante preguntas directas de fallecimiento de algún familiar, divorcio en su familia, diagnóstico de cualquier enfermedad, traumatismo directo en la piel, entre otras), patrón morfológico de acuerdo a la extensión de las lesiones (focal, segmentario, generalizado o universal)^(1,3), antecedente de familiares con vitíligo, otras manifestaciones cutáneas (leucotriquia, canicie prematura, nevo halo, alopecia areata) y la ocurrencia con otras patologías concomitantes, como enfermedad tiroidea, diabetes mellitus y anemia megaloblástica; se investigó mediante la toma de los siguientes exámenes de laboratorio: glicemia, anticuerpo antinuclear (ANA), anticuerpos antitiroglobulinas y antiperoxidasa, T3, T4, TSH y hemograma

completo (todos los pacientes con anemia megaloblástica se les mediría niveles de vitamina B 12 séricos) ^(1,10).

Los datos recolectados fueron analizados en una base de datos creada en el paquete Epi Info, versión 3.3.2.

Resultados

Se incluyeron 168 pacientes con diagnóstico de vitiligo; 69% fueron mujeres, y 31%

varones; el 59.5% de pacientes inició su vitiligo antes de los 19 años de edad. Los datos demográficos, así como la asociación del patrón de vitiligo con otras variables importantes se resumen en el cuadro 1.

El vitiligo generalizado fue el más frecuente (cuadro 2), además el que más se asoció con historia familiar positiva en 82.4%, con stress emocional o físico en un 76.8%, y fue también el que más se asoció con leucotriquia en el 65.5%.

Cuadro 1
Relación del Patrón morfológico de vitiligo con género, edad de inicio, antecedente de historia familiar, antecedente de stress, y manifestaciones cutáneas

	Patrón morfológico				Total nº	p*
	Focal nº (%)	Segmentario nº (%)	Generalizado nº (%)	Universal nº (%)		
Género						
F	21 (18.1)	19 (16.4)	74 (62.8)	2 (1.7)	116	0.6484
M	10 (19.2)	6 (11.5)	36 (69.2)	0 (0)	52	
Edad actual						
<9años	7 (20.6)	10 (50)	17 (29.4)	0 (0)	34	0.2089
10-19	11 (26.2)	5 (11.9)	26 (61.9)	0 (0)	42	
20-29	5 (14.7)	6 (17.6)	22 (64.7)	1 (2.9)	34	
30-39	1 (6.7)	2 (13.3)	12 (80)	0 (0)	15	
40-49	4 (20)	0 (0)	16 (80)	0 (0)	20	
50-59	1 (9.1)	2 (18.2)	7 (63.6)	1 (9.1)	11	
60-69	0 (0)	0 (0)	7 (100)	0 (0)	7	
>70años	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1	
Edad de Inicio						
<9años	12 (18.8)	16 (25)	36 (56.2)	0 (0)	64	0.3380
10-19	9 (25)	4 (11.1)	22 (61.1)	1 (2.8)	36	
20-29	4 (16.7)	3 (12.5)	17 (70.8)	0 (0)	24	
30-39	1 (6.7)	1 (6.7)	12 (80)	1 (6.7)	15	
40-49	3 (21.4)	0 (0)	11 (78.6)	0 (0)	14	
50-59	1 (8.3)	1 (8.3)	10 (83.3)	0 (0)	12	
60-69	1 (33.3)	0 (0)	2 (66.7)	0 (0)	3	
>70años	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0	
Familiar con Vitiligo						
SI	2 (11.8)	0 (0)	14 (82.4)	1 (5.9)	17	0.0552
NO	29 (19.2)	25 (16.6)	96 (63.6)	1 (0.7)	151	
Antecedente de Stress						
SI	7 (12.5)	4 (7.1)	43 (76.8)	2 (3.6)	56	0.0139
NO	24 (21.4)	21 (18.8)	67 (59.8)	0 (0)	112	
Manifestaciones Cutáneas						
Leucotriquia	10 (12.3)	16 (19.8)	53 (65.4)	2 (2.5)	81	0.0502
Canicie premat	2 (5.3)	5 (13.2)	31 (81.6)	0 (0)	38	0.0641
Nevo halo	1 (12.5)	1 (12.5)	6 (75)	0 (0)	8	0.9382
Alopecia areata	1 (25)	1 (25)	2 (50)	0 (0)	4	0.9019

*p <0.05 significativa

Cuadro 2
Frecuencia del Patrón morfológico de vitíligo

Patrón morfológico	Frecuencia	(%)
Generalizado	110	(65.5)
Focal	31	(18.5)
Segmentario	25	(14.9)
Universal	2	(1.2)
Total	167	(100)

El 10.1% de pacientes tienen al menos un familiar en primer grado de consanguinidad afectado con vitíligo, y de estos el 70.6% es un hermano(a).

El antecedente de stress emocional o físico se encontró en el 33.3% de pacientes, de los cuales el 26.8% refirió el fallecimiento de algún familiar querido o cercano.

Se encontró alopecia areata en 2.4%, canicie prematura en 22.6%, leucotriquia en 48.2% y nevo halo en 4.8% de pacientes. Presentaron antecedente de enfermedad tiroidea el 6.5% de pacientes y en el 4.8% asma y anemia.

De 122 pacientes, 3 presentaron anticuerpos antiperoxidasa positivo y ninguno anticuerpos antitiroglobulina positivo. De 133 pacientes 6% se tenían hipotiroidismo y 6% hipertiroidismo. El 1.5% presentó hiperglicemia, de estos 100% tenían vitíligo focal y se encontraban en la cuarta y sexta década de la vida. Solo el 2.3% tuvieron ANA positivo, de los cuales el 66.7% tenían vitíligo generalizado (cuadro 3).

Cuadro 3
Frecuencia de pacientes con alteración de pruebas de laboratorio

Pruebas de Laboratorio	Frecuencia	(%)
Anticuerpo antiperoxidasa +	3	(2.5)
Anticuerpo antitiroglobulina +	0	(0)
ANA +	3	(2.3)
Hiperglicemia	2	(1.5)
Anemia	4	(3.1)
Hipotiroidismo	8	(6)
Hipertiroidismo	8	(6)

A 9 pacientes se les encontró otras patologías asociadas, en el 33.3% tenían anemia microcítica hipocrómica, el 22.2% dermatitis cenicienta.

El stress emocional o físico se presentó en el 100% de pacientes con vitíligo universal, y en pacientes en la segunda década de la vida en el 25%, siguiéndoles los pacientes menores de 9 años con un 21.4% (p: 0.04, significativo).

Discusión

El vitíligo predominó en el género femenino en 69% como se cita en la literatura, esto puede atribuirse a la mayor preocupación que tienen las mujeres, por los defectos cosméticos y la mayor asociación con enfermedades del colágeno ⁽¹⁾. La edad promedio de inicio fue en las primeras dos décadas de la vida con un 59.5% similar a lo referido por Fitzpatrick, quien indica el vitíligo se inicia en un 50% antes de los 20 años ^(1,10).

Nuestros hallazgos coinciden con notificaciones de la literatura con respecto a:

- El vitíligo generalizado es el tipo más común en el 65.5% y además se asoció con historia familiar positiva en el 82.4% ^(1,3).
- El 100% (3) de pacientes que presentaron anticuerpos antiperoxidasa positivo fueron pacientes con tipo generalizado de vitíligo, y al igual que el universal son los que más se asocian con alteraciones inmunológicas ^(1,3).
- En el 1.5% de pacientes se diagnóstico diabetes mellitus tipo 2.

A diferencia de lo referido en la literatura mundial en nuestro estudio, encontramos los siguientes datos:

- El 10.1% tiene historia familiar positiva de vitíligo, esto podría deberse a otros factores etiológicos involucrados en nuestro medio, que habrá que investigar ⁽¹⁾.
- La leucotriquia se presentó en el 65.4% de los pacientes con vitíligo generalizado, mientras que en la literatura se menciona

que es el tipo segmentario en más de la mitad de los casos que presenta leucotriquia⁽³⁾.

- Únicamente el 2.4% presenta alopecia areata, no obstante en la literatura se menciona el 16%⁽³⁾.
- La enfermedad tiroidea se asocia con vitíligo en el 30-40% de los casos^(1,3), a diferencia de nuestro estudio que se encontró en un 12%.

El 3.1% de los pacientes presentaron anemia, sin embargo fue anemia microcítica hipocrómica y no megaloblástica como se esperaba^(1,8).

Se encontró una asociación de vitíligo y diabetes mellitus tipo 2, estadísticamente significativa ($p: 0.0392$), aunque en la literatura se menciona que hay mayor asociación de vitíligo con diabetes juvenil por el mecanismo autoinmune⁽¹⁾; además el 100% de estos pacientes presentaron vitíligo de tipo focal, el cual no ha sido asociado con otras enfermedades.

En nuestro estudio la incidencia de enfermedad tiroidea en pacientes con vitíligo fue más alta que la población normal. Es conveniente realizar seguimiento a largo plazo a estos pacientes en vista que pudieran desarrollar tales patologías en etapas posteriores de la vida, ya que la carga genética para tales enfermedades está presente⁽¹⁰⁾. Es importante realizar a todo paciente con vitíligo, un hemograma, glicemia y pruebas de función tiroidea (T3, T4 y TSH) de forma rutinaria para diagnosticar estas patologías, que tienen una incidencia mayor en pacientes con vitíligo.

Agradecimiento

A los especialistas dermatólogos del Hospital Escuela por su ayuda en el diagnóstico clínico de todos los pacientes.

Al personal de laboratorio, en especial al personal de la sección de Inmunología, por su valiosa ayuda en la realización de exámenes.

A la Dra. Nelly Sandoval por su ayuda en la redacción del trabajo.

Bibliografía:

1. Fitzpatrick's y col., *Dermatology in General Medicine*. 6ªed edit McGraw-Hill.
2. Pajuani U, Ahmad N, Wiley A, Levy R, Kundu R, Mancini A. y col. "The relationship between family medical history and childhood vitiligo". *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 238-244.
3. Alarcón H, Gutierrez Bravo R, Gracida Osorno C. "Vitíligo Actualidades en el Tratamiento". *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000; 9: 177-188.
4. Grimes P. "White Patches and bruised souls: Advances in the pathogenesis and Treatment of vitiligo". *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 85-87.
5. Lever w. *Histopatología de la Piel*. 9ªed edit Intermédica.
6. Spritz R, "The genetics of generalized vitiligo and associated autoimmune diseases". *Journal of Dermatological Science* 2006; 41: 3-10.
7. Brandt O, Christophers E, Fölster-Holst R. "Halo dermatitis followed by the development of vitiligo and associated with Sutton's nevi". *J Am Acad Dermatol* 2005; 52: 101-103.
8. Egli F, Walter R. "Vitiligo and pernicious anemia". *The New England Journal of Medicine* 2006; 250.
9. Kakourou T, Kanaka-Gantenbein C, Papadopoulou A, Kaloumenou E, Chrousos G. "Increased prevalence of chronic autoimmune (Hashimoto's) thyroiditis in children and adolescent with vitiligo". *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 220-223.
10. Treviso Ortiz L, Moreno Gardea L, Luna V, Levario-Carrillo M, Granill Saláis J. "Vitíligo en niños y su asociación con otras patologías". *Dermatol Pediatr Lat* 2003; 1: 18-23.