CASO CLÍNICO

Vitíligo atípico

[1]Padilla del Campo C, [2]Fernández Martín E, [3]Amez Rafael D, [3]Andrade Juárez JA
[1]Unidad de Gestión Clínica Berja
[2]Unidad de Gestión Clínica Santa María del Águila
[3]Unidad de Gestión Clínica Vícar
Almeria

Varón de 30 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés ni alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes familiares destaca que su madre padece vitíligo desde el nacimiento.

Acude a consulta por aumento progresivo de máculas hipopigmentadas en ambos antebrazos y rodillas. Comenta que hace unos meses sufrió un accidente de tráfico que le produjo contusiones en ambos brazos.

En la exploración se observan máculas hipopigmentadas en la región anterior de ambos antebrazos, de conformación asimétrica, con máculas más grandes en el brazo izquierdo. No se observan en otras localizaciones ni hay afectación de las mucosas.

Se solicita analítica con función tiroidea, que es normal, y se registra en su historia cómo afecta a la calidad de vida del paciente. Se deriva a consultas externas de Dermatología para estudio por la presentación atípica de las lesiones y la asimetría.

Es diagnosticado de vitíligo atípico y se pauta tratamiento inicialmente con esteroides tópicos, lo que produce mejoría clínica. El paciente sigue acudiendo de forma semestral a revisiones por parte de Dermatología.

COMENTARIO

Las formas de inicio del vitíligo sugieren que existen factores predisponentes (genéticos) y precipitantes (ambientales). Muchos pacientes atribuyen el inicio de su cuadro a traumatismos físicos, enfermedades o tensión emocional. A menudo datan el inicio del cuadro tras el fallecimiento de un familiar o después de un traumatismo físico grave. Incluso la reacción de eritema solar puede inducir la aparición de vitíligo.

Su edad promedio de inicio son los 20 años. Ocurre en todas las razas, con una prevalencia estimada del 0,5-1 %.

En la exploración física se observan máculas de 0,5-5 cm o más de diámetro, de color tiza o blanco pálido. No obstante, las máculas más recientes pueden tener un color "oscuro" en lo que representa una fase de transición. La enfermedad evoluciona mediante el aumento gradual del tamaño de las máculas más antiguas o por la aparición de lesiones nuevas.

El vitíligo se puede asociar a alteraciones tiroideas (hasta 30 %), como tiroiditis de Hashimoto o enfermedad de Graves, diabetes mellitus (menos de 5 %), anemia perniciosa, enfermedad de Addison y síndrome de endocrinopatía múltiple. Puede acompañarse coriorretinitis cicatricial o iritis (la visión no se afecta). La audición es normal.

El examen inicial debe incluir la observación de la distribución de la enfermedad, si la

Figura 1

despigmentación es total o parcial, si las lesiones son simétricas y si hay afectación de las mucosas.

En este caso, se trata de vitíligo de localización atípica. El diagnóstico es clínico, por la observación de máculas bien delimitadas, bilaterales, simétricas habitualmente, color blanco-tiza, adquiridas, progresivas y en localizaciones típicas periorbitarias, peribucal, cuello, pene, perineo, axilas y puntos de presión, como codos, maléolos, rodillas y área lumbo-sacra.

Algunas de las pruebas que se pueden realizar para alcanzar el diagnóstico son la analítica con función tiroidea, la visión con lámpara de Wood o la biopsia para el diagnóstico definitivo.

Se debe establecer un diagnóstico diferencial con las siguientes enfermedades, que se distinguen por:

• Lupus eritematoso asimétrico atípico: serología ANA(+).

• Pitiriasis alba: descamación leve, márgenes borrosos y color oscuro.

• Piebaldismo congénito: es estable, tiene un mechón blanco en la parte anterior del cuero cabelludo, una banda dorsal pigmentada en la espalda y un patrón típico con grandes máculas hiperpigmentadas en áreas hipomelanóticas.

• Pitiriasis versicolor alba: escamas finas con fluorescencia verde-amarilla bajo la lámpara de Wood y con positividad para KOH. Puede inducir a confusión debido a que la despigmentación permanece meses después de desaparecida la infección.

• Leucodermia química: antecedentes de exposición a germicidas fenólicos.

• Lepra: aparece en áreas endémicas y máculas de color oscuro en las que no existe sensibilidad.

• Nevo despigmentado: son máculas oscuras, estables, congénitas y unilaterales.

• Hipomelanosis de Ito: enfermedad que presenta afectación sistémica, en los ojos y en el sistema músculo-esquelético, principalmente.

• Nevus anémico: no resalta con lámpara de Wood y no aparece eritema tras frotamiento.

• Esclerosis tuberosa: son máculas congénitas, oscuras, estables y con forma de hoja o segmentadas.

• Leucodermia asociada a melanoma: no es vitíligo debido a que presenta melanocitos esporádicos y se repigmenta espontáneamente.

• Leucodermia postinflamatoria: son máculas oscuras no definidas y aparecen con antecedentes de psoriasis o eccema en la misma zona.

• Micosis fungoides: puede inducir a confusión; la única forma de diferenciarlos es haciendo una biopsia.

• Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada: presenta alteraciones en la visión, fotofobia y disacusia bilateral.

• Síndrome de Waardenburg: es la causa más común de sordera congénita; se trata de máculas blancas y de un mechón blanco en la parte anterior del cuero cabelludo que se acompañan de heterocromía del iris.

El vitíligo es una enfermedad crónica. Su evolución es muy variable, aunque lo más característico es su inicio rápido seguido de un periodo de estabilidad o de progresión lenta. Hasta 30 % de los pacientes puede sufrir una repigmentación espontánea en algunas áreas, especialmente en las expuestas a la luz solar.

La primera aproximación a un paciente con vitíligo es hacer un diagnóstico definitivo, ofrecer apoyo psicológico y sugerir tratamientos de ayuda, como el uso de cosméticos que camuflen las lesiones o de protectores solares.

No existe un tratamiento definitivo, pero se aceptan 8 posibilidades, aunque no con total éxito: filtros solares, cobertura con cosméticos, repigmentación con glucocorticoides tópicos, repigmentación con fotoquimioterapia tópica, fotoquimioterapia sistémica, rayos UVA de banda estrecha (311 nm), miniinjerto y blanqueamiento de piel con monobenzona al 20 %.

Existe otra variedad de tratamientos que se han intentado en pacientes con vitíligo: emulsiones de alquitrán (brea) e immunomoduladores como ciclosporina y levamisole. La vitamina B12 y el ácido fólico más la luz del sol han sido eficaces en algunos pacientes.

Investigaciones recientes indican que la eficacia del tratamiento no depende tanto de la edad de la persona, sino de dónde se encuentran las lesiones y de cuándo comenzaron. La evaluación debe hacerse después de 2 meses para establecer si ha

habido o no respuesta a tratamientos anteriores.

Es fundamental el abordaje psicológico del paciente, pues es muy importante el hecho de que no debe condicionar su estilo de vida. Además, se debe reforzar la idea de que su patología no debe ser causa de ningún tipo de limitación social ni afectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Suurmond D. Atlas de Dermatología clínica. Cuarta Edición. McGraw-Hill-Interamericana.