

Vitíligo en la edad pediátrica

Vitiligo in the pediatric age

Bartolomé Rodolfo Navarro Jiménez¹

Cipactli Ariel Navarro Hernández²

Katy Lizeth Reyes Hernández³

Ulises Reyes Gómez⁴

Gerardo López Cruz⁵

Alondra Alcázar Galeana⁶

Carlos Francisco Pacheco Barete⁵

Jesús Rodríguez García⁵

Armando Quero Hernández⁵

Alejandra Vianey López Dias⁵

1. Médico Cirujano con Especialidad en Dermatología, con Maestría en Ciencias Médicas y Maestría en Ciencias de la Educación, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO).

2. Médico Cirujano con Especialidad en Dermatología y Maestría en Didáctica en Ciencias de la Salud (UABJO).

3. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", San Luis Potosí.

4. Unidad de Investigación en Pediatría del Instituto San Rafael, San Luis Potosí.

5. Facultad de Medicina (UABJO).

6. Jefe de Pediatría del Hospital General "Dr. Macedonio Benítez Fuentes", Juchitán, Oaxaca.

Responsable de correspondencia: Dr. Bartolomé Rodolfo Navarro Jiménez. Dirección: 16 de septiembre, no. 529, Col. Fernando Gómez Sandoval, Santa Lucía del Camino, C. P. 68129, Oaxaca. **Correo electrónico:** Méxicorodolfonj@hotmail.com.mx y/o reyes_gu@yahoo.com

RESUMEN

¿Qué tipo de enfermedad es el vitíligo? ¿Cuáles son las complicaciones que se presentan? ¿El vitíligo es curable? Las respuestas se generan a través de la breve revisión no sistemática que se presenta, donde se analiza si el vitíligo es un síndrome o una enfermedad, y se exponen la etiología, patogenia, variedades clínicas, enfermedades asociadas y tratamiento del padecimiento.

Palabras clave: complicaciones, enfermedad, niños, patogénesis, síndrome, tratamiento, vitíligo.

Fecha de recepción: 19 febrero 2024.

Fecha de aceptación: 24 febrero 2024.

ABSTRACT

What sort of disease is vitiligo? What are the complications that develop in vitiligo? Is vitiligo curable? The answers are provided through a brief non-systematic review, where it is analyzed whether vitiligo is a syndrome or a disease, displaying the characteristics

of both words, and the etiology, pathogenesis, clinical varieties, associated diseases and treatment of the condition are presented.

Keywords: vitiligo, syndrome, disease, pathogenesis, complications, treatment.

INTRODUCCIÓN

El vitíligo es un padecimiento de la piel relativamente común, caracterizado por máculas acrómicas habitualmente asintomáticas, de diferentes tamaños y formas, con tendencia al crecimiento. Se manifiestan con independencia de la edad, sexo y color de la piel. Aparece a cualquier edad, y cuando afecta al pelo, éste se muestra blanco (leucotriquia o poliosis). Es rara su presentación en el recién nacido y en lactantes. A pesar de los avances que se han dado en los últimos años, la ciencia no aclara completamente su fisiopatología y etiopatogenia, por ende, sigue siendo un trastorno enigmático que origina muchas preguntas. El presente trabajo es una síntesis de revisión no sistemática del vitíligo en edad pediátrica, presentada en forma práctica a través de las respuestas que se dan a tres preguntas que surgen comúnmente cuando un paciente de dicho grupo tiene este padecimiento.

¿Qué tipo de enfermedad es el vitíligo?

Tradicionalmente, al vitíligo se le considera una enfermedad, sin embargo, desde tiempos lejanos en la dermatología se ha propuesto que es un síndrome,¹⁻³ porque se desconocen las causas que lo originan. Hasta ahora solo hay hipótesis acerca de su etiología y para su manejo existen múltiples tratamientos. Con el paso del tiempo, el concepto quedó en desuso,⁴ por ello, al vitíligo se le continúa revisando como una enfermedad. Al respecto, las palabras síndrome y enfermedad, en los textos de medicina poco tratan su análisis y discusión conceptual; para algunos tal vez no existe una clara diferencia entre ellos, por lo que en ocasiones se utilizan como sinónimos, no obstante que ambas entidades tienen marcos conceptuales diferentes (ver cuadro 1).

En los libros de dermatología, al vitíligo se le menciona de distintas formas. Desde tiempos remotos se le nombra en términos muy generales, en alusión a la pérdida de pigmento. Hasta ahora esto se sigue aceptando y pocos hacen referencia directa a que

Cuadro 1
Características del síndrome y la enfermedad

	SÍNDROME	ENFERMEDAD
CAUSA	Desconocida o multifactorial	Conocida, concreta
HERENCIA	Hay predisposición genética Algunos pueden heredarse	Aunque hay un grupo de enfermedades hereditarias, habitualmente una enfermedad no se hereda
CLÍNICA	Con frecuencia es una combinación de signos y síntomas regularmente asociados que pueden variar con el tiempo Da el mismo cuadro clínico en quienes se presenta	Signos y síntomas específicos en todos los individuos sobre los que se presenta Produce las mismas consecuencias en quienes la padecen
EVOLUCIÓN	Crónica	Habitualmente es temporal, pero puede pasar a la cronicidad
ALTERACIÓN ANATÓMICA	Habitualmente no se desarrollan cambios	Existe alteración estructural o funcional del organismo
DIAGNÓSTICO	Poca dificultad, es sencillo Búsqueda de signos y síntomas	Complejo Además de la clínica puede requerir de exámenes paraclínicos y complementarios
TRATAMIENTO	Complicado, heterogéneo, a veces con poca respuesta Enfocado en los síntomas	Específico Enfocado a reparar el daño, existiendo mejor respuesta en el desequilibrio fisiopatológico y como consecuencia en los signos y síntomas originados

se trata de una enfermedad, así, por ejemplo, Ruiz Maldonado le denomina despigmentación adquirida de la piel;⁵ Passeron, desorden poligénico;⁶ en el Atlas de Dermatología Pediátrica de Kortring, se refiere como acroleucopatía adquirida;⁷ Domonkos, anomalía pigmentaria;⁸ Fitzpatrick, hipomelanosis circunscrita idiopática;⁹ en el libro Diagnóstico y tratamiento pediátricos, área de despigmentación;¹⁰ Magaña, trastorno adquirido;¹¹ Marks, trastorno cutáneo;¹² en el libro clásico de Nelson, *Tratado de Pediatría*, cuando se menciona la clasificación del vitíligo, nombra a dos subgrupos: generalizado (no segmentario) y segmentario, refiriéndose a que probablemente sean dos enfermedades bien diferenciadas, además, reporta que la mayoría de los niños presentan la forma generalizada, pero el tipo segmentario es más común entre los niños que entre los adultos.¹³

Al vitíligo, típicamente, se le considera una enfermedad adquirida, crónica, no contagiosa, a menudo familiar, que puede presentarse en alguna de las siguientes formas clínicas:¹⁴

A). Vitíligo No Segmentario (VNS). Es frecuente tanto en niños como en adultos. Es bilateral, con tendencia a la simetría (ver figura 1) y de acuerdo con la topografía de presentación de la mancha puede ser: acrofacial (cabeza, cara, manos, pies); mucoso (boca, genitales y perianal); focal (máculas solitarias en un área sin distribución segmentaria); generalizado o vulgar (afectación de hasta 80% de la piel); universal (afectación de más de 80% de la piel).

B) Vitíligo Segmentario (VS). Es más frecuente en niños. Habitualmente es unilateral, se presenta con distribución lineal (trayecto de un nervio), de forma dermatomérica o siguiendo las líneas de Blaschko



Figura 1. VNS y nevos halo.



Figura 2. VS lado izquierdo del cuerpo.

(ver figura 2).

C) Vitíligo poco frecuente, no clasificable: mixto (coexistencia del no segmentario y el segmentario; acrofacial y vulgar; segmentario y vulgar o acrofacial); punctata o en confeti (máculas puntiformes de pocos milímetros); folicular (despigmentación del pelo y periferia); inflamatorio (presenta eritema, discreto edema y prurito); minor (defecto mínimo de la pigmentación en individuos con piel oscura (fototipo IV, V y VI). La mancha blanca es lo que caracteriza al vitíligo, sin embargo, se deben descartar otros padecimientos que también cursan con despigmentación, entre otros: lepra, tiña versicolor, mal de pinto, pitiriasis alba, dermatitis atópica, dermatitis alérgica de contacto, nevo anémico, leucodermias residuales o cicatrices de quemaduras. Ante la duda, el estudio histopatológico de la mancha mostrará reducción o ausencia de melanocitos y la luz de Wood la hará más evidente.

El vitíligo tiene una prevalencia que varía entre 1 a 8 %, aceptándose en general que afecta a entre 0.5% a 2% de la población mundial. En un estudio efectuado en población infantil mexicana (574 pacientes) que incluyó a lactantes, preescolares, escolares y adolescentes, se reportó que la edad promedio de inicio fue a los 8.4 años, la mediana de tiempo de evolución fue de 6 meses, presentándose vitíligo no segmentario en 56.4%, y el vitíligo segmentario en 43.6%.¹⁵ En los EE. UU., en niños y adolescentes con vitíligo, la prevalencia asignada por el médico (límites del análisis de sensibilidad) fue de 0.84% (0.83-1.23) y del 1.19% (1.18-1.74), respectivamente, y aproximadamente 69% de los niños y 65% de los adolescentes tenían vitíligo no segmentario.¹⁶

La causa precipitante del vitíligo es desconocida, hasta ahora solo hay hipótesis acerca de la etiología. Destacan la genética inmunitaria, neurogénica, bioquímica, melanocitorragia, de convergencia¹⁷. En la muerte de los melanocitos interactúan dinámica-

mente múltiples elementos, resaltando los inmunitarios, genéticos, neurales, bioquímicos, citotóxicos, psicológicos, celulares, ambientales.³ Sin embargo, aunque hay nuevos descubrimientos en su patogénesis, el vitíligo sigue siendo un padecimiento enigmático, pues no se conoce con exactitud el mecanismo que lleva a la eliminación del melanocito. Es posible que el vitíligo sea un modelo de enfermedad de la piel con manifestaciones extracutáneas, multietiológica, pluripatogénica, de predisposición genética con rasgos poligénicos, conformada de varios subgrupos y asociada a muchas enfermedades, de múltiples tratamientos, y cuyo fenotipo es la muerte del melanocito y la mancha blanca.¹⁸

¿Cuáles son las complicaciones que se presentan en el vitíligo?

Las consecuencias que pueden presentarse son variadas, sobresale el aspecto estético que en el niño puede ocasionar estrés; alteraciones en su conducta, pensamientos, sentimientos, relaciones familiares y de su entorno social, lo que le condiciona a padecer discriminación, desigualdad, tener vergüenza de su aspecto, de tal forma que se vuelve agresivo, aislado, ansioso o deprimido, todo lo cual, como consecuencia, lo lleva a tener una mala calidad de vida.

Un niño con vitíligo localizado en áreas fotoexpuestas, bajo la influencia del sol, puede presentar desde un eritema moderado hasta grandes quemaduras en las manchas blancas, así como, el trauma físico en la piel, como heridas, quemaduras, fricción o presión constante le pueden desarrollar vitíligo (fenómeno de Koebner). La presencia de este fenómeno isomórfico indica que la dermatosis se encuentra en estado de mayor desarrollo, por lo que su existencia sirve para valorar la actividad y curso.¹⁹ Su presencia limita los manejos quirúrgicos, sobre todo la aplicación de injertos autólogos, ya que se puede desarrollar vitíligo en los sitios donadores.²⁰

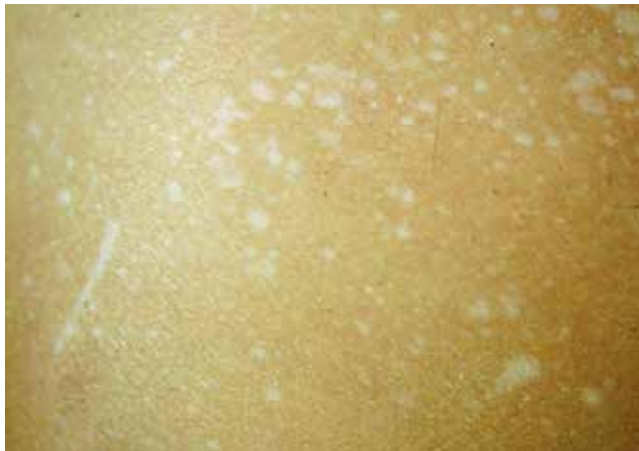


Figura 3. F. Koebner y manchas confeti



Figura 4. VNS y mancha tricrómica.



Figuras 5 y 6. Vitíligo Segmentario y nevos halo en tratamiento con PUVAsol.

El vitíligo puede incrementarse por aparición de nuevas manchas y/o agrandamiento de las existentes; los datos de progresión son la presencia de fenómeno Koebner, despigmentación en confeti, mancha tricrómica, leucotriquia y progresión de la enfermedad concomitante. En la figura 3 se muestra el fenómeno Koebner, como mancha lineal postraumática y manchas en confeti, y en la figura 4 se observa un VNS tipo vulgar en un adolescente femenino, distribuido simétricamente, que muestra mancha tricrómica.

El niño que padece vitíligo debe ser estudiado integralmente, pues, aunque no es común, puede presentar patologías asociadas; las enfermedades autoinmunes, de tejido conectivo y enfermedad tiroidea son las que presentan asociación significativa y las que más se han investigado. En una revisión sistemática y metaanálisis de pacientes con vitíligo (Lee, 2023), las asociaciones que sobresalen son anomalías oculares y auditivas, alopecia areata, diabetes mellitus tipo 1, lupus eritematoso discoide, miastenia gravis, anemia perniciosa, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica, tiroiditis autoinmune, hipertiroidismo e hipotiroidismo.²¹ En un estudio en población pediátrica mexicana, se encontró mayor porcentaje de vitíligo segmentario y la incidencia de enfermedades autoinmunitarias es menor a la reportada en otras series; estos dos datos podrían indicar mejor pronóstico de la enfermedad en la población infantil.¹⁵ Sin embargo, en las asociaciones destacan las enfermedades tiroideas como bocio simple, hipotiroidismo, tiroiditis de Hashimoto, tiroiditis autoinmune, enfermedad de Graves Basedow.

Existe una mayor incidencia de enfermedades tiroideas autoinmunes entre los pacientes con vitíligo, la razón es que el vitíligo suele preceder a la aparición de una disfunción tiroidea.²² La prevalencia de tiroiditis autoinmune (AIT) en niños y adolescentes con vitíligo es significativamente mayor que en la población

general, por lo que puede resultar ventajoso evaluar la función tiroidea y los niveles de anticuerpos en todos los pacientes pediátricos con VNS.²³

Existen algunas enfermedades y síndromes genéticos raros que entre sus peculiaridades manifiestan manchas blancas tipo vitíligo, entre otros: síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, piebaldismo, síndrome de Waardernburg, síndrome de Alezzandrini, síndrome de Ziprkowski-Margolis, halo nevus, hipomelanosis de Ito, esclerosis tuberosa²⁴, asimismo, asociación con el síndrome de Kabuki y el síndrome de Schmidt.²⁵

Hemos reportado que los pacientes que cursan con el nevo de Sutton (Nevo en Halo) presentan mayor riesgo de desarrollar vitíligo y melanoma, por lo que se debe vigilar el nevo central.²⁶ En el presente artículo presentamos a dos pacientes cuyo vitíligo inició con un nevo halo (ver figuras 1, 5 y 6).

¿El vitíligo es curable?

La evolución del vitíligo es impredecible, rara vez puede presentar parches de repigmentación espontánea, sobre todo en su inicio, sin embargo, la mancha blanca puede permanecer estable durante largos periodos sin crecimiento o tener brotes de nuevas manchas. No hay una cura definitiva para esta dermatosis, los tratamientos no siempre consiguen su erradicación, lo que ha hecho que existan numerosas terapias, muchas de las cuales carecen de evidencia científica y las tasas de curación que presentan son muy variables. A pesar de lo anterior, en los últimos años se han establecido guías internacionales de manejo, basadas en evidencias científicas de calidad, donde se exponen tratamientos más específicos y seguros que mejoran la dermatosis.

En un niño que padece vitíligo el tratamiento debe ser integral, es decir, debe tratarse conjuntamente la enfermedad asociada, si la hay. Se debe considerar la terapia psicológica, utilizar agentes bloqueadores



Figuras 7 y 8. Vitiligo focal en tratamiento con láser Excimer de 308 nm.

de luz UVA/UVB, y aunque desde el inicio se puede ofrecer el camuflaje cosmético, lo más conveniente es detener la progresión y tratar de obtener la repigmentación con las terapias existentes que científicamente han reportado mejoría. Éstas deberán ser individualizadas de acuerdo con la edad, extensión, topografía, actividad y tipo de vitiligo. Hemos comunicado que las terapias combinadas son superiores a la monoterapia.²⁷

Como tratamiento tópico de primera línea están los corticoides, que deberán utilizarse en vitiligo reciente y localizado a pequeñas áreas (recordar que su uso prolongado puede ocasionar atrofia, estrías, dermatitis acneiforme); una segunda opción son los inhibidores de calcineurina. Se ha utilizado la fototerapia UVB-NB, psoralenos más UVA (PUVA), psoraleno tópico y análogos de vitamina D (calcipotriol). En el presente artículo presentamos a un paciente con dos nevos halos y vitiligo segmentario, el cual presenta buena respuesta con inicio de repigmentación a los dos meses de manejo con psoralenos más exposición al sol (PUVASol) (ver figuras 5 y 6); igualmente, se presenta un paciente con vitiligo focal, a quien después del manejo con láser excimer de 308 nm presentó resolución de su mancha axilar, quedando una acromia milimétrica; este tratamiento da buenos resultados en las fases iniciales de VS y formas localizadas de VNS (ver figuras 7 y 8).

Los manejos quirúrgicos son limitados por la posibilidad de fenómeno Koebner, y el uso en niños de agentes despigmentantes y la micropigmentación (tatuaje) son cuestionables. Ante la escasez de investigaciones rigurosas concluyentes en niños, se debe meditar el manejo con superóxido dismutasa, khelina (furanocromo) más UVA (Kuva), inhibidores de la Janus-quinasa, afamelanotida, fenilalanina, dermoabrasión, 5-fluorouracilo, ciclofosfamida, catalasa, pseudocatalasa, análogos sintéticos de prostaglandinas y melagenina.

REFERENCIAS

1. Arenas R. Vitiligo. En Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. México, McGraw-Hill de México; 1992: 108-11.
2. Saúl A. Discromias. En Saúl A. Lecciones de Dermatología. 13ª ed. México, Méndez-Cervantes; 1993: 327-44.
3. Navarro JR, Feria VA, Navarro HQ. El melanocito en el vitiligo. *Dermatol Rev Mex.* 2005; 49(2): 59-68.
4. Arenas R. Vitiligo. En Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 6ª ed. México, McGraw-Hill Interamericana; 2015: 125-31.
5. Ruiz-Maldonado R. Alteraciones pigmentarias de la piel. En Ruiz-Maldonado R, Parish LC, Beare JM. Tratado de Dermatología Pediátrica. 1ª ed. México, Nueva Editorial Interamericana; 1992: 255-80.
6. Passeron T, Ortone JP. Acquired hypomelanosis. En Passeron T, Ortone JP. Atlas of pigmentary disorders. Switzerland, Springer Healthcare; 2014: 129-35.
7. Korting DGW. Discromias. En Korting DGW. Atlas de Dermatología Pediátrica. 3ªed. Barcelona, Editorial Científico-Médica; 1978: 128-32.
8. Domonkos NA. Desórdenes de la pigmentación. En Domonkos NA. Andrews Tratado de Dermatología, 2ª ed. Barcelona, España, Salvat Editores; 1979: 1002-14.
9. Fitzpatrick BT, Johnson AR, Polano KM, Suurmond D, Wolff K. Trastornos pigmentarios. En Fitzpatrick BT, Johnson AR, Polano KM, Suurmond D, Wolff K. Atlas de Dermatología Clínica, 2ª ed. México, Interamericana McGraw-Hill; 1979: 630-35.
10. Morelli GJ, Burch MJ. Piel. En Hay WW, Levin JM, Sondheimer MJ, Robin R. Diagnóstico y tratamiento pediátricos, 19ª ed. México, McGraw-Hill Interamericana; 2010: 375-94.
11. Magaña GM. Trastornos de la pigmentación. En Magaña GM. Dermatología, 2ª ed. México, Editorial

- Médica Panamericana; 2011: 247-57.
12. Marks R, Motley R. Trastornos de la pigmentación. En Marks R, Motley R. *Dermatología*, 1ª ed. México, Manual Moderno; 2012: 307-15.
 13. Galbraith SS. Lesiones hipopigmentadas. En Kliegman MR, Stanton FB, St. Geme WJ, Schor FN, Nelson. *Tratado de pediatría*, 20ª ed. Barcelona, España, Elsevier; 2016: 3271-74.
 14. Navarro JB. Vitiligo en niños: un enfoque práctico. En *Tratado de atención primaria en pediatría*, 1ª ed. México, BUO; 2024. En prensa.
 15. Acatitla AG, De Anda ON, Villegas CM, Peralta PM, Morales SM. Características clínicas y epidemiológicas del vitiligo en edad pediátrica. *Dermatol Rev Mex*. 2023; 67(6): 804-810.
 16. Patel R, Pandya AG, Sikirica V, et al. Prevalence of Vitiligo among Children and Adolescents in the United States. *Dermatology*. 2023; 239(2): 227-34.
 17. Villegas AC, Zuluaga CM, Medina LJ, Valencia OJ. Vitiligo y vitamina D. *Asoc Colomb Dermatol*. 2019; 27(1): 36-51.
 18. Navarro JB. El vitiligo: ¿enfermedad o síndrome? *Dermatol CMQ*. 2024. En prensa.
 19. Khurram H, Alghamdi KM, Bedaiwi KM, Albalahi NM. Multivariate Analysis of Factors Associated with the Koebner Phenomenon in Vitiligo: An Observational Study of 381 Patients. *Ann Dermatol*. 2017; 29(3): 302-6.
 20. Hatchome N, Kato T, Tagamani H. Therapeutic success of epidermal grafting in generalized vitiligo is limited by Koebner phenomenon. *J Am Acad Dermatol*. 1990; 22: 87-91.
 21. Lee HJ, Ju HJ, Seo JM, et al. Comorbidities in Patients with Vitiligo. A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Invest Dermatol*. 2023; 143: 777-89.
 22. Kiangte L, Lalrindik C. Study of thyroid disorders in vitiligo. *J Family Med Prim Care*. 2023; 12(4): 619-624.
 23. Kroon MW, Vrijman C, Chandeeck C, et al. High prevalence of autoimmune thyroiditis in children and adolescents with vitiligo. *Horm Res Paediatr*. 2013; 79: 137-44.
 24. Taylor Ch, Taneja A. Vitiligo y síndromes asociados. En Torres LV, Camacho MF, Mihm MC, Sober AJ, Sánchez CI. *Dermatología Práctica Iberoamericana*. Atlas, enfermedades sistémicas asociadas y terapéutica, 1ª ed. México, Nieto Editores; 2005: 705-18.
 25. Chávez AJF, Cortez VLC, Basurto MM, Sarango CAF. Vitiligo, diagnóstico y tratamiento. *Reciamuc*. 2023; 7(1): 187-95.
 26. Navarro JB. Nevo de Sutton. En Navarro JB. *Dermatología. Guía Clínica de Tumores Benignos*, 1ª ed. México, Plaza y Valdés; 2019: 123-25.
 27. Navarro JR, Canales AA, Salado PH, Feria VA. Cantidad de melanocitos que se forman en el vitiligo vulgar estable utilizando cinco modalidades de tratamiento. *Patología*. 2005; 43(3): 142-150.