

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“VITILIGO Y ALTERACIONES EMOCIONALES
ESTUDIO PROSPECTIVO EN TREINTA PACIENTES
EN LA UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL ROOSEVELT”**

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

CARLOS JOSE CRUZ PALACIOS

Previo a optar al Título de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 1981

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR:

Tengo el honor de someter a vuestra consideración
el presente trabajo de tesis titulado:

“VITILIGO Y ALTERACIONES EMOCIONALES, ESTUDIO PROSPECTIVO EN TREINTA PACIENTES EN LA UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL ROOSEVELT”

Previo a optar al título de:

MEDICO Y CIRUJANO

Expresando mi agradecimiento sincero a todas las personas que de
una u otra forma colaboraron en el desarrollo de este trabajo, de
manera especial a los doctores:

MANUEL DE JESUS CAMPOS
y
EDUARDO TSCHEN

Por su ayuda de incalculable valor al aceptar la responsabilidad de
asesorar y revisar mi tesis.

Vosotros miembros del honorable tribunal examinador, mis más
altas muestras de consideración y respeto, al aceptar como digno
este esfuerzo.

I N D I C E

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	3
III. HIPOTESIS	5
IV. ANTECEDENTES	7
A) GENERALIDADES	7
B) SINONIMOS	7
C) DEFINICION	7
D) ETIMOLOGIA	8
E) HISTORIA	8
F) FISIOPATOLOGIA DEL VITILIGO	9
G) ETIOPATOGENIA	13
H) FACTORES PREDISPONENTES	14
I) FACTORES DETERMINANTES	16
J) HISTOPATOLOGIA	18
K) CLINICA	18
L) DIAGNOSTICO	21
M) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	22
N) COINCIDENCIAS CON OTRAS DERMATOSIS	25
Ñ) TRATAMIENTO	25
V. DESARROLLO DEL TRABAJO	31
MATERIALES Y METODOS	31
VI. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	33
A) CUADROS Y GRAFICAS	33
B) FACTORES PREDISPONENTES ENCONTRADOS EN LA INVESTIGACION	43

Página

C)	FACTORES DETERMINANTES	44
D)	CASOS DE PACIENTES CON VITILIGO Y TRAUMAS PSIQUICOS	45
E)	OPINIONES DE DERMATOLOGOS GUATEMALTECOS SOBRE VITILIGO Y ALTERACIONES EMOCIONALES	46

VII.	CONCLUSIONES	49
------	--------------	----

VIII.	RECOMENDACIONES	51
-------	-----------------	----

IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
-----	----------------------------	----

INTRODUCCION

Nadie duda hoy que la emoción es un fenómeno regido por mecanismos que actúan en el sistema nervioso central, afectando a diversos tejidos y órganos del cuerpo humano.

Muchas dermatosis están influenciadas por las emociones, que en la época actual, son frecuentes, debido a las constantes presiones ambientales, autoimpuestas o de otra índole en que vive el hombre moderno.

El vitiligo, una dermatosis adquirida, conocida desde hace muchos años, caracterizada por la despigmentación de la piel y los cabellos en forma progresiva; cuya etiología es aún desconocida, habiendo muchas teorías, tratando de encontrarla.

En el presente estudio se trata de correlacionar el problema del vitiligo con las alteraciones emocionales, sexo, edad, estado ocupacional, ambiente familiar, es decir relacionar dicha patología con el medio psicosociocultural de cada ente relacionado con el mismo.

Para llevar a cabo dicho estudio, se seleccionaron 30 pacientes de los que acuden a la consulta externa de la unidad de dermatología del departamento de medicina del Hospital Roosevelt, con el diagnóstico de vitiligo.

Los pacientes fueron evaluados, desde el punto de vista clínico, y en el aspecto emocional, por medio de un cuestionario, recopilando los datos obtenidos, para sacar la estadística de los mismos.

En sí el problema deriva de la tendencia que tienen muchos dermatólogos de correlacionar las alteraciones emocionales como causa contribuyente y desencadenante en el curso o

OBJETIVOS

- 1.— Adquirir conocimientos para el tratamiento de pacientes con vitiligo.
- 2.— Lograr conocer si las alteraciones emocionales influyen directa o indirectamente en el inicio o evolución de la enfermedad.
- 3.— Contribuir con la población guatemalteca, en especial con los que padecen la enfermedad, tratando de dar nueva luz, en la medida de lo posible, con relación a la etiología del vitiligo.
- 4.— Tratar de esclarecer si existe sexo o grupo étnico que con más frecuencia se encuentre afectado.
- 5.— Tratar de conocer la magnitud del daño psíquico, que el problema del vitiligo, en sí, ocasiona a los pacientes.
- 6.— Adquirir, con este trabajo, una mejor experiencia en el uso del método científico.

HIPOTESIS

En el trabajo a desarrollarse se sometieron a prueba RESTRINGIDA, las siguientes hipótesis.

- 1.— Las alteraciones emocionales influyen en pacientes con vitiligo.
- 2.— El sexo y grupos étnicos no tienen relación con el apareamiento del vitiligo.

ANTECEDENTES

En la revisión de literatura efectuada con motivo del presente trabajo, tropezamos con la dificultad de encontrar poco material específico al tema, en la literatura mundial.

No se encontró trabajo de tesis, ni otros estudios sobre el tema, en Guatemala.

Encontré algunas publicaciones en donde abordan el tema de una forma indirecta, siendo estas extranjeras. Además revisé, los índices médicos desde 1963 a 1980, sirviéndome de poca ayuda sus artículos, pues sus objetivos son otros totalmente disímiles a los del estudio.

GENERALIDADES

SINONIMOS

Leucoderma adquirido. Leucoderma primario, Acromía.

DEFINICION:

Dermatosis de aparición incidiosa, caracterizada por manchas acrómicas, generalmente simétricas y de bordes hiperpigmentados, no contagiosa, no infecciosa, a su nivel, por lo común no existe otra lesión cutánea elemental, no hay atrofia ni inflamación. Tampoco existe trastorno de la sensibilidad.

Esta acromía es una despigmentación genéticamente demostrada en un tercio de los casos, pero no puede ser congénita. En la mayoría de los casos hay una provocación de una superposición de múltiples factores: Inmunológicos, metabólicos, neurogenéticos.

El vitiligo sigue siendo una de las discromías que más intrigan al médico general y al dermatólogo en particular, por lo obscuro de su origen y lo limitado de los recursos terapéuticos. (1,8,11)

ETIMOLOGIA

Para algunos la palabra vitiligo deriva del latín Vitium, que significa mancha, defecto, vicio; para otros viene de la palabra latina Vitilius, que significa becerro o ternero, por la semejanza con las manchas de ese animal. Como se observa, ambos vocablos coinciden con el aspecto morfológico de la enfermedad. (1,11)

HISTORIA

Muy antigua es esta dermatosis. Desde los más remotos tiempos se ha hablado de ella; ya en el Livítico, libro sagrado de La Biblia, al hablar de la lepra, nos describen elementalmente la morfología de esta afección.

En las viejas crónicas medievales se citan personas manchadas que: "No eran aptas para desempeñar ciertos oficios".

En tiempos pasados, según descripciones encontradas, había cierta repulsión, en mayor grado que hasta hoy se siente, hacia las personas con manchas blancas. Parece que ésto impedía a los vitiligosos, asistir, inclusive con normalidad, a las clásicas tertulias familiares. Posiblemente al identificarla con la lepra, le daban gran carácter de contagiosidad. Aulio Cornelio Celso, ya en la era cristiana, se ocupa brevemente de la enfermedad, como también el médico y escritor italiano Mercurialis, quien en el siglo XVI, publica un compendio titulado "DE MORBIS CUTANEIS".

Fue Bielt, en el año de 1833, quien hizo la mejor descripción de esta dermatosis y es a partir de él, que los europeos dan un término, más restringido, que discromías de toda

naturaleza, como el de leucodermia no congénita de características clínicas peculiares (2,11).

Al final del siglo XIX, encontramos diferentes autores como Bazin y Kaposi, quienes con tesonera voluntad ponen todo su empeño al estudio de la afección.

En los últimos años, hay una serie de estudios de diversos autores de diferentes partes del mundo, relacionados más que todo con tipos de tratamiento, etiopatogenia, como son la vibropuntura y aspectos inmunológicos en el vitiligo.

También se ha incluido entre las sicodermatosis y neurodermatosis, haciendo sinónimos ambos términos, entre otras razones por la mayor incidencia de la discromía entre los habitantes de las grandes ciudades y su concomitancia frecuente con psicosis o neurosis de diverso tipo. No obstante, no es raro, hallarla en sujetos de escasa emotividad, a quienes no les importa gran cosa su padecimiento y si consultan al médico, lo hacen por presión familiar o por problemas laborales. Es más común encontrar que en el vitiligoso se desarrollen fobias y complejos, por lo antiestético de las manchas o por el temor de que los demás lo confundan con algún otro padecimiento más grave o contagioso (4,11).

FISIOPATOLOGIA DEL VITILIGO

La coloración normal de la piel tiene su origen en cinco categorías de pigmentos fundamentales, los cuales son:

a) Melanina b) Oxihemoglobina c) Hemoglobina reducida d) Melanoides e) Carotenos.

Además, la pigmentación normal de la epidermis, necesita de una secuencia biológica indisoluble, debiéndose a:

- 1.— Que los melanocitos estén presentes.
- 2.— Que la morfogénesis de los premelanosomas se hagan correctamente.
- 3.— Que halla mielinización de estos organitos.
- 4.— Que las granulaciones pigmentarias así elaboradas sean en seguida transferidas a los queratinocitos de la unidad epidérmica de mielinización de cada melanocito.
- 5.— Que halla, en fin, un equilibrio entre el déficit de esas transferencias y la rapidez de degradación pigmentaria dentro de los lisosomas de los queratinocitos (8,11).

La melanina es el mayor pigmento responsable de la pigmentación de la piel. En el mundo de la biología, ella provee la coloración, esta función pigmentaria que hace posible en el reino animal el mimetismo y la atracción sexual, en el hombre es la responsable del gran valor cosmético atribuida a la función melánica cutánea, considerada como de trascendencia en la vida social humana.

Químicamente la melanina es una sustancia colorante de gran peso molecular, insoluble en agua y en la gran mayoría de los solventes orgánicos. Está constituida su molécula por presencia de carbón, nitrógeno, hidrógeno y oxígeno (16).

Posee la habilidad de reducir las sales de plata y oro y el trióxido de osmio. Dando reacciones positivas en los test para investigación de los núcleos de indol y presenta igualmente acción blanqueadora por el efecto del peróxido de hidrógeno.

En 1901 Von Furth sugiere la presencia de una enzima oxidativa como responsable de la formación de la melanina.

El descubrimiento realizado por Bloch, de la famosa DOPA (Dihidroxifenilalanina) reacción ha incrementado el conocimiento químico y fisiológico de la melanina.

En 1942 Hogeboom y Adams, logran un paso de avance al encontrar tirosinasa en los transplantes de melanonas experimental en ratones.

Posteriormente se confirman con numerosos trabajos científicos las propiedades y el papel de la tirosinasa en la piel de los mamíferos. La síntesis del pigmento ocurre en los melanocitos de la epidermis.

Con el descubrimiento de la DOPA reacción, se demuestra que el melanocito puede transformarla (1,3,4) Dihidroxifenilalanina en melanina "in vitro".

El proceso enzimático de la formación de la melanina puede ser inhibido por una serie de factores inhibidores, actuando por diversos y complejos mecanismos. Entre ellos, los inhibidores enzimáticos directos o venenos enzimáticos, los cuales son de gran interés en el estudio de las variaciones de la pigmentación melánica de la piel.

Los venenos enzimáticos directos actúan inactivando la proteína componente de la tirosinasa, o bien dislocando el componente cúprico esencial.

Por el primer mecanismo, una inactivación de la proteína enzimática ha sido posible experimentalmente con el empleo de anticuerpos tirosinasa específico, los cuales pueden ser producidos, al sensibilizar conejos con material provenientes de ratones con melanoma.

El segundo mecanismo, que actúa mediante la inactivación del cobre, componente de la enzima, es producido por la acción de sustancias diversas, entre ellas mencionaremos los compuestos sulfurados orgánicos los cuales poseen grupos sulfhidrílicos reactivos: cisterna, glutatión, el BAL etc. Tales sustancias producen una inhibición en el proceso de la pigmentación

melánica de la piel. La importancia de estos grupos sulfihidrílicos, estriba en que ellos actúan como reguladores de la formación de melanina a nivel celular.

Así la piel no pigmentada, capaz de formar melanina, permanece no pigmentada por la presencia de los grupos sulfihidrílicos, que impiden que la tirosina actúe libremente.

Es interesante el hecho que la marcada inhibición de los grupos de los compuestos sulfihídricos, han sido recientemente demostrados por Van Scott y Rothman, que la mancha de vitiligo contiene el doble de grupos sulfihídricos de la piel, que aparentemente normal la rodea.

Es indudable que un mecanismo de regulación neurohormonal interviene en el proceso de la pigmentación de la piel.

En los trasplantes de vitiligo, llevados de la mancha leucodérmica a la piel aparentemente normal y viceversa, el injerto siempre toma las características de la piel en donde ha sido implantado.

Así, la piel normalmente pigmentada, se despigmenta cuando se injerta en una área vitiliginosa y la piel vitiliginosa se repigmenta cuando se lleva a zonas de piel normalmente pigmentada.

Estas observaciones de Haxthausen, se interpretan como hallazgos sugestivos de una base neurogénica en la patogenia del vitiligo.

Burn, ha postulado el mecanismo de intervención de los nervios simpáticos en la melanogénesis, se ha demostrado una similitud química entre los precursores de la nor-epinefrina y la melanina.

Goodall ha sugerido que los nervios pueden transportar la DOPA a la piel, donde al final puede ser estimulada o bien tomada para la formación de melanina.

La hormona pituitaria conocida como M.S.H. (hormona estimulante del melanocito) ha sido demostrada en extractos hipofisiarios humanos.

La M.S.H. Efectúa un control humoral de la pigmentación por acción directa sobre los cromatóforos de la piel provocando una dispersión de los granulos de pigmento dentro de ellos. Se ha sugerido que la M.S.H., puede actuar através de un mecanismo, que provocando un alza de los niveles de cobre en la sangre, produce a su vez una activación de la tirosinasa, lo cual causaría una mayor actividad melánica.

En el hombre, altas dosis de estratos purificados de esta hormona produce una melanosis generalizada. Queda entonces por demostrarse, si las inyecciones locales de M.S.H. En las manchas de vitiligo podrían traer efectos beneficiosos.

Poco se sabe acerca de los cambios químicos que conducen a la hipopigmentación o hiperpigmentación de la piel por los diferentes factores que la producen.

ETIOPATOGENIA

Nada en definitiva se conoce sobre la causa específica del vitiligo; existen una serie de teorías que hasta el presente no ha resuelto el problema etiológico de la enfermedad.

Es muy interesante la síntesis que de las diferentes opiniones emitidas al respecto, en la cual muchos autores hasta hoy, estan de acuerdo que la tirosina bajo acción de la tirosinasa y a nivel del melanoblasto se transforma en melanina después de varios pasos intermedios y que en dicho proceso intervienen

factores hormonales (tiroide, hipófisis, suprarrenales, sexuales y nerviosos). De modo que siendo varios los eslabones de la cadena melanogénica, es de suponer que esta se interrumpe cuando falla alguno de ellos, lo difícil es determinar cuál o cuáles son los responsables de la detención de la síntesis pigmentaria de la piel (4).

Por lo tanto es difícil llegar a conclusiones firmes en cuanto a la etiopatogenia, vamos a estudiar por separado, en primer término los factores predisponentes y en segundo lugar, los factores determinantes.

FACTORES PREDISPONENTES:

A) Edad

El vitiligo aparece en cualquier época de la vida. No respeta edades. Algunos autores opinan que es más frecuente en la adolescencia o en la juventud.

Lerner en su estadística, sobre el estudio de 200 casos de vitiligo, fija de 0 a 19 años, como la edad más frecuente del comienzo de la enfermedad.

B) Sexo

El sexo femenino parece ser el más atacado. Muchos opinan que por razones estéticas, la mujer consulta con más frecuencia, cuando ve aparecer la enfermedad.

De todas maneras se puede afirmar que no existe una influencia definitiva del sexo con respecto al vitiligo.

C) Raza

En cuanto a la raza, puede decirse que no existe una

predisposición para adquirir la enfermedad. Lerner, en un estudio en 1959, reporta que la raza caucasoide es afectada más que las otras en 10/o.

D) Herencia

El vitiligo no es hereditario. Siendo esta opinión aceptada por la mayoría de autores. Por coincidencia puede aparecer en miembros de una misma familia. Hernández (mexicano) reporta un 40o/o de casos con historia familiar positiva y la herencia es probablemente determinada por un gen autosómico dominante de variable penetración (Stugen 1950).

Grinspan (argentino), en un estudio de 1000 casos tratados, le sorprendió la cifra elevada de vitiligo familiar, que es de un 7o/o aproximado.

E) Profesión

No existe relación entre la aparición de la enfermedad y la ocupación del individuo.

F) Incidencia

Muchos autores, refieren que es más frecuente en el trópico, que en las regiones frías, otros autores han notado mayor incidencia en la raza de color que en los rubios.

G) Traumatismos

Se ha discutido la influencia de los traumatismos con respecto a la aparición del vitiligo, es un hecho cierto que con relativa frecuencia aparece la dermatosis en los sitios de roce.

H) Luz solar

Algunos autores, le dan a la luz solar una gran

importancia, como factor determinante de la enfermedad.

I) Sífilis

Por mucho tiempo, numerosos dermatólogos le dieron importancia fundamental a la sífilis, como factor causal de la enfermedad. Posteriormente se ha demostrado que la lúes, no tiene ninguna relación con la enfermedad.

FACTORES DETERMINANTES:

A)

Muchos autores sostienen la inestabilidad emocional, como elemento dominante en el problema causal de la enfermedad.

La posibilidad de tener manifestaciones psicocutáneas, en la aparición del vitiligo, ha sido sólo una presunción, de que pueda coexistir con más frecuencia con la neurosis. Pues se ha mencionado que una conmoción nerviosa considerable, un choque moral violento, podrían favorecer el apareamiento de la enfermedad. Así por ejemplo, en una observación de Queyrat, el vitiligo y la calveicie aparecieron juntos en una joven, poco después de la explosión de una granada. Darrier menciona igualmente un caso de vitiligo consecutivo a una conmoción nerviosa, traumática que no había producido lesión orgánica (4).

B) Teoría Infecciosa

Casi ningún autor le da importancia al factor infeccioso en relación al vitiligo.

C) Teoría endocrina

Muchos han observado la aparición de vitiligo en personas con hipertiroidismo en un 15o/o.

Suprarrenales. Algunos han señalado la coincidencia del vitiligo con la enfermedad de Addison.

No se ha demostrado que los trastornos hiposifisarios tengan relación con la enfermedad.

D) Teoría nerviosa

Numerosos autores han puesto de relieve el sistema nervioso, como factor determinante de la enfermedad. Touraine en 1919, se muestra gran partidario de la etiología nerviosa del vitiligo; sostiene que su aparición, coincide en muchos casos con una reacción meníngea, que puede demostrarse por el examen del líquido cefalo raquídeo. Müller es partidario del sistema neurovegetativo como elemento esencial en la etiología de esta dermatosis.

Se tienen las siguientes experiencias:

- a) Los agentes aclarantes conocidos de mayor potencia, son producidos en el tejido neural, pertenecen al grupo de 5-hidroxidoles (melatonina, noradrenalina, adrenalina, serotonina); producen aclaramiento de piel normal en sapos y de melanomas en hamster.
- b) Ligaduras de fibras nerviosas simpáticas en aleta de pescado, produce hiperpigmentación distal a la ligadura que persiste hasta que se produzca la regeneración.
- c) Pacientes con parálisis de la cintura hacia abajo, han desarrollado vitiligo en sitios superiores a la parálisis, así también pacientes cuyos nervios han sido traumatizados presentan manchas en la zona correspondiente.
- d) En las manchas hay aumento de la sudoración conjuntamente con vasoconstricción indicando aumento de

actividad de algunas fibras terminales adrenérgicas.

HISTOPATOLOGIA

Todos los autores están de acuerdo en que esta enfermedad no presenta otras alteraciones que no sea la ausencia de melanina en las áreas despigmentadas. La epidermis siempre luce con aspecto, grosor y arquitectura normales, pero no se observa pigmento melánico en la capa basal.

Estudios histopatológicos han demostrado que en las áreas despigmentadas, los melanocitos se encuentran en número similar a lo normal, simplemente están desprovistos de melanina; hecho demostrado por Jarret y Szabo con la prueba de azul de metileno. En las zonas circundantes, hay aumento de prolongaciones dendríticas y de su contenido de melanina, principalmente en la epidermis y la presencia de numerosos melanóforos en la dermis.

CLINICA

Desde el punto de vista clínico, se estudiaron los aspectos generales y las formas clínicas.

ASPECTOS GENERALES:

A) Comienzo

Es sumamente irregular, de inicio insidioso y evolución crónica, en algunas ocasiones crece rápidamente y las manchas ocupan gran parte de la superficie cutánea.

Lerner señala que en un 80o/o de los casos, las manchas ocurren en sitios expuestos a la luz y un 20o/o para los no expuestos.

B) Período de estado

En su período de estado la enfermedad se caracteriza por manchas acrómicas, lechosas, completamente blancas, de contornos policíclicos o irregulares y frecuentemente rodeada por un halo hiperacrómico; típicamente bilateral y simétrica; en algunas ocasiones el borde puede ser levantado e inflamado. Por lo general las manchas respetan las mucosas, pero se han reportado casos en pacientes de raza negra con placa de vitiligo en mucosa de labios. Se ha observado con frecuencia que los pelos sobre la zona afectada se disepigmentan.

La afección presenta cierta predilección por determinadas regiones como dorso de las manos, muñecas, antebrazos, cara y cuello, frecuentemente son afectados, tórax anterior, genitales externos y cara anterior de piernas y región maleolar. En general puede aparecer en cualquier parte del territorio cutáneo.

C) Evolución

Es irregular el proceso evolutivo de esta dermatosis, en muchas ocasiones permanecen estacionarias las lesiones, no aumentan en número, ni tamaño, en otros sin embargo, crecen rápidamente y tienden a invadir la mayor parte de la superficie cutánea. A veces se hace de manera progresiva o por brotes. Las lesiones antiguas se extienden hasta formar sábanas, mientras que nuevas manchas hacen su aparición.

D) Pronóstico

Depende del tipo de lesión, siendo de buen pronóstico placas aisladas y en personas blancas y morenas, que responden mejor que los negros. En general se dice que el vitiligo tiene un pronóstico impredecible.

FORMAS CLINICAS

Se han hecho varias formas de clasificación arbitrarias de vitiligo. A continuación expondré las dos más usadas para el manejo de los pacientes con la dermatosis.

- 1) Se puede clasificar en dos grandes grupos:
 - a) Formas típicas
 - b) Formas atípicas

Las formas típicas se pueden clasificar a su vez por extensión de la siguiente manera:

- a- Localizado
- b- Generalizado
- c- Universal

Entre las formas atípicas debemos considerar las siguientes:

- a- Peri-halo Nevus llamadas enfermedad de Sutton o Leucoderma Centrifigure Adquisitum
- b- Leucoderma puntacta et reticulares de Matsumoto, vulgarmente conocida como enfermedad de Safú.
- c- Vitiligo con bordes elevados.

2) La otra clasificación elimina el carácter de simetría o asimetría, pues no le da importancia para fines terapéuticos (usada por la dermatología mexicana); clasificando así:

- | | | |
|-----------------------------|------------|-----------|
| 1- Forma Leucodérmica | Diseminada | |
| | Localizada | Evolutiva |
| | Regional | Detenida |
| 2- Forma Leucomelanodérmica | Diseminada | |
| | Localizada | Evolutiva |
| | Regional | Detenida |

DIAGNOSTICO

La etiología, siendo desconocida o equívoca, no nos provee algún medio diagnóstico; las nociones etiológicas actuales son más bien unas fuentes de confusiones y según la manera como se aborde el problema del vitiligo, se convierte en síntoma o enfermedad.

Los progresos de la búsqueda etiológica arriesgan de omitir algunas formas de vitiligo en el rango de lesiones elementarias, teniendo un interés semiológico al mismo título que las melanosis observadas en las mismas condiciones.

Prácticamente ¿Que tenemos como medios clínicos y paraclínicos para el diagnóstico del vitiligo? Abstracción hecha de consideraciones etio-patogenésicas.

Hasta prueba de contrariedad es el examen de lesiones, que parecen todavía el medio más fiable del diagnóstico, tenemos:

- Principio facultativo por eritema previtiligoso
- Localizaciones preferenciales; las manos, regiones periorales de la cara, órganos genitales, pliegues cervicales y axilares.
- Las regiones palmo-plantares, no son todavía muy avanzadas, como es clásico de la enseñanza.
- Lesiones simétricas, como ocurre muy seguido.
- El color blanco-mate, aparece más nítidamente en luz de Wood y algunas tinciones rosadas después de una exposición solar.
- Hiperchromía bordante, inconstante para algunos, en apariencia, sobre la piel negra excepcionalmente inflamatoria.
- Bordes netos, aunque a veces se presentan todos irregulares, "Jalados".
- Algunas veces persistencia o resurgencia de manchas de piel normal sobre las lesiones vitiligosas (vitiligo de Mouchette

o moteado).

— Algunas veces, matices variables en la hiperchromía: (Stufan-vitiligo), (tricomio vitiligo) o de aspecto "Mal pegado", que fue señalado por Basset y Faye, en la piel negra.

— El fenómeno de Köebner es inconstante en el vitiligo.

La localización perinéica es conocida, bajo el nombre de enfermedad de Sutton.

La histología puede contribuir al diagnóstico positivo del vitiligo.

Ella muestra ante todo, la gran vulnerabilidad de los melanocitos interfoliculares, en desaparecer. La despigmentación que resulta, no es en conjunto total; al principio, el pigmento subsiste, en la zona de transición y en la epidermis, alrededor de los ostiums foliculares; es el estado de vitiligo relativo, a veces discretamente inflamatorio; ulteriormente en el estado de vitiligo absoluto, la transición con la piel sana, será mucho más franca, hay a veces una exageración de la enramada dendrítica de melanocitos que bordean la mancha vitiligosa.

A este estado, en la mancha, todas las células DOPA positiva, han desaparecido y la acromía es total. Las células de Largenhans descienden para ocupar los lugares de los melanocitos desaparecidos.

Las etapas ulteriores de la elaboración del diagnóstico, son la microscopía electrónica y la inmunología (8)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe plantearse el diagnóstico diferencial, principalmente con las siguientes dermatosis, que presentan dispigmentaciones, siendo la causa conocida.

A) Albinismo

Afección congénita, caracterizada por ausencia de pigmento en la piel, pelo y ojos. Puede ser total o parcial.

B) Lepra

No son frecuentes las oportunidades en que el vitiligo y la lepra pueden confundirse, sin embargo debe hacerse el diagnóstico diferencial entre las dos enfermedades, sobre todo tomando en cuenta los trastornos de sensibilidad y resto del examen físico y laboratorio para conformar el diagnóstico.

C) Leucoderma sífilítico

Comprendido entre el grupo de sífilides pigmentarias que aparece entre el octavo mes y el año después de haber adquirido la enfermedad y constituye el segundo período tardío de la sífilis, el llamado "Collar de Venus". La positividad de las reacciones serológicas, serán un complemento diferencial de gran valor.

D) Mal de Pinto o carete

Producida por la espiroqueta Herrejoni y transmitida por picadura de flebotomos, se diferencia del vitiligo, porque antes de tomar el aspecto acrómico, adopta variaciones de tonalidades de rosado a azulado.

E) Pitiriasis versicolor acromiante

Por el raspado de la lesión, pues presenta una evidente descamación con el golpe de uña; además presenta fluorescencia dorada al ser examinada con la lámpara de Wood.

F) Morphea

El diagnóstico diferencial es sencillo; por la dureza de la piel y por su escasa elasticidad.

G) Nevo acrómico

Generalmente único y poco numeroso. El borde no es hiperpigmentado.

H) Leucodermas secundarias o Acromías residuales

- 1- Enfermedades dermatológicas: Dermatitis atópica, liquen plano, liquen simple crónico de Vidal, psoriasis, parasoriasis guttata, alopecia areata, herpes zoster y Buba.
- 2- Enfermedades sistémicas: Mixedema, tirotoxicosis, toxemias, hipopituitarismo, hipoadrenalismo, hipogonadismo y diabetes mellitus.
- 3- Factores nutricionales: Complejo B, sulfato de zinc, ácido fólico y nicotínico.
- 4- Causas traumáticas: (destrucción del melanocito), cicatrices y quemaduras.
- 5- Por causas químicas: Monobencil eter de hidroquinona, que produce la llamada leucoderma profesional.

Quenofuración: Usado en conjuntivitis y blefaritis.
Mercuriales y ácido ascórbico, actúan inhibiendo la formación de melanina por acción sobre la oxidación enzimática de la tirosina a DOPA.
Tiuracilo, Tiourea, Molybdatos, BAL: contienen grupos sulfihidrilos que se unen al cobre de la tirosinasa y la inhiben.

COINCIDENCIAS CON OTRAS DERMATOSIS

Muchos autores citan múltiples casos de coincidencia del vitiligo con otras dermatosis, especialmente con Alopecia areata: inclusive algunos sostienen que tanto la Alopecia areata como el vitiligo son manifestaciones de una misma enfermedad; ocurre cuatro veces más frecuente que el vitiligo. Otras como hipertiroidismo, uveítis, canicie, alopecia areata, disacusia y vitiligo, lo que se conoce como síndrome de Vogt-Koyanagi.

TRATAMIENTO

El tratamiento del vitiligo es insatisfactorio, en muchos casos es mejor aconsejar al paciente a usar un cosmético de camuflaje, en las lesiones expuestas. En los climas soleados, la prescripción de filtros solares es frecuentemente necesaria.

El tratamiento con metoxipsoralen ha dado prometedores resultados, en una proporción de casos, donde la pérdida de tirosinasa, activada por los melanocitos, no es total. Una dosis diaria de 10-20 mg. de metoxipsoralen y 2 horas después se exponen a la luz del sol, con control estricto, para evitar complicaciones. Si no se detecta repigmentación, después de dos meses de tratamiento, este deberá suspenderse. Si el resultado es satisfactorio, puede continuarse por 6 meses al año, pero algunas veces es pobremente tolerado y con efectos colaterales, como náuseas, vómitos, depresiones y nerviosismo o severas quemaduras de la piel enferma expuesta. Los mejores resultados, se han obtenido en pacientes jóvenes con lesiones recientes.

Un buen resultado se ha obtenido, de la combinación de metoxipsoralen en cloroquina, en una dosis diaria de 200 mg. Desafortunadamente con cualquier técnica, la repigmentación, no es permanente y se pierde aproximadamente a los 18 meses de duración. La ineficacia del tratamiento y el riesgo de los efectos colaterales, limitan grandemente su utilidad, pero no hay otra

alternativa. El metoxipsoralen, al presente, debería reservarse, para casos selectos, en los cuales el vitiligo, es cosmética y psicológicamente, un serio problema y en el cual el tratamiento, puede ser más cuidadosamente supervisado.

Otros autores optan por iniciar el tratamiento, corrigiendo la causa etiológica que en el examen clínico-laboratorio pueda ser demostrada (endocrinopatías, trastornos nerviosos, focos sépticos crónicos).

Localmente, usan soluciones o preparados irritantes, tales como solución alcohólica de bergamota al 10o/o, seguidas de irradiación ultravioleta (entre 10 a 15 aplicaciones), protegiendo los márgenes hipercrómicos con soluciones o cremas de antipirina al 10o/o.

Otros han usado una combinación de psoralenos con radiación ultravioleta (PUVA), corticoides intralesionados, citoxan en dosis bajas. Koga (1977) empleó Nialamida, un inhibidor de la monoaminooxidasa en vitiligo de distribución metámerica.

No se ha logrado avanzar mucho en el tratamiento de esta dermatosis, aún sigue siendo un problema terapéutico, pues al desconocerse la causa de dicha enfermedad, carecemos, por consiguiente, de medicación específica. A veces se comienza a tratar casos incipientes y se tiene la agradable sorpresa de ver que reacciona favorablemente en corto plazo. En los últimos tiempos se ha adelantado mucho para combatir esta dermatosis. A continuación se expondrán, el tratamiento seguido por la mayoría de los autores consultados, y por último, el esquema, usado en la unidad de dermatología, donde se llevó a cabo el estudio de la tesis. (9,11,15).

Se debe considerar un tratamiento general y uno local.

TRATAMIENTO GENERAL (1,11, 15)

Desde el punto de vista general, el vitiligoso debe ser sometido a un cuidadoso examen clínico. Debe investigarse los antecedentes familiares personales, interrogar si ha sufrido trastornos hepáticos o si ha padecido de liquen plano o esclerodermia.

Debe tratarse las distonías neurovegetativas (DNV), con uso de la psicoterapia bien orientada, que ayudará mucho a la curación de la enfermedad. Cuando se creyó en la probable etiología luética, se usó la terapia anti-sifilítica, principalmente el bismuto,

Se ha empleado desde el punto de vista general, desde formas de aplicación tópica hasta inyecciones intralesionales de diversos productos, procedimiento éste último, abandonado en la actualidad, principalmente en lo que se refiere a los costicosteroides; los más usados han sido: Fotosensibilizadores, arsenicales, opoterapia, oro, vitaminoterapia, atarácicos etc. Lamentablemente en la mayoría de los casos sin resultados positivos.

TRATAMIENTO LOCAL

Desde el punto de vista local debemos considerar lo siguiente:

- a) Aspectos cosméticos
- b) Esencia de Bergamota
- c) Método de Spencer
- d) Derivado de Ammi Majus de donde se extrajeron los principios activos: La Ammoidina, la ammidina y el majudín.

Se ha podido demostrar la acción de cada una de ellas,

que es la siguiente: La ammoidina inicia el proceso de curación, o sea la repigmentación; la ammidina acelera dicho proceso y el majudín actúa haciendo permanente la pigmentación obtenida. La droga puede ser empleada localmente o por vía oral, desde el punto de vista local se emplea la tintura de meladinina, que tiene la siguiente composición:

Ammoidina	0.750 gr.
Ammidina	0.250 gr.
Acetona	10 cc.
Propilenglicol	10 cc.
Alcohol etílico de 90 C.S.P.	100 cc.

También se ha usado la meladinina en pomada, que tiene la siguiente composición:

Ammoidina	0.40 gr.
Ammidina	0.250 gr.
Acetona	10 cc.
Acido para-amino benzoico	2 gr.
Propilenglicol (1600 U.F.P.) C.S.P.	100 gr.

Por vía oral se usan las tabletas de meladinina que tienen la siguiente composición:

Ammidina	0.010 gr.
Ammidina	0.005 gr.

Excipiente C.S.

Se administra según el siguiente esquema: Primera semana, una tableta al día; segunda semana, dos tabletas al día; tercera semana, tres tabletas al día; cuarta semana, cuatro tabletas al día.

Otra droga usada, son los psoralenos, agentes farmacológicos encontrados en muchos remedios provenientes de

yerbas, los cuales han sido empleados por siglos, pertenecen a un grupo de conjuntos heterocíclicos, conocidos como furocumarinas, en la naturaleza se encuentran en cuatro o cinco familias de plantas de las cuales las umbellíferas y rutáceas son las más importantes. Los componentes conocidos, 8-metoxisoralen usado a dosis de 10 mg. y 20 mg., por lo general dos horas antes de la exposición solar, con un tiempo de exposición creciente, dependiendo del color de la piel y de las reacciones secundarias.

LA VIBROPUNTURA

Consiste este método en lo siguiente: Con una varilla de vidrio, se coloca sobre la superficie leucodérmica una capa en forma de barniz, de aurotioglucosa en suspensión oleosa al 20o/o.

Con un aparato de tutuaje modificado y con las agujas que no deben emerger de su camisa más de dos milímetros, con presión mínima y con movimientos circulares se recorre toda la mancha realizando un ligero traumatismo, hasta lograr un fino punteado hemorrágico. Con lo cual han conseguido excelentes estadísticas de curaciones, apreciándose el buen éxito del tratamiento entre 15 y 20 aplicaciones.

TRATAMIENTO APLICADO ACTUALMENTE EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

Como en todo lugar del mundo, donde se atienden problemas relacionados con enfermedades de la piel, siempre al paciente con vitiligo, se le ha tratado con especial interés; así en el hospital Roosevelt, específicamente en la unidad de dermatología del departamento de medicina, donde acude un importante número de pacientes con diversas dermatopatías, entre las cuales está el vitiligo. Podemos decir, respecto al tratamiento, que no existe un esquema establecido del mismo; sino en general al paciente vitiligoso, se le hace una breve historia clínica, en la que se da especial importancia, a los antecedentes familiares y

personales, datos sobre el inicio y evolución de la enfermedad; además, aunque no siempre se recaba información sobre el estado anímico y emocional del paciente.

Una vez diagnosticada la enfermedad, las conductas a seguir son: Por un lado laboratorios de rutina y especiales, en algunos casos; por otro lado, tratamiento de acuerdo al criterio del médico.

Entre los principales medicamentos que se emplean, podemos distribuirlos en dos grupos así:

Tratamiento local

- Tintura de bergamota, cuya fórmula es la siguiente:
Tintura de bergamota 25 ml.
Alcohol a 70º 100 ml.
- Meladinina (ver fórmula anterior), en tintura o pomada.
- Zumo de limón o lima.
- Nitrógeno líquido, aplicado por personal de la unidad.

Tratamiento oral

- meladinina
- Acido fólico
- Vitaminas A, C y complejo B
- Benzodiazepinas
- Clorhidrato de levamisol
- Prednisona.

DESARROLLO DEL TRABAJO

El presente trabajo, es un estudio prospectivo en 30 pacientes con diagnóstico de vitiligo, de los que acuden a la consulta externa de la unidad de dermatología del departamento de medicina del hospital Roosevelt, para lo cual se contó con la colaboración de los pacientes, personal médico y paramédico de dicho lugar.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Consistió en treinta casos, tomados al azar, entre los pacientes que consultaron la unidad, no importando sexo, raza, ni índole religiosa, no importando tampoco, procedencia, inicio y/o duración de la dermatosis. Los pacientes fueron atendidos en la consulta externa de dermatología del Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala.

METODO:

Se usó el inductivo, valiéndose para lo mismo de las siguientes técnicas y procedimientos:

- Se entrevistaron a los pacientes que acudían al hospital, con la enfermedad del vitiligo.
- Se les pasaba el cuestionario donde se daba énfasis a los traumas emocionales que podrían tener.
- Se tomaron los números de registros clínicos, sobre todo de los pacientes menores de edad, para ir a sus domicilios y hacer lo anteriormente citado.
- En base a la ficha clínica, se recolectaron los datos de

mayor relevancia para su estudio: Edad, sexo, procedencia, ocupación, raza, tiempo de evolución de la enfermedad, lugar de apareamiento de primer lesión, tratamiento y complicaciones, además se les iba indicando exámenes de laboratorio, tales como:

Rutina (hematología, heces, orina)

VDRL (efectuados en los 30 casos)

Glicemia (efectuado en mayores de 30 años)

Pruebas tiroideas (T_3 y T_4)

Los resultados, fueron interpretados de la siguiente forma:

Glucosa..... de 60 a 125 mg. o/o
Hemoglobina 13 gms. Para femenino y 15 gms. Para masculino
Heces..... Negativo a parásitos.... Buena digestibilidad.
VDRL..... Negativo

Pruebas tiroideas: T_3 (25 a 35o/o) T_4 (5 a 13 mcgs. o/o) T_7 (4.4 a 15.7 mcgs.o/o)

- Se clasificaron todos los datos obtenidos y se representaron gráficamente en cuadros y gráficas.
- Se realizó análisis de los datos obtenidos; sacando conclusiones y recomendaciones de los mismos.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio, se investigaron treinta casos con diagnóstico de vitiligo. Siendo el objetivo principal del trabajo, tratar de demostrar que la alteración emocional influye directa o indirectamente en el curso de la dermatosis, para lo cual se evaluó este parámetro, por medio de un cuestionario, donde se analiza al paciente, desde el punto de vista, psíquico, social, cultural y de su enfermedad en sí, para lo cual se sostuvieron entrevistas con cada uno.

A continuación se expondrán los resultados obtenidos; en el primer cuadro se observa la distribución de pacientes según alteración emocional más frecuente y los grupos etáreos:

Traumas Emocionales Más Frecuentes Encontrados	SEXO		o/o	GRUPOS ETAREOS				
	F	M		0-10	11-15	16-44	45-más	Total
Choques Morales	6		20.		1	1	4	6
Estados Neuróticos	7	1	26.67	1	2	4	1	8
Strees ocupacional	4	2	20.		1	4	1	6
Ninguno	5	5	33.33	5	3	1	1	10
Total	22	8	100.	6	7	10	7	30

CUADRO 1. DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN ALTERACION EMOCIONAL Y GRUPOS ETAREOS

En cuanto a los problemas emocionales, hay varios estudios realizados sobre este tópico, sobre todo en México, Francia y Argentina, en donde encontraron, que los problemas emocionales, que con más frecuencia presentan los pacientes con

vitiligo, son los estados neuróticos, delirio de persecución y claustrofobia.

En el estudio realizado en los treinta pacientes, podemos observar en el Cuadro No. 1, que las alteraciones emocionales más frecuentemente encontradas fueron: Estados neuróticos en un 27o/o, choques morales intensos en 20o/o y situaciones de stress, también en un 20o/o. Lo que hace un total de 67o/o, del total de los pacientes, que presentaron algún tipo de trastorno emocional.

Según estudios realizados, referente a la edad de inicio del vitiligo, la mayoría de investigadores y autores de libros de texto, están de acuerdo, que en un 50o/o de los casos, la edad de inicio es después de los 20 años, y cuando aparece después de los 50, hay que sospechar problemas neoplásicos, en especial, gástricos. Además, en general, se dice que en la enfermedad no hay edad.

En nuestro estudio, se observó que el grupo etéreo más frecuentemente afectado estuvo comprendido en el intervalo de 16 a 44 años, con un 33o/o del total de los casos.

En el segundo cuadro, se relaciona el sexo y ocupación de los pacientes estudiados:

OCUPACION	SEXO		o/o
	F	M	
Estudiante	8	3	36.67
Oficios Domésticos	11		36.67
Comerciantes	1	1	6.67
Operarios de fábrica	1	1	6.67
Tejedora	1		3.33
Cobrador		1	3.33
Oficinista		1	3.33
Ninguno		1	3.33
Total	22	8	100.

CUADRO 2. DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN SEXO Y OCUPACION

Según estudios realizados en pacientes con vitiligo, el factor sexo, se encontró que predomina el femenino, en muchos de los casos; exponiendo razones tales como que la mujer con vitiligo consulta más que el hombre, por razones de estética; en nuestro estudio, y como lo podemos observar en el cuadro No. 2, tenemos que el 73o/o de los casos correspondió al sexo femenino.

En cuanto a la ocupación, la literatura clásica, no relaciona este factor con la enfermedad; pero en nuestra estadística se ve claramente el predominio de estudiantes con 37o/o y oficios domésticos, también con un 37o/o, siendo estas ocupaciones, expuestas a constantes presiones, lo cual podría ser un factor predisponente en la aparición de la dermatosis, aunque

se ignore el mecanismo.

En cuanto al cuadro No. 3, podemos decir, que en varios estudios señalan, que en climas tropicales hay mayor incidencia de la dermatosis. Aunque otros, no le dan importancia a este factor. En nuestro estudio, se hizo la estadística con el fin de averiguar de donde procedían más los casos, observando que el 40o/o son de la ciudad de Guatemala, siguiendo Chimaltenango con 17o/o y Sacatepéquez con 13o/o, siendo Antigua el de menor porcentaje con 1o/o.

PROCEDENCIA	No.	o/o
Guatemala	12	40.
Chimaltenango	6	16.67
Sacatepéquez	4	13.33
Escuintla	3	10.
Cuilapa	2	6.67
Huehuetenango	2	6.67
Antigua	1	3.33
Total	30	100.

CUADRO 3. DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN SU PROCEDENCIA

Aclarando que el Hospital Roosevelt atiende a pacientes que proceden, únicamente del área sur del país.

En el cuadro No. 4, se hizo la distribución de los casos, según apareamiento de 1er. Lesión y su lugar anatómico.

Lugar de Apareamiento de primer lesión	Uni-Lateral	Bi-Lateral	Sub-Total	o/o
Miembros Inferiores	3	6	9	30.
Miembros superiores	4	2	6	20.
Cara	2	3	5	16.67
Región Inguinal	4		4	13.33
Tórax Anterior	3		3	10.
Axilas	2	1	3	10.
Total	18	12	30	100.

CUADRO 4 DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN APARECIMIENTO DE PRIMER LESION Y LUGAR MAS FRECUENTE

De acuerdo con lo señalado por diferentes autores, tenemos que los lugares más frecuentemente afectados, son los expuestos, como: cara (particularmente párpados o cerca de la boca), manos, muñeca; así como también las caras anteriores de las piernas y región maleolar, siendo, típicamente, de distribución bilateral y simétrica.

Como podemos observar en el cuadro No. 4, son los miembros inferiores los más afectados en un 30o/o del total de los casos; seguidos por los miembros superiores con un 20o/o; cara con 17o/o; luego los sitios no expuestos que hacen un total de 40o/o. Además, sobre la distribución de las lesiones podemos apreciar que son un poco más frecuentes las unilaterales (60o/o) que las bilaterales (40o/o.).

MEDICAMENTO	TIEMPO	EVOLUCION	No.	o/o
Nitrógeno líquido	15 meses	M	5	26.67
		E	2	
		P	1	
Meladinina oral	16 meses	M	2	16.67
		E	3	
		P	0	
Tintura de Bergamota N ₂	1 año	M	0	3.33
		E	1	
		P	0	
Nitrógeno/Ac. Fólico	15 meses	M	2	10.
		E	1	
		P	0	
Nitrógeno Zumo de Limón	2 años 6 meses	M	1	6.67
		E	1	
		P	0	
Meladinina Vitaminas Comp. B	4 meses	M	3	13.33
		E	1	
		P	0	
Nitrógeno/Diazepan	1 año 9 meses	M	3	23.33
		E	4	
		P	0	
TOTAL	Promedio/16 meses	M	16	100.
		E	13	
		P	1	

CUADRO 5. MEDICAMENTOS MAS USADOS Y SU RELACION CON TIEMPO Y EVOLUCION DEL VITILIGO

Se observa que el medicamento más usado es el nitrógeno líquido en un 27o/o de los casos, seguido por su combinación con Diazepán en un 23o/o, con ácido fólico 10o/o y con zumo de limón 7o/o, que en total hacen un 67o/o.

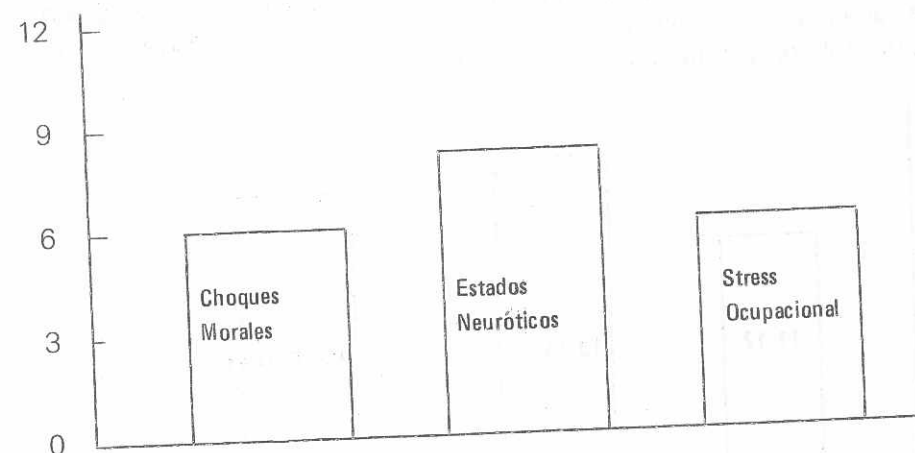
Correspondiendo el resto a Meladinina oral 17o/o, y su combinación con vitaminas del complejo B, 13o/o; siendo la tintura de bergamota la que tiene menos número de pacientes con 3o/o.

En cuanto al tiempo o aplicaciones de los medicamentos y evolución de la enfermedad, podemos observar que a mayor tiempo de aplicaciones, hay mayor número de pacientes mejorados, siendo el promedio de tiempo de 16 meses

M.....Mejorado

E.....Estable

P.....Peor



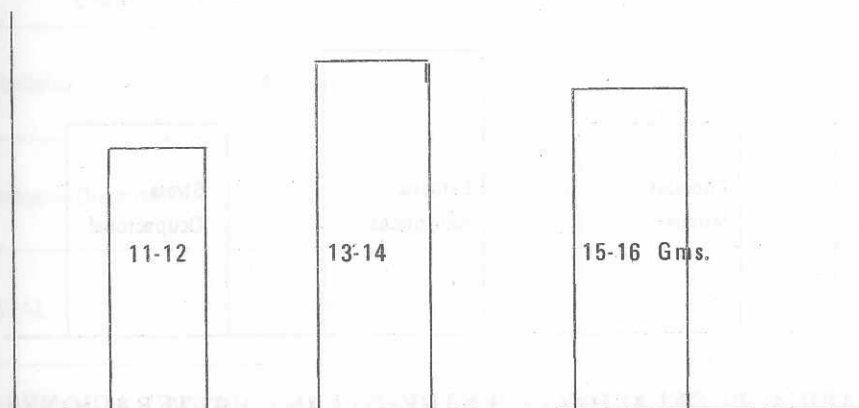
GRAFICA 1. RELACION ENTRE LAS ALTERACIONES EMOCIONALES Y NUMERO DE CASOS

Podemos observar, que los más frecuentes son los estados neuróticos, correspondiendo a 8 casos.

HEMOGLOBINAS (Valor normal promedio)	SEXO		No.	o/o
	F	M		
11 - 12 gramos	5	3	8	26.67
13 - 14 gramos	11	2	13	43.33
15 - 16 gramos	6	3	9	30.
TOTAL	22	8	30	100.

CUADRO 6. VALORES DE HEMOGLOBINAS ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES.

Observamos que el 43o/o de los pacientes estan en límites normales de hemoglobina, además un 27o/o presenta cierto grado de anemia, coincidiendo con el 23o/o de pacientes tratados con ácido fólico, y vitaminas de complejo B (Cuadro 5.)



GRAFICA 2. RELACION ENTRE LOS VALORES DE HEMOGLOBINA ENCONTRADOS Y EL NUMERO TOTAL DE CASOS

Se puede apreciar que la barra más alta corresponde al mayor número de casos, siendo 13, lo que hace un 43o/o, que equivalen a valores de hemoglobina en el intervalo de 13-14 Gms.

Heces	No.	Negativos	Parasitos Intestinales
	30	22	8
Glucosa	No.	Normales	Anormales
	7	6	1
Pruebas Tiroideas	No.	Normales	Anormales
	3	2	1
VDRL	No.	Negativo	Positivo
	30	30	

CUADRO 7. RESULTADOS DE LABORATORIO EFECTUADOS A LOS VITILIGOSOS

Se puede apreciar, en primer lugar, ocho pacientes con parasitosis intestinal, de los cuales cuatro corresponden a ascariasis, dos a giardiasis, uno a tricocefalosis y uno a amebiasis.

Luego observamos un caso de Diabetes mellitus, ya diagnosticada y un caso de anormalidad en T7 de las pruebas tiroideas, en relación al valor normal establecido.

CUESTIONARIO UTILIZADO EN LA INVESTIGACION

- 1.- Nombre _____ 2.- Edad _____ 3.- Sexo _____
- 4.- Estado Civil _____ 5.- Dirección Actual _____
- 6.- Procedencia _____ 7.- Religión _____
- 8.- Alfabeto: **SI NO**
- 9.- Tipo de dificultades encontradas en el desarrollo de sus actividades, en:
 1. Trabajo _____
 2. Hogar _____
 3. Estudios _____
 4. Otros. _____
- 10.- Antecedentes Personales: (Importancia a problemas psiquiátricos)
 - Médicos _____
 - Quirúrgicos _____
 - Traumáticos _____
- 11.- Se siente emocionalmente estable: **SI NO**
- 12.- Inicio y duración de la enfermedad _____
- 13.- Lugar y apareamiento de la primer lesión _____
- 14.- Evolución de la enfermedad según estado de animo:
 1. Mejor 2. Estable
 3. Peor 4. No influye
- 15.- Tratamiento usado desde el inicio de la enfermedad:
 1. Droga 4. Ninguno
 2. Tiempo 5. Otro
 3. Evolución
- 16.- Laboratorios:
 - Hemoglobina
 - Heces
 - VDRL
 - Glucosa
 - Pruebas tiroideas
 - Hematocrito

FACTORES PREDISPONENTES ENCONTRADOS EN LA INVESTIGACION

En lo que respecta a los factores predisponentes al vitiligo, encontrados en la investigación efectuada, podemos analizarlos así:

Edad

De los 30 casos estudiados, observamos que el grupo etéreo más afectado, es el comprendido en el intervalo de 16 a 44 años, no coincidiendo con las estadísticas de muchos autores, pues en general se dice que en la enfermedad no hay edad de inicio. (ver cuadro No. 1)

Sexo

Se encontró que el femenino predominó, en un 73o/o, coincidiendo con las estadísticas de muchos autores, en la cual la mujer consulta con más frecuencia por razones de estética. (ver cuadro No. 2)

Luz Solar

Se encontraron 3 pacientes, correspondientes a un 10o/o del estudio, con aparición de lesiones o empeoramiento de las mismas, después de una exposición al sol.

Profesión

En cuanto a este factor, se observa un predominio entre el estudiante y las amas de casa, correspondiendo a un 37.0o/o cada uno, no coincidiendo con la literatura clásica de la enfermedad, en donde no relacionan la profesión con la enfermedad. (ver cuadro No. 2)

Traumatismos

Se observó un caso en área de roce frecuente como la cintura, por uso de calzoncillo y cinturón ajustado.

Herencia

Aunque no es hereditario, sí se acepta que sea de carácter familiar, se encontraron 1 caso de hermanas, 1 caso de madre e hijo y 1 caso de primas.

FACTORES DETERMINANTES ENCONTRADOS EN LA INVESTIGACION

De los factores determinantes estudiados en lo referente al vitiligo, encontramos los siguientes resultados:

A) ALTERACIONES EMOCIONALES

Sobre la inestabilidad emocional, elemento dominante en el problema causal de la enfermedad, y sostenido por muchos autores, se pudo observar que 20 de los pacientes estudiados (67o/o), presentaron trastornos emocionales. En general un 93o/o (28 casos), refirieron sentirse sumamente nerviosos, la mayor parte del tiempo.

B) TEORIA INFECCIOSA

En los casos estudiados, el 83o/o, presentaron caries dental; un caso con historia de infección urinaria a repetición; ocho pacientes (27o/o), presentaron infestaciones con parásitos intestinales, de los cuales cuatro fueron ascariasis.

C) TEORIA ENDOCRINA

Se encontró un caso de diabetes mellitus, ya

diagnosticada con anterioridad, de los 7 casos investigados. Un caso de prueba tiroidea (T_3), anormal, de los 7 investigados.

D) TEORIA NERVIOSA

En cuanto a esta teoría, no encontré ningún caso reportable.

En cuanto a la clínica. Se observó que los sitios de origen de la enfermedad, más frecuentes, fueron los expuestos, en un 67o/o y en sitios no expuestos en un 33o/o, que siendo una muestra restringida, coincide con estadísticas ya descritas. (ver cuadro No. 4)

Además se encontró la coincidencia de vitiligo con otras dermatosis, en la siguiente proporción:

Psoriasis, un caso, que corresponde a un 3o/o

Neurodermatitis, tres casos, corresponde a un 10o/o.

Como se puede observar, esta última enfermedad, es la más frecuente, además es donde el factor emocional, se cree que juegue un papel importante en su etiología, al igual que el vitiligo.

En lo que se refiere al tratamiento empleado, se observó que el nitrógeno líquido, es el de mayor uso, en un 67o/o de los casos, correspondiendo 40o/o de estos, exclusivamente al nitrógeno, siendo el resto asociado con: Diazepan (35o/o), ácido fólico (15o/o) y zumo de limón (10o/o). La mejoría se observó, en pacientes con mayor tiempo de tratamiento y en los que presentan lesiones pequeñas.

CASOS DE PACIENTES CON VITILIGO Y TRAUMAS PSIQUICOS

A continuación, relataré algunos casos de pacientes, en los

cuales la aparición de vitiligo, surgió después de presentar un trauma psíquico intenso.

- 1) M.Z. Mujer de 30 años, casada, quien hace 4 años sufrió intento de violación, en la finca donde vive, no llegándose a consumar el delito, a los 4 meses presenta aparición de manchas en las manos.
- 2) M. de L. Niña de 12 años, quien sufre con los pleitos de los padres, que ocurren muy a menudo, luego se da cuenta que el motivo es que el padre tiene amores con otra mujer, a los dos meses le aparece vitiligo en el brazo izquierdo.
- 3) A.M.L. Soltera de 18 años, quien a los 15 años sufre violación por un amigo de la familia, apareciéndole a los 15 días el vitiligo en el muslo izquierdo.
- 4) J.P. Soltero de 15 años, quien siente primero la separación de sus padres, luego la madre se va al extranjero, quedando él al mando de la casa y de sus dos hermanas, manteniéndose muy preocupado por ello, sobre todo en el aspecto económico, a los dos meses de estar en esta situación, le apareció una mancha blanca en el cuello.
- 5) V.S. Soltera, Estudiante de 18 años, cuya madre la protege mucho, dándole todo lo que ella pide, a escondidas del papá, quien reprime todas las diversiones; siendo la mayor, una negativa para ir a una fiesta, apareciéndole vitiligo en la cintura al mes del suceso.

OPINIONES DE LOS DERMATOLOGOS GUATEMALTECOS, SOBRE VITILIGO Y ALTERACIONES EMOCIONALES

En la encuesta realizada a un total de 26 dermatólogos de la ciudad capital de Guatemala, sobre su opinión respecto al

vitiligo y las alteraciones emocionales, haciéndoles las preguntas siguientes:

- ¿Consideran a las alteraciones emocionales como factor predisponente?
- ¿La consideran como factor agravante?
- ¿Encuentran relación entre ambos?

Los resultados encontrados se exponen en porcentajes y números:

- Un 42o/o (11 médicos), están de acuerdo en considerar a los trastornos emocionales, como factor agravante en el curso de la enfermedad ya establecida.
- El 31o/o (8 médicos), opinaron que los trastornos emocionales, son consecutivos al aparecimiento de la enfermedad, no observando relación con la etiología, ni como factor importante en la aparición del vitiligo, según ellos: "El paciente con vitiligo y con trastornos emocionales, tiene dos enfermedades".
- Finalmente el 27o/o (7 médicos), refieren que los trastornos emocionales, predisponen y agravan la dermatosis.

CONCLUSIONES

- 1.— Siendo el principal objetivo de la tesis, de que las alteraciones emocionales influyen de una manera directa o indirectamente en los pacientes con vitiligo. Podemos concluir que un 67o/o del total de los pacientes, presentaron algún tipo de alteración emocional, con lo cual afirmamos la primer hipótesis planteada.
- 2.— En lo que respecta a la manera de cómo influyeron las alteraciones emocionales; podemos decir, que de un modo negativo, tanto en el inicio, como en la evolución del vitiligo.
- 3.— La alteración emocional, más frecuentemente encontrada en los pacientes, fueron los estados neuróticos en un 27o/o del total de los casos.
- 4.— En lo referente al sexo, podemos decir que el femenino se vió más afectado en un 73o/o de los casos, rechazando de esta manera la tercera hipótesis planteada, pudiendo afirmar como algunos autores que es el sexo que con más frecuencia acude en busca de ayuda, principalmente por razones de estética.
- 5.— El grupo etáreo más afectado, en el estudio, fue el comprendido entre los 16 y 44 años, rechazando así la tercera hipótesis planteada y no coincidiendo con algunos autores para los cuales la edad no es de importancia en el apareamiento de la dermatosis.
- 6.— Los sitios anatómicos de inicio de la dermatosis más frecuentes, fueron los lugares expuestos, en un 67o/o del total.
- 7.— De la entrevista realizada a los dermatólogos guatemaltecos,

podemos concluir que un 42o/o, opinan que los trastornos emocionales son factores agravantes del vitiligo, ya establecido en el paciente y el 27o/o, no refieren relación, sino como otro problema más, agregado al vitiligoso.

8.— En cuanto a infecciones presentadas por los pacientes, el 83o/o de ellos presentaron caries dentales de diferentes grados.

9.— Se encontró el problema del vitiligo, con más frecuencia, en pacientes que tenían como ocupación; el estudio en un 37o/o y los oficios domésticos en un 37o/o.

RECOMENDACIONES

- 1.— Concientizar al paciente y al médico general, que el problema del vitiligo, debe ser tratado a nivel de especialistas.
- 2.— El vitiligo debe ser tratado por un dermatólogo con la colaboración de un psiquiatra, según el caso lo amerite.
- 3.— Concientizar al paciente de que la curación de su problema de vitiligo es lenta, tratando así de evitar su ansiedad.
- 4.— Que el dermatólogo en el curso del tratamiento de pacientes con vitiligo, trate de emplear los conocimientos psicoterapéuticos que estén a su alcance.
- 5.— Realizar más estudios relacionados con esta dermatosis, para tener una mejor noción de la misma, en nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Andrew's Domonkos. Diseases of the skin. 6ta. Edit. Saunders 1971. 942-43 pp.
- 2.- Cordero Fernando Dr. Manual de Dermatología 1ra. Ed. 1967. Artes Gráficas Guatemala. 268 pp.
- 3.- Dermatología Revista Mexicana. Volumen XVI, Abril 1972. 22-32 pp.
- 4.- Dermatología Revista Mexicana. Volumen XIV, 1970. 95-105 pp.
- 5.- Goodman and Gilman, The Pharmacological Basic of Therapeutics. 5ta. Ed. 1975 MacMillan Pub. 953-55 pp.
- 6.- Grayson, Borrelli, Rostenberg, Wittkower et. Col. A New Pshychotherapeutic. Drug its use in dermatology. Gen. Pract. Calif. 25: 9-11. "De la emoción a la lesión" Servicio Roche 1969 Montevideo, Uruguay.
- 7.- Harrison T. R. MD. Medicina Interna. 3ra. Ed. En Español, La Prensa Mexicana 1965, 785 pp.
- 8.- Grosshans A. Basset et M. Strobel. Corrace J. MM. et A. Drupre. Critères du diagnostic Clinique du vitiligo —Apercus Psycho-somatiques sur vilitigo. Bulletin de la Societé Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. París 1974; 81. No. 5, p. 519 á 564.
- 9.- Hernández Pérez Enrique Dr. Clínica Dermatológica U.C.A. Edit. 1ra. Ed. 1978. 215-21 pp.

- 10.— Koga et al. Vitiligo A New Clasification and therapy B.J. Dermatol. 97(3) 255-61 Sept. 79.
- 11.— Lizardo César Dr. Contribución al estudio del vitiligo, Edit. Arte Caracas, Venezuela 1967.
- 12.— Pardó Castelló V. Dr. 3ra. Ed. 1945 Cultural La Habana Cuba 1104-8pp.
- 13.— Pillsbury M.A. Shelly W: Kligman A. Dermatología W.B. Saunders Co. London 1956.
- 14.— Robins Stanly L. Dr. Patología 2da. Edit. Interamericana S.A. 1963. 1054 p.
- 15.— Rook Arthur D.S. Wilkinson. Dermatology Vo. II. Blackwell Scientific Publications 1968 1ra. Ed. 1145-48 pp.
- 16.— Staunton West Tood H. Mason J. Van Brugen Bioquímica Médica. 4ta. Ed. Edit. Interamericana 1969. 939-42, 1023 pp.

~~Dr. Carlos Cruz Palacios~~

Dr. Manuel de Jesús Casado Llano
Asesor.

Dr. Eduardo A. Tschen
Revisor.

Dr. Carlos Waldheim
Director de Fase III

Dr. Rafael Castillo R.
Secretario

Vo. Bo.

Dr. Dolando Castillo Fontalvo
Decano.