

ASPAVIT

Asociación de pacientes **DE** VITÍLIGO



Dr Agustín
Alomar Muntañola
**Vitíligo, actualidad
terapéutica**



Dr Gabriel Serrano
**Terapia fotodinámica:
Nueva alternativa en el
tratamiento del vitíligo**



**"Creo que he conseguido
hacerme amiga
de mis manchas..."**

Presentación



**Emilio
Barranco
Muñoz**
Vice-Presidente
de ASPAVIT

En Octubre de 2007 en una reunión de cuatro amigos y pacientes de vitiligo (Paloma, Luís, Manolo y Emilio) se decidió, con mas fé que otra cosa, ultimar uno de nuestros grandes retos, confeccionar una revista. Bueno pues aquí estamos con la segunda revista.

Obvio es decir que el vitiligo es una enfermedad crónica, y como tal debería reconocerla el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria – Ingesa - así como todas las Comunidades Autónomas que tienen transferidas dichas competencias. No estamos hablando sólo de una enfermedad estética, no podemos olvidar la dimensión psicológica que tienen nuestras máculas.

“A los trece años de edad, quizá doce, (parece toda una vida) se adosó a mi piel un extraño invitado, el vitiligo, y sin permiso poco a poco, sin ruido, pero con descaro, se fue adueñando de mi piel. Este inquilino no solo tenía la intención de teñir de “flamenco” mi andaluza piel, no. Quiso, y he de reconocer que casi lo consigue, dominar mi vida, no le bastaba con hacer muy difícil

mi adolescencia, no; tenía la intención de quedarse. Tras una larga lista de dermatólogos, y embarazosos tratamientos, experimentos curativos, repigmentaciones espontáneas y recaídas, muchas recaídas, decidí que sí, que inevitablemente el vitiligo formaba parte de mí, pero no decidiría por mí.”

Tengo la certeza de que nuestra enfermedad, el vitiligo, condiciona nuestra vida. A veces lo hace a las bravas, otras de forma mas ladina, incluso cuando vencemos la batalla y le demostramos que nosotros somos los que dirigimos nuestra vida, incluso en ese momento, nuestras “heridas de guerra”, esas manchas blancas que “alían” nuestra piel se encaraman en nuestro cerebro como un hibernante Caballo de Troya.

Ahora, con 43 años, casado con María José, una mujer excelente - no sólo por ser excelente, que lo es, sino también por que ha sido capaz de ver en mí a la persona y no a un “manchado” -, con dos hijos Patricia y Javier, que son para mí, los seres mas maravillosos de este mundo. Por esos dos seres, por mis hijos, por ellos y porque tengo la esperanza de que muy pronto se va a encontrar una solución definitiva, es por lo que emprendí esta “cruzada” junto a Luís, Paloma y Manolo, y constituimos ASPAVIT.

Quiero aprovechar esta oportunidad (de bien nacidos es ser agradecidos) para agradecer la colaboración a los dermatólogos, psicólogos, laboratorios farmacéuticos, empresas de investigación, testimonios de famosos afectados de vitiligo y a todos los asociados de ASPAVIT que nos han ayudado a cumplir este objetivo, haciendo una especial mención a la dedicación y entrega de Luis Ponce de León.

Emilio Barranco Muñoz. Vice-presidente de ASPAVIT

sumario

2 Editorial
Colaboradores

3 Rocío González Ramírez
Dr Pedro Redondo: Novedades en el
tratamiento del vitiligo

4 V Jornadas ASPAVIT celebradas en
Móstoles (Madrid)

5 Carolina García Gutiérrez: Autoestima

6 Dr Agustín Alomar: Vitiligo, actualidad
terapéutica.

7 Dr Andrés Corno: Genética y Vitiligo

8 Dr Gabriel Serrano
Terapia fotodinámica: Una nueva
alternativa en el tratamiento del vitiligo

10 Dra Cristina Lázaro: El vitiligo en la
infancia.

11 Formulario ASPAVIT. Objetivos.



Gabriel Serrano
Unidad especializada en
vitiligo y acné.
Clínica Dermatológica Serrano.
C/ Grabador Esteve, 22 Bajo
46004 Valencia.
www.clinicaserrano.com



Agustín Alomar
Servicio de Dermatología
del Hospital de la Santa
Creu i San Pau. Instituto
Universitario Dexeus.
Licenciado en Medicina y
Cirugía por la Universidad
de Barcelona. Doctor en
Medicina y Cirugía, sobresaliente Cum Laude. Profesor titular de Dermatología de la Univesitat Autònoma de Barcelona.



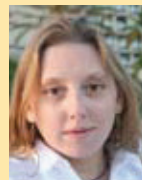
Andrés Corno
Farmacéutico-Genetista
Clínico. Análisis clínicos
ANCOR Alicante.
Investigador en vitiligo desde
el punto de vista genético
inmune y micronutrientes
(vitaminas y minerales).
Avda Eusebio Sempere, 22
03003 Alicante
www.analisisbiogeneticos.com



Pedro Redondo
Especialista en Dermatología.
Director Departamento
de Dermatología Médico-
Quirúrgica y Venerología de
la Clínica Universitaria de
Navarra.



Cristina Lázaro
Terapéutica Dermatológica.
Estudiosa y preocupada por el
vitiligo infantil.
Camino Torres los Ajos, 23
50059 La Montañana
(Zaragoza)



Carolina García
Psicóloga y Psicooncóloga.
Directora del Centro
Evoka Psicólogos.
Colaboradora con ASPAVIT
desde su fundación.
C/ Catalanes, 9, 13
18600 Motril



Luis Ponce de León
Presidente de ASPAVIT.
Paciente de vitiligo y fundador
de la Asociación de Pacientes
de Vitiligo (ASPAVIT). Profesor
de Secundaria, especialista en
Matemáticas. Fundador y volun-
tario de diversas asociaciones
de familiares de enfermos de Alzheimer

Creo que he conseguido lo que necesitaba, hacerme amiga de mis manchas... o al menos no ser enemiga de ellas.

Están conmigo en mis momentos buenos, en mis momentos malos, forman parte de mí, son lo que soy yo. Esta es la clave para empezar a superar esta incomodidad que provoca el vitíligo. Si lo pensamos...es un autorechazo, no un rechazo social, no perdamos más tiempo valiéndonos de esa excusa. A mí no me gustan, pero estoy aprendiendo a vivir con ellas, y el malestar de verme así, va desapareciendo, estoy tan pendiente de las cosas bonitas de la vida, que ésto pasa a un segundo plano; Espero que todos consigais lo que yo. Da mucha paz. Un beso y mis ánimos para todos.

ROCÍO GONZÁLEZ RAMÍREZ.
Madrid



“Creo que he conseguido lo que necesitaba, hacerme amiga de mis manchas... o al menos no ser enemiga de ellas”



Dr Pedro Redondo

Departamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Novedades en el tratamiento del Vitíligo

El tratamiento quirúrgico del vitíligo es una opción terapéutica reservada para aque-

llos pacientes que tienen una enfermedad estable de al menos 1-2 años de duración y que no han obtenido mejoría con los tratamientos médicos clásicos. La estabilidad consiste en la no extensión ni repigmentación, espontánea o con tratamiento, de las lesiones existentes, y es muy importante de cara al resultado final del procedimiento.

Dentro del tratamiento quirúrgico existen muchas posibilidades. En todas ellas el fundamento es el mismo: trasplantar melanocitos autólogos (del propio paciente) a las zonas hipopigmentadas. Para ello pueden utilizarse injertos tipo mini-punch,

o pequeños injertos laminares, muy finos, obtenidos con dermatomo eléctrico o del techo de las ampollas producidas por succión en áreas donantes. Otra variante de tratamiento quirúrgico es el empleo de células en suspensión cultivadas en laboratorio y obtenidas de un área de piel pigmentada del paciente. Mediante enzimas específicas en el laboratorio se separa la dermis de la epidermis y se disgrega esta última, obteniendo un cultivo puro de células epidérmicas (queratinocitos más melanocitos) o específico de melanocitos, que va multiplicándose hasta su utilización. La aplicación de las células se realiza con una micropipeta, previa desepidermización en quirófano de las zonas hipopigmentadas, mediante láser de CO2 o dermoabrasión. Una variante de este tratamiento, en la que más estamos trabajando actualmente, y nos parece la más eficaz, es el cultivo de esas células epidérmicas de modo que vayan creciendo sobre

un soporte biológico y su posterior trasplante en monocapa en lugar de en suspensión. Concretamente se usan medios de cultivo selectivos para la proliferación específica de melanocitos, y como soporte para el crecimiento y transporte de las células utilizamos porciones de membrana amniótica testadas, procesadas y almacenadas según protocolos convencionales, similares a los utilizados por ejemplo en el trasplante de células corneales.

El tratamiento está especialmente indicado en pacientes con pequeñas lesiones estables, localizadas sobre todo en región facial. Los resultados son satisfactorios en la mayoría de los pacientes tratados, aunque puede existir una gran variabilidad personal. Como ocurre en todos los tratamientos del vitíligo, la respuesta es más pobre en zonas acras (manos, pies) y en áreas periorificiales, y mejor en zonas expuestas al sol, sobre todo la cara.

V Jornadas ASPAVIT celebradas en Móstoles (Madrid)



**26
Enero
2008**

*Dicen que “más vale una imagen que mil palabras”
o “la imagen es el mensaje”*

Pues eso, aquí teneis unas cuantas de las fotos que hicimos en nuestras V Jornadas ASPAVIT que celebramos en Móstoles el 26 de Enero de 2008.

Con ellas queremos mostrar nuestro agradecimiento a:

Todos/as los que asististeis a las Jornadas,
al Centro Regional de Andalucía,
a nuestra Delegada en Madrid
Rocío González y a sus padres,
a Lucía del Portillo de los Laboratorios Sesderma,
a Carlos Redondo y Eduardo Soriano Más (RECELL),
y a tantas personas que haceis posible nuestras
Jornadas y Aspavit.

¡¡¡GRACIAS!!!





Carolina García Gutiérrez

Psicóloga

Autoestima

La autoestima es la conciencia que tenemos de nuestra valía, y afecta a todas las facetas de nuestra vida.

WILLIAM JAMES decía que la autoestima es igual a éxitos dividido entre pretensiones, tal fracción puede aumentar si reducimos o aumentamos denominador y numerador respectivamente. En cambio ROBERT WHITE la definía como una experiencia de eficacia. Lo que uno consigue obtener del medio, es un proceso evolutivo, fundamentados en dos fuentes principalmente los logros que se consiguen en la vida y el reconocimiento por parte de los demás.

¿Pero qué es realmente la autoestima?:

- Es nuestra valía y se basa en todos aquellos pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que hemos ido recogiendo a lo largo de nuestra vida
- Afecta a todas las facetas de nuestra vida

¿Qué es el autoconcepto?

Nuestra autoestima está íntimamente ligada al concepto que tenemos de nosotros mismos.

EL AUTOCONCEPTO se define como:

- Representación mental que la persona tiene de sí misma
- Es una comparación entre la imagen que tenemos de nosotros mismos y nuestro ideal
- Esto contribuye a la formación de la autoestima
- Cuando más similares sean estos dos conceptos mayor autoestima

¿Qué es el déficit de autoestima?:

La diferencia principal entre estos conceptos es que el autoconcepto es una percepción y la autoestima es una valoración. El autoconcepto es el propio sentido de la identidad, la percepción que tienes de ti mismo.

El auto-concepto se divide en diversas áreas:

- social: soy la amiga de María
- académica: soy licenciada en psicología
- familiar: soy hija única
- corporal: soy rubia, con gafas y chiquitita
- global: que incorpora todos los rasgos externos, lo que puedes ver y lo interno lo que te hace ser como eres.

La autoestima está formada por la relación entre la percepción o autoconcepto y el ideal que tenemos de nosotros mismos. El que esta diferencia sea mayor o menor determinará el nivel de autoestima. A diferencia del autoconcepto, la autoestima es un juicio de valor que hacemos acerca del propio valor y de nuestra competencia en diferentes dominios.

Por lo que el déficit de autoestima viene definido por:

- ✓ Ser extremadamente críticos con nosotros mismos
- ✓ Ser exigentes y críticos con los demás
- ✓ Evaluar cada gesto
- ✓ Necesitar la aprobación continua por parte de los demás.
- ✓ Temor excesivo a cometer errores

¿En que no debemos caer?

VICTIMIZACION:

- Es cuando se tiende a adoptar una actitud de mártir cuando las cosas no salen como nosotros queremos o cuando se da una situación novedosa que no sabemos afrontar

CULPABILIDAD

- El sentimiento de culpa cuando cometemos errores merma nuestra autoestima.

¿Por el contrario, cuales son las características de una alta autoestima?

Poseer una visión de sí mismo y de sus capacidades realista y positiva

- No necesitar la aprobación de los demás
- Muestra los sentimientos con libertad
- Se comunica con facilidad
- Sabe aceptar frustraciones

¿Cuándo nuestro problema de autoestima se hace crónico: Auto crítica patológica?

- ✓ Son ideas que tendemos a creer, y que sin embargo son irracionales, falsas y dañinas.
- ✓ En general se expresan en forma de deberes, son estrictas y extremadamente exigentes.
- ✓ Viene acompañada de ideas irracionales como:
- ✓ Debemos amar y ser amados, los malos deben ser castigados, debemos ser competentes, todo debe seguir un camino único, la infelicidad se debe a causas externas etc.

Consejos prácticos para mejorar nuestra autoestima

- ✓ Queremos más y mejor
- ✓ Aceptamos tal y como somos
- ✓ Desarrollar el sentido del humor
- ✓ Prestarnos más atención
- ✓ Si una relación acaba mal no creer que es solo culpa nuestra
- ✓ Premiarnos por nuestros logros
- ✓ Simplificar la vida



Vitíligo, actualidad terapéutica

El vitíligo es una enfermedad adquirida que se caracteriza por la despigmentación de la piel normal. Ocurre en 0,5-4% de la población mundial y en el 30% de los casos se encuentran antecedentes familiares de la misma enfermedad. No existe predilección por raza o sexo. La presentación clínica se caracteriza por máculas o placas solitarias o múltiples que pueden estar de forma localizada, segmentaria o distribuidas de forma generalizada.

Esta enfermedad puede resultar muy estresante para el paciente, particularmente debido a la complejidad de su tratamiento y en general, a la poca respuesta clínica.

El vitíligo siempre ha sido difícil de tratar. Se encuentran disponibles varias modalidades de tratamiento, pero el efecto terapéutico varía ampliamente y sólo en muy raras ocasiones se llegan a alcanzar repigmentaciones completas.

El vitíligo frecuentemente aparece en adultos jóvenes, un 30% aparece antes de los 20 años, pero también es frecuente en edades claramente infantiles, un 14% antes de los 10 años con gran afectación psicológica familiar. Muchas veces el inicio se puede producir en la zona perigenital, asimismo en el vitíligo infantil se

aprecia frecuentemente el fenómeno de la repigmentación espontánea que se acepta como signo de buen pronóstico.

Pese a que el tratamiento es difícil y no necesariamente del todo satisfactorio creo un deber de todo dermatólogo de estar informado de las opciones de tratamiento y saber animar al paciente a pelear con la enfermedad.

Existen muchos tratamientos nuevos que ofrecen niveles de respuesta mayores a las obtenidas anteriormente. Entre estos nuevos tratamientos destacan la fototerapia con luz UVB de banda estrecha como método eficaz que está alcanzando mucho auge en la actualidad. Este tratamiento no sólo da buenos resultados terapéuticos sino además tiene la ventaja de eliminar la necesidad de utilizar fármacos fotosensibilizantes. En estudios comparativos publicados recientemente parece ser una de las formas más efectivas de tratamiento. Así mismo, la fototerapia con UVB de banda estrecha resulta una forma segura y efectiva para tratar el vitíligo en la infancia. Sin embargo, todos estos tratamientos deben ser administrados por varios meses para resultar efectivos.

En forma de aplicación tópica, la aplicación de Tacrolimus, la utilidad de

la Kellina tópica más exposición solar, es evidente que consiguen respuestas especialmente en áreas de conocida buena respuesta y con alto grado de seguridad para ser utilizado en la infancia.

En el caso del vitíligo localizado las lesiones también pueden ser tratadas con UVB – NB irradiando sólo el área afectada. Otra opción es la utilización de luz monocromática de 308nm en zonas concretas que también muestra buenas respuestas.

Siempre se aprecian mejores respuestas a cualquier tratamiento en vitíligos recientes, en áreas de conocida respuesta y en pacientes con un buen cumplimiento del tratamiento, sin llegar a una resolución total, el paciente que lucha con la enfermedad y obtiene respuestas positivas, incluso parciales, tolera psicológicamente mejor la enfermedad.





Dr Andrés Corno

Farmacéutico-Genetista Clínico.

Análisis Genéticos ANCOR. Alicante

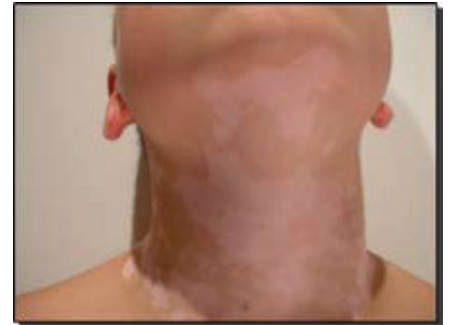
Genética y Vitíligo

del número anterior de la Revista, del de Armanda Gardner sobre el papel de gen NALPI y del magnífico artículo del Dr José Carlos Ruiz.

Comenzaré diciendo que NALPI (es el acrónimo: nombre reducido) de Natch domain-Leucine reach repeat , PYD containig protein I, nombre que no os dirá nada, pero que es indicativo de una situación en genética humana en estos momentos y es la de dar un nombre distinto que permita agrupar y diferenciar a los aproximadamente 25.000 genes que componen el genoma humano. Una tarea compleja. Por un momento ponerlos en situación e imaginad que tuvieseis que dar un nombre distinto e identificativo a los 25.000 hermanos de una gran familia. Pero no quiero dejaros con un nombre raro e inaccesible y resumiré diciendo que la función de este gen es reconocer algún componente de bacterias como parte integrante de los mecanismos defensivos de nuestro organismo. Y que su anómalo funcionamiento cuando esta mutado (alterado su código) es llevar a la apoptosis (muerte programada de las células) de los melanocitos.

Bajo un punto de vista práctico tanto en clínica como en investigación es importante en aquellos afectados con antecedentes familiares (cuando la enfermedad se repite en mas de un miembro de la familia) elaborar la Historia Familiar, es decir el recoger en un árbol genealógico, información de todos los familiares afectados, su grado de parentesco, la edad de aparición de la enfermedad, la existencia de otros rasgos (procesos inflamatorios, alteraciones en la visión, en la audición, etc), confío que a través de la Asociación se vayan dando pasos para que en unos años todos tengáis vuestra historia familiar de la enfermedad.

Con respecto a las formas no familiares, las expectativas son esperanzadoras aunque el vitíligo no se encuentre entre las enfermedades en las que se han realizado Estudios



Genéticos de Asociación (GWA) a gran escala (muchas personas en el estudio y muchos genes analizados simultáneamente) si hay investigadores que trabajamos en genes asociados con la enfermedad y la suma de muchos pequeños esfuerzos permite avanzar en el conocimiento de la misma. Veo con satisfacción que en la base de datos Americana HuGenet en la que se recopilan los estudios de asociación de genes y enfermedades , aparece el vitíligo con 23 genes estudiados relacionados y que hacen referencia a los mecanismos de respuesta inmune, procesos inflamatorios , capacidad de eliminar sustancias tóxicas y alguno relacionado con el aprovechamiento de nutrientes (Ca, Vitamina D). En nuestro Laboratorio son los genes de reconocimiento, respuesta inmune y aquellos que relacionan inflamación y micronutrientes (vitaminas y minerales) los que centran nuestro trabajo en la actualidad.

Un campo todavía poco explorado en el vitíligo es el de la Farmacogenética, la diferente respuesta bajo un punto de vista clínico (menor eficacia o mas efectos adversos de los medicamentos) determinada por nuestras características genéticas en aquellos genes implicados en las transformaciones y mecanismos de acción de los fármacos que utilizamos. Campo que es importante ya en otras áreas de la medicina y que podría ser de ayuda en la utilización de corticoides locales o sistémicos en algunos pacientes.

Un saludo

Aunque todos tenemos algún amigo o conocido afectado, he de reconocer que hace sólo algunos años que inicié mi aproximación profesional a la enfermedad y ello debido a la permanente inquietud del Dr. Manuel Asín Llorca con el que empecé a colaborar como genetista clínico bajo una doble vertiente clínica e investigadora. El fué quien inoculó el virus de mi interés por el melanoma ,la psoriasis y el vitíligo. En esta última de una forma especial tras la constitución de vuestra recién nacida Asociación.

Las caras, los nombres, los interrogantes que nos planteáis, son aspectos de nuestro quehacer cotidiano que nos impiden desfallecer en esta ardua tarea. Porque a nosotros, lo mismo que a vosotros, nos gusta ver resultados y solucionar casos. Pero debemos someter los conocimientos básicos y aplicados, al rigor de las hipótesis y de los métodos empleados y a la replicabilidad de los resultados y ello requiere conocimiento, prudencia, tiempo y perseverancia.

Agradezco la oportunidad de conectar con vosotros y me gustaría tener una pantalla de cine panorámica para que pudieseis apreciar con un rápido vistazo la situación actual de lo que sabemos de la enfermedad y de una forma especial la contribución de la genética a ese conocimiento. Creo que seria más fácil enseñaros nuestras herramientas y nuestro medio de trabajo y proporcionaros algunos conocimientos básicos para poder comprender la importancia y trascendencia de los avances que se están produciendo. Pero aunque no estáis aquí en mi Ciudad, Alicante, intentaré acercaros algún aspecto de la ciencia de la genética médica, de la que no partís de cero por los artículos



Dr. Gabriel Serrano Sanmiguel

Terapia fotodinámica: Una nueva alternativa en el tratamiento del vitíligo

La terapia fotodinámica ha generado gran interés en los últimos años entre los dermatólogos. Inicialmente fue empleada para tratar queratosis solares no hipertróficas, ciertos carcinomas basocelulares y otras neoplasias y recientemente se está empleando en el tratamiento de condiciones cosméticas como el acné, rosácea, fotoenvejecimiento, verrugas vulgares e incluso el vitiligo.

La terapia fotodinámica consiste en la destrucción selectiva de tejidos previamente fotosensibilizados y expuestos a una fuente de luz. La primera aplicación clínica de la terapia fotodinámica (TFD) ocurrió en 1900 cuando Raab observó que las células del Paramecium

caudatum morían rápidamente cuando se exponían a la luz en presencia de naranja acridina. Pocos años después, Jesionek y Tappeiner (1903) trataron cáncer de piel con luz y eosina. En los últimos años, el uso de la TFD para tratar malignidades cutáneas y no-cutáneas ha sido extensamente estudiado.

En 1999 la FDA aprueba el ácido aminolevulínico (ALA) en el tratamiento de queratosis solares en cara y cuero cabelludo. En la TFD, el ALA penetra en la piel acumulándose en las células y glándulas sebáceas. En el interior de las células, el ALA se transforma en protoporfirina IX (PpIX), agente fotosensibilizante endógeno. La exposición de la PpIX a la fuente de luz de longitud de onda adecuada

produce especies reactivas de oxígeno que destruyen las células que contiene PpIX.

Inicialmente la terapia fotodinámica con ALA no se extendió ampliamente porque el procedimiento resultaba muy incómodo, con periodos de incubación largos (3-12 h), y mal tolerado, produciéndose mucho dolor durante el tratamiento y reacciones de fotosensibilidad graves que duraban varios días.

En los últimos 5 años, el procedimiento se ha hecho mucho más práctico y mejor tolerado, reduciéndose el periodo de incubación a una hora. También las fuentes de luz para activar el ALA se han ampliado y la aplicación del ALA ha dejado de ser focal pasando a áreas más extensas como la totalidad de la cara.

En SeSderma Laboratorios en conjunto con mi clínica, venimos investigando desde hace dos años el empleo de bajas concentraciones de ALA en condiciones cosméticas como acné, fotoenvejecimiento y vitiligo. En concreto en el vitiligo se ha estudiado la eficacia y seguridad de la TFD con ALA a bajas concentraciones (2%), con aplicaciones repetidas

cada 10 minutos, periodos de incubación cortos (30-60 min) y 3-4 sesiones de tratamiento a intervalos de 3-4 semanas. El objetivo principal fue determinar si la TFD con ALA al 2% podía estimular la repigmentación de lesiones individuales de vitiligo tras sólo 4 sesiones de TFD.

Para ello se incluyeron 6 pacientes con edades comprendidas entre 12 y 36 años con manchas de vitiligo en cara, manos o tronco. Los pacientes seleccionados tenían menos del 20% de afectación corporal y no habían recibido tratamiento para el vitiligo en las últimas 12 semanas. La extensión y grado de repigmentación se valoró por comparación fotográfica tras cada sesión y 4 meses después de la última sesión.

La fuente de luz empleada (Levuflash) fue una lámpara de luz roja (630 nm) y el tiempo de exposición fue de 20 minutos. Con excepción de algunos pacientes con manchas de vitiligo en párpados, en el resto de los pacientes se cubrieron los ojos con gafas.

Se aconsejó a todos los pacientes tratados que evitaran la exposición al sol especialmente en las primeras 24 h post-tratamiento. También





Levulight durante la fase de activación del Levuderm ALA 2% en un paciente con vitiligo.

se les recomendó el uso de un fotoprotector solar con un SPF > 30 (Sunyses SPF 35) en los 30 días siguientes al tratamiento y una crema calmante, hidratante y regenerante (Hidraloe crema facial) 2-3 veces al día y durante la semana siguiente a cada tratamiento.

Tras la primera sesión se observó una repigmentación perifolicular que prácticamente se duplicó tras la segunda sesión. Al final de la terapia, se observó una repigmentación parcial de las lesiones entre 25 y 40% en 4 de los 6 pacientes (66,6%). En los otros dos

pacientes, la repigmentación fue de más del 55% (33,3%). Las mejores respuestas se consiguieron en cara, torax y cuello. No se notificaron efectos adversos.

El vitiligo es un desorden de difícil tratamiento que se ha considerado una enfermedad autoinmune. Los resultados parciales obtenidos con tan sólo 4 sesiones de tratamiento son muy alentadores. Es posible que la TFD contribuya a modular la respuesta inmune en la piel de los pacientes con vitiligo como se ha descrito en otras enfermedades autoinmunes como el liquen escleroso extragenital. Puede postularse también una inhibición de la formación de anticuerpos frente al melanocito por el daño fotodinámico. Se ha descrito que la combinación de la TFD con PUVA puede tener un efecto sinérgico (antitumoral) como se ha observado in vitro en líneas celulares HUT-78 de síndrome de Sezary humano. En otros estudios se comprobó que la TFD puede ejercer un

efecto inmunosupresor, de forma análoga a la fototerapia UV y de hecho se ha visto en ratones que la población de células de Langerhans decrece 1-5 días después del procedimiento. Finalmente se ha señalado que la TFD en sujetos normales puede inducir hiperpigmentación acompañada de un incremento absoluto del número de melanocitos con signos histológicos de activación. Esta activación melanocítica podría tener un papel en el tratamiento de desórdenes que cursan con hipopigmentación.

La TFD del vitiligo puede combinarse con otros tratamientos bien conocidos como son los tratamientos con fenilalanina por vía oral (Fenalderm cápsulas), tratamientos antioxidantes con catalasas extraídas del melón tanto por vía oral como tópica (Vitises cápsulas y crema), vitamina B12 y ácido fólico oral (Vitises cápsulas), PABA oral (Pabases cápsulas), esteroides tópicos, tacrolimus, PUVA,...



Izquierda: acné inflamatoria antes de la TFD con Levuderm-ALA 1%. Derecha: mejoría de las lesiones de acné 2 meses después de la 3 sesión de TFD.



El vitíligo es una enfermedad dermatológica común, que se caracteriza por la aparición progresiva de manchas blancas en la piel (pelo y mucosas), debido a una pérdida de los melanocitos. Este desorden pigmentario se comporta esencialmente del mismo modo en niños que en adultos, con algunas particularidades que a continuación citaremos.

Causa de su aparición

La causa de aparición del vitíligo por el momento se desconoce, pero parece ser que existe una destrucción aumentada de los melanocitos, células productoras de la melanina (que es el pigmento que da el color marrón a la piel). Algún defecto genético incrementaría la susceptibilidad de estas células a ser destruidas, lo que explicaría los casos familiares de esta enfermedad. Casi en un 30% de los casos hay antecedentes familiares.

También se ha postulado un origen inmunitario para el vitíligo debido a su frecuente asociación a otras enfermedades autoinmunes (tiroiditis, diabetes, lupus eritematoso, etc).

Además en su desarrollo podrían influir factores desencadenantes como una irradiación solar severa o un acontecimiento emocional intenso. Investigaciones que abordan aspectos psicológicos del vitíligo, han determinado que en más de la mitad de los casos, la enfermedad aparece tras un suceso estresante, como por ejemplo en los niños, el divorcio de los padres, un conflicto familiar o una sobrecarga excesiva en los estudios.

Epidemiología

En general, se ha comprobado una prevalencia de vitíligo a nivel mundial de 0,1-4%, con un ligero predominio por el sexo femenino. Esta diferencia es más acusada en la infancia. Se manifiesta por igual en todas las razas, sin embargo re-

EL VITÍLIGO EN LA INFANCIA

sulta más evidente en piel morena y en áreas de piel expuestas al sol.

Suele comenzar en un 50% de los casos antes de los 20 años de edad y el 14% lo hace antes de los 10 años. Concretamente, estudios recientes muestran picos de incidencia entre los 4 y los 8 años, siendo muy raro su debut en recién nacidos y lactantes. Posteriormente, en la edad adulta su incidencia irá disminuyendo de manera progresiva.

Clínica

La lesión cutánea elemental del vitíligo consiste en una mancha blanca de bordes bien precisos, cuyo pelo también se decolora. No obstante, el grado de pérdida de pigmentación puede variar dentro de la misma lesión dando tonalidades diferentes. No es infrecuente encontrar una zona más oscura rodeando la mancha de vitíligo o un punteado de pigmento dentro de ella.

La lesión no suele dar síntomas, aunque algunos niños refieren ligero picor al aparecer la mancha.

Evolución de la enfermedad

La evolución de la enfermedad es en general lenta y crónica, siendo lo más característico una progresión lenta marcada por periodos de evolución y estabilidad.

En un 10% de los niños se produce una repigmentación espontánea de las manchas, pero en cualquier caso, la evolución es totalmente impredecible.

El vitíligo de los niños suele responder mejor a los tratamientos que el de los adultos, sobre todo si es de poco tiempo de evolución y no muy extenso. El vitíligo segmentario usualmente presenta una evolución muy estable.

Clasificación

De acuerdo a la extensión y distribución de las lesiones el vitíligo se clasifica en focal, segmentario, generalizado y universal.

•**Vitíligo focal:** se presenta como una mancha aislada o unas cuantas manchas dispersas; el 20% de los niños con vitíligo padecen esta forma.

•**Vitíligo segmentario:** se identifica por manchas agrupadas afectando un segmento de un lado del cuerpo; este tipo no suele presentar antecedentes

familiares, tiende a ser más estable y afecta a más del 20% de los niños. Con frecuencia asocia canicie prematura.

•**Vitíligo generalizado:** es el tipo más común y se caracteriza por la aparición de manchas blancas diseminadas por ambos lados del cuerpo, habitualmente dispuestas de manera simétrica. Puede ser de predominio acrofacial, si se localiza en la cara y en las extremidades, o bien diseminado (cara, tronco y extremidades). En general, el compromiso de mucosas es raro en niños. Esta forma de vitíligo es la que más frecuentemente asocia antecedentes familiares, relación con el estrés emocional o físico y envejecimiento prematuro.

•**Vitíligo universal:** se describe como una afección ampliamente diseminada en la que quedan pocas zonas con pigmentación normal. Afortunadamente, este tipo es muy poco frecuente.

Asociación a otras enfermedades

En general el vitíligo no repercute en la salud, pero en ocasiones, especialmente en casos extensos, puede asociarse a enfermedades endocrinas o autoinmunes, aunque esta asociación resulta poco frecuente en la edad infantil.

En los niños se ha observado una mayor asociación a otras patologías como la atopia y la alopecia areata.

No obstante, una importante carga genética familiar para enfermedades tiroideas y diabetes, se ha demostrado en varios estudios infantiles. Por ello es recomendable realizar un seguimiento a largo plazo en estos niños.

Diagnóstico

En cuanto a su diagnóstico, es conveniente señalar la importancia de llevar al niño al dermatólogo cuando haya sospecha de la enfermedad. Esto es por varias razones; en primer lugar, porque el diagnóstico es fundamentalmente clínico (puede requerirse examen con lámpara de Wood, especialmente en pieles claras), en segundo lugar, para descartar otras enfermedades que se parezcan morfológicamente (como un dartros, o una micosis) y en último lugar, porque se ha demostrado que a menor edad y menor tiempo de evolución, la respuesta al tratamiento es mejor.

porque es cuestión de equilibrio

para reponer las posibles
deficiencias de tu piel



fenalderm cápsulas:

Precursor de la melanina, responsable de dar pigmentación a la piel. C.N. 221978.6

vitises cápsulas:

Complejo antioxidante con catalasas extraídas del melón, ácido fólico y vitamina B 12, deficitarias en pacientes con vitiligo. C.N. 248740.6

vitises gel:

Complejo antioxidante tópico con extracto de melón rico en catalasas y SOD, Ginkgo biloba y calcio que regula la pigmentación cutánea. C.N.190439 - 100ml

pabases cápsulas:

Complejo antioxidante con PABA, indicado especialmente en épocas de mayor exposición solar ya que prepara la piel frente a las radiaciones solares. C.N. 150214.8

En colaboración con:

ASPAVIT
Asociación de pacientes con VITILIGO

SeSDERMA
LABORATORIOS

www.sesderma.com
atención al cliente: 902 100 223

(diet-**ses**)