

11226  
2ej  
201



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

División de Estudios de Postgrado  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
Delegación Veracruz Sur  
Hospital General de Zona No 8  
Con Unidad de Medicina Familiar No. 61

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL VITILIGO EN  
LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 61 DE CORDOBA, VER.

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL POSTGRADO EN  
MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A :  
JAIME MORALES VAZQUEZ



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

H. Cordoba, Ver.

1985



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	Pag.
Introducción.....	1
Antecedentes Científicos.....	3
Planteamiento del Problema .....	8
Objetivos.....	10
Hipotesis .....	10
Material y Metodo.....	11
Resultados.....	13
Conclusiones.....	18
Discusión.....	20
Bibliografía.....	22

## I T R O D U C C I O N:

El vitiligo es la más frecuente de las discromias adquiridas. Clásicamente, se conoce por presentar manchas acrómicas - de evolución crónica y con tendencia a extenderse en forma centrífuga.

(Con frecuencia, dichas manchas se encuentran rodeadas de piel hiperpigmentada).

Aunque se ha descrito asociada a enfermedades sistémicas, habitualmente es un proceso que se limita a la piel y sus anexos y puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, casi siempre en forma diseminada y con tendencia a la simetría.

Es un padecimiento que se puede presentar también en forma localizada y, con menor frecuencia, en forma generalizada. A veces decolora el pelo si éste se encuentra sobre la piel afectada por el padecimiento. Se ha descrito, además, afectando mucosas.

Es un padecimiento de curso impredecible y de distribu

ción universal. Se observa con mayor frecuencia en las mujeres, ocupando del 1 a 5 % de las pacientes, según diferentes estadísticas.

Se etiología aún no está definitivamente aclarada. Pero es innegable que el paciente presenta alteraciones psicológicas. Sobre ellas se discute si contribuyen a la causa o son --- efecto del padecimiento.

A Bielt (1833) se debe su individualización como entidad bien definida, pues el término vitiligo que fue usado por primera vez por Celso (53 A.C. - 7 D.C.), se aplicaba a una serie de padecimientos caracterizados por leucodermias, entre las cuales se confundían la entidad que nos ocupa.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

### Vitiligo y Lepra.

Vitiligo: "Enfermedad con manchas blancas". Fue reconocida en la antigüedad. Con frecuencia se confundía o asociaba con la lepra inclusive, Hipócrates (460 - 355 A.C.), no diferenció estas dos condiciones. Esta confusión fue perpetuada cuando la biblia fue traducida al griego por orden de Ptolomeo Segundo)

En el "Shorter Oxford English Dictionary on Historical Principles" (1956), se define al vitiligo como especie de lepra.

En el levítico, capítulo 13 de la biblia, se menciona un número de enfermedades con manchas blancas, la cuales pueden ser clasificadas ampliamente en cinco categorías:

- 1.- Sólo manchas blancas.
- 2.- Manchas blancas asociadas con pelos que luego de haber crecido se vuelven blancos.
- 3.- Manchas blancas asociadas con inflamación.
- 4.- Manchas blancas que se descaman.
- 5.- Manchas blancas con atrofia.

Las dos primeras, probablemente eran vitiligo.

Dichas enfermedades con manchas blancas fueron agrupadas bajo el nombre de Zoroath, que en la versión griega de la biblia ha sido traducida como lepra. En la versión inglesa de dicho libro, se ha continuado este error.

Estudiando más profundamente la biblia en sus versiones hebrea y griega, se ha demostrado que por lo menos algunas de las enfermedades agrupadas bajo el nombre de Zaraqath, son vitiligo y las otras corresponden a la lepra.

En el antiguo testamento, en el segundo libro de los reyes, 5:27 existe una cita de una enfermedad "blanca", la cual parece ser la primera referencia a las bases genéticas de la enfermedad: "Pero la lepra de Naamán se pegará en tí y en tu descendencia para siempre, y salió de su presencia con lepra blanca como la nieve".

La confusión de vitiligo con la lepra, es una causa importante del estigma social asociado a manchas blancas en la piel, tanto en el antiguo testamento como en otros escritos de la antigüedad, sobre todo los de origen oriental. Como en el código de conducta "Manusmrity", escrito por el famoso legista indú Manu (2000 A.C.), que dice: "Los pacientes con manchas blancas no serán respetados por la sociedad".

El Vinaya Pitak (circa 500 A.C.), libro sagrado del budismo, hace referencia a que los hombres y mujeres con manchas blancas en la piel, no eran elegidos para ser sacerdotes.

Según la antigua tradición indú, como condición para que un matrimonio pueda llevarse a cabo, el padre que tiene una hija con manchas blancas, debe dar una mayor dote al prometido-

de ésta. También, la contrayente permitirá que una señora de mayor edad la bañe antes de contraer nupcias y deberá obtener un certificado de que no contagiara a su descendencia.

El estigma social ocasionado por las manchas, hace -- el paciente esconda sus manchas blancas.

Aún hoy en día, en las Villas de la India, se llama - enfermedad "Charak", que significa "enfermedad secreta".

En el "Clío", que es el primer libro de Herodoto, "Padre de la Historia", escrito en la antigua Grecia 449 años an--tes de Cristo, dice: "si un persa padece lepra o alguna enfermedad blanca, no le será permitido entrar a la ciudad ni tener relaciones con los demás persas. Deberá expiar sus pecados al sol".

Los extranjeros que padecía este trastorno, eran for--zados a dejar el país.

#### ANTIGUOS NOMBRES DEL VITILIGO.

Aunque el término vitiligo fue usado sólo en el siglo primero A.C., descripciones de la enfermedad que ahora se conoce con ese nombre, se encuentran en los escritos clásicos de medicina de la antigüedad, pertenecientes al segundo milenio A.C..

En el Atharva Veda (Circa 1,500 A.C.), antigua escri--tura Veda de la India, se hace referencia a una enfermedad llamada "Kilas", del sánscrito "kil", que significa blanco para --



significar pérdida. En consecuencia, "Kilas" es muy probablemente vitiligo, padecimiento en el cual se pierde el color, resultando de ello una mancha blanca.

También en el Makatominoharai, uno de los primeros -- clásicos del lejano oriente (1,200 A.C.), se menciona la enfermedad "shira" "bito", que literalmente significa hombre blanco, ya que sólo extensas manchas blancas pueden hacer que un mongol parezca blanco. Eso puede haber sido vitiligo.

Acuñado por Celso (53 A.C. - 7 D.C.) en sus estudios-- médicos clásicos de Medicina (Circa 30 A.C.), el término vitiligo se origina del latín "vitulus", que significa becerro (en razón del aspecto manchado de la piel, análogo al que presentan -- estos animales). Sin embargo en relación al origen de este tér--mino, los expertos difieren. Fitzpatrick asegura que este término se deriva de la palabra latina "Vitellus" que significa pan--torrilla, proveniente de la semejanza entre las manchas blancas de la enfermedad y las manchas blancas de una pantorrilla man--chada, Batema, por su parte, considera que la "blanca y brillante apariencia del vitiligo, tienen en común cierta semejanza -- con el tejido de la pantorrilla". Esta similitud parece haber -- contribuido a aumentar el término genérico del vitiligo.

Leider y Rosenblum consideran que dicho término vie--ne de "vitium", que significa falta o defecto y añaden que la --

"i" en la palabra es inexplicable. Un pasaje citado por Sutton, del vocabulario latino de Facciolati y Forcellini, hace más difícil la interpretación del término vitiligo "vitium", un tipo de lepra o erupción cutánea constituida por manchas que a veces son negras y a veces son blancas, llamadas Morphea, Alphas, Leuce y Melas. También, en general, una erupción cutánea, Celso y Plinio.

De acuerdo a Hipócrates, "esta enfermedad es más fácilmente curada, mientras más reciente sea y cuanto más joven sea el paciente y mientras más suaves y tiernas sean las partes del cuerpo afectadas".

En el antiguo México, tal vez algunos de los leprosos que según Frazer (1935) eran ofrecidos al "Dios del maíz blanco" por los habitantes de esa época de nuestro país con el objeto de asegurar una buena cosecha, realmente estaban despigmentados por el vitiligo y otros factores.

Las pequeñas manchas blancas en la piel de estos mexicanos, del origen que fueran, representaban, según sus creencias, al maíz.

Resulta muy extraño, sin embargo, que se hable de lepra en México prehispánico, ya que todos los datos históricos al respecto, consideran como un hecho que fuera traída a México por los conquistadores españoles.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la mayoría de los centros de atención médica con Consulta Externa de Medicina Familiar, encontramos que muchos pacientes con vitiligo, deambulan frecuentemente con su enfermedad sin encontrar resultados satisfactorios, ya que la actitud de algunos médicos familiares es de apatía casi total, porque como de todos es sabido, se trata de una psicodermatosis no muy fácil de manejar, en donde intervienen múltiples factores, principalmente la personalidad del enfermo, influido por su situación económica, su historia familiar, su estado civil, así como sus logros y sus vivencias en la vida cotidiana, no restándole importancia a que algunos de estos pacientes presentaron durante alguna etapa de su vida un trauma emocional fuerte que no han superado. Y es aquí, donde el médico familiar, con su arte de tratar a los enfermos, con su sabiduría, con su intuición como hombre y como profesional debe intervenir para tratar de sobreponer todos los problemas que está originando esta patología.

Necesariamente, para llevar a cabo todo esto, requerimos de tiempo, que en algunos casos no podemos contar con él. Es indispensable una mayor atención hacia estos enfermos, que ensayan frecuentemente múltiples tratamientos sin resultados inmediatos, por lo que constantemente los abandonan para continuar con otros, que van desde los empiricos y sobrenaturales, -

hasta los más sofisticados, llegando el momento en que el enfermo abandona todos los recursos y pierde la fe de curarse.

La inquietud del presente trabajo, es demostrar que esta entidad nosológica puede tratar adecuadamente a todos los pacientes enfermos de vitiligo, en la Consulta Externa de Medicina Familiar sin enviar, de primera intención a estos pacientes, al segundo nivel como frecuentemente ocurre.

### O B J E T I V O S.

Que el Médico Familiar diagnostique y trate adecuadamente esta entidad nosológica.

Que el Médico Familiar se intere más en el vitiligo y que disminuya la interconsulta - al segundo nivel.

### H I P O T E S I S.

Con un conocimiento amplio del Vitiligo, el Médico Familiar tratará y disminuirá, probablemente, la interconsulta a segundo nivel.

## MATERIAL Y METODO.

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No 61 de Córdoba, Ver., detectando a todos aquellos pacientes que acudieron a la consulta externa con lesiones sugestivas de vitiligo, en los dos turnos existentes (A.C. y B.D.), del primero de enero al 30 de junio de 1984.

En esta búsqueda, únicamente encontramos 26 pacientes, que son los que entran en el estudio.

En primer término, se les realizó un examen macroscópico de las lesiones y, posteriormente, se ratificó el diagnóstico en el Servicio de Dermatología del Hospital General de Zona No. 8 .

Posteriormente, se les hizo saber a todos los pacientes que serían sometidos a un estudio minucioso por parte del Medico Residente de Medicina Familiar y del Dermatólogo de la Unidad.

Después de ello, se procedió a la realización de una historia clínica general y dermatológica, en donde nos enteramos del tiempo de evolución de las lesiones, comportamiento de ellos hacia la enfermedad, factor desencadenante, personalidad del individuo, relaciones intra y extrafamiliares, así como de algunas variables que fueron edad, sexo, ocupación y estado ci-

vil.

Se trataron con cita a la consulta externa cada quince días, en donde a todos y cada uno de ellos se les realizó -- psicoterapia superficial, y hasta en la tercera entrevista, se les inició la administración de medicamentos, consistentes en - Pasta de Lassar, seis meses a los 26 pacientes, 100 %; polivitaminas, cinco a seis meses a 25 pacientes, 96 %; fumarato ferroso, cuatro a cinco meses a 26 pacientes, 100 %; perfenazina, -- cinco a seis meses a 9 pacientes, 34.56 %; imipramina, cinco a seis meses a 5 pacientes, 30.72 %; hidroxocobalamina, cuatro a cinco meses a 7 pacientes, 26.88 %; hierro dextrán, dos meses a 3 pacientes, 11.52 %.

A cada paciente se le visitó en su domicilio, para reforzar la relación médico-paciente.

La evolución se valoró conforme se repigmentaron las zonas acrómicas en forma clínica, que se encontraba asentado en cada uno de sus expedientes.

Además, se emplearon expedientes clínicos, hojas de control y de registro y se formularon tablas. Para el examen macroscópico se utilizaron lámpara y lupa.

## R E S U L T A D O S.

En este estudio, que incluye a 26 pacientes, encontramos que 16 fueron del sexo femenino y 10 fueron del sexo masculino. La distribución por sexo aparece en la siguiente tabla.

Sexo	No. casos	Porcentaje
FEMENINO	16	61.53
MASCULINO	<u>10</u>	<u>38.47</u>
TOTAL	26	100.00

La distribución por edad es de la siguiente manera: - de 1 a 9 años, 3 pacientes; de 10 a 19 años, 6 pacientes; de 20 a 29 años, 1 paciente; de 30 a 39 años, 4 pacientes de 40 a 49-años 4 pacientes; de 50 a 59 años, 4 pacientes de 60 a 69 años, 3 pacientes, y mayores de 70 años, 1 paciente. Veamos la siguiente tabla:

Edad	No. casos	Porcentaje
1 - 9	3	11.54
10 - 19	6	23.08
20 - 29	1	3.85
30 - 39	4	15.38
40 - 49	4	15.38
50 - 59	4	15.38
60 - 69	3	11.54
70 y +	<u>1</u>	<u>3.85</u>
TOTAL	26	100.00



El estado civil se distribuyó de la siguiente manera:  
10 pacientes solteros; 8 pacientes casados; 3 pacientes viudos-  
5 pacientes menores. Veamos la siguiente tabla:

Estado Civil	No. casos	porcentaje
Soltero	10	38.46
Casado	8	30.77
Viudo	3	11.54
Menor	<u>5</u>	<u>19.23</u>
Total	26	100.00

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad des-  
de su inicio hasta el momento del estudio, encontramos que en 8  
pacientes fue menor de 1 año; en 5 pacientes, fue de 1 a menos-  
de 3 años; en 6 pacientes, fue de 3 a menos de 5 años y en los-  
7 pacientes restantes, fue de 5 años o más. Veamos la tabla:

Tiempo de evolución	No. casos	Porcentaje
- de 1 año	8	30.77
de 1 a 3	5	19.23
de 3 a 5	6	23.08
+ de 5	<u>7</u>	<u>26.92</u>
Total	26	100.00

Referente al comportamiento hacia su enfermedad, encontramos que a todos los adultos, que son 21 pacientes y que representan el 80.77 %, sí les afectaba en grado importante, y en los 5 restantes, por ser niños, no fue posible valorarlo.

Respecto al inicio de las lesiones acrómicas, encontramos que en 20 pacientes, la aparición de éstas fue brusca y posterior a un choque emocional fuerte y en los seis pacientes restantes, la causa fue desconocida, ya que no se encontró razón alguna que predispusiera o desencadenara esta patología.

El choque emocional fuerte, consistió en violación, accidente automovilístico, robo de automóvil, divorcio, muerte de un familiar y cambio de escuela, entre otros. Esto lo ejemplificamos en la siguiente tabla:

Factor desencadenante	No. casos	Porcentaje
CHOQUE EMOCIONAL FUERTE	20	76.92
DESCONOCIDO	6	23.08
Total	26	100.00

La personalidad de los pacientes se encontró de la siguiente manera: 23 pacientes eran sumamente nerviosos y en los 3 restantes no fue posible valorar su estado emocional por su edad (menores de nueve años). Además, el interrogatorio fue indirecto.

En cuanto a las relaciones intra y extrafamiliares, se encontró que 19 pacientes tenían malas relaciones; 4 regulares - relaciones y únicamente 3 de ellos tenían buenas relaciones.

Tipo de relación familiar	No. casos	Porcentaje
MALA	19	73.08
REGULAR	4	15.38
BUENA	<u>3</u>	<u>11.54</u>
Total	26	100.00

La ocupación se encontró de la siguiente manera; 9 pacientes eran estudiantes; 7, amas de casa; 5, obreros y 5, no tenían ocupación por estar pensionado o por su corta edad. Veamos-la tabla:

Ocupación	No. casos	Porcentaje
ESTUDIANTES	9	34.62
AMAS DE CASA	7	26.92
OBROS	5	19.23
SIN OCUPACION	<u>5</u>	<u>19.23</u>
Total	26	100.00

De los 26 pacientes estudiados y tratados en este programa, se lograron resultados excelentes en un 50 %, o sea en 13

pacientes, con remisión de las lesiones acrómicas en los primeros meses de tratamiento; un 30 % de los pacientes evolucionó moderadamente bien, con pigmentación parcial de las lesiones, - principalmente las de cara y cuello. En el resto de los pacientes (20 %), no hubo cambios importantes aparentes.

## CONCLUSIONES

- 1.- El vitiligo es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino.
- 2.- El grupo de edad más afectado fue el de 10 a 19 años, lo -- que no concuerda con otros estudios (5, 7), en donde se reporta una mayor frecuencia de los 40 años en adelante.
- 3.- Esta enfermedad es más frecuente en los solteros, lo que sí corresponde con otros autores (8,9).
- 4.- En este estudio, la evolución de la enfermedad en la mayoría de los pacientes, fue menor de una año y estos pacientes fueron los que mejor evolucionaron. Los pacientes que tenían más de 5 años con su enfermedad, fueron los que no mejoraron o lo hicieron en forma irregular.
- 5.- Todos los adultos (21 pacientes), estaban afectados psicológicamente por la enfermedad, por representar básicamente un problema estético. (12)
- 6.- Al igual que en otros estudios (2, 3), se demuestra que el vitiligo tiene como factor desencadenante un choque emocional fuerte.
- 7.- Encontramos que los individuos incluidos en este estudio -- son atentos, amables, sin agresividad en el habla y el comportamiento y que en su mayoría son inestables emocionalmente.

- 8.- En la mayoría de los casos, las relaciones intra y extrafamiliares fueron malas.
- 9.- La ocupación no tiene relación o influencia en esta enfermedad, ya que ningún factor desencadenante se originó en el trabajo, a pesar de que en otros estudios (8, 6), se -- menciona que tiene relación.
- 10.- La relación médico-paciente, incluida la psicoterapia superficial, es de primordial importancia para la buena evolución de esta enfermedad.
- 11.- Todo lo anteriormente mencionado, es el manejo integral de los pacientes de vitiligo, en la consulta externa de medicina familiar.

## D I S C U S I O N:

Hay que tomar en cuenta que la muestra de este estudio respecto a otros, es muy pequeña y no es estadísticamente representativa. Sin embargo la mayoría de los resultados son concordantes con otros autores.

Es relevante recalcar que el estado emocional del paciente es importante, ya que la mayoría de los pacientes estudiados, presentaron antecedente de choque emocional severo y que repercute en sus relaciones intra y extrafamiliares, factor que alimenta y mantiene la enfermedad.

Los pacientes que mejor evolucionaron fueron aquéllos en los que sus relaciones familiares eran ya de por sí buenas, y además, aquéllos que mejoraron su relación durante el curso del tratamiento.

Se observó que para una buena evolución de esta entidad, se requiere de una excelente relación médico-paciente, la cual consiste en demostrarle al enfermo que nos interesa su enfermedad, que queremos que mejore, que estamos en la mejor disposición de cooperar con ellos, para así ganarnos su confianza y cooperación de parte de él.

Con este estudio se pretende que el médico familiar diagnostique y trate adecuadamente esta entidad, ya que no es necesario canalizar a segundo nivel a todo aquél que presente esta

enfermedad, pudiéndose tratar en la consulta externa de Medicina Familiar.



## B I B L I O G R A F I A.

- WHITNEY, W.D. Translation and notes. Atharvaveda ----  
Sahmhita. Cambridge, M. Warvard University. 1905.
- 2.- Gomez Vidal, M. La consulta dermatologica del hospital juá rez de la Ciudad de México. Memorias del Quinto Congreso -  
 Mexicano de Dermatología, Ciudad de México. 1969. P. 198 -  
 202.
- 3.- COPINATHAN, T. A Study of lesion of vitiligo. Archives of-  
 Dermatology 91, 1965. P. 397 - 404.
- 4.- GARZA TOBA, M. M. Tres Mil Enfermos de la piel Observados-  
 Personalmente en la Clínica Tacubaya I.S.S.S.T.E Considera-  
 ciones Clínicas y Sociales.  
 Memorias del Tercer Congreso Mexicano de Dermatología.  
 Monterrey N. L. México. 1965 P. 425 - 434.
- 5.- GARZA TOBA, M. Las Psicodermatosis en la Clínica Tacubaya-  
 del I.S.S.S.T.E. Diez años de Observación Personal. Memo---  
 rias del Quinto Congreso Mexicano de Dermatología. México,-  
 D. F. 1969. P. 157 - 161.
- 6.- DOMONKOS, A. N. Vitiligo. En: Andrews. tratado de dermato-  
 logía. segunda edición. Barcelona. Salvat. Editores 1975.-  
 p. 1002 - 1013.
- 7.- Cockade. Like Vitiligo And Linear Vitiligo a Variant of --  
 Fitzpatrick's Trichrome Vitiligo ARCH. DERMATOL. (2) p. 197  
 203 1978.

- 8.- Ebling, F. J. Blackwell Scientific Publicaciones Textbook of Dermatology. Oxford. 1972. p. 679, 753, 1241 - 1288.
- 9.- Cordero, C. F. Vitiligo. Contribución a su Estudio Etiopatogenico y a su tratamiento. 12 (4) p. 183-192. 1961.
- 10.- Barba, J. A. Torres Plank, J. F. Martín, Ma. Carmen. Manejo Ideal del Vitiligo. Tribuna Medica de México. 14 (13) - p. 300-302. 1970.
- 11.- Morales Trujillo J. P. Vitiligo. Dermatología Revista Mexicana 14 (1) p. 99-105. 1970.
- 12.- Perez de Francisco, C. Ruiz, Maldonado. Dermatosis psicogenas. Revista Mexicana de Dermatología. 12 (1) p. 57-62. 1968.