

Perfil clínico y epidemiológico de una población pediátrica latinoamericana con vitíligo

Natalia Vargas-Navia¹; Claudia Juliana Diaz²; Edgar Andrés Lozano³; Lina Velásquez-Tafur⁴; Juan Camilo Calderón⁵; David Arias⁶



RESUMEN

Introducción: el vitíligo pediátrico presenta diferencias clínicas respecto al vitíligo adulto. Existen pocos estudios en América Latina que describan las características clínicas y epidemiológicas del vitíligo en niños y adolescentes. **Objetivo:** describir los datos clínico-epidemiológicos, demográficos, antecedentes familiares, factores desencadenantes y comorbilidades en una población infantil con vitíligo atendida en un hospital de referencia de Cali, Colombia. **Materiales y métodos:** estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron 75 pacientes con diagnóstico de vitíligo entre los 0 y los 17 años, quienes fueron atendidos en consulta externa entre julio de 2015 y marzo de 2019. Se analizaron los datos clínico-epidemiológicos, incluidos el tipo de vitíligo más frecuente, la edad de aparición de la enfermedad, el sexo, la educación, los antecedentes personales y familiares, los factores relacionados, las comorbilidades y el tratamiento. **Resultados:** un total de 75 pacientes pediátricos con vitíligo, de los cuales el 65,3% eran mujeres y el 34,7% eran hombres, con una mediana de edad de 11 años y con edad de inicio de la enfermedad entre los 6 y los 10 años en el 41,3% de los casos. La forma clínica más frecuente fue el vitíligo no segmentario (78,7%), con la localización más frecuente en la cabeza y el cuello (57,3%). Se identificó fenómeno de Koebner en el 9,7%, halo *nevus* en el 5,3% de los pacientes, presencia de estrés emocional previo en el 14,7% y antecedentes familiares de vitíligo en el 9,3%. **Conclusiones:** los hallazgos son similares a los registrados en otros estudios latinoamericanos. Se destaca que la enfermedad es más común en la población femenina, con un inicio en la edad escolar y con mayor frecuencia de vitíligo no segmentario.

PALABRAS CLAVE: América Latina; Epidemiología; Vitíligo infantil.

1. Dermatóloga, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2926-37>
2. Dermatóloga, Sección de Dermatología y Cirugía Dermatológica, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3582-7748>
3. Dermatólogo, Sección de Dermatología y Dermatología Quirúrgica, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0001-6498-7332>
4. Dermatóloga, Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4418-7092>
5. Dermatólogo, Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1534-5162>
6. Dermatólogo, Universidad Libre, Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1851-4352>

Correspondencia: Natalia Vargas Navia; **email:** vargas.natalia@correounivalle.edu.co

Recibido: 19/2/2024; **aceptado:** 08/4/2024

Cómo citar: Vargas-Navia N, Diaz CJ, Lozano EA, Velásquez-Tafur L, Calderón JC, Arias D. Perfil clínico y epidemiológico de una población pediátrica latinoamericana con vitíligo. Rev Hispano-Americ. Dermatol Pediatr. 2024;1(1):36-49.

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF A LATIN AMERICAN PEDIATRIC POPULATION WITH VITILIGO

SUMMARY

Introduction: Pediatric vitiligo presents clinical differences compared to adult vitiligo. There are few studies in Latin America that describe the clinical and epidemiological characteristics of vitiligo in children and adolescents. **Objective:** To describe the clinical-epidemiological, demographic data, family history, triggering factors and comorbidities in a child population with vitiligo treated at a reference hospital in Cali, Colombia. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive observational study. Seventy-five patients with a diagnosis of vitiligo between 0 and 17 years of age were included, who were seen in an outpatient clinic between July 2015 and March 2019. Clinical-epidemiological data were analyzed, including the most common type of vitiligo, age of onset of the disease, sex, education, personal and family history, related factors, comorbidities, and treatment. **Results:** Of a total of 75 pediatric patients with vitiligo, 65.3% were women and 34.7% were men, with a median age of 11 years and an age of onset of the disease between 6 and 10 years of age in 41.3% of cases. The most common clinical form was non-segmental vitiligo (78.7%), with the most frequent location in the head and neck (57.3%). The Koebner phenomenon was identified in 9.7%, halo nevus in 5.3% of patients, the presence of previous emotional stress in 14.7%, and a family history of vitiligo in 9.3%. **Conclusions:** The findings are similar to those recorded in other Latin American studies. It is highlighted that the disease is more common in the female population, with an onset at school age and a higher frequency of non-segmental vitiligo.

KEY WORDS: Childhood vitiligo; Epidemiology; Latin America

INTRODUCCIÓN

El vitiligo es una enfermedad común en pediatría, de etiología autoinmune, que destruye progresivamente los melanocitos de la piel; se presenta como máculas acrómicas de distribución variable ⁽¹⁻⁴⁾. La prevalencia mundial se estima entre 0% y 2,16% ^(2, 5) y varía según la población estudiada. La aparición temprana de la enfermedad en niños menores de 12 años se relaciona con halo nevus, fenómeno de Koebner (FK), antecedentes familiares, enfermedad segmentaria y atopia. El inicio tardío coexiste más frecuentemente con enfermedades tiroideas, autoinmunes y lesiones acrofaciales ^(2, 3). La patogénesis no se conoce del todo; sin embargo, se han sugerido las teorías neural, citotóxica y autoinmune con un componente poligénico, que explica la relación del vitiligo con diferentes enfermedades autoinmunes⁽⁶⁾.

El Consenso Global sobre Vitiligo de 2011 ⁽⁷⁾ clasificó la enfermedad en vitiligo segmentario (SV), vitiligo no segmentario (NSV) y mixto. El VS es menos frecuente y afecta entre el 10% y el 15% de los pacientes, con mayor

prevalencia en jóvenes, con distribución unilateral, poliosis o leucotriquia y ocasionalmente afectación de dos o más segmentos. El VNS es el tipo más frecuente tanto en población adulta como en la pediátrica, representa el 80% de los casos y afecta diversas zonas; este último incluye los subtipos acrofacial, mucoso, generalizado y universal. El vitiligo mixto es un subtipo descrito principalmente en población pediátrica, que se presenta con una afectación segmentaria que precede a la aparición de VNS ⁽⁴⁾. El vitiligo focal se refiere a la presencia de máculas localizadas caracterizadas por pérdida de melanocitos, las cuales se asignaron a la categoría *indeterminado sin clasificar*; por último, el vitiligo de las mucosas, que no es un VS, se incluye dentro de la categoría de vitiligo no clasificado ⁽⁸⁾.

Los niños y adolescentes con vitiligo presentan una importante afectación psicológica y requieren un enfoque multidisciplinario con valoración psicológica que incluya a los padres ⁽⁹⁾.

Actualmente no hay un estándar de tratamiento para la población pediátrica; las terapias disponibles incluyen corticoides de baja, media o alta potencia, inhibidores de la calcineurina, análogos de la vitamina D combinados con corticoides tópicos, inhibidores tópicos de la janocinasa (JAK; mayores de 12 años), minipulsos de corticoides sistémicos, fototerapia, intervenciones quirúrgicas (microinjertos), terapia psicológica y camuflaje ^(1-3, 8, 10).

El objetivo de este estudio fue identificar las características clínico-epidemiológicas en una población pediátrica atendida en un hospital de tercer nivel ubicado en la ciudad de Cali, Colombia, durante un período establecido.

Dermatología del Hospital Universitario del Valle, en la ciudad de Cali, Colombia, durante el período comprendido entre julio de 2015 y marzo de 2019. El tamaño de la muestra se calculó con el programa Epidat, versión 4.1, parametrizado con un nivel de confianza del 95%, precisión del 4% y una proporción esperada del 1%. El tamaño mínimo de muestra se estimó en 24 pacientes. Los criterios de inclusión fueron población pediátrica entre 0 y 17 años, con diagnóstico clínico de vitíligo, atendidos en la consulta externa de dermatología del Hospital Universitario del Valle. Los criterios de exclusión fueron aquellos pacientes con antecedentes médicos incompletos y mayores de 17 años al momento del estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio es observacional, descriptivo y transversal e incluyó una población pediátrica de 75 participantes que ingresaron en la consulta externa del Servicio de

Se buscaron los códigos correspondientes al diagnóstico de vitíligo. Se realizó una revisión de 164 historias clínicas, donde se excluyeron 89 pacientes por no cumplir con los criterios de inclusión. Un total de 75 pacientes ingresaron al estudio mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Variable sociodemográfica	Resultados (n = 75)
Años	Mediana: 11
	Modo: 17
	Mínimo: 1
	Máximo: 17
	Percentil 25: 7
	Percentil 75: 15
	RIQ*: 8
Sexo	Mujer: 65,3% (49)
	Masculino: 34,7 (26)
Nivel de escolaridad	Escuela secundaria: 48% (36)
	Escuela primaria: 41,3% (31)
	Ninguno: 8% (6)
	Preescolar: 2,7% (2)
Tipo de afiliación al sistema nacional de salud	Subsidiados: 97,3% (73)
	Contributivo: 2,7% (2)

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas
*RIC: rango intercuartil.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La base de datos fue registrada en Excel, versión 2013, y analizada en el paquete estadístico descriptivo SPSS, versión 21. Las variables cualitativas estuvieron representadas por frecuencias absolutas (recuento) y frecuencias relativas (porcentaje). En cuanto a las variables cuantitativas, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo con la distribución de cada variable. Se realizaron tablas de frecuencia para las variables sociodemográficas y para las variables relativas a las manifestaciones clínicas.

RESULTADOS

Se encontró que la prevalencia en la población pediátrica fue del 4,3% (IC 95%: 4,1-4,4). En cuanto a las variables sociodemográficas, la mediana de edad fue de 11 años (RIC: 8 años), en su mayoría mujeres (65,3%), la mayoría pertenecientes al régimen subsidiado de salud (97,3%). El nivel de educación más común fue la secundaria (**Tabla 1**) (48%).

En cuanto a las características clínicas, el fototipo IV representó el 57,3%, la forma de vitíligo más frecuente fue no segmentario (78,7%), la localización más común

Variables clínicas	Resultados (n =75)
Fototipo	II: 2,7% (2)
	III: 22,7% (17)
	IV: 57,3% (43)
	V: 17,3% (13)
Forma de vitíligo	No segmentario (VNS): 78,7% (59)
	Segmentario (VS): 21,3% (16)
Localización	Cabeza y cuello: 57,3% (43)
	Tronco: 28% (21)
	Extremidades inferiores: 9,3% (7)
	Extremidades superiores: 5,3% (4)
Edad de aparición (años)	Menos de 2: 9,3% (7)
	2-5: 20% (15)
	6-10: 41,3% (31)
	11-17: 29,3% (22)
Halo <i>nevus</i>	5,3% (4)
Fenómeno de Koebner	9,3% (7)

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes pediátricos con diagnóstico de vitíligo

fue la cabeza y el cuello (57,3%) y un 41,3% de los pacientes tenían un tiempo de inicio del vitíligo entre los 6 y los 10 años. Se identificó halo nevus (HN) en un 5,3% y fenómeno de Koebner (FK) en un 9,7% (**Tabla 2**).

Los antecedentes personales más frecuentes encontrados fueron: estrés emocional previo (14,7%), depresión-ansiedad (12%), enfermedad tiroidea (5,3%) y dermatitis atópica, obesidad y enfermedad autoinmune, con 1,3% cada una. Los antecedentes familiares más comunes que se correlacionaron con el vitíligo incluyeron la presencia de vitíligo (9,3%), enfermedad autoinmune (8%) y enfermedad de la tiroides (6,7%).

La evaluación de las variables sexo, edad y tiempo de aparición de la enfermedad según el tipo de vitíligo mostró que, tanto en SV (68,8%) como en NSV (64,4%), estas fueron más frecuentes en el sexo femenino. En cuanto a la edad, la mediana de edad fue mayor en SV (14 años) en comparación con el grupo con NSV (10 años). La edad de aparición de la enfermedad más frecuente en el grupo con VS fue de 11 a 17 años (68,8%) y en el grupo con NSV, la edad de aparición más frecuente fue de 6 a 10 años (45,8%) (**Tabla 3**).

Los tratamientos más utilizados fueron los corticoides y el tacrólimus en el 68% y el 46,7%, respectivamente. Los antioxidantes orales se identificaron como una terapia complementaria de uso frecuente en el 85,4%

Categoría	Total (n = 75)	Segmentario (n = 16)	No segmentario (n = 59)
Sexo			
Masculino	34,7% (26)	31,3% (5)	35,6% (21)
Femenino	65,3% (49)	68,8% (11)	64,4% (38)
Años			
Mediana	11	14	10
Q1	7	11,5	6
Q3	15	16	14
RIQ*	8	4,5	8
Edad de aparición (años)			
<2	9,3% (7)	6,3% (1)	10,2% (6)
45414	20% (15)	0% (0)	25,4% (15)
45571	41,3% (31)	25% (4)	45,8% (27)
43040	29,3% (22)	68,8% (11)	18,6% (11)

Tabla 3. Sexo, edad y tiempo de aparición, según el tipo de vitíligo
*RIQ: rango intercuartil.

de los pacientes, mientras que la fototerapia se realizó solo en el 16% de los pacientes. Se encontraron otros medicamentos tópicos utilizados tales como kelina, superóxido dismutasa y calcipotriol.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se observó que la frecuencia del vitíligo en los casos pediátricos fue del 4,5%. En otras poblaciones latinoamericanas, como México, se encuentra en el 4,2%⁽¹¹⁾, en Perú es del 5,5%⁽¹²⁾ y en Argentina es del 4,09%⁽¹³⁾. Estas cifras son superiores a las reportadas en la población general adulta.

Se estima que aproximadamente el 70%-80% del vitíligo aparece antes de los 30 años⁽¹⁴⁾, que el 50% de los casos comienzan antes de los 20 y 25 años y que el 37% de los casos aparecen antes de los 12 años⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. La incidencia de la enfermedad aumenta durante las dos primeras décadas de la vida⁽³⁾ y la presentación del vitíligo en niños menores de 4 años es infrecuente^(2, 15, 19). Se ha descrito una mayor frecuencia de aparición en niños entre los 4 y los 8 años^(15, 16, 20).

Recientemente, Martins y colaboradores⁽²¹⁾ registraron una edad de aparición más temprana, entre los 2 y los 6 años. En nuestro estudio se observó un pico de aparición de vitíligo entre los 6 y los 10 años, cifra similar a la de poblaciones pediátricas descritas en Brasil y México (**Tabla 4**)^(18, 21-23).

Entre las características sociodemográficas, se destaca la mayor prevalencia de vitíligo pediátrico encontrada en la población femenina (65,3% mujeres frente a 34,7% hombres), la cual también ha sido encontrada en otros estudios latinoamericanos^(13, 18, 21, 23, 24) y en otros países como Estados Unidos⁽²⁵⁾, India⁽²⁰⁾, Francia⁽²⁶⁾, Grecia⁽¹⁶⁾ y Marruecos⁽²⁷⁾. Algunos autores sugieren que esta notable diferencia entre géneros se debe a la mayor preocupación de los padres por las repercusiones cosméticas del vitíligo en las niñas, lo que genera una consulta más frecuente. Cabe señalar que en otros estudios realizados en Colombia⁽²⁾, Corea⁽²⁸⁾, China⁽¹⁵⁾ y Jordania^(2, 29), no se observaron diferencias en la prevalencia con respecto al género.

En cuanto a la presentación clínica, se sabe que el VNS es la forma de presentación más prevalente tanto en niños como en adultos^(2, 10, 20, 28, 30), lo cual concuerda con lo observado en este estudio, donde se encontró que el VNS correspondía al 78,7% de los casos. Este tipo de vitíligo, más prevalente en el sexo femenino, también ha sido descrito en Brasil^(18, 21). La forma segmentaria de vitíligo se ha relacionado con una aparición más temprana de la enfermedad^(15, 21) y afecta en mayor proporción a la población pediátrica respecto a la adulta^(16, 28). En el presente estudio, el VS se observó en el 21,35% de los pacientes, con una mediana de 14 años, en comparación con el grupo NSV, con una mediana de edad de 10 años.

Se encontró que la región cervicofacial fue la más comprometida (57,3%). Esta localización también ha sido reportada como la más afectada en otras poblaciones pediátricas^(2, 16, 21, 28, 31), y por ser un área anatómica altamente visible, se ha relacionado con un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes⁽⁹⁾. La segunda localización más frecuentemente observada fue el tronco (28%), porcentaje cercano al descrito en Corea (21%) por Cho y colaboradores⁽²⁸⁾. La afectación del miembro superior ha sido descrita con mayor frecuencia en pacientes con inicio tardío de la enfermedad (>12 años)⁽¹⁶⁾, a diferencia de nuestro estudio, donde encontramos que, en el miembro inferior, el porcentaje de pacientes con afectación fue mayor (miembros superiores: 5,3% frente a miembro inferiores: 9,3%).

El fenómeno de Koebner (FK) es una característica de la actividad del vitíligo descrita con mayor frecuencia en pacientes con inicio temprano de la enfermedad (<12 años)⁽³²⁾. En la población estudiada, la presencia de FK se registró en el 9,3% de los pacientes, frecuencia similar a la reportada en India por Gupta y colaboradores (10%)⁽³³⁾, pero inferior a la descrita recientemente por Martins y colaboradores en Brasil (38,2%)⁽²¹⁾.

El halo *nevus* o nevo de Sutton se ha considerado un posible marcador clínico de la respuesta inmunitaria celular contra las células névicas⁽³⁴⁾ y se ha descrito en niños y adultos con vitíligo, tanto en la forma segmentaria como en la no segmentaria^(21, 34-37). La presencia de halo *nevus* en el vitíligo infantil varía según la población estudiada, con tasas reportadas del

Referencia (País)	n.º de pacientes	Edad de los pacientes	Edad de inicio	Sexo	Presentación clínica	Localización	Historia familiar	F. Koebner	Historia personal	Factores desencadenantes
Estudio actual (Coli, Colombia)	n=75	Mediana: 11años	Entre 6 a 10 años (41,3%)	H: 16 (34,7%) M: (49,01%) H: (50,9%)	Vitiligo no segmentario: 59 (78,7%) Vitiligo segmentario: 16 (21,3%)	Cabeza y cuello: 43 (56,3%) Tronco: 21 (28%) Ext. inferiores: 7 (9,3%) Ext. superiores: 4 (5,3%)	Vitiligo: 7 (9,3%) Enfermedad tiroidea: 5 (6,7%) Enfermedad autoinmune: 6 (8%)	F. Koebner: 7 (9,3%) Halo <i>nevus</i> : 4 (5,3%)	Depresión-ansiedad: 9 (12%) Enfermedad tiroidea: 4 (5,3%) Dermatitis atópica: 1 (1,3%) Obesidad: 1 (1,3%) Enfermedad autoinmune: 1 (1,3%)	Estrés emocional: 11 (14,7%)
Macías-Arías PA y cols. (2) (Colombia)	n=355	Mediana: 9 años	<12 años: 255 (71,8%)	M: (49,01%) H: (50,9%)	Vitiligo no segmentario	Cabeza y cuello: 220 (62%) Región pélvica y genitales: 110 (31%) Extremidades superiores: 98 (27,6%) Extremidades inferiores: 81 (22,8%) Tronco: 71 (20%)	Vitiligo: 18 (5,78%)	No hay registro	Enfermedad tiroidea: 9 (2,53%) Dermatitis atópica (11,81%)	No hay registro
Elizondo A y cols. (24) (México)	n=1117	6-11 años (52,4%)	1, no hay registro	M: 28 (61%) H: 18 (39%) M: 429 (38,4%)	No hay registro	No hay registro	No hay registro	No hay registro	Morfea: 12 (1,07%) Alopecia <i>areata</i> : 5 (0,45%) Enfermedad tiroidea: 4 (0,34%) Lupus eritematoso sistémico: 2 (0,18%) Diabetes <i>mellitus</i> : 1 (0,09%) Liquen estriado: 1 (0,09%) Dermatosis: 1 (0,09%)	No hay registro
Ortiz L y cols. (24) (México)	n=46	No hay registro	6 años (57%)	M: 28 (61%) H: 18 (39%)	Localizado: 12 (26%) Diseminado: 24 (52%) Generalizado: 3 (7%) Metamérico: 7 (15%)	Cara: 12 (26%) Tronco: 16 (35%) Extremidades: 9 (20%)	Vitiligo: 16 (46%) Atopia: 30 (65%) Enfermedad tiroidea: 25 (54%) Diabetes <i>mellitus</i> : 23 (50%)	No hay registro	Atopia (asma, conjuntivitis, rinitis, dermatitis atópica): 93% Otras (enfermedad tiroidea, artritis reumatoide juvenil, alopecia <i>areata</i>): (7%)	No hay registro
Martins CP y cols. (24) (Brasil)	n=701	Promedio: 11,9 años	Promedio: 5,9 años (51,4%) Entre 2 y 6 años: 51,4%	M: 439 (62%) H: 262 (37,4%)	Vitiligo no segmentario: 416 (59,3%) Vitiligo segmentario: 207 (29,5%) Indeterminado: 56 (7,9%)	Cabeza y cuello: 310 (44,22%) Extremidades inferiores: 110 (15,7%) Genitales: 41 (5,8%) Abdomen: 35 (5%) Extremidades superiores: 16 (2,3%)	Vitiligo: 83 (16,9%) Enfermedad tiroidea: 136 Alopecia <i>areata</i> : 34 Diabetes <i>mellitus</i> 1: 14 Colagenosis: 19 Psoriasis: 18 Encanecimiento prematuro: 10,2	F. Koebner: 218 (38,2%) Halo <i>nevus</i> : 53 (17,4%)	Hipotiroidismo: 33 (7,4%) Hipertiroidismo: 2 (0,5%) Anemia perniciosa: 1VNS (0,5%) Alopecia <i>areata</i> : (2,7%) (3 VS 7 de VNS) Diabetes <i>mellitus</i> : 0,3%	Factores emocionales (escolares y familiares): 67%

Tabla 4. Estudios de vitiligo en población pediátrica latinoamericana

La tabla 4 continúa en la siguiente página

Referencia (País)	n.º de pacientes	Edad de los pacientes	Edad de inicio	Sexo	Presentación clínica	Localización	Historia familiar	F. Koebner	Historia personal	Factores desencadenantes
Rodríguez RE y cols. (2)	n=59	Edad media: 8.8 años (+/- 3.4)	No hay registro	M: 40 (67,8%) H: 19 (32,2%)	Generalizado: 64,4%	Cabeza: 35,6%	Vitiligo: 11-9%	No hay registro	Otras enfermedades asociadas: 32 (54,2%)	Estrés: 2 (3,4%) Traumatismo: 1 (1,7%)
(Perú)		Etapas escolares: 45,7%							Enfermedades cutáneas: 20 (33,8) Pitiriasis alba (18,6%), xerosis (6,8%), otras (7%) Extracutáneas: asma y obesidad	
Marinho FS y cols. (8)	n=119	-	0-10 años (11%) 11-20 años (28%) 21-30 años (40%) 31-40 años (21%)	M: 69 (58%) H: 50 (42%)	No segmentario: (50%) -Acrofacial: 16 (13%) Mucosa: 4 (3%) Generalizado: 40 (34%) Vitiligo segmentario: - -Uni, bi, plurisegmental: 34 (29%) Indeterminado: 25 (21%)	No hay registro	No hay registro	Halo nevus: 7 (5,9%)	Otras dermatosis: 22 (18,5%)	Situación emocional relevante, separación de padres, muerte familiar, abuso sexual y muerte de mascota): 18 (15%)
(Brasil)	(94 niños y 25 adolescentes)									
Ibáñez D y cols. (3)	n=114	Promedio: 10 años y 6 meses	No hay reporte	M: 46 (40,35%) F: 68 (59,64%)	Distribución generalizada: 32 (28,07%)	Caras, tronco y extremidades: 32 (28,07%) Cara sola: 30 (26,31%) Cara y extremidades: 19 (16,66%)	Vitiligo: 18 (15,78%)	No hay reporte	Autoinmunidad: 3 (2,63%)	No hay reporte
(Argentina)										
Silva CMR y cols. (3)	n=73	No hay reporte	0-5 años (46%) 6-10 años (54%) 11-15 años (0%) 16-20 años (0%) 21-25 años (0%) 26-30 años (0%) 31-35 años (0%) 36-40 años (0%) 41-45 años (0%) 46-50 años (0%) 51-55 años (0%) 56-60 años (0%) 61-65 años (0%) 66-70 años (0%) 71-75 años (0%) 76-80 años (0%) 81-85 años (0%) 86-90 años (0%) 91-95 años (0%) 96-100 años (0%)	H: 29 (39,7%) M: 44 (60,3%)	Localizado: n=56 (76,7%) Generalizado: n=10 (13,7%) Segmentario: n=6 (8,2%) Acral: n=1 (1,4%)	Un área afectada: 32 -Cabeza: 11 (15,1%) -Genitales: 10 (13,7%) -Piernas: 6 (8,2%) -Tronco: 5 (6,8%) Más de un área del cuerpo afectada: 41	Vitiligo: 22 (30,1%) Enfermedad autoinmune: 8 (11%)	No hay reporte	Hipotiroidismo en uno un solo paciente (2,3%)	No hay reporte
(Brasil)										
Cavalcante M y cols. (2)	n=113	3-8 años: (54,80%)	No reportada	H: 52 (46%) M: 61 (54%)	Vitiligo vulgar (58,4%) Focal (23%) Segmentario (8,8%) Mucosa (6,3%) Universal (2,6%) Acrofacial (0,9%)	Caras (27%) Región genital (12%) Extremidades inferiores (12%) Tronco (8%) Extremidades superiores (5%)	Sin antecedentes familiares de vitiligo	No hay datos	No reportados	Estrés emocional: 31% Trauma: 3%
(Brasil)										

La tabla 4 continúa en la siguiente página

Referencia (País)	n.º de pacientes	Edad de los pacientes	Edad de inicio	Sexo	Presentación clínica	Localización	Historia familiar	F. Koebner Halo <i>nevus</i>	Historia personal	Factores desencadenantes
Roman D y cols. (13)	n= 172	4 meses a 15 años	No reportada	H: 60 (34,9%) M: 112 (65,1%)	Focal (26,7%) Segmentario (25,7%) Generalizado (47%)	Cabeza (34,3%) Extremidades superiores e inferiores (21,5%) Tronco (16,2%)	Antecedente de vitíligo (2,3%)	No hay datos	Verrugas vulgares: n=3 Dermatitis atópica: n=1 Prurigo solar: n=1	No hay reporte
(México)		Promedio: 8,5 años Media: 8,65 años			Universal (0,6%)	Pliques axilares e inguinales (9,8%) Genitales (7,5%) Cuello (7%) No precisado (3,7%)			Queloides: n=1 Xantogranuloma juvenil: n=1 Liquen estriado: n=1 Acné: n=1 Alopecia: n=1	
Castilla Huapaya y cols. (16)	n=186	0-15 años	No hay registro	H: 80 (43,01%) M: 106 (56,9%)	No hay registro	No hay registro	No hay registro	No hay registro	Dermatitis atópica: n=37 (19,89%) Enfermedades oculares: n=3 (1,61%) Cardiopatías congénitas: n= 3 (1,61%)	Intranquilidad: 53 (28,49%) Conflicto familiar: 21 (11,29%) Divorcio de padres: 14 (7,52%)
(Cuba)										

Tabla 4. Estudios de vitíligo en población pediátrica latinoamericana

0,5% en India ⁽³³⁾, 2,5% en Corea ⁽²⁸⁾, 7,2% en China ⁽¹⁵⁾, 18,4% en Francia ⁽³⁷⁾ y 26% en Estados Unidos ⁽³⁸⁾. En América Latina, un estudio realizado en Brasil registró una tasa del 17,4% ⁽²¹⁾, lo que difiere de nuestro estudio, donde se encontró en el 5,3% de los pacientes.

El estrés emocional ha sido vinculado como factor desencadenante o exacerbante del vitíligo infantil con tasas variables descritas en la literatura ^(2, 6). En nuestro estudio, el 14% de los niños presentaban estrés emocional previo, que es un poco menor que en otros estudios. Martins y colaboradores ⁽²¹⁾ reportaron tasas de hasta el 67% en la población pediátrica brasilera.

Respecto a las comorbilidades del vitíligo, se han descrito trastornos autoinmunes y endocrinopatías que incluyen enfermedad tiroidea autoinmune, artritis reumatoide, psoriasis, alopecia *areata*, anemia perniciosa, diabetes tipo 1 y enfermedad de Addison ^(20, 23, 28). Estas patologías comparten algunos genes ⁽³⁹⁾. Existe una menor frecuencia de enfermedades autoinmunes en niños con vitíligo en comparación con la población adulta con vitíligo ⁽²⁸⁾. En Brasil, Martins y colaboradores ⁽²¹⁾ reportaron una tasa de 7,4% de hipotiroidismo y 0,5% de hipertiroidismo asociados al vitíligo pediátrico, comparada con este estudio, que fue del 5,3%. También es mayor que en otras poblaciones latinoamericanas, como Bogotá (Colombia) (2,53%) ⁽²⁾, Cuba (0,53%) ⁽⁴⁰⁾ y México (0,54%) ⁽⁴¹⁾. En India se han reportado alteraciones de la tiroides en el 9% de una población con predominio de hipotiroidismo ⁽²⁰⁾. Existe evidencia de la asociación entre el vitíligo y otras enfermedades de la piel, como la dermatitis atópica, el liquen estriado, el liquen nítido, la pitiriasis alba y la xerosis ^(20, 23, 26).

La asociación entre vitíligo y dermatitis atópica fue descrita en 1971 por Macmillan y colaboradores ⁽⁴²⁾. De manera similar, en 1985, Larregue y colaboradores ⁽⁴³⁾ describieron la aparición de lesiones de vitíligo en las áreas de eccema de la dermatitis atópica. En un estudio realizado en población mexicana se reportaron tasas del 93% de dermatitis atópica en pacientes pediátricos con vitíligo ⁽²⁴⁾, en Bogotá (Colombia) del 11,8% ⁽²⁾ y en otro estudio en India del 9,3% ⁽²⁰⁾, lo que difiere de lo observado en la población de nuestro estudio, donde solo el 1,3% de los pacientes presentaban

dermatitis atópica concomitante. Otras enfermedades registradas en esta población fueron la obesidad y otras enfermedades autoinmunes en el 1,3% de los pacientes. Del total de 75 pacientes, siete (9%) pacientes informaron antecedentes familiares de vitíligo; esta tasa es inferior a la observada en estudios realizados en Arabia Saudita (36,9%) ⁽⁴⁴⁾, Kuwait (27,3%) ⁽⁴⁵⁾, India (12,2%) ⁽¹⁹⁾, Corea (13,8%) ⁽²⁸⁾, Marruecos (39%) ⁽²⁷⁾, Brasil (16,9%) ⁽²¹⁾ y México (46%) ⁽²⁴⁾.

Hasta el momento, el tratamiento del vitíligo en edad pediátrica no se ha estandarizado, en parte debido a la heterogeneidad y el tamaño de los estudios que se han realizado ⁽⁴⁶⁾. Las decisiones terapéuticas se basan en la edad del paciente, la extensión y la actividad de la enfermedad, así como el impacto psicológico y la coexistencia de otras enfermedades ^(1, 4, 8, 39). Se han utilizado diferentes terapias en el vitíligo y la base de evidencia sugiere que el manejo combinado (inmunomoduladores tópicos o sistémicos, o fototerapia) es la mejor opción para lograr la estabilización de la enfermedad y la repigmentación de las lesiones, en comparación con las monoterapias ^(1, 6, 46). Los inmunomoduladores tópicos se consideran terapias de primera línea en el vitíligo pediátrico y del adulto ^(8, 39, 46) y, de estos, los corticosteroides de potencia media a alta son los fármacos de elección para pacientes con afectación extrafacial y genital, en monoterapia o en combinación con otras intervenciones. Según las recomendaciones internacionales, se ha encontrado que son seguros y efectivos si se utilizan inmunomoduladores tópicos de potencia moderada y de baja absorción sistémica, en un esquema secuencial discontinuo en dosis únicas diarias y por un período no mayor de seis meses ^(3, 4).

Los inhibidores de la calcineurina (tacrólimus y pimecrólimus) también han demostrado ser seguros y eficaces, recomendados en el tratamiento de zonas especiales como la cara, los pliegues y los genitales. En la población analizada, los corticosteroides tópicos (68%) y el tacrólimus (46,7%) representaron las terapias más utilizadas. El uso de fototerapia (UVB-NB) se recomienda en casos de enfermedad extensa (>20% de superficie corporal) o casos de rápida progresión ^(3, 4) y constituye una alternativa terapéutica bien tolerada en población pediátrica ^(39, 46). Sin embargo, la edad de algunos pacientes y el acceso a los centros de fototerapia pueden ser una limitación; además, los

datos que respaldan la seguridad de la fototerapia en niños son limitados y se recomienda precaución⁽⁸⁾. En los pacientes estudiados se realizó fototerapia en un 16% de los casos, porcentaje superior al descrito en otra población colombiana por Macías-Arias y colaboradores⁽²⁾.

En los últimos años se han implementado nuevas terapias en vitiligo. Recientemente se aprobó el ruxolitinib al 1,5% en crema, un inhibidor de la JAK 1 y 2 para el tratamiento del vitiligo no segmentario en mayores de 12 años. Actualmente también se están evaluando la eficacia y la seguridad de otros inhibidores de la JAK (tópicos y sistémicos)⁽⁸⁾.

Aunque se han descrito injertos celulares y miniinjertos en sacabocados en niños, no existe consenso respecto a la edad mínima para estas intervenciones quirúrgicas⁽⁸⁾.

LIMITACIONES

Considerando el diseño transversal de este estudio, no fue posible obtener la información completa de algunas historias clínicas de algunos de los pacientes. Este tipo de estudio no nos permite determinar con certeza qué factores predisponen al vitiligo en esta población pediátrica.

CONCLUSIONES

Este es el primer estudio basado en el perfil clínico y epidemiológico del vitiligo que se realiza en población pediátrica en la ciudad de Cali, Colombia. Los hallazgos descritos en este grupo de pacientes son similares a los registrados en otros estudios latinoamericanos (**Tabla 4**), donde la enfermedad se encuentra predominantemente en población femenina, en niños en edad escolar y donde la forma clínica predominante es el vitiligo no segmentario. Otra observación importante fue la presencia de eventos psicoemocionales previos al inicio de la enfermedad en algunos pacientes, hallazgo que respalda la importancia del manejo integral de esta patología con medidas que permitan la detección temprana y el manejo de los trastornos psicológicos en pacientes pediátricos con vitiligo.

REFERENCIAS

1. Londoño-García A, Arango Salgado A, Orozco-Covarrubias ML, Jansen AM, Rico-Restrepo M, Riviti MC, et al. The landscape of vitiligo in Latin America: a call to action. *J Dermatolog Treat.* 2023;34(1):2164171. <https://doi.org/10.1080/09546634.2022.2164171>
2. Macías-Arias PA, Pérez-Murcia D, Romero-Piñeres AC, Palacios-Ariza MA, Torres-Pradilla M, Novoa-Candia MP. Multi-center clinical characterization of patients with pediatric vitiligo: a retrospective study in Colombia. *Eur J Pediatr Dermatol.* 2021;31(2):70-6. <https://doi.org/10.26326/2281-9649.31.2.2230>
3. Ezzedine K, Silverberg NB. A Practical Approach to the Diagnosis and Treatment of Vitiligo in Children. *Pediatrics.* 2016;138(1):e20154126. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4126>
4. Nicolaidou E, Mastrafsi S, Tzanetakou V, Rigopoulos D. Childhood Vitiligo. *Am J Clin Dermatol.* 2019;20(4):515-26. <https://doi.org/10.1007/s40257-019-00430-0>
5. Krüger C, Schallreuter KU. A review of the worldwide prevalence of vitiligo in children/adolescents and adults. *Int J Dermatol.* 2012;51(10):1206-12. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.05377.x>
6. Rodrigues M, Ezzedine K, Hamzavi I, Pandya AG, Harris JE. New discoveries in the pathogenesis and classification of vitiligo. *J Am Acad Dermatol.* 2017;77(1):1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.10.048>
7. Ezzedine K, Lim HW, Suzuki T, Katayama I, Hamzavi I, Lan CCE, et al. Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2012;25(3):E1-13. <https://doi.org/10.1111/j.1755-148X.2012.00997.x>
8. van Geel N, Speeckaert R, Taïeb A, Ezzedine K, Lim HW, Pandya AG, et al. Worldwide expert recommendations for the diagnosis and management of vitiligo: Position statement from the International Vitiligo Task Force Part

- 1: towards a new management algorithm. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37(11):2173-84. <https://doi.org/10.1111/jdv.19451>
9. Silverberg JI, Silverberg NB. Quality of Life Impairment in Children and Adolescents with Vitiligo. *Pediatr Dermatol.* 2014;31(3):309-18. <https://doi.org/10.1111/pde.12226>
 10. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, van Geel N. Vitiligo. *Lancet.* 2015;386(9988):74-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60763-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60763-7)
 11. Román D, Mateos A, Sánchez E, Valero J. Vitiligo: caracteres clínicos en una muestra de niños mestizos mexicanos. *Act Dermatol Dermatopatol.* 2001;1(3-4):67-8.
 12. Rodríguez-Barbosa RE, Chávez-Esquives J. Vitiligo en niños: un estudio epidemiológico. *Dermatol Peru.* 2007;17(1):24-9.
 13. Ibáñez D, Moumdjian H, de la Sota R, Chuit R. Vitiligo en un consultorio de dermatología pediátrica. *Autoinmunidad.* 2018;3(7):66-8.
 14. Sehgal VN, Srivastava G. Vitiligo: compendium of clinico-epidemiological features. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2007;73(3):149-56. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.32708>
 15. Hu Z, Liu JB, Ma SS, Yang S, Zhang XJ. Profile of childhood vitiligo in China: an analysis of 541 patients. *Pediatr Dermatol.* 2006;23(2):114-6. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2006.00192.x>
 16. Nicolaidou E, Antoniou C, Miniati A, Lagogianni E, Matekovits A, Stratigos A, et al. Childhood- and later-onset vitiligo have diverse epidemiologic and clinical characteristics. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66(6):954-8. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2011.07.010>
 17. Ezzedine K, Diallo A, Léauté-Labrèze C, Mossalayi D, Gauthier Y, Bouchtnei S, et al. Multivariate analysis of factors associated with early-onset segmental and nonsegmental vitiligo: a prospective observational study of 213 patients. *Br J Dermatol.* 2011;165(1):44-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10311.x>
 18. Marinho FS, Cirino PV, Fernandes NC. Clinical epidemiological profile of vitiligo in children and adolescents. *An Bras Dermatol.* 2013;88(6):1026-8. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132219>
 19. Handa S, Dogra S. Epidemiology of childhood vitiligo: a study of 625 patients from north India. *Pediatr Dermatol.* 2003;20(3):207-10. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2003.20304.x>
 20. Agarwal S, Gupta S, Ojha A, Sinha R. Childhood vitiligo: clinicoepidemiologic profile of 268 children from the Kumaun region of Uttarakhand, India. *Pediatr Dermatol.* 2013;30(3):348-53. <https://doi.org/10.1111/pde.12032>
 21. Martins CPDS, Hertz A, Luzio P, Paludo P, Azulay-Abulafia L. Clinical and epidemiological characteristics of childhood vitiligo: a study of 701 patients from Brazil. *Int J Dermatol.* 2020;59(2):236-44. <https://doi.org/10.1111/ijd.14645>
 22. Cavalcante MLLL, Pinto ACVD, Brito FF, Silva GV, Itimura G, Martelli ACC. Clinical and epidemiological profile of childhood vitiligo: analysis of 113 cases diagnosed at a dermatology referral center from 2004 to 2014. *Surg Cosmet Dermatol.* 2015;7(4):298-301. <https://doi.org/10.5935/scd1984-8773.201574711>
 23. Silva CM, Pereira LB, Gontijo B, Ribeiro GB. Vitiligo na infância: características clínicas e epidemiológicas. *An Bras Dermatol.* 2007;82(1):47-51. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962007000100006>
 24. Ortiz LT, Moreno Gardea L, Luna V, Levario-Carrillo M. Vitiligo en niños y su asociación con otras patologías. *Dermatol Pediatr Lat.* 2003;1(1):18-23.
 25. Pajvani U, Ahmad N, Wiley A, Levy RM, Kundu R, Mancini AJ, et al. The relationship between family medical history and childhood vitiligo. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55(2):238-44. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2006.02.027>
 26. Ezzedine K, Diallo A, Léauté-Labrèze C, Seneschal J, Boniface K, Cario-André M, et al. Pre- vs. post-pubertal onset of vitiligo:

- multivariate analysis indicates atopic diathesis association in pre-pubertal onset vitiligo. *Br J Dermatol.* 2012;167(3):490-5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.11002.x>
27. Lahlou A, Baybay H, Gallouj S, Mernissi FZ. Childhood vitiligo: Clinical epidemiological profile. *Our Dermatol Online.* 2017;8(3):264-7. <https://doi.org/10.7241/ourd.20173.76>
 28. Cho S, Kang HC, Hahm JH. Characteristics of vitiligo in Korean children. *Pediatr Dermatol.* 2000;17(3):189-93. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2000.01749.x>
 29. Al-Refu K. Vitiligo in children: a clinical-epidemiologic study in Jordan. *Pediatr Dermatol.* 2012;29(1):114-5. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2011.01478.x>
 30. Patel R, Pandya AG, Sikirica V, Gandhi K, Daniel SR, Anastassopoulos KP, et al. Prevalence of Vitiligo among Children and Adolescents in the United States. *Dermatology.* 2023;239(2):227-34. <https://doi.org/10.1159/000528180>
 31. Jaisankar TJ, Baruah MC, Garg BR. Vitiligo in children. *Int J Dermatol.* 1992;31(9):621-3. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1992.tb03978.x>
 32. Gan EY, Gahat T, Cario-André M, Seneschal J, Ezzedine K, Taïeb A. Clinical repigmentation patterns in paediatric vitiligo. *Br J Dermatol.* 2016;175(3):555-60. <https://doi.org/10.1111/bjd.14635>
 33. Gupta M. Childhood vitiligo: A clinicoepidemiological study. *Indian J Paediatr Dermatol.* 2018;19(3):212-4. https://doi.org/10.4103/ijpd.IJPD_91_17
 34. Ezzedine K, Diallo A, Léauté-Labrèze C, Séneschal J, Prey S, Ballanger F, et al. Halo naevi and leukotrichia are strong predictors of the passage to mixed vitiligo in a subgroup of segmental vitiligo. *Br J Dermatol.* 2012;166(3):539-44. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10709.x>
 35. Barona MI, Arrunátegui A, Falabella R, Alzate A. An epidemiologic case-control study in a population with vitiligo. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33(4):621-5. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(95\)91282-7](https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)91282-7)
 36. Lin X, Tang LY, Fu WW, Kang KF. Childhood vitiligo in China: clinical profiles and immunological findings in 620 cases. *Am J Clin Dermatol.* 2011;12(4):277-81. <https://doi.org/10.2165/11318020-000000000-00000>
 37. Mazereeuw-Hautier J, Bezio S, Mahe E, Bodemer C, Eschard C, Viseux V, et al. Segmental and nonsegmental childhood vitiligo has distinct clinical characteristics: a prospective observational study. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62(6):945-9. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.06.081>
 38. Mu EW, Cohen BE, Orlow SJ. Early-onset childhood vitiligo is associated with a more extensive and progressive course. *J Am Acad Dermatol.* 2015;73(3):467-70. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.05.038>
 39. Díaz CJ, Rodríguez JH. Vitiligo en niños: enfoque clínico. *Rev Asoc Col Dermatol Cir Dermatol.* 2018;26(2):116-25. <https://doi.org/10.29176/2590843X.47>
 40. Castilla Huapaya I, Lozano Álvarez E, Hernández O, Leyva Bauza M. Vitiligo en edad pediátrica, Centro de Histoterapia Placentaria Holguín. Cuba. 1999-2004. *Corr Med Cient Holg.* 2006;10(4).
 41. Elizondo A, Tamayo L, Durán C, Orozco LM, Ruiz-Maldonado R. Vitiligo en pacientes pediátricos: asociación con otras enfermedades. *Arch Argent Dermatol.* 1998;48(3):115-8.
 42. Macmillan A, Rook A. Vitiligo with a raised rim in atopic subjects. *Br J Dermatol.* 1971;85(5):491.
 43. Larrègue M, Martin J, Bressieux JM, Canuel C, De Giacomoni P, Ramdenée P, et al. [Vitiligo achromias and severe atopic dermatitis. Apropos of 4 cases]. *Ann Dermatol Venereol.* 1985;112(8):589-600.
 44. Al-Jabri MM, Al-Raddadi A. Childhood vitiligo: A retrospective hospital based study, Jeddah,

Saudi Arabia. *J Saudi Soc Dermatol Dermatol Surg.* 2011;15(1):15-7. <https://doi.org/10.1016/j.jssdds.2010.10.003>

45. Al-Mutairi N, Sharma AK, Al-Sheltawy M, Nour-Eldin O. Childhood vitiligo: a prospective hospital-based study. *Australas J Dermatol.* 2005;46(3):150-3. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0960.2005.00167.x>
46. de Menezes AF, Oliveira de Carvalho F, Barreto RSS, de Santana Silva B, Shanmugam S, Gurgel RQ, et al. Pharmacologic Treatment of Vitiligo in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Pediatr Dermatol.* 2017;34(1):13-24. <https://doi.org/10.1111/pde.13024X>