

Vitiligo na infância: características clínicas e epidemiológicas* *Childhood vitiligo: clinical and epidemiological characteristics**

Cláudia Márcia de Resende Silva¹
Bernardo Gontijo³

Luciana Baptista Pereira²
Geraldo de Barros Ribeiro⁴

Resumo: FUNDAMENTOS – O vitiligo atinge de 0,5 a 4% da população mundial, e 25% dos casos se iniciam antes dos 10 anos. Embora prevalente, estudos epidemiológicos de vitiligo na infância são raros na literatura brasileira.

OBJETIVO – Avaliar características clínicas e epidemiológicas do vitiligo na infância.

MÉTODO – Realizado estudo descritivo em 73 crianças com vitiligo, atendidas no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Variáveis como sexo, idades ao início da doença e tratamento, superfície corporal acometida, forma clínica, localização, associação com doenças auto-imunes, história familiar de vitiligo e tratamento inicial foram avaliadas. A análise estatística foi realizada usando frequências simples e comparação de médias pela análise de variância.

RESULTADOS – 60,3% dos pacientes eram do sexo feminino. A média de idade ao início da doença foi 5,7, e a do início do tratamento, sete anos. A superfície corporal acometida foi inferior a 1% em 71,8%, e a forma localizada foi detectada em 76,7% dos casos. A localização mais comum foi o segmento cefálico. O vitiligo em familiares foi observado em 30,1% dos casos. O hipotireoidismo foi detectado em um paciente, e 11% deles relataram a presença de doença auto-imune em familiares. O corticóide tópico foi o tratamento inicial na maioria dos pacientes.

CONCLUSÕES – Os achados deste estudo ambulatorial são basicamente semelhantes aos encontrados em estudos realizados em outros países.

Palavras-chave: Auto-imunidade; Criança; Vitiligo; Vitiligo/epidemiologia

Abstract: BACKGROUND: vitiligo affects 0.5 to 4% of the world population. Twenty-five per cent of cases have their onset before the age of 10 years. Although the condition is prevalent in childhood, there are few epidemiological reports in children in the Brazilian literature.

OBJECTIVE: to evaluate clinical and epidemiologic characteristics of vitiligo in childhood.

METHODS: a descriptive study was performed in 73 children with vitiligo seen at the Pediatric Dermatology Outpatient Clinics of the Hospital das Clínicas- Universidade Federal de Minas Gerais. The variables sex, age of onset of disease and treatment, affected body surface area, clinical type, site, autoimmune disease association, family history of vitiligo and initial treatment were evaluated. The statistical analysis was performed using simple frequency and means were compared through analysis of variance.

RESULTS: Females accounted for 60.3% of the sample. The mean age at onset of disease was 5.7 years and the mean age at onset of treatment was 7 years. The body surface area affected was smaller than 1% in 71.8% and the localized type was detected in 76.7%. The most common site affected was the head. Family history of vitiligo was observed in 30.1% of patients. Hypothyroidism was found in one patient and 11% reported autoimmune diseases in their families. The initial treatment was topical steroids in the majority of patients.

CONCLUSIONS: the findings of vitiligo in childhood in this study are basically similar to those reported in other countries.

Key-words: Autoimmunity; Child; Vitiligo; Vitiligo/epidemiology

Recebido em 26.05.2006.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 04.10.2006.

* Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

Conflito de interesse declarado: Nenhum

Não há fonte financiadora ou fornecedora de equipamentos e materiais.

¹ Mestre em Dermatologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Médica do Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas-UFMG, (MG) Brasil.

² Professora Assistente de Dermatologia da Faculdade de Medicina UFMG. Mestre em Dermatologia pela UFMG. Docente do Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Serviço de Dermatologia do HC-UFMG, (MG) Brasil.

³ Professor adjunto doutor de Dermatologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Coordenador do Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Serviço de Dermatologia do HC-UFMG, (MG) Brasil.

⁴ Doutor em oftalmologia pela UFMG, (MG) Brasil.

INTRODUÇÃO

O vitiligo é doença adquirida, freqüente, caracterizada patogenicamente pela destruição de melanócitos e conseqüente perda da melanina. Caracteriza-se pela presença de máculas acrômicas, com diagnóstico clínico fácil na maioria dos casos. A ausência completa de pigmentação nas lesões (acromia) o diferencia de outras dermatoses que evoluem com diminuição da pigmentação (hipocromia), como o nevo despigmentado, pitíriase versicolor, pitíriase alba, líquen escleroso e atrófico, hanseníase, entre outras. Ainda que a etiologia do vitiligo seja desconhecida, várias teorias relacionam sua patogênese a fatores genéticos, auto-imunidade, toxinas derivadas dos melanócitos e influências neurais.¹⁻⁴ Fatores precipitantes, como o estresse, a exposição solar intensa e a exposição a alguns pesticidas, parecem estar correlacionados ao aparecimento da dermatose. Observa-se com freqüência no vitiligo a ocorrência do fenômeno de Koebner ou fenômeno isomórfico, que se caracteriza pela reprodução da doença em áreas submetidas a trauma físico.⁴

O vitiligo atinge de 0,5 a 4% da população mundial.⁵ Embora geralmente não se pense no vitiligo como doença da infância, 50% dos casos se iniciam antes dos 20 anos de vida, e 25% antes dos 10 anos. Seu aparecimento pode ser precoce, com alguns relatos de casos com início nos primeiros seis meses de idade.⁶ No Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), nos últimos quatro anos (janeiro de 2002 a dezembro de 2005), foram atendidas 1.231 primeiras consultas, sendo 43 crianças com vitiligo, representando 3,5%.

O vitiligo não leva à incapacidade funcional, mas causa grande impacto psicossocial. Pode ser desfigurante, influenciando negativamente na auto-estima dos pacientes, sobretudo nos casos extensos e em pessoas de pele escura.^{2,3,7} Há queixas de discriminação social, sendo que muitas vezes os portadores de vitiligo chegam a ser estigmatizados. O caráter não contagioso da doença deve ser sempre enfatizado.

O enfoque principal de um estudo de vitiligo na infância realizado no Brasil foi a resposta terapêutica, tendo sido avaliados poucos dados epidemiológicos e clínicos.⁸ Por isso, o objetivo deste estudo é buscar melhor conhecimento da epidemiologia e das características clínicas do vitiligo na infância no país.

CASUÍSTICA E MÉTODO

O estudo foi realizado com 73 crianças (menores de 12 anos) portadoras de vitiligo, atendidas no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG, no período de março de 1999 a fevereiro de 2004. O diagnóstico foi clínico, e, quan-

do necessário, foi utilizado o exame com a lâmpada de Wood. Biópsias não foram realizadas.

Os dados analisados foram idade do início da doença e do início do tratamento, sexo, cor da pele (branca, parda e negra), superfície corporal acometida pelo vitiligo, localização, estágio evolutivo (estacionário, em progressão e em regressão), existência ou não de tratamento anterior e a presença de outras doenças associadas. O vitiligo foi classificado, no exame inicial do paciente, como generalizado (grande número de máculas, em várias localizações do corpo) (Figura 1), localizado (máculas isoladas ou em pequeno número, em uma única área do corpo, mas sem arranjo zosteriforme), acral (extremidade dos dedos das mãos e/ou pés), acrofacial (acometimento das extremidades dos dedos e periorifical: perioral, periorbicular, periauricular e perianal) e segmentar (distribuição unilateral, acompanhando um dermatomo, em arranjo zosteriforme) (Figura 2). Os exames laboratoriais solicitados foram hemograma, TSH, FAN e anticorpos antitireoidianos (antitireoglobulina e antiperoxidase tireoidiana). Investigou-se também, na anamnese, a presença de vitiligo e/ou doenças auto-imunes nos familiares (em primeiro e segundo grau).

De acordo com a extensão e progressão da doença, e idade do paciente, os tratamentos instituídos incluíram corticóide tópico associado ou não à exposição solar, corticóide tópico associado à essência de bergamota e exposição solar, psoraleno oral e exposição solar e fototerapia com radiação ultravioleta B de banda estreita. O corticóide tópico foi o tratamento de primeira escolha, a não ser nos casos de



FIGURA 1:
Vitiligo
generalizado



FIGURA 2: Vítigo segmentar

vítigo generalizado, de crianças com progressão rápida da doença ou que não responderam ao tratamento após pelo menos seis meses de uso. As crianças tratadas com fototerapia (psoraleno oral associado à exposição solar ou radiação ultravioleta B de banda estreita) foram submetidas à avaliação oftalmológica prévia.

A análise estatística foi realizada pelo programa Epi-Info 6.04 do CDC. Foram utilizadas frequências simples e comparação de médias pelo teste de análise de variância. Considerou-se estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (parecer número ETIC 120/99).

RESULTADOS

Das 73 crianças incluídas, 29 (39,7%) eram do sexo masculino, e 44 (60,3%) do sexo feminino, resultando na razão sexo masculino/sexo feminino de 1:1,5. A idade de início da doença variou de 0 a 12 anos com média de 5,7 e mediana de seis anos (Tabela 1). A idade do paciente ao iniciar o tratamento variou de um a 13 anos, com média e mediana de sete anos. Quando se compararam as médias das idades dos sexos masculino e feminino, tanto em

TABELA 1: Distribuição segundo a idade ao início do vítigo

Idade	Número	%
0 – 2 anos incompletos (lactentes)	4	5,5
2 – 6 anos incompletos (pré-escolares)	31	42,4
6 – 10 anos incompletos (escolares)	34	46,6
10 – 12 anos incompletos (pré-adolescentes)	4	5,5
Total	73	100

relação ao início do tratamento ($p = 0,76$) quanto ao início da doença ($p = 0,47$), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. O paciente mais jovem com diagnóstico de vítigo tinha seis meses. Em relação à cor da pele, 11 (15,1%) eram brancos, 50 (68,5%) pardos, e 12 (16,4%) negros.

A superfície corporal acometida foi avaliada em 71 pacientes sendo que em 51 (71,8%) havia acometimento inferior a 1%; em 15 (21,1%) entre um e 4,9%, e em cinco (7,1%) igual ou superior a 5%. Nenhum paciente tinha acometimento superior a 50% da superfície cutânea. A maioria (76,7%) apresentava a forma localizada da doença (Tabela 2).

Em relação à localização, 32 pacientes tinham uma única área acometida: segmento cefálico em 11 pacientes (15,1%), genitais em 10 (13,7%), pernas em seis (8,2%), e tronco em cinco (6,8%). Nos 41 pacientes restantes havia lesões em mais de uma área corpórea.

Em relação ao estágio evolutivo, dos 72 pacientes avaliados, 46 (63,9%) apresentavam progressão da doença, 17 (23,6%) doença estacionária, e nove (12,5%) regressão do vítigo. Dos 73 pacientes, 26 (35,6%) haviam tentado algum tipo de tratamento antes de iniciar o acompanhamento no Hospital das Clínicas da UFMG.

Quanto à presença de doença auto-imune associada, o hipotireoidismo foi observado em um único paciente (2,3%), e oito (11%) relataram a presença de doença auto-imune em familiares. O vítigo em familiares foi observado em 22 (30,1%) dos 73 pacientes. Nem todos, porém, realizaram exames laboratoriais. Dos 65 pacientes que se submeteram ao hemograma, nenhum apresentou alteração. Em dois (3,4%) de 59 pacientes foram detectados anticorpos antitireoidianos. A presença de FAN foi detectada em dois (3,6%) de 56 pacientes. Alteração na dosagem de TSH foi observada em um único paciente de 66 investigados.

O tratamento inicial instituído foi corticóide tópicos em 28 pacientes (38,4%), corticóide tópico e exposição solar em 38 (52,1%), corticóide tópico, essência de bergamota e exposição solar em cinco (6,8%), e psoraleno oral e exposição solar em dois (2,7%).

TABELA 2: Distribuição segundo o tipo de vítigo

Tipo de vítigo	Número	%
Localizado	56	76,7
Generalizado	10	13,7
Segmentar	6	8,2
Acral	1	1,4
Acrofacial	-	-
Total	73	100

DISCUSSÃO

Estudos epidemiológicos sobre o vitiligo na infância são raros na literatura brasileira⁸ e mundial,^{6, 9-12} embora trabalhos demonstrem que grande parte dos casos se inicia na infância. Este trabalho estudou as características do vitiligo na infância em amostra de população brasileira.

Um maior número de casos no sexo feminino é descrito neste e na maioria dos estudos baseados em pacientes que procuram atendimento ambulatorial,^{6, 8-12} mas a frequência do vitiligo na população é provavelmente a mesma em ambos os sexos.⁵ Uma hipótese aventada para a diferença seria a maior preocupação estética em pacientes do sexo feminino, o que levaria os pais a procurarem tratamento médico. Neste trabalho pode-se observar que não houve diferenças estatisticamente significativas na comparação entre as médias das idades dos sexos masculino e feminino, tanto em relação ao início do tratamento quanto ao início da doença. Portanto, a maior preocupação de atendimento médico pelo sexo feminino não foi comprovada por este estudo.

O pico do início do vitiligo ocorreu entre seis e 10 anos de idade, com média de 5,7 anos. Esse item tem variado pouco nos diferentes estudos, com média pouco inferior (4,6 anos) em estudo americano,⁶ praticamente idêntica (5,6 anos) em pacientes coreanos¹⁰ e pouco superior em estudos realizados no Kuwait (6,2 anos)¹² e na Índia (6,4 anos)¹¹ em relação à do presente estudo. A média da idade para o início do tratamento de sete anos, se comparada à de 5,7 anos para o início da doença, demonstra rapidez na procura do tratamento do vitiligo da infância, considerando o fato de o vitiligo ser doença crônica, não ser dolorosa nem incapacitante, e as dificuldades de acesso ao sistema público de saúde brasileiro. As preocupações com o impacto psicossocial que o vitiligo pode causar, provavelmente, são a causa da procura rápida de tratamento. A maioria dos pacientes que procuraram o ambulatório apresentava progressão da doença.

Provavelmente a maior ocorrência do vitiligo em pacientes pardos e negros reflete as características da cor da pele da população brasileira e dos pacientes atendidos no ambulatório da UFMG. O vitiligo afeta todas as raças, mas acredita-se que nos pacientes de pele escura o maior destaque das lesões gere maior impacto. A predominância do vitiligo localizado sobre o vitiligo generalizado, neste estudo, difere de outros relativos ao vitiligo na infância, que demonstraram maior ocorrência da forma generalizada.^{6,11} Outro estudo realizado no Brasil demonstrou maior ocorrência do vitiligo acrofacial, seguida pelo generalizado.⁸ Essas diferenças podem ser explicadas pelos critérios distin-

tos utilizados na classificação dos tipos clínicos do vitiligo. Em dois trabalhos realizados com pacientes de diferentes idades, o vitiligo focal foi a manifestação inicial na maioria dos casos, coincidindo com os dados encontrados neste trabalho.^{13,14} Em relação à superfície corporal afetada, o acometimento era mínimo (inferior a 1%) em 71,8% dos casos, sendo que nenhum paciente apresentava acometimento superior a 50%. Estudo que faz referência à superfície corporal acometida também encontrou pequeno percentual, com 96,4% dos pacientes mostrando acometimento inferior a 20%. Apesar do pequeno acometimento da superfície cutânea, a forma generalizada foi descrita como a mais comum.¹¹ Como as formas clínicas descritas na metodologia dos estudos diferem e a maioria não apresenta referência ao percentual de pele acometida, pode-se questionar se realmente os dados são conflitantes. O vitiligo segmentar, apesar de não ser a forma mais comum, é considerado mais freqüente na infância do que em adultos e geralmente persiste inalterado, sem acometimento posterior de outras áreas.^{3,9,10}

A localização mais comum do vitiligo foi a cabeça, seguida pelos genitais, pernas e tronco. A localização inicial na cabeça coincide com os dados da literatura.⁹⁻¹²

Crianças que apresentam vitiligo são geralmente saudáveis, mas há estudos demonstrando a associação com doenças auto-imunes.¹⁵⁻¹⁶ Essa associação é fortalecida pelo achado de maior ocorrência de doenças auto-imunes em famílias de crianças com vitiligo, quando comparadas com crianças sem vitiligo.^{2,6,9-11} Neste estudo uma criança apresentou hipotireoidismo, 3,4% dos casos apresentaram anticorpos antitireoidianos, e 3,6%, anticorpos antinucleares (FAN). Apesar de não ser consensual, a avaliação laboratorial para pesquisa de doenças auto-imunes é considerada apropriada durante o diagnóstico e acompanhamento de pacientes com vitiligo.¹⁷

Em cerca de 30% dos pacientes com vitiligo há história familiar positiva para a dermatose.³ Este estudo se iguala aos dados da literatura, com 30% dos casos apresentando vitiligo na família. Casos encontrados em gêmeos idênticos e estudos com antígenos leucocitários humanos (HLA) suportam a base genética do vitiligo, sendo aventada possível herança autossômica dominante com expressão variável.³

Existem várias modalidades de tratamento para o vitiligo na infância, incluindo algumas diferentes das utilizadas neste estudo.^{1-4,18,19} O corticóide tópico empregado isoladamente ou associado à exposição solar foi a terapêutica inicial, utilizada na maioria dos

pacientes deste relato, em razão de a maioria dos casos ser localizada e com pequeno acometimento da superfície cutânea, além de constituir tratamento de custo relativamente baixo. Tratamentos com imunomoduladores tópicos (tacrolimo e pimecrolimo), fototerapia (ultravioleta B), fotoquimioterapia (psoraleno associado à radiação ultravioleta A), laser (*excimer laser*), análogos da vitamina D como o calcipotriol, métodos de transplante, camuflagem com cosméticos, tatuagem, fotoproteção e despigmenta-

ção estão entre as terapêuticas existentes.^{18,19} Pigmentação espontânea parcial pode ocorrer, mas raramente de forma suficiente para ser aceitável do ponto de vista cosmético.

CONCLUSÕES

Os dados avaliados neste estudo ambulatorial do vítíligo na infância foram basicamente semelhantes aos relatados em publicações de outros países, apesar da existência de poucos estudos nessa faixa etária. □

REFERÊNCIAS

- Janniger CK. Childhood vitiligo. *Cutis*. 1993;51:25-8.
- KHalder RM. Childhood vitiligo. *Clin Dermatol*. 1997;15:899-906.
- Herane MI. Vitiligo and leukoderma in children. *Clin Dermatol*. 2003;21:283-95.
- Steiner D, Bedin V, Moraes MB, Villas RP, Steiner T. Vitiligo. *An Bras Dermatol*. 2004;79:335-51.
- Howitz J, Brodthagen H, Schwartz M, Thomsen K. Prevalence of vitiligo. Epidemiological survey of the Isle of Bornhom, Denmark. *Arch Dermatol*. 1997;113:47-52.
- Halder RM, Grimes PE, Cowan CA, Enterline JA, Chakrabarti SG, Kenney JA Jr. Childhood vitiligo. *J Am Acad Dermatol*. 1987;16:948-54.
- Silvan M. The psychological aspects of vitiligo. *Cutis*. 2004;73:163-7.
- Fernandes NC, Diogo C, Perez M, Lima MCNC, Spitz LK, Magalhães TC. Vitiligo na infância: análise terapêutica de 95 casos. *An Bras Dermatol*. 2001;76:575-81.
- Jaisankar TJ, Baruah MC, Ram B. Vitiligo in children. *Int J Dermatol*. 1992;31:621-3.
- Cho S, Kang HC, Hahm JH. Characteristics of vitiligo in Korean children. *Pediatr Dermatol*. 2000;17:189-93.
- Handa S, Dogra S. Epidemiology of childhood vitiligo: a study of 625 patients from north India. *Pediatr Dermatol*. 2003;20:207-10.
- Al-Mutairi N, Sharma AK, Al-Sheltawy M, Nour-Eldin O. Childhood vitiligo: a prospective hospital-based study. *Australas J Dermatol*. 2005;46:150-5.
- Liu JB, Li M, Yang S, Gui JP, Wang HY, Du WH, et al. Clinical profiles of vitiligo in China: an analysis of 3742 patients. *Clin Exp Dermatol*. 2005;30:327-31.
- Onunu AN, Kubeyinje EP. Vitiligo in the nigerian african: a study of 351 patients in Benin city, Nigeria. *Int J Dermatol*. 2003;42:800-2.
- Codez VRFC, Sosnowski MI. Vitiligo infantil. *Patologias asociadas*. *Rev Argent Dermatol*. 1986;67:106-12.
- Elizondo A, Tamayo L, Durán C, Orozco LM, Ruiz-Maldonado R. Vitiligo em pacientes pediátricos. Asociación com otras enfermedades. *Arch Argent Dermatol*. 1998;48:115-8.
- Kurtev A, Dourmishev AL. Thyroid function and autoimmunity in children and adolescents with vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18:99-117.
- Mazerewuw-Hautier J, Harper J. Vitiligo. In: Harper J, Oranje A, Prose N, editors. *Textbook of pediatric dermatology*. Oxford: Blackwell Publishing; 2006. p.1041-56.
- Bellet JS, Prose NS. Vitiligo em crianças: uma revisão de classificação, hipóteses sobre patogênese e tratamento. *An Bras Dermatol*. 2005;80:631-6.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Cláudia M R Silva

Avenida Pasteur, 89 sala 407; Bairro Santa Efigênia

CEP: 30150-290 Belo Horizonte, MG

Tel. / Fax: (31) 3222.2474 (31)3224.2205

E-mail: claudiamrsilva@terra.com.br

Como citar este artigo: Silva CMR, Pereira LB, Gontijo B, Ribeiro GB. Vitiligo na infância: características clínicas e epidemiológicas. *An Bras Dermatol*. 2007;82(1):47-51.