

## QUADRO EXTENSO DE VITILIGO VULGAR DISSEMINADO EM MENOR PRÉ-ESCOLAR

NETO, E. A. C.\*  
MACEDO, E. M.\*  
NEVES, K. S.\*  
LENZI, M. E. R.\*  
BITTENCOURT, T.\*  
MARTINS, V. P. A.\*

### RESUMO

**Fundamento:** O vitiligo é uma leucodermia adquirida relativamente frequente. Afeta 1% da população e metade dos casos inicia antes dos 20 anos. A incidência na infância é incomum. Sua causa ainda é desconhecida e a etiologia mais provável parece ser auto-imune. **Objetivo:** Apresentar um caso de vitiligo em menor com 3 anos, traçar suas características na população pediátrica e discutir seu tratamento. **Discussão:** O vitiligo em crianças pode ser um marcador cutâneo, e uma avaliação laboratorial inicial mínima deve ser feita com o intuito de flagrar comorbidades. Seu tratamento ainda é um grande desafio. Apesar da fotoquimioterapia (PUVA) oferecer os melhores resultados, esta é contra-indicada para os menores de 10 anos. A introdução dos imunomoduladores tópicos trouxe uma nova perspectiva: eficácia semelhante a dos corticóides, sem seus efeitos adversos.

**Palavras-chave:** vitiligo, criança, imunomoduladores

### INTRODUÇÃO

O vitiligo é doença cutânea adquirida progressiva, que atinge de 0,5 a 2% da população mundial com média de aparecimento ao redor dos 20 anos. É caracterizado clinicamente por manchas acrômicas que correspondem

---

\* Acadêmicos da Faculdade de Medicina de Valença

histologicamente à diminuição ou ausência dos melanócitos cutâneos. Pode acometer mucosas e pêlos. Várias teorias têm sido propostas para tentar explicar o processo de despigmentação que ocorre no vitiligo, sendo a mais aceita atualmente a de que seja uma doença de caráter auto-imune. Sua freqüente associação com doenças auto-imunes (tireoidopatias, diabetes mellitus, anemia perniciosa, alopecia areata, colagenoses, doença de Addison, atopia – asma, rinite, conjuntivite, dermatite), a presença de auto-anticorpos no soro dos pacientes e o achado de um infiltrado linfocitário na camada basal ao exame histopatológico corroboram para tal proposta.

O diagnóstico é basicamente clínico. A lâmpada de Wood pode ser útil para caracterizar a extensão da despigmentação, mas raramente é necessário fazer uma biópsia diagnóstica.

É incomum o quadro de vitiligo em crianças, sendo muito raro o início da doença em lactentes e crianças na faixa etária pré-escolar. Alguns autores o consideram um tipo distinto de vitiligo, com alta incidência do tipo segmentar, aumento de auto-anticorpos, difícil abordagem terapêutica e frequentemente mais associado a afecções auto-imunes e endocrinológicas.

Novas terapias têm sido propostas, como o uso de imunomoduladores tópicos, visto que àquelas já consolidadas, como a fototerapia com psoralenos e os corticosteróides podem trazer efeitos adversos danosos, principalmente se utilizados na população pediátrica.

## **RELATO DE CASO**

MESSP, 3 anos, natural do RJ. Aos 7 meses iniciou o aparecimento de manchas hipercrômicas no abdome. Estas, em curto período de tempo, evoluíram com hipocromia e acromia se estendendo para diversas áreas do corpo. Ao exame dermatológico, presença de manchas acrômicas, hipocrômicas e hipercrômicas, algumas com bordas hiperpigmentadas (vitiligo tricromático) em todo tronco, região cervical, face medial dos braços, dorso das mãos, dos pés, região peri-oral e peri-orbitária. Apresenta também pequenas manchas hipercrômicas nos lábios e palato além de leucotríquia nos cílios e couro cabeludo. Instituiu-se diagnóstico clínico de

vítiligo vulgar disseminado e corticoterapia tópica, obtendo pouca melhora do quadro. Em maio de 2006 decidiu-se por mudança terapêutica e desde então faz uso de Tacrolimo unguento 0,03%, 2 vezes ao dia, apresentando resultados significativos. História pregressa de quadros recorrentes de conjuntivite não-infecciosa no primeiro ano de vida. Foram feitas avaliação da função tiroideana (TSH, T4 livre, anticorpos anti-microsossomal e anti-tireoglobulina), hemograma completo, status glicêmico, dosagem de IgE sérica e fundo de olho, todos normais com exceção da IgE (215 KU/L). Criança com desenvolvimento pômdero-estatural adequado, sem outras queixas.

## DISCUSSÃO

Apesar dos diversos diagnósticos diferenciais que se impõe ao flagrarmos uma lesão vitiligóide (Piebaldismo, hanseníase, líquen esclero-atrófico, nevus acrômico, pitiríase alba, hipocromia residual da pitiríase versicolor), devido à exuberância do quadro apresentado, o diagnóstico clínico de vitiligo foi instituído sem dificuldades. As problemáticas surgem no momento de se decidir pela avaliação clinico-laboratorial e proposta terapêutica.

Muitos estudos confirmaram a maior incidência de atopia nos pacientes pediátricos com vitiligo comparados com a população geral. Os achados de história pessoal e familiar de tireoidites, Diabetes Mellitus e outras enfermidades auto-imunes também não foram ocasionais. Diante disso, torna-se imprescindível uma avaliação laboratorial inicial mínima composta de hemograma completo, glicemia, IgE sérica, TSH, T4 livre e anticorpos anti-tireoidianos. É importante lembrar que os anticorpos anti-tireoidianos podem estar positivos mesmo nos pacientes sem evidência clínica de tireoidopatia, manifestando esta, décadas depois de iniciado o vitiligo. Ademais, a possibilidade de anormalidades nos melanócitos da retina *indica* a necessidade do exame oftalmológico (fundo de olho).

Os corticóides tópicos são freqüentemente usados no tratamento do vitiligo, mas o risco de atrofia cutânea e telangiectasias, principalmente se aplicado na face e pescoço, além de efeitos adversos oculares, como indução de glaucoma e catarata, desencoraja seu uso em casos extensos e com comprometimento do

segmento cefálico. Além disso, a aplicação tópica a longo prazo pode levar a imunossupressão sistêmica, devido ao grande teor de absorção da droga.

A PUVA terapia (sistêmica e tópica), apesar de reconhecida eficácia, é contraindicada em crianças abaixo de 10 anos, pelo risco de catarata. O cristalino só torna-se um filtro efetivo da radiação UVA dos 20 aos 25 anos, e o controle da proteção ocular requerido pela PUVA é de difícil manejo na população pediátrica (excetuando os adolescentes).

Neste cenário terapêutico, surgem novas possibilidades, como o UVB de banda estreita (ainda pouco difundido) e os Imunomoduladores tópicos.

O Tacrolimo é um imunomodulador macrolídeo, aprovado para uso em crianças maiores de 2 anos, que vem sendo utilizado em alguns casos de vitiligo infantil. Estudos recentes comprovam sua eficácia e segurança, considerando-o como droga de escolha para os casos de vitiligo em face e pescoço nos pacientes pediátricos, além de uma alternativa aos corticóides tópicos para pacientes com envolvimento de tronco e extremidades.

Em resumo, o vitiligo em crianças pode ser um marcador cutâneo, e o estudo integral do paciente em busca de patologias associadas, pode de forma indireta mudar a expressividade e o prognóstico do vitiligo, diminuindo seu impacto no desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes. O tratamento para os menores de 10 anos, principalmente nos casos extensos e com envolvimento do segmento cefálico, pode ser feito com Imunomoduladores tópicos, que têm se mostrado uma droga segura e eficaz.

## **ABSTRACT**

**Background:** Vitiligo is a relatively common acquired pigmentary disorder. It affects 1% of the population and begins before age 20 in 50% of the cases. The occurrence in childhood is unusual. The cause remains unknown, although an autoimmune pathogenesis seems most likely. The purpose of this article is to report a 3 year-old girl with progressive vitiligo, to show the characteristics in the pediatric population and discuss his therapy. **Discussion:** Children with vitiligo should be evaluated for the presence of others disorders. Treatment remains difficult. PUVA therapy, the most consistently effective and practical therapy for this disease, has not been recommended in pediatric patients. Topical immunomodulators is a valuable alternative therapy for childhood vitiligo: they're as efficient as topical corticosteroids without their side effects.

**Key-words:** child, vitiligo, immunomodulators

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL MUTAIRI, N, et.al. Childhood vitiligo: a prospective hospital-based study. **Australasian Journal of Dermatology**, v. 46, p. 150-3, 2005.

BELLET J. S.; PROSE, N. S. Vitiligo em crianças: uma revisão de classificação, hipóteses sobre patogênese e tratamento. **An Bras Dermatol.**, v. 80, n. 6, p. 631-6, 2005.

CARVALHO, V. O. Vitiligo: análise de 174 casos na população pediátrica. **An Bras Dermatol.**, v. 73, n. 5, p. 419-423, 1998.

HU Z. et.al. Profile of childhood vitiligo in China: an analysis of 541 patients. **Pediatr Dermatol.**, v. 23, n. 2, p. 114-6, 2006.

LEPE, V. et al. Estudio a Doble Ciego de Tacrolimus al 0,1% vs Clobetasol 0,05% para el tratamiento de Vitiligo Infantil. **Arch Dermatol.**, v. 139, p. 581-5, 2003.

ORTIZ, L. T. et al. Vitiligo en niños y su asociación con otras patologías. **Dermatol Pediatr Lat.**, v. 1, n. 1, p. 18-23, 2003.

SILVERBERG, N. B, et al. Tacrolimus ointment promotes repigmentation of vitiligo in children: a review of 57 cases. **J Am Acad Dermatol.**, v. 51, n. 5, p. 760-6, 2004.

STEINER, D. et al. Vitiligo: artigo de revisão. **An Bras Dermatol.**, v. 79, n. 3, p. 335-351, 2004.