



RELATO DE CASO

Vitiligo: relato de caso

Vitiligo: case report

Mayara Prim Pauli¹, Tatiana Basso Biasi²

Resumo

O vitiligo é considerado hipomelanose adquirida frequente e acomete cerca de 1% da população. Possui etiologia incerta, contudo, acredita-se que a etiologia autoimune seja a mais provável, em virtude da constante concomitância de vitiligo com doenças autoimunes, principalmente as tireoidianas. Existem alguns fatores que são considerados precipitantes para essa doença como estresse físico e emocional, traumas mecânicos e determinadas substâncias químicas. A evolução do vitiligo é imprevisível. Apresenta-se o caso de uma paciente com vitiligo onde o surgimento da doença coincide com um evento de estresse emocional. Além disso, possui tireoidite autoimune associada ao vitiligo, confirmando a associação descrita na literatura.

Descritores: Vitiligo. Estresse psicológico. Autoimunidade. Doenças da glândula tireoide.

Abstract

Vitiligo is considered frequent acquired hypomelanosis and affects about 1% of the population. Its etiology is uncertain; however, the autoimmune etiology is believed to be the most likely due to the constant association between vitiligo and autoimmune diseases, especially of the thyroid. Some factors are considered as precipitating to this disease, like physical and emotional stress, mechanical trauma and certain chemicals. The evolution of vitiligo is unpredictable. Here is reported a case of a patient with vitiligo, in which the

appearance of the disease coincides with an event of emotional stress. In addition, she has autoimmune thyroiditis associated to the vitiligo, confirming the association described in the literature.

Keywords: Vitiligo. Psychological stress. Autoimmunity. Thyroid diseases.

Introdução

O vitiligo é uma leucodermia adquirida, caracterizada por manchas acrômicas, bem delimitadas, com bordas hiperpigmentadas, tamanho e número variáveis, tendência a aumentar centrifugamente, sendo distribuídas em geral de forma bilateral e simétrica⁽¹⁻³⁾. Afeta cerca de 1% da população e é mais frequente o surgimento na 2ª ou 3ª década de vida⁽³⁾.

A etiologia é desconhecida, contudo existe componente genético, visto que em 30% dos casos nota-se a ocorrência familiar. Existem três teorias para explicar a destruição dos melanócitos: imunológica, citotóxica e neural. É possível também uma etiologia multifatorial. O curso é imprevisível⁽¹⁾ e o tratamento visa a estabilização da doença e a repigmentação⁽³⁾.

Relata-se o caso de uma paciente portadora de vitiligo, cujo desencadeamento foi associado a episódio de estresse emocional e também associado à tireoidite de Hashimoto.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 34 anos, cuidadora, natural e procedente de Criciúma (Santa Catarina), relata que aos 24 anos surgiram manchas brancas com cerca de 1 cm de diâmetro sob a mama e antebraço esquerdos, com as quais não se importou. Em seguida, apareceu uma nova lesão na região anterossuperior do tórax, sendo que todas as manchas aumentaram de tamanho.

1. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Santa Catarina (SC), Brasil.

2. Professora de Dermatologia do Curso Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Médica dermatologista do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) - Florianópolis- SC, Mestre Ciências Médicas – Área de concentração Dermatologia pela Universidade de São Paulo (FMUSP).

Realizou um tratamento caseiro, que consistia em ingerir diariamente, pela manhã e em jejum, o suco de um limão adoçado com mel. Ampliou progressivamente o número de limões diários, até atingir nove limões e, em seguida, reduziu gradativamente a quantidade, em um limão por dia, sendo que ao final do processo, refere que percebeu repigmentação de algumas das manchas. Contudo, passados alguns anos, as lesões ressurgiram nos mesmos locais e em novas áreas, evoluindo com aumento do tamanho em curto espaço de tempo.

Refere que durante esses dez anos, as lesões ora estacionam, ora regredem, ora progridem. Associa o surgimento delas com a separação dos pais. Nega história familiar de vitiligo. Quanto às comorbidades, possui obesidade mórbida (grau III), asma, dislipidemia e tireoidite de Hashimoto, para o qual faz uso de levotiroxina sódica 200mg/dia. É ex-tabagista.

No exame clínico, apresentava manchas acrómicas bem delimitadas, presentes em dorso do 1º quirodáctilo (bilateral), região infra-mamária (bilateral), região axilar anterior (bilateral) e face flexora dos antebraços (bilateral) (Figura 1). Havia ainda a presença de máculas pigmentadas foliculares nas áreas de vitiligo existentes na região lateral esquerda do pescoço e região anterosuperior do tórax, áreas estas que estavam repigmentando espontaneamente.

Discussão

O vitiligo é uma doença multifatorial, sendo que a hipótese autoimune vem sendo considerada como a mais importante na sua patogênese. Tal hipótese se fundamenta principalmente na associação do vitiligo com outras doenças autoimunes, associação com história familiar de vitiligo e doenças autoimunes, presença de auto-anticorpos contra melanócitos e células T auto-reativas, presença de fatores genéticos e a resposta positiva aos agentes terapêuticos imunossupressores⁽⁴⁾.

A associação estatisticamente significativa entre vitiligo e distúrbios autoimunes é bastante referida na literatura⁽¹⁻⁴⁾. Alkhateeb et al. relataram que pelo menos 30% dos pacientes com vitiligo são afetados por pelo menos uma doença autoimune adicional⁽⁶⁾. As principais doenças autoimunes associadas com vitiligo são tireoidite autoimune, doença de Graves, doença de Addison, anemia perniciosa, miastenia gravis, alopecia areata, pênfigo vulgar e foliáceo, diabetes mellitus tipo 1, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, entre outras⁽⁴⁾. A mais comum associação do vitiligo é com a disfunção da tireóide, especialmente tireoidite linfocítica crônica (tireoidite de Hashimoto), a qual é uma forma de tireoidite autoimune, sendo esta justamente

a patologia associada ao vitiligo da paciente relatada. Em diferentes estudos, a incidência concomitante de disfunção tireoidiana e vitiligo foi variada: Betterle et al. relataram 7,5%; Zettining et al. 21%, de Shah et al. 0,27%; Tanioka et al. 7,4% dos pacientes com vitiligo generalizado⁽⁴⁾. Entre as comorbidades que a paciente possuía, além da tireoidite de Hashimoto, a asma é também apontada como possível doença associada ao vitiligo, porém com menor frequência.⁽⁵⁾

Alguns estudos sugerem que um trauma emocional ou eventos estressantes, como o que ocorreu com a paciente do caso relatado, possam ser fatores que contribuam adicionalmente no início do vitiligo. Contudo, tendem a ser relatos de casos individuais e observações isoladas. Assim, ainda que as observações clínicas sugiram que tais eventos frequentemente precedam o aparecimento ou a exacerbação de muitas doenças da pele, tais como vitiligo, psoríase, eczema e dermatite atópica, e, embora a ligação entre estes eventos e doença cutânea seja geralmente reconhecida, é ainda preciso muita pesquisa sobre o tema. Isso ocorre devido à presença de falhas metodológicas nos desenhos de estudo, o que inclui, por exemplo, a dependência do paciente no que tange à recordação de eventos concomitantes ao início da doença, bem como o preconceito em relação à mesma. Além disso, alguns pacientes também procuram qualquer fato traumático para justificar o surgimento das lesões, sendo o estresse emocional uma explicação bastante frequente. Outro inconveniente é a falta de comparação entre casos como o da paciente referida e outros casos clínicos com a mesma patologia, relacionando o estresse como fator predisponente⁽⁷⁾.

O diagnóstico do vitiligo é essencialmente clínico. A luz de Wood é uma lâmpada de 351nm que resalta uma fluorescência branco-azulada na pele lesada decorrente do acúmulo de 6-biopterina e 7-biopterina. Trata-se de um artifício bastante importante que permite o diagnóstico das lesões pouco visíveis a olho nu e o acompanhamento terapêutico do paciente, sendo muito útil, sobretudo em caucasianos, onde pode ser difícil visualizar as lesões a olho nu⁽⁸⁾.

A evolução do vitiligo é variável, porém o início rápido, seguido por um período de estabilidade ou de progressão lenta, é mais característico. Nas áreas expostas ao sol, pode haver repigmentação espontânea em até 30% dos pacientes⁽⁹⁾, como a que ocorreu parcialmente no caso descrito. Entretanto, raramente isto é suficiente para aliviar o desconforto estético do paciente. A repigmentação espontânea inicia com ilhotas pontuadas ou gotadas nos óstios foliculares no interior da mancha ou de modo centrípeto a partir das bordas⁽²⁾. A repigmentação ocorre devido à ativação e migração

de melanócitos que estão nos folículos pilosos para a camada basal da pele despigmentada. Consequentemente, áreas da pele com poucos folículos (mãos e pés) ou com pelos brancos respondem mal ao tratamento, enquanto na face, braços, tronco há melhor resposta. Irradiação e inflamação também podem estimular a proliferação de melanócitos, enquanto que corticóides e imunomoduladores podem estimular a divisão e migração dos melanócitos ⁽²⁾.

Atualmente, com as terapias médicas disponíveis, podem ser alcançadas altas taxas de repigmentação de lesões em face e pescoço, apesar de serem menos eficazes em tronco e membros e haver pouco ou nenhum êxito na repigmentação de porções mais distais ou acrais e proeminências ósseas das extremidades. Para o tratamento do vitiligo generalizado, fototerapia com UVB banda estreita ou com PUVA (Psoralênico + Ultravioleta A) são as terapias mais importantes, enquanto que para vitiligo localizado, corticosteroides tópicos e inibidores da calcineurina revelam maior eficácia ⁽¹⁰⁾. A modalidade cirúrgica é interessante naqueles casos de vitiligo segmentar ou estável, cujas lesões são pouco numerosas e de pequenas ou médias dimensões ⁽²⁾.

O tratamento do vitiligo é difícil e prolongado, visto que apesar do arsenal terapêutico disponível, a doença pode progredir e não repigmentar completamente dependendo da área do corpo acometida em um bom número dos pacientes ⁽¹⁰⁾. Cabe ressaltar ainda, que o tratamento de possíveis doenças autoimunes associadas ao vitiligo não acarreta impacto sobre a evolução da patologia ⁽⁹⁾. Assim, com vistas à obtenção do sucesso na terapêutica da doença, deve haver também uma boa relação médico/paciente, haja vista o poderoso impacto que essa exerce sobre resposta e a adesão ao tratamento e até mesmo a resiliência diante de eventuais falhas terapêuticas ⁽⁸⁾.

Referências

1. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. São Paulo (SP): Artes Médicas. 2008; 3:356-60.
2. Rotta O, Schor N. Guia de dermatologia: clínica, cirúrgica e cosmética. Barueri (SP): Manole. 2008; 253-55.
3. Azulay, RD; Azulay, DR; Azulay-Abulafia L. Dermatologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan. 2008; 5:89-91.
4. Poojary SA. Vitiligo and associated autoimmune disorders: A retrospective hospital-based study in Mumbai, India. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2011; 39:356-61.
5. Alikhan A, Felstein LM, Daly M et al. Vitiligo: A comprehensive overview. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65:473-91.
6. Alkhateeb A, Fain PR, Thody A et al. Epidemiology of vitiligo and associated autoimmune diseases in caucasian probands and their families. *Pigment Cell Res*. 2003; 16:208-14.
7. Papadopoulos L, Bor R, Legg C et al. Impact of life events on the onset of vitiligo in adults: preliminary evidence for a psychological dimension in aetiology. *Clin Exp Dermatol* 1998; 23:243-48.
8. Steiner D, Bedin V, Moraes MB et al. Vitiligo. *An. Bras. Dermatol*. 2004; 79,335-51.
9. Fitzpatrick, TB. Dermatologia: atlas e texto. Rio de Janeiro (RJ): McGraw-Hill Medical, 2006; 5:336-43.
10. Falabella R, Barona MI. Update on skin repigmentation therapies in vitiligo. *Pigment Cell & Melanoma Res*. 2009; 22:42-65.

FIGURAS





Figura 1: Manchas acrómicas bilaterais. Observe a simetria das lesões (esquerdo e direito respectivamente).

(a) dorso do 1º quirodáctilo
(b) e (c) face flexora do antebraço
(d) e (e) região infra-mamária

Figura 2: Repigmentação espontânea em região lateral esquerda do pescoço (a) e região ântero-superior do tórax (b).

Endereço para correspondência:
Mayara Prim Pauli
Rodovia SC 408 nº 3.400
Alto Biguaçu – Biguaçu/SC - Brasil
CEP: 88160-000
E-mail: mayppauli@hotmail.com