



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

JULIANNE COSTA VASCONCELOS DE SANTANA

O VITILIGO NO ESTADO DE SERGIPE

ARACAJU/SE

2018

JULIANNE COSTA VASCONCELOS DE SANTANA

O VITILIGO NO ESTADO DE SERGIPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau no curso de Medicina.

Orientador: Ricardo Queiroz Gurgel
Co-orientador: Pedro Dantas Oliveira

ARACAJU/SE

2018

JULIANNE COSTA VASCONCELOS DE SANTANA

O VITILIGO NO ESTADO DE SERGIPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau no curso de Medicina.

Orientador: Ricardo Queiroz Gurgel
Co-orientador: Pedro Dantas Oliveira

Julianne Costa Vasconcelos de Santana
Graduando

Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel
Orientador

Prof. Dr. Pedro Dantas Oliveira
Co-orientador

JULIANNE COSTA VASCONCELOS DE SANTANA

O VITILIGO NO ESTADO DE SERGIPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau no curso de Medicina.

Orientador: Ricardo Queiroz Gurgel
Co-orientador: Pedro Dantas Oliveira

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me ofertado toda sabedoria e força de vontade, que me proporcionaram concluir mais esta etapa da minha formação.

À minha mãe, Jane, a grande responsável por eu ter conseguido chegar até aqui. Aquela que nunca mediu esforços para me fazer feliz e para que eu realizasse o grande sonho de cursar Medicina. Te amo mais que tudo mãe!

A todos da minha família que estiveram ao meu lado em todos os momentos, sempre me apoiando e acreditando em mim.

Toda gratidão ao meu namorado, Carlos Alberto, que esteve ao meu lado durante toda esta jornada, me apoiando e deixando tudo mais leve e feliz. Obrigada por toda paciência que você tem comigo. Te amo!

Aos meus orientadores Dr. Ricardo Gurgel e Dr. Pedro Dantas por terem me dado a oportunidade de conhecer mais sobre uma doença tão esquecida como o Vitiligo e por toda a paciência que tiveram comigo até o final desse trabalho.

Agradeço de coração a todos os funcionários do CEMAR e do HU-UFS que me ajudaram a facilitar a coleta dos prontuários, sem vocês tudo seria mais difícil.

Obrigada aos meus colegas de curso Marcelo, Mariana e Renan que também contribuíram na coleta dos prontuários.

E por fim, um muito obrigada aos pacientes portadores de Vitiligo, que mesmo não sabendo foram indispensáveis para o andamento e conclusão deste trabalho. Obrigada!

LISTA DE TABELAS

ARTIGO CIENTÍFICO

Tabela 1 - Características gerais, idade de início e tempo de doença dos pacientes com Vitiligo.

Tabela 2 - Terapias em uso ou mais recente terapia relatada em prontuário e comorbidades dos pacientes com Vitiligo.

Tabela 3 - Características do Vitiligo em relação ao tipo e à área corporal acometida.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO CIENTÍFICO

Figura 1 - Distribuição do Vitiligo no estado de Sergipe por municípios – número total de casos e porcentagem representada de cada município.

Figura 2 - Distribuição percentual do segmento corporal acometido pelo Vitiligo em cada sexo e em indivíduos menores de 18 anos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia

AI – Autoimunidade

DAI – Doenças autoimunes

LES – Lúpus eritematoso sistêmico

UV – Ultravioleta

ASDB – Amelanocítico com bordas nitidamente demarcadas

HPDB – Hipomelanocítico com bordas mal definidas

FK – Fenômeno de Koebner

VS – Vitiligo segmentar

VNS – Vitiligo não-segmentar

FT – Fototerapia

FQT – Fotoquimioterapia

PUVA – Psoraleno-UVA

NB-UVB – Banda estreita UVB

HU-UFS – Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe

CEMAR – Centro de especialidades médicas de Aracaju

DP – Desvio-padrão

PUVA-SOL – Psoraleno associado à exposição solar

DCV – Doenças cardiovasculares

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

DLP – Dislipidemia

AC – Área corporal

SUS – Sistema único de saúde

DM – diabetes melitus

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	VISÃO HISTÓRICA DA DOENÇA	12
2.2	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	13
2.3	ETIOPATOGENESE DO VITILIGO	15
2.4	ASPECTOS CLÍNICO E DIAGNÓSTICO DO VITILIGO	17
2.5	PREJUÍZOS PSICOSSOCIAIS ASSOCIADAS AO VITILIGO	20
2.6	TRATAMENTO	22
	REFERÊNCIAS	28
3.	NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	32
4.	ARTIGO CIENTÍFICO	37
	RESUMO	37
	ABSTRACT	38
	INTRODUÇÃO	39
	MÉTODOS	40
	RESULTADOS	41
	DISCUSSÃO	44
	CONCLUSÃO	49
	TABELAS E FIGURAS	50
	REFERÊNCIAS	55

1.INTRODUÇÃO

Acredita-se que o nome Vitiligo deriva do latim vitium, que significa defeito. (EZZEDINE; ELEFThERIADOU; WHITTON, 2015). Em 1765 a despigmentação crônica da pele, atualmente conhecida por Vitiligo, foi descrita pela primeira por Claude Nicolas Le Cat. (SPRITZ; ANDERSEN, 2017).

É o distúrbio de pigmentação da pele mais comum já relatado, com uma prevalência de aproximadamente 0,5% em todo o mundo. Não há diferenças significantes quanto à distribuição por sexo e aparentemente não há predileção da doença pelo tipo de pele ou raça. (TAĬEB; PICARDO, 2009).

No México, uma pesquisa multicêntrica com 50.000 indivíduos estimou a prevalência em 0,21%, mas os dados para a América do Sul são relativamente escassos, assim como para o Brasil. Dada esta escassez, um estudo cobrindo amostra aleatória de indivíduos selecionados representando junto um total de cerca de 40% da população brasileira foi iniciado e resultou em uma prevalência de 0,57% no país e 0,4% no Nordeste (CASTRO; MIOT, 2018). Em Sergipe, não há dados conhecidos na literatura quanto à prevalência de tal doença. Podemos atribuir esta escassez de dados ao fato do Vitiligo não ser uma doença de notificação compulsória e não ser uma doença que leva o seu portador ao óbito, portanto não há um sistema governamental que contabilize o número de pessoas acometidas.

Acredita-se que o vitiligo está fortemente associado a um fenômeno autoimune, apesar de sua causa ainda não ser claramente estabelecida. É uma doença polimorfa, multifatorial e poligênica caracterizada pela perda de melanócitos da epiderme e reservatórios de folículos pilosos. (BENZEKRI; GAUTHIER, 2017). Esta perda de funcionalidade dos melanócitos é responsável pelas manifestações clínicas do Vitiligo, mas a causa real da doença, como supracitado, é desconhecida. No entanto, algumas condições, incluindo doenças autoimunes,

genéticas, neurais, virais e estresse oxidativo, podem ter um papel importante no Vitiligo. (GHAFOURIANI et al., 2014)

É caracterizado pela despigmentação crônica da pele e apresenta como principal manifestação clínica este componente dermatológico, com o surgimento de máculas e/ou placas acrômicas e de tamanho variado que pode acometer várias áreas do corpo. A maioria dos pacientes não apresenta sintomatologia associada a estas alterações cutâneas, mas alguns relatam presença de sensibilidade ou dor nas áreas acometidas. (SBD, 2016)

No que diz respeito à manifestação clínica, o Vitiligo é classificado como localizado (focal, segmentar e mucoso) e generalizado (acrofacial e vulgar ou universal). Os padrões de distribuição e o curso da doença variam muito em cada indivíduo acometido por cada tipo (RADTKE et al., 2010).

A pele é um dos principais órgãos do ser humano, especialmente porque é protetora e permite interações interpessoais, sendo caracterizada, então, como mediadora entre o indivíduo e o mundo, assim como com seus semelhantes. Assim, a pele representa o principal canal de conexão entre sujeito e mundo. (BÚ et al., 2017)

Apesar de não ser uma doença contagiosa ou que confere maiores prejuízos orgânicos, uma grande preocupação são as consequências emocionais negativas que o Vitiligo pode desencadear em seu portador. As manifestações cutâneas supracitadas surgem inclusive em áreas mais expostas do corpo, conseqüentemente, muitos pacientes sofrem com a estigmatização, baixa autoestima e isolamento social, o que influencia fortemente na sua qualidade de vida. A maior conscientização acerca da qualidade de vida dos pacientes afetados e a melhor compreensão da patogênese dessa desordem, pode ajudar a garantir que o Vitiligo deixe de ser visto como uma doença puramente cosmética. (ELBULUK; EZZEDINE, 2016).

Embora as terapias para esta doença tenham melhorado, ainda não há cura ou medicação para interromper o avanço das manchas para novas áreas de pele. Se houvesse uma medicação segura que pudesse interromper a progressão do Vitiligo permanentemente, os problemas clínicos e sociais decorrentes dele seriam resolvidos em sua maioria. No entanto, os avanços trazem uma esperança real de que tal cura esteja próxima. (NORDLUND, 2017). A fototerapia é atualmente considerada a abordagem terapêutica mais adequada para o Vitiligo, induzindo a repigmentação e, em menor grau, interrompendo a progressão da doença. (LOTTI; FRANÇA, 2017).

Em resumo, o Vitiligo é uma doença cutânea comum com grande impacto potencial na qualidade de vida dos pacientes e, portanto, não deve ser considerada como simplesmente estética. É importante reconhecer os subtipos distintos e os padrões de lesão porque eles influenciam o prognóstico através da atividade da doença, a progressão e as respostas ao tratamento. Recentemente, muito foi revelado sobre a patogênese do Vitiligo e fatores de risco para a doença, o que pode levar a melhores opções de prevenção e tratamento. (RODRIGUES et al., 2017). Por isso, o objetivo do presente estudo é estimar o número de pacientes portadores de Vitiligo assistidos pelos serviços públicos de referência em atendimento dermatológico do estado de Sergipe e caracterizar esta população para que ela seja melhor atendida pelos profissionais de saúde, levando em conta suas individualidades.

2.REVISÃO DE LITERATURA

2.1.VISÃO HISTÓRICA DA DOENÇA

A pele humana é notável pela sua amplitude de cor e é fascinante pela sua ciência e biologia. Os seres humanos têm usado a cor da pele para distinguir sua nação, tribo e até mesmo sua família e outros povos e muitas vezes é critério para definição de amigo ou inimigo. A ciência e a biologia da cor da pele permaneceram um mistério até o início do

século XX, quando os melanócitos foram descritos e a química da formação da melanina na epiderme foi estudada. (NORDLUND, 2017).

O Vitiligo é um distúrbio de despigmentação crônico da pele, resultante de destruição seletiva dos melanócitos. Suas lesões típicas podem ser definidas como máculas leitosas, não descamativas, com margens bem delimitadas. Celsus foi o primeiro a usar o termo Vitiligo em sua obra médica latina clássica *De Medicina* durante o segundo século antes de Cristo. Acredita-se que o nome deriva do latim “vitium”, que significa *defeito* ou “vitilum” que significa *pequeno defeito* (EZZEDINE; ELEFThERIADOU; WHITTON, 2015).

Porém, foi em 1765 que essa despigmentação crônica da pele, atualmente conhecida por Vitiligo, foi descrita por Claude Nicolas Le Cat. E apenas na década de 50 foi feita a primeira consideração específica acerca do componente genético desta desordem quando Stuttgen e Teindel relataram simultaneamente um total de 8 famílias com múltiplos parentes afetados pelo Vitiligo. No entanto, estudos epidemiológicos genéticos formais vieram muito mais tarde. Hafez et al e Das et al. (1985) sugeriram um modo de herança multifatorial e estimaram a hereditariedade do Vitiligo. Investigações subsequentes também apoiaram um modelo poligênico e multifatorial (SPRITZ; ANDERSEN, 2017).

2.2.ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

É um dos mais marcantes fenótipos de doenças humanas e talvez seja o distúrbio pigmentar mais comum. A perda irregular da pigmentação da pele e o contraste marcante entre a pele afetada e a não afetada impactam na aparência do indivíduo, com consequente estigmatização, que resulta em significativa discriminação social e morbidade em seus portadores. (HAFEZ; SHARAF; ABD EL NABI, 1983).

Sua frequência na população mundial é bem variável na literatura, indo de 0,38% a 2,9%, mudando muito de acordo com a região estudada. A idade média de início das

manifestações cutâneas é entre a segunda e a terceira década de vida, acometendo ambos os sexos de forma semelhante. Alguns estudos indicam uma leve predileção dos casos pelo sexo feminino, possivelmente devido a maiores consequências psicossociais causadas por essa afecção de pele, porém, isso não é considerado estatisticamente significativo, porque alguns estudos mostram taxas similares para ambos os sexos (NUNES; ESSER, 2011). E apesar de não ser lembrada como uma doença da infância, 50% dos casos se iniciam antes dos 20 anos de idade e 25% antes dos 10 anos. Há também relatos de formas precoces do vitiligo, com início nos primeiros seis meses de vida (SILVA et al., 2007).

No México, uma pesquisa multicêntrica com 50.000 indivíduos estimou a prevalência em 0,21% (Estrada Castañón et al., 1992), mas os dados para a América do Sul são relativamente escassos, assim como para o Brasil. Um estudo brasileiro com 515 trabalhadores adultos revelou autorrelato de Vitiligo em um caso entre 515 (Ishy, Silva, Penha, Handel, & Miot, 2014). Bechelli et al (1981) em um exame de 9.955 escolares da Amazônia relatou uma prevalência de 0,04% (CASTRO; MIOT, 2018).

Dada esta escassez de dados para o Brasil, Castro et al.(2018) iniciaram um estudo cobrindo amostra aleatória de indivíduos selecionados de 87 municípios brasileiros com mais de 300.000 habitantes, representando um total de cerca de 40% da população brasileira. Foram selecionados aleatoriamente números de telefone residencial e foram concluídas entrevistas em um total de 6.048 residências, totalizando 17.004 habitantes. O Vitiligo foi relatado em 97 residentes, o que corresponde a uma prevalência global de 0,57% e no Nordeste foi detectada prevalência de 0,4%.

Em Sergipe, não há dados na literatura quanto à prevalência da doença. Podemos atribuir esta escassez de dados ao fato do Vitiligo não ser uma doença de notificação compulsória e não ser uma doença que leva o seu portador ao óbito, portanto não há um

sistema governamental que contabilize o número de pessoas acometidas.

2.3.ETIOPATOGENESE DO VITILIGO

Em relação à etiopatogenia do vitiligo, estudos recentes indicaram importante papel da alteração da imunidade celular, das citocinas (bioquímica) e da autoimunidade. Há evidências da contribuição da deficiência de células T reguladores no desenvolvimento de doenças autoimunes e inflamatórias. Da mesma forma, foi detectada diminuição dos níveis de linfócitos T reguladores na pele de pacientes com vitiligo. Essas células são responsáveis pela modulação negativa de resposta imunológica a autoantígenos mantendo assim a homeostase imune. Também há relatos de diminuição significativa dos níveis séricos de TGF- β e um estudo sugeriu que a expressão de IL-10 está reduzida na pele com Vitiligo. Ambas as citocinas citadas são imunossupressoras, e produzidas pelas células T reguladoras. (KIDIR et al., 2017).

A teoria da autoimunidade (AI) do Vitiligo é reforçada pelo aumento da prevalência de auto-anticorpos órgãos-específicos em várias grandes séries de pacientes com Vitiligo. Porém, até o momento, um anticorpo anti-melanócito não foi encontrado nos soros de pacientes com Vitiligo (HERTZ, 1977). Alguns genes associados à doença determinam a suscetibilidade geral à AI e outros determinam a AI específica aos melanócitos. Esses achados começam a destacar vias biológicas que podem mediar a resposta de indivíduos geneticamente suscetíveis, embora os desencadeadores ambientais do início da doença ainda não sejam conhecidos, assim como a resposta a fatores que mediam ou modificam seu curso clínico e sua resposta ao tratamento. (HAFEZ; SHARAF; ABD EL NABI, 1983)

Mais um fato que corrobora a teoria da AI é que os portadores de vitiligo têm uma predisposição a outras DAI, incluindo doenças da tireoide, diabetes tipo 1, artrite reumatoide, psoríase, entre outras, sugerindo que essas doenças compartilham componentes genéticos. Há

também evidências de que essas mesmas doenças aparecem com maior frequência em parentes de primeiro grau de pacientes com vitiligo, o que sugere que algumas famílias têm maior predisposição a essas DAI, reforçando a ligação genética da doença. Ao testar a ligação genética entre a doença e marcadores de DNA polimórfico abrangendo todo o genoma em famílias com Vitiligo e DAI e auto-inflamatórias, foram identificadas várias regiões cromossômicas (ou loci) que parecem contribuir para essa associação epidemiológica, incluindo uma no cromossomo 17p13. Essa região genômica também parece contribuir para o lúpus eritematoso sistêmico (LES) em membros de famílias que internam com lúpus juntamente com Vitiligo ou com várias DAI e auto-inflamatórias. Este achado sugere que o cromossomo 17p13 está envolvido na suscetibilidade a múltiplas doenças DAI. (RICCARDI et al., 2007).

Estudos sobre a patogênese do vitiligo também mostram a importância de espécies reativas de oxigênio e anormalidades intrínsecas de melanócitos como possíveis indutores-chave de toda a cascata inflamatória (EZZEDINE; ELEFTHERIADOU; WHITTON, 2015). Os melanócitos são particularmente vulneráveis ao estresse oxidativo devido ao estado pró-oxidante gerado durante a síntese de melanina e aos defeitos antioxidantes genéticos. A autofagia é um processo de auto-digestão controlada que pode proteger as células contra danos oxidativos, mas o papel exato dela ainda não está definido (HE et al., 2017).

Embora estas três teorias sejam suficientes para explicar os mecanismos do Vitiligo, a teoria da convergência é de que estresse, acúmulo de compostos tóxicos, infecção, AI, mutações, alteração do ambiente celular e migração e proliferação de melanócitos prejudicadas podem contribuir em proporções variadas para a etiopatogenia do Vitiligo. Dessa forma, não há dados suficientes para apoiar a causa exata do Vitiligo. (GHAFOURIANI et al., 2014).

2.4.ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICO DO VITILIGO

De acordo com a Vitiligo Research Foundation (VRFoundation, 2010-2017), organização não lucrativa de pesquisa em vitiligo, o diagnóstico da doença é eminentemente clínico, feito através de uma boa anamnese e eventualmente pode-se lançar mão de testes laboratoriais. História familiar, trauma cutâneo prévio no local dois a três meses antes da despigmentação, estresse ou doença física e perda da coloração dos cabelos antes dos 35 anos, são fatores importantes da anamnese para o diagnóstico do vitiligo. O uso de luz ultravioleta (UV) – Lâmpada de Wood – é também mais um recurso que pode ser utilizado quando a olho nu ainda não é possível distinguir as áreas afetadas da pele normal. Em casos mais difíceis e como última alternativa pode-se recorrer à biópsia da lesão.

A dermatoscopia é um recurso importante no diagnóstico do Vitiligo. O exame pode detectar alterações sutis no padrão pigmentar, que podem ser úteis no diagnóstico precoce da doença e no diagnóstico diferencial com outros distúrbios de despigmentação cutânea. Além disso, estudos como o de Chuh e Zawar mostram a utilidade da dermatoscopia tanto para o diagnóstico quanto para a progressão do Vitiligo. Foi observado um padrão de despigmentação com reservatórios residuais de pigmento perifolicular significando um Vitiligo focalmente ativo ou um Vitiligo em repigmentação. Vários achados dermatoscópicos estão associados à estabilidade e repigmentação, entre eles incluem: hiperpigmentação marginal e perifolicular, pigmentação reticular e pigmentação reticular marginal. Conclui-se então que, escores histopatológicos associados à dermatoscopia de rotina podem diagnosticar lesões em evolução do Vitiligo e podem indicar a necessidade de biópsia de pele em casos duvidosos. (THATTE; KHOPKAR, 2014).

Tendo em conta exclusivamente o aspecto clínico das lesões sob luz do dia ou sob luz de Wood, podem ser descritos tipos clínicos comuns de lesões de Vitiligo: amelanótico com

bordas nitidamente demarcadas (ASDB) e hipomelanótico com bordas mal definidas (HPDB). Tricrômio, pentacrômio e tipos inflamatórios de bordas elevadas e, mais recentemente, despigmentação tipo confete poderiam ser considerados subtipos de HPDB. (BENZEKRI; GAUTHIER, 2017)

A histopatologia e os estudos imuno-histoquímicos da doença mostram ausência de melanócitos na lesão, embora melanócitos ocasionais possam aparecer. A presença de um infiltrado linfocítico em amostras de pele perilesional foi descrita no vitiligo inflamatório ativo, em que há uma borda eritematosa elevada (EZZEDINE; ELEFTHERIADOU; WHITTON, 2015). Até agora, a biópsia cutânea perilesional tem sido a avaliação mais confiável da estabilidade e atividade das lesões. Infelizmente, esse método invasivo nem sempre é aceito pelos pacientes. O tipo clínico ASDB foi associado com região perilesional exibindo despigmentação acentuada, sem espongirose, ausência de linfócitos T CD81 em contato próximo com melanócitos na epiderme e infiltração fraca de linfócitos T CD81 na derme, sendo compatível com lesões de Vitiligo estável. Ao contrário das lesões do tipo HPDB (BENZEKRI; GAUTHIER, 2017).

As principais manifestações clínicas do vitiligo são cutâneas, não trazendo maiores impactos orgânicos aos pacientes. O principal sintoma é o surgimento de manchas acrômicas ou hipocrômicas, que inicialmente pode começar com uma lesão mais pálida que a pele normal adjacente, mas gradualmente se torna completamente branca. As bordas podem ser lisas ou irregulares e podem ter uma borda vermelha inflamada. Comumente, as lesões surgem em áreas da pele expostas ao sol, regiões de dobras do corpo, locais anteriormente lesionados na pele (Fenômeno de Koebner – FK) e áreas ao redor de orifícios (VR Foundation, 2010-2017). No vitiligo, o cabelo, os pelos e a mucosa oral também podem se tornar despigmentadas (GHAFOURIANI et al., 2014). Apesar de a maioria dos pacientes não manifestar qualquer sintoma além dos supracitados, alguns relatam sentir sensibilidade, dor e

prurido nas áreas acometidas (SBD,2016).

O Vitiligo pode ser classificado, com base em sua clínica, em duas formas principais, segundo Taeb e Picardo (2007), a saber: Vitiligo segmentar (VS) e Vitiligo não-segmentar (VNS), este último incluindo três variantes – vitiligo generalizado, vitiligo acrofacial, vitiligo universal. (LAN et al., 2011). Para obter uma definição instrumental para pesquisa clínica em Vitiligo generalizado comum (VNS), excluindo-se outras condições relacionadas, as seguintes definições foram propostas: o Vitiligo vulgar/VNS é um distúrbio de pigmentação crônica adquirido, caracterizado por manchas brancas, frequentemente simétricas, que geralmente aumentam de tamanho com o tempo, acometendo, às vezes, folículos pilosos. O VS é definido da mesma forma, porém com uma distribuição unilateral que pode coincidir total ou parcialmente com um dermatomo, mas não necessariamente. Outros padrões de distribuição podem ser encontrados cruzando vários ou correspondendo a grandes áreas delineadas pelas linhas de Blaschko. O Vitiligo focal pode ser um subconjunto de VS ou VNS, em que o retalho afetado é pequeno (10-15cm²) sem um padrão de distribuição óbvio. O Vitiligo generalizado e o VS podem coexistir e, neste caso, as lesões segmentares são mais refratárias ao tratamento. (TAÏEB; PICARDO, 2007).

O VS muitas vezes tem início na infância, com progressão rápida e logo estabiliza. Envolve o compartimento capilar logo após o início, e geralmente não é acompanhado por outras doenças autoimunes. Muitas vezes acomete a face e é responsivo ao enxerto autólogo, com repigmentação estável. Pode ser difícil distingui-lo do nevus despigmentado, especialmente em casos com início precoce. Já o VNS pode começar na infância, mas é mais comum na fase adulta ocorrendo de forma progressiva, em surtos. Geralmente envolve o folículo piloso em fases posteriores e comumente ocorre em locais sensíveis à pressão e fricção e propensos à trauma. Está frequentemente associado à história pessoal ou familiar de autoimunidade e recidiva facilmente após enxerto autólogo. (TAÏEB; PICARDO, 2009).

Em 1872, Koebner descreveu a ‘‘resposta isomórfica’’, agora conhecida como FK, como o surgimento de novas lesões focais em locais de trauma, pressão ou fricção da pele na psoríase, que foi rapidamente estendida ao Vitiligo e a muitas outras desordens da pele que têm um componente auto-imune ou auto-inflamatório importante. (HAFEZ; SHARAF; ABD EL NABI, 1983). No Vitiligo, o FK é responsável pelo aparecimento das chamadas lesões despigmentadas isomórficas, manchas que podem corresponder a áreas traumatizadas e são facilmente reconhecíveis pela sua forma. Em alguns casos, o FK foi descrito com uma borda de pigmentação intermediária, também denominada ‘‘trícromico vitiligo’’. Além disso, tem sido sugerido que a localização das lesões de Vitiligo pode estar relacionada a áreas de repetidas fricções que ocorrem durante as atividades diárias ou pressão contínua de roupas ou outros itens. (LAN et al., 2011)

Como dito, as manifestações clínicas são essencialmente cutâneas, porém o Vitiligo está fortemente associado com múltiplas doenças auto-imunes ou auto-inflamatórias. Dessa forma, é importante ter conhecimento das possíveis comorbidades que podem afetar o seu portador. Aproximadamente 15% a 20% dos pacientes com Vitiligo apresentam doença auto-imune da tireóide e maior prevalência de anemia perniciosa, miastenia *gravis*, LES, artrite reumatóide, dermatite atópica, síndrome de Sjögren, doença de Addison, diabetes tipo 1, esclerodermia, urticária crônica, ictiose, psoríase e alopecia areata. Sessenta por cento dos pacientes com Vitiligo apresentam disfunção coclear e 12% a 38% apresentam perda auditiva neurossensorial; alterações na visão e produção anormal de lágrimas também foram relatadas. (EZZEDINE et al., 2015)

2.5.PREJUÍZOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO VITILIGO

Apesar de não ser uma doença contagiosa e de suas manifestações serem essencialmente cutâneas, a estigmatização e o preconceito sofridos pelos pacientes com

vítiligo afetam substancialmente em sua qualidade de vida. Muitos sofrem de baixa autoestima e isolamento social devido a sua aparência e ao envolvimento de partes visíveis do corpo. Porém, esse comprometimento social tende a ser subestimado e o vítiligo acaba sendo considerado uma questão apenas cosmética. (BAE et al., 2018).

Além desta estigmatização por outros, embora as queixas físicas subjetivas estejam geralmente ausentes, a experiência da doença caracteriza-se em muitos pacientes por sentimentos de medo e vergonha, que podem levar a uma diminuição da autoconfiança, acompanhada por dificuldades da socialização e do desenvolvimento da personalidade. (RADTKE et al., 2010). Dessa forma, podemos afirmar que o Vítiligo não é uma doença puramente estética, mas sim pode ser considerada uma doença psicossocial. Assim, de forma bidirecional, temos o surgimento do ramo de conhecimento denominado Psicodermatologia, oriundo da interseção entre os núcleos de conhecimento das áreas da psicologia e dermatologia. Nessa perspectiva, o sujeito pode ser compreendido como um todo, além do dualismo psique/corpo, levando em conta também os aspectos sociais da doença. (BÚ et al., 2017).

A pele desempenha importante papel na nossa interação com o mundo e seu aspecto é um elemento essencial na percepção da saúde de um indivíduo. Historicamente, há relatos do estigma social associado ao vítiligo ao longo dos séculos e em diferentes culturas. Instrumentos foram criados para estimar a qualidade de vida desses pacientes, como os Índice de Qualidade de Vida da Dermatologia (DLQI) ou, mais específicos, a Escala de Impacto de Vítiligo, o Instrumento de Qualidade de Vida Relacionado à Saúde de vítiligo (VitiQol) e o Vítiligo Impact Patient Scale. Porém, geralmente eles não conseguem detectar a forma como os pacientes lidam com o impacto do Vítiligo em suas vidas (ELBULUK, 2017).

BÚ et al. (2017) tentaram por meio do seu estudo apresentar a compreensão de

sujeitos portadores de Vitiligo sobre sua afecção, avaliando também a associação com a concepção de saúde-doença através de um questionário semiestruturado com questões relacionadas ao conceito saúde-doença-vitiligo. Conclui-se que para estes participantes portadores, ser acometido por tal afecção é mais do que ter uma simples condição dermatológica, é suportar uma doença psicossocial que é verdadeira, devido aos olhares que vêm através dos olhos dos outros, bem como aos efeitos sobre si mesmos.

2.6. TRATAMENTO

O vitiligo é uma desordem incurável, portanto os tratamentos existentes não trazem a cura, mas um controle da doença e uma amenização das lesões existentes. A terapia do vitiligo ainda é insatisfatória e requer um longo tempo para muitos pacientes. Existem diversas abordagens para ajudar a restaurar a cor ou o tom da pele, mas a segurança e a eficácia de algumas delas ainda são questionáveis. A fototerapia (FT) é atualmente considerada o tratamento mais apropriado, induzindo a repigmentação e, em menor grau, impedindo a progressão da doença (LOTTI; FRANÇA, 2017).

A FT com banda estreita UVB (NB-UVB) e a fotoquimioterapia (FQT) psoraleno-UVA (PUVA) é amplamente utilizada em tratamentos à base de luz para diversas doenças de pele e pode ser altamente eficaz, bem tolerada, segura, econômica e reduzir a necessidade de terapias tópicas. A sua principal indicação é no tratamento da psoríase, mas outras doenças como a dermatite atópica, vitiligo, linfoma cutâneo de células T, pitíriase rubra pilar e uma série de outras dermatoses se beneficiam dela. O uso da FT com NB-UVB foi introduzido e passou a ser mais difundido nos anos 80. É um tratamento econômico e seguro que envolve irradiação controlada e repetida da região com a NB-UVB centrada em 311nm. Seus principais efeitos adversos agudos são o eritema e a indução de doenças fotossensíveis, como a erupção polimorfa à luz (PLE). É importante ressaltar que o NB-UVB pode ser usado com

segurança em crianças e gestantes e estudos a longo prazo não indicam um risco significativamente aumentado de câncer de pele em seus usuários. (IBBOTSON, 2018)

Na FQT com PUVA há a administração de psoraleno via sistêmica (8-metoxipsoraleno ou 5-metoxipsoraleno) ou tópica (8-metoxipsoraleno em loção, gel ou creme). O mecanismo é bem diferente da terapia com UVB ou com somente UVA, pois o PUVA induz uma reação eritematosa tardia em torno de 96h após a irradiação da pele sensibilizada pelo psoraleno. Isso contrasta com o tempo de pico para o desenvolvimento de eritema após a exposição ao NB-UVB de 12-24h. O 8-metoxipsoraleno oral pode causar algum desconforto gastrointestinal e a dor pode surgir como um efeito adverso menos comum, porém geralmente o tratamento é bem tolerado. O PUVA em altas doses aumenta substancialmente o risco de carcinoma de células escamosas e melanoma. De qualquer forma, como todas as opções terapêuticas deve-se avaliar o risco x benefício e o PUVA deve ser mantido firmemente dentro das opções de tratamento, pois pode ser altamente eficaz, resultando em melhora acentuada física e da qualidade de vida de pacientes. (IBBOTSON, 2018)

A NB-UVB é frequentemente preferida e prescrita com mais frequência do que o PUVA, especialmente para o tratamento da psoríase assim como para o tratamento do Vitiligo. Podemos atribuir isso ao aumento do risco carcinogênico de pele associado ao PUVA e o melhor perfil de segurança do NB-UVB. Além disso, o NB-UVB não é contraindicado para crianças e gestantes como o PUVA e os pacientes em uso não necessitam de proteção cutânea e ocular após o tratamento. (VAANI et al., 2018). Ademais, no Vitiligo a FT com NB-UVB demonstrou superioridade em relação a taxas de repigmentação, particularmente para o Vitiligo extensivo instável, e para atingir uma repigmentação mais esteticamente aceitável. Assim, a NB-UVB seria a FT de escolha para o Vitiligo, embora o PUVA possa ser considerado em certos casos, principalmente se não houver resposta satisfatória à NB-UVB. (IBBOTSON, 2018)

Uma longa lista de tratamentos sugeridos foi compilada e novos medicamentos, orais e tópicos, foram desenvolvidos. A saber, destacamos alguns: arsênico, clofazimina, cloroquina, ciclofosfamida, ciclosporina, dapsona, fluorouracil, metotrexato, minoxidil, esteróides orais e tópicos, tacrolimus, tretinoína, entre outros. O tacrolimus, por exemplo, é uma das medicações bastante utilizada atualmente como alternativa no tratamento do Vitiligo. É um inibidor da calcineurina, que suprime a ativação das células T e é indicado para o tratamento da dermatite atópica e uma variedade de outras dermatoses (NORDLUND, 2017). O tacrolimus tópico é absorvido pela pele e é bem tolerado. Sua eficácia é cada vez mais estudada para indicações *off label*, incluindo psoríase e Vitiligo. Portanto, opções de tratamento mais eficazes, com menos efeitos adversos e maior conformidade, seriam bem-vindas (EDGE; FREY, 2017).

Percebe-se então, que mesmo com a introdução da FT, a necessidade de tratamento do Vitiligo continuou a ser grande. E ainda hoje, as terapias existentes são incapazes de inativar a fisiopatologia vitiliginosa e de interromper a progressão da doença ou a recorrência após a repigmentação bem-sucedida. Infelizmente, muitos pacientes não respondem a nenhum tratamento e o Vitiligo geralmente recorre após a conclusão da terapia. Se houvesse uma medicação segura que pudesse ser usada por crianças e adultos, que interrompesse permanentemente a progressão da despigmentação em suas manifestações mais precoces ou após um tratamento bem-sucedido, os problemas físicos e sociais do Vitiligo seriam amenizados. No entanto, os avanços trazem uma esperança real de que tal cura esteja próxima. (NORDLUND, 2017).

As modalidades terapêuticas no Vitiligo refletem diferentes modos de ação, mas o tratamento precisa ser adaptado ao curso da doença e à apresentação clínica, necessitando, assim, de uma abordagem personalizada. Como já dito, ainda não foi encontrado nenhum método de tratamento que seja consistentemente eficaz e com poucos efeitos colaterais

(IBRAHIM et al., 2018).

Em suma, o Vitiligo é uma doença cutânea comum na população mundial, porém por não ser uma doença de notificação compulsória ou que seja letal ao seu portador, pode-se suspeitar que seja uma doença subestimada. Além disso, o Vitiligo causa um impacto potencial na qualidade de vida dos pacientes e, portanto, não deve ser considerada como simplesmente estética. É importante o diagnóstico precoce e reconhecer os subtipos distintos e os padrões de lesão porque eles influenciam o prognóstico através da atividade da doença, a progressão e as respostas ao tratamento. Recentemente, muito foi revelado sobre a patogênese do Vitiligo e fatores de risco para a doença, o que pode levar a melhores opções de prevenção e tratamento. (RODRIGUES et al., 2017).

Dessa forma, a avaliação inicial deve focalizar na extensão da doença, o possível agravamento devido ao FK nas áreas afetadas e a possibilidade de outras DAI associadas, em particular as da tireoide. Atenção deve ser dada aos efeitos psicossociais da condição e quando indicado encaminhar para apoio psicológico. Os pacientes devem ser informados de que o Vitiligo é um distúrbio crônico, recidivante, que a repigmentação é um processo lento e que a reativação da doença em diferentes regiões do corpo ou o reaparecimento de lesões em regiões já tratadas podem ocorrer. (TAÏEB; PICARDO, 2009). Além disso, deve ser informado sobre as diversas opções terapêuticas e sobre a resposta individualizada aos tratamentos, bem assim a esperança de novas modalidades terapêuticas futuras oriundos dos avanços da ciência.

REFERÊNCIAS

- BAE, J. M. et al. Factors affecting quality of life in patients with vitiligo: a nationwide study. **British Journal of Dermatology**, v. 178, n. 1, p. e73–e73, 2018.
- BENZEKRI, L.; GAUTHIER, Y. Clinical markers of vitiligo activity. **Journal of American Dermatology**, v. 76, n. 5, p. 856–862, 2017.
- BÚ, E. A. DO et al. Vitiligo as a psychosocial disease: apprehensions of patients imprinted by the white. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 0, p. 481–492, 2017.
- CESAR SILVA DE CASTRO, C.; MIOT, H. A. Prevalence of vitiligo in Brazil—A population survey. **Pigment Cell and Melanoma Research**, v. 31, n. 3, p. 448–450, 2018.
- EDGE, R.; FREY, N. Tacrolimus for the Treatment of Adults With Psoriasis or Vitiligo: A Review. **CADTH Report / Project in Briefs**, v. 1.0, p. 1–21, 2017.
- ELBULUK, N.; EZZEDINE, K. Quality of Life, Burden of Disease, Co-morbidities, and Systemic Effects in Vitiligo Patients. **Dermatologic Clinics**, v. 35, n. 2, p. 117–128, 2016.
- EZZEDINE, K. et al. Vitiligo is not a cosmetic disease. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 73, n. 5, p. 883–885, 2015.
- GHAFOURIANI, E. et al. VITILIGO : SYMPTOMS , PATHOGENESIS AND TREATMENT. **Internacional Journal of Immunopathology and Pharmecology**, v. 27, n. 4, p. 485–489, 2014.
- HAFEZ, M.; SHARAF, L.; ABD EL NABI, S. M. The genetics of vitiligo. **Acta Dermato-Venereologica**, v. 63, n. 3, p. 249–251, 1983.
- HE, Y. et al. Dysregulated autophagy increased melanocyte sensitivity to H₂O₂ - induced oxidative stress in vitiligo. **Scientific Reports**, v. 7, n. 42394, 2017.

IBBOTSON, S. H. A Perspective on the Use of NB-UVB Phototherapy vs. PUVA Photochemotherapy. **Frontiers in medicine**, v. 5, n. July, p. 184, 2018.

IBRAHIM, Z. A. et al. Evaluation of the efficacy of transdermal drug delivery of calcipotriol plus betamethasone versus tacrolimus in the treatment of vitiligo. **Journal of Cosmetic Dermatology**, n. November 2017, p. 1–8, 2018.

KHALED EZZEDINE, VIKTORIA ELEFThERIADOU, MAXINE WHITTON, N. VAN G. Vitiligo. **The Lancet**, v. 386, n. 9988, p. 74–84, 2015.

KENNETH C. HERTZ, M.D., LAURA A. GAZEE, A.B., CHARLES H. KIRKPATRICK, M.D., AND STEPHEN I. KATZ, M.D., P. D. Autoimmune Vitiligo - Detection of Antibodies to Melanin-Producing Cells. **The New England Journal of Medicine**, v. 297, n. 12, p. 634–637, 1977.

KIDIR, M. et al. Clinical Trial Regulatory T-cell cytokines in patients with nonsegmental vitiligo. **Internacional Journal of Dermatology**, v. 56, n. 5, p. 1–8, 2017.

LAN, C. C. E. et al. Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. **PIGMENT CELL & MELANOMA Research**, v. 25, n. 3, p. E1–E13, 2011.

LOTTI, T.; FRANÇA, K. UVA 1 laser in the treatment of patients with vitiligo. **Journal Highlights - Dermatologic Therapy**, n. March, p. 12494, 2017.

SILVA, M. C. et al. Childhood vitiligo : clinical and epidemiological characteristics *. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 82, n. 1, p. 47–51, 2007.

NORDLUND, J. J. The Medical Treatment of Vitiligo: An Historical Review. **Dermatologic Clinics**, v. 35, n. 2, p. 107–116, 2017.

NUNES, DANIEL HOLTHAUSEN AND ESSER, L. M. H. Vitiligo epidemiological profile and the association with. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 2, p. 241–248, 2011.

RADTKE, M. A. et al. Clinical features and treatment outcomes of vitiligo from the patients' perspective: Results of a national survey in germany. **Dermatology**, v. 220, n. 3, p. 194–200, 2010.

RICCARDI, S. L. et al. in Vitiligo-Associated Multiple Autoimmune Disease. **The New England Journal of Medicine**, v. 356, n. March, p. 1216–25, 2007.

RODRIGUES, M. et al. New discoveries in the pathogenesis and classification of vitiligo. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 77, n. 1, p. 1–13, 2017.

SPRITZ, R. A.; ANDERSEN, G. H. L. Genetics of Vitiligo. **DermatologicClinics**, v. 35, n. 2, p. 245–255, 2017.

TAÏEB, A.; PICARDO, M. The definition and assessment of vitiligo: A consensus report of the Vitiligo European Task Force. **Pigment Cell Research**, v. 20, n. 1, p. 27–35, 2007.

TAÏEB, A.; PICARDO, M. Vitiligo. **The New England Journal of Medicine**, v. 360, p. 160–169, 2009.

VAANI, V. V et al. The utilization of phototherapy in the department of dermatology, Hospital Kuala Lumpur: A 5-year audit. **The Medical journal of Malaysia**, v. 73, n. 3, p. 125–130, 2018.

Portal Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disponível

em <<http://www.sbd.org.br/doenca/vitiligo/>> Acesso em 28 de maio de 2018.

Portal vitiligoResearch Foundation. Disponível em: <<http://vrfoundation.org/>> Acesso em 14 de junho de 2018.

3. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO



Normas da Revista

INFORMAÇÕES GERAIS

O periódico *Anais Brasileiros de Dermatologia*, indexado nas bases de dados *MedLine*, *Web of Science*, *Scopus*, *Embase – Excerpta Medica*, *Latindex*, *LILACS*, *Periódica*, *Tropical Diseases Bulletin (TDB)* –, e incluído na coleção da biblioteca eletrônica SciELO Brasil, é uma publicação bimestral destinada à divulgação de trabalhos técnico-científicos inéditos, resultantes de pesquisas ou revisões de temas dermatológicos e correlatos. Permutas com outras publicações poderão ser aceitas e, conforme consta no Estatuto da Sociedade Brasileira de Dermatologia, sua distribuição é gratuita aos seus associados.

Os *Anais Brasileiros de Dermatologia* seguem os "Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" (normas de Vancouver), cujo texto original atualizado, em inglês, está disponível no endereço eletrônico www.icmje.org. Trabalhos originados de experimentos em seres humanos e animais devem atender às normas oficiais vigentes (Resolução CNS 466/12). Pesquisas que envolvam intervenção em seres humanos e animais precisam ter aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, que deve ser informada nos manuscritos.

A submissão aos Anais Brasileiros de Dermatologia requer que os manuscritos não tenham sido publicados anteriormente, exceto na forma de resumos, e nem estejam sendo considerados para publicação em outros periódicos.

Os originais recebidos são encaminhados a especialistas para emissão de pareceres. Nomes de autores e de pareceristas são mantidos em sigilo. Nomes de instituições, cidades, estados e países, onde o trabalho foi realizado, deverão ser omitidos no título e no corpo do texto no início da submissão. Os autores são informados quanto aos pareceres emitidos e devem cuidar da revisão dos originais quando sugeridas modificações substanciais.

As opiniões e declarações contidas na revista são de responsabilidade única e exclusiva de seus autores, não sendo, necessariamente, coincidentes com as da Equipe Editorial, do Conselho Consultivo ou da Sociedade Brasileira de Dermatologia. A Equipe Editorial dos Anais Brasileiros de Dermatologia e a Sociedade Brasileira de Dermatologia não garantem nem endossam os produtos ou serviços anunciados – as propagandas são de responsabilidade única e exclusiva dos anunciantes – nem qualquer promessa relacionada a serviço ou produto anunciado na revista.

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Desenvolvimento, Elementos essenciais

Encaminhar os originais por meio do sistema de submissão *online*, de acordo com as orientações do mesmo. A fonte a ser utilizada deverá ser Times New Roman, tamanho 12.

Todos os trabalhos deverão ser submetidos em LÍNGUA INGLESA; no entanto, autores que têm o português como idioma nativo, sejam brasileiros ou estrangeiros, deverão apresentar a versão do trabalho TAMBÉM EM LÍNGUA PORTUGUESA.

Optar pela seção a que se destina o manuscrito e verificar o título completo do artigo, os nomes dos autores, por extenso e abreviados, suas afiliações, com o nome da instituição a que estão vinculados, cidade, estado e país, local em que o trabalho foi realizado, com nome da instituição, o endereço completo do autor correspondente, seus telefones, e-mail, eventual suporte financeiro e conflitos de interesse. Informar ainda, em declaração assinada pelo autor principal, a participação específica de cada autor na execução do trabalho, quando solicitada pelo Conselho Editorial (veja adiante em "Critérios de autoria").

Indicar, no mínimo, três e, no máximo, dez descritores (palavras-chave), em inglês e português, que identifiquem os assuntos tratados no texto e que estejam incluídos na publicação da Bireme "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), disponível no endereço <http://decs.bvs.br> ou no *Medical SubjectHeadings (MeSH)*, do *Index Medicus*, disponível no endereço www.nlm.nih.gov/mesh.

Critérios de autoria

A inclusão como autor subentende substancial contribuição intelectual na elaboração do trabalho, que compreende a participação na concepção e no planejamento do estudo, na obtenção, análise e interpretação dos dados, na redação ou revisão crítica do manuscrito e na aprovação de sua versão final.

Outras participações, como obtenção de financiamento, simples coleta e catalogação de dados, auxílio técnico na execução de rotinas, encaminhamento de pacientes, interpretação de exames de rotina e chefia de serviço ou departamento, que não estejam diretamente envolvidas no estudo, não constituem critérios para autoria. Entretanto, caso tenham contribuído substancialmente para o estudo, merecerão citação nos "Agradecimentos", ao final do texto, para o que será preciso autorização escrita dos responsáveis.

Referências

As referências bibliográficas completas, em ordem de citação, devem incluir apenas as publicações mencionadas na matéria e obedecer aos "Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" (estilo Vancouver). Os títulos de periódicos devem ser abreviados como no *Index Medicus*, cuja lista de abreviaturas pode ser obtida na publicação da *NLM List of Serials Indexed for Online Users*, que está disponível no endereço <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. É de responsabilidade dos autores a exatidão das referências bibliográficas.

Ilustrações

As ilustrações compreendem quadros, tabelas, gráficos, figuras e vídeos, justificando-se sua inclusão apenas quando servirem, efetivamente, para complementar as informações do texto ou simplificar sua compreensão. Por esse motivo, serão aceitas somente até o limite determinado para o tipo de artigo, salvo melhor juízo da Equipe Editorial.

Referir as ilustrações no texto e numerá-las em algarismos arábicos, em sequência própria para cada tipo, conforme a ordem de entrada.

Anexar todas as ilustrações nos campos apropriados disponíveis no sistema de submissão.

Inserir imagens digitalizadas sob a forma de arquivos nos formatos com extensão ".jpg" e resolução mínima de 300 dpi. Vídeos poderão ser aceitos até 10 MB com extensões ".mpg", ".avi" e ".wmv".

Quadros, tabelas e gráficos

Os quadros servem para apresentação tabular de informações textuais, sem dados estatísticos, ao contrário das tabelas, que têm por objetivo indicar resultados numéricos e valores comparativos, permitindo avaliação estatística. Nos gráficos, os dados são apresentados sob a forma de desenho, preferencialmente como diagramas de barras ou circulares.

Quadros, tabelas e gráficos devem ter título sucinto e claro, com explicações, se necessárias, como notas de rodapé.

Se, nos quadros e nas tabelas, forem usados dados de outra fonte, publicados ou não, será necessário obter permissão e informar a autoria, a data e a localização dos dados. A fonte deverá ser citada nas referências, e os créditos devem aparecer abaixo do quadro, tabela ou gráfico.

Figuras e vídeos

Figuras compreendem as demais formas de ilustração, principalmente fotografias e fotomicrografias, devendo ser informados método de coloração e aumento. Anexar as fotos na extensão ".jpg", e especificar e identificar as legendas com a respectiva numeração.

Se uma figura já tiver sido publicada, mencionar a fonte original e enviar permissão por escrito do detentor dos direitos autorais para a sua reprodução. Documentos de domínio público constituem exceção.

Para os vídeos, é necessário inserir legendas contendo informações, como título do manuscrito, autoria, instituição e outros comentários pertinentes.

Para usar fotografias de pacientes, sua identidade deverá ser resguardada; do contrário, será preciso anexar-lhes permissão, por escrito, para divulgação (v. "Proteção dos direitos e privacidade dos pacientes que participam de pesquisas").

Proteção dos direitos e privacidade dos pacientes que participam de pesquisas

Informações que permitam identificar participante de pesquisa ou relato de caso clínico não devem ser publicadas sob a forma de descrições, fotografias ou genealogias, a menos que a informação seja essencial para os propósitos científicos, e o paciente, ou seu responsável, dê permissão, por escrito, para a publicação.

O consentimento, por escrito, para esses propósitos exige que se mostre ao paciente, ou ao responsável, o manuscrito a ser publicado. Na publicação deverá constar que se obteve a autorização.

Na busca do anonimato, nunca alterar nem falsificar os dados do paciente. Omitir os detalhes que sirvam para identificar as pessoas, caso não sejam essenciais.

Não usar o nome do paciente, suas iniciais ou registro que lhe tiver sido conferido no hospital, especialmente no material ilustrativo.

Quando se tratar de experimentação com animais, deverá ser informada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Animal da instituição onde foi realizada a pesquisa.

Reprodução de imagens

O periódico poderá permitir o direito de reprodução de imagens mediante solicitação prévia aos editores, desde que citada a fonte e dados os devidos créditos a todos os envolvidos.

Unidades de medida e abreviações

Abreviações não são permitidas no Título nem recomendáveis no Resumo, exceto em situações excepcionais. O termo completo deverá preceder a abreviatura quando esta for utilizada pela primeira vez no texto.

Todas as medidas devem estar de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (SI), encontradas no portal <http://physics.nist.gov/cuu/Units/units.html>. Informar as temperaturas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mmHg).

Conteúdo

Redigir o original para publicação nos Anais Brasileiros de Dermatologia e enquadrá-lo em uma das diferentes seções da revista:

INVESTIGAÇÃO

Artigo original, abrangendo estudos observacionais e de intervenção, caracterizados como ensaios controlados e randomizados; estudos quanto à fisiopatogenia das doenças e/ou sobre associações nosológicas; estudos sobre testes diagnósticos e prognósticos, assim como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter, no máximo, 6.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. No manuscrito, deverão constar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e o número do protocolo do documento. O número máximo de referências é 50 e o de ilustrações, dez. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de seis autores para artigos desta seção. Entretanto, poderão admitir, em caráter excepcional e a juízo da Equipe Editorial, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados de justificativa convincente da participação excedente. Incluir os seguintes tópicos:

1. Introdução;
2. Métodos;
3. Resultados;
4. Discussão;
5. Conclusão;
6. Referências.

Estruturar o Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 250 palavras, nos seguintes tópicos:

1. Fundamentos (estado atual do conhecimento);
2. Objetivos;
3. Métodos;
4. Resultados;
5. Limitações do estudo;
6. Conclusões (com nível exato de significância da estatística clínica para evitar especulação).

Contato do periódico:

a/c Anais Brasileiros de Dermatologia

Av. Rio Branco, nº 39, 18º andar

20090-003 Rio de Janeiro - RJ

abd@sbd.org.br

4. ARTIGO CIENTÍFICO

O VITILIGO NO ESTADO DE SERGIPE

VITILIGO IN SERGIPE

Julianne Costa Vasconcelos de Santana¹ (Santana, J.C.V.), Pedro Dantas Oliveira³ (Oliveira, P.D.), Marcelo Victor Costa Paes¹ (Paes, M.V.C.), Mariana Willes Santana Soares¹ (Soares, M.W.S.), Ricardo Queiroz Gurgel² (Gurgel, R.Q.).

RESUMO

Fundamentos: O Vitiligo é a hipomelanose mais comum já relatada, porém sua frequência na população mundial é variável na literatura. Os dados para o Brasil são escassos e em Sergipe não há estudos semelhantes.

Objetivos: Estimar o número de portadores de Vitiligo assistidos pelos serviços públicos de referência em dermatologia de Sergipe e traçar o perfil clínico-demográfico.

Método: Efetuou-se um estudo retrospectivo analisando-se prontuários dos pacientes dos ambulatórios de Dermatologia do HU-UFS e do CEMAR em 2017 e 2018.

Resultados: Analisaram-se 94 prontuários, sendo 83 de pacientes do HU-UFS e 11 do CEMAR. Observou-se maior frequência do sexo feminino (65/69,15%). A média $\pm$ DP foi $35,59 \pm 18,97$ anos, a média $\pm$ DP da idade de início da doença foi $25,09 \pm 18,72$ anos, 46,48% apresentou os primeiros sintomas antes dos 20 anos de idade e a média $\pm$ DP do tempo de doença foi $7,64 \pm 7,41$ anos. Mais da metade (59,24%) dos pacientes eram provenientes da capital ou de municípios vizinhos. Cinco tipos de medicamentos foram relatados nos prontuários sendo o Tacrolimus o mais utilizado (81,81%). Comorbidades, relacionadas ou não ao Vitiligo, foram descritas em 37,83% dos prontuários. O tipo não-segmentar ocorreu em 97,84% dos casos e o não segmentar ocorreu em apenas 2 pacientes, assim como o subtipo generalizado e forma confete. Os membros foram acometidos em 66,66% dos pacientes, porém em indivíduos <18 anos a área mais afetada foi a face (60%).

Conclusão: No geral, os resultados deste estudo são semelhantes aos encontrados por outros autores na literatura. Estudos como este, que abordam dermatoses que se beneficiam da fototerapia, podem ajudar na implantação deste serviço no sistema público do estado de Sergipe.

Palavras-chave: Vitiligo; Epidemiologia; Prevalência; Perfil clínico-demográfico

ABSTRACT

Backgrounds: Vitiligo is the most common hypomelanosis ever reported, but its frequency in the world population is variable in the literature. Data for Brazil are scarce and in Sergipe there are no similar studies.

Objectives: To estimate the number of Vitiligo patients assisted by the public reference services in dermatology of Sergipe and to describe the epidemiological profile.

Methods: A cross-sectional study was conducted through analysis of the medical records of pacientes diagnosed with Vitiligo in the HU-UFS and CEMAR. Clinical and epidemiological characteristics were assessed.

Results: 94 medical records were evaluated, 83 were from HU-UFS patients and 11 CEMAR patients. The female sex predominated with 65 patients. The mean age was 35.59 years, the mean age of onset of the disease was 25.09 years, the majority had the first symptoms before the age of 20 and the mean in years of disease time was 7.41 years. More than half (59.24%) of the patients came from the capital or from neighboring municipalities. Five types of medications were reported in the medical records and Tacrolimus was the most used (81.81%). Comorbidities, related or not to Vitiligo, were described in 37.83% of the medical records. The non-segmental type occurred in 97.84% of the cases and the segmental type occurred in only 2 patients, as did the generalized subtype and confetti form. The members were affected in 66.66% of the patients, however in individuals <18 years the area most affected was the face.

Conclusion: The findings of this study are similar to those obtained by other authors in the literature. The estimated prevalence in this sample was approximately 0.4%.

Keywords: Vitiligo; Epidemiology; Prevalence; Clinico-epidemiological profile

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju SE, Brasil.

¹ Acadêmico em Medicina na Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil;

² Coordenador do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil;

³ Professor adjunto de Dermatologia do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil;

Financiamento: Recursos Próprios.

Correspondência: Julianne Costa Vasconcelos de Santana; Rua Rafael de Aguiar, nº 1465, Aracaju/SE, Brasil CEP: 49050 660; Email: juliannecostavs@gmail.com

INTRODUÇÃO

Celsus foi o primeiro a usar o termo Vitiligo em sua obra médica clássica *De Medicina* durante o segundo século antes de Cristo. Acredita-se que o nome deriva do latim vitium, que significa defeito.¹ Porém, foi em 1765 que a despigmentação crônica da pele, atualmente conhecida por Vitiligo, foi descrita pela primeira vez por Claude Nicolas Le Cat.²

Segundo a SBD (2016), o Vitiligo é caracterizado pela despigmentação crônica da pele e apresenta como principal manifestação clínica este componente dermatológico, com o surgimento de máculas e/ou placas acrômicas e de tamanho variado que pode acometer várias áreas do corpo. Tais lesões hipopigmentadas surgem devido à destruição de melanócitos, células responsáveis pela formação da melanina, pigmento que confere a coloração da pele.

O vitiligo é o distúrbio de pigmentação da pele mais comum já relatado, com uma prevalência de aproximadamente 0,5% em todo o mundo. Cerca de metade dos pacientes acometidos apresenta menos de 20 anos de idade. Não há diferenças significantes quanto à distribuição por sexo e aparentemente não há predileção da doença pelo tipo de pele ou raça.³

Os dados para o Brasil são relativamente escassos. Um estudo cobrindo amostra aleatória de indivíduos selecionados representando junto um total de cerca de 40% da população brasileira foi iniciado e resultou em uma prevalência global de 0,57% no país e 0,4% no Nordeste.⁴ Em Sergipe, não há dados conhecidos na literatura quanto à prevalência da doença. Podemos atribuir esta escassez de dados ao fato do Vitiligo não ser uma doença de notificação compulsória e não ser uma doença que leva o seu portador ao óbito, portanto não há um sistema governamental que contabilize o número de pessoas acometidas.

Apesar de não ser uma doença contagiosa ou que confere maiores prejuízos orgânicos, uma grande preocupação são as consequências emocionais negativas que o Vitiligo pode desencadear em seu portador. Muitos pacientes sofrem com a estigmatização, baixa

autoestima e isolamento social, o que influencia fortemente na sua qualidade de vida.⁵

Ainda não há cura para o Vitiligo e o seu tratamento ainda é insatisfatório e consome tempo para muitos pacientes. Existem atualmente diferentes opções para ajudar a restaurar a cor da pele ou até mesmo o tom da pele, mas a segurança e a eficácia de algumas dessas ainda são questionáveis e estão sendo investigadas pela comunidade científica.⁶

O Vitiligo é uma doença cutânea comum com grande impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes e não deve ser considerada como uma condição simplesmente estética. É importante conhecer a sua frequência na população e reconhecer os subtipos distintos e os padrões de lesão porque eles influenciam o prognóstico através da atividade da doença, a progressão e as respostas ao tratamento.⁷ Por isso, o objetivo do presente estudo foi estimar o número de pacientes portadores de Vitiligo assistidos pelos serviços públicos de referência em atendimento dermatológico do estado de Sergipe e caracterizar esta população.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, analítico-descritivo, baseado na análise de prontuários médicos dos dois centros públicos de referência em atendimentos dermatológicos de Sergipe.

A população do estudo foi composta por 94 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HU-UFS – Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe e no ambulatório de dermatologia do CEMAR – Centro de Especialidades Médicas de Aracaju cujos prontuários foram analisados no período de Outubro de 2017 a Junho de 2018. Os números dos prontuários foram resgatados a partir da agenda dos dermatologistas de cada serviço, e por isso eventualmente prontuários de não-portadores de Vitiligo poderiam ser encontrados. Dessa forma, se por acaso fossem encontrados prontuários cuja doença não fosse relatada, este era automaticamente descartado. E assim, todos os prontuários com diagnóstico

de Vitiligo registrado foram incluídos no estudo.

Foram contabilizados os pacientes atendidos em cada serviço (HU-UFS e CEMAR) e coletadas as informações pessoais e relacionadas ao diagnóstico de Vitiligo – sexo, idade, idade de início da doença, tempo de doença, procedência, área corporal acometida e tipo de Vitiligo, terapias em uso ou recentemente usadas e comorbidades (possivelmente relacionadas ao quadro de Vitiligo, de acordo com a literatura).

De uma forma didática, o Vitiligo foi classificado, pelas informações dos prontuários, como segmentar (VS) ou não-segmentar (VNS), e dentro deste ainda eram classificados em localizado (focal ou vulgar), generalizado ou tipo *confete*. E para melhor caracterizar a área corporal acometida foram considerados 5 segmentos: face, membros, tronco, genitália e couro cabeludo (poliose).

Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel 2016 e analisados de forma a produzir valores estatísticos epidemiológicos do Vitiligo nos serviços públicos de referência do Estado de Sergipe. Estes foram descritos por meio de frequência simples e percentual quando categóricos ou média, desvio padrão (DP), mediana, mínimo e máximo quando contínuas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe sob o CAAE:85225417.7.0000.5546. Foi conduzido através de revisão de prontuários clínicos, portanto não houve risco direto à integridade física dos pacientes envolvidos e não se fez necessário termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram analisados 94 prontuários de pacientes portadores de Vitiligo, sendo 11 (11,70%) correspondentes ao CEMAR e 83 (88,30%) ao HU-UFS. Os números-registro

destes prontuários foram encontrados a partir das agendas de marcação de consultas ocorridas em anos anteriores dos médicos dermatologistas de cada local, porém no HU-UFS estes números também foram coletados na agenda de retorno para consultas em 2018 a um ambulatório específico para o Vítigo. Destes, 65 (69,15%) eram pacientes do sexo feminino e os demais – 29 (30,85%) – do sexo masculino. A média de idade encontrada nestes prontuários foi de 36,59 anos (DP=18,97) com mediana de 36, variando de 5 meses de idade a 82 anos, com a maioria (35,10%) apresentando entre 40 e 60 anos de idade. Entretanto, a idade para o início das manifestações da doença mostrou uma distribuição distorcida, com uma média 25,09 anos (DP=18,72), mediana de 22, variando de menos de 1 ano de idade – 5 meses – a 75 anos, com a maior parte (46,48%) apresentando os primeiros sintomas antes dos 20 anos de idade. Em relação ao tempo de doença, a média em anos foi de 7,64 (DP=7,41), sendo que a maior parte (40,84%) convivia com a doença há mais de 1 ano e há menos de 4 anos (Tabela 1).

A figura 1 mostra a distribuição destes pacientes entre os municípios de Sergipe e evidencia que, dentre os prontuários que continham essa informação, a maioria dos portadores de Vítigo que procura atendimento dermatológico nestes serviços públicos de referência são provenientes da capital – Aracaju (36 – 44,44%) – ou de municípios vizinhos como São Cristóvão e Nossa Senhora do Socorro, ambos com 6 pacientes cada (7,4%). Os demais municípios ou apresentavam representantes isolados, 3 ou menos pacientes, ou não tinham, como foi o caso de 51 municípios sergipanos.

Cinco tipos de medicamentos foram encontrados em uso ou foram os mais recentemente utilizados por estes pacientes, são eles: Tacrolimus, Corticoide tópico, Corticoide sistêmico, PUVA-SOL (psoraleno associado à exposição solar) e Fluoxetina. O Tacrolimus, utilizado isolado ou em combinação com outros, foi o mais frequentemente relatado nos prontuários em que foi possível encontrar esta informação, com 63 (81,81%)

pacientes em uso. Em seguida, o mais encontrado foi a corticoterapia tópica com 32 (41,56%) pacientes em uso, de forma isolada ou combinada. Dos prontuários observados, 28 (37,83%) pacientes apresentavam alguma comorbidade, sendo que destes, 9 (32,14%) apresentavam mais de uma. As doenças cardiovasculares (DCV), como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemia (DLP), foram as mais prevalentes, com 10 (35,71%) pacientes apresentando algum problema de saúde relacionado. As tireoidopatias – hipotireoidismo e tireoidite – vieram em seguida com 8 (28,57%) pacientes acometidos. Foram encontrados 3 (10,71%) pacientes com algum distúrbio psicossocial, apresentando depressão, ansiedade ou hiperatividade. Porém, o uso da fluoxetina não apresentou relação com estes achados, pois apenas 1 paciente – com depressão – dentre estes 3, fazia uso desta medicação. Cinco (17,85%) pacientes foram diagnosticado com outra dermatose associada ao Vitiligo, sendo 3 com algum tipo de alopecia, 1 com psoríase e 1 com lúpus discóide. Outras comorbidades foram encontradas em casos isolados, como rinite alérgica (2), LES (1) e hemocromatose (1) (Tabela 2).

O tipo mais comum de Vitiligo de acordo com a distribuição das lesões foi o VNS, encontrado em 97,84% (91) dos casos e dentro dele o subtipo mais comumente observado foi o localizado – focal ou vulgar – com 87 (93,54%) pacientes. A forma generalizada, quando há o envolvimento de mais 50% da área corporal (NUNES; ESSER, 2011), foi encontrada apenas em 2 (2,15%) pacientes, assim com o VS e a forma *confete* do VNS. Em relação ao segmento corporal acometido, os membros foram os mais afetados entre nossos pacientes com 66,66% (62) dos casos apresentando alguma lesão em algum membro superior ou inferior. Em seguida, a face aparece como o segundo mais acometido com 53 (56,98%) pacientes apresentando alguma lesão nesse segmento corporal. Trinta (32,25%) pacientes apresentavam alguma mancha no tronco, 27 (29,03%) na genitália e 12 (12,90%) tinham hipocromia em cabelos ou pelos, ou seja, apresentavam algum grau de poliose. Apesar de poucos estarem

dentro do subtipo generalizado, percebe-se que boa parte dos pacientes tinham mais de uma área corporal (AC) acometida. Apenas 39,78% (37) dos casos apresentavam 1 única AC afetada. Os demais tinham 2 ou mais: 28 (30,10%) tinham 2 segmentos afetados, 18 (19,35%) apresentavam lesões em 3 AC e os demais (2 cada) já tinham 4 ou 5 segmentos corporais afetados (Tabela 3).

Ainda em relação ao segmento corporal acometido, a Figura 2 esquematiza qual o mais frequentemente afetado em percentual de acordo com o sexo e em crianças e adolescentes – indivíduos menores de 18 anos. Destaca-se que em crianças e adolescentes a AC mais acometida passa ser a face com 60% dos casos apresentando alguma lesão, e só em seguida os membros aparecem – 50% dos casos. A genitália aparece já em terceiro lugar com 35% desses indivíduos apresentando alguma lesão nessa AC. No sexo feminino, a distribuição não teve grande distinção em relação à global, porém percebe-se um grande aumento de acometimento da face que aparece em 60% dos casos e da genitália em 33,85%.

DISCUSSÃO

O Vitiligo é um dos mais marcantes fenótipos de doenças humanas e talvez seja o distúrbio pigmentar mais comum. A perda irregular da pigmentação da pele e o contraste marcante entre a pele afetada e a não afetada impactam, e traz consequente estigmatização resultando em significativa discriminação social.⁹

Sua frequência na população mundial é bem variável na literatura, indo de 0,38% a 2,9% e muda muito de acordo com a região estudada.⁸ No nosso estudo, consideramos uma prevalência próxima de 0,4%, levando em conta estudo recente que encontrou esta prevalência para a região Nordeste do Brasil,⁴ onde estamos situados, e chegamos ao tamanho amostral de 95 pacientes, valor próximo do nosso n (94). Tal estimativa da prevalência do Vitiligo no estado de Sergipe é fundamental e ajuda a ter uma idéia da dimensão da doença no

estado. Dados e estudos como este são escassos, inclusive no Brasil. Nesta amostra, 69,15% dos pacientes foram do sexo feminino, números semelhantes foram documentados em outro estudo, no qual a população feminina foi responsável por 65,9% da amostra.⁸ É possível que esse predomínio possa ser devido ao fato das mulheres procurarem com mais frequência serviços de saúde, e no caso do Vitiligo também podemos atribuir ao prejuízo estético que a doença causa. No entanto, isso pode não ser considerado estatisticamente significativo, visto que outros autores estabeleceram que não há diferenças entre os gêneros.¹⁰

Apesar de não ser lembrada como uma doença da infância, no nosso estudo 46,48% dos casos tiveram início antes dos 20 anos de idade, isto vai ao encontro com estudo que encontrou 50% dos casos se iniciando antes dos 20 anos de idade.¹¹ Na nossa amostra, também tivemos relatos de formas precoces do Vitiligo, com início nos primeiros seis meses de vida. As médias de idade dos pacientes e de idade de início foram de 36,59 e 25,09 anos, respectivamente. Idades semelhantes foram encontradas em estudo em uma população no estado de Santa Catarina, com idade média de 37,14 e idade média de início de 25,25 anos.⁸ Entretanto, um estudo realizado na África e outro na Índia encontraram médias de idade divergentes. O primeiro uma idade inferior, de 25,9 anos e o último uma superior, de 55 anos.^{10,12} Estes dados reforçam que o Vitiligo é uma doença que pode ocorrer em qualquer idade. Em nosso estudo, a média em anos de duração da doença foi de 7,64 anos, porém 40,84% dos pacientes eram portadores da doença há menos tempo, entre 1 e 4 anos. Em estudo recente realizado em uma população da Coreia do Sul, a média do tempo de doença em anos encontrada foi inferior – 3 anos – porém, o mesmo intervalo em anos de duração foi o mais encontrado com 41,6% dos casos.¹³

Aproximadamente 60% dos pacientes encontrados eram procedentes da capital sergipana – Aracaju (44,44%) – ou de municípios vizinhos (14,8%). Isso atesta que a distância pode ser um empecilho à busca por serviços de saúde para muitos e por isso

indivíduos de municípios mais distantes podem estar desassistidos. Isso contribui para a dificuldade de estimar a prevalência da doença no estado e reforça a hipótese de que o Vitiligo seja uma doença com número de portadores subestimado, não só em Sergipe como também no Brasil.

Em relação ao tratamento percebemos que não houve uniformidade quanto à droga escolhida para os portadores de Vitiligo. Isso foi atribuído ao fato de que a terapêutica do Vitiligo ainda é insatisfatória, existindo diversas abordagens para ajudar a restaurar a cor ou o tom da pele, porém a segurança e a eficácia de muitas delas ainda são questionáveis.¹³ Nesta amostra, um pouco mais de 80% dos pacientes faziam uso ou fizeram uso recente de Tacrolimus, droga inibidora da calcineurina de uso tópico com ação imunomoduladora que faz parte do arsenal terapêutico do Vitiligo. Estudos mostram que o uso dessa medicação é eficaz, especialmente em região de face a pescoço, sem efeitos colaterais graves e que os pacientes ficaram satisfeitos com o tratamento.¹⁴ Entretanto, a desvantagem é o alto custo.¹⁵

Cerca de ¼ dos pacientes do nosso estudo faziam ou fizeram uso recente do PUVA-SOL. Esta é uma FQT onde há a administração de psoraleno via sistêmica ou tópica associada à FT com UVA que, dependendo da fonte, pode ser uma unidade artificial (PUVA) ou por irradiação solar (PUVA-SOL). É uma técnica amplamente utilizada em tratamentos à base de luz para diversas doenças de pele e pode ser altamente eficaz, bem tolerada, segura, econômica, além de que pode reduzir a necessidade de terapias tópicas facilitando a adesão do paciente ao tratamento.¹⁶ Entretanto, em nosso estado não há o serviço de FT artificial custeado pelo sistema único de saúde (SUS) e esses pacientes em uso deste tipo de tratamento são orientados à exposição à luz solar, o que prejudica a eficácia da FQT e a adesão. Dessa forma, a aquisição da câmara de FT pode trazer benefícios ao tratamento de pacientes portadores de dermatoses como vitiligo, psoríase, dermatite atópica, dentre outras. Analisando financeiramente o custo benefício de uma câmara de FT – orçada em R\$63.000,00 pelo

serviço de residência médica em Dermatologia do HU-UFS junto a fornecedores (Prolumina) – percebemos que esta aquisição seria, a longo prazo, vantajoso para o SUS, visto que muitos destes pacientes dependem de medicamentos de alto custo para o sistema.

Neste estudo, aproximadamente 40% dos pacientes mostrou ter alguma outra comorbidade relacionada ou não ao Vitiligo. Estudos mostram que os indivíduos com Vitiligo têm uma incidência aumentada – até 25% – de outros distúrbios autoimunes e inflamatórios.^{8,17,18} Estes incluem DAI da tireoide, diabetes melitus (DM), alopecia areata, psoríase, LES, lúpus discoide, entre outras.⁵ Todas estas doenças citadas foram encontradas também nos prontuários dos pacientes com Vitiligo deste estudo. Há evidências de que essas mesmas doenças aparecem com maior frequência em parentes de primeiro grau de pacientes com Vitiligo, o que sugere que algumas famílias têm maior predisposição a essas doenças autoimunes, reforçando a ligação genética da doença.¹⁹ Destes pacientes que apresentaram alguma comorbidade, pouco mais de 28% – 8,5% da população total – eram portadores de algum distúrbio da tireoide, percentual semelhante ao encontrado por estudo norte-americano que evidenciou uma prevalência de 12,9% de doenças da tireoide em pacientes com Vitiligo.²⁰ Apesar de apenas 3 pacientes do presente estudo ter tido relato de algum distúrbio psicossocial – depressão, ansiedade, hiperatividade – estudos confirmam que o envolvimento de partes visíveis do corpo e uma maior AC acometida são consistentemente associados com problemas emocionais, e que mesmo o Vitiligo com lesões não visíveis compromete consideravelmente a qualidade de vida.¹³

O VS representou a minoria e foi registrado em apenas 2,15% dos casos. Esta minoria está de acordo com o que vários estudos mostram, porém, tal porcentagem encontra-se abaixo do esperado. Entretanto, estes mesmos estudos divergem bastante entre si em questão de prevalência do VS, variando de 4,4% a 18,2%.^{8,10–12,21–23} Os demais, foram encaixados no tipo

VNS e dentro dele o subtipo localizado, sendo ele focal ou vulgar, predominou (93,54%), ficando a forma generalizada responsável por 2,15% dos casos, números semelhantes aos encontrados por Dégboé et al – 88,6% e 1,6% respectivamente.¹² Nesta amostra, também houve registro de 2 casos do Vitiligo tipo *confete*, um tipo de despigmentação que estudos sugerem que seja um sinal de mal prognóstico em pacientes com Vitiligo, pois indica uma rápida progressão da doença e um sinal de Vitiligo inflamatório, necessitando assim de um tratamento mais agressivo.²⁴

Assim como Dégboé et al,¹² foi encontrada nesta amostra a seguinte ordem decrescente de AC acometida: membros → face → tronco → genitália. Com isso percebemos uma predileção pelas áreas mais expostas do corpo, podendo atribuir o Fenômeno de Koebner (FK) como contribuinte do surgimento de lesões. O FK está frequentemente presente em áreas de repetidas pressões ou fricções, como cotovelos e joelhos, porém, também pode ser observado em outros sítios. Este acometimento de áreas mais expostas parece estar relacionado à possibilidade de lesão externa da pele. Fatores de koebnerização “ocultos” podem resultar na cronicidade do Vitiligo. Isso está de acordo com a teoria de que o Vitiligo generalizado é desencadeado por uma interação complexa de estressores, incluindo traumas mecânicos.^{12,25}

Entretanto, em crianças e adolescentes outra ordem foi apresentada: face → membros → genitália → tronco; com uma porcentagem considerável de acometimento da região genital (35%). Esta mudança, de maior acometimento da face em detrimento dos membros, condiz com estudos específicos para a faixa etária (<18anos), assim como esse maior percentual de casos com acometimento da genitália.^{11,26} Em estudo realizado em um estado brasileiro, esta região corporal predominou em relação ao membros inferiores, aparecendo logo após à face como região mais acometida em crianças e adolescentes.¹¹

A principal limitação do estudo foi a dificuldade de acesso aos prontuários dos pacientes portadores de Vitiligo, pois nos dois serviços onde a coleta foi realizada não havia divisão por doença. Entretanto, eles são os únicos para onde são referenciados pacientes desse tipo em Sergipe.

CONCLUSÃO

Não há na literatura estudos semelhantes a este em Sergipe, por isso não temos idéia do número de portadores de Vitiligo no estado. Quanto mais estudos nesta área, mais próximo chegaremos ao número real de portadores de Vitiligo e eles serão bem caracterizados e assistidos dentro de suas individualidades. Os resultados desta amostra, em geral, são semelhantes aos encontrados por outros autores na literatura. Não houve um tratamento padrão utilizado por eles e em Sergipe não existe um serviço de fototerapia custeado pelo SUS para fazer parte da terapêutica. Estudos como este, que abordam dermatoses que se beneficiam da fototerapia podem ajudar na implantação deste serviço no sistema público do estado.

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Características gerais, idade de início e tempo de doença dos pacientes com Vitiligo.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	65	69,15
Masculino	29	30,85
Idade atual		
Média (DP)	36,59 (18,97)	-
Med (Mín – Máx)	36 (1 – 82)	-
< 20 anos	24	25,53
20 – 40 anos	27	28,72
40 – 60 anos	33	35,10
>60 anos	10	10,63
Idade de início		
Média (DP)	25,09 (18,72)	-
Med (Mín – Máx)	22 (0 – 75)	-
<20 anos	33	46,48
20 – 40 anos	19	26,76
40 – 60 anos	15	21,12
>60 anos	4	5,63
NI	23	-
Tempo de doença		
Média (DP)	7,64 (7,41)	
Med (Mín – Máx)	32 (0 – 32)	
< 1 ano	2	2,81
1-4 anos	29	40,84
5-9 anos	20	28,17
> 10 anos	20	28,17
NI	23	-

Legenda: n – frequência observada; % - Frequência percentual; DP – Desvio Padrão; Med – Mediana; Mín – Mínimo; Máx – Máximo; NI – não informado.

Tabela 2. Terapias em uso ou mais recente terapia relatada em prontuário e comorbidades dos pacientes com Vitiligo.

	n	%
Terapia em uso		
NI	17	-
Tacrolimus	63	81,81
Corticoide tópico	32	41,56
Corticoide sistêmico	7	9,09
PUVA-SOL	19	24,67
Fluoxetina	3	3,89
Comorbidades		
Não	46	62,16
Sim	28	37,83
NI	20	-
1	19	67,85
≥2	9	32,14
Tireoidopatias	8	28,57
Hipotireoidismo	6	21,42
Tireoidites	2	7,14
Psicossociais	3	10,71
DCV	10	35,71
HAS	6	21,42
DLP	6	21,42
Dermatoses	5	17,85
DM	5	17,85
Outras	4	14,28

Legenda: n – Frequência observada; % - Frequência percentual; NI – Não informado; DCV – Doenças Cardiovasculares; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DLP – Dislipidemia; DM – Diabetes mellitus; PUVA-SOL – Psoraleno associado à exposição solar

Tabela 3. Características do Vitiligo em relação ao tipo e à área corporal acometida.

	n	%
Tipos de Vitiligo		
Não-segmentar:	91	97,84
Localizado*	87	93,54
Generalizado	2	2,15
<i>Confete</i>	2	2,15
Segmentar	2	2,15
NI	1	-
Área corporal acometida		
Face	53	56,98
Membros	62	66,66
Tronco	30	32,25
Genitália	27	29,03
Couro cabeludo/poliose	12	12,90
NI	1	-
Nº de áreas acometidas		
Apenas 1	37	39,78
2	28	30,10
3	18	19,35
4	4	4,30
5	2	2,15
Generalizado	2	2,15
NI	1	-

Legenda: n – frequência observada; % - Frequência percentual; NI – não informado.

*Localizado: focal ou vulgar.

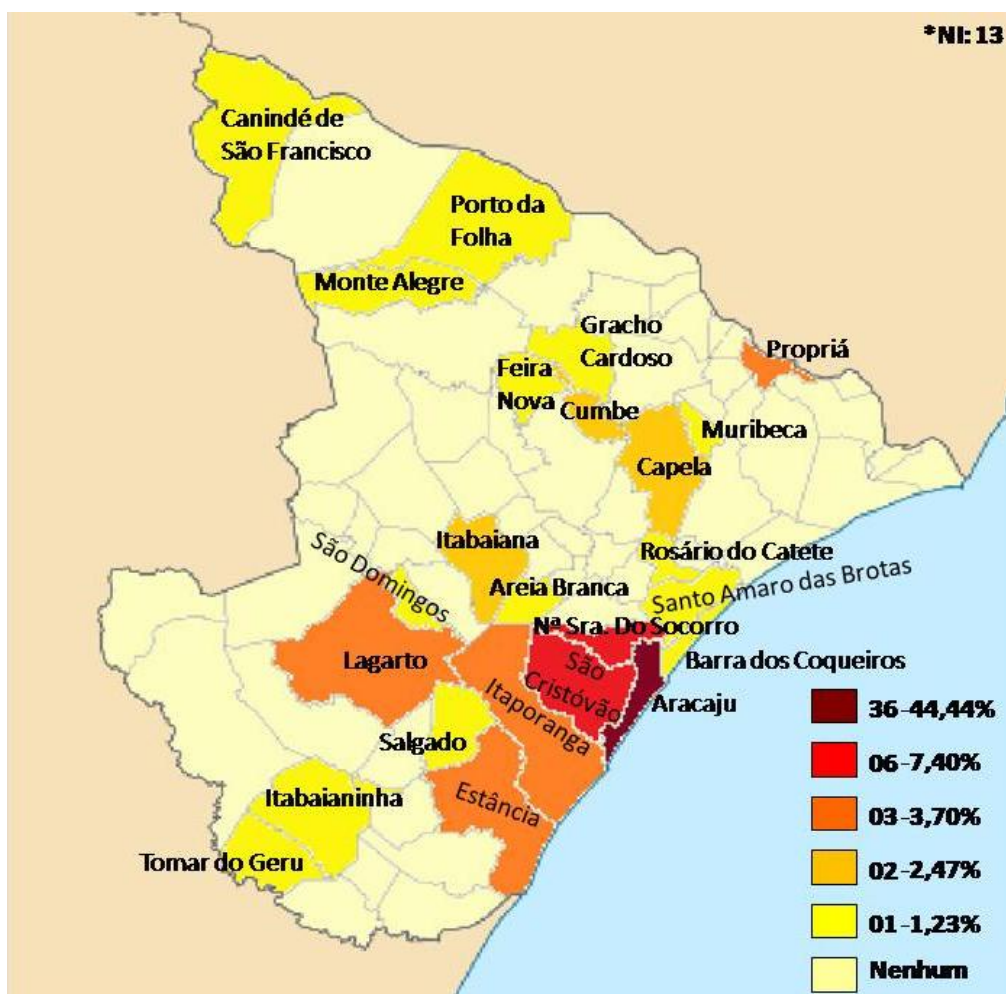


Figura 1. Distribuição do Vitiligo no estado de Sergipe por municípios – número total de casos e porcentagem representada de cada município.

Legenda: NI – Não informado.

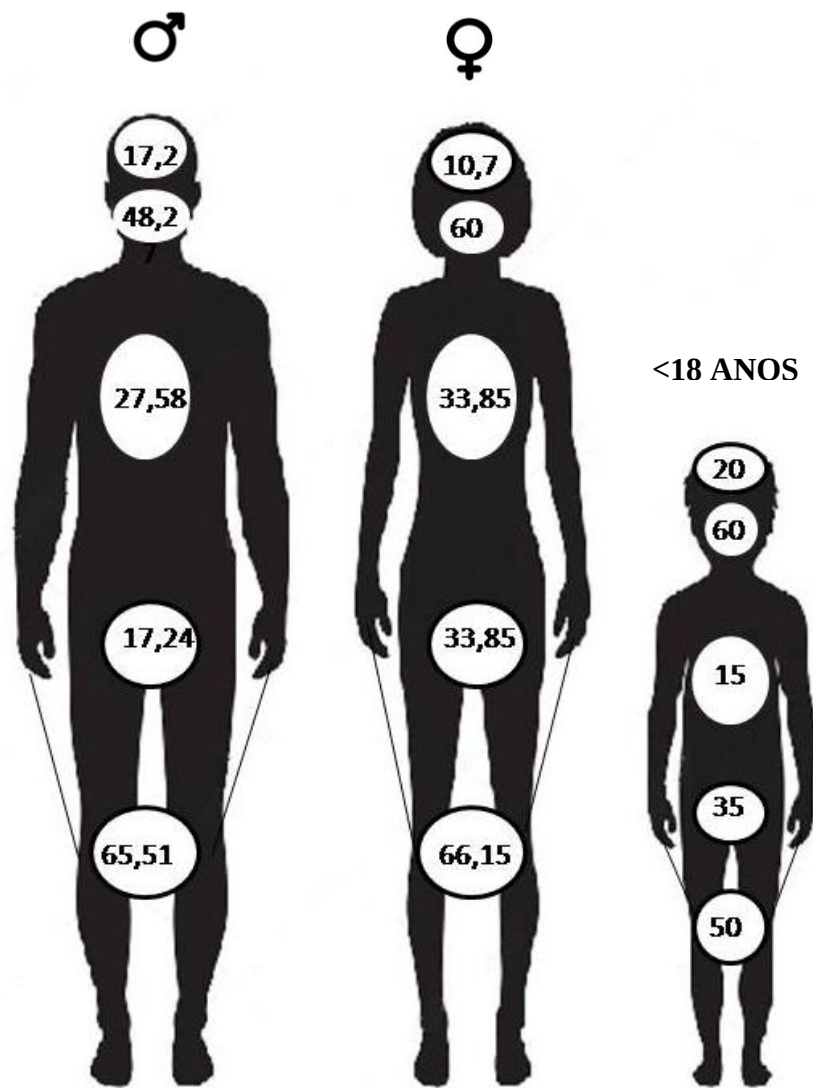


Figura 2. Distribuição percentual do segmento corporal acometido pelo Vitiligo em cada sexo e em indivíduos menores de 18 anos.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. **Câmara de Regulação - CMED Secretaria Executiva**. [s.l: s.n.]. v. 504
- BAE, J. M. et al. Vitiligo and overt thyroid diseases: A nationwide population-based study in Korea. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 76, n. 5, p. 871–878, 2017.
- BAE, J. M. et al. Factors affecting quality of life in patients with vitiligo: a nationwide study. **British Journal of Dermatology**, v. 178, n. 1, p. e73–e73, 2018.
- BENZEKRI, L.; GAUTHIER, Y. Clinical markers of vitiligo activity. **Journal of American Dermatology**, v. 76, n. 5, p. 856–862, 2017.
- BÚ, E. A. DO et al. Vitiligo as a psychosocial disease: apprehensions of patients imprinted by the white. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 0, p. 481–492, 2017.
- CASTRO, C. C. S. DE; MIOT, H. A. Prevalence of vitiligo in Brazil—A population survey. **Pigment Cell and Melanoma Research**, v. 31, n. 3, p. 448–450, 2018.
- DE BARROS, J. C. et al. A study of clinical profiles of vitiligo in different ages: An analysis of 669 outpatients. **International Journal of Dermatology**, v. 53, n. 7, p. 842–848, 2014.
- DÉGBOÉ, B. et al. Vitiligo on black skin: epidemiological and clinical aspects in dermatology, Cotonou (Benin). **International Journal of Dermatology**, v. 56, n. 1, p. 92–96, 2017.
- DOGRA, S. et al. Late onset vitiligo: A study of 182 patients. **International Journal of Dermatology**, v. 44, n. 3, p. 193–196, 2005.
- EDGE, R.; FREY, N. Tacrolimus for the Treatment of Adults With Psoriasis or Vitiligo: A Review. **CADTH Report / Project in Briefs**, v. 1.0, p. 1–21, 2017.
- ELBULUK, N.; EZZEDINE, K. Quality of Life, Burden of Disease, Co-morbidities, and Systemic Effects in Vitiligo Patients. **Dermatologic Clinics**, v. 35, n. 2, p. 117–128, 2016.
- EZZEDINE, K. et al. Vitiligo is not a cosmetic disease. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 73, n. 5, p. 883–885, 2015.
- GHAFOURIANI, E. et al. VITILIGO : SYMPTOMS , PATHOGENESIS AND TREATMENT. **Internacional Journal of Immunopathology and Pharmecology**, v. 27, n.

4, p. 485–489, 2014.

GILL, L. et al. Comorbid autoimmune diseases in patients with vitiligo: A cross-sectional study. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 74, n. 2, p. 295–302, 2015.

HAFEZ, M.; SHARAF, L.; ABD EL NABI, S. M. The genetics of vitiligo. **Acta Dermato-Venereologica**, v. 63, n. 3, p. 249–251, 1983.

HANDA, S.; KAUR, I. Vitiligo: Clinical findings in 1436 patients. **Journal of Dermatology**, v. 26, n. 10, p. 653–657, 1999.

HE, Y. et al. Dysregulated autophagy increased melanocyte sensitivity to H₂O₂ - induced oxidative stress in vitiligo. **Scientific Reports**, v. 7, n. 42394, 2017.

IBBOTSON, S. H. A Perspective on the Use of NB-UVB Phototherapy vs. PUVA Photochemotherapy. **Frontiers in medicine**, v. 5, n. July, p. 184, 2018.

IBRAHIM, Z. A. et al. Evaluation of the efficacy of transdermal drug delivery of calcipotriol plus betamethasone versus tacrolimus in the treatment of vitiligo. **Journal of Cosmetic Dermatology**, n. November 2017, p. 1–8, 2018.

KHALED EZZEDINE, VIKTORIA ELEFThERIADOU, MAXINE WHITTON, N. VAN G. Vitiligo. **The Lancet**, v. 386, n. 9988, p. 74–84, 2015.

KIDIR, M. et al. Clinical Trial Regulatory T-cell cytokines in patients with nonsegmental vitiligo. **Internacional Journal of Dermatology**, v. 56, n. 5, p. 1–8, 2017.

LAN, C. C. E. et al. Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. **PIGMENT CELL & MELANOMA Research**, v. 25, n. 3, p. E1–E13, 2011.

LIN, X. et al. Childhood Vitiligo in China. **American Journal of Clinical Dermatology**, v. 12, n. 4, p. 277–281, 2011.

LIU, J. B. et al. Clinical profiles of vitiligo in China: An analysis of 3742 patients. **Clinical and Experimental Dermatology**, v. 30, n. 4, p. 327–331, 2005.

LOTTI, T.; FRANÇA, K. UVA 1 laser in the treatment of patients with vitiligo. **Journal Highlights - Dermatologic Therapy**, n. March, p. 12494, 2017.

- MÁRCIA, C. et al. Childhood vitiligo : clinical and epidemiological characteristics *. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 82, n. 1, p. 47–51, 2007.
- NORDLUND, J. J. The Medical Treatment of Vitiligo: An Historical Review. **Dermatologic Clinics**, v. 35, n. 2, p. 107–116, 2017.
- NUNES, D. H.; ESSER, L. M. H. Vitiligo epidemiological profile and the association with. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 2, p. 241–248, 2011.
- RADTKE, M. A. et al. Clinical features and treatment outcomes of vitiligo from the patients' perspective: Results of a national survey in germany. **Dermatology**, v. 220, n. 3, p. 194–200, 2010.
- RICCARDI, S. L. et al. in Vitiligo-Associated Multiple Autoimmune Disease. **The New England Journal of Medicine**, v. 356, n. March, p. 1216–25, 2007.
- RODRIGUES, M. et al. New discoveries in the pathogenesis and classification of vitiligo. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 77, n. 1, p. 1–13, 2017.
- ROKNI, G. et al. Effectiveness and safety of topical tacrolimus in treatment of vitiligo. **Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research**, v. 8, n. 1, p. 29, 2017.
- SAYLAM KURTIPEK, G. et al. The Frequency of Autoimmune Thyroid Disease in Alopecia Areata and Vitiligo Patients. **BioMed research international**, v. 2015, p. 435947, 2015.
- SOSA, J. J. et al. Confetti-like depigmentation: A potential sign of rapidly progressing vitiligo. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 73, n. 2, p. 272–275, 2015.
- SPRITZ, R. A.; ANDERSEN, G. H. L. Genetics of Vitiligo. **Dermatologic Clinics**, v. 35, n. 2, p. 245–255, 2017.
- TAÏEB, A.; PICARDO, M. The definition and assessment of vitiligo: A consensus report of the Vitiligo European Task Force. **Pigment Cell Research**, v. 20, n. 1, p. 27–35, 2007.
- TAÏEB, A.; PICARDO, M. Vitiligo. **The New England Journal of Medicine**, v. 360, p. 160–169, 2009.
- THATTE, S.; KHOPKAR, U. The utility of dermoscopy in the diagnosis of evolving lesions of vitiligo. **Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology**, v. 80, n. 6, p. 505, 2014.

VAANI, V. V et al. The utilization of phototherapy in the department of dermatology, Hospital Kuala Lumpur: A 5-year audit. **The Medical journal of Malaysia**, v. 73, n. 3, p. 125–130, 2018.

VAN GEEL, N. et al. Koebner's phenomenon in vitiligo: European position paper. **Pigment Cell and Melanoma Research**, v. 24, n. 3, p. 564–573, 2011.