



# Best Practice

Evidence-based information sheets for health professionals

## Intervenciones terapéuticas para la mejora de la calidad de vida de los pacientes adultos con vitílico

### Recomendaciones

- Los profesionales de la salud deben tener más confianza al recomendar tratamientos tópicos, terapias que combinen la administración oral y la tópica o la fototerapia, el injerto, la terapia cognitivo-conductual y la terapia de camuflaje para pacientes con vitílico, porque la calidad de vida puede mejorar incluso si la repigmentación completa no se puede lograr. **(Grado B)**
- Los profesionales de la salud deben considerar la posibilidad de proponer intervenciones psicológicas para los pacientes con un deterioro severo de la calidad de vida. **(Grade B)**
- Aunque los efectos secundarios son predecibles y comunes, los profesionales de la salud no deben descartar el hecho de que pueden afectar a la calidad de vida del paciente. **(Grado B)**
- Los profesionales de la salud deben tener en cuenta la deficiencia de las actuales intervenciones para abordar la dimensión funcional y social de la calidad de vida. La exploración de otras soluciones, como los grupos de apoyo social o la educación pública podría ser útil para fomentar la sana interacción entre los pacientes y la comunidad. **(Grado B)**

### Fuente de información

Este Best Practice Information Sheet se basa en una revisión sistemática integral publicada en 2010 en la JBI Library of Systematic Reviews. El texto completo del informe de la revisión sistemática<sup>2</sup> está disponible en el Instituto Joanna Briggs ([www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)).

### Antecedentes

El vitílico es uno de los trastornos de pigmentación más prevalentes; afecta aproximadamente a entre el 0,5 % y el 2 % de la población total sin importar la edad o el sexo.<sup>2</sup> Su aparición es más frecuente en los primeros veinte años, aunque su etiología no está clara. El vitílico es un trastorno adquirido, progresivo que destruye los melanocitos en la epidermis interfolicular y ocasionalmente en los folículos pilosos. De este modo, el vitílico se presenta con máculas blancas en la piel o se presenta como cabello blanco. Las lesiones pueden aparecer en cualquier parte de la piel, pero los lugares más comunes son alrededor de los orificios, los genitales, o cualquier área expuesta al sol como la cara y las manos. En la actualidad, no hay cura para el vitílico. Aunque hay tratamientos dirigidos a mejorar su aspecto, su eficacia es limitada.<sup>2</sup> Sin una solución satisfactoria para el vitílico, los pacientes están permanentemente desfigurados de por vida. La calidad de vida (CdV) de los pacientes con vitílico puede considerarse moderadamente deteriorada.<sup>2</sup> Los pacientes están avergonzados y deprimidos de forma crónica. La estigmatización también es común y causa marginación. Por lo tanto, aunque que el vitílico no es "potencialmente mortal", puede "arruinar la vida". Como los tratamientos actuales no son satisfactorios a la hora de repigmentar la piel, el tratamiento debe tener en cuenta los beneficios para la calidad de vida del paciente.

### Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los *Grados de efectividad*<sup>4</sup> del JBI 2006

**Grado A** Recomendación demostrada para su aplicación

**Grado B** Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

**Grado C** Recomendación no demostrada

## Objetivos

El objetivo de este Best Practice Information Sheet es presentar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes con vitílico.

## Tipos de intervención

Se ha tenido en cuenta las intervenciones terapéuticas para el vitílico, incluyendo medicamentos orales o tópicos (solos o en combinación), el camuflaje, la terapia cognitivo-conductual y el injerto de piel.

## Calidad de la investigación

Se incluyeron cinco ensayos controlados aleatorios (ECA) y cuatro estudios cuasiexperimentales. Todos los estudios incluidos, excepto uno de la India, se registraron en países europeos. Representaban a participantes de orígenes culturales y socioeconómicos variados. Los participantes tenían edades comprendidas entre 18 y 75 años y la diferencia de género varió entre los estudios.



## Resultados

Los nueve trabajos incluidos mostraron que todas las intervenciones terapéuticas analizadas fueron eficaces para mejorar la CdV de los pacientes adultos con vitílico. Los nueve trabajos incluidos se clasificaron en 2 categorías de intervenciones: alteraciones de la enfermedad y alteraciones del estilo de vida. El objetivo de las intervenciones que alteran la enfermedad es repigmentar las lesiones de vitílico; las terapias que alteran el estilo de vida modifican los mecanismos de los participantes para hacer frente a la desfiguración. Las intervenciones que alteran la enfermedad incluyen la medicación oral o tópica, la fototerapia o una combinación de ellas. Las terapias que alteran el estilo de vida incluyen la terapia de camuflaje, que utiliza productos cosméticos para ocultar las lesiones, y la terapia cognitivo-conductual.

### Intervenciones que alteran la enfermedad

Siete estudios analizaron intervenciones encaminadas a alterar el estado de la enfermedad del paciente con vitílico. Los siete mostraron que el tratamiento contra el vitílico mejoró la CdV, sin embargo la mejora en los grupos de intervención no siempre fue estadísticamente significativa respecto a los grupos control.

Un estudio cuasiexperimental investigó si el tratamiento oclusivo incrementa la eficacia del tacrolimus tópico al 0,1 %. Treinta y un participantes se aplicaron tacrolimus al 0,1 % en pomada y placebo emoliente dos veces al día en las lesiones de cada lado del cuerpo. Además, se aplicaron tres tipos de vendajes oclusivos en las lesiones tratadas. La puntuación global DLQI (por sus siglas en inglés: Índice de Calidad de Vida en Dermatología; a mayor puntuación, peor CdV) se redujo significativamente al final del estudio ( $p<0,001$ ). Los resultados de los pacientes también se clasificaron de acuerdo a su grado de repigmentación y los autores observaron que sólo los participantes con una repigmentación de moderada a excelente expresaron una reducción significativa en las puntuaciones de DLQI ( $p = 0,006$ ), mientras que aquellos con mínima o nula repigmentación describieron un status quo en las puntuaciones de DLQI ( $p > 0,05$ ). Los pacientes con vitílico estable refractario que recibieron injertos epidérmicos celulares no cultivados también expresaron una mejora significativa de la calidad de vida, con una repigmentación media del 72%, con un 62% de los participantes logrando un  $> 70\%$  de repigmentación.

En un experimento de antes y después, los autores midieron la CdV de 40 participantes con vitílico estable refractario antes y después del trasplante de un injerto epidérmico celular no cultivado. El porcentaje medio de repigmentación fue del 72%, mientras que el 62% de los participantes logró  $> 70\%$  de repigmentación al final del estudio. Las puntuaciones medias del DLQI bajaron de  $6,95 \pm 6,68$  a  $3,85 \pm 4,13$  ( $p = 0,016$ ).

Un ECA investigó los efectos de la fototerapia con luz UVB de banda estrecha (NB-UVB, por sus siglas en inglés) dos veces por semana y de la administración oral de extracto de 250mg de Polypodium leucotomos (extraído de un helecho tropical con agentes inmunomoduladores y antioxidantes) frente a NB-UVB y placebo. Cincuenta participantes con vitílico vulgaris fueron asignados al azar a cada grupo. El porcentaje de repigmentación lo midieron y compararon dos dermatólogos que desconocían el tratamiento recibido por el participante. Se registró el porcentaje de repigmentación en cuatro regiones diferentes del cuerpo por separado: la región de la cabeza y el cuello, la región del tronco y las nalgas, la región de los brazos y las piernas, y la región las manos y los pies. Tanto el grupo de tratamiento como el de control mostraron una mejora en la repigmentación de las cuatro regiones, muy probablemente por el efecto de la NB-UVB administrada a los participantes de ambos grupos. Además, el grupo leucotomos mostró un mayor porcentaje de repigmentación que el grupo control. La CdV se midió utilizando Skindex-29 y la mejora o empeoramiento de la CdV se calculó a partir de la diferencia en las puntuaciones antes y después del tratamiento. Un número positivo indica una mejora en la CdV, mientras que un número negativo indica un empeoramiento de la CdV. Ambos grupos, el leucotomos y el control describieron una diferencia media positiva de 4 y 2, respectivamente, aunque no fueron significativamente diferentes. Esto sugiere que la intervención fue efectiva en la mejora de la CdV a través de la repigmentación, pero su efectividad en la CdV no fue proporcional al grado repigmentación logrado.

Hallazgos similares fueron descritos en otro ECA con 84 participantes. Los participantes con vitílico no segmentario en la cara o el cuello fueron distribuidos aleatoriamente en un grupo tratado con una combinación de láser excimer 308nm y crema tópica 17-butirato de hidrocortisona, y el grupo de control tratado con sólo láser excimer 308nm. Los porcentajes medios de repigmentación fueron del 20,5% y del 40% para el grupo de grupo de monoterapia y el grupo combinación, respectivamente.

Las puntuaciones medias del Skindex-29  $\pm$  DT después del tratamiento se redujeron de 19,4  $\pm$  2,53 a 14,22  $\pm$  2,25 para el grupo de monoterapia y de 23,71  $\pm$  2,18 a 18,97  $\pm$  2,30 para el grupo de combinación, aunque no hubo diferencias significativas entre los grupos.

Un ECA mostró que la mejora en la CdV se produjo cuando se logró la repigmentación. Algunos autores afirmaron que la mejora de la CdV podría estar correlacionada con el grado de repigmentación logrado. Cincuenta y seis pacientes fueron asignados al azar a un grupo para recibir PUVA y tabletas de 8-metoxipsoraleno, y otro grupo que recibió NB-UVB con comprimidos de placebo. Las puntuaciones globales medias de DLQI se redujeron significativamente de 9 a 4. Se realizó una prueba más de correlación y se encontró que la puntuación DLQI se correlacionaba con una mejoría porcentual en la superficie corporal con Vitílico (BSA-V, por sus siglas en inglés) ( $r = 0,60$ ,  $p < 0,001$ ). Debe realizarse una distinción entre la mejoría porcentual en la BSA-V y la BSA-V, ya esta última (que se midió al inicio del estudio) se descubrió que no tenía una correlación significativa con las puntuaciones de DLQI.

Un cuasiexperimento encontró una relación similar entre la repigmentación y el grado de mejoría en las puntuaciones de DLQI. Durante los primeros 6 meses, la NB-UVB y la fototerapia ultravioleta B de banda corta (BB-UVB, por sus siglas en inglés) trataron la parte superior e inferior del cuerpo, respectivamente. Después de 6 meses, cuando ningún participante ( $n = 10$ ) mostró repigmentación debido a la BB-UVB en la parte inferior del cuerpo, la NB-UVB se aplicó a todo el cuerpo durante otros 6 meses. Además, se aplicó a cada parte del cuerpo una pomada de calcipotriol (un análogo artificial de vitamina D) y una pomada placebo. Al final del estudio, no hubo diferencia en el efecto de repigmentación de las áreas de la NB-UVB y de la BB-UVB inicial, ni entre las áreas tratadas con calcipotriol y con placebo. En relación a la CdV, los resultados de DLQI después del tratamiento mejoraron significativamente respecto al inicio ( $p < 0,05$ ). Además, los autores observaron que los 2 pacientes con  $>75\%$  de repigmentación ( $n = 2$ ) registraron una reducción mayor en las puntuaciones DLQI que los pacientes con una repigmentación del 26% al 50%, y más reducción aún que aquellos con una repigmentación  $<25\%$ . Por lo tanto, la repigmentación produjo una reducción en las puntuaciones de DLQI y el grado de repigmentación se relacionó con un mayor grado de mejora en la CdV.

Un ECA con 43 participantes adultos con vitílico no segmentario de propagación lenta o limitada. El grupo de intervención recibió levamisol oral de 150 mg (un fármaco antihelmíntico con propiedades inmunomoduladoras), mientras que el grupo de control tomó una pastilla de placebo dos días consecutivos a la semana. La medida de resultado primaria fue la aparición de nuevas lesiones.

Ambos grupos registraron tasas similares de participantes dejaron de desarrollar nuevas lesiones (19 de los 23 participantes del grupo de intervención y 12 de los 20 del grupo control,  $p = 0,92$ ). La alta tasa de no progresión en el grupo de control podría ser debido a la crema de mometasona furoato al 0,1%. Ambos grupos de intervención y de control mostraron una reducción significativa en las puntuaciones de DLQI al final de 5 meses de estudio. La mediana de las puntuaciones de DLQI se redujo de 4 a 1 ( $p=0,003$ ) para el grupo de intervención y de 3,5 a 1 para el de control ( $p=0,025$ ). Los autores, sin embargo, también incluyeron el instrumento genérico WHOQOL-BREF (por sus siglas en inglés) y los resultados no concordaron con los últimos resultados del DLQI: no hubo diferencias estadísticamente significativas en los resultados WHOQOL-BREF antes y después del tratamiento en los cuatro dominios del instrumento (físico, psicológico, social y ambiental) para todos los participantes.

En dos estudios que utilizaron fototerapia, los participantes experimentaron una repigmentación y una mejora en la CdV. El análisis de subescalas mostró que la mayor mejora fue en la subescala emocional del Skindex-29, seguida por el funcionamiento social. Sin embargo, la dimensión física sufrió un deterioro debido a los efectos secundarios del eritema, el prurito y la piel seca.

### Intervenciones que alteran la calidad de vida

Un ECA investigó los efectos de la terapia cognitivo-conductual en la CdV de 16 participantes en un período de 2 meses. Al grupo control no se le ofreció asesoramiento y no recibieron ningún cambio en su tratamiento convencional. Se describieron los principales efectos estadísticamente significativos del tratamiento y el tiempo; y el grupo de intervención, siguiendo la terapia, mostró una mejora significativa de los resultados del DLQI que se mantuvo durante 5 meses de evaluación de seguimiento, mientras que no se observaron cambios significativos en el grupo control en cada punto de evaluación.

Un experimento pre post con 78 pacientes con vitílico examinó cómo el camuflaje altera el aspecto de la condición de la piel. Las puntuaciones medias  $\pm$ DT del DLQI disminuyó de 7,3  $\pm$  5,6 a 5,9  $\pm$  5,2 ( $p=0,006$ ) después del tratamiento. Los participantes cuya puntuación basal del DLQI reflejaba "un efecto de muy grande a extremadamente grande en la CdV", describieron mejorías después del tratamiento, con unas puntuaciones medias del DLQI  $\pm$ DT bajando de 14,8  $\pm$  2,8 a 10,9  $\pm$  5,6 ( $p<0,01$ ).

Por el contrario, los participantes cuyas puntuaciones basales del DLQI reflejaron "un efecto de pequeño a moderado sobre la CdV" no mostraron cambios significativos antes y después del uso del camuflaje. Por lo tanto, la TCC fue sólo útil para los participantes con su CdV más severamente afectada.

En un estudio sobre el camuflaje, el análisis de subescalas del DLQI mostró que los pacientes con vitílico se veían muy afectados por la "vergüenza" y la "dificultad en la elección de la ropa". El camuflaje mejoró significativamente estos dos elementos, así como "el deporte y el ejercicio" (confianza al mostrar la piel desnuda en ropa deportiva y trajes de baño), en la dimensión emocional de la subescala. Además, el camuflaje mejoró las molestias físicas como el prurito y el dolor. Los autores atribuyeron esto al efecto hidratante o placebo de la crema.

El camuflaje no causó importantes mejoras en elementos de las dimensiones funcionales o sociales. Los elementos funcionales incluyeron "inconvenientes del tratamiento", "compras de alimentos/jardinería" y "vida laboral/escolar", mientras que los elementos sociales incluyeron "actividades sociales/ocio", "relación con los otros" y "vida sexual".

## Conclusiones

Los nueve estudios mostraron que los tratamientos, independientemente del tipo, fueron útiles para mejorar la calidad de vida cuando se midió mediante el Índice de Calidad de Vida en Dermatología. Las terapias fueron clasificadas según el foco de la intervención, es decir, en alteraciones de la enfermedad o alteraciones del estilo de vida. Las intervenciones que alteran la enfermedad parecían demostrar asociaciones entre el éxito en la repigmentación/reducción del empeoramiento de la enfermedad y la mejora la calidad de vida. Las intervenciones que alteran el estilo de vida podrían ser selectivamente eficaces para los pacientes con un deterioro más severo de su CdV.

## Agradecimientos

Este *Best Practice information sheet* ha sido desarrollado por el Instituto Joanna Briggs.

Además este *Best Practice information sheet* ha sido revisado por expertos Internationales de los centros colaboradores de Joanna Briggs.

## Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Levels of evidence and Grades of Recommendations. <http://www.joannabriggs.edu.au/About%20Us/JBI%20Approach>
2. Lert CT, Fai CM. A systematic review of the effectiveness of therapeutic interventions on quality of life for adult vitiligo patients. *JBI Library of Systematic Reviews* 2010; 8(29):1169-1201.
3. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J of Evid Based Healthc* 2005; 3(8):207-215.

Traductor: Cintia Escandell García

Revisor: David López-Zorraquino



The Joanna Briggs Institute  
The University of Adelaide  
South Australia 5005  
AUSTRALIA  
[www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)

© The Joanna Briggs Institute 2011  
ph: +61 8 8313 4880  
fax: +61 8 8313 4881  
email: [jbi@adelaide.edu.au](mailto:jbi@adelaide.edu.au)

Published by  
Blackwell Publishing



WILEY-  
BLACKWELL

“ Los procedimientos descritos en el *Best Practice* sólo deben ser utilizados por personas que tienen la experiencia adecuada en el ámbito al que se refiere el procedimiento. La aplicabilidad de cualquier información debe ser establecida antes de confiar en él. Si bien se ha tenido cuidado para asegurarse de que esta edición de *Best Practice* resume la investigación disponible y el consenso de expertos, cualquier pérdida, daño, coste, gasto o responsabilidad sufrida o incurrida como resultado de la confianza en estos procedimientos (tanto si se producen en un contrato, negligencia o en cualquier otro caso) están excluidos, en la medida permitida por la ley ” .



Este *Best Practice information sheet* presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Las implicaciones para la práctica se realizan con la expectativa de que los profesionales de salud utilicen esta evidencia teniendo en cuenta su contexto, las preferencias de sus clientes y su juicio clínico<sup>3</sup>.