Uso de ritlecitinib en paciente con alopecia areata y vitíligo refractarios

Victoria Robles Almazán, Alba Bergaz Alonso[1], Andrea Fuentes Bellas[1], Daniel de Ramón Rueda[1], Raquel Horcajo Ortega[1], Miguel Antonio Lasheras Pérez[1] y Minia Campos Domínguez[1]

[1] Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España

27 REUNIÓN NACIONAL TRICOLOGÍA Y ONICOLOGÍA
15-17 OCTUBRE 26 VALLADOLID

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha demostrado que la vía JAK-STAT desempeña un papel relevante en la patogénesis de varias enfermedades dermatológicas autoinmunes. Algunas de estas entidades pueden coexistir en un mismo individuo. Presentamos el caso de una paciente con alopecia areata (AA) y vitíligo tratados con ritlecitinib oral.

CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años con AA de 12 años de evolución, que presentaba desde el inicio brotes recurrentes, incluido un episodio de alopecia universal. Acudió a consulta por un nuevo brote de 6 meses de evolución, resistente a corticoterapia y difenciprona, así como por una rápida extensión de manchas acrómicas que correspondían a vitíligo.

A la exploración física presentaba una AA de patrón ofiásico, con un SALT de 51,6, pull test positivo y signos tricoscópicos de actividad, sin afectación de cejas ni pestañas (ELA y EBA de 3). Asimismo, manifestaba lesiones de vitíligo de patrón acrofacial, con un F-VASI de 0,18 y un T-VASI de 1,21.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se inició tratamiento con ritlecitinib 50 mg/día. La paciente refirió recrecimiento de tallos pilosos en menos de 2 meses, sin efectos adversos reseñables. A los 4 meses se evidenció repoblación completa (SALT 0). A los 6 meses se inició la repigmentación de las manchas acrómicas en manos, con reducción del T-VASI a 0,80.



Figura 1. Visita basal. A) AA de patrón ofiásico. **B)** Afectación de vértex.



Figura 2. Repoblación completa a los 4 meses de tratamiento.

A los 6 meses se inició la repigmentación de las manchas acrómicas en manos, con reducción del T-VASI a 0,80.



Figura 3. Vitíligo en dorso de ambas manos en visita basal.



Figura 4. Inicio de repigmentación a los 6 meses de tratamiento.



Figura 5. Evolución a los 9 meses de tratamiento.

HALLAZGOS PRINCIPALES

ALOPECIA AREATA

SALT 51,6 → 0

Repoblación completa a los 4 meses

VITÍLIGO

T-VASI 1,21 → 0,80

Inicio de la repigmentación en manos a los 6 meses

DISCUSIÓN

La AA es una alopecia no cicatricial que puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes, como el vitíligo (entre el 1 y el 3 %). Ambas enfermedades comparten un eje central: la vía JAK-STAT estaría activada por el IFN-γ, lo cual induce CXCL9/10, que reclutan linfocitos T citotóxicos CD8+.

La célula diana (células de la matriz del bulbo folicular en fase anágena en la AA y el melanocito en el vitíligo), el perfil de citocinas accesorias y, en consecuencia, las isoformas de JAK más relevantes son los aspectos divergentes entre ambas entidades.

CONCLUSIONES

Los inhibidores orales de Janus cinasa serían un tratamiento adecuado de las dos patologías.

Ritlecitinib, inhibidor de JAK 3/TEC, está aprobado para AA en mayores de 12 años, y se encuentra en fase III de desarrollo clínico para el vitíligo no segmentario.

Este caso ilustra cómo un solo fármaco puede abordar ambos trastornos, siendo una estrategia coste-efectiva.