Ruxolitinib tópico en alopecia frontal fibrosante y vitíligo: Patogenia compartida, cinética diferencial.

Beatriz Vázquez Losada[1], Álex Viñolas Cuadros[2], Irene Andrés Ramos[2], Daniel Ruiz Sánchez[2], Teresa González de las Heras[2], Elena Sánchez Romero[2] y Ainhoa Marquet Ryan[1]
[1]Servicio de Dermatología. Hospital Valle del Nalón, Langreo (Asturias) - España
[2]Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una alopecia cicatricial inflamatoria en cuya patogenia se ha implicado la vía JAK-STAT.[1] La coexistencia de AFF y vitíligo podría reflejar mecanismos inmunopatogénicos compartidos. Presentamos la evolución bajo ruxolitinib tópico en monoterapia de ambas enfermedades, destacando su diferente cinética de respuesta.

CASO CLÍNICO

Mujer de 77 años que consultó por pérdida progresiva de densidad en la línea de implantación frontal. La exploración clínica y tricoscópica mostró una AFF activa, cuantificada mediante la Frontal Fibrosing Alopecia Severity Score (FFASS),[2] con recesión frontotemporal, pérdida bilateral de la cola de la ceja, eritema e hiperqueratosis perifolicular de la línea afectada, sin prurito ni dolor. Simultáneamente presentó progresión de un vitíligo no segmentario facial con afectación frontal de rápida extensión (Vitiligo Surface Area (VSA) <10%). Se inició en abril de 2026 tratamiento en monoterapia con ruxolitinib tópico cada 12 horas.[1,3]

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TRICOSCÓPICA

Fotografía clínica

BASAL



Figura 1. Basal: vitíligo frontal no segmentario con placa acrómica de borde geográfico y recesión frontotemporal.



Figura 5. Basal, detalle clínico: eritema e hiperqueratosis perifolicular en la línea de implantación.

3 MESES



Figura 2. 3 meses: estabilidad de la banda cicatricial y discreta repigmentación frontal.



Figura 6. 3 meses, detalle clínico: marcada disminución de los signos inflamatorios con banda cicatricial estable.

Tricoscopia

BASAL



Figura 3. Basal: eritema perifolicular marcado e hiperqueratosis/descamación perifolicular.



Figura 7. Basal, tricoscopia: persistencia de eritema difuso y descamación perifolicular en la línea afectada.

3 MESES



Figura 4. 3 meses: clara reducción del eritema y de la hiperqueratosis perifolicular.



Figura 8. 3 meses, tricoscopia: mínimo eritema residual y notable reducción de la actividad inflamatoria.

RESULTADOS

Tras 3 meses de tratamiento, la extensión de la banda cicatricial permaneció estable, mientras que se objetivó un descenso de la FFASS a expensas de una marcada reducción del componente inflamatorio. Tanto el eritema como la hiperqueratosis perifolicular disminuyeron a <25% de la línea afectada, con mejoría concordante en la evaluación clínico-tricoscópica. La paciente continuó sin prurito ni dolor y el tratamiento fue bien tolerado. En el mismo periodo, la respuesta del vitíligo fue comparativamente discreta, con escasa repigmentación.[3,4]

CONCLUSIONES

La reducción precoz y objetiva de la actividad inflamatoria y la estabilización de la progresión cicatricial de la AFF tras ruxolitinib tópico contrastaron con la todavía discreta respuesta pigmentaria del vitíligo.[4] Esta diferente cinética de respuesta bajo un mismo tratamiento sugiere un efecto antiinflamatorio precoz de la inhibición tópica de JAK1/JAK2 sobre la AFF.[1,3,5] Destaca, además, la respuesta obtenida con ruxolitinib tópico en monoterapia, una estrategia terapéutica todavía escasamente descrita para la AFF[1,3,5] y que permite atribuir con mayor solidez la mejoría observada al tratamiento. Este caso refuerza el potencial papel de los inhibidores tópicos de JAK en la AFF y aporta una observación singular sobre la respuesta diferencial de dos enfermedades inmunomediadas concomitantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nohria A, Desai D, Shapiro J, Bordone L, Lo Sicco K. Review of the use of Janus kinase inhibitors in the treatment of scarring alopecia. Int J Dermatol. 2024 Jun;63(6):e105-e110. doi: 10.1111/ijd.17153. Epub 2024 Apr 3. PMID: 38571280.
2. Saceda-Corralo D, Moreno-Arrones ÓM, Fonda-Pascual P, et al. Development and validation of the Frontal Fibrosing Alopecia Severity Score. J Am Acad Dermatol. 2018;78(3):522-529. doi: 10.1016/j.jaad.2017.09.034.
3. Desai D, Nohria A, Lo Sicco K, Shapiro J. The use of topical ruxolitinib 1.5% cream in frontal fibrosing alopecia: A case report. JAAD Case Rep. 2024 May 4;50:141-143. doi: 10.1016/j.jdcr.2024.04.034. PMID: 39148634; PMCID: PMC11326510.
4. Rosmarin D, Passeron T, Pandya AG, et al. Two Phase 3, Randomized, Controlled Trials of Ruxolitinib Cream for Vitiligo. N Engl J Med. 2022;387(16):1445-1455. doi: 10.1056/NEJMoa2118828.
5. Williams KN, Perez SM, Burroway B, Tosti A. Topical ruxolitinib in the management of frontal fibrosing alopecia and/or lichen planopilaris: A single-center retrospective cohort study. J Am Acad Dermatol. 2025 Jan;92(1):170-172. doi: 10.1016/j.jaad.2024.09.032. Epub 2024 Sep 26. PMID: 39341357.

AFF: alopecia frontal fibrosante. FFASS: Frontal Fibrosing Alopecia Severity Score. VSA: Vitiligo Surface Area.