CUANDO LA RESPUESTA NO SE HACE ESPERAR: RITLECITINIB EN ALOPECIA AREATA GRAVE DEL ADOLESCENTE

Ana Julia Garcia Malinis , Paular Valero Bonilla, Unidad de Dermatología,
Hospital Universitario Obispo Polanco de Teruel

La alopecia areata grave en edad pediátrica y en la adolescencia, supone un reto terapéutico, especialmente en formas extensas, activas o con respuesta insuficiente a tratamientos convencionales. Ritlecitinib constituye una alternativa terapéutica para adultos y adolescentes a partir de 12 años. Presentamos una adolescente con alopecia areata grave de patrón ofiásico que alcanzó una repoblación completa y rápida tras la introducción de ritlecitinib.

Caso clínico

Paciente adolescente niña de 12 años con alopecia areata extensa de predominio sagital y patrón ofiásico, con intensa actividad clínica (en dos semanas perdida sustancial) (SALT 40) e impacto emocional importante (Fig.1). Se inició tratamiento con pulsos semanales de prednisona, metotrexato 7,5 mg/semanal y corticoterapia tópica e intralesional, obteniéndose inicialmente una repoblación significativa (Fig.2). A los tres meses de inicio del tratamiento sistémico, presentó una reactivación franca de la enfermedad, por lo que se añadió ritlecitinib 50 mg/día. Tras la introducción de ritlecitinib se observó una rápida y progresiva repoblación del cuero cabelludo. A las 10 semanas de tratamiento alcanzó una repoblación completa (SALT 0), con pilotracción negativa y ausencia de signos clínicos de actividad (Fig.3). La respuesta permitió reducir progresivamente la corticoterapia sistémica y el metotrexato. El tratamiento esta siendo bien tolerado, sin alteraciones analíticas ni acontecimientos adversos relevantes durante el seguimiento hasta el día de hoy.



Figura 1 . Inicio de Alopecia Areata con gran actividad SALT 40



Figura 2. Inicio de repoblación de AA con metotrexato oral, corticoides orales y tópicos



Figura 3. Repoblación a las 10 semanas de inicio de Ritlecitinib 50mg/día

Conclusiones

Ritlecitinib constituye una alternativa eficaz en adolescentes con alopecia areata grave y respuesta insuficiente al tratamiento sistémico convencional. En nuestro caso se observa, rapidez de la respuesta, alcanzando SALT 0 y ausencia de actividad clínica a las 10 semanas, con buena tolerabilidad en una paciente adolescente. Esta respuesta precoz y completa refuerza el potencial beneficio de una intervención temprana en pacientes con enfermedad activa, en consonancia con la evidencia emergente que relaciona una menor duración y extensión de la pérdida capilar con una mayor probabilidad de respuesta.

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

Hill MA, Irfan M, Bergfeld W, Piliang M. Pediatric Alopecia Areata and JAK Inhibitors: Bridging the Gap Between Evidence and Practice. J Am Acad Dermatol. 2026 Sep 11:S0190-9622(26)03515-2. doi: 10.1016/j.jaad.2026.09.015. Epub ahead of print. PMID: 42727783.
Mansilla-Polo M, Giacaman A, Abril-Pérez C, Martín-Torregrosa D, Gracia LB, Díaz-Corpas T, Fernández-Arregui A, Melgosa-Ramos J, Soto-Moreno A, Ruiz-Villanueva A, Roca-Ginés J, Pitarch-Bort G, Esteve-Martínez A, Martín-Santiago A, García-Núñez A, Bernabéu-Wittel J, Monserrat-García MT, Évole-Buselli M. Real-World Outcomes and Safety of JAK Inhibitors in Paediatric Alopecia Areata: A Retrospective Multicentre Study. Australas J Dermatol. 2026 Aug 4. doi: 10.1111/ajd.70189. Epub ahead of print. PMID: 42552762.