



## IMÁGENES EN PEDIATRÍA

## Tofacitinib en alopecia areata y síndrome nefrótico

## Tofacitinib in alopecia areata and nephrotic syndrome



Irene Comino-Hidalgo<sup>a,\*</sup>, Ana Belén Martínez-López<sup>b</sup>, Minia Campos-Domínguez<sup>c</sup>  
y Olalla Álvarez-Blanco<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>b</sup> Sección de Nefrología Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Disponible en Internet el 7 de abril de 2025

La alopecia areata es una alopecia no cicatricial autoinmunitaria con baja prevalencia en pediatría. Se ha asociado con varias enfermedades autoinmunes, como la tiroiditis de Hashimoto, y factores desencadenantes, como el estrés<sup>1</sup>. Sin embargo, existe escasa bibliografía acerca de su asociación con el síndrome nefrótico<sup>2</sup>. La patogenia en ambas es una disregulación inmunitaria<sup>2</sup>. Existen tratamientos locales que estimulan el crecimiento piloso y tratamientos sistémicos que influyen en la evolución de la enfermedad, entre ellos, los inhibidores de la cinasa Janus (JAK)<sup>3</sup>. Actualmente los únicos aprobados para este uso son ritlecitinib y baricitinib.

Traemos el caso de una mujer de 13 años con síndrome nefrótico corticorresistente con inicio a los 3 años. Fue tratada con inmunosupresión con tacrolimus, micofenolato de mofetilo y prednisona oral. A los 11 años se produjo la aparición de placa de alopecia areata, tratada localmente con minoxidilo y corticoides, sin mejoría, que progresó a alopecia areata total (fig. 1) y, posteriormente, hacia alopecia universal. Dada la estabilidad renal, se inició tofacitinib (inhibidor de la JAK que ha mostrado eficacia en la alo-



**Figura 1** Situación antes del inicio de tratamiento con tofacitinib: alopecia areata total (herramienta de gravedad de la alopecia, SALT, de 30). Evolución posterior a alopecia universal.

pecia areata) por disponibilidad del centro, con aumento progresivo de dosis hasta 5 mg cada 8 horas y retirada de micofenolato. Cuatro meses después, se apreció inicio del crecimiento, consiguiendo al año repoblación total en cejas y repoblación importante en cuero cabelludo (fig. 2). No ha presentado recaída del síndrome nefrótico desde el inicio de tofacitinib.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: irene.comino@salud.madrid.org (I. Comino-Hidalgo).



**Figura 2** Repoblación tras un año de tratamiento con tofacitinib.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Dainichi T, Iwata M, Kaku Y. Alopecia areata: What's new in the epidemiology, comorbidities, and pathogenesis? *J Dermatol Sci.* 2023;112:120–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdermsci.2023.09.008>.
2. Kimura Y, Sugawara K, Tsuruta D. Case of alopecia universalis accompanied by minimal change nephrotic syndrome. *J Dermatol.* 2015;42:1131–2, <http://dx.doi.org/10.1111/1346-8138.13046>.
3. Dahabreh D, Jung S, Renert-Yuval Y, Bar J, Del Duca E, Guttman-Yassky E. Alopecia areata: Current treatments and new directions. *Am J Clin Dermatol.* 2023;24:895–912, <http://dx.doi.org/10.1007/s40257-023-00808-1>.