



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Tofacitinib en alopecia areata y síndrome nefrótico

Tofacitinib in alopecia areata and nephrotic syndrome

Irene Comino-Hidalgo^{a,*}, Ana Belén Martínez-López^b, Minia Campos-Domínguez^c
y Olalla Álvarez-Blanco^b

^a Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Sección de Nefrología Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

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 estrés¹. Sin embargo, existe escasa bibliografía acerca de su asociación con el síndrome nefrótico². La patogenia en ambas es una disregulación inmunitaria². 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)³. 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).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2025.503834>

1695-4033/© 2025 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



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>.