



FORO DE RESIDENTES

FR- Actualización en el tratamiento del vitíligo

RF- Update on the Management of Vitiligo

E.L. Pinto-Pulido*, P. Merlo-Gómez e I. Polo-Rodríguez



Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Vitíligo;
Alteraciones de la pigmentación;
Terapéutica dermatológica

KEYWORDS

Vitiligo;
Pigmentation disorders;
Dermatological therapy

El tratamiento del vitíligo puede suponer un reto al presentar los tratamientos disponibles una eficacia limitada, sin estar exentas de efectos adversos. Recientemente, el grupo de trabajo internacional de vitíligo ha publicado sus recomendaciones de manejo terapéutico^{1,2}. Como punto de partida, insisten en decidir junto con el paciente un objetivo de tratamiento en función de la localización, la actividad y el impacto de su enfermedad¹.

Enfermedad activa. Objetivo estabilización/repigmentación

Vitíligo de extensión limitada

Los inhibidores tópicos de la calcineurina (ITC) son considerados de primera elección para lesiones de extensión limitada, especialmente en zona facial, cuello, ingles y axilas. Se deben aplicar una o dos veces al día durante 6 meses, pudiendo prolongar a 12 meses o más en caso de buena respuesta.

También recomiendan los corticoides tópicos de alta o muy alta potencia, especialmente en zonas extrafaciales de extensión limitada o en zona facial como segunda opción tras ITC. Se sugiere una aplicación al día 3-6 meses en adultos y 2-4 meses en niños. Estos periodos se pueden extender si se escoge una pauta intermitente (2 semanas de tratamiento y 2 semanas de descanso), que disminuye los efectos adversos locales y es de elección en zona facial².

El ruxolitinib, inhibidor tópico de JAK, es el primer fármaco aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y la Food and Drug Administration (FDA) para la repigmentación del vitíligo². En los ensayos clínicos fase 3 alcanzaron un F-VASI50/T-VASI50 (mejoría \geq 50% en el índice de puntuación del área facial/total de vitíligo) a las 52 semanas el 80,3-81,4%/56,8-60,8% de los pacientes³.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elucia.pinto95@gmail.com
(E.L. Pinto-Pulido).

Vitiligo extenso o rápidamente progresivo

Ante pacientes con vitiligo extenso o rápidamente progresivo la fototerapia UVB de banda estrecha se posiciona como primera línea de tratamiento, pudiéndose combinar con tratamiento tópico. Se recomienda realizar 3 sesiones a la semana y suspender tras 3 meses si no hay mejoría o tras 6 meses si esta es insuficiente.

En pacientes con vitiligo rápidamente progresivo resistente a otras terapias consideran valorar administrar mini pulsos orales de dexametasona (2,5-5 mg) o betametasona (5 mg) 2 días de la semana no consecutivos un máximo de 3-6 meses².

Enfermedad no activa

Objetivo repigmentación

Se pueden utilizar los tratamientos tópicos anteriormente mencionados, la fototerapia o la combinación de ambos. En casos resistentes a estas terapias y ausencia de progresión de la enfermedad tras 12 meses, se puede considerar tratamiento quirúrgico con injertos (de tejido o celulares).

Objetivo estabilización

Si el objetivo es evitar recaídas se recomienda la aplicación dos veces a la semana de un ITC o corticoide tópico¹.

Objetivo despigmentación

Por último, en casos resistentes y extensos en áreas visibles, se puede optar por despigmentar las zonas sanas, con monobenzeno (aprobado por la FDA), otros despigmentantes tópicos, láser o crioterapia^{1,2}.

Novedades terapéuticas en investigación

Existen varias terapias en estudio para esta enfermedad, habiéndose publicado recientemente los resultados de un

ensayo clínico fase 2b con ritlecitinib (inhibidor oral de JAK3 y TEC cinasa), con resultados favorables en cuanto a seguridad y eficacia⁴. Otros inhibidores orales de JAK (upadacitinib, povorcitinib, baricitinib) también han comenzado ensayos clínicos fase 2². Nuevas dianas terapéuticas en investigación (IL-15, señalización WNT) tratan de abordar no solo la inmunomodulación, sino también la repigmentación^{2,5}.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Van Geel N, Speeckaert R, Taïeb A, Ezzedine K, Lim HW, Pandya AG, et al. Worldwide expert recommendations for the diagnosis and management of vitiligo: Position statement from the International Vitiligo Task Force Part 1: Towards a new management algorithm. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37:2173–84, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.19451>.
2. Seneschal J, Speeckaert R, Taïeb A, Wolkerstorfer A, Passeron T, Pandya AG, et al. Worldwide expert recommendations for the diagnosis and management of vitiligo: Position statement from the international Vitiligo Task Force-Part 2: Specific treatment recommendations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37:2185–95, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.19450>.
3. Janssen JC, Mulder EEAP, van der Veldt AAM. Two phase 3, randomized controlled trials of ruxolitinib cream for vitiligo. *N Engl J Med.* 2023;388:283, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMc2215181>.
4. Ezzedine K, Peeva E, Yamaguchi Y, Cox LA, Banerjee A, Han G, et al. Efficacy and safety of oral ritlecitinib for the treatment of active nonsegmental vitiligo: A randomized phase 2b clinical trial. *J Am Acad Dermatol.* 2023;88:395–403, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2022.11.005>.
5. Richmond JM, Strassner JP, Zapata L Jr, Garg M, Riding RL, Refat MA, et al. Antibody blockade of IL-15 signaling has the potential to durably reverse vitiligo. *Sci Transl Med.* 2018;10, <http://dx.doi.org/10.1126/scitranslmed.aam7710>, eam7710.