



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i18.0870>

VITÍLIGO EN 2026: ESCALADA TERAPÉUTICA Y PAPEL DE LOS INHIBIDORES DE JANUS QUINASA

VITILIGO IN 2026: THERAPEUTIC ESCALATION AND THE ROLE OF JANUS KINASE INHIBITORS

Perez-Ganem Maria Alejandra ¹; Perez-Guzman Maria Camila ²; Silva-Trujillo María Sofía ³; Gomez-Tabares Bhayron Jose ⁴; Melo-Gómez Hadit Johanna ⁵; Zuluaga-Viatela Daniela ⁶; Moncaleano-Arias María Del Mar ⁷; Muñoz-Quiroga Luisa Maria ⁸; Cárdenas-Ruiz Isabella ⁹

¹ Universidad del Sinú. Montería, Colombia.

Correo: alejaperezg97@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-9324-1121>

² Universidad del Sinú. Montería, Colombia.

Correo: maricami27@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-6125-6896>

³ Unidad Central del Valle del Cauca. Tuluá, Colombia.

Correo: masofisilvatrujillo@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-1336-1845>

⁴ Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Correo: josegomeztb@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-9668-7680>

⁵ Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Correo: haditmelogomez@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1592-5909>

⁶ Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia.

Correo: zuluagadaniela9901@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-0779-7162>

⁷ Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt. Armenia, Colombia.

Correo: mariamoncaleano@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-6477-6460>

⁸ Médico Universidad de la Sabana. Chía, Colombia.

Correo: luisamunoz.md@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0434-0953>

⁹ Institución Universitaria Visión de las Américas. Pereira, Colombia.

Correo: isabellacardenasr@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-1278-6678>

Resumen

El vitiligo no segmentario se consolidó como una enfermedad autoinmune visible, crónica y con carga psicosocial relevante. Esta revisión crítica analizó la escalada terapéutica contemporánea, con énfasis en inhibidores de Janus quinasa. Se revisó literatura biomédica reciente, priorizando ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, consensos y documentos regulatorios. La fototerapia con luz ultravioleta B de banda estrecha y los tópicos convencionales continuaron siendo pilares, pero ruxolitinib tópico aportó la primera opción aprobada específicamente para repigmentación en enfermedad activa o extensa. Los inhibidores orales mostraron señales de eficacia en enfermedad activa o extensa, aunque su seguridad sistémica y uso fuera de indicación exigen selección rigurosa. La combinación con fototerapia fue racional y prometedora, pero aún requiere protocolos comparativos. En Latinoamérica, costo, acceso y adherencia condicionan la aplicabilidad. Se propone un algoritmo escalonado basado en extensión, actividad, localización y riesgo individual.

Palabras claves: Vitiligo, Inhibidores de Janus quinasa, Fototerapia, Calidad de vida, Terapia farmacológica.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 09 de febrero de 2026.

Fecha de aceptación: 15 de abril de 2026.

Fecha de publicación: 13 de mayo de 2026.



Abstract

Nonsegmental vitiligo has become recognized as a visible, chronic autoimmune disease with substantial psychosocial burden. This critical review analyzed contemporary therapeutic escalation, emphasizing Janus kinase inhibitors. Recent biomedical literature was reviewed, prioritizing clinical trials, systematic reviews, consensus statements and regulatory documents. Narrowband ultraviolet B phototherapy and conventional topical agents remained core interventions, but topical ruxolitinib provided the first approved option specifically aimed at repigmentation in nonsegmental disease. Oral inhibitors showed efficacy signals in active or extensive disease, although systemic safety and off-label use require rigorous patient selection. Combination with phototherapy was biologically plausible and promising, but comparative protocols remain insufficient. In Latin America, cost, access and adherence strongly influence applicability. A stepwise algorithm is proposed according to extent, activity, location and individual risk.

Keywords: Vitiligo, Janus Kinase Inhibitors, Phototherapy, Quality of Life, Drug Therapy.

1. Introducción

El vitíligo no segmentario fue definido como una dermatosis autoinmune crónica en la que la pérdida de melanocitos produjo máculas acrómicas bien delimitadas, con distribución habitualmente bilateral y simétrica. Aunque las estimaciones históricas situaron la prevalencia entre 0,5% y 2%, los modelos poblacionales recientes sugirieron cifras globales más conservadoras y remarcaron la heterogeneidad regional; por tanto, las cifras deben interpretarse según método diagnóstico, fototipo y acceso a consulta dermatológica.^{1,2}

En la práctica clínica, la relevancia del trastorno no dependió solo del porcentaje de superficie corporal afectada: una lesión pequeña en cara, cuello, manos o genitales pudo

tener mayor impacto que áreas extensas cubiertas por ropa.

La carga psicosocial fue un desenlace central. Revisiones sistemáticas demostraron deterioro de calidad de vida, estigma, ansiedad y síntomas depresivos; la ansiedad en particular apareció con frecuencia suficiente para justificar tamizaje activo, no solo aconsejaría cosmética.^{3,4} Este punto modificó la forma de evaluar la respuesta: no bastó con medir repigmentación objetiva, porque el éxito terapéutico también incluyó aceptabilidad del tiempo de tratamiento, visibilidad residual y satisfacción del paciente.

La comprensión fisiopatológica avanzó desde un modelo inespecífico de estrés oxidativo hacia una red inflamatoria dominada por interferón gamma, señalización



por Janus quinasa y transductores de señal y activadores de la transcripción, además de quimiocinas como CXCL9 y CXCL10 que reclutaron linfocitos T citotóxicos contra melanocitos.^{5,6} Este cambio justificó una pregunta crítica para 2026: ¿los inhibidores de Janus quinasa deben desplazar a la fototerapia y a los inmunomoduladores tópicos, o integrarse como escalón dirigido dentro de un algoritmo multimodal? Las recomendaciones internacionales insistieron en clasificar actividad, extensión, localización, comorbilidades, expectativas y acceso antes de escalar tratamiento.⁷⁻⁹

2. Metodología

Se realizó una revisión crítica narrativa con búsqueda estructurada de literatura publicada entre enero de 2017 y abril de 2026. Se consultaron PubMed-MEDLINE, Cochrane Library, Scopus, Web of Science y SciELO. Los términos principales fueron vitiligo, nonsegmental vitiligo, Janus kinase inhibitors, ruxolitinib, tofacitinib, upadacitinib, ritlecitinib, phototherapy, narrow-band

ultraviolet B, Vitiligo Area Scoring Index, quality of life y adverse events. Se priorizaron ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, metaanálisis, consensos internacionales y documentos regulatorios. Se excluyeron comunicaciones no indexadas, fuentes informales y textos sin trazabilidad bibliográfica suficiente.

La extracción se orientó a seis dominios: eficacia en repigmentación, control de actividad, seguridad por vía de administración, combinación con fototerapia, aplicabilidad en Latinoamérica y vacíos de evidencia. No se realizó metaanálisis propio ni evaluación formal de certeza con Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; por ello, las conclusiones se presentan como síntesis crítica y no como guía de práctica clínica definitiva. Se utilizaron desenlaces frecuentes en los estudios, incluido el Índice de Área y Severidad del Vitiligo (Vitiligo Area Scoring Index, VASI) y la respuesta facial del 75% respecto al basal, denominada F-VASI75.

La valoración de calidad se realizó de forma cualitativa. Se asignó

mayor peso a estudios con asignación aleatoria, comparador, tamaño muestral suficiente y seguimiento mayor de 24 semanas. Las series de casos fueron útiles para generar hipótesis, pero no se usaron para sostener recomendaciones fuertes. Se revisó, además, si los estudios comunicaban conflicto de interés, financiación industrial, pérdidas de seguimiento, definición de actividad y desenlaces reportados por pacientes. Esta lectura fue necesaria porque el campo de los inhibidores de Janus quinasa evolucionó con rapidez y combinó evidencia robusta de ruxolitinib tópico con datos más preliminares de inhibidores sistémicos.

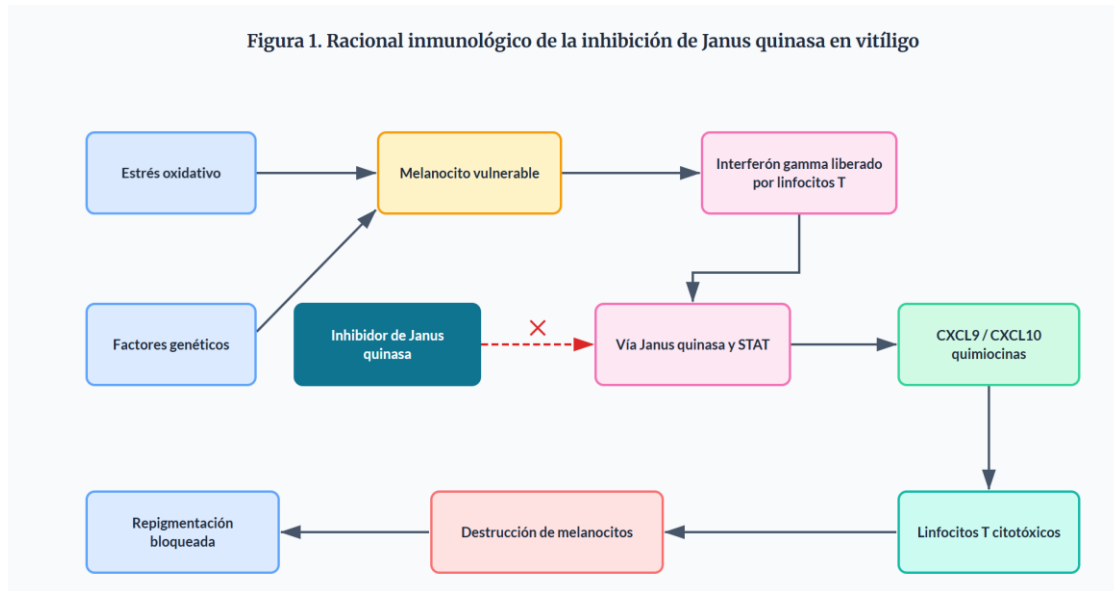
y CXCL10, que facilitaron el reclutamiento y persistencia de linfocitos T CD8 positivos en piel; estas células perpetuaron la destrucción melanocítica y explicaron por qué la repigmentación espontánea fue limitada en lesiones activas.^{5,6} Los inhibidores de Janus quinasa bloquearon un nodo común de esta señalización. El racional, sin embargo, no fue suficiente para prometer curación: la repigmentación exigió melanocitos residuales o migración desde folículos pilosos, por lo que cara y cuello respondieron mejor que manos y pies. La cascada se resume en el esquema propuesto (Ver Figura 1).

3. Resultados y discusión

Fundamento fisiopatológico para una terapia dirigida

La vía interferón gamma-Janus quinasa-transductores de señal y activadores de la transcripción conectó la lesión clínica con un mecanismo terapéutico verificable. El interferón gamma indujo quimiocinas, especialmente CXCL9

Figura 1. Racional inmunológico de la inhibición de Janus quinasa en vitíligo. El diagrama sintetiza la interacción entre estrés oxidativo, interferón gamma, quimiocinas y linfocitos T citotóxicos. Fuente: elaboración propia con base en referencias ^{5,6}.



Tratamiento convencional y umbrales de escalamiento

La fototerapia con luz ultravioleta B de banda estrecha siguió siendo la base en enfermedad moderada o extensa. El metaanálisis clásico mostró que el tiempo de exposición acumulado y la localización determinaron el resultado: la cara y el cuello repigmentaron con mayor frecuencia, mientras las zonas acrales tuvieron respuesta pobre.¹⁰ Los inhibidores tópicos de calcineurina y los corticoides tópicos conservaron utilidad en enfermedad localizada; tacrolimus fue especialmente razonable en cara y pliegues por evitar atrofia, mientras los corticoides potentes debieron

usarse por ciclos y en zonas no faciales.^{11,12} En enfermedad rápidamente progresiva, los mini-pulsos de corticoide sistémico pudieron estabilizar la actividad, pero la evidencia fue heterogénea y su uso exigió vigilancia de efectos adversos.¹³

La escalada no debe activarse por impaciencia temprana. En vitíligo, una respuesta visible suele requerir meses, y suspender antes de 12 a 24 semanas puede clasificar falsamente como fracaso a un paciente que repigmentaría tardíamente. Una estrategia pragmática fue definir desde el inicio fotografías estandarizadas, localización prioritaria y umbral de cambio clínico. El VASI aporta

estructura, pero el significado clínico depende de zona visible y de preferencia del paciente; por ello, los desenlaces centrados en el paciente deben acompañar la medición

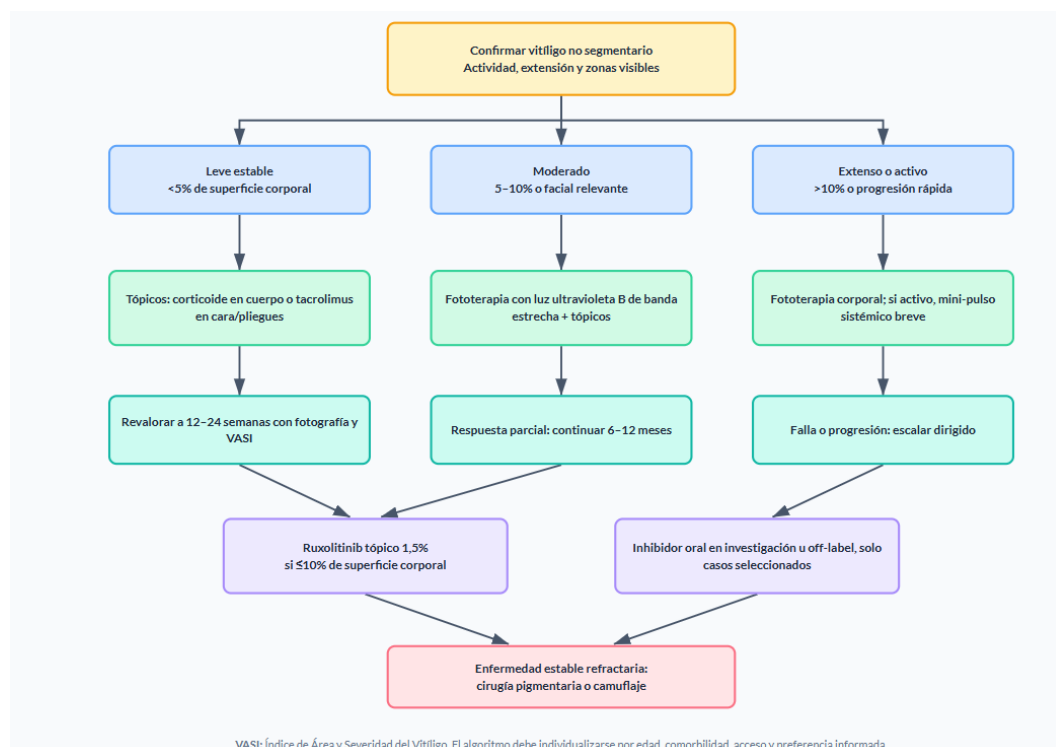
objetiva.²⁹ El algoritmo sugerido se presenta como propuesta de revisión crítica, no como reemplazo de guías locales (Ver Tabla 1 y Figura 2).

Tabla 1. Algoritmo sugerido de escalamiento terapéutico para vitíligo no segmentario.

Fuente: elaboración propia con base en consensos internacionales, guías canadienses y evidencia de fototerapia e inhibidores de Janus quinasa^{7-10,14,17,18}.

Escenario clínico	Intervención inicial	Criterio de escalamiento	Rol de inhibidores de Janus quinasa
Leve y estable (<5% de superficie corporal)	Corticoide tópico en tronco/extremidades o tacrolimus en cara y pliegues; fotoprotección y fotografía basal.	Sin repigmentación clínicamente visible a 12–24 semanas o alta carga psicosocial en zonas visibles.	Ruxolitinib tópico puede considerarse en lesiones faciales o localizadas, si el área tratada no excede el límite autorizado.
Moderado (5–10% o áreas visibles)	Fototerapia con luz ultravioleta B de banda estrecha, dos a tres veces por semana, más tópico según localización.	Respuesta <25% en el Índice de Área y Severidad del Vitíligo o imposibilidad logística para fototerapia.	Añadir ruxolitinib tópico en áreas prioritarias; la combinación es racional por mecanismos complementarios.
Extenso (>10–20%) o progresivo	Fototerapia corporal; si hay actividad rápida, mini-pulsos sistémicos cortos bajo vigilancia.	Progresión persistente o ausencia de repigmentación tras 3–6 meses de buena adherencia.	Inhibidores orales siguen fuera de indicación para vitíligo en varios países; usarlos solo en centros con monitoreo y consentimiento informado.
Estable refractario	Confirmar estabilidad durante al menos 12 meses, descartar diagnósticos alternos y optimizar expectativas.	Máculas acrómicas persistentes, sobre todo acrales, con nichos foliculares pobres.	El beneficio farmacológico es limitado; considerar cirugía pigmentaria y fototerapia adyuvante.

Figura 2. Algoritmo crítico de escalamiento terapéutico. El algoritmo integra extensión, actividad, respuesta a tratamiento, acceso y seguridad. Fuente: elaboración propia con base en referencias^{7-9,14,18,26}.





Desde la perspectiva de escalamiento, la primera decisión fue separar actividad de extensión. Un paciente con tres máculas nuevas en la cara podía necesitar intervención rápida para estabilizar, aunque su superficie afectada fuera pequeña; otro con placas estables de larga data en dorso de manos podía beneficiarse poco de intensificar fármacos y más de discutir camuflaje o cirugía. También fue importante diferenciar zonas pilosas de zonas acrales, porque los folículos funcionaron como reservorio melanocítico. Esta distinción evitó prometer resultados uniformes y permitió seleccionar áreas diana: cara y cuello para repigmentación prioritaria; manos y pies para expectativas moderadas y estrategias complementarias.

Evidencia de inhibidores de Janus quinasa

Ruxolitinib tópico al 1,5% fue el cambio más sólido del campo. En los ensayos fase III TRuE-V, dos estudios aleatorizados y controlados, la crema aplicada dos veces al día alcanzó respuestas F-VASI75 superiores al vehículo a la semana 24 y más pronunciadas con

tratamiento continuo hasta la semana 52.¹⁴ Los seguimientos prolongados sostuvieron la utilidad de la terapia mantenida: el análisis a tres años comunicó repigmentación facial y corporal sustancial con perfil de seguridad aceptable, y la evidencia de 2026 mostró que pacientes sin respuesta suficiente a los seis meses pudieron mejorar con tratamiento prolongado, lo que cuestionó la suspensión temprana automática.^{15,16}

La interpretación de estos resultados debe reconocer que F-VASI75 es un desenlace facial; por tanto, no equivale a repigmentación corporal completa. La cara tuvo mayor densidad folicular, mejor penetración práctica del tratamiento y mayor impacto estético, factores que favorecieron tanto la respuesta biológica como la percepción de beneficio. En cambio, los sitios acrales continuaron representando una necesidad no resuelta. Para el clínico, esto significa que ruxolitinib puede ser altamente valioso aunque su efecto se concentre en zonas visibles, pero no debe presentarse como solución global para vitíligo universal, acral crónico o

enfermedad con superficie corporal muy amplia.

El componente regulatorio fue relevante para la práctica. La autoridad regulatoria estadounidense aprobó ruxolitinib tópico para vitíligo no segmentario en adultos y adolescentes desde los 12 años, y la ficha europea lo indicó en vitíligo no segmentario con compromiso facial, con aplicación hasta un máximo de 10% de superficie corporal y reevaluación de respuesta.^{17,18} Estas restricciones no fueron detalles administrativos: delimitaron el perfil de paciente para el que existe mayor certidumbre. Usar la crema en vitíligo muy extenso, cubrir superficies mayores o extrapolar a menores de 12 años exige reconocer incertidumbre.

Los inhibidores orales de Janus quinasa tuvieron una señal de eficacia creciente, aunque menos madura. Upadacitinib, inhibidor

selectivo de Janus quinasa 1, mostró en fase II mejoría facial y corporal en adultos con vitíligo extenso, con respuesta progresiva durante el seguimiento.¹⁹ Ritlecitinib, inhibidor de Janus quinasa 3 y de la familia de tirosina quinasas expresadas en carcinoma hepatocelular, demostró eficacia en fase IIb para vitíligo activo, y la extensión con fototerapia agregó información sobre combinación y tolerabilidad.^{20,21} Tofacitinib, inhibidor de Janus quinasa 1 y 3, acumuló evidencia observacional en enfermedad activa, con estabilización y repigmentación en cohortes, además de datos de mundo real con diferentes inhibidores orales.^{22,23} La síntesis global respalda eficacia potencial, pero advierte heterogeneidad, sesgo de selección y necesidad de ensayos comparativos directos.²⁴ La comparación crítica se resume en la Tabla 2.

Tabla 2. Comparación crítica de terapias convencionales e inhibidores de Janus quinasa.

Fuente: elaboración propia con base en revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y documentos regulatorios¹⁰⁻²⁶.

Terapia	Evidencia principal	Fortalezas	Limitaciones críticas
Fototerapia con luz ultravioleta B de banda estrecha	Metaanálisis: mejor respuesta en cara/cuello y con tratamientos prolongados.	Acción inmunomoduladora y estimulación de melanocitos residuales; útil en enfermedad extensa.	Requiere asistencia frecuente, acceso a equipos y varios meses; respuesta acral pobre.
Tacrolimus o corticoides tópicos	Revisiones sistemáticas muestran utilidad en enfermedad localizada, especialmente facial.	Disponibles, conocidos y de bajo costo relativo.	Corticoides: atrofia/estrías con uso prolongado. Tacrolimus: ardor inicial y



			menor efecto en tronco/acral si no se combina.
Ruxolitinib tópico 1,5%	Dos ensayos fase III y extensiones: mayor respuesta facial a 24–52 semanas y beneficio acumulativo con uso prolongado.	Primer tratamiento tópico aprobado para repigmentación; baja absorción sistémica si se respeta el área máxima.	Costo, acceso, necesidad de aplicación prolongada y restricción de superficie corporal; falta de datos robustos en menores de 12 años.
Inhibidores orales de Janus quinasa	Ensayos fase II/IIb y cohortes sugieren eficacia en enfermedad activa o extensa.	Pueden estabilizar actividad y tratar áreas múltiples.	Uso off-label para vitiligo en muchos contextos; requieren hemograma, perfil hepático/lipídico y evaluación cardiovascular/infecciosa.
Combinación con fototerapia	Metaanálisis y estudios de extensión apoyan incremento de repigmentación respecto a monoterapia.	Aprovecha inmunomodulación y estímulo melanocítico simultáneo.	Faltan estudios directos de secuencia, dosis y mantenimiento; aumenta complejidad y costo.

Combinación con fototerapia

La combinación de inhibición de Janus quinasa y fototerapia fue biológicamente atractiva: una intervención redujo señales autoinmunes y la otra estimuló melanocitos foliculares y remodeló la inmunidad local. Las revisiones sobre inhibidores de Janus quinasa con fototerapia describieron tasas de repigmentación más favorables que la monoterapia en series y estudios pequeños, pero la calidad metodológica fue variable.²⁵ La extensión de ritlecitinib con luz ultravioleta B de banda estrecha apoyó el concepto de adición fototerapéutica, aunque todavía no resolvió duración, secuencia y mantenimiento óptimos.²¹

Desde el punto de vista operativo, la combinación exige protocolizar

horarios y adherencia. En tratamientos tópicos, una práctica razonable es aplicar el medicamento fuera del momento inmediato de irradiación cuando el protocolo local así lo indique, evitar piel inflamada o erosionada y registrar eritema posterior a sesión. En terapias sistémicas, la combinación con fototerapia no elimina la necesidad de laboratorio ni de cribado infeccioso. También debe definirse una meta de salida: continuar hasta repigmentación estable, espaciar sesiones o pasar a mantenimiento tópico. Sin estas metas, el paciente puede acumular meses de tratamiento costoso sin saber cuándo se considera respuesta suficiente.

En la práctica, la combinación parece más defendible en tres

escenarios: enfermedad moderada con áreas visibles, vitíligo extenso donde la crema no puede cubrir toda la superficie y respuesta parcial a fototerapia tras buena adherencia. No obstante, aumentar modalidades también incrementó costo, desplazamientos, riesgo de abandono y necesidad de educación. Para Latinoamérica, el acceso irregular a cabinas de fototerapia y a fármacos de alto costo impide trasladar sin adaptación los algoritmos de países de altos ingresos.²⁷

Seguridad, selección de candidatos y contexto latinoamericano

La seguridad dependió de la vía. Ruxolitinib tópico tuvo baja absorción sistémica cuando se aplicó dentro del área recomendada; los eventos adversos descritos fueron, en su mayoría, acné o foliculitis en el sitio de aplicación, prurito o eritema leves.^{14,15,18} Aun así, se aconseja examinar piel antes y durante tratamientos prolongados, especialmente en pacientes con antecedentes de neoplasias cutáneas o inmunosupresión. El problema principal no fue solo biológico, sino práctico: costo,

disponibilidad y continuidad de suministro pueden generar interrupciones que reduzcan la respuesta.

Los inhibidores orales obligan a una lectura más estricta del balance beneficio-riesgo. Aunque los pacientes con vitíligo suelen ser más jóvenes y con menor carga sistémica que poblaciones reumatológicas, la clase farmacológica tiene advertencias sobre eventos cardiovasculares mayores, trombosis, neoplasias e infecciones graves, derivadas sobre todo de estudios en enfermedades inflamatorias crónicas.²⁶ Por tanto, antes de usarlos fuera de indicación en vitíligo deben evaluarse edad, tabaquismo, antecedentes trombóticos, riesgo cardiovascular, tuberculosis, hepatitis, hemograma, perfil hepático y perfil lipídico. En una enfermedad cutánea no mortal, la tolerancia al riesgo sistémico debe ser baja y la decisión compartida debe documentarse.

El seguimiento mínimo de un inhibidor oral debería incluir síntomas infecciosos, lesiones cutáneas nuevas, presión arterial, peso, perfil lipídico, transaminasas y hemograma. La aparición de

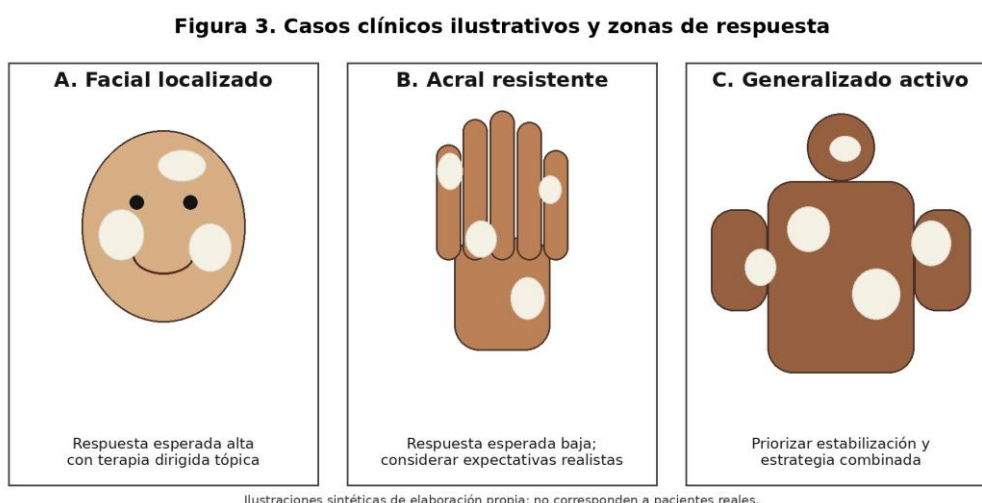
infección grave, trombosis, citopenia significativa o evento cardiovascular debe llevar a suspensión y reevaluación. Esta cautela no pretende descartar la terapia sistémica, sino reservarla para situaciones en las que la carga de enfermedad justifique el riesgo: progresión rápida, extensión amplia, fracaso documentado de fototerapia o afectación visible con deterioro psicosocial importante. La decisión debe quedar acompañada de consentimiento informado específico.

pilosos preservados tuvieron mayor probabilidad de repigmentación; manos, pies y lesiones de larga evolución respondieron peor. En enfermedad estable refractaria, las intervenciones quirúrgicas —injertos epidérmicos, suspensión celular autóloga o técnicas combinadas— fueron alternativas para pacientes seleccionados, sobre todo cuando el objetivo fue corregir áreas residuales localizadas.²⁸ La Figura 3 ilustra tres escenarios clínicos sintéticos que ayudan a comunicar expectativas realistas (Ver Figura 3).

La localización orientó la selección.

Cara, cuello y tronco con folículos

Figura 3. Casos clínicos ilustrativos y zonas de respuesta. A: compromiso facial localizado, donde la repigmentación suele ser más favorable; B: compromiso acral, habitualmente resistente; C: enfermedad generalizada activa, que requiere estabilización y combinación de modalidades. Imágenes sintéticas de elaboración propia; no corresponden a pacientes reales.



Discusión

El aporte mayor de los inhibidores de Janus quinasa no fue haber

sustituido todo el tratamiento previo, sino haber convertido al vitíligo en una enfermedad con una diana inmunológica terapéutica

comprobable. Ruxolitinib tópico cambió el estándar de conversación clínica: por primera vez se contó con un fármaco aprobado específicamente para repigmentación en vitíligo no segmentario. Sin embargo, la lectura crítica impide exagerar. Los ensayos pivotaes seleccionaron pacientes con superficie corporal limitada, seguimiento relativamente corto para una enfermedad crónica y desenlaces faciales que no siempre representan manos, pies o enfermedad muy extensa.¹⁴ La respuesta a 52 semanas fue clínicamente valiosa, pero no universal.

La jerarquía de evidencia también obliga a separar eficacia de efectividad. La eficacia se demostró en condiciones controladas, con criterios de inclusión definidos y seguimiento estrecho; la efectividad dependerá de disponibilidad, educación del paciente, costo acumulado, acceso a dermatología y continuidad del tratamiento. En contextos con recursos limitados, el fracaso puede atribuirse erróneamente al fármaco cuando en realidad obedece a interrupciones de suministro, uso intermitente,

aplicación insuficiente o imposibilidad de combinar con fototerapia. Por ello, la investigación regional debe medir resultados de mundo real y no solo reproducir variables de ensayos internacionales.

La segunda tensión fue duración versus adherencia. La evidencia prolongada sugiere que algunos no respondedores tempranos pueden transformarse en respondedores tardíos, lo que favorece tratamientos de 12 meses o más cuando existe tolerancia y acceso.^{15,16} En contraste, una estrategia prolongada sin metas intermedias puede producir fatiga terapéutica. La solución no es suspender rápido ni continuar indefinidamente: se requiere pactar metas por zona, usar fotografía seriada, medir VASI cuando sea posible y reevaluar carga psicológica. El cambio de color en un área facial pequeña puede tener un beneficio subjetivo superior al porcentaje corporal repigmentado.

La tercera tensión fue acceso. En Colombia y Latinoamérica, el algoritmo ideal debe convivir con realidades de cobertura, distancia a fototerapia, disponibilidad de dermatología especializada y



capacidad de monitoreo. Una recomendación que exige cabina tres veces por semana y crema costosa durante un año puede ser científicamente correcta, pero clínicamente inviable. Por ello, la escalada propuesta privilegia decisiones por subgrupos: tópicos convencionales cuando son suficientes, fototerapia cuando es accesible, ruxolitinib tópico para enfermedad visible y limitada, e inhibidores orales solo en casos seleccionados con seguimiento estricto. Esta visión evita dos extremos: negar terapias nuevas por costo o adoptarlas sin control por entusiasmo.

Quedan vacíos. Faltan ensayos directos contra tacrolimus, corticoides y fototerapia; no se conoce bien la mejor estrategia de mantenimiento tras repigmentación; la evidencia pediátrica por debajo de 12 años es insuficiente; y se necesitan biomarcadores que predigan respuesta. CXCL10, actividad clínica, duración de lesión y densidad folicular son candidatos plausibles, pero aún no bastan para decidir individualmente. Los estudios futuros deberían incluir fototipos diversos, poblaciones

latinoamericanas, costos, adherencia y desenlaces reportados por pacientes, no solo porcentajes de repigmentación.

Otra línea prioritaria es definir desescalamiento. Si un paciente alcanza repigmentación satisfactoria, no está claro si debe continuar la misma dosis, reducir frecuencia, alternar con tacrolimus, espaciar fototerapia o suspender con vigilancia. La respuesta duradera será el verdadero criterio de valor, porque una terapia que solo mantiene pigmento mientras se aplica de forma continua puede ser útil, pero tendrá implicaciones económicas y de seguridad diferentes. Esta pregunta será especialmente importante en adolescentes, pacientes con enfermedad facial y sistemas de salud que evalúan cobertura.

4. Conclusiones

En 2026, los inhibidores de Janus quinasa consolidaron un nuevo escalón terapéutico para vitíligo no segmentario, con mayor respaldo para ruxolitinib tópico al 1,5% en enfermedad facial o localizada y evidencia emergente para

inhibidores orales en enfermedad extensa o activa. Su uso debe integrarse a un algoritmo que conserve fototerapia, corticoides tópicos, inhibidores de calcineurina, soporte psicosocial y, en casos estables refractarios, cirugía pigmentaria.

La recomendación crítica es individualizar: localizar la lesión, medir actividad, estimar posibilidad de adherencia y discutir costo-riesgo antes de escalar. La innovación no elimina la prudencia. En Latinoamérica, la pregunta no es solo qué funciona, sino para quién, durante cuánto tiempo, con qué monitoreo y bajo qué condiciones de acceso.

Consideraciones éticas

Esta revisión no involucró intervención en seres humanos ni uso de historias clínicas identificables. Las imágenes clínicas incluidas son ilustraciones sintéticas de elaboración propia y no corresponden a pacientes reales.

Bibliografía

1. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, van Geel N. Vitiligo. *Lancet*. 2015;386(9988):74-84. doi:10.1016/S0140-6736(14)60763-7.
2. Akl J, Lee S, Ju HJ, et al. Estimating the burden of vitiligo: a systematic review and modelling study. *Lancet Public Health*. 2024;9(6):e386-e396. doi:10.1016/S2468-2667(24)00026-4.
3. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Jones H, Bibeau K, Kuo FI, Sturm D, et al. Psychosocial effects of vitiligo: a systematic literature review. *Am J Clin Dermatol*. 2021;22(6):757-774. doi:10.1007/s40257-021-00631-6.
4. Kussainova A, Kassym L, Akhmetova A, Glushkova N, Sabirov U, Adilgozhina S, et al. Vitiligo and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(11):e0241445. doi:10.1371/journal.pone.0241445.
5. Frisoli ML, Essien K, Harris JE. Vitiligo: mechanisms of pathogenesis and treatment. *Annu Rev Immunol*. 2020;38:621-648. doi:10.1146/annurev-immunol-100919-023531.



6. Le Poole C, van Geel N. Vitiligo: mechanisms and existing and emerging treatments. *J Clin Invest*. 2021;131(14):e143760. doi:10.1172/JCI143760.
7. van Geel N, Speeckaert R, Taieb 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(11):2173-2184. doi:10.1111/jdv.19451.
8. Seneschal J, Speeckaert R, Taieb 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(11):2185-2195. doi:10.1111/jdv.19450.
9. Prajapati VH, Lui H, Miller-Monthrope Y, Ringuet J, Turchin I, Hong HC, et al. Canadian Consensus Guidelines for the Management of Vitiligo. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2025;15(6):1351-1369. doi:10.1007/s13555-025-01402-5.
10. Bae JM, Jung HM, Hong BY, Lee JH, Choi JW, Kim GM. Phototherapy for vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2017;153(7):666-674. doi:10.1001/jamadermatol.2017.0002.
11. Lee JH, Kwon HS, Jung HM, Lee H, Kim GM, Yim HW, et al. Treatment outcomes of topical calcineurin inhibitor therapy for patients with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2019;155(8):929-938. doi:10.1001/jamadermatol.2019.0696.
12. Chang HC, Hsu YP, Huang YC. The effectiveness of topical calcineurin inhibitors compared with topical corticosteroids in the treatment of vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(1):243-245. doi:10.1016/j.jaad.2019.07.108.
13. Chavez-Alvarez S, Herz-Ruelas M, Raygoza-Cortez AK, Suro-Santos Y, Ocampo-Candiani J, Alvarez-Villalobos NA, et al. Oral mini-pulse therapy in vitiligo: a systematic review. *Int J Dermatol*. 2021;60(7):868-876. doi:10.1111/ijd.15464.

14. Rosmarin D, Passeron T, Pandya AG, Grimes P, Harris JE, Desai SR, 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.
15. Harris JE, Pandya AG, Lebwohl M, Hamzavi IH, Grimes P, Gottlieb AB, et al. Safety and efficacy of ruxolitinib cream for the treatment of vitiligo: a randomised controlled trial secondary analysis at 3 years. *Skin Health Dis*. 2024;4(6):e404. doi:10.1002/ski2.404.
16. Wolkerstorfer A, Gooderham MJ, Sebastian M, Rosmarin D, Blauvelt A, Zdybski J, et al. Prolonged ruxolitinib cream treatment for vitiligo among patients with no or limited response in the first 6 months. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2026. doi:10.1111/jdv.70402.
17. United States Food and Drug Administration. NDA 215309/S-001 approval letter: Opzelura (ruxolitinib) cream. Silver Spring (MD): FDA; 2022.
18. European Medicines Agency. Opzelura: summary of product characteristics. Amsterdam: European Medicines Agency; 2023.
19. Passeron T, Ezzedine K, Hamzavi I, van Geel N, Schlosser BJ, Wu X, et al. Once-daily upadacitinib versus placebo in adults with extensive non-segmental vitiligo: a phase 2, multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging study. *EClinicalMedicine*. 2024;73:102655. doi:10.1016/j.eclinm.2024.102655.
20. 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(2):395-403. doi:10.1016/j.jaad.2022.11.005.
21. Yamaguchi Y, Peeva E, Adiri R, Ghosh P, Napatalung L, Hamzavi I, et al. Response to ritlecitinib with or without narrow-band ultraviolet B add-on therapy in patients with active nonsegmental vitiligo: results from a phase 2b extension study. *J Am Acad Dermatol*. 2025;92(4):781-789. doi:10.1016/j.jaad.2024.11.064.
22. Hu W, Cao C, Zheng Y, Lei J, Yu K, Sheng A, et al. A retrospective analysis of the



- efficacy and safety of oral tofacitinib in active vitiligo treatment. *Arch Dermatol Res.* 2025;317(1):645. doi:10.1007/s00403-025-04151-9.
23. Shi X, Cui S, Jin X, et al. Real-world effectiveness and safety of oral Janus kinase inhibitors in vitiligo: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol.* 2026. doi:10.1016/j.jaad.2025.09.055.
 24. Mohammed AA, Lengyel AS, Meznerics FA, Szondy I, Walter A, Szabo B, et al. Efficacy and safety of JAK inhibitors in the management of vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2025;15(7):1657-1679. doi:10.1007/s13555-025-01397-z.
 25. Phan K, Phan S, Shumack S, Gupta M. Repigmentation in vitiligo using Janus kinase inhibitors with phototherapy: systematic review and meta-analysis. *J Dermatolog Treat.* 2022;33(1):173-177. doi:10.1080/09546634.2020.1735615.
 26. United States Food and Drug Administration. FDA requires warnings about increased risk of serious heart-related events, cancer, blood clots, and death for Janus kinase inhibitors that treat certain chronic inflammatory conditions. Silver Spring (MD): FDA; 2021.
 27. Londono-Garcia A, Arango Salgado A, Orozco-Covarrubias ML, Jansen AM, Rico-Restrepo M, Riviti MC, et al. The landscape of vitiligo in Latin America: a call to action. *J Dermatolog Treat.* 2023;34(1):2164171. doi:10.1080/09546634.2022.2164171.
 28. Ju HJ, Bae JM, Lee RW, Kim SH, Parsad D, Pourang A, et al. Surgical interventions for patients with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2021;157(3):307-316. doi:10.1001/jamadermatol.2020.5756.
 29. Ezzedine K, Soliman AM, Camp HS, Ladd MK, Pokrzywinski R, Coyne KS, et al. Psychometric properties and meaningful change thresholds of the Vitiligo Area Scoring Index. *JAMA Dermatol.* 2025;161(1):39-46. doi:10.1001/jamadermatol.2024.4534.