

Uso de crisaborol tópico como terapia ahorradora de esteroides en alopecia areata: reporte de un caso

Topical crisaborole as a steroid-sparing therapy in alopecia areata: a case report

María Teresa Rosas-Morett,¹ Karen Lizette Cerda-Contreras²

¹ Dermatóloga – Cirugía dermato-oncológica – Práctica privada, Guadalajara, Jalisco

² Dermatóloga – Práctica Privada, Guadalajara, Jalisco

■ <http://www.doi.org/10.65159/DCMQ-24-1-24> ■ Recepción: 30-01-2026 ■ Aceptación: 16-02-2026

RESUMEN

La alopecia areata es una enfermedad inflamatoria autoinmune mediada por linfocitos T, cuyo tratamiento de primera línea incluye corticosteroides tópicos e intralesionales. Sin embargo, su uso puede verse limitado en pacientes con efectos adversos secundarios al empleo sistémico de esteroides. Presentamos el caso de una paciente femenina de 74 años de edad con alopecia areata recurrente, quien desarrolló síndrome de Cushing iatrogénico y anemia secundaria tras el uso de corticosteroides sistémicos, lo que motivó la búsqueda de una alternativa terapéutica segura. Se instauró tratamiento con crisaborol tópico al 2% aplicado cada 12 horas, con remisión clínica completa a los dos meses de tratamiento, sin eventos adversos. Este caso sugiere que el crisaborol puede representar una opción terapéutica eficaz y segura como tratamiento ahorrador de esteroides en pacientes con alopecia areata y contraindicaciones para la utilización de corticosteroides.

PALABRAS CLAVE: alopecia areata, crisaborol, inhibidores de PDE-4, tratamiento ahorrador de esteroides, terapia tópica.

ABSTRACT

Alopecia areata is an autoimmune inflammatory disease mediated by T lymphocytes, its first-line treatment includes topical and intralesional corticosteroids. However, its use may be limited in patients with adverse effects secondary to the systemic use of steroids. We present the case of a 74-year-old female patient with recurrent alopecia areata, who developed iatrogenic Cushing's syndrome and secondary anemia after the use of systemic corticosteroids, which motivated the search for a safe therapeutic alternative. Treatment was initiated with topical 2% crisaborole applied every 12 hours, with complete clinical remission after two months of treatment, without adverse events. This case suggests that crisaborole may represent an effective and safe therapeutic option as a steroid-sparing treatment in patients with alopecia areata and contraindications to the use of corticosteroids.

KEYWORDS: alopecia areata, crisaborole, PDE-4 inhibitors, steroid-sparing treatment.

Caso clínico

Paciente femenina de 74 años de edad que acudió por primera vez a consulta dermatológica el 12 de septiembre de 2023 por presentar tres placas alopécicas localizadas en región occipital, así como una placa lineal en región frontal del cuero cabelludo, compatibles clínicamente con alopecia areata. Se inició tratamiento con corticosteroide intralesional con dexametasona 4mg/ml,

0,2ml por punto separados por 1 cm entre sí, en toda la placa, con un total de dos sesiones mensuales, observándose respuesta clínica completa (figura 1A y 1B). Tres meses después, refirió reactivación de las lesiones alopécicas, posterior a la aplicación de toxina botulínica con fines estéticos (considerada asociación probablemente temporal sin establecer causalidad). No acudió a consulta en ese momento debido a hospitalización por anemia no

CORRESPONDENCIA María Teresa Rosas Morett ■ dermatete@gmail.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con  **index** en nombre de Medipiel Servicios Administrativos.



Figura 1A. Placas de alopecia areata al momento de la primera consulta.

Figura 1B. Repoblación completa del pelo posterior al tratamiento con corticosteroide intralesional.

especificada, durante la cual recibió tratamiento con corticosteroides sistémicos (prednisona 40 mg/día durante 2 meses con reducción progresiva); con lo consecuente, desarrolló síndrome de Cushing iatrogénico.

La paciente acudió nuevamente a consulta dermatológica el 9 de enero de 2024, manifestando temor al uso de corticosteroides por los efectos adversos presentados. Ante este antecedente, se decidió iniciar manejo con crisaborol tópico al 2%, aplicado cada 12 horas en las áreas afectadas del cuero cabelludo. El tratamiento se mantuvo de forma continua, observándose repoblación progresiva del pelo, con remisión clínica completa dos meses después (**figura 2A y 2B**). Durante el tratamiento no se reportaron efectos adversos locales ni sistémicos. La paciente acudió a consulta de seguimiento 1 año posterior, sin estar con terapia de mantenimiento, sin recaída del cuadro clínico.

Discusión

La alopecia areata es una dermatosis inflamatoria crónica de probable origen autoinmune, mediada principalmente por linfocitos T, que afecta al folículo piloso en fase anágena y se manifiesta clínicamente como placas de alopecia no cicatricial. Su fisiopatología involucra la pérdida del privilegio inmunológico del folículo y la activación

de vías inmunitarias tipo Th1 y Th17, con liberación de citocinas proinflamatorias como el interferón gamma y el factor de necrosis tumoral alfa e interleucina-2, responsables de la pérdida del privilegio inmunológico del folículo piloso.^{1,2}

El manejo terapéutico depende de la extensión y severidad de la enfermedad, siendo los corticosteroides tópicos e intralesionales el tratamiento de elección en formas localizadas. No obstante, en casos donde se utilizan corticosteroides sistémicos o existe exposición repetida, pueden presentarse efectos adversos significativos que limitan su empleo, entre ellos: alteraciones metabólicas, supresión del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y síndrome de Cushing iatrogénico, particularmente en pacientes adultos mayores. En el caso presentado, la aparición del síndrome de Cushing y anemia tras la administración de esteroides sistémicos limitaron de forma significativa las opciones terapéuticas convencionales.^{1,3}

El manejo de la alopecia areata en pacientes con contraindicaciones para el uso de corticosteroides representa un reto terapéutico, particularmente en adultos mayores y en aquellos con antecedentes de efectos adversos sistémicos. En este contexto, la búsqueda de alternativas terapéuticas seguras y eficaces resulta fundamental.



Figura 2A. Reactivación de placas de alopecia areata posterior a la aplicación de toxina botulínica.

Figura 2B. Remisión clínica completa posterior al tratamiento con crisaborol tópico al 2%.

El crisaborol es un inhibidor tópico de la fosfodiesterasa-4 (PDE-4), enzima encargada de degradar el adenosín monofosfato cíclico (AMPC). La inhibición de la PDE-4 incrementa los niveles intracelulares de AMPC reduciendo la producción de citocinas proinflamatorias como TNF- α , IFN- γ e interleucinas implicadas en la respuesta inmune celular (figura 3). Aunque su uso está aprobado para dermatitis atópica, su mecanismo de acción sugiere un potencial beneficio en otras enfermedades inflamatorias cutáneas, incluyendo la alopecia areata.^{3,4}

Aunque la evidencia sobre su uso en alopecia areata es limitada, reportes aislados y pequeñas series sugieren que podría ser una alternativa terapéutica eficaz, particularmente en pacientes que no toleran tratamientos convencionales.

Existen fundamentos inmunológicos que respaldan su empleo. Estudios preclínicos y reportes clínicos sugieren que la inhibición de la PDE-4 puede modular la respuesta inflamatoria folicular, disminuyendo la actividad de citocinas Th1 que participan en la patogénesis de la alopecia areata. De forma similar, otros inhibidores de la PDE-4, como el apremilast, han sido evaluados en alopecia areata con resultados variables, lo que refuerza la plausibilidad biológica de esta vía terapéutica.^{2,5,6}

Recientemente, se ha iniciado un ensayo clínico controlado aleatorizado fase II que evalúa crisaborol tópico al 2% frente a placebo en pacientes con alopecia areata, lo que evidencia un interés clínico formal en explorar la eficacia de los inhibidores de PDE-4 en esta entidad. Este hecho resulta particularmente relevante, ya que refuerza el sustento científico del uso de crisaborol más allá de reportes aislados y apoya su evaluación sistemática como alternativa terapéutica no esteroidea.^{7,9}

De manera complementaria, estudios experimentales recientes han demostrado un aumento de la expresión de PDE-4 en lesiones de alopecia areata, lo que respalda biológicamente el uso de inhibidores de esta enzima como una estrategia antiinflamatoria local dirigida.^{8,9} Estos hallazgos fortalecen la plausibilidad inmunopatogénica del uso de crisaborol en esta enfermedad.

En comparación con otras alternativas emergentes, como los inhibidores de Janus-quinasas (JAK), el crisaborol ofrece ventajas relevantes en términos de seguridad, especialmente en pacientes con comorbilidades o riesgo elevado de efectos adversos sistémicos. Si bien los inhibidores de JAK han demostrado eficacia en alopecia areata moderada a severa, su perfil de riesgo y la necesidad de

Mecanismo de acción del crisaborol en la alopecia areata

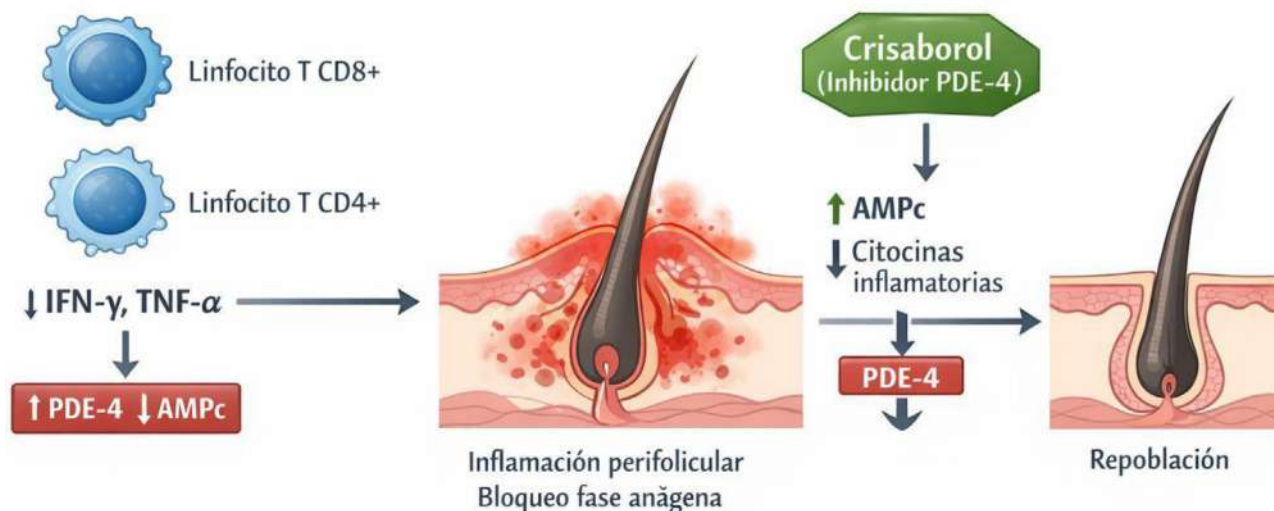


Figura 3. Esquema del posible mecanismo de acción del crisaborol en la alopecia areata. La pérdida del privilegio inmunológico del folículo piloso induce la activación de linfocitos T CD8+ y CD4+, con liberación de citocinas proinflamatorias como IFN-γ y TNF-α, lo que favorece la inflamación perifolicular y el bloqueo de la fase anágena. El crisaborol, como inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa-4 (PDE-4), incrementa los niveles intracelulares de AMPc y reduce la producción de citocinas proinflamatorias, modulando la inflamación local y favoreciendo la repoblación capilar. (Imagen creada por IA).

vigilancia estrecha limitan su uso en determinados grupos de pacientes.⁸⁻¹⁰

En este contexto, el crisaborol tópico podría ocupar un nicho terapéutico específico como opción no esteroidea, de aplicación local y con un perfil de seguridad favorable, particularmente en pacientes con alopecia areata y contraindicación para corticosteroides sistémicos u otras terapias inmunomoduladoras. El presente caso aporta evidencia clínica que refuerza esta hipótesis.

Conclusión

El crisaborol tópico al 2% puede considerarse una alternativa terapéutica eficaz y segura en pacientes con alopecia areata, especialmente en aquellos con antecedentes de efectos adversos asociados al uso de corticosteroides. Este reporte de caso destaca su utilidad como tratamiento ahorrador de esteroides dentro de un abordaje terapéutico individualizado, particularmente en pacientes de edad avanzada o con contraindicaciones para tratamientos inmunomoduladores sistémicos, y refuerza el papel potencial de la inhibición de la PDE-4 en la modulación de la respuesta inflamatoria folicular.

Se requieren estudios adicionales para confirmar su eficacia e integrarlo al algoritmo terapéutico.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Responsabilidades éticas

Los autores confirman haber obtenido consentimiento informado de los pacientes sujetos de investigación en humanos, de acuerdo con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki.

Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

REFERENCIAS

- Rossi A, Muscianese M, Piraccini BM, et al. Alopecia areata: clinical presentation, pathogenesis and therapeutic update. *Dermatol Ther.* 2023;36(1):e15568.

2. Messenger AG, Senna MM. Alopecia areata: current concepts and future therapies. *Br J Dermatol*. 2024;190(3):305–317.
3. Fardet L, Petersen I, Nazareth I. Prevalence and complications of systemic glucocorticoid use. *Rheumatology (Oxford)*. 2021;60(6):e173–e180.
4. Pincelli C, Schafer P. Mechanisms of phosphodiesterase-4 inhibition in inflammatory skin diseases. *Exp Dermatol*. 2023;32(5):623–631.
5. Eichenfield LF, Tom WL, Feldman SR, et al. Topical nonsteroidal anti-inflammatory therapies in dermatology. *J Drugs Dermatol*. 2024;23(2):148–154.
6. Cranwell WC, Lai VVY, Photiou L, et al. Treatment of alopecia areata: an evidence-based update. *Australas J Dermatol*. 2023;64(4):375–386.
7. ClinicalTrials.gov. A study to evaluate crisaborole topical ointment in subjects with alopecia areata. ClinTrials.gov Identifier: NCT04299503. Última actualización 2024.
8. Zhang Y, Li S, Chen J, et al. Upregulation of phosphodiesterase-4 in alopecia areata lesions and its immunologic implications. *Int J Dermatol*. 2024;63(8):e512–e518.
9. King B, Guttman-Yassky E, Peeva E, et al. JAK inhibitors for alopecia areata: efficacy, safety, and future directions. *J Am Acad Dermatol*. 2024;90(1):15–27.
10. Lai VVY, Chen G, Sinclair R. Updated systematic review of treatments for alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 2023;89(4):789–803.