

MÓDULOS DE EDUCACIÓN CONTINUA

MODULO 2

Rinitis alérgica

Artritis idiopática juvenil

Signos y síntomas de Psicosis incipiente

ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL

Dra. Alejandra Pringe

*Jefe de Servicio de
Reumatología
Hospital Elizalde-Bs As*

Aspectos relevantes para el Pediatra

La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente en la edad pediátrica. El diagnóstico temprano unido a un tratamiento apropiado han cambiado la perspectiva de la evolución de los pacientes, siendo el "gold standard" actual inducir la remisión para una óptima calidad de vida.

Bajo el término AIJ se agrupan 6 categorías de enfermedad articular crónica, clasificadas de acuerdo al número de articulaciones afectadas en los primeros 6 meses de enfermedad, compromiso extra articular y presencia de auto anticuerpos (Clasificación ILAR 1995, en vigencia). El denominador común a todos ellos es la presencia de artritis (definida por la presencia de inflamación articular, ó por presencia de dolor y limitación de la movilidad articular) de más de 6 semanas de duración (lo que determina la cronicidad). Son características comunes la presencia de dolor y rigidez matinal, y síntomas constitucionales como astenia y anorexia.

Son enfermedades de etiología desconocida, la patogenia involucra al sistema inmune activado con producción de citoquinas pro inflamatorias y autoanticuerpos, con asociación genética en algunas

categorías. La forma sistémica por ausencia de auto anticuerpos y de predisposición genética se considera una enfermedad autoinflamatoria.

1- AIJ Sistémica

5 a 15 % de los pacientes. Edad preescolar y adolescencia. Presencia de Síndrome febril prolongado mayor a 15 días, asociado a por lo menos uno de los siguientes hallazgos: a) erupción macular rosada/ salmón evanescente, de aparición con la fiebre y de localización en raíz de miembros, generalmente no pruriginosa, b) adenopatías generalizadas, c) hepato y/o esplenomegalia, d) serositis en pleura, pericardio o serosa abdominal. La artritis puede no estar presente al inicio, suele ser de grandes y pequeñas articulaciones y en número variable, en la evolución mayor daño en carpos, caderas y columna cervical. Tiene autoanticuerpos negativos. Es la forma más severa, pudiendo comprometer el crecimiento pondoestatural, y desarrollar Síndrome de Activación Macrofágica y Amiloidosis como complicaciones.

2- AIJ Oligoarticular

40 a 50 % de los pacientes, más frecuente en niñas en edad preescolar
Compromiso de 1 y hasta 4 articulaciones inflamadas, simultáneas o no, en los primeros 6 meses. Rodillas, tobillos, codos, carpos y temporomandibulares las más afectadas, puede ser en forma asimétrica. En la evolución más allá de los primeros 6 meses de enfermedad un subgrupo de pacientes evoluciona a la forma Oligoarticular Extendida afectando 5 o más articulaciones. Pueden presentar anticuerpos antinucleares (ANA) positivos. Factor Reumatoideo (FR) siempre negativo. Mayor riesgo de Uveítis anterior crónica y sobrecrecimiento articular provocando asimetría en longitud de miembros. No tiene compromiso sistémico.

3- AIJ Poliarticular Factor Reumatoideo Negativo

15 al 20% de los pacientes, edad preescolar y adolescencia. Afectación en general simétrica de más de 5 articulaciones grandes y pequeñas. FR negativo. Puede tener ANA positivo, con riesgo de Uveítis crónica.

4- AIJ Poliarticular Factor Reumatoideo Positivo

5 a 10% de los pacientes, adolescentes mujeres. Compromiso poliarticular simétrico de grandes y pequeñas articulaciones, predominio manos y pies. Pueden desarrollar

nódulos reumatoideos subcutáneos, vasculitis periférica. Factor Reumatoideo positivo, FAN positivo variable, Anticuerpo anti péptido citrulinado (antiCCP) positivo. Forma más severa de enfermedad de presentación similar al adulto.

5- Artritis asociada a Entesitis

10 a 20 % de los pacientes, varones adolescentes

Artritis de grandes articulaciones, a predominio miembros inferiores. Asocia Entesitis (inflamación de inserciones tendinosas) como rasgo distintivo. Uveítis anterior aguda. FR y ANA negativos. Alta asociación con HLA B27. Puede presentar compromiso axial (columna y articulaciones sacroilíacas) reconociéndose como Espondilitis Anquilosante Juvenil.

6- Artritis Psoriásica

5 al 10% de los pacientes, edad preescolar y preadolescente, predominio mujeres.

Artritis de variada presentación, afectación de articulaciones interfalángicas distales y dactilitis. Compromiso axial en pacientes mayores. Entesitis. Afectación de faneras. El compromiso de piel puede no ser sincrónico con la artritis. La presencia de Psoriasis en un familiar de primer grado también la define. Puede tener ANA positivos.

7- Artritis no clasificable

Se agrupa en este caso a aquellos pacientes cuya enfermedad reúne criterios para más de un subtipo.

Objetivos del Tratamiento

- 1- Remisión de enfermedad o bajo grado de actividad.
- 2- Minimizar secuelas articulares y oculares
- 3- Óptima calidad de vida

Características generales del tratamiento médico

- 1- Debe ser individualizado para cada paciente, atendiendo a forma de AIJ, edad, enfermedades concomitantes
- 2- Catastro de TBC y serologías virales previas
- 3- Actualización de Inmunizaciones

Tratamiento

- 1- Metotrexato 10-15 mg/m²/sem oral o inyectable, es el inmunosupresor de elección. Se asocia ácido fólico 5-10

mg/semana para prevenir anemia por déficit de folatos y favorecer su metabolismo hepático.

- 2- Antiinflamatorios no esteroideos se utilizan en el período activo para el manejo inicial, y control de síntomas. Naproxeno, ibuprofeno, diclofenac e indometacina son los más utilizados.
- 3- Corticoides sistémicos. Minimizar su uso, ideal para controlar compromiso sistémico, poliarticular activo y limitante, Uveítis severa.
- 4- Corticoides intraarticulares. Es de elección para controlar inflamación en AIJ Oligoarticular. Permite el tratamiento local de articulación afectada, colaborando a la recuperación de movilidad y minimizando el riesgo de sobrecrecimiento articular.
- 5- Medicamentos biológicos. Se utilizan luego del fracaso del tratamiento inmunosupresor inicial, por pobre respuesta o intolerancia. Disponemos de medicamentos anti TNF, anti CTLA4 , anti IL 6 y anti IL1 aprobados para su uso según categoría de AIJ.
- 6- Plan de ejercicios activos, reeducación postural y de marcha a cargo de un Terapeuta Físico o Kinesiólogo con conocimiento de esta patología
- 7- Tratamiento Psicológico individual/familiar según corresponda.

Participación del Pediatra

- 1- Sospecha de la enfermedad y consulta precoz al especialista Infantil
- 2- Continuar como Médico de cabecera del niño y adolescente, controlando los aspectos generales del crecimiento, atención de interurrencias propias de la edad pediátrica, inmunizaciones, escolaridad, cuidado de la familia.
- 3- Vinculación con Médicos especialistas para el manejo en Equipo de estos pacientes (Reumatólogo , Oftalmólogo, Traumatólogo y Kinesiólogo Infantiles)