

# Artritis idiopática juvenil

(Juvenile idiopathic arthritis)

Oscar Porras

Enf. Crónicas

ISSN 1409-0090/2009/21/2/90-93  
Acta Pediátrica Costarricense, 2009  
Asociación Costarricense de Pediatría

## Resumen

Artritis Idiopática Juvenil es la enfermedad reumática más frecuente en pediatría y una de las más comunes dentro de las enfermedades crónicas de la niñez.

Estudios en Costa Rica, mostraron incidencias de 5,4 a 8,0 casos/100.000 niños (as) menores de 16 años de edad y de 6,1 casos/100.000 niños (as) menores de 12 años de edad. La prevalencia en Costa Rica es de 35 casos/100.000 niños (as) menores de 16 años de edad, con 9,7% de los casos en remisión.

El diagnóstico es clínico en una persona menor de 16 años con artritis (edema de una o más articulaciones o limitación en el rango de movimiento asociado a dolor) persistente por más de 6 semanas, de causa desconocida y en la que se han excluido otras causas conocidas de artritis.

El tratamiento controla la inflamación y como consecuencia se produce manejo del dolor, preservación de la función y se previenen deformidades articulares. Los criterios de mejoría y remisión permiten definir un pronóstico para el paciente y a largo plazo se minimizan los efectos colaterales de la enfermedad y del tratamiento, se promueve el crecimiento y desarrollo normales y se trabaja para rehabilitar y educar al paciente y su familia. El tratamiento es la propuesta de un trabajo en equipo, con el paciente y su familia.

**Descriptor:** artritis crónica, artritis idiopática juvenil, enfermedades autoinmunes, población pediátrica, factor reumatoideo, anticuerpo antinuclear.

## Abstract

**Key words:** chronic arthritis, juvenile idiopathic arthritis, autoimmune diseases, children, rheumatoid factor, antinuclear antibody.

Servicio de Inmunología y Reumatología Pediátrica, Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", Caja Costarricense de Seguro Social

**Abreviaturas:** AIJ, artritis idiopática juvenil; FR, factor reumatoideo;

**Correspondencia:** Dr. Oscar Porras Madrigal (PhD), Servicio de Inmunología y Reumatología Pediátrica, Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", Apartado 1654, 1000 San José, Costa Rica. Correo electrónico: porrasza@racsa.co.cr

La atención de problemas no traumáticos de músculos y articulaciones representa una pequeña parte de la atención pediátrica en servicios de emergencias (1,6% en algunos reportes). Sin embargo Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática más frecuente en pediatría y una de las más comunes dentro de las enfermedades crónicas de la niñez (tan frecuente como Diabetes Mellitus, 4 veces más frecuente que fibrosis quística y drepanocitosis y 10 veces más frecuente que Leucemia linfocítica aguda y hemofilia). Además en una causa de discapacidad a corto y largo plazo.

AIJ ha tenido una metamorfosis en su definición de caso y clasificación desde su descripción como poliartritis inflamatoria en 1864 por Cornil. A pesar de que a la descripción clásica de Still en 1897, siguieron los reportes de varios grupos de casos que permitieron identificar las características clínicas de los pacientes, la definición y clasificación de la artritis crónica en niños y niñas ha pasado por 3 diferentes acuerdos de clasificación (ACR 1970: ARJ, EULAR 1970: ACJ e ILAR 1995, 1998, 2001: AIJ ) que intentan independizar la entidad de la artritis reumatoidea del adulto. El consenso actual es utilizar los Criterios ILAR para clasificar los casos de AIJ.

AIJ es una enfermedad de causa desconocida, sin embargo toda la evidencia indica su origen autoinmune. Algunos pacientes continúan con la enfermedad y sus consecuencias al pasar a la edad adulta y mantienen grados variables de discapacidad.

### Epidemiología

Estudios en Costa Rica, utilizando los criterios EULAR (ACJ) de clasificación, mostraron incidencias de 5,4 a 8,0 casos/100.000 niños (as) menores de 16 años de edad (promedio 6,8) y de 6,1 casos/100.000 niños (as) menores de 12 años de edad. Los estudios de prevalencia en Costa Rica indicaron valores de 35 casos/100,000 niños (as) menores de 16 años de edad, con 9,7% de los casos en remisión. La tasa mujer:hombre fue de 1,3:1 en la población estudiada en nuestro país. La distribución por edad en Costa Rica muestra un patrón bimodal, con un pico en casos <5 años y otro en el grupo de edad de 10-15 años. El 71% de los pacientes mostraron inicio oligoarticular, el 16% poliarticular y un 4% sistémico.

En estudios fuera de Costa Rica se ha reportado para AIJ prevalencias generales de 0,07 a 4,01/1000 niños (as), con incidencias de 0,008 a 0,226 casos/1000 niños (as).

### Clasificación

La clasificación ILAR para AIJ se basa en los acuerdos de consenso de Edmonton 2004 y permite dividir los casos en 8 categorías, de acuerdo a los síntomas que el paciente presenta en los primeros 6 meses de actividad:

1. Sistémica
2. Oligoartritis persistente
3. Oligoartritis extendida
4. Poliartritis factor reumatoideo negativo
5. Poliartritis factor reumatoideo positivo
6. Artritis asociada a entesitis
7. Artritis psoriática
8. Otras

Cada categoría se asocia con sus propias manifestaciones clínicas y pronóstico, pero artritis crónica es el signo clínico común a todas las categorías (Cuadro 1).

### Diagnóstico

El diagnóstico de AIJ es clínico, los estudios de laboratorio aportan solamente para el diagnóstico diferencial, para establecer categorías y para identificar riesgo de comorbilidades.

La definición de caso con AIJ implica una persona menor de 16 años con artritis persistente por más de 6 semanas, de causa desconocida y en la que se han excluido otras causas conocidas de artritis. Se define artritis como edema de una o más articulaciones o limitación en el rango de movimiento asociado a dolor.

Hay muchas entidades con las que las que se debe hacer diagnóstico diferencial entre AIJ y otras causas de artritis crónicas:

- a. Artritis séptica o artritis reactiva
- b. Enfermedades autoinmunes reumáticas que se presentan con artritis (lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, vasculitis o esclerodermia)
- c. Enfermedad sistémica con artritis (leucemia linfocítica aguda, hemofilia, fibrosis quística, enfermedades metabólicas)
- d. Otras causas de artritis como displasias óseas y síndromes genéticos.

**Cuadro 1. Características asociadas y frecuencia de Artritis Idiopática Juvenil distribuidas de acuerdo a la clasificación ILAR.**

Clasificación ILAR	Características asociadas	Casos %	Uveítis %	FR/ANA %
Artritis Sistémica	Remisión en 1 año= 50% Destrucción articular grave= 25% Síndrome de activación macrofágica 7% Fiebre, brote, hepatomegalia, adenopatías, pericarditis, pleuritis, dolor abdominal Curso poliarticular	10 CR=3,6	~0 CR=0	~0/10 CR=1/0
Oligoartritis	Uveítis ANA+ F:M=3:1 CR FM=1,3:1	60 CR=70,9	15-20 CR=4	~75-85 CR=6/6
Persistente	Afecta ≤4 articulaciones en 6 meses iniciales			
Extendida	Afecta >4 articulaciones después de 6 meses			
Poliartritis	Afecta ≥5 articulaciones en 6 meses iniciales. F:M=4,5:1 CR F:M=1,8:1	30 CR=16,4	5 CR=0	3-5/40-50 CR=6/1
FR negativa	Remisión= 24%			
FR positiva	FR+ en dos pruebas separadas 3 meses Nódulos reumatoideos, erosiones articulares Inicio más tardío, peor pronóstico funcional			
Artritis asociada a Entesitis	Asociación con sacroileítis, HLA-B27 + o en un familiar con enfermedad HLA-B27+			
Artritis Psoriática	Con psoriasis o asociada con 2 de las siguientes: dactilitis, uñas anormales o historia familiar de psoriasis (padre, madres, hermanos (as))			
Otras artritis	Artritis de causa desconocida que persiste por 6 semanas o más, sin criterios para alguna de las otras categorías			

FR, Factor Reumatoideo; ANA, Anticuerpo antinuclear; CR, Costa Rica

**Pronóstico**

Para establecer la evolución a corto y largo plazo del paciente con AIJ, se han establecido una serie de criterios de actividad:

**Criterios de mejoría (ACR30):** se considerará paciente con mejoría cuando exista por lo menos un 30% de mejoría en por lo menos 3 de los siguientes parámetros y sin que exista un empeoramiento de un 30% en más de uno:

- a. Evaluación médica global sobre la actividad de la enfermedad.
- b. Evaluación global de bienestar por parte del paciente o de los padres.
- c. Habilidad funcional (CHAQ).
- d. Número de articulaciones con artritis activa.

- e. Número de articulaciones con limitado rango de movilidad.
- f. VES.

*Criterios de remisión:*

- a. Enfermedad inactiva:
  - 1. Ausencia de articulaciones con artritis activa.
  - 2. Ausencia de fiebre, exantema, serositis, esplenomegalia, y linfadenopatía generalizada atribuible a AIJ.
  - 3. Ausencia de uveítis activa.
  - 4. VES y/o PCR normales (si se miden las dos, ambas deben ser normales).
  - 5. Ausencia de actividad en evaluación médica global de actividad.

b. Remisión clínica:

1. *Remisión clínica durante el tratamiento:* criterios de enfermedad inactiva por un mínimo de 6 meses en un paciente que toma tratamiento.
2. Remisión clínica sin tratamiento: criterios de enfermedad inactiva por un mínimo de doce meses continuos sin tratamiento.

**Tratamiento**

El tratamiento tiene como objetivo controlar la inflamación, para manejar el dolor, preservar la función y prevenir deformidades articulares. A largo plazo el resultado es que se minimizan los efectos colaterales de la enfermedad y del tratamiento, se promueve el crecimiento y desarrollo normales y trabaja para rehabilitar y educar al paciente y su familia. El tratamiento debe ser la propuesta de un trabajo en equipo, con el paciente y su familia están involucrados y reciben el apoyo de los servicios de reumatología pediátrica, terapia física, terapia ocupacional, enfermería, trabajo social, psicología, oftalmología, ortopedia, odontología, cirugía reconstructiva y nutrición.

El arsenal terapéutico para tratar la AIJ cuenta en la actualidad con: antiinflamatorios no esteroideos (naproxeno, ibuprofeno, indometacina), infiltración articular con triamcinolona, drogas antireumáticas modificadoras de la enfermedad (DMARDs) (metotrexato, sulfasalazina, ciclosporina A, leflunomida), corticoesteroides y biológicos (etanercept, infliximab, adalimumab, anakinra, abatacept y rituximab)

**Referencias**

1. Arguedas O. Juvenile chronic arthritis: a study on epidemiology and outcome in Costa Rica children. Göteborg: Digitaltryckt & Bunden, 2001.
2. Goldmuntz EA, White PH. Juvenile idiopathic arthritis: a review for the pediatrician. *Ped rev* 2006; 27: 24-32.
3. Cassidy JT, Petty RE. Chronic arthritis in childhood. En: Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, eds, *Textbook of pediatric rheumatology*, 5 ed, Philadelphia: Elsevier Saunders 2005, pp: 206-260.
4. Arguedas O, Porras O, Fasth A. Juvenile chronic arthritis in Costa Rica. A pilot referral study. *Clin Exp Rheumatol* 1995; 13: 119-123.
5. Arguedas O, Fasth A, Andersson-Gäre, Porras O. Juvenile chronic arthritis in urban San José, Costa Rica: a 2 year prospective study. *J Rheumatol* 1998; 25: 1844-1850.