

31

MANUAL
EDUCATIVO
PARA
PACIENTES

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL



Asociación
Colombiana de
Reumatología®

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Christine Vanessa Arango Slingsby

Médico Pediatra

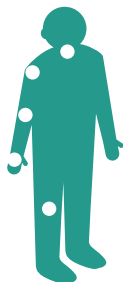
Fellow de 1er año de Reumatología pediátrica

Universidad El Bosque

Generalidades

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la artritis (inflamación articular) de duración mayor a 6 semanas (crónica) y de inicio antes de los 16 años.

En el desarrollo de la AIJ participan factores genéticos, eventos desencadenantes (por ejemplo: infecciones, estrés físico) y una alteración en la respuesta inmune (sistema de defensas). En un individuo susceptible, los estímulos producen una respuesta inflamatoria a nivel de las articulaciones, las estructuras periarticulares (ligamentos, tendones), en algunas ocasiones en el ojo o desencadenan una respuesta más severa comprometiendo otros órganos y provocando fiebre.



Epidemiología

La AIJ es la causa más frecuente de artritis crónica en menores de 16 años. El inicio de la enfermedad puede afectar a niños desde el primer año de edad, así como de cualquier edad, género o raza. Es más frecuente en el género femenino.

Síntomas y signos

La AIJ es una enfermedad heterogénea (muy variable). Se caracteriza por la presencia de dolor, hinchazón y/o limitación en una o varias articulaciones. Además del compromiso articular, la piel, los ojos y órganos internos se pueden afectar. Esta es la razón por la que se clasifica en 7 subtipos (Tabla 1).

Los subtipos de la enfermedad están clasificados a partir del número de articulaciones afectadas (Figura 1), la presencia o ausencia de autoanticuerpos (defensas dirigidas contra lo propio) o ciertos genes (HLAB27) y antecedentes familiares de enfermedades como psoriasis o espondiloartropatías (artritis que afecta las articulaciones de la columna).





Tabla 1. Subtipos de artritis idiopática juvenil.

Subtipo	Características
Oligoarticular <ul style="list-style-type: none">▪ Persistente▪ Extendida	Compromete 4 o menos articulaciones al inicio de la enfermedad. Afecta más al género femenino. La mitad de los pacientes se presentan con compromiso de una articulación, siendo la rodilla la más afectada. Tienen un riesgo alto de desarrollar uveítis. Según el número de articulaciones afectadas en el tiempo se clasifica en persistente o extendida. Alta frecuencias de anticuerpos antinucleares (AAN) positivos.
Poliarticular FR negativa	Se caracteriza por comprometer 5 o más articulaciones al inicio de la enfermedad. Afecta más al género femenino. Puede comprometer articulaciones grandes y pequeñas. No se acompaña de factor reumatoide (FR, autoanticuerpo) positivo. Pueden tener AAN positivos.
Poliarticular FR positiva	Se caracteriza por comprometer 5 o más articulaciones al inicio de la enfermedad. Afecta más al género femenino. Las articulaciones de las manos son las más afectadas. Con mayor frecuencia afecta a jóvenes en la preadolescencia y adolescencia. Cursa con FR positivo en 2 tomas.
Sistémica	Se caracteriza por artritis en cualquier número de articulaciones, fiebre alta persistente y compromiso en otros órganos como crecimiento de ganglios linfáticos, hígado, bazo, serositis (inflamación de membranas que recubren al corazón, pulmones e intestinos), entre otros. Afecta en igual proporción a niños y niñas. Requiere un reconocimiento y tratamiento oportuno para evitar complicaciones que pueden ser graves.
Artritis relacionada a entesitis	Se caracteriza por artritis en cualquier número de articulaciones, entesitis (inflamación del sitio de unión del tendón al hueso), compromiso de la columna vertebral. Es frecuente que estos pacientes tengan el gen HLA B27 positivo pero si es negativo no la descarta. Afecta más al género masculino y generalmente son preadolescentes o adolescentes.
Psoriásica	Se caracteriza por artritis en cualquier número de articulaciones. Se acompaña de lesiones en la piel y en las uñas. Es importante el antecedente de psoriasis en la familia. Es más frecuente en niñas. Existen 2 picos de presentación, el primero en niñas pequeñas y el otro en niñas adolescentes quienes cursan con un mayor riesgo de hacer compromiso axial. Pueden tener AAN positivos.
No diferenciada	No puede clasificarse en ningún subtipo o cumple características de varios.



- Monoarticular:** 1 articulación.
Oligoarticular: 4 o menos articulaciones.
Poliarticular: 5 o más articulaciones.

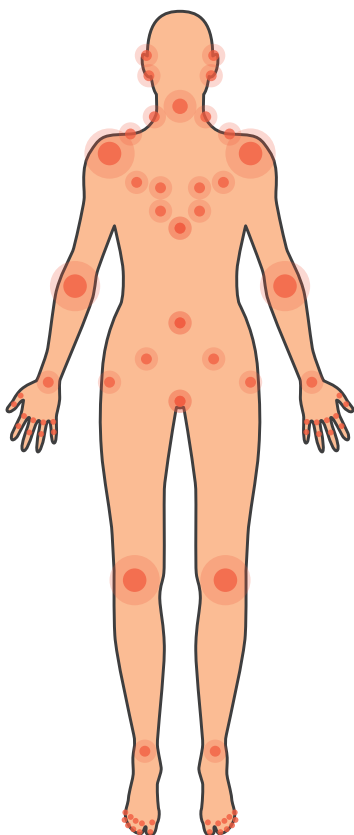


Figura esquemática de las articulaciones del cuerpo humano (en rojo).

No hay ningún examen que descarte o confirme la enfermedad, por lo tanto, el diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas presentes. Todo paciente debe ser valorado por oftalmología para buscar signos de inflamación dentro del ojo (uveítis) y así mismo deben descartarse otras enfermedades que provoquen artritis.

Tratamiento

El tratamiento en AIJ tiene como metas a corto plazo aliviar el dolor y controlar la inflamación y a largo plazo mantener el control de la enfermedad, asegurar una adecuada nutrición, mantener la funcionalidad y promover un adecuado desempeño psicosocial. El control adecuado de la inflamación articular es una prioridad porque su persistencia es la responsable del daño articular que induce disminución del movimiento, alteraciones de crecimiento y deformidades en las articulaciones. Así mismo, se debe tratar la inflamación ocular para evitar la pérdida de visión de forma permanente.



Las medicaciones usadas en el tratamiento de la AIJ se clasifican en: antiinflamatorias (antiinflamatorios no esteroideos y corticoides) y FARME (fármacos modificadores de la enfermedad) porque tienen el potencial de modificar la respuesta inmune y detener el proceso inflamatorio responsable del daño articular y extraarticular. El Metotrexate es el FARME más usado. En la última década, se han desarrollado nuevos medicamentos (biotecnológicos) que están indicados en los pacientes refractarios al tratamiento convencional (inadecuada respuesta).

El reumatólogo evalúa en forma objetiva (clinimetría) y periódica la respuesta al tratamiento y vigila la aparición ocasional de efectos secundarios de la medicación. El tratamiento farmacológico debe ser oportuno (iniciado en forma temprana y constante), dinámico (según el tipo de respuesta observada se realizarán ajustes al tratamiento), individualizado (según la severidad de la artritis, aparición de complicaciones y la

respuesta observada) e integral (se refiere a que además de medicaciones se brinde atención a aspectos nutricionales y psicosociales).

Recomendaciones

Los pacientes con AIJ deben asistir en forma periódica a controles médicos por reumatología.

Algunos pacientes requieren además terapias de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional), el uso de férulas y otros aditamentos que ayuden a aliviar el dolor y prevenir deformidades. Este tratamiento de rehabilitación también debe ser oportuno y dinámico.

Los pacientes con AIJ deben tener controles oftalmológicos periódicos indicados por su reumatólogo y/u oftalmólogo.

La actividad física no empeora la enfermedad pero debe ser adaptada dependiendo de la condición física de cada paciente.

Lecturas recomendadas

<http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/imprimia-un-folleto/dc-arthritis-en-ninos/>

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/jra_esp.html

http://www.niams.nih.gov/Portal_en_espanol/Informacion_de_salud/Artritis/juvenil_artritis_ff_espanol.asp

<http://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/Juvenile%20Arthritis%20Spanish.pdf>

