

Vega Aponte, C.; Rodríguez Chacón, J.; Martínez Donate, J.; Ríos la Orden, J.

Un paciente con artritis idiopática juvenil

Pediatría Atención Primaria, vol. XVI, núm. 64, 2014, pp. e147-e150

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366634032012>



Pediatría Atención Primaria,

ISSN (Versión impresa): 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de Atención

Primaria

España



Nota clínica

Un paciente con artritis idiopática juvenil

C. Vega Aponte^a, J. Rodríguez Chacón^b, J. Martínez Donate^c, J. Ríos la Orden^d

^aMIR-MFyC. Unidad Docente del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España

• ^bMIR-Pediatría. Unidad Docente del Complejo Hospitalario de Albacete. Albacete, España

• ^cMédico de Familia. CS Tarazona de la Mancha. Albacete. España

• ^dPediatra. CS Zona IV Hospital Perpetuo Socorro. Albacete. España.

Publicado en Internet:
18-noviembre-2014

Carlos Vega Aponte:
maurovega8@hotmail.com

Resumen

La artritis idiopática juvenil, a pesar de su baja incidencia, es la enfermedad reumática inflamatoria crónica más frecuente en la infancia.

Ahora disponemos de criterios precisos y sencillos para diagnosticarla en Atención Primaria, ya que son criterios fundamentalmente clínicos. El diagnóstico de mono- o poliartritis, en ausencia de síntomas infecciosos generales y con radiografías normales, debe hacernos sospecharla en pacientes menores de 16 años. También nos hará pensar en ella su persistencia durante más de seis semanas. Las distintas formas clínicas serán diagnosticadas por el reumatólogo, pero la sospecha de la misma se debe establecer en Atención Primaria.

El objetivo es conocer el tratamiento inicial para controlar el dolor y la inflamación, mantener la función y favorecer un crecimiento normal. No hay que olvidar las posibles complicaciones oculares. Enviar a Oftalmología en el momento del diagnóstico y realizar revisiones anuales así como al presentar cualquier síntoma que afecte a la cámara anterior.

Palabras clave:

- Artritis
- Artritis juvenil
- Artritis idiopática juvenil
- Artritis reumatoide

Abstract

Juvenile idiopathic arthritis in spite of his low frequency is the most frequent rheumatic inflammatory chronic disease in childhood. We have now precise and simple criteria to diagnose it in Primary care since they are fundamentally clinical criteria. The diagnosis of mono- or polyarthritis, in absence of general infectious symptoms and with normal X-ray, should make us suspect it in patients less than 16 years. Also is suspicious its persistence for more than 6 weeks. The different clinical forms will be diagnosed by the rheumatologist but the suspicion must come from the Primary care doctor or pediatrician.

The objective is to know the initial treatment that controls the pain and the inflammation, to support the function and to favor a normal growth. It is necessary not to forget the possible ocular complications. Refer to Ophthalmology at the diagnosis, perform annual reviews and refer as well when any symptom concerning the anterior chamber of the eye.

Key words:

- Artritis
- Juvenile arthritis
- Juvenile idiopathic arthritis
- Rheumatoid arthritis

Cómo citar este artículo: Vega Aponte C, Rodríguez Chacón J, Martínez Donate J, Ríos la Orden J. Un paciente con artritis idiopática juvenil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;16:e147-e150.

INTRODUCCIÓN

Se denomina artritis idiopática juvenil (AIJ) a la presencia de artritis en una o varias articulaciones que comienza antes de los 16 años y persiste al menos seis semanas, sin una etiología conocida¹.

La AIJ es la enfermedad reumática inflamatoria crónica más frecuente en la infancia. Su incidencia y prevalencia son muy variables según los grupos étnicos, varios factores explican esta variabilidad y la heterogeneidad del cuadro clínico^{1,2}.

La Liga Internacional contra el Reumatismo (ILAR) unificó criterios y propuso la denominación “Artritis Idiopática Juvenil”, que es la que actualmente está en uso. Tras las revisiones realizadas en Durban (1997) y Edmonton (2001) se admiten siete categorías clínicas basándose en su presentación, características clínicas y criterios de exclusión ([Ta-bla 1](#))²⁻⁵.

CASO CLÍNICO

Presentamos una niña de seis años de edad que consultó en el centro de salud por gonalgia derecha sin signos inflamatorios ni antecedentes de traumatismos. Se trató con ibuprofeno y tres meses más tarde volvió a la consulta con dolor e inflamación del quinto metatarsiano del pie derecho, de carácter progresivo, que le limitaba la deambulación. Posteriormente apareció dolor e inflamación en el dorso de la mano derecha. Ninguno de los síntomas se acompañaba de procesos gripales previos, infección gastrointestinal ni clínica urinaria y en todo momento se encontró afebril. Una semana más tarde acudió a la consulta por persistencia de los síntomas e impotencia funcional para mantener la bipedestación.

Sus antecedentes personales, familiares y embarazo no revestían interés clínico. Su desarrollo psicomotor era normal. La paciente presentaba un peso de 23,5 kg, talla de 122 cm, frecuencia cardiaca de 74 lpm y aceptable estado general. En la exploración se observó rodilla derecha con dolor, inflamación y movilidad limitada a la flexión por dolor a

90°, peloteo rotuliano e inflamación leve con dolor del quinto metacarpofalángico de la mano derecha, y pie derecho con aumento de la sensibilidad a la presión en la base del quinto metatarsiano e inflamación local con dolor, sin deformidad ni crepitación. Sin déficit vasculonerviosos. La exploración por aparatos fue normal, no presentaba exantemas, adenopatías ni visceromegalias. Las radiografías en todo momento fueron normales.

Analítica: leve trombocitosis (425 000/ μ l), sin leucocitosis ni neutrófilia, proteína C reactiva 13 mg/ml, velocidad de sedimentación globular 52, anticuerpos antinucleares (ANA) positivo a 1/160, factor reumatoide negativo, anti-DNA negativo.

Se realizó artrocentesis (bioquímica y cultivo) obteniendo líquido inflamatorio con 5360 células/ml, glucosa 69 mg/dl, proteínas 5,4 g/dl y cultivo negativo.

Se inició tratamiento con ibuprofeno en dosis de 200 mg cada ocho horas, en espera de ser valorada por el especialista, con una leve mejoría. Se solicitó valoración por Reumatología Pediátrica, que amplió la analítica, realizó estudio oftalmológico e inició tratamiento con deflazacort. La analítica ampliada ofreció resultados negativos para anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados, ENA, HLA B27 y serología hepatitis B y C. Los resultados también fueron normales en las pruebas tiroideas, el uroanálisis y la coagulación.

Un mes después, fue revisada por Reumatología Pediátrica y se le diagnosticó artritis de rodilla derecha ANA(+) y probable AIJ, a causa de la persistencia de la inflamación y el dolor en la rodilla y el tarso derechos. Se completó el estudio con ecografía de pie e infiltración con corticoides. La ecografía fue normal y presentó buena evolución tras la infiltración.

DISCUSIÓN

Si nos atenemos a los criterios de la ILAR, el caso que presentamos podemos considerarlo una variedad oligoarticular que se caracteriza por tener un claro predominio del sexo femenino y afectar a cu-

Tabla 1. Categorías clínicas (ILAR). Criterios de inclusión y exclusión

Categoría clínica	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artritis sistémica	Artritis + fiebre de 2 semanas de evolución Sin artritis: 1 o 2 criterios + 2 de: adenopatías, serosis, hepatoesplenomegalia	a, b, c, d
Oligoartritis	Artritis en menos de 4 articulaciones Persistente: se mantiene <4 articulaciones 6 meses desde el inicio Extendida: >5 articulaciones en los 6 meses desde inicio	a, b, c, d, e
Polarartritis FR+	Artritis >5 articulaciones, 6 primeros meses de enfermedad FR+: 2 determinaciones (intervalo de 3 meses)	a, b, c, e
Polarartritis FR-	Artritis de 5 articulaciones, 6 primeros meses de la enfermedad FR-	a, b, c, d, e
Artritis relacionada entesitis	Artritis y entesitis Artritis o entesitis y 2 signos: dolor articulación sacroilíaca o inflamatorio lumbosacro HLA B27+ Inicio varones >6 años Uveítis anterior aguda Antecedentes de: sacroileítis, espondilitis anquilosante, artritis Relacionada con entesitis, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome Reiter, uveítis anterior de familiar de primer grado	a, d, e
Artritis psoriásica	Artritis y psoriasis Artritis y 2 o más signos: dactilitis, pocillos ungueales u onicólicos, psoriasis en familiares de primer grado	b, c, d, e
Artritis indiferenciada	Artritis que no cumplen criterios de ninguna categoría o cumplen más de una categoría	

Las exclusiones corresponden a:

- a) Psoriasis o antecedentes psoriásicos en pacientes o en familiar de primer grado.
- b) Artritis en paciente varón HLA B27+ que inicia síntomas después de los seis años de edad.
- c) Espondiloartrosis anquilosante, artritis relacionada con entesitis, sacroileítis, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter, uveítis anterior aguda tanto en paciente como en algún familiar de primer grado.
- d) Factor reumatoide positivo (dos determinaciones al menos con tres meses de intervalo).
- e) Presencia de artritis idiopática juvenil sistémica en el paciente.

tro o menos articulaciones. El 50% de los enfermos comienza con una monoartritis de rodilla o tobillo de carácter asimétrico², sin síntomas generales y sin apenas incremento en los reactantes de fase aguda. Los ANA son positivos en el 70-85% de los casos y la citología del líquido articular es de tipo inflamatorio. La afectación extraarticular más importante es la ocular, presente en un 10-20% de los pacientes. Esta variedad es la que tiene mejor pronóstico articular, con un 50% de remisiones espontáneas a los 5-10 años de inicio.

El objetivo del tratamiento es permitir que el niño haga una vida normal y prevenir los brotes, que generan daño articular y afectación de otros órganos, hasta que la enfermedad entre en remisión espontánea. No existe tratamiento curativo. En nuestro

caso fue suficiente con antiinflamatorios no esteroideos, además de corticoides intraarticulares. Cuando no hay una buena respuesta se deben utilizar fármacos de segunda línea como el metrotexato, que es un fármaco modificador de la enfermedad (diversos estudios sugieren que retrasa la progresión radiológica).

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AIJ: artritis idiopática juvenil • **ILAR:** Liga Internacional contra el Reumatismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Malagón Gutiérrez C, Roselli CP. AIJ. En: Roselli-Duplat. Ortopedia infantil, 2.^a ed. Madrid: Editorial Médica panamericana; 2012.
2. Weiss JE, Ilowite NT. Artritis Idiopática juvenil. Pediatr Clin North Am. 2005;52:413-42.
3. Solís Sánchez P. Artritis Idiopática Juvenil. Pediatr Integral. 2013;17:24-33.
4. Petty RE, Southwood TR, Manners P. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision Edmonton 2001. J Rheumatol. 2004;31:390-2.
5. Castellano Barca G. Artritis Idiopática Juvenil. Pediatr Integral. 2004;7:737-44.