

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

"ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL: UNA SOSPECHA DIAGNÓSTICA POCO CONSIDERADA"

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Modalidad: Artículo Científico

Autor: García Mera, David Fernando

Tutora: Dra. Esp. Cruz Castillo Yessenia Magaly

Ambato – Ecuador

Septiembre, 2024

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Artículo Científico sobre el tema:

"**ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL: UNA SOSPECHA DIAGNÓSTICA POCO CONSIDERADA**" desarrollado por García Mera David Fernando, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos técnicos, científicos y corresponden a lo establecido en las normas legales para el proceso de graduación de la Institución; por lo mencionado autorizo la presentación de la investigación ante el organismo pertinente, para que sea sometido a la evaluación de docentes calificadores designados por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, septiembre del 2024

LA TUTORA



Cruz Castillo, Yessenia Magaly

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Los criterios emitidos en el Artículo de Revisión "**ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL: UNA SOSPECHA DIAGNÓSTICA POCO CONSIDERADA**", como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones, son de autoría y exclusiva responsabilidad de la compareciente, los fundamentos de la investigación se han realizado en base a recopilación bibliográfica y antecedentes investigativos

Ambato, septiembre del 2024

EL AUTOR



García Mera, David Fernando

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Dra. Esp. Cruz Castillo Yessenia Magaly con CC: 1718784711 en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "**ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL: UNA SOSPECHA DIAGNÓSTICA POCO CONSIDERADA**", Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Artículo de Revisión o parte de él, un documento disponible con fines netamente académicos para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo una licencia gratuita e intransferible, así como los derechos patrimoniales de mi Artículo de Revisión a favor de la Universidad Técnica de Ambato con fines de difusión pública; y se realice su publicación en el repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, siempre y cuando no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora, sirviendo como instrumento legal este documento como fe de mi completo consentimiento.

Ambato, septiembre 2024

Firmado electrónicamente por:
YESSENIA MAGALY
CRUZ CASTILLO

.....

Cruz Castillo Yessenia Magaly

CC: 1718784711

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, García Mera David Fernando con Cédula de identidad N° 1850025279 en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "**ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL: UNA SOSPECHA DIAGNÓSTICA POCO CONSIDERADA**", Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Artículo de Revisión o parte de él, un documento disponible con fines netamente académicos para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo una licencia gratuita e intransferible, así como los derechos patrimoniales de mi Artículo de Revisión a favor de la Universidad Técnica de Ambato con fines de difusión pública; y se realice su publicación en el repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, siempre y cuando no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor, sirviendo como instrumento legal este documento como fe de mi completo consentimiento.

Ambato, septiembre 2024



.....

García Mera David Fernando

C.C1850025279

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador, aprueban en el informe del Proyecto de Investigación: "**ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL: UNA SOSPECHA DIAGNÓSTICA POCO CONSIDERADA**", de David Fernando García Mera, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, septiembre 2024

Parar su constancia firma

……

Presidente

...…… ..…….

1er Vocal 2 do Vocal

COLEGIO DE MEDICOS DEL AZUAY

2022 - 2024

Doctor Fernando Arias Maldonado, SECRETARIO DEL COLEGIO DE MEDICOS DEL AZUAY, a petición de parte interesada;

Dra. Miriam Silva Vásquez
PRESIDENTE

Dra. Mercedes Esquivel Wilches
VICEPRESIDENTE

VOCALES PRINCIPALES
Dr. Dorian Tenorio Torres
Dr. Juan Serrano Arízaga
Dr. Bolívar Aray Vázquez
Dr. José Ochoa Maldonado
Dra. Mariana Gaybor Guillén
Dr. Wilson Muñoz Avilés
Dra. Beatriz Romero Guzmán

VOCALES SUPLENTES
Dr. Eduardo Ordoñez Albornoz
Dr. Patricio Castillo Coronel
Dr. Edison Muñoz Serrano
Dr. Fernando Córdova Neira
Dr. Fausto Idrovo Abril
Dr. Eddy Ochoa Gavilanes
Dr. Diego Cedillo Guerrero

Dr. Fernando Arias Maldonado
SECRETARIO

Dra. Karla Calle Quezada
PROSECRETARIO

Dr. José Pazmiño Medina
TESORERO

Dr. Remigio Amoroso
PROTESORERO

Dr. Paulo Gárate Rodríguez
ASESOR JURÍDICO

CERTIFICA:

Que el ***Señor*** **DAVID FERNANDO GARCÍA MERA,** C.I No. 1850025279, Estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato y la **DRA. YESSENIA MAGALY CRUZ CASTILLO,** C.I No. 1718784711, Registro Senescyt 1005-13-1190471; 2013-01-23 y 1005-2017-1872333; 2017-08-15. Especialista en Medicna Interna; presentaron el artículo ***"ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL: UNA SOSPECHA DIAGNÓSTICA POCO CONSIDERADA",*** mismo que *fue aprobado para su publicación* en la Revista "Ateneo" Vol. 26, Número 1, de junio 2024, ISSN No. 2661-6971 Cuenca-Ecuador.

Es todo cuanto se puede certificar en honor a la verdad, autorizando a los peticionarios dar al presente el uso que estimen conveniente.

Cuenca, julio 17 de 2024

COLEGIO DE MEDICOS DEL AZUAY
SECRETARIO
CUENCA - ECUADOR

Dr. Fernando Arias Maldonado
SECRETARIO DEL COLEGIO DE MEDICOS DEL AZUAY

Dirección: *Guadalajara y Popayán-diagonal Colegio Latinoamericano-Sector Hospital del Río*
Teléfonos: *4150928 - 4150929* ***Celular:*** *0996779118*
E-mail: *colegiomedicosazuay@hotmail.com*
Facebook: *Colegio de médicos del Azuay* *Página Web: www.colegiomedicosazuay.ec*
CUENCA - ECUADOR

DEDICATORIA

El presente Artículo de Revisión lo dedico a mi familia que día a día son el soporte necesario para que hoy sea posible alcanzar una meta más en este arduo camino, por ser el motivo y la inspiración necesaria que al pasar del tiempo me brindó la oportunidad de superarme cada vez más como persona y profesional.

A mis padres que han sabido ser el timón que me ha guiado a lo largo de mi carrera y el motor que me ha dado fuerzas siempre para no decaer frente a ningún obstáculo ni adversidad que se me haya presentado. A mis abuelos quienes siempre quisieron verme lograr uno de sus mayores anhelos y hoy poder ser quien alcance ese sueño, a mis hermanos por su apoyo y fe incondicional que siempre estuvieron conmigo dándome ánimo para nunca rendirme.

.

David García

AGRADECIMIENTO

Infinitas gracias le ofrezco primero a Dios que supo bendecirme en cada paso de mi formación profesional, a mi familia que siempre creyó en mí y en mis capacidades. A ellos, a mis amigos, a mis compañeros y a todas las personas que en su momento fueron mi fuerza, mi motivación y mis motivos de seguir adelante y superarme, gracias. Gracias también a mi tutora, la Doctora Yessenia Cruz por sus enseñanzas durante mi formación, la oportunidad que siempre me brindó para trabajar y aprender junto a ella, su apoyo, y su colaboración en este trabajo. A todos y cada uno de mis profesores que a lo largo de estos años supieron inculcarme no solo enseñanzas académicas, si no también humanas mediante sus consejos y deseos de verme crecer y lograr mis objetivos, mil gracias, a mi Universidad Técnica de Ambato por brindarme la oportunidad deseada por muchos y permitir realizarme como persona y profesional dentro de sus aulas. Mil gracias.

David García

“ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL: UNA SOSPECHA DIAGNÓSTICA POCO CONSIDERADA”

RESUMEN

La artritis Idiopática Juvenil definida como una patología de tipo crónica, degenerativa y de etiología desconocida, en la cual el carácter autoinmune está presente y a diferencia de los adultos que la artritis les afectará a lo largo de su vida, los niños pueden superar este padecimiento, sin dejar de lado las múltiples secuelas o complicaciones. A nivel mundial tiene una prevalencia de 3.8-400/ 100.000 niños, constituyéndose como la enfermedad reumatológica crónica más frecuente en esta población. Su incidencia a nivel mundial tiene un aproximado de 1.6-23/ 100 000 menores de 16 años/ año. La metodología empleada fue de tipo descriptiva, se recopiló datos e información de artículos científicos en inglés y español publicados desde el 2019 al 2023 en distintas bases de datos. Se obtuvo una revisión de la literatura detallando datos de la prevalencia, incidencia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de la artritis idiopática juvenil. Clínicamente existe un predominio de inflamación a nivel articular, dolor y rigidez matutina, acompañado de eritema y calor al tacto en dicha articulación, en ciertas ocasiones existen marcadas erupciones cutáneas, linfadenopatía generalizada, hepatoesplenomegalia y serositis por lo que se han establecido varias clasificaciones. El diagnóstico se basa en la anamnesis y examen físico, los hallazgos de laboratorio son útiles para identificar el subtipo y las posibles opciones de tratamiento. Históricamente el tratamiento se enfatizó en el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), mientras que a día de hoy el metrotexato es el fármaco de elección en varios subtipos de AIJ, no siendo este el único.

PALABRAS CLAVES: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL; ARTRITIS; CLASIFICACIÓN: ETIOLOGÍA; PREVALENCIA.

“ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL: UNA SOSPECHA DIAGNÓSTICA POCO CONSIDERADA”

ABSTRACT

Juvenile Idiopathic Arthritis defined as a chronic, degenerative pathology of unknown etiology, in which the autoimmune nature is present and unlike adults whose arthritis will affect them throughout their lives, children can overcome this suffering, without leaving aside the multiple consequences or complications. Worldwide, it has a prevalence of 3.8-400/100,000 children, making it the most common chronic rheumatological disease in this population. Its incidence worldwide is approximately 1.6-23/100,000 children under 16 years of age/year. The methodology used was descriptive, data and information were collected from scientific articles in English and Spanish published from 2019 to 2023 in different databases. A review of the literature was obtained detailing data on the prevalence, incidence, clinical manifestations, diagnosis, and treatment of juvenile idiopathic arthritis. Clinically there is a predominance of inflammation at the joint level, pain and morning stiffness, accompanied by erythema and heat to the touch in said joint, on certain occasions there are marked skin eruptions, generalized lymphadenopathy, hepatosplenomegaly and serositis for which several classifications have been established. Diagnosis is based on history and physical examination; laboratory findings are useful to identify the subtype and possible treatment options. Historically, treatment emphasized the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), while today methotrexate is the drug of choice in several subtypes of JIA, this being not the only one.

KEY WORDS: JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS; ARTHRITIS; CLASSIFICATION: ETIOLOGY; PREVALENCE.

INTRODUCCIÓN

La artritis idiopática juvenil es la patología reumática más frecuente en niños menores a 16 años de característica autoinmune, su incidencia a nivel mundial es muy variable, debido a datos demográficos, posibilidades diagnósticas y reporte de casos, estableciéndose en varios países un aproximado de 4 casos por cada 1000 niños menores de 16 años, siendo necesario conocer acerca de esta patología y así poder establecer un diagnóstico oportuno desde el primer nivel de atención en salud. Al estar implícita en las primeras décadas de vida, sus diversas complicaciones y la ausencia del diagnóstico oportuno, llevarán consigo secuelas crónicas que influirán en el desarrollo de cada paciente.

A pesar de estadísticas mundiales y regionales sobre la incidencia de esta patología, es un reto demográfico su diagnóstico, puesto que dependerá de factores como su clasificación, la posibilidad diagnóstica y el conocimiento de la patología en sí, incrementando la importancia de realizar la presente revisión bibliográfica delimitada a factores propios de la región, presentación clínica, diagnóstico oportuno y prevención de posibles complicaciones. Al estar implicado un grupo etario susceptible y de consecuente consulta médica, la FDA se ha visto en el compromiso de investigar los posibles tratamientos coadyuvantes, para prevenir complicaciones y brindar mejor pronóstico en salud.

La doctora Cristina Herrera, reumatóloga pediátrica del Hospital de Niños Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil, desde el año 2017, insiste en el déficit de difusión sobre la importancia de la artritis juvenil tanto hacia la sociedad general como el personal sanitario, incentivándolo a conocer más sobre la patología.

MÉTODOS

Para la presente revisión bibliográfica, se recopiló datos e información de artículos científicos en inglés y español publicados desde el 2019 al 2023 en las siguientes bases de datos: Pubmed, Science direct, Cochrane, Medline, Ebsco, Scielo y Google Scholar; se empleó una metodología de tipo descriptiva, incluyendo artículos de índole científico entre los cuales se utilizó revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos aleatorizados, indexados en los años previamente mencionados. De las bases de datos mencionadas se mostraron más de 200 resultados, de los cuales se seleccionaron 20 artículos que poseían información de los diferentes acápites considerados a utilizarse en la estructuración de la presente revisión bibliográfica, de estos fueron excluidos 4 artículos que no evidenciaban una fuente de información verás e información escaza de los apartados a tratarse en esta revisión , obteniendo de los restantes información actualizada acerca de la prevalencia, incidencia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de la artritis idiopática juvenil.

DESARROLLO

Definición

La patología reumática se presenta comúnmente en aquellos pacientes que han traspasado las tres primeras décadas de vida, sin embargo, esto queda de lado debido a la presencia de patologías como es la artritis idiopática juvenil (AIJ), propia de población que no ha superado los 16 años de edad.(1) Se ha caracterizado a la AIJ como una patología de tipo crónica, degenerativa y de etiología desconocida, en la cual el carácter autoinmune está presente y a diferencia de los adultos que la artritis les afectará a lo largo de su vida, los niños pueden superar este padecimiento, sin dejar de lado las posibles y múltiples secuelas o complicaciones.(2) La ILAR (International League of Associations for Rheumatology) establece a la AIJ como un diagnóstico de exclusión en pacientes que presenten cuadros de tumefacción o limitación al movimiento de una o varias articulaciones que puede o no acompañarse de calor, dolor o eritema, sin antecedente etiológico alguno, caracterizado por presentarse previo a los 16 años y de duración superior a 6 semanas, con una posible elevación de reactantes de fase aguda.

Prevalencia

Mundialmente tiene una prevalencia de 3.8-400/ 100.000 niños, constituyéndose como la enfermedad reumatológica crónica más frecuente en esta población. Su incidencia a nivel mundial tiene un aproximado de 1.6-23/ 100 000 menores de 16 años/ año.(1,3) En estados Unidos se estima una prevalencia de entre 25-30 mil casos, registrando una incidencia anual de aproximadamente 0.8-23/100 000 niños menores de 16 años.(4)

No existe una edad de comienzo exacta, pues esto varía dependiendo el subtipo de AIJ y la región en la que es identificado el caso, es frecuente el inicio dentro del rango de edad entre 1 y 3, siendo extremadamente raro su inicio antes de los 6 meses de edad, tiene predilección superior sobre las niñas en comparación a los niños en una razón 2:1 y se ha evidenciado en todas las razas y áreas geográficas. En Latinoamérica no se encuentran estudios epidemiológicos específicos, sin embargo, al extrapolar estudios estadounidenses, se estima que actualmente existirían entre 5000 a 10 000 niños con AIJ que necesitarían atención médica.(4) La oligoartritis es el subtipo más frecuente a nivel europeo y norteamericano, se estima que un 60% de los niños con AIJ en estos continentes tendrán este subtipo y con mayor frecuencia es diagnosticada en niños menores de 6 años.(5)

Clínica y clasificación

Dentro de su caracterización clínica, existe predominio en cuanto a la presencia de inflamación a nivel articular, dolor y rigidez de acentuación matutina, acompañado de eritema y calor al tacto en dicha articulación, ocasionalmente se puede notar marcadas erupciones cutáneas, linfadenopatía generalizada, hepatoesplenomegalia y serositis.(6) Se ha establecido una variabilidad clínica extensa dentro de la propia definición de artritis idiopática juvenil, puesto que comprende siete formas clínicas distintas, estas delimitadas por los criterios de clasificación establecidos por la ILAR. Para esta clasificación se toman en cuenta tanto características clínicas como laboratoriales, en función del número de articulaciones afectadas de predominio periférico, esta artritis puede ser catalogada como oligoarticular, cuando no supera las 4 articulaciones y poliarticular cuando compromete 5 o más con o sin factor reumatoide positivo.(5,6) Por otro lado, está la artritis sistémica, que además del compromiso articular independientemente del número de articulaciones, se acompaña de síntomas sistémicos como fiebre, exantemas, adenopatías generalizadas o

presencia de organomegalias, sumado a elevación de reactantes de fase aguda.(4) La siguiente categoría, es aquella artritis relacionada con entesitis, donde la afectación se acompaña de la inflamación de la entesis. En las categorías restantes se encuentra a la artritis psoriásica e indiferenciada. (7) En el ***cuadro 1*** se presenta de manera sintetizada los subtipos dentro de la AIJ y sus respectivas características.

Investigaciones previas han reorganizado los tipos de presentaciones identificadas hasta el momento, estableciendo ciertos criterios de clasificación, aquellos ampliamente aceptados son los otorgados por la ILAR revisados en el 2001, los cuales sugieren un inicio de síntomas previos a los 16 años con una duración de al menos 6 semanas, excluidos de otra etiología.(6) El término Enfermedad de Still, es considerado parte de las AIJ, incluyendo pacientes en los que la sintomatología empezó a los 16 años o más, para esta se toman en cuenta criterios como los de Yamaguchi y Fautrel, que incluyen la existencia de artralgia sin exigir la evidencia de una artritis franca.(6,8)

También se clasifica en tres categorías basadas en la cantidad y tipo de articulaciones afectadas, síntomas y la duración del cuadro. El primer subgrupo es la oligoarticular con la presencia de artritis en 1-4 articulaciones identificadas dentro de los primeros 6 meses de enfermedad y a partir de ello se subdivide en oligoartritis persistente, pues el número de articulaciones no incrementa y por otro lado la oligoartritis extendida en la que aumenta a mas de 4 articulaciones afectadas, estas cubren más del 50% de casos, la afectación de articulaciones grandes como rodillas, tobillos y codos es lo más frecuente, predomina en sexo femenino hasta los 7 años y se invierte hacia los niños en mayores a 8 años. El otro subgrupo es constituido por la artritis poliarticular, en la que se comprometen 5 o más articulaciones en los primeros 6 meses, afectando articulaciones pequeñas de manos y pies, generalmente bilateral y de predominio femenino, estas se subdividen en dependencia de la presencia o no de factor reumatoideo. Primero aquella con FR(+) con 2 o más test para IgM de FR positivos con al menos 3 meses de intervalo, y al contrario aquellas con IgM para FR(-) Finalmente, el subgrupo de las artritis sistémica con afectación de una o más articulaciones coincidente o precedida de fiebre diaria mayor a dos semanas, que además debe presentar una de las siguientes características; exantema eritematoso evanescente,

adenopatías, hepatomegalia o esplenomegalia, serositis, subgrupo que no tiene predominio en cuanto al sexo.(1)

La variabilidad de presentación en la AIJ es varia y la asociación con manifestaciones sistémicas además de hallazgos de laboratorio no está totalmente identificada, por lo que varios estudios y revisiones han buscado asociar estos aspectos, reflejado en el ***cuadro 2***.(9)

En el cuadro clínico de diversas presentaciones se asocia la fiebre y manifestaciones cutáneas. Aproximadamente un 80% de los pacientes que tienen fiebre, presentarán una aparición transitoria de erupción macular o maculopapular de tonalidad salmón.(6)

Patogenia

Existe una afectación tanto a la inmunidad humoral como a la inmunidad celular, la AIJ se caracteriza por alterar la regulación del sistema inmunitario adaptativo con ausencia de linfocitos T autorreactivos y autoanticuerpos. Al existir estas alteraciones inmunológicas, puede provocarse sinovitis inflamatoria, caracterizada a nivel histopatológico como hipertrofia de vellosidades e hiperplasia con hiperemia y edema del tejido sinovial. La hiperplasia endotelial vascular se caracteriza por darse de manera prominente y poseer una infiltración mediada por células mononucleares y plasmáticas con predominio de linfocitos T. Al existir un descontrol sin regulación puede llevar a la formación del paño y la erosión progresiva del cartílago articular y del hueso contiguo.(10)

Histopatología

La AIJ se ve caracterizada por la presencia de inflamación articular sumada a destrucción del tejido, se produce una proliferación de sinoviocitos y células inmunocompetentes descontrolada, dentro de las cuales se han identificado células T, B, natural killer, neutrófilos, macrófagos, células dendríticas y plasmáticas, creando una infiltración de la capa sub-revestimiento de la membrana sinovial, produciéndose hiperplasia e hipertrofia de la membrana sinovial que genera hipoxia intraarticular, aumentando la producción de mediadores angiogénicos e inicio de la angiopatía patológica, debido a la formación de nuevos vasos sanguíneos dentro de la sinovial, aumentará el suministro de sangre y llevará consigo la migración aumentada de células proinflamatorias hacia la articulación,

estableciendo una sinovial patológica conocida como “pannus” representada en la ***Figura 1***.(9)

Diagnóstico

Es basado en la anamnesis y examen físico, el hallazgo específico es la rigidez articular que empeora con la inactividad, por lo que es frecuente su exacerbación por las mañanas después de periodos de sueño o de momentos prolongados de permanecer sentados. La edad de diagnóstico es limitante, en muchas ocasiones no podrán comunicar y especificar sus síntomas, sus padres suelen referir que presentan una marcha anormal, disminución de la actividad de juego que generalmente mejora a lo largo del día o con duchas tibias. En la artritis activa es frecuente encontrar derrame articular traducida en edema, calor articular, limitación en los rangos de movilidad, sensibilidad y dolor a los movimientos activos en las articulaciones comprometidas.(11)

El diagnóstico de la AIJ es clínico, sin embargo, pruebas de laboratorio pueden confirmar el mismo y darnos más detalles para clasificarlo, predecir su progreso, establecer un tratamiento y prevenir complicaciones. Pueden aparecer marcadores de inflamación como leucocitosis, elevación de VSG o proteína C reactiva, frecuentemente encontrado en pacientes con poliartritis, la ausencia de estos no excluye el diagnóstico de AIJ.(11)

La prueba del Anticuerpo antinuclear ANA, evalúa el riesgo de presentar uveítis anterior, de 10-20% de los niños presenta un ANA positivo, por lo que no es específico en el diagnóstico de AIJ, sin embargo, un 33% de niños con oligoartritis son ANA positivos y presentan mayor riesgo de uveítis anterior asintomática.(11)

El Factor reumatoide FR positivo, no es diagnóstico de AIJ, más bien la mayoría de niños con AIJ tiene el FR negativo, un resultado de FR positivo no es consistente, es posible ser un falso positivo o positivo transitorio, y se debería repetir este marcador al menos dos veces más con intervalo de al menos 90 días, manteniéndose el positivo se habla de poliartritis FR positivo, pronosticando mayor riesgo de complicaciones y un curso complicado en su enfermedad. De la misma manera que en adultos este FR positivo se asocia a la aparición de

Anticuerpos antiproteína citrulinada ACPA positivo que complicaría aún más el pronóstico.(11)

Mediante el empleo del ultrasonido, un método no invasivo y de coste accesible se puede realizar una detección temprana y evaluación de la inflamación, no identificable por otros métodos, útil en el monitoreo de la progresión de la enfermedad al determinar erosiones óseas y cambios estructurales, también es complemento de otros procedimientos diagnósticos como la aspiración del líquido articular o en parte del tratamiento para administrar medicamentos intraarticulares.(11)

El análisis del líquido sinovial es importante para la caracterización de la artritis, ayudando a diferenciar procesos de tipo inflamatorios y no inflamatorios basándose en el conteo total de leucocitos, sin embargo, su utilidad se limita debido a que entre pacientes con AIJ existirá cierta variabilidad en función al número de articulaciones afectadas. Un recuento leucocitario superior a 2000/mm3 posee una sensibilidad y especificidad de un 84% para un proceso de características inflamatorias, comprobándose valores similares para pacientes con AIJ.(2)

La radiografía convencional excluye diagnósticos alternativos, en pacientes con AIJ avanzada podría encontrarse osteopenia periarticular o estrechamiento de espacios articulares, indicativos de mal pronóstico. La resonancia magnética podría revelar signos de sinovitis, engrosamiento sinovial, aumento del líquido dentro de la articulación, útil en el monitoreo de la progresión de la enfermedad y respuesta al tratamiento.(11) La RM detecta la inflamación a nivel de articulaciones temporomandibulares y del esqueleto axial, apresurando la detección temprana y así previniendo la deformación de cóndilos o un crecimiento mandibular anormal. También valora el grado de afectación en la articulación sacroilíaca, detecta la afectación a nivel de columna cervical, la aparición de inestabilidad atlantoaxial y compresión medular.(12)

Genética

El estudio genético continúa y la asociación con el Antígeno Leucocitario Humano-B27 es una posibilidad, sin embargo, estudios como el presentado por INCHARGE (International

Childhood Arthritis Genetics), que utilizo DNA de 1000 pacientes, determinó la asociación con la presencia del locus de clase II del complejo mayor de histocompatibilidad MHC, como un alelo de riesgo.(1)

Ombrello y colaboradores de INCHARGE, describieron 24 loci genéticos altamente vinculados con la Artritis Idiopática juvenil en el subgrupo sistémico, que no habían sido vinculados a la artritis de tipo inflamatoria, proporcionando evidencia sólida como parámetro diferencial propio de la AIJ sistémica.(1)

La mayoría de los casos de AIJ aparecen de manera esporádica, sin embargo, se ha establecido cierta relación en el subtipo oligoarticular con el HLA antígeno leucocitario humano A2, DRB1*11 Y DRB1*08, generando un riesgo en aquellos hermanos de pacientes con AIJ oligoarticular de 22 veces mayor a la población en general de padecer AIJ.(5)

Tratamiento

El tratamiento depende del nivel de actividad, la existencia de manifestaciones extraarticulares, déficits funcionales, la edad del paciente y que tan avanzada se encuentra la enfermedad.(8) Desde un inicio el tratamiento se basó en el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), sin embargo, una vez evaluada la discapacidad significativa causada producto de un tratamiento no adecuado, reumatólogos se enfocaron en el uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) como primera línea terapéutica. Ahora los AINEs son considerados únicamente en pacientes con duda diagnóstica y en pacientes seleccionados con oligoartritis de baja actividad, también complementan terapias basadas en inmunosupresores, sus dosis y presentaciones, se detallan en el ***cuadro 3***.(5) El uso de AINEs es aún frecuente por sus características antiinflamatorias, antipiréticas y analgésicas, aunque su eficacia en el control de la inflamación no es inmediata pues alcanza un control en aproximadamente 12 semanas, generando un período prolongado de su uso.(5) Por otro lado, los glucocorticoides sistémicos, que por su recurrencia en efectos adversos su utilización es altamente limitada, se han utilizado frecuentemente como calmante de la inflamación previo al inicio de otras terapias sistémicas, y con menos frecuencia en exacerbaciones de la enfermedad. En pacientes con una única articulación activa, es rutinario el uso de glucocorticoides intraarticulares independiente de otra terapia.(11)

La terapia física y funcional es un complemento terapéutico ya que controla la actividad de la enfermedad y recupera en cierta manera la función articular de los niños y adolescentes afectados, esta es individual basada en la combinación de masajes, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia deportiva.(8)

Por la posible afectación oftalmológica, el tamizaje y control de los pacientes será muy importante, dependiendo también del subtipo de AIJ que padezca el paciente, los resultados de laboratorio en cuanto a la presencia de ANA y los años de evolución desde el diagnóstico, en aquellos que ya hay el antecedente de uveítis, el control semanal, mensual o trimestral será en dependencia de la evolución y los hallazgos a la examinación.(3)

Fármaco electivo

El metrotexato es considerado como el fármaco antirreumático de elección como modificador del curso de la enfermedad en las diversas formas clínicas por su demostrado perfil de seguridad aceptable. Identificándose una remisión del 60-70% de la enfermedad en empleo de monoterapia de metrotexato y al estar combinado disminuye la inmunogenicidad junto con antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos. Su eficacia se ha visto reflejada tanto en la disminución de articulaciones inflamadas, como también en la mejora de calidad de vida de los pacientes.(7)

Efectos adversos al tratamiento

A pesar del porcentaje de remisión de la enfermedad y recaídas de los mismos (60-70%), estudios registran alta prevalencia de efectos adversos posterior al empleo de metrotexato, clasificados entre: gastrointestinales como nausea, vomito, dolor abdominal y anorexia, otros a nivel hepático como la hipertransaminasemia, mucocutáneos como aftas orales o alopecia, infecciosos y otros. Aun siendo síntomas inespecíficos estos no fueron transitorios y forzaron la interrupción del tratamiento. Registrándose que un 48.6% de los pacientes bajo tratamiento de metrotexato desarrollaron efectos adversos, predominando los gastrointestinales y también trastornos conductuales 35.6%, seguidos por la hipertransaminasemia. Tanto la dosis, vía de administración o forma clínica de la enfermedad no presentan relación en la aparición de efectos adversos, sin embargo, la

existencia de estos efectos adversos, se constituyen en el principal motivo de abandono de tratamiento.(7)

Terapias Biológicas

En esta opción de tratamiento se hace referencia a terapias antirreumáticas modificadoras de la enfermedad (FAME biológicos) en la que su objetivo diana son las citoquinas mediadoras específicas del proceso inflamatorio inmunológico. Se emplean receptores de citoquinas solubles o anticuerpos monoclonales que actúan bloqueando selectivamente componentes individuales de la cascada inflamatoria. Son administrados por vía intravenosa o subcutánea y generalmente se asocian al empleo de metrotexato para generar sinergia en el tratamiento.(5)

Estas citoquinas tienen un papel inmunomodulador importante que frente a su desregulación pueden provocar un estado proinflamatorio y enfermedades autoinmunes, dentro de las que se encuentran asociadas con la AIJ son el TNF producido principalmente por macrófagos inductor de apoptosis, la IL-6 una citoquina proinflamatoria que impulsa la producción de TNF e IL-1 que de manera conjunta producen metaloproteínas que conducen a destrucción articular, estas y otras citoquinas suelen unirse a sus receptores de superficie celular conocidas como Janus quinasas (JAKs) y la inhibición de estas disminuye la acción de múltiples citoquinas, razón por la cual se crean estas terapias biológicas.(1)

Dentro de los FAME biológicos utilizados en la AIJ oligoarticular y poliarticular se encuentran los inhibidores del TFN, de la IL-6 y los coestimuladores de células T. Uno de los inhibidores del TFN es el Etanercept, proteína humana que bloquea la acción del factor de necrosis tumoral aplicado por vía subcutánea, útil en pacientes sin respuesta previa a 3 meses de metotrexato, contrarrestado por una eficacia disminuida ante la uveítis asociada a AIJ.(11)

Por otro lado, esta Adalimumabes, es útil en los casos de AIJ poliarticular aprobado por la FDA, tanto en monoterapia como en terapia combinada con metrotexato, es un anticuerpo monoclonal humanizado de IgG recombinante que se une al TNF aplicado vía subcutánea, eficaz también en uveítis anterior.(11)

De parte de los Inhibidores de la IL-6, el anticuerpo monoclonal antirreceptor de IL-6 Tocilizumab se aplica de manera intravenosa o subcutánea, eficaz en el tratamiento de AIJ sistémica y poliarticular. Mientras que Abatacept un coestimulador de células T, aprobado por la FDA en niños mayores a 6 años con AIJ poliarticular moderada a grave, utilizado en pacientes con intolerancia a los inhibidores de TNF.(11)

Como se mencionó la inhibición de la vía de la quinasa JAK, a sido de interés para la generación de los JAK inhibidores como el Tofacitinib aprobado por la FDA en niños mayores a dos años con AIJ poliarticular en casos refractarios al metrotexato siendo el único que se administra vía oral. Otros JAK inhibidores como el Ruxolitinib y Baracitinib, se encuentra aún en estudios por sus resultados prometedores como remplazo al metrotexato.(1)

Seguimiento de la enfermedad

Es importante evaluar el progreso de la patología, su posible remisión y el apego al tratamiento examinando el número de articulaciones activas, utilizando la escala JADAS requiere una evaluación global de la enfermedad por parte del médico, del paciente y finalmente la presencia de reactantes de fase aguda, logrando catalogar a la AIJ como inactiva, o con actividad leve, moderada o alta, en dependencia de los hallazgos individuales de cada paciente, como se puede observar en el ***cuadro 4***.(3)

DISCUSIÓN

La artritis idiopática Juvenil es un diagnóstico poco considerado desde el primer nivel de atención al afectar la población pediátrica, pues parte de esta ausencia de diagnóstico es causada por los padres y la subestimación de síntomas que sus hijos pueden presentar. Las diferentes clasificaciones y criterios establecidos ocasionalmente son poco aplicables limitando el diagnóstico por la diversidad de presentación del cuadro clínico.

Behrens y colegas determinan un bajo porcentaje de cumplimiento de criterios ILAR, pues solo 30% de pacientes serán compatibles en su presentación inicial. Mientras que Janow y colegas realizaron una evaluación prospectiva, desde la primera evaluación y la enfermedad a lo largo del tiempo, encontrando 71% de compatibilidad de los pacientes con los criterios ILAR.(6)

Unificando criterios se define a la Artritis Idiopática Juvenil nombrada así en 1995 por la ILAR, como un grupo de enfermedades heterogéneas que comparten la existencia de una artritis inflamatoria de tipo crónica mayor a 6 semanas en pacientes menores de 16 años, poseedora de alta morbilidad a largo plazo y posible discapacidad física. El mismo ILAR definió los actuales criterios diagnósticos de AIJ.(11,13)

Recordando que, dentro de la clasificación otorgada por la ILAR, se distinguen 7 categorías, al hablar de incidencia se establece una relación de 2 a 20 por cada 100,000 niños tendrá una afección considerada dentro de las 7 categorías a nivel de Estados Unidos, mientras que en Europa y América del Norte se habla de 16 a 150 por cada 100,000.(13) Así mismo, se establece la relación de mayor presentación en mujeres tanto para oligoartritis y poliartritis de 3 a 1. Y destacar la inexistencia de datos estadísticos en correlación a nuestra realidad y en nuestra nación. La ILAR destaca la frecuencia basada en su clasificación y la relación con los posibles rangos de edad de aparición del cuadro, se explica en el ***cuadro 5***.(12)

Estudios han analizado la relación existente de cuadros de AIJ con afectación de la articulación temporomandibular, recomendando la valoración de esta articulación en aquellos pacientes diagnosticados con AIJ, con el fin de evitar complicaciones de posible aparición a este nivel. A menudo el compromiso de esta articulación es asintomático, sin embargo, se sospecha cuando los niños presentan movilidad mandibular restringida o dolor a este nivel.(14)

Al querer hablar de fisiopatología o patogenia, se encuentra un obstáculo, debido a que se desconoce una etiología exacta, sin embargo, se ha podido establecer la relación con factores genéticos, ambientales y también autoinmunes que predisponen a la AIJ. Esta duda existente ha llevado a hallazgos poco ampliados, pero de buena correlación, como por ejemplo la predisposición genética en gemelos monocigóticos con tasas de mayor concordancia de 25 a 40% de veces. De la misma forma se propone la susceptibilidad de padecer AIJ en presencia de genes como el IL2RA y VTCN1.(13)

En cuanto a la distribución geográfica de la AIJ se puede asegurar que se encuentra en todo el mundo sin duda, pero tanto su incidencia y características demográficas específicas pueden variar según las distintas regiones, es importante tener en cuenta que la AIJ es una

enfermedad heterogénea, es decir que puede manifestarse de diferentes maneras en cada persona. Niños han reportado síntomas leves y que ocurren de manera episódica, mientras que otros cursan sintomatología más grave y de manera persistente. Por la misma razón el manejo debe ser individualizado de esta manera asegurando mejor calidad de vida a futuro, disminuyendo reaparición de agudizaciones y disminuyendo la posibilidad de futuras complicaciones.

La incidencia a nivel mundial de la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) se sitúa aproximadamente entre 0,82 y 22.6 por cada 100,000 niños al año, con una prevalencia de alrededor de 7 a 401 por cada 100 000. Dentro de los subtipos de AIJ, la oligoartritis es la más común, representando entre el 40% y el 50%, seguida por la poliartritis (25-30%) y la AIJ sistémica (5-15%). En cuanto al género, no se observa un predominio claro, pero la oligoartritis (3:1) y la poliartritis (5:1) afectan a las niñas en mayor medida que a los niños. Se ha denotado ciertas características epidemiológicas propias para cada presentación que se pueden evidenciar en el cuadro 5. La AIJ es una enfermedad sin una predisposición genética marcada, ya que no se han identificado patrones de herencia consistentes con la herencia mendeliana o monogénica, y las familias con múltiples miembros afectados son poco comunes.(15)

En las primeras evaluaciones médicas sobre el tratamiento sintomático, se sugiere el empleo de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), dado que el objetivo principal del tratamiento es prevenir la inflamación y aliviar el dolor. No obstante, en la actualidad, hay una variedad extensa de fármacos efectivos para abordar la enfermedad. El metotrexato destaca como opción de primera línea, mientras que la leflunamida y la sulfasalazina se presentan como alternativas aceptables en lugar del metotrexato. En el ámbito de las terapias más recientes, la opción biológica con etanercept se considera como una terapia inicial viable. Es crucial tener en cuenta la posibilidad de efectos adversos asociados con estos medicamentos, lo que subraya la necesidad de una vigilancia constante.(15)

Otro de los retos dentro de esta patología es el diagnóstico diferencial cuando ya la sospecha está establecida, puesto que varias patologías pueden imitar el comportamiento de la AIJ. La artralgia en niños puede tener diversas causas, como la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ),

infecciones, tumores, dolores de crecimiento, sinovitis transitoria de la cadera, entre otras. Existen varias enfermedades que pueden imitar los síntomas de la AIJ. La Artritis Séptica (AS) es la causa más común de artritis en niños hospitalizados, seguida de la AIJ. La AS generalmente se presenta en la infancia como una complicación de la bacteriemia y se considera una emergencia clínica real. El organismo infeccioso más común asociado con la AS es el Staphylococcus aureus. Otros organismos importantes incluyen el estreptococo, Pseudomonas aeruginosa, neumococos, Neisseria meningitidis, Escherichia coli y especies de Klebsiella.(16)

La diferenciación temprana entre la AS y la AIJ es crucial en la gestión, ya que los niños con AS requieren tratamiento urgente, que incluye el drenaje quirúrgico de la articulación y antibióticos intravenosos. En contraste, los niños con AIJ requieren tratamiento no urgente, que incluye antiinflamatorios no esteroideos, medicamentos y/o inyecciones intraarticulares de triamcinolona, hexacetonida y/o agentes biológicos. La presencia de fiebre, malestar general y signos locales destacados, como enrojecimiento, calor y dolor significativo en las articulaciones afectadas, sugiere la posibilidad de una articulación séptica.(16)

El diagnóstico estándar para la AS implica el aislamiento del agente causante en el líquido articular o en la sangre, aunque esto no siempre es posible, especialmente en niños. El drenaje articular y la inmovilización pueden retrasar el tratamiento adecuado de la AIJ si se diagnostica incorrectamente, lo que puede resultar en una progresión adicional de la enfermedad y un aumento de la erosión articular y la discapacidad.(16)

La evolución de la enfermedad será marcada por el subtipo que el paciente presente, el apego al tratamiento y la aceptación de recomendaciones. En ocasiones se puede catalogar a los pacientes en periodo de enfermedad inactiva, pero dependerá de que no se encuentre signos de artritis en ninguna articulación; ausencia de fiebre, exantema, organomegalias o linfadenopatía atribuible a la AIJ; no evidencia de uveítis activa; VSG o PCR en valores normales; evaluación sin hallazgos en la examinación general; ausencia de rigidez matutina o de existir esta sea menor a 15 minutos. Con la evaluación frecuente podríamos hablar de la remisión de la enfermedad por medicación al cumplir 6 meses con los aspectos

mencionados y una remisión clínica sin medicación posterior a 12 meses de haber suspendido el tratamiento.(3)

CONCLUSIONES

La incidencia de Artritis Reumatoidea Juvenil es alta en países que han generado estudios sobre la misma, sin embargo, países Latinoamericanos carecen de investigaciones que certifiquen la importancia de estudiarla en su territorio.

Debido a que en la primera consulta médica el paciente no tendrá una clínica marcada, la sospecha médica no será suficiente para categorizar al paciente según la clasificación ILAR, posponiendo la estratificación según el curso de la enfermedad.

El tiempo ha obligado al médico a pensar que la patología reumatoidea es propia del adulto alejando la posibilidad de una sospecha diagnóstica de AIJ e impidiendo su manejo oportuno dando paso a complicaciones importantes.

La artritis idiopática juvenil es una patología reumática crónica y degenerativa frecuente en menores de 16 años, su etiología sigue siendo desconocida y genera múltiples secuelas limitantes.

La presentación clínica de la AIJ es muy variada, teniendo signos y síntomas leves que en el primer nivel son tratados de manera inadecuada al no considerar su diagnóstico. Por lo que cuadros compatibles con, dolor, artralgia, edema, dolor articular matutino, linfadenopatías, sinovitis, son motivos suficientes para sospechar en patología reumática juvenil al coincidir su aparición previo a los 16 años con un tiempo igual o superior a 6 meses.

El objetivo principal del tratamiento es la disminución de la inflamación y el alivio del dolor, denotando que es necesario un manejo interdisciplinario que sobrelleve de mejor manera el curso de la enfermedad evitando complicaciones o abandono del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- McCurdy, D., & Parsa, M. F. Updates in Juvenile Idiopathic Arthritis. Advances in Pediatrics. 2021;68:143-170. Doi: 10.1016/j.yapd.2021.05.014

2.- Martínez del Val, E., Rodríguez Martínez, A., Sánchez Becerra, V., Cruz Rojo, J., Enríquez Merayo, E., Barral Mena, E., & de Inocencio Arocena, J. Characteristics of synovial fluid in patients with juvenile idiopathic arthritis. Anales de Pediatría. 2019;91(4), 244–250. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.01.004

3.- De, J., Arocena, I., & Gascón, C. U. Artritis idiopática juvenil. Criterios de clasificación. Índices de actividad. Sociedad Española de Reumatología Pediátrica, 2020; 2171–8172. www.aeped.es/protocolos

4.- Valentín-Rodríguez Aymara, Hernández-Fuentes Adalberto, Verde-Castilllo Milagros. Artritis idiopática juvenil, forma sistémica. A propósito de un caso. Rev.Med.Electrón. 2023; 45(3): 500-511. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242023000300500&lng=es.

5.- McKenna, D., McLaughlin, D., Campbell, C., Mulholland, M., Thompson, A., Loughran, C., Jackson, P., & Rooney, M. Fifteen-minute guide to managing oligoarticular juvenile idiopathic arthritis. Archives of Disease in Childhood: Education and Practice Edition, 2022; 107(3), 175–181. https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-321088

6.- Lee, J. J. Y., & Schneider, R. Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis. Pediatric Clinics of North America, 2018; 65(4), 691–709. Doi: 10.1016/j.pcl.2018.04.005

7.- Barral Mena, E., García Cárdaba, L. M., Canet Tarrés, A., Enríquez Merayo, E., Cruz Utrilla, A., & de Inocencio Arocena, J. Methotrexate in juvenile idiopathic arthritis. Adverse effects and associated factors. Annals de Pediatria, 2020; 92(3), 124–131. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.05.010

8.- Haas, JP., Weimann, V. & Feist, E. Polyartikuläre juvenile idiopathic Arthritis und rheumatoide Arthritis. Z Rheumatol, 2022; 81, 4–13. https://doi.org/10.1007/s00393-021-01114-z

9.- Zaripova, L. N., Midgley, A., Christmas, S. E., Beresford, M. W., Baildam, E. M., & Oldershaw, R. A. Juvenile idiopathic arthritis: from an etiopathogenesis to therapeutic approaches. Pediatric Rheumatology, 2021; 19(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/S12969-021-00629-8/TABLES/4

10.- Vargas, Q., Rodríguez, E., Gutiérrez, R., & Miguel, J. Artritis Idiopática Juvenil: manifestaciones clínicas y tratamiento Juvenile Idiopathic Arthritis: clinical manifestation and treatment. Revista Medicina Legal de Costa Rica, 2020; 37(1), 45–53. https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v37n1/2215-5287-mlcr-37-01-45.pdf

11.- Crayne, C. B., & Beukelman, T. Juvenile Idiopathic Arthritis. Pediatric Clinics of North America, 2018; 65(4), 657–674. Doi: 10.1016/j.pcl.2018.03.005

12.- Malattia, C., Tzaribachev, N., van den Berg, J.M. et al. Juvenile idiopathic arthritis - the role of imaging from a rheumatologist's perspective. Pediatr Radiol, 2018; 48, 785–791. https://doi.org/10.1007/s00247-017-4014-7

13.- Jacobson, J. L., & Pham, J. T. Juvenile Idiopathic Arthritis: A Focus on Pharmacologic Management. Journal of Pediatric Health Care, 2018;32(5), 515–528. Doi: 10.1016/j.pedhc.2018.02.005

14.- Schmidt, C., Ertel, T., Arbogast, M., Hügle, B., von Kalle, T., & Neff, A. The Diagnosis and Treatment of Rheumatoid and Juvenile Idiopathic Arthritis of the Temporomandibular Joint. Deutsches Arzteblatt International, 2022;119(4), 47–54. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0388.

15.- Iglesias Fuentes JN, Mayancela Zumba MA, Cárdenas Aguilar GA, Ortiz Bonilla JA. Artritis idiopática juvenil. RECIAMUC. 6feb.2023 ;7(1):493-0. Available from: https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1041

16.- Pazmiño Peña, N. L., Loja Vanegas, J. K., Toledo Calle, Y. V., & Bermeo Naranjo, M. A. Artritis idiopática juvenil: manejo y diagnóstico diferencial. RECIAMUC, 2019;3(1), 427-442. https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.427-442

ANEXOS

Cuadro 1: Características propias de los subtipos de AIJ según la ILAR.

AIJ sistémica	Artritis de 1 o más articulaciones, con fiebre o precedida de esta de 2 semanas de duración, diaria por al menos 3 día y acompañado de al menos 1 de los siguientes. • Erupción eritematosa • Linfadenopatía generalizada • Organomegalia (Hígado/bazo) • Serositis
AIJ oligoarticular	Artritis de 1 a 4 articulaciones durante los primeros 6 meses de enfermedad. • Oligoartritis persistente: el número de articulaciones afectadas no aumenta. • Oligoartritis extendida: posterior a los primeros 6 meses, las articulaciones afectadas aumentan en número.
AIJ poliarticular FR (+)	Artritis de 5 o más articulaciones en los primeros 6 meses de enfermedad con resultados de FR positivos en al menos 2 tomas con intervalos de 3 meses.
AIJ poliarticular FR (-)	Artritis de 5 o más articulaciones en los primeros 6 meses de enfermedad con resultado de FR negativo.
AIJ relacionada con entesitis	Afectación en el punto de unión entre los tendones o ligamentos al hueso, acompañado de: • Sensibilidad de articulación sacroilíaca y/o dolor lumbosacro inflamatorio. • HLA-B27 positivo • Inicio posterior a los 6 años • Uveítis anterior aguda sintomática • Antecedente de espondilitis anquilosante o uveítis anterior aguda en familiar de primer grado.
AIJ psoriásica	Psoriasis acompañada de dactilitis, onicolisis, psoriasis en familiar de primer grado.
AIJ indiferenciada	Artritis que no entran en las categorías anteriores.

*HLA Antígeno leucocitario humano; *ILAR Liga internacional Contra el Reumatismo; *AIJ Artritis Idiopática Juvenil

Cuadro 2. Subtipos de AIJ y sus principales características clínicas y sus hallazgos de laboratorio.

Subtipo	Oligoarticular	Poliarticular FR-	Poliarticular FR+	Artritis relacionada con entesitis	Psoriásica	Sistémica
Predilección	Femenino	Femenino	Femenino	Masculino	F/M	F/M
Característica clínica	·Afecta ≤4 articulaciones ·Asimétrico ·Predominio de articulaciones grandes ·Frecuente una articulación (rodilla)	·Afecta ≥5 articulaciones ·Simétrico o asimétrico ·Articulaciones pequeñas y grandes articulaciones ·Posible afectación cervical o temporomandibular	·Afecta ≥5 articulaciones ·Simétrico ·Articulaciones pequeñas ·Metacarpofalángicas y muñecas	·Afectación de articulaciones de miembro inferior	·Asimétrico ·Articulaciones grandes y pequeñas	·Artralgia general ·Inicio insidioso, artritis crónica ·Afectación frecuente, rodillas muñecas y hombros ·Artritis temporomandibular
Afectación sistémica	·Uveítis 30%	·Uveítis 10%	·Nódulos reumatoideos ·Uveítis 10%	·Uveítis anterior aguda ·Entesitis	·Dactilitis ·Onicolisis ·Uveítis 10-15%	·Fiebre ·Linfadenopatía generalizada ·Erupciones cutáneas rosa salmón ·Serositis ·Organomegalias
Marcadores	60% ANA+	40% ANA+ FR-	40% ANA+ FR+ Anti-CCP+	40-85% HLA-B27+	50% ANA+	Elevación de PCR, ferritina y plaquetas.

AIJ: Artritis Idiopática Juvenil; ANA: Anticuerpos antinucleares; Anti-CCP: Anticíclico péptido citrulinado; PCR: Proteína C reactiva; HLA: Sistema de antígeno leucocitario humano; FR: Factor reumatoide

Cuadro 3. Empleo de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos.

Fármaco	Dosis	Frecuencia
Ibuprofeno	10-20mg/kg	BID
Diclofenaco	1,5-2,5 mg/kg	BID
Meloxicam	0,125 mg/kg	QD
Naproxeno	30-40 mg/kg	TID
Piroxicam	5-20 mg	QD
Indometacina	2-3 mg/kg/día	Divididas e 2 o 4 dosis

QD: cada día. BID: Dos veces al día. TID: Tres veces al día

Cuadro 4. Valoración de la actividad de la enfermedad empleando JADAS

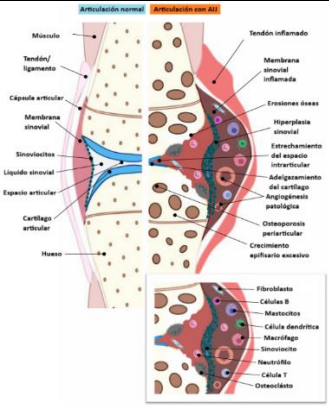
	JADAS 10/71	JADAS 27
Oligoartritis		
Inactiva	≤1	≤1
Actividad leve	1,1-2	1,1-2
Actividad moderada	2,1-4,2	2,1-4,2
Actividad alta	>4,2	>4,2
Poliartritis		
Inactiva	≤1	≤1
Actividad leve	1,1-3,8	1,1-3,8
Actividad moderada	3,9-10,5	3,9-8,5
Actividad alta	>10,5	>8,5

JADAS: Puntuación de actividad de la enfermedad de artritis juvenil.

Cuadro 5. Características epidemiológicas de las diferentes categorías ILAR de AIJ			
	Frecuencia	**Sexo**	**Edad**
Sistémica	5-15%	F=M	Cualquier edad
Oligoartritis	30-60%	F>>>M	Primera infancia (pico 2-4 años)
Poliartritis FR Negativo	20-25%	F>>M	Distribución bifásica (2-4 años y 6-12 años)
Poliartritis FR Positivo	2-5%	F>>M	Infancia tardía o adolescencia
Artritis relacionada con entesis	10-15%	M>>F	Infancia tardía o adolescencia
Psoriásica	5-10%	F>M	Distribución bifásica (2-4 años y 9-11 años)
Indiferenciada	10-20%	-	

AIJ: artritis idiopática juvenil; F: femenino; FR: factor reumatoide; ILAR: International League od Associations for Rheumatology; M: masculine.

Figura 1. AIJ vista histopatológica



Tomado de: Zaripova, L. N., Midgley, A., Christmas, S. E., Beresford, M. W., Baildam, E. M., & Oldershaw, R. A. (2021). Juvenile idiopathic arthritis: from an etiopathogenesis to therapeutic approaches. Pediatric Rheumatology, 19(1), 1–14.