

Las Enfermedades Reumatológicas también existen en Pediatría



Inmaculada Bonilla Díaz, R1

Tutora: M^a Carmen Vicent

Colaboración: Agustín Martínez, Reumatólogo

Hospital General Universitario Alicante

INDICE



1. CASO CLÍNICO
2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
4. SOSPECHA DIAGNÓSTICA
5. REVISIÓN AIJ (en especial oligoarticular)
6. TRATAMIENTO
7. EVOLUCIÓN
8. CONCLUSIONES

1. CASO CLÍNICO

- Niña de 17 meses remitida desde clínica Vistahermosa por inflamación de varias articulaciones y cojera
- Antecedentes familiares: sin interés
- Antecedentes personales: cuadros infecciosos previos (orl, orina) en poco tiempo
- Comienza 2 meses antes con cojera, edema e inflamación **pie derecho**. Valorada por traumatología quien realiza ecografía y no observa líquido articular (sospecha de sinovitis)
- Posteriormente tumefacción **rodilla izquierda**
- En la última semana molestias en ambas **muñecas**
- Clínica peor por las mañanas, mejorando movilidad por la tarde

1. CASO CLÍNICO

- Estudio analítico realizado en clínica Vistahermosa destaca:
 - AS con GPT 290 U/l
 - PCR normal
 - Ligera elevación VSG
 - FR: negativo
 - ANA negativo
- Estudio serológico:
 - IgM e IgG + para CMV

1. CASO CLÍNICO

- Recibe 2 ciclos de tratamiento con prednisolona durante 1 semana → Mejorando dolor y movilidad que empeoraba de nuevo al retirarse

1. CASO CLÍNICO

- EF en servicio de Urgencias HGUA:
 - T^a: 36.5°C
 - BEG. Normocoloreada y normohidratada.
 - No exantemas ni petequias
 - ACP y abdomen: normal
 - LOCOMOTOR: edema y calor local en dorso de **pie derecho**. Edema y calor local en ambas **rodillas**, más evidente en izquierda. Muñecas sin edema ni calor, aunque en muñeca derecha limitación a la flexión dorsal. Resto articulaciones sin hallazgos

2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Artritis séptica. →
- Artritis vírica.
- Postinfecciosa.
- Leucemia.
- Artritis idiopática juvenil

-90% afectación monoarticular y de grandes articulaciones (rodilla, cadera, tobillo, codo).

-Presentación: dolor e impotencia funcional muy importante, fiebre generalmente elevada y deterioro del estado general.

-Analítica: leucocitosis, desviación izquierda y elevación de los reactantes de fase aguda.



2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Artritis séptica.
- Artritis vírica. →
- Postinfecciosa.
- Leucemia.
- Artritis idiopática juvenil

-Las manifestaciones inflamatorias suelen ser menores y suelen cursar de forma aguda con resolución completa posterior.



2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Artritis séptica.
- Artritis vírica.
- Postinfecciosa. →
- Leucemia.
- Artritis idiopática juvenil

-Periodo de latencia >3 semanas tras infección extraarticular.

-Dolor articular intenso acompañado de fiebre.

-No existe afectación del estado general como en la artritis séptica.



2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Artritis séptica.
 - Artritis vírica.
 - Postinfecciosa.
 - Leucemia. →
 - Artritis idiopática
- Oligoarticular o poliarticular.
-Puede existir tumefacción y derrame articular.
-Exploración articular: dolor desproporcionado para la afectación existente.
-Suelen presentar otros síntomas acompañantes así como a nivel analítico.



3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

DETERMINACIONES DE LABORATORIO

- AS: normal, GPT 17 U/L, PCR 0.53, VSG 30
- FR <10 UI/ml
- ASLO <20 UI/ml
- HLA B27 negativo
- Anticuerpos enfermedad celiaca normales
- Inmunoglobulinas normales
- Inmunidad celular normal
- ANAs + (1/640)

ESTUDIO MICROBIOLÓGICO

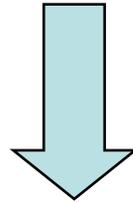
- Serología virus hepatotropos negativa
- IgG e IgM positiva para CMV, carga viral negativa en orina
- Urocultivo negativo
- Mantoux 0 mm de induración a las 24-48 horas

PRUEBAS DE IMAGEN

- Rx tórax normal
- Eco abdominal: sin hallazgos patológicos
- Ecografía rodilla izquierda: derrame articular de hasta 7 mm localizado en bursa suprapatelar
- Ecografía tobillo derecho: no se observa derrame articular no signos inflamatorios

ARTROCENESIS

4. SOSPECHA DIAGNÓSTICA



POSIBLE ARTITRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL
OLIGOARTICULAR



- IC Reumatología: Se repiten ecografías:
 - Sinovitis grave en rodilla izquierda, con señal doppler grado 2
 - En tobillo y tarso derecho, sinovitis tibioastragalina tibioastragaloescafoidea y calcáneocuboidea, pero sin señal doppler
 - En carpos no se observan alteraciones
- IC Oftalmología: exploración oftalmológica normal. Se descarta uveítis anterior

- Ingreso: ibuprofeno a 10 mg/kg cada 8 horas. Afebril, con buen estado general, aunque inflamación de las articulaciones descritas.
- Alta: ibuprofeno cada 8 horas via oral y omeprazol.

5. REVISIÓN: Artritis Idiopática Juvenil (AIJ).

- El término AIJ engloba a todas las artritis de causa desconocida de al menos 6 semanas de evolución de inicio antes de los 16 años de edad
- Diagnóstico clínico de exclusión
- El principio de la clasificación es que todas las categorías de AIJ son mutuamente excluyentes
→ para ellos se utilizan “descriptores”

5.1. Epidemiología distintas formas clínicas AIJ

FORMA CLINICA	FRECUENCIA	EDAD DE APARICIÓN	SEXO
ARTRITIS SISTEMICA	4-17%	Cualquiera	Igual
OLIGOARTRITIS	27-56%	Pico a los 2-4 años	Mucho mayor en mujeres
POLIARTRITIS FR +	2-7%	Infancia tardía o adolescencia	Mayor en mujeres
POLIARTRITIS FR -	11-28%	Pico a los 2-4 años y segundo a los 6-12	Mayor en mujeres
ARTRITIS ENTESITIS	3-11 %	Infancia tradia o adolescencia	Mayor en hombres
ARTRITIS PSORIASICA	2-11%	Bifasico	Mayor en mujeres
INDETERMINADA	11-21%	-	-

5.2. Diagnóstico

- **ANAMNESIS:**
 - Edad, sexo, nº articulaciones afectas y localización, intensidad de dolor, limitación funcional, clínica sistémica
 - Antecedentes personales: enfermedades de base e interrecurrentes
 - Antecedentes familiares: reumatológicos, autoinmunes...
- **EXPLORACIÓN:**
 - General en busca de afectación sistémica
 - Locomotora: inspección, palpación, movilidad
- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**
 - Determinaciones laboratorio
 - Estudio microbiológico
 - Pruebas de imagen
 - Artrocentesis

5.3. Manifestaciones clínicas AIJ oligoarticular

ARTICULARES

- Artritis que afecta entre 1 y 4 articulaciones durante los primeros 6 meses de enfermedad.
 - Persistente vs extendida
- Preferentemente grandes articulaciones de extremidades inferiores, especialmente la rodilla
- Suele afectar a niñas < de 6 años
- Asociación uveítis crónica y presencia de ANA +
- El dolor no suele ser el síntoma principal → frecuente la aparición de cojera y de rigidez matutina
- El curso clínico suele ser intermitente

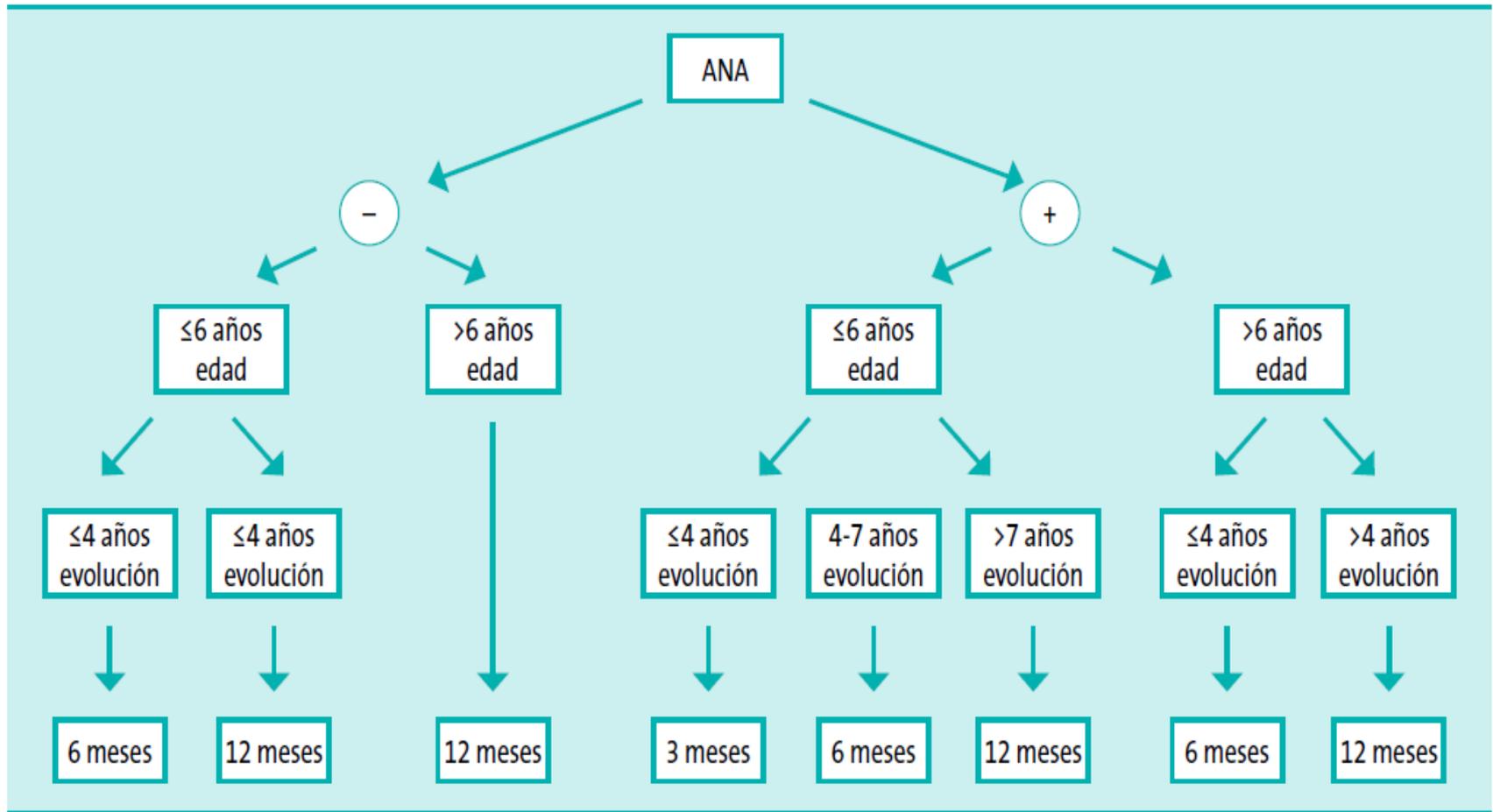


EXTRAARTICULARES:

Uveítis anterior crónica o iridociclitis:

- Manifestación extraarticular mas importante, frecuencia aproximada del 12 al 45% de los casos
- La AIJ es la causa mas frecuente de uveitis anterior en niños menores de 10 años
- Generalmente asintomática → importancia de exploración oftalmológica periódica tras el diagnóstico de AIJ
- Factores de riesgo: sexo femenino, positividad de los ANA, inicio de la artritis en una edad temprana...

Controles oftalmológicos



5.4 Pronóstico

- Intervienen múltiples factores:
 - Número de articulaciones afectas
 - Tiempo de evolución
 - Respuesta al tratamiento
- Unos suelen estacionarse y no se afectan otras articulaciones, terminando por desaparecer
- Otros evolucionan por brotes durante años, incluso inflamándose nuevas articulaciones y luego mejoran
- Vigilancia de deformidades

6. TRATAMIENTO

- Varía según el grupo de AIJ
- **OBJETIVO:** remisión total de la enfermedad, si no es posible:
 - controlar inflamación a escala articular y sistémica (fiebre, serositis)
 - disminuir el dolor
 - prevenir las deformidades
 - minimizar iatrogenia
- Se precisa un equipo multidisciplinario

1. Comenzar con Antiinflamatorios no esteroideos (AINES):

- En debut de la enfermedad hasta que el fármaco inductor de remisión inicie su efecto y ante un brote en un paciente que ya este recibiendo tratamiento
- Asociar un protector gástrico
- **Ibuprofeno** a 25 mg/kg/día

2. Corticoides:

- De rescate, hasta que el fármaco inductor de remisión haga efecto, o en brotes articulares
- ORAL: **deflazacort** (0,2-0,5 mg/kg/día) preferentemente en dosis única matutina.
- INTRAARTICULAR: **triamcinolona**

3. Fármacos modificadores de la enfermedad (FME)

- De elección: **Metotrexato (MTX)**
- Inicialmente vía oral en dosis única semanal de 10 mg/m²/semana (0,3-0,5 mg/kg/dosis), administrada en ayunas para mejorar su absorción
- Ausencia de respuesta 4-6 semanas: aumentar dosis a 15 mg/m²/semana
- Controla actividad inflamatoria de la enfermedad y permite suspender el resto de tratamientos
- Seguimiento analítico del paciente periódicamente y evaluar posibles alteraciones en enzimas hepáticas
- Para evitar efectos 2º: 5mg de ácido fólico a las 24 horas de administración de MTX

4. Inmunosupresores e inmunomoduladores:

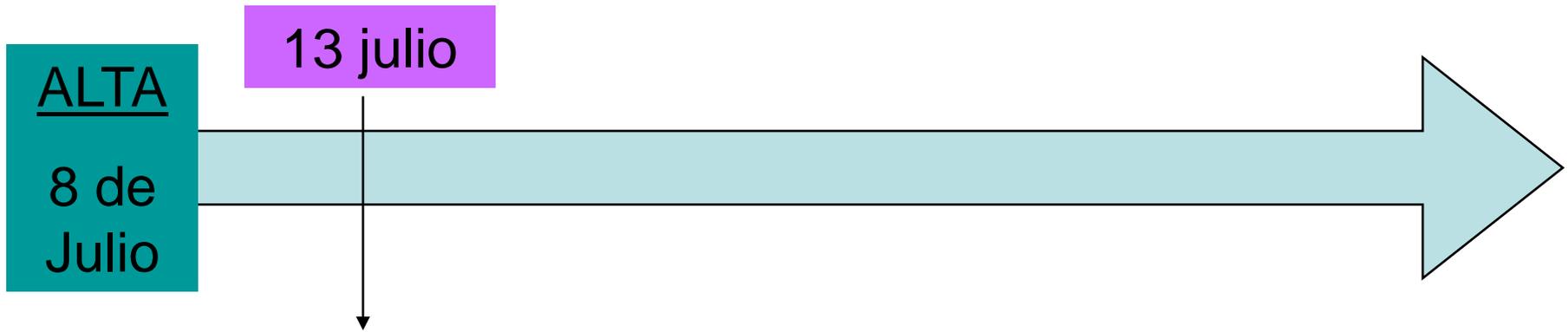
Azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina A, leflunomida

5. Terapia biológica:

- TNF alfa: formas oligoarticulares extendidas que presentan mala respuesta a MTX. Mas utilizado: **etanercept** (único aprobado por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos y por la Food and Drug Administration (FDA)), *infliximab* y *adalimumab*
- **Rehabilitación, ortesis correctora**
- **Colágeno oral, terapia génica, trasplante de MO** (en estudio, aunque no con buenos resultados)

7. EVOLUCIÓN

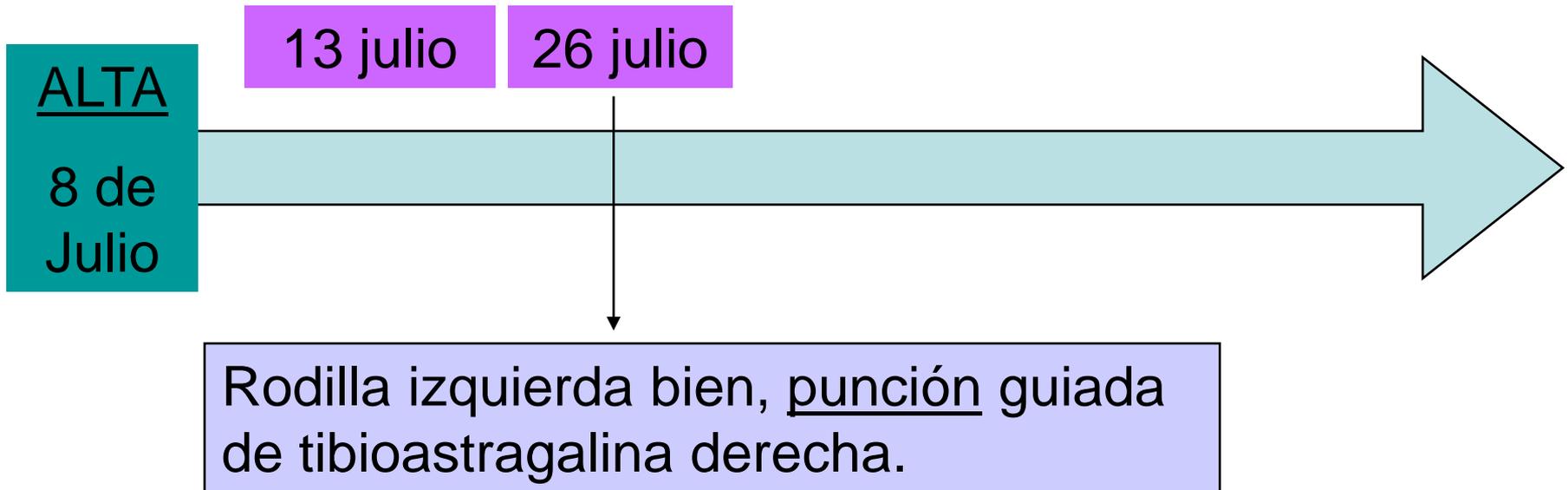
REVISIONES POR REUMATOLOGIA HGUA



- Ha reducido inflamación de rodilla y pie pero persiste importante distensión del receso suprapatelar en eco.
- Se administra triamcinolona y mepivacaina mediante punción guiada en rodilla izquierda. Si dolor ibuprofeno según pauta.”

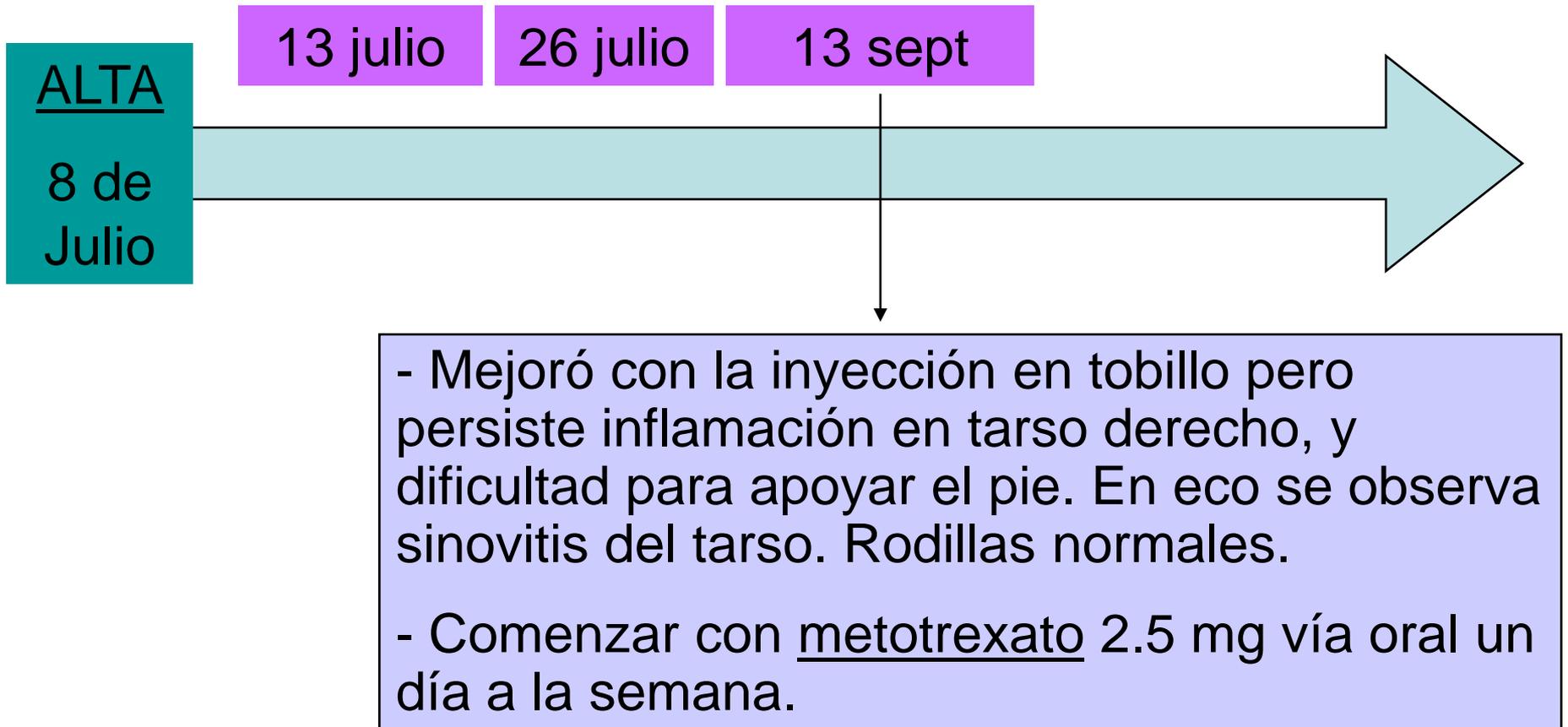
7. EVOLUCIÓN

REVISIONES POR REUMATOLOGIA HGUA



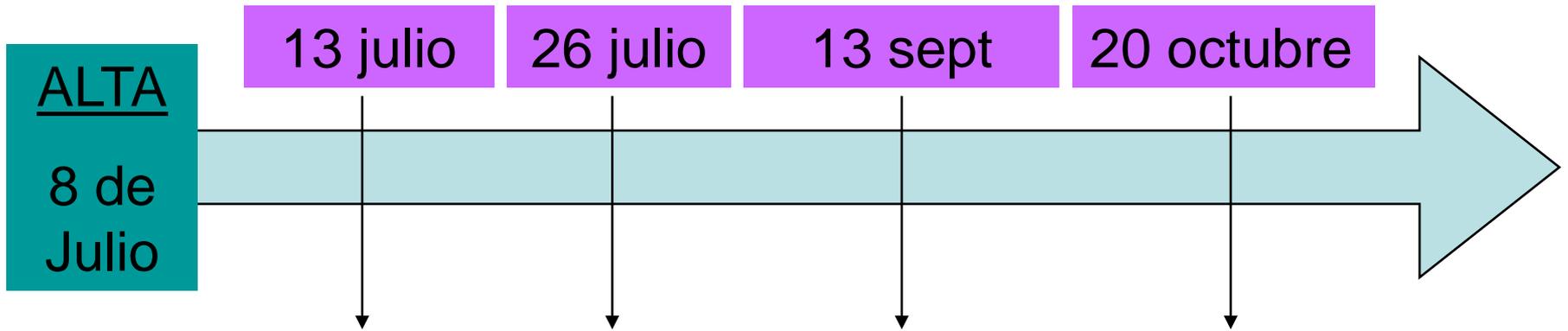
7. EVOLUCIÓN

REVISIONES POR REUMATOLOGIA HGUA



7. EVOLUCIÓN

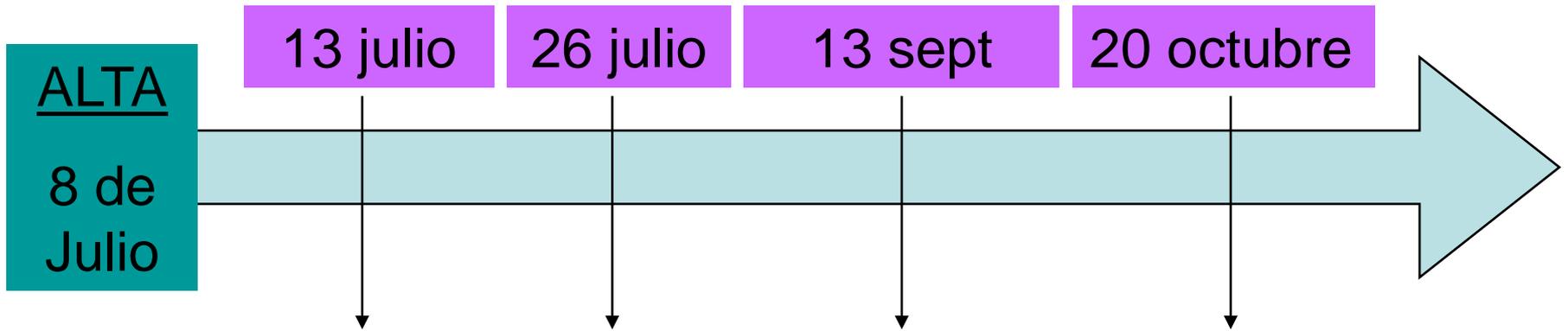
REVISIONES POR REUMATOLOGIA HGUA



- Ha re Rodilla persist de tibio suprapatellar e
- Se administra mediante punc dolor ibuprofer
- Persiste inflamación en tarso derecho.
- AS: VSG: 10, PCR: 2.2, GPT: 70, GOT: 52.
- Se decide continuar tratamiento con mismas dosis de metotrexato y añadir ácido fólico.
- Nueva revisión en diciembre.”
- día a la semana.

7. EVOLUCIÓN

REVISIONES POR REUMATOLOGIA HGUA

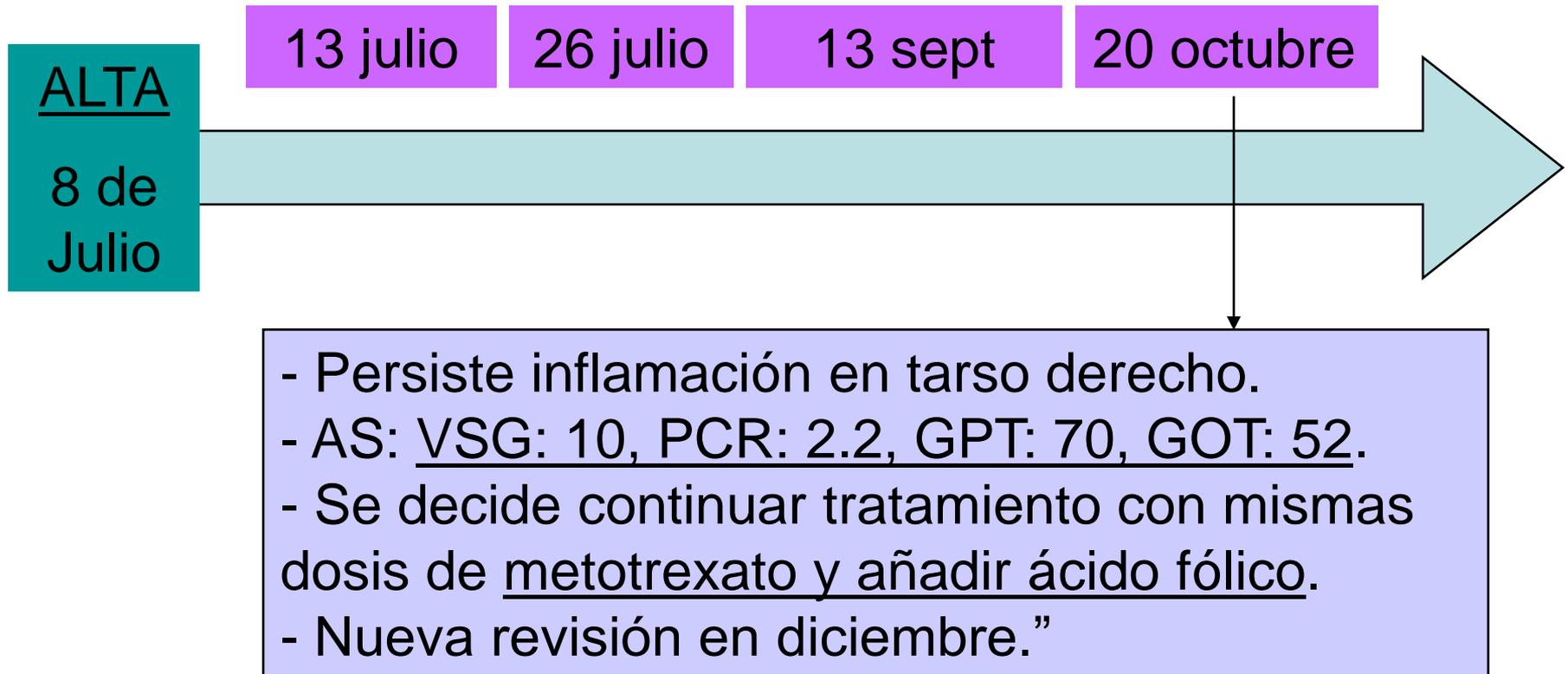


- Ha re Rodilla -
persist de tibia -
suprapaterar e C
- Se administra S
mediante punc
dolor ibuprofer
día a la semana.

- Persiste inflamación en tarso derecho.
- AS: VSG: 10, PCR: 2.2, GPT: 70, GOT: 52.
- Se decide continuar tratamiento con mismas
dosis de metotrexato y añadir ácido fólico.
- Nueva revisión en diciembre.”

7. EVOLUCIÓN

REVISIONES POR REUMATOLOGIA HGUA



8. CONCLUSIONES

- Las enfermedades reumatológicas no sólo afectan a adultos
- AIJ engloba a todas las artritis de causa desconocida de al menos 6 semanas de evolución de inicio antes de los 16 años de edad
- Diagnóstico de exclusión
- AIJ oligoarticular está muy relacionada con la presencia de uveítis → seguimientos oftalmológicos
- El tratamiento varía individualmente