

Artritis Reumatoide Juvenil

Informe de un caso y Revisión de la Literatura

Juvenile Rheumatoid Arthritis

Case Presentation and Review

Dr. Roberto Lozano Landa*

RESUMEN: Informamos el caso de una paciente de 9 años de edad con dolor e inflamación de diez y seis meses de evolución que compromete la rodilla derecha y tobillos, acompañada de episodios febriles sin antecedentes reumáticos familiares. Se presentó espontáneamente en el Hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos de Tegucigalpa, M.D.C. En base a la exploración física, estudios de laboratorio y gabinete se postuló el diagnóstico de artritis reumatoide juvenil con oligoartritis.

Palabras clave: *artritis reumatoide Juvenil, osteopenia, sinovitis.*

SUMMARY: We report a case of a nine year old patient seen at the Pediatrics Department, San Felipe General Hospital, complaining pain swelling of the right knee and ankles with fever of sixteen month duration; there is no history of past rheumatic fever. A diagnosis of juvenile rheumatoid arthritis was made based on clinical findings and laboratory studies.

Keywords: *Juvenile Rheumatoid arthritis osteopenia, sinovitis.*

INTRODUCCION

La artritis reumatoide juvenil es una enfermedad caracterizada por sinovitis. Se desconoce la etiología, pero se menciona el Parvovirus.¹ La forma sistémica presenta interleukin - 6 y anemia severa.² Es poco frecuente la invalidez seria. La intolerancia a la leche es un agravante.³ Otros nombres que se han empleado son Enfermedad de Still y Artritis Crónica de la Infancia. La artritis reumatoide juvenil no es una enfermedad rara, es más frecuente en niñas.⁴ El cartílago se puede destruir progresivamente. La artritis presenta trastornos de crecimiento.² Los anticuerpos antinucleares son positivos en iridociclitis. El pronóstico no es previsible, es raro que la enfermedad ponga en peligro la vida del paciente. El pronóstico final es bueno. El diagnóstico es clínico; no existe un tratamiento específico. Las radiografías son de gran ayuda de las articulaciones afectadas. El reposo en cama tiene un escaso papel en el tratamiento. La corticoterapia elimina los síntomas de forma espectacular. La terapia física es importante.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de sexo femenino de nueve años de edad procedente de Francisco Morazán. Es admitida en el Servicio

* Médico del Hospital General San Felipe

de Pediatría el 6 de mayo de 1999. Con historia de dolor e inflamación de 16 meses de duración que compromete rodilla derecha y tobillos, se acompaña de episodios febriles, sin antecedentes reumáticos familiares.

Objetivamente: Se le encontró conciente, orientada, buen aspecto general, aparenta su edad pero con dificultad para deambular. Frecuencia cardíaca 124 por minuto, frecuencia respiratoria 16 por minuto, la temperatura 37.3 grados centígrados, presión arterial 110/60, talla 1.36 metros, peso 28 Kg.

Cabeza: normocefalo, no se palpa hundimientos, ni exostosis.

Oídos: Conducto auditivo permeable, no se observa trasudados.

Ojos: No se observó episcleritis, conjuntivas rosadas, campos visuales presentes, miosis, midriasis presente, reflejo rojo presente.

Nariz: Recta, el tabique nasal central, no se observa rinorrea.

Boca: Mucosa hidratada, dentadura en mal estado por caries.

Cuello: Con buena movilidad, no se palpó adenopatías.

Corazón: Ruidos cardíacos rítmicos, R1 R2 son normales, no se ausculta R3 ni soplos en ningún foco.

Pulmones: Campos pulmonares con buena ventilación, amplexión y amplexación normales.

Abdomen: Blando depresible, no se palpa visceromegalias, reflejos abdominales presentes.

Extremidades Superiores: La muñeca derecha con proliferación sinovial y con la extensión limitada en veinticinco grados.

Extremidades Inferiores: La rodilla derecha con aumento de calor, poley positivo (onda líquida) sinovitis y franca limitación de movimiento en los tobillos.

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

El hemograma con la serie eritrocítica 12.3, la serie granulocítica: leucocitos 8,800, neutrofilos 39, linfocitos 31. La serie megacariocítica las plaquetas 300.000.

La velocidad de sedimentación globular 52 mm/hora, la proteína C reactiva 12.4 mg/ los anticuerpos antinucleares negativos, las células Le (Lupus eritematoso) y antiestreptolisinas negativas. La radiografía de las manos reveló osteopenia yuxta articular.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO

La paciente permaneció por un período de trece días en la Sala de Medicina Pediátrica del Hospital San Felipe y Asilo de Inválidos, durante las fechas 6 - 05 -1999 al 19 - 05 -1999 con el siguiente plan de manejo: Dieta corriente, signos vitales por turno, cuidados de enfermería, aspirina tabletas de 500 mg., naproxen tabletas de 250 mg., ibuprofeno tabletas de 200 mg. sulfazalacina tabletas de 500 mg., prednisona tabletas de 5 mg. hidroxiquina tabletas de 200 mg. y terapia física.

La paciente se evaluó en el día trece encontrando el cuadro en remisión, no presentando dolor articular, ni edema en las articulaciones por lo que se egresó con el plan de seguimiento por la Consulta Externa del Servicio de Pediatría del Hospital San Felipe y Asilo de Inválidos.

DISCUSION

La artritis reumatoide juvenil es una enfermedad caracterizada por sinovitis crónica asociada a manifestaciones extra articulares. Abarcando varios subgrupos clínicos:

- Oligoarticular que compromete hasta cuatro articulaciones, como el presente caso.
- Poliarticular afecta más de cuatro articulaciones.
- Pauciarticular limitada a unas pocas articulaciones y
- Sistémica es un desorden inflamatorio crónico caracterizado por niveles altos circulantes de interleukin - 6 y retraso en el crecimiento.² La forma sistémica frecuentemente se complica con anemia severa microcítica donde la patogénesis no está clara; la causa mayor de anemia microcítica es el suministro incompleto de hierro a el eritrón.⁵

Se desconoce la etiología de la artritis reumatoide se mencionan dos hipótesis:

1. El parvovirus humano B19.8 II. Reacción autoinmune.

La artritis reumatoide juvenil no es una enfermedad rara, en el mundo el número de casos no diagnosticados excede los casos conocidos.⁴

La inflamación es por el edema periarticular, derrame articular y el engrosamiento sinovial. Las articulaciones afectadas están calientes, pero raramente rojas. Alrededor del 5% de todos los casos de artritis reumatoideas empiezan en la infancia.

La artritis puede afectar cualquier articulación sinovial, pero las articulaciones más afectadas son las rodillas, tobillos, dedos de la mano, dedos de los pies, muñecas, codos y caderas.⁶ A pesar que la artritis sea crónica, es poco frecuente la invalidez seria o destrucción articular. La asistencia escolar es buena en niños severamente afectados y es influida por la severidad de la enfermedad, problemas psicológicos y cumplimiento en los tratamientos.⁷ La intolerancia a la leche es un agravante en la artritis reumatoide juvenil ocasionando inflamación dolorosa en las rodillas y molestias articulares.³ Las complicaciones oculares comienzan diez años después del inicio de las manifestaciones articulares; la uveítis complicada con catarata y glaucoma la disminuye el metotrexate en dosis bajas.⁸ El injerto de lentes intraoculares en niños con cataratas produce glaucoma y sinequias posteriores tempranas, lo que amerita investigaciones adicionales.⁹

El 75% de los pacientes con artritis reumatoide juvenil evolucionan hacia la remisión, algunos terminan con deformidades invalidantes articulares, donde es eficaz las inyecciones intraarticulares de corticosteroides.¹⁰ Durante la enfermedad activa la velocidad de sedimentación está elevada y los anticuerpos antinucleares no se relacionan con la severidad de la enfermedad.

Los rayos X muestran osteoporosis y osteopenia de las articulaciones afectadas con pérdida de mineralización ósea total del cuerpo en enfermedad activa, severa articular.¹¹⁻¹² El diagnóstico es clínico y depende de la presencia de artritis persistente durante tres o más meses consecutivos. No existe un tratamiento específico, la aspirina elimina el proceso inflamatorio y los antiinflamatorios no esteroides como el ibuprofeno y naproxen, son potentes como la aspirina. La ciclosporina es útil en el tratamiento de artritis reumatoide juvenil activa.²³ La administración de un anticuerpo monoclonal invierte parcialmente los defectos de crecimiento en la forma sistémica de artritis reumatoide juvenil. Se observa retraso severo de crecimiento en las formas sistémica de artritis reumatoide juvenil que reciben glucocorticoides, la hormona del crecimiento contrarresta parcialmente los efectos de los glucocorticoides con aumento de peso y masa grasa.¹³ Se recomienda inyecciones dirigidas de esteroides escogidos intraarticulares en los tobillos con sinovitis, que dan remisión por seis meses.¹⁴

Hay mejoría en la sinovitis con ciclofosfamida y metil-

prednisolona intravenosa, el tratamiento mensual es beneficioso para controlar en niños la artritis reumatoide juvenil severa destructiva.¹⁵ La metilprednisolona vía intravenosa por un término breve ofrece beneficio en niños con artritis reumatoide juvenil sistémica.¹⁶ La inyección intraarticular de corticosteroides en niños logra la remisión completa de la inflamación articular con una duración mayor de seis meses; corrige la contracción articular y tenosinovitis con la curación completa.¹⁰ La inyección de corticosteroides en las articulaciones en niños con artritis reumatoide juvenil es segura y eficaz en deformidades.¹⁰ El metotrexate puede tener u ofrece un potencial que modifica la enfermedad en la artritis reumatoide juvenil.¹⁷ Pacientes con artritis reumatoide juvenil con factor reumatoide positivo desarrollan nodulosis con metotrexate que desaparecen con la supresión del mismo; se debe tener presente este efecto colateral extraarticular.¹⁸

El metotrexate se suspende al tener control completo de la enfermedad, el tiempo óptimo para la suspensión del metotrexate en niños con artritis reumatoide juvenil que alcanzan control completo de la enfermedad se desconoce. Pueden ocurrir recaídas con la suspensión del metotrexate es razonable suspenderlo después de un control completo prolongado.¹⁹

Se realizó biopsia percutánea del hígado en nueve niños con artritis reumatoide juvenil tratados con metotrexate por tres años, una dosis semanal, ninguno presentó evidencia clínica o bioquímica de lesión hepática, los resultados en la biopsia fueron normales.²⁰ La cloroquina y la hidroxicloroquina son beneficiosas, en artritis reumatoide juvenil. La sulfasalazina es segura y eficaz en el tratamiento en niños con artritis reumatoide juvenil de inicio oligoarticular como el presente caso y poliarticular.²¹

El trasplante celular autólogo hemopoyético de tallo es un posible tratamiento en enfermedad autoinmune severa refractario al tratamiento convencional.²² La terapia física en artritis reumatoide juvenil conserva una buena función articular consiste en: I. Un período de dos semanas en la Tina de Hubbar, un programa de ejercicios pasivos y masaje articular suave para mantener el movimiento articular y según la evolución ejercicios activos asistidos. II. Barras paralelas, equilibrio, balanceo, deambulacion, ejercicios en colchonetas, terapia ocupacional para actividades de la vida diaria.

CONCLUSIONES

La artritis reumatoide juvenil es una enfermedad que ha sido estudiada y tratada con buenos resultados, logrando avances en el tratamiento y diagnóstico permitiendo que la mayoría de los niños puedan asistir a la escuela y seguir una vida normal y activa.

AGRADECIMIENTO: Se agradece a las siguientes personas: Dr. Rigoberto Barahona, Medicina Interna, Reumatólogo del Hospital Viera., Dr. Luis Fernando Naranjo Ramírez, Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital San Felipe y Asilo de Invalidos., S.C. Blanca Isbela Chávez Arévalo, Secretaria Servicio de Pediatría del Hospital San Felipe.

REFERENCIAS

- Suderlund - M; Von. Essen - Ri Haa Pasaar: - j; Kiistala - U Kiviluoto - O: Hedman - K: Persistence of Parvovirus B19 Dna in synovial membranes of young patients With and without Chronic Artropathy. *Lancet*. 1997 APR 12; 349 (9058): 1063-5.
- De Benedetti F Alonz: - T: Moretta. A: Lazzaro. D: Costa. P Poli-V: Martini. A: ciliberto - G: Fattori. E: monoclonal antibodies in the treatment of systemic juvenile chronic arthritis. *J- clin - invest*. 1997 fe. 15199(4):643-50.
- Schrander JJ, Marcelis, C de Vries, MP, Van - Santen-Hoeu: Does Food Intolerance Play a Role in Juvenile Chronic Arthritis? *BR. J - Rheumatol*. 1997 Aug; 36 (8): 905-8.
- Maners pj: diepeven - da prevalence of juvenile chronic arthritis in a population of 12 year old children in urban Australia. *Pediatrics*. 1996 jul. 98 (9): 84 - 90.
- Cazola - M: Ponchio-L de Benedetti - F: Ravell - A Rosti - V. Beguin y, Invernizz. R; Barosi - G: Martini - A. Defective iron supply for erythropoiesis and adequate endogenous erythropoietin production in the anemia associated with systemic onset juvenile chronic arthritis. *Blood*. 1996 jun. 1: 87(99): 4824-30.
- Sharma-s; Sherry- DD. Joint distribution at presentation in children with juvenile rheumatoid arthritis. *J - pediatr*- 1999 may; 134 (5): 642-3.
- Storge - C Garralda - Me: Boissin - M; Dore - cj; Woo- P: School Attendance And Juvenile Chronic Arthritis. *Br. J - Rheumatol*. 1997 Nov., 36 (11): 1218 - 28.
- Weiss. Ah, wallace. CA: sherry - DD: methotrexate for resistant chronic uveitis in children with juvenile rheumatoid arthritis. *J. Pediatr*. 1998 aug; 133 (2): 226 - 8.
- Probst-le; Holland - Ej. Intraocular lens implantation in patients with juvenile rheumatoid arthritis. *AM. J. Ophthalmol*. 1996 aug; 122 (2): 161-70.
- Padeh - S; passwell - jh. Intraarticular corticosteroid injection in the management of children with chronic arthritis. *Arthritis Rheum*. 1998 jul. 41 (7): 1210-4.
- Henderson - cj: Cawkell - GD; Specker - BL . Sierra. RI; Wilmott RW: Campaigne- BN: Lovell - Dj: Predictors of total Body Mineral Density in non-corticosteroid Treated Prebubertal Children With Juvenile Rheumatoid Arthritis- Arthritis - Rheum. 1997 nov: 40 (1,): 1967 - 75.
- Padeh S Passweeli To identify mechanisms of the osteopenia Associated with Juvenile Rheumatoid Arthritis by Determining Parameters of Bone Mineralization Arthritis - Rheum. 1996 may: 39 (5): 746 - 57.
- Tounti - G prieur - AM Ruiz - jc: noel - M: zernichow. P: beneficial effects of one year growth hormone administration to children with juvenile chronic arthritis on chronic steroid therapy. Effects on growth velocity and body composition. *J - clin - endocrinol. Metab*. 1998 feb. 83 (2):403 - 9.
- Remedios - D: Martin - K; Kaplan - G; Mitchell - R; Woo - P; Rooney. M: Juvenile Chronic Arthritis: Diagnosis and Management of Tibio - Talar and Subtalar Disease. *BR-j - Rheumatol*. 1997 Nov., 36 (11)1214-7.
- Wallace CA, sherry DD: Trial of intravenous pulse cyclophosphamide arld methylprednisolone in the treatment of severe sytemic onset juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis rheum*. 1997 oct, 40 (10)1852-5.
- Adebajo - ao, hall - MA: the use of intravenous methylprednisolone in the treatment of systemic juvenile arthritis. *Br - j. Rheumatol*. 1998 nov.; 37 (1 1): 1240 - 2.
- Ravelli a, viola. S; Ramengh: - B: Beluff, zonta. La, martini - A: radiologic progression in patients with juvenile chronic arthritis treated with methotrexate. *J- pediatr*. 1998 aug; 133 (2): 262-.
- Muza FFER- MA. Schneider- R; Cameron - Bj Silverman - Ed, Laxer rm. Accelerated nodulosis During methotrexate Therapy for Juvenil Rheumatoid Arthritis. *J - Pediatr*- 1996 may; 128 (5 PT1): 698 - 700.
- Gottlieb. Bs Keenan GF: Lu. T l: Lowite nt. Descontinuation of methotrexate treatment in juvenile rheumaoid arthritis. *Pediatrics*. 1997 dec: 100 6): 994-7.
- Kugathasan - S; Newman - Aj: Dahms - BB; Boyle - jt: Liver Biopsy Findings in patients With Juvenile Rheumatoid Arthritis Receiving Long Term Weekly Methotrexate Therapy. *J - Pediatr*. 1996 jan; 128 (1): 149 - 51.
- Van rossoin. MA; Fisellier - tj: Franssen. Mj; z winderman - altitencate R, van- suijilekom - smit llo, van - luijik - wh, van soes bergen - rm, wulffrant - nm, oostveen: sulfasalazine in the treatment of juvenile chronic arthritis - (arthritis - reum. 1998 may: 41 (5): 808 - 16. Treatment of juvenile chronic arthritis
- Muuy-ristephan. JI, Pillet-P, Haddad - E: Hubert. P Prieur. Efficacy of cyclosporine a in the treatment of juvenile arthritis, report of five cases. *j. Pediatr* 1996 nov.: 129(5): 750.(4).22. Wulffrant - N. Van - royen. A: Biering. M: Vossen. J: kuis - w: autologus haemopoietic stem cell transplantation ia refractory juvenile chronic arthritis. *Lancet*. 1999 feb. 13. 353 (9152): 550-3.