

Nuevas Perspectivas Terapéuticas en Artritis Crónica Juvenil

Dra. Graciela Espada

Bajo la denominación de "Artritis Reumatoidea Juvenil" se agrupa un amplio espectro de enfermedades que tienen un común denominador: la presencia de artritis, pero varían ampliamente en sus características clínicas: forma de inicio, curso, manifestaciones extraarticulares asociadas y pronóstico. Estudios inmunogenéticos han contribuido a separar estas entidades en "subgrupos clínicos aún más homogéneos", permitiendo sin duda un **mejor abordaje terapéutico** de estos pacientes. Durante la última década, la inmunogenética y la biología molecular han permitido una mejor comprensión de los mecanismos patogénicos de la enfermedad, ofreciendo entonces nuevas perspectivas terapéuticas.

La heterogeneidad de esta enfermedad y los factores que contribuyen a su desarrollo (por ejemplo, genéticos y ambientales) requieren que el programa de tratamiento sea **individualizado** para "cada niño en particular".

Es conocido que desde comienzos de los 90 en Pediatría la pirámide clásica de tratamiento ha sido modificada y reordenada de modo tal que el tratamiento de niños con ARJ tenga por **objetivo la utilización temprana de drogas que permitan alcanzar la remisión clínica de la enfermedad**, preservando la capacidad funcional y calidad de vida del niño. Los objetivos de tratamiento consisten en: mantener al niño libre de síntomas, lograr la remisión de la enfermedad, controlar y tratar las complicaciones, conservar la capacidad funcional, sostener un adecuado estado nutricional y crecimiento normal, y estimular permanentemente la convivencia con otros niños y la escolaridad. Tan importante como la elección de una droga es educar al niño y su familia sobre la enfermedad que él mismo padece, su pronóstico, eventuales complicaciones y posibilidades terapéuticas, lo cual contribuye a una mejor *compliance* o adherencia al tratamiento.

Para la utilización específica de drogas en Pediatría es importante tener en cuenta ciertas

consideraciones especiales: su dosificación, habitualmente en mg/kg, conocimiento del *clearance* y metabolismo de las mismas, sus efectos adversos inesperados y a largo plazo, y el tener en cuenta las diferencias clínico-biológicas entre los distintos subgrupos o categorías de artritis, tópicos con los cuales el reumatólogo infantil está adecuadamente entrenado y familiarizado para que la elección y utilización de una droga sea lo más eficaz y segura posible. De acuerdo a lo mencionado con anterioridad y lo solicitado, discutiré: 1) utilización a "full" de drogas inductoras de remisión: metotrexato (hoy de primera línea en Pediatría), combinaciones con otras DAM, 2) utilización de corticosteroides intraarticulares, 3) nuevas drogas: inhibidores de Cox-2, anti-TNF (etanercept, infliximab), leflunomide.

Es importante destacar que el tratamiento de esta enfermedad debe tener siempre un abordaje integral y multidisciplinario, donde además del reumatólogo infantil ingresan al mismo otros especialistas como el ortopedista, oftalmólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta físico y ocupacional, quienes colaborarán ya sea desde el inicio o cuando sean requeridos para mantener una buena calidad de vida física y psíquica del niño afectado, colaborando con el manejo de las secuelas, tales como retardo de crecimiento, osteoporosis, malnutrición, o a través del abordaje quirúrgico, tratando de calmar el dolor o mejorando la capacidad funcional de nuestro paciente.

Cabe destacar que el pediatra clínico o médico clínico no queda excluido de la atención del niño con artritis, sino, por el contrario, constituye el nexo de unión ideal entre el paciente, su familia y el resto del equipo terapéutico, colaborando activamente con el tratamiento durante la infancia y adolescencia y luego con la "transición" de nuestro paciente a la vida adulta.