

Guía Clínica GES de Artritis Idiopática Juvenil 2014

ALEJANDRA AIRD, ⁽¹⁾ PATRICIO ARÁNGUIZ, ⁽²⁾ RAÚL BARRÍA ⁽³⁾ ARTURO BORZUTZKY, ⁽⁴⁾ LUCÍA DE LA PUENTE, ⁽⁵⁾ MAYTEE MARÍA DÍAZ, ⁽⁶⁾ PAOLA GARCÉS, ⁽⁷⁾ BENITO GONZÁLEZ, ⁽⁸⁾ PATRICIA GONZÁLEZ, ⁽⁹⁾ PAMELA HERNÁNDEZ, ⁽¹⁰⁾ ALEJANDRA KING, ^(1,8) MABEL LADINO, ⁽⁵⁾ MACARENA LAGOS, ⁽¹¹⁾ LUIS LIRA, ^(12,14) MARCELA LORENTE, ⁽¹³⁾ PAMELA MORALES, ⁽⁴⁾ CECILIA MÉNDEZ, ⁽⁴⁾ MARTA MIRANDA ⁽⁵⁾ CARMEN NAVARRETE, ⁽¹⁴⁾ XIMENA NORAMBUENA, ⁽¹⁵⁾ MATÍAS ORELLANA, ⁽¹⁶⁾ CECILIA POLI, ⁽¹⁴⁾ ARNOLDO QUEZADA, ⁽¹⁵⁾ LIANA SCHLESINGER, ⁽²⁾ EDUARDO TALESNIK, ⁽⁴⁾ MARISOL TOSO, ⁽¹⁷⁾ ANA MARÍA VINET ⁽⁷⁾
*GRUPO DE INMUNOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DE CHILE

⁽¹⁾ Departamento de Pediatría, Clínica Alemana, ⁽²⁾ Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Borja-Arriarán, ⁽³⁾ Servicio de Pediatría, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, y Unidad de Pediatría, Clínica Universitaria San Pedro de la Paz, ⁽⁴⁾ Departamento de Infectología e Inmunología Pediátrica, Pontificia Universidad Católica de Chile, ⁽⁵⁾ Hospital San Juan de Dios, ⁽⁶⁾ Hospital Félix Bulnes Cerda y Hospital de Carabineros de Chile, ⁽⁷⁾ Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, ⁽⁸⁾ Unidad de Inmunología, Hospital Luis Calvo Mackenna, ⁽⁹⁾ Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, ⁽¹⁰⁾ Centro Pediátrico y Centro de Alergias, Clínica Las Condes, ⁽¹¹⁾ Hospital Gustavo Fricke, ⁽¹²⁾ Sociedad Chilena de Reumatología, ⁽¹³⁾ Hospital Padre Hurtado, ⁽¹⁴⁾ Hospital Roberto del Río, ⁽¹⁵⁾ Hospital Dr. Exequiel González Cortés, ⁽¹⁶⁾ Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón, ⁽¹⁷⁾ Hospital Militar

Resumen

La artritis idiopática juvenil (AIJ) ha sido definida por la Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología (ILAR) como artritis de etiología desconocida que se inicia antes de los 16 años y dura por al menos seis semanas, habiendo excluido otras condiciones conocidas. La AIJ es una enfermedad cubierta por el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) del Ministerio de Salud de Chile desde 2010. La presente guía, desarrollada por el Grupo Pediátrico de la Sociedad Chilena de Reumatología, consiste en una actualización de la Guía Clínica de AIJ 2010, incorporando nuevos protocolos terapéuticos y medicamentos que han demostrado un claro beneficio para niños con AIJ.

Palabras clave: Artritis idiopática juvenil, reumatología pediátrica, Chile.

Summary

Juvenile idiopathic arthritis (JIA) has been defined by the International League of Associations for Rheumatology as arthritis of unknown etiology that begins before the sixteenth birthday and persists for at least 6 weeks with other known conditions excluded. JIA is a disease that is covered by the Explicit Health Guarantees system of the Chilean Ministry of Health since 2010. The present guideline developed by the Pediatric Group of the Chilean Rheumatology Society is an update of the 2010 JIA Clinical Guideline incorporating new treatment protocols and medications that have demonstrated clear benefits in children with JIA.

Keywords: Juvenile idiopathic arthritis, pediatric rheumatology, Chile.

Las enfermedades reumatológicas representan en nuestro medio el 1,4 % de la morbilidad pediátrica, cifra similar al 1,3 y 1,6 % descrito en la literatura extranjera. ^(1,2) Su baja incidencia, asociada a características estructurales y funcionales del aparato locomotor del niño, dificultan su diagnóstico, planteando diagnóstico diferencial con cuadros infecciosos, traumatológicos, procesos neoplásicos y otros. Todas se pueden expresar por artralgiyas y artritis, sea como síntoma y/o signo relevante o en algún momento de su evolución.

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la edad pediátrica. Comprende un grupo de siete entidades diferentes en cuanto a presentación, evolución y pronóstico. Puede acompañarse o no de manifestaciones extraarticulares. Frecuentemente persiste hasta la edad adulta y puede generar morbilidad y discapacidad física importante, particularmente en caso de diagnóstico tardío o tratamiento subóptimo. La AIJ ha sido definida por la Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología (ILAR) como artritis de etiología desconocida que se inicia antes de los 16 años y dura por al menos seis semanas, habiendo excluido otras condiciones conocidas. ⁽³⁾

En su debut pueden predominar las manifestaciones sistémicas (sólo en caso de AIJ sistémica) o expresarse con compromiso articular puro, ya sea de pocas (oligoarticular) o muchas articulaciones (poliarticular). En cada uno de estos tres patrones de inicio tienen importancia la edad, sexo, tipo de compromiso articular, algunos marcadores de laboratorio como factor reumatoideo (FR) y anticuerpos antinucleares (AAN), asociación con determinados alelos del complejo mayor de histocompatibilidad (por ejemplo, HLA B27) y las características evolutivas de los primeros seis meses (Figura 1). Esto permite definir seis subtipos definidos de AIJ (Figura 2). Se considera un 7º grupo para aquellos que no cumplen criterios para ninguno de los grupos mencionados o tienen criterios para dos o más subgrupos (AIJ indiferenciada). ⁽⁴⁾ La importancia de un diagnóstico certero radica en la necesidad de una terapia y pronóstico adecuados.

Objetivos de la Guía Clínica

Esta guía es una referencia para la atención de los pacientes con AIJ. En ese contexto, esta guía clínica tiene por objetivos:

1. Entregar recomendaciones acerca de:
 - Sospecha diagnóstica de AIJ
 - Confirmación diagnóstica de AIJ
 - Tratamiento de AIJ
 - Rehabilitación integral
 - Seguimiento de AIJ
 - Sospecha diagnóstica de uveítis asociada a AIJ
 - Esquema de vacunación.
2. Mejorar la funcionalidad y mejorar la “calidad de vida relacionada con la salud” con objeto de lograr una adecuada integración a su medio social.
3. Prevenir secuelas funcionales secundarias a AIJ inadecuadamente controlada.

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente. No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

Prevalencia e incidencia de AIJ

La literatura da cifras de incidencia y prevalencia de 10 a 20 por 100.000 y 56 a 113 por 100.000, respectivamente. Según datos nacionales, es la enfermedad reumatológica infantil más frecuente, con una incidencia estimada de 6,9 x 100.000 menores de 16 años. ⁽¹⁾ Estos valores más bajos son probablemente debido a subdiagnóstico e inadecuada derivación. Las cifras actuales, analizadas en el Servicio de Salud Occidente de la Región Metropolitana, con la población asignada 2007, dan estimaciones de incidencia y prevalencia de 10 y 25 por 100.000, respectivamente. La distribución de los diferentes subtipos de AIJ en niños chilenos fue evaluada en estudio de 115 pacientes controlados en la Red de Salud UC en el año 2012: oligoartritis persistente 27%;

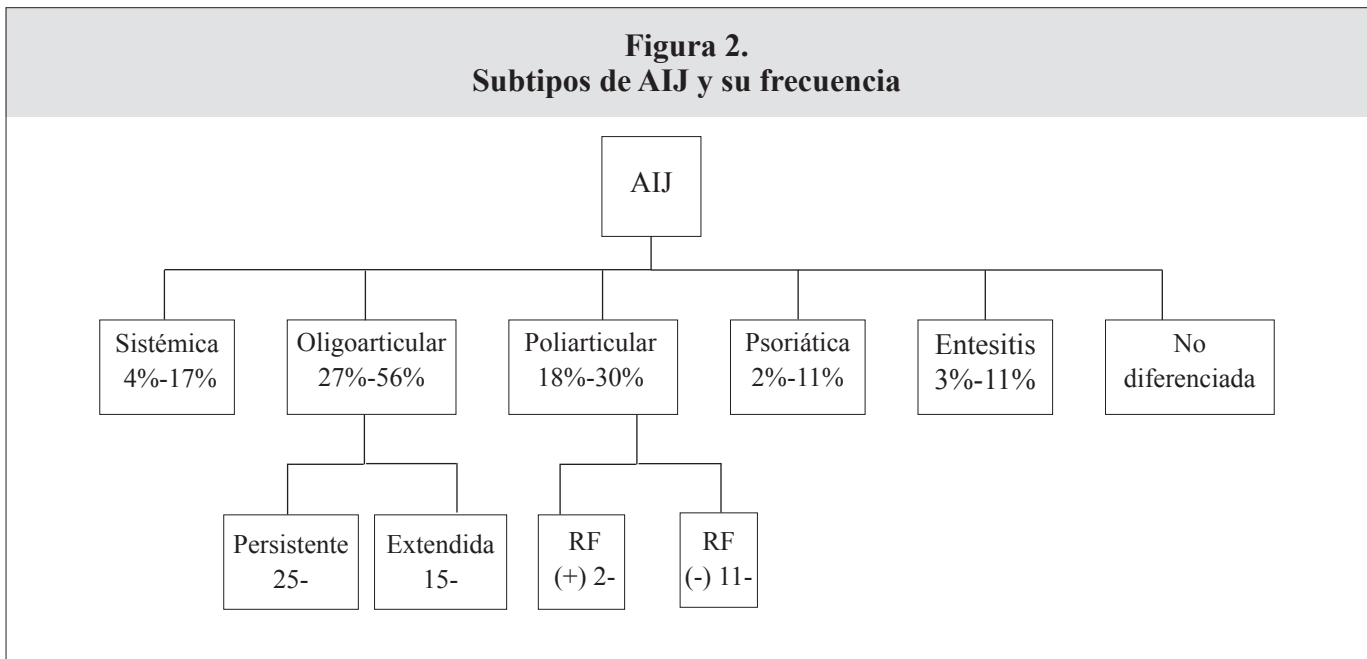
Figura 1.
Características clínicas de diferentes subtipos de AIJ

Tipo	Frecuencia (%)	Edad Inicio	Sexo (Relación)
• Sistémica	4-17	Toda Edad	F >M
• Oligoartritis	27-56	Infanc. Temprana (>2-4 a)	F >M
• Poliartritis FR (+)	2-7	Infanc. Tardía/Adolesc.	F >M
• Poliartritis FR (-)	11-28	Bifásico: 2-4 y 6-12 a	F >M
• Artropatía c/ entesitis	3-11	Infanc. Tardía/Adolesc.	M >F
• A. Psoriática	2-11	Bifásico: 2-4 y 9-11 a	
• A. Indiferenciada	11-21		

* Adaptado de A Ravelli, A Martini. Lancet 2007, 369:767.

• Incidencia : 3,5 - 22,6	}	Clin Exp Rheumatol 1987; 5:217
• Prevalencia : 20 - 148		Rev. Chil. Pediatr. 1996; 67; 200
	}	Clin Exp Rheumatol 1998; 16:99
		Clin Exp Rheumatol 1999; 17:367

Figura 2.
Subtipos de AIJ y su frecuencia



oligoartritis extendida 6%; poliartritis FR+ 6%; poliartritis FR- 13%; artritis asociada a entesitis 20%; artritis psoriática 12%; artritis sistémica 10%; artritis indiferenciada 5%.⁽⁵⁾

Subtipos de AIJ

Poliartritis con Factor Reumatoideo (+)

Artritis que afecta a cinco o más articulaciones durante los primeros seis meses de la enfermedad.

Dos o más pruebas de factor reumatoideo (FR), con por lo menos tres meses de separación, resultan positivas durante los primeros seis meses de la enfermedad. Se caracteriza por compromiso temprano y simétrico de articulaciones pequeñas, presencia de nódulos reumatoideos; presencia de HLA-DR4. La presentación y evolución de este subtipo de AIJ son muy similares a la artritis reumatoide del adulto.

Poliartritis FR (-)

Artritis que afecta a cinco o más articulaciones durante los primeros seis meses de la enfermedad.

La prueba de FR es negativa. Se caracteriza por compromiso temprano, frecuentemente asimétrico, de pequeñas y grandes articulaciones. Esta forma de presentación probablemente representa más de una enfermedad y puede ser la expresión temprana de una espondiloartropatía o una artropatía psoriática.

Oligoartritis

Artritis que afecta de una a cuatro articulaciones durante los primeros seis meses de la enfermedad.

Se reconocen dos subcategorías:

- Persistente: que afecta a \leq cuatro articulaciones a través del curso de la enfermedad
- Extendida: afecta a $>$ cuatro articulaciones después de los primeros seis meses de la enfermedad.

Predomina en niñas y generalmente se inicia antes de los seis años. El 70%-80% tienen AAN (+). Los reactantes de fase aguda se encuentran normales o levemente aumentados. Marcadores genéticos frecuentes son DR B1*0801; DR5, DR8, DR11; DQA1; DP2; HLA-A2. El compromiso extraarticular está dado por riesgo alto de iridociclitis o uveítis anterior crónica (no granulomatosa, asintomática) (frecuencia 20%-30%).

Las articulaciones más afectadas: rodilla (80%), tobillo, muñeca. Monoarticular (30%-50%). Hasta el 50% de los casos evoluciona a forma extendida en los tres a cuatro primeros años. Son predictores para curso extendido el compromiso de articulaciones de extremidades superiores y una VHS elevada.

Artritis asociada a entesitis (espondiloartropatías)

Artritis y entesitis combinada, artritis o entesitis con por lo menos dos de los siguientes síntomas :

- presencia o historia de sensibilidad en las articulaciones sacroiliacas y/o dolor lumbosacro inflamatorio
- presencia de HLA-B27
- aparición de artritis en niños hombres de más de seis años de edad
- uveítis aguda (sintomática) anterior
- historial de espondilitis anquilosante relacionada con entesitis, sacroilitis con enfermedad intestinal inflamatoria, síndrome de Reiter, o uveítis aguda anterior en parientes de primer grado.

Afecta predominantemente a articulaciones del esqueleto axial, aunque también puede presentarse compromiso periférico, sobre todo a edad prepuberal. Factores de mal pronóstico es la evidencia de daño radiográfico articular (erosiones y/o disminución de espacio articular). El compromiso radiológico es tardío. Por esta razón muchas veces se hace referencia a la espondiloartropatía juvenil como una forma indiferenciada de espondiloartropatía que tiene un riesgo potencial de evolucionar como una espondilitis anquilosante.

Artritis psoriática

Artritis y psoriasis combinada o artritis y por lo menos dos de los siguientes:

- Dactilitis
- Pits de uñas u onicólisis
- Psoriasis en parientes de primer grado.

Constituye el subtipo de AIJ asociada a psoriasis. Sin embargo, es frecuente que la artritis anteceda a la psoriasis por varios años o existan otras características clínicas que contribuyan al diagnóstico aparte de las placas psoriáticas en piel (dactilitis, "pitting" ungueal, historia familiar de psoriasis).

AIJ sistémica

La AIJ sistémica se define por la presencia de artritis en una o más articulaciones con, o precedida por, fiebre de por lo menos dos semanas de duración, ha demostrado ser diaria (cotidiana) por tres días a lo menos, y acompañada de uno o más de los siguientes síntomas:

- Sarpullido fugaz (no permanente) erimatoso
- Linfadenopatías generalizadas
- Hepatomegalia y/o esplenomegalia
- Serositis.

No tiene predilección por sexo o edad. El 60%-85% logra una remisión completa o parcial, pero hasta un 37% desarrollan una enfermedad poliarticular agresiva y destructiva. Los síntomas sistémicos desaparecen con los años, en un tiempo promedio de seis años.

Dos tercios de la mortalidad en AIJ están asociados con la forma sistémica de la afección, la cual está determinada en gran parte por la complicación denominada síndrome de activación macrofágica.

Artritis indiferenciadas

Son aquellas que no cumplen criterios anteriores o cumplen criterios para más de una categoría.

RECOMENDACIONES

PREVENCIÓN PRIMARIA

No existen factores modificables conocidos que se puedan intervenir con el objetivo de prevención primaria de AIJ.

PESQUISA PRECOZ O TAMIZAJE

El pediatra deberá realizar el tamizaje y confirmar o descartar la sospecha diagnóstica.

El examen del aparato locomotor debe detectar cualquier alteración de la marcha, conocer el crecimiento y desarrollo normal del niño o adolescente a través de:

- Historia reumatológica
- Examen del aparato locomotor
- Examen por segmentos
- Posturas y patrones de marcha

- Rangos de movimientos articulares
- Motricidad gruesa y fina.

SOSPECHA DIAGNÓSTICA

Se debe sospechar AIJ en niños y adolescentes con artritis de una o más articulaciones de etiología desconocida de al menos seis semanas de duración en que se han descartado otras causas conocidas de artritis, por ejemplo: artritis infecciosa, síndrome linfoproliferativo, síndromes febriles y exantemas infecciosos o de otra causa, artropatías de otra causa, dolor musculoesquelético crónico de origen mecánico.

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

Todo paciente con sospecha diagnóstica debe ser derivado inmediatamente para evaluación y eventual confirmación del diagnóstico por reumatólogo pediátrico o inmunólogo.

Se confirma el diagnóstico ante la presencia de artritis de una o más articulaciones de etiología desconocida de al menos seis semanas de duración en que se han descartado otras causas conocidas de artritis. La confirmación diagnóstica es eminentemente clínica, frecuentemente apoyada por exámenes de laboratorio e imágenes.

La confirmación diagnóstica se debe realizar en el plazo máximo de 30 días.

Paciente con diagnóstico confirmado

Una vez confirmado el diagnóstico de AIJ, se debe realizar una evaluación clínica general de la actividad y daño que la afección ha producido en el paciente. Para ello se evaluarán síntomas y signos de actividad sistémica y articular.

- La evaluación del compromiso inflamatorio sistémico en el caso de AIJ sistémica debe considerar las manifestaciones extraarticulares como: fiebre alta (> 39° C) con una o dos alzas térmicas diarias, persistente, eritema evanescente; visceromegalia, serositis (pericárdica, pleural, peritoneal) y adenomegalia.
- Otro compromiso extraarticular es el ocular, caracterizado por una uveítis crónica no granulomatosa que afecta el iris y cuerpo ciliar. El compromiso de cámara posterior es raro. La uveítis aguda es propia de las

espondilartropatías. Por ende, la evaluación oftalmológica es obligatoria y debe incluir una biomicroscopia con lámpara de hendidura. La frecuencia de las evaluaciones depende de la forma de presentación, dado que el riesgo de uveítis es diferente según la forma de presentación: cada tres meses en la forma oligoarticular con ANA +, cada seis meses en las poliarticulares y anual en las sistémicas.

- La evaluación de inflamación articular debe evidenciar no sólo la presencia de artritis, sino también el estado funcional, problemas mecánicos articulares, evaluación articular por exámenes radiológicos de las articulaciones que el especialista estime necesaria.
- Para la evaluación del compromiso articular, así como las respuestas terapéuticas, existen diversos instrumentos, ejemplo: ACR-Pediátrico 30 (American College of Rheumatology Pediatric 30 criteria). En general consideran los siguientes parámetros, con leves diferencias entre ellos:
 1. N° de articulaciones con artritis activa (hinchazón, con dos de los siguientes signos de inflamación: calor, limitación de movimiento, sensibilidad o dolor al movimiento)
 2. N° de articulaciones con rango de movimientos disminuidos
 3. Análisis global de la enfermedad, por parte del médico (EVA)
 4. Análisis global del bienestar, por parte de los padres y/o del niño, cuando la edad lo permita
 5. Marcadores de inflamación VHS y/o PCR más otros parámetros (bioquímicos, hematológicos)
 6. Por último, también se debe considerar la funcionalidad del niño por medio de diversos tipos de instrumentos de evaluación. El score ACR pediátrico utiliza para análisis funcional y de calidad de vida el “Cuestionario de análisis de salud infantil” (Childhood Health Assessment Questionnaire) (CHAQ).

Además de la evaluación general del paciente se recomienda:

- Investigar posibles enfermedades asociadas o concomitantes
- Factores psíco-sociales que pudieran dificultar o impedir el adecuado tratamiento
- Establecer y explicar a los padres y pacientes (cuan-

do la edad lo permite) los objetivos terapéuticos a corto y mediano plazo

- Proponer un plan de trabajo general, incluyendo aspectos educativos, apoyo psicológico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, como la rehabilitación integral y derivaciones a especialistas, de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Exámenes requeridos varían según presentación clínica y subtipo de AIJ. Éstos pueden incluir:

- Hemograma
- VHS y/o PCR
- Orina completa
- Perfil bioquímico
- Ferritina frente a sospecha de AIJ sistémica y/o síndrome de activación macrofágica
- Evaluación de función renal y hepática basal y en el seguimiento, ya que muchos fármacos antirreumáticos producen toxicidad, estando contraindicados si hay deterioro funcional de estos órganos
- Anticuerpos antinucleares
- Factor reumatoideo
- Anticuerpo anti Péptido Citrulinado Cíclico (anti-CCP)
- HLA-B27 en pacientes con espondiloartropatías
- Cuantificación de inmunoglobulinas
- Ecografía de articulación inflamada
- Resonancia nuclear magnética ante sospecha de compromiso de articulación sacroiliaca; de otra articulación, según criterio del médico especialista
- Radiografías de las articulaciones afectadas, según criterio de especialista
- Cintigrama óseo estándar, trifásico o con índice sacroiliaco, según situación clínica
- Estudio de líquido sinovial y/o biopsia en monoartritis de incierta etiología.

Es importante destacar que el estudio de autoanticuerpos y seropositividad de factor reumatoideo no constituyen diagnóstico de AIJ, dado que pueden estar positivos o negativos en pacientes afectados y en la población sana. Se podrán realizar otros exámenes que el médico tratante considere necesarios de acuerdo a su juicio clínico.

TRATAMIENTO

El objetivo principal es lograr la remisión de la enfermedad para prevenir el daño estructural, mantener al niño libre de síntomas, conservar la capacidad funcional y lograr bienestar a través de un crecimiento físico y psíquico adecuado. Este objetivo requiere de un equipo multidisciplinario que incluye diversas modalidades terapéuticas, donde la terapia farmacológica y la rehabilitación integral son los dos grandes pilares. Lo anterior se consigue a través de un plan básico.

Plan básico terapéutico de AIJ

- Educación
- Terapia farmacológica: antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides (orales o locales), fármacos modificadores de enfermedad (FARME) solos o combinados, agentes biológicos, terapia complementaria para evitar o aminorar efectos adversos de fármacos.
- Rehabilitación integral.

Cada paciente debe recibir un tratamiento adaptado a sus necesidades, considerando la diversidad de las presentaciones de AIJ.

Tratamiento específico por tipo de AIJ

En el año 2011 el American College of Rheumatology elaboró recomendaciones para el tratamiento de la AIJ, las que luego fueron actualizadas en 2013.^(6,7) Para estas recomendaciones se decidió no considerar los subtipos de AIJ ILAR, sino que crear los siguientes “grupos de tratamiento”, principalmente debido a que se usan tratamientos similares en diferentes subtipos de AIJ. Es así como se definieron los siguientes cuatro grupos: artritis de cinco articulaciones o más, artritis de cuatro articulaciones o menos, sacroileítis activa, artritis sistémica con características sistémicas activas (y sin artritis activa), y por último, artritis sistémica con artritis activa (y sin características sistémicas activas). En el caso de artritis sistémica con artritis y características sistémicas activas, se espera que se incorporen elementos de ambos sets de recomendaciones. Para cada grupo se definieron factores de mal pronóstico y niveles de actividad de enfermedad, los que guían las decisiones de tratamiento.

Grupos de tratamiento de AIJ según recomendaciones ACR

1. Artritis de cinco articulaciones o más
2. Artritis de cuatro articulaciones o menos
3. Artritis sacroiliaca activa
4. Artritis sistémica con características sistémicas activas (y sin artritis activa)
5. Artritis sistémica con artritis activa (y sin características sistémicas activas).

En las siguientes secciones se expone el plan de tratamiento para cada tipo. En la actualidad la terapia antirreumática es amplia, contando con una variedad de fármacos. Lo que se expone a continuación son recomendaciones. Existen algunas otras alternativas de tratamiento que no se incluyen en esta guía y que son ocasionalmente usadas por reumatólogos pediátricos según las características de cada paciente. Ejemplo de esto es la combinación de diferentes FARME en el tratamiento de la poliartritis.

Historia de artritis de cinco o más articulaciones

Este grupo incluye pacientes en las categorías ILAR de oligoartritis extendida, poliartritis FR+, poliartritis FR-, así como pacientes con AIJ psoriática, artritis relacionada a entesitis, y artritis indiferenciada que han desarrollado artritis activa en cinco o más articulaciones durante su enfermedad.

Se recomienda metotrexato como tratamiento inicial de este grupo en todos los pacientes con alta actividad de enfermedad y los con moderada actividad y características de mal pronóstico (Cuadro 1 y Figura 3). En los otros grupos se puede comenzar con AINE por tiempo breve, continuando con MTX a corto plazo (< uno-dos meses máximo de persistir activa). Aunque generalmente se prefiere MTX, se puede utilizar leflunomida como FARME en vez de MTX.

Se recomienda iniciar inhibidor de TNF- α en pacientes que han recibido MTX o leflunomida por tres meses a la dosis máxima tolerada y presentan moderada o alta actividad de enfermedad, independiente de los factores de mal pronóstico. También se recomienda esta terapia en pacientes que han recibido seis meses de MTX o leflunomida y persisten con baja actividad de

Cuadro 1. Factores de mal pronóstico y actividad de enfermedad en artritis con compromiso de cinco o más articulaciones

CARACTERÍSTICAS DE MAL PRONÓSTICO (debe cumplir 1)

1. Artritis de cadera o columna cervical
2. Factor reumatoide positivo o anticuerpo anti péptido cíclico citrulinado positivo
3. Daño radiológico (erosiones o estrechamiento de espacio articular por radiografía)

NIVEL DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

- **Baja actividad de la enfermedad** (debe cumplir todos)
 - o Cuatro o menos articulaciones activas
 - o Velocidad de eritrosedimentación globular o proteína C reactiva normal
 - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico < 4 de 10
 - o Evaluación global de bienestar paciente / padre < 2 de 10
- **Moderada actividad de la enfermedad** (sin criterios de baja o alta actividad)
 - o Una o más características de baja actividad y menos de 3 características de alta actividad
- **Alta actividad de la enfermedad** (debe cumplir al menos 3)
 - o Ocho o más articulaciones activas
 - o Velocidad de eritrosedimentación globular o aumento de proteína C reactiva > dos veces el valor normal
 - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico ≥ 7 de 10
 - o Evaluación global de bienestar paciente / padre ≥ 5 de 10

enfermedad, independiente de factores de mal pronóstico.

En pacientes que han fallado un primer biológico anti TNF- α , se puede considerar un segundo anti TNF- α o abatacept. Rituximab puede ser considerado como tratamiento de tercera línea en pacientes que han fallado anti TNF- α y abatacept.

Historia de artritis de cuatro o menos articulaciones

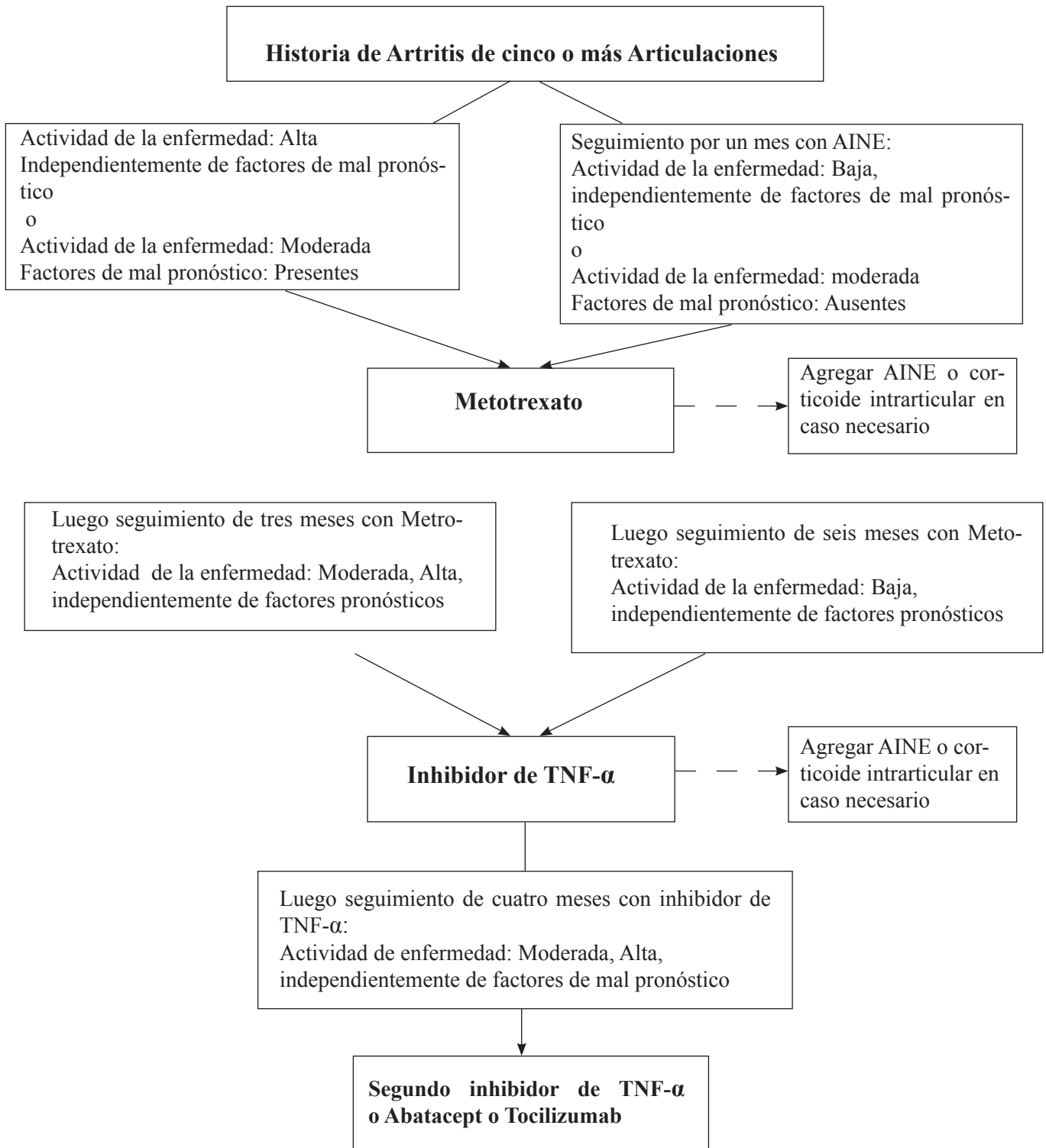
Este grupo incluye pacientes en las categorías ILAR de oligoartritis persistente, así como también pacientes con AIJ psoriática, artritis relacionada a entesitis, y artritis indiferenciada que han desarrollado artritis activa en cuatro o menos articulaciones durante su enfermedad.

El uso de AINE como monoterapia está indicado cuando existe baja actividad de la enfermedad, y sin contractura articular y sin características de mal pronóstico (Cuadro 2 y Figura 4). La continuidad del tratamiento con AINE como monoterapia por más de dos meses es inapropiada para pacientes con AIJ activa, independientemente de los factores de mal pronóstico.

La inyección intraarticular (con o sin otra terapia) es recomendada para todos los pacientes con artritis activa, independiente del nivel de actividad de la enfermedad, factores de mal pronóstico o contractura articular. La inyección intraarticular debe ser de hexacetónido de tri-+ amcinolona y se espera resultado clínico al menos cuatro meses.

La indicación de metotrexato como terapia inicial (sin otra terapia previa) es para pacientes con elevada actividad de la enfermedad y factores de mal pronós-

Figura 3.
Algoritmo de Tratamiento de Artritis Idiopática Juvenil con cinco o más articulaciones activas



Cuadro 2. **Factores de mal pronóstico y actividad de enfermedad en artritis con compromiso de cuatro o menos articulaciones**

CARACTERÍSTICAS DE MAL PRONÓSTICO (debe cumplir 1)

1. Artritis de cadera o columna cervical
2. Artritis de tobillo o muñeca y marcadores de inflamación elevados
3. Daño radiológico (erosiones o estrechamiento de espacio articular por radiografía)

NIVEL DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

- **Baja actividad de la enfermedad** (debe cumplir todos)
 - o Una o menos articulaciones activas
 - o VHS o PCR normal
 - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico < 3 de 10
 - o Evaluación global de bienestar paciente / padre < 2 de 10
- **Moderada actividad de la enfermedad** (sin criterios de baja o alta actividad)
 - o Una o más características de baja actividad y menos de 3 características de alta actividad
- **Alta actividad de la enfermedad** (debe cumplir al menos 3)
 - o Dos o más articulaciones activas
 - o Velocidad de eritrosedimentación globular o aumento de proteína C reactiva > dos veces el valor normal
 - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico ≥ 7 de 10
 - o Evaluación global de bienestar paciente / padre ≥ 4 de 10.

tico. Siguiendo la inyección de glucocorticoides (GC), el MTX está recomendado para pacientes con elevada actividad de la enfermedad, sin factores de mal pronóstico, y para pacientes con actividad moderada y factores de mal pronóstico.

Los inhibidores TNF- α están recomendados para pacientes que reciben inyecciones de GC y tres meses de MTX con la dosis máxima tolerada y tienen moderada o elevada actividad de la enfermedad y factores de mal pronóstico, o los pacientes que recibieron inyección de GC y seis meses de MTX y elevada actividad de enfermedad sin factores de mal pronóstico.

Artritis sacroiliaca activa (sacroileítis)

Este grupo incluye a todos los pacientes con evidencia clínica y radiográfica de sacroileítis activa. Primariamente pacientes con artritis relacionada a entesitis y

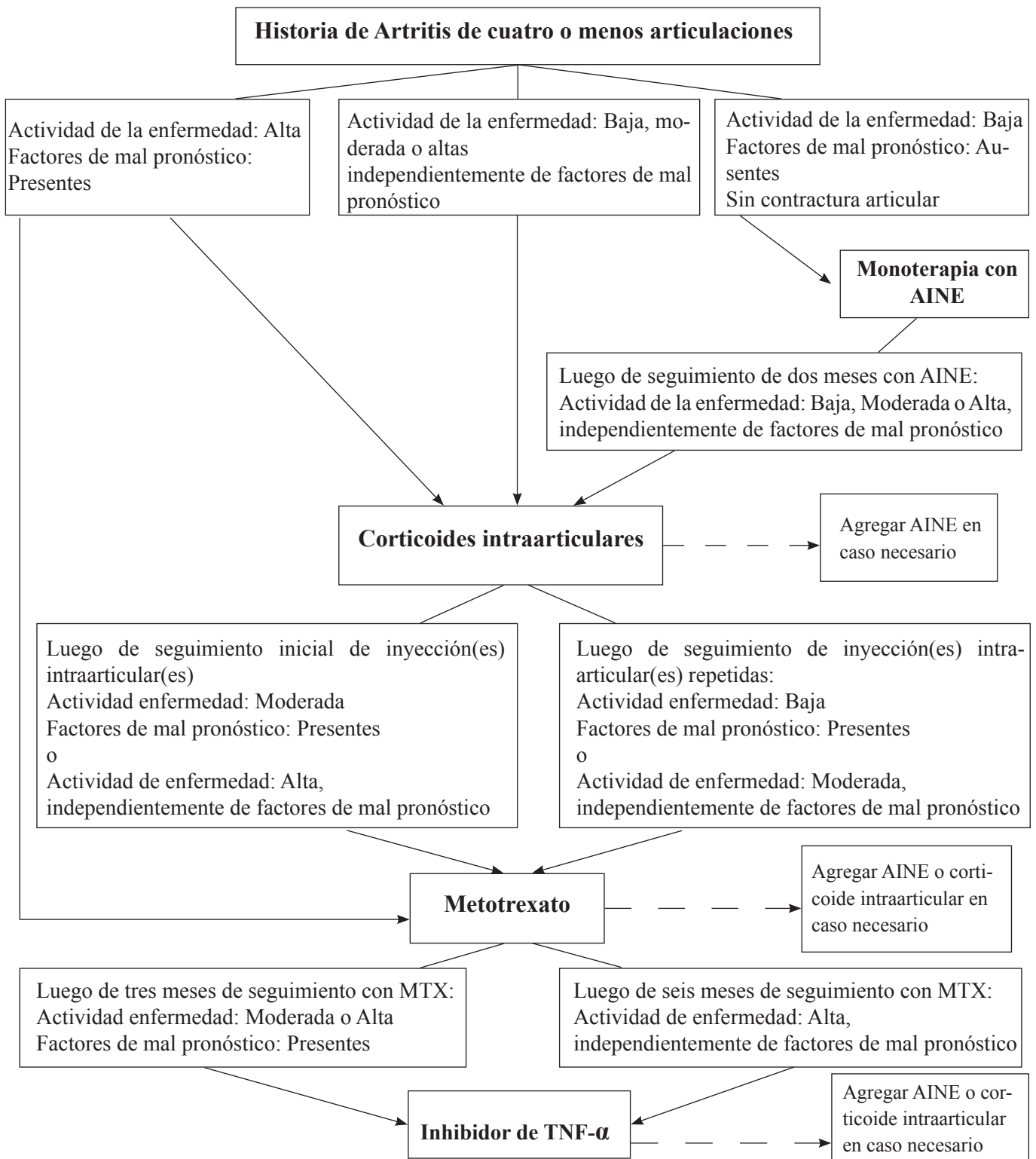
AIJ psoriática, pero puede incluir a pacientes de cualquier otro subtipo. Las características de mal pronóstico y nivel de actividad de este tipo de AIJ se muestran en Cuadro 3.

Se recomienda iniciar un inhibidor de TNF más prontamente en pacientes con sacroileítis activa que en pacientes sin compromiso de esta articulación. Se puede comenzar tratamiento con AINE, evaluando la respuesta a tratamiento en cuatro-seis semanas. Dependiendo de la severidad y otras características de la artritis (por ejemplo, la presencia adicional de oligo o poliartritis) se puede adicionar metotrexato o sulfasalazina, evaluando la respuesta a tratamiento en tres-seis meses. Por esta razón no existe un flujograma para este tipo de artritis.

Se recomienda iniciar tratamiento con inhibidor de TNF en las siguientes situaciones:

- En pacientes que luego de utilizar AINE persisten con

Figura 4.
Algoritmo de Tratamiento Artritis Idiopática Juvenil con cuatro o menos articulaciones activas



Cuadro 3. Factores de mal pronóstico y actividad de enfermedad en artritis sacroiliaca activa

CARACTERÍSTICAS DE MAL PRONÓSTICO (debe cumplir 1)

1. Daño radiológico (erosiones o estrechamiento de espacio articular por radiografía)

NIVEL DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

- **Baja actividad de la enfermedad** (debe cumplir todos)
 - o Flexión lumbar normal
 - o Velocidad de eritrosedimentación globular o proteína C reactiva normal
 - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico < 4 de 10
 - o Evaluación global de bienestar paciente / padre < 2 de 10
- **Moderada actividad de la enfermedad** (sin criterios de baja o alta actividad)
 - o Una o más características de baja actividad y menos de 2 características de alta actividad
- **Alta actividad de la enfermedad** (debe cumplir al menos 2)
 - o Velocidad de eritrosedimentación globular o aumento de proteína C reactiva > dos veces el valor normal
 - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico ≥ 7 de 10
 - o Evaluación global de bienestar paciente / padre ≥ 4 de 10.

alta actividad de enfermedad y tienen características de mal pronóstico

- En pacientes que han recibido tres meses de metotrexato y persisten con alta actividad de enfermedad, independiente de la presencia de factores de mal pronóstico, o moderada actividad de enfermedad con características de mal pronóstico, o seis meses de metotrexato con moderada actividad de enfermedad sin características de mal pronóstico
- En pacientes que han recibido tres meses de sulfasalazina y persisten con moderada o alta actividad de enfermedad, independiente de características de mal pronóstico, o seis meses de sulfasalazina y baja actividad de enfermedad con características de mal pronóstico.

Artritis sistémica con características sistémicas activas (y sin artritis activa)

Este grupo incluye a pacientes con AIJ sistémica que se presentan con características sistémicas activas, pero sin artritis activa. Las características sistémicas incluyen

fiebre, exantema, serositis (pleuritis y pericarditis), hepatitis, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías y parámetros inflamatorios elevados. No se considera en estas guías el tratamiento de una complicación específica de este tipo de artritis: el síndrome de activación macrofágica.

Aunque en pacientes sin características de mal pronóstico y bajo nivel de actividad de la enfermedad se puede intentar brevemente con tratamiento de AINE, la base de tratamiento de este grupo son los corticoides sistémicos (Cuadro 4 y Figura 5). Si el paciente presenta factores de mal pronóstico o persiste con actividad de la enfermedad a pesar del uso de corticoides sistémicos, se deben agregar biológicos anti IL-1 (canakinumab, anakinra) o anti IL-6 (tocilizumab).

Artritis sistémica con artritis activa (y sin características sistémicas activas)

Este grupo incluye a pacientes con AIJ sistémica que presentan artritis activa, pero ya no poseen características sistémicas activas. En el caso de artritis sistémica con artritis y características sistémicas activas, se espera que se

Cuadro 4. **Factores de mal pronóstico y actividad de enfermedad en artritis sistémica con características sistémicas activas (y sin artritis activa)**

CARACTERÍSTICAS DE MAL PRONÓSTICO (debe cumplir 1)

1. Seis meses de duración de significativa actividad de enfermedad sistémica, definida por: fiebre, parámetros inflamatorios elevados o requerimiento de glucocorticoides sistémicos

NIVEL DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

- Baja actividad de la enfermedad
 - o Fiebre activa y evaluación global de actividad de la enfermedad por médico < 7 de 10
- Alta actividad de la enfermedad
 - o Fiebre activa y características sistémicas severas (por ejemplo, serositis significativa) que resultan en una evaluación global de actividad de la enfermedad por médico ≥ 7 de 10.

incorporen elementos del set de recomendaciones anterior (por ejemplo, uso de corticoides sistémicos).

El tratamiento de este grupo es similar al de pacientes con poliartritis, con la salvedad que se utiliza con preferencia el tocilizumab como biológico en la AIJ sistémica, particularmente ante la presencia de características sistémicas activas (Cuadro 5 y Figura 6). Pacientes con AIJ sistémica nunca debieran usar sulfasalazina por el riesgo de síndrome de activación macrofágica.

REHABILITACIÓN

El curso crónico de la enfermedad la hace potencialmente discapacitante al generar daño articular que puede evolucionar hacia la artrosis e incapacidad de realizar actividades habituales; disminuye la fuerza y resistencia de los músculos, por dolor y desuso, lo que disminuye la capacidad de realizar labores domésticas habituales, como vestirse o comer. La disminución global de movimiento, junto con el estado inflamatorio de repercusión sistémica, provocan un deterioro de la capacidad cardiovascular, por lo que el paciente entra en un círculo vicioso de menor capacidad de movimiento y disminuye su funcionalidad.

Esta enfermedad se caracteriza por periodos intermitentes de actividad inflamatoria en que el paciente presenta dolor, rigidez y frecuentemente aumento de volumen articular. Estas crisis son de duración variable, seguidas por periodos de remisión de síntomas, en que los pacien-

tes recuperan su capacidad habitual para realizar sus actividades domésticas en forma independiente. Esta fluctuación actividad-remisión causa confusión sobre el estado de salud en el paciente, la familia, la escuela y/o trabajo.

El manejo terapéutico no debe considerarse completo si no se involucra en él a la familia y el ambiente escolar. El permanente apoyo que requieren estos pacientes debe equilibrarse con evitar la sobreprotección y no generar pacientes sobreprotegidos, sin capacidad de realizar actividades en forma independiente. Estos pacientes son independientes hasta la medida que la enfermedad límite sus capacidades y no otra razón. Por ello, es muy importante contar con profesores que tengan el conocimiento de aspectos básicos de la enfermedad y que estén abiertos a adaptar los programas educacionales a la realidad y limitación fluctuante de los pacientes. La buena comunicación y coordinación entre familia, escuela y equipo terapéutico es una base sólida y esencial para la mejoría del niño con AIJ.

Objetivos Generales de la Rehabilitación de AIJ

- Mantener o mejorar las capacidades funcionales de los pacientes
- Minimizar el daño producido por la enfermedad inflamatoria articular
- Prevenir las complicaciones secundarias a la enferme-

Cuadro 5.
Factores de mal pronóstico y actividad de enfermedad en artritis sistémica con artritis activa (y sin características sistémicas activas)

CARACTERÍSTICAS DE MAL PRONÓSTICO (debe cumplir 1)

1. Artritis de cadera
2. Daño radiológico (erosiones o estrechamiento de espacio articular por radiografía)

NIVEL DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

- **Baja actividad de la enfermedad** (debe cumplir todos)
 - o Cuatro o menos articulaciones activas
 - o Velocidad de eritrosedimentación globular o proteína C reactiva normal
 - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico < 4 de 10
 - o Evaluación global de bienestar de paciente / padre < 2 de 10
- **Moderada actividad de la enfermedad** (sin criterios de baja o alta actividad)
 - o Una o más características de baja actividad y menos de 3 características de alta actividad
- **Alta actividad de la enfermedad** (debe cumplir al menos 3)
 - o Ocho o más articulaciones activas
 - o Velocidad de eritrosedimentación globular o aumento de proteína C reactiva > dos veces el valor normal
 - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico ≥ 7 de 10
 - o Evaluación global de bienestar paciente / padre ≥ 5 de 10.

dad inflamatoria articular, reposo mantenido y posturas antiálgicas

- Educar sobre la enfermedad, situación de salud y estrategias de autocuidado
- Orientar al paciente y su grupo familiar sobre el pronóstico funcional y expectativas de vida
- Mejorar la calidad de vida del paciente y su grupo familiar.

Manejo

Todos los pacientes con AIJ debiesen tener al menos una evaluación con fisiatra. Una vez evaluado y dependiendo de las características clínicas e inflamatorias del momento, se deriva a un plan de tratamiento. Operacionalmente, y desde el punto de vista de la rehabilitación, existen tres tipos de estadios de la enfermedad: etapa aguda, subaguda y de remisión, que tienen relación con

la severidad del momento inflamatorio que presente cada paciente. Las actividades terapéuticas aquí descritas se basan en estas etapas. Es importante aclarar que muchos pacientes, en diferentes momentos de su evolución, pueden presentar características que no permiten clasificarlos en ninguno de los estadios descritos. En estos casos es necesaria la evaluación por algún integrante del equipo que tenga experiencia en esta patología para realizar las modificaciones pertinentes al plan de tratamiento o fijar la periodicidad de los controles. Los controles de los casos en remisión pueden ser bianuales y los casos activos y severos pueden requerir ingresar varias veces a tratamiento en forma sucesiva. Siempre es más importante el criterio clínico de un miembro experimentado del equipo que el esquema rígido de tratamiento. También es importante señalar que la comunicación oportuna con otros centros y personas de mayor experiencia puede ser una ayuda fundamental para el beneficio del paciente.

Figura 5.
Algoritmo de Tratamiento de Artritis Idiopática Juvenil Sistémica con Características Sistémicas Activas (y sin artritis activa)

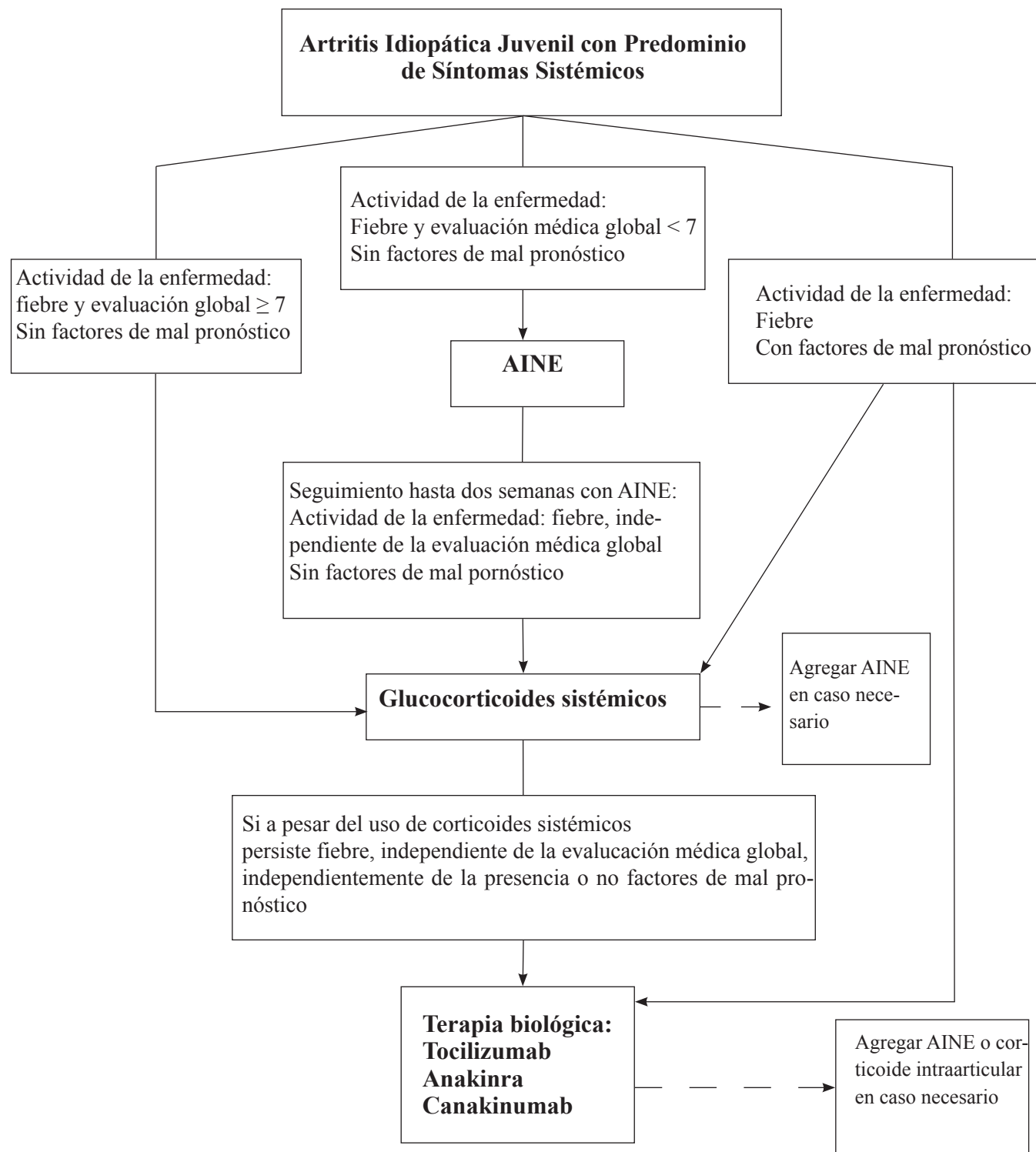
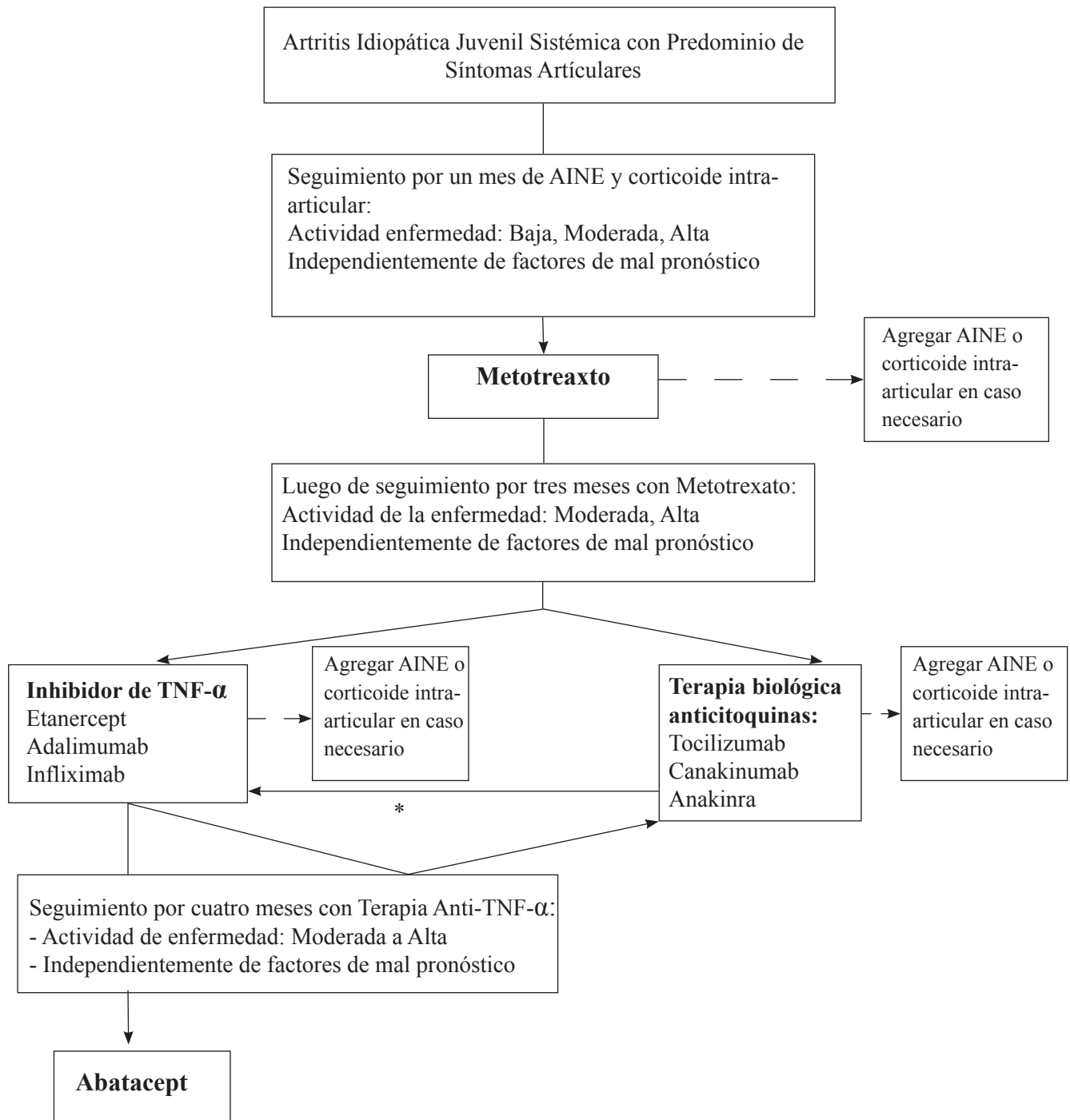


Figura 6.
Algoritmo de Tratamiento de Artritis Idiopática Juvenil Sistémica con Artritis Activa
(y sin características sistémicas activas)



*: Cambio de anti IL-1/IL-6 a un anti TNF puede ser apropiado para algunos pacientes con actividad de enfermedad alta o moderada, independientemente de la presencia de factores de mal pronóstico, pero con el riesgo de desenmascarar síntomas sistémicos latentes al discontinuar anti IL-1/IL-6.

Etapa aguda

Se caracteriza por presencia de aumento de volumen, dolor e impotencia funcional de una o más articulaciones debido a inflamación articular; son excepciones que deben incluir las artritis “secas”, que no presentan estas características, pero generan daño progresivo en la articulación: su diagnóstico debe ser realizado por reumatólogo o inmunólogo y explicitarlo en la derivación a rehabilitación. Una vez terminadas las sesiones de tratamiento de rehabilitación, los pacientes deben ser reevaluados por reumatólogo infantil o inmunólogo, en un plazo no mayor a 15 días.

Objetivos

- Disminuir severidad de inflamación y dolor
- Mantener rangos de movilidad articular
- Evitar limitaciones articulares
- Prevenir debilidad muscular
- Promover el ajuste psicosocial del paciente y su familia
- Favorecer adecuado manejo del niño por parte de familiares y cuidadores.

Métodos terapéuticos

- Hidroterapia
- Electroanalgesia TENS
- Crioterapia
- Ferulaje con termoplástico o valva de yeso
- Psicoterapia
- Orientación por educador.

Etapa subaguda

Se caracteriza por disminución de los síntomas y signos inflamatorios, con aparición de infiltración celular alrededor de la articulación. Su diagnóstico debe ser realizado por reumatólogo pediátrico o inmunólogo. El ingreso a tratamiento en etapa subaguda no debe ser en un plazo superior a 15 días desde la prescripción. Una vez terminadas las sesiones de tratamiento de rehabilitación, los pacientes deben ser reevaluados por reumatólogo pediátrico o inmunólogo, en un plazo no mayor a 30 días. Si el paciente presenta una nueva crisis inflamatoria, debe ser derivado de inmediato a reumatólogo pediátrico o inmunólogo.

Objetivos

- Mantener y/o aumentar rangos de movilidad articular
- Prevenir debilidad muscular
- Promover el ajuste psicosocial del paciente y su familia
- Favorecer la independencia del niño en sus actividades cotidianas
- Favorecer el funcionamiento ocupacional, fomentando la integración socio-escolar
- Contribuir al adecuado manejo del niño por parte de familiares o cuidadores.

Metodología

- Hidroterapia
- Ejercicios terapéuticos
- Ferulaje con termoplástico
- Psicoterapia
- Charlas educativas grupales.

Etapa de remisión

Se caracteriza por la ausencia de inflamación aguda, con el paciente sin dolor y con posibilidad de mover sus articulaciones de acuerdo al estado secular. Presenta una variedad clínica heterogénea de capacidades funcionales. El ingreso a tratamiento de los pacientes en esta etapa no debe ser en un plazo mayor a 30 días desde la prescripción. Una vez terminadas las sesiones de tratamiento de rehabilitación, los pacientes deben ser reevaluados por reumatólogo infantil o inmunólogo, en un plazo no mayor a tres meses. Si el paciente presenta una nueva crisis inflamatoria, debe ser derivado de inmediato a reumatólogo pediátrico o inmunólogo. Todas las actividades terapéuticas de esta etapa deben priorizar la inclusión social (escolar, laboral, etc.) por sobre las mismas terapias.

Objetivos

- Mejorar rangos de movimiento articular
- Mantener y/o mejorar condición aeróbica y tolerancia al esfuerzo
- Aumentar fuerza y resistencia muscular
- Mantener la independencia del niño en sus actividades cotidianas.
- Contribuir al adecuado manejo del niño por parte de familiares o cuidadores.

Metodología terapéutica

- Ejercicios terapéuticos
- Psicoterapia
- Charlas educativas grupales.

Recomendaciones de vacunas para pacientes con AIJ

Los pacientes con AIJ frecuentemente están sometidos a tratamientos inmunosupresores y en consecuencia están constantemente expuestos a enfermedades infectocontagiosas (varicela, infecciones por bacterias encapsuladas u otras) tanto en sus lugares de estudio como lugares de rehabilitación, terapia que muchas veces se realiza en grupo. Luego de iniciar la terapia inmunosupresora no hay posibilidad de suspenderla para poner vacunas vivas y/o lograr una óptima respuesta a vacunas atenuadas. Por esto, recomendamos vacunación a virus varicela, hepatitis A, hepatitis B, neumococo, meningococo, influenza según edad del paciente y su estado de vacunación previa, en fases iniciales de la enfermedad en que el grado de inmunosupresión frecuentemente es aún mínimo.⁽⁸⁾

RECOMENDACIÓN DE MODIFICACIÓN DEL ESQUEMA PNI ACTUAL PARA EL PACIENTE CON AIJ

1. Deben recibir vacuna de poliomielitis inactivada
2. Deben recibir esquema 2-4-6-12 meses de vacuna neumocócica conjugada
3. No deben recibir vacuna MMR mientras estén con tratamiento inmunosupresor.
Cabe destacar la existencia de algunas publicaciones que respaldan la posibilidad de poner dosis de refuerzo MMR en pacientes con dosis baja de metotrexato y etanercept, pero aún no es conducta habitual
4. Deben recibir cuarta dosis de *Haemophilus influenzae b* antes de los cinco años de edad.

Recomendaciones específicas: vacuna varicela para el paciente con AIJ

Los pacientes en tratamiento con esteroides, metotrexato o anti TNF pueden cursar con varicela en ausencia de sintomatología específica (vesículas) con mayor riesgo de varicela diseminada y alta mortalidad. Por otra parte, el tratamiento secundario al manejo de profilaxis en pacientes con antecedente de contacto con enfermo con varicela es de alto costo, ya que requieren hospitalización,

uso de aciclovir endovenoso y/o gammaglobulina específica. Esta última es una situación frecuente que se puede repetir varias veces para un mismo paciente, cada vez que están expuestos tanto dentro de su contexto familiar como en su lugar de estudio.

Por esto los pacientes con AIJ y sus contactos intradomiciliarios mayores de un año deben recibir vacuna varicela durante las primeras semanas de su proceso diagnóstico, cuando aún están en fase de tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos e idealmente les falten 2-4 semanas para el inicio de inmunosupresores.

Recomendaciones específicas: vacuna hepatitis A y B para el paciente con AIJ

Los pacientes con AIJ usan habitualmente metotrexato, por lo que la infección con un virus hepatotrofo puede ser muy grave. Pacientes en remisión en tratamiento con metotrexato y esteroides pueden recibir vacuna hepatitis B en esquema 0 -1- 6 meses.⁽⁹⁾

Recomendaciones específicas: vacuna meningocócica para el paciente con AIJ

Se recomienda vacunación con vacuna meningococo según edad, en fase inicial de enfermedad previo a inicio de inmunosupresión.

Recomendaciones de vacunación para el grupo familiar del paciente con AIJ

1. Las personas mayores de seis meses de edad sin contraindicaciones específicas para la vacuna influenza deben recibirla en forma anual, aunque no pertenezcan a grupo objetivo de riesgo.
2. Los mayores de un año de edad deben recibir vacuna varicela si no han tenido la enfermedad clínica o su antecedente es dudoso. Idealmente, debe ponerse durante las primeras semanas de diagnóstico de la AIJ cuando el grado de inmunosupresión del paciente es menor.
3. Evitar colocación de vacuna rotavirus a base de virus vivo si el paciente está con alto grado de inmunosupresión.
4. Colocación de vacuna polio inactivada.

UVEÍTIS ASOCIADA A AIJ

La uveítis es la complicación más frecuente en la AIJ, teniendo dos tipos de presentaciones: la forma cró-

nica característicamente de la AIJ oligoarticular, que habitualmente es asintomática, y una forma aguda que es característica de la espondiloartropatía HLAB27.⁽¹⁰⁾ Entre las uveítis asociadas a AIJ, la forma más frecuente es la anterior, siendo un 40% de éstas. La frecuencia de la uveítis depende del tipo de AIJ: 15%-20% en los niños con oligoartritis, 10% en AIJ psoriática, 14% en poliartritis, es rara en pacientes con AIJ sistémica.

El diagnóstico es difícil, porque el niño es habitualmente asintomático, los signos clínicos de uveítis son inaparentes en la mayoría de los casos al comienzo de la misma, y por la mala colaboración existente a la hora de la exploración.

Dentro de los síntomas que se pueden presentar están: ojo rojo, fotofobia, dolor ocular, disminución de la visión y alteraciones pupilares. La exploración oftalmológica básica incluye: agudeza visual, biomicroscopia, presión intraocular y oftalmoscopia. Dentro de los hallazgos oftalmológicos se encuentran: hiperemia ciliar, precipitados retroqueráticos, células inflamatorias en cámara anterior (Tyndall positivo), sinequias anteriores y posteriores y aumento de la presión intraocular.

Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de uveítis se encuentran: sexo femenino, anticuerpos antinucleares positivos y edad menor de siete años del desarrollo de la artritis.

Seguimiento de pacientes con AIJ para tamizaje de uveítis

Como la uveítis la mayoría de las veces es de curso asintomático, se debe realizar un seguimiento en pacientes con AIJ considerando el riesgo de los pacientes.

Edad de inicio menor de seis años y ANA +

- Duración de la enfermedad < 4 años: evaluación ocular cada tres meses.
- Duración de la enfermedad > 4 años: evaluación ocular cada seis meses.
- Duración de la enfermedad > 7 años: evaluación ocular cada 12 meses.

Edad de inicio mayor de seis años y ANA +

- Duración de la enfermedad < 4 años: evaluación ocular cada seis meses.
- Duración de la enfermedad > 4 años: evaluación ocular cada 12 meses.

Edad de inicio menor de seis años y ANA -

- Duración de la enfermedad < 4 años: evaluación ocular cada seis meses.
- Duración de la enfermedad > 4 años: evaluación ocular cada 12 meses.

Edad de inicio mayor de seis años y ANA -

- Evaluación ocular cada seis meses.

Tratamiento de Uveítis

La uveítis debe ser tratada por oftalmólogo y reumatólogo para poder evaluar el mejor momento para iniciar tratamiento inmunosupresor sistémico. Para poder decidir el tratamiento adecuado se deben considerar los siguientes factores: actividad inflamatoria ocular, complicaciones oculares, factores de riesgo para la pérdida de la agudeza visual, enfermedad inflamatoria de base y ANA-positivo.⁽¹¹⁾

En la Figura 7 se presenta el esquema de tratamiento de uveítis anterior activa asociada a AIJ.⁽¹²⁾ El tratamiento tópico ocular debe ser indicado por un oftalmólogo. El tratamiento sistémico puede variar según el tipo de artritis y su severidad.

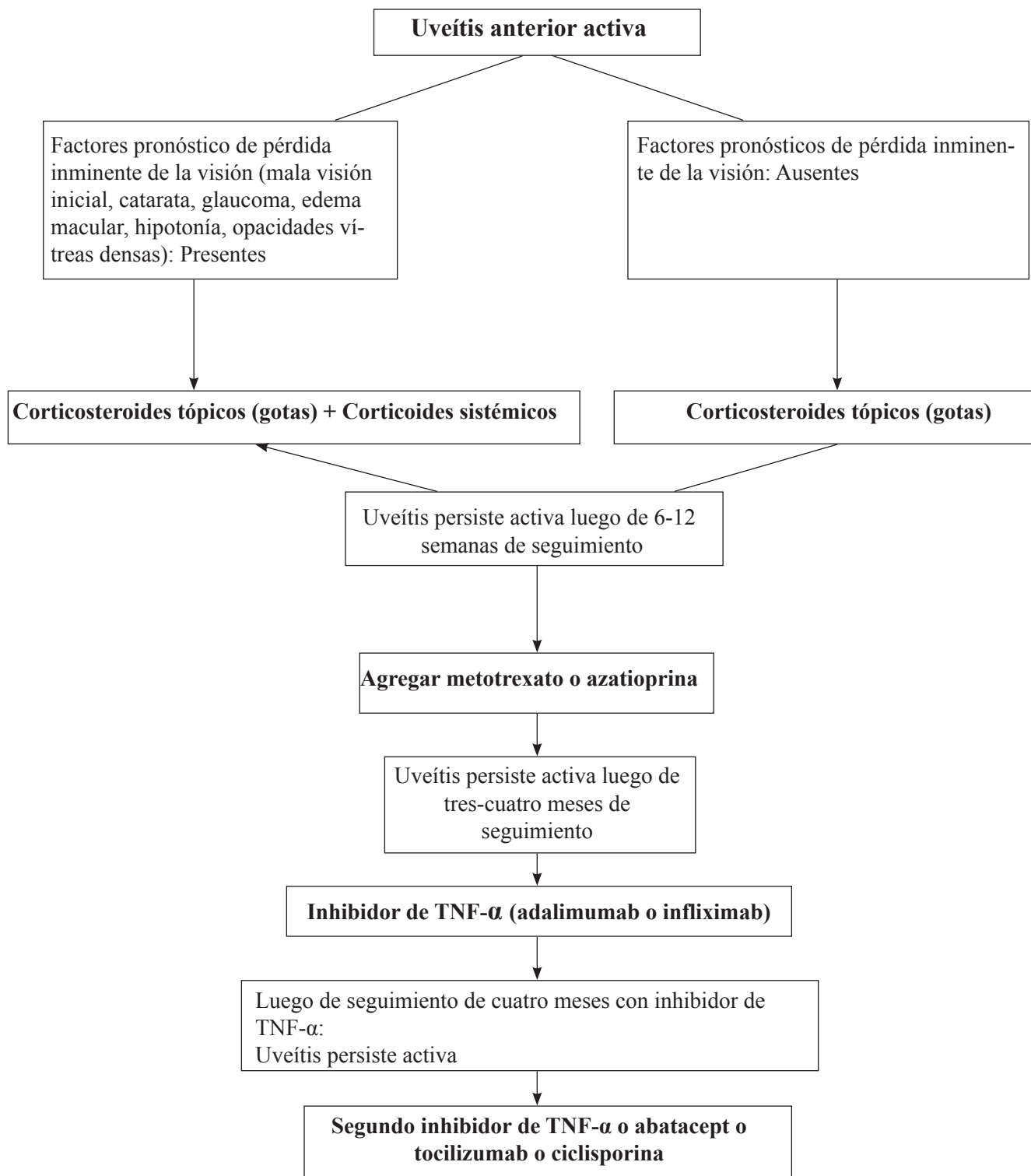
SEGUIMIENTO

La AIJ constituye una enfermedad de evolución crónica, multisistémica y de curso impredecible, con períodos de remisión y de exacerbaciones. Si no se actúa tempranamente, desencadena debilidad muscular, contracturas articulares y discapacidades futuras. Esto afecta integralmente al paciente, su entorno familiar y social.⁽¹³⁾

El seguimiento de pacientes con AIJ debe ser conducido por un reumatólogo pediátrico, con la colaboración de otros especialistas y profesionales de la salud. Durante períodos de actividad de la enfermedad los pacientes deben ser evaluados frecuentemente (cada dos a ocho semanas); sin embargo, a medida que el paciente mejora y luego entra en remisión se deben espaciar estas visitas, pudiendo llegar a ser visitas cada 6-12 meses en pacientes en remisión sin uso de medicamentos.

La frecuencia de seguimiento de los pacientes con AIJ por oftalmólogo para tamizaje de uveítis ha sido determinada por varias guías clínicas, dependiendo del subtipo de AIJ, la edad y la presencia de anticuerpos antinucleares positivos en sangre.

Figura 7.
Algoritmo de Tratamiento de Uveítis asociada a Artritis Idiopática Juvenil



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda M, Talesnik E, Gonzalez B, et al. Enfermedades reumáticas y del tejido conectivo en niños de Santiago, Chile. *Rev Chil Pediatr* 1996; 67:200-5.
2. Cassidy JT, Petty R. An introduction to the study of the rheumatic disease of children. Third Edition Philadelphia, Pennsylvania W B Saunders Company; 1995.
3. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet* 2007; 369:767-78.
4. Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *The Journal of Rheumatology* 2004; 31:390-2.
5. Morales PS, Lyng T, Talesnik E, Hoyos-Bachiloglu R, Borzutzky A. Características clínicas de niños chilenos con artritis idiopática juvenil. 52 Congreso Chileno de Pediatría. Punta Arenas, noviembre 2012.
6. Beukelman T, Patkar NM, Saag KG, et al. 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: initiation and safety monitoring of therapeutic agents for the treatment of arthritis and systemic features. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011; 63:465-82.
7. Ringold S, Weiss PF, Beukelman T, et al. 2013 update of the 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: recommendations for the medical therapy of children with systemic juvenile idiopathic arthritis and tuberculosis screening among children receiving biologic medications. *Arthritis and Rheumatism* 2013; 65:2499-512.
8. Heijstek MW, Ott de Bruin LM, Bijl M, et al. EULAR recommendations for vaccination in paediatric patients with rheumatic diseases. *Annals of the rheumatic diseases* 2011; 70:1704-12.
9. Kasapcopur O, Cullu F, Kamburoglu-Goksel A, et al. Hepatitis B vaccination in children with juvenile idiopathic arthritis. *Annals of the rheumatic diseases* 2004; 63:1128-30.
10. Qian Y, Acharya NR. Juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Current opinion in ophthalmology* 2010; 21:468-72.
11. Simonini G, Cantarini L, Bresci C, Lorusso M, Galeazzi M, Cimaz R. Current therapeutic approaches to autoimmune chronic uveitis in children. *Autoimmunity reviews* 2010; 9:674-83.
12. Heiligenhaus A, Michels H, Schumacher C, et al. Evidence-based, interdisciplinary guidelines for anti-inflammatory treatment of uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology international* 2012; 32:1121-33.
13. McCormick MC, Stemmler MM, Athreya BH. The impact of childhood rheumatic diseases on the family. *Arthritis and Rheumatism* 1986; 29:872-9.

Correspondencia:
Dr. Arturo Borzutzky
Departamento de Infectología e Inmunología Pediátrica
Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
Lira 85, 5to Piso, Santiago, Chile, 8330074
Teléfono: (56-2) 23543753
Fax: (56-2) 26384307 e-mail: arturobor@med.puc.cl