



DOI: 10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.493-503

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1041>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 493-503







Artritis idiopática juvenil

Juvenile idiopathic arthritis

Artrite idiopática juvenil

Jennyfer Nathaly Iglesias Fuentes¹; Mauricio Andrés Mayancela Zumba²; Gabriel Antonio Cárdenas Aguilar³; Jaime Andrés Ortiz Bonilla⁴

RECIBIDO: 15/09/2022 **ACEPTADO:** 20/11/2022 **PUBLICADO:** 06/02/2023

1. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; jennyferiglesias@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-6766-6179>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; Mauriciomayancela1792@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3832-8784>
3. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; drgaca1990@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-5635-3214>
4. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; jaimeandres2811@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9349-7439>

CORRESPONDENCIA

Jennyfer Nathaly Iglesias Fuentes

jennyferiglesias@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente en la edad pediátrica y se define como la artritis de etiología desconocida que comienza antes de los 16 años y que persiste durante, al menos, 6 semanas. La presente investigación contiene información de revisión bibliográfica de tipo documental. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales impresos y electrónicos estos últimos como Google Académico, Scielo, PubMed, entre otros. El diagnóstico y tratamiento oportuno de esta patología es importante para su reconocimiento, ya que disminuyen el riesgo de complicaciones y secuelas, por ello la importancia de la atención primaria en pediatría, por ser esta una enfermedad crónica degenerativa. En las primeras valoraciones del médico en cuanto al tratamiento sintomático esta recomendado los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ya que el objetivo del tratamiento en sí, es evitar la inflamación y aliviar el dolor. Sin embargo, en la actualidad existen una amplia gama de fármacos que son efectivos para el tratamiento de la enfermedad como metotrexato que está dentro de la primera línea, la leflunamida y sulfasalazina son otras alternativas aceptadas en lugar del metotrexato. Dentro de las nuevas terapias se encuentran la biológica con etarnecept como uso de terapia inicial, no olvidando que existe la posibilidad de efectos adversos como consecuencia de los fármacos, por lo que es necesario el monitoreo constante.

Palabras clave: Artritis, Pediátrica, Sistémica, Metotrexato, Fármacos.

ABSTRACT

Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is the most common chronic rheumatic disease in children and is defined as arthritis of unknown etiology that begins before the age of 16 and persists for at least 6 weeks. This research contains documentary bibliographic review information. The technique for data collection is made up of printed and electronic materials, the latter such as Google Scholar, Scielo, PubMed, among others. The diagnosis and timely treatment of this pathology is important for its recognition, since it reduces the risk of complications and sequelae, hence the importance of primary care in pediatrics, as this is a chronic degenerative disease. In the first assessments of the doctor regarding symptomatic treatment, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are recommended, since the objective of the treatment itself is to avoid inflammation and relieve pain. However, currently there is a wide range of drugs that are effective for the treatment of the disease such as methotrexate which is within the first line, leflunamide and sulfasalazine are other accepted alternatives instead of methotrexate. Among the new therapies are biological with etarnecept as the initial therapy, not forgetting that there is the possibility of adverse effects as a consequence of the drugs, which is why constant monitoring is necessary.

Keywords: Arthritis, Pediatric, Systemic, Methotrexate, Drugs.

RESUMO

A artrite idiopática juvenil (JIA) é a doença reumática crónica mais comum em crianças e é definida como artrite de etiologia desconhecida que começa antes dos 16 anos de idade e persiste pelo menos durante 6 semanas. Esta pesquisa contém informação de revisão bibliográfica documental. A técnica de recolha de dados é constituída por material impresso e electrónico, este último como o Google Scholar, Scielo, PubMed, entre outros. O diagnóstico e tratamento atempado desta patologia é importante para o seu reconhecimento, uma vez que reduz o risco de complicações e sequelas, daí a importância dos cuidados primários em pediatria, uma vez que se trata de uma doença degenerativa crónica. Nas primeiras avaliações do médico relativamente ao tratamento sintomático, são recomendados medicamentos anti-inflamatórios não esteróides (AINES), uma vez que o objectivo do próprio tratamento é evitar a inflamação e aliviar a dor. Contudo, existe actualmente uma vasta gama de medicamentos que são eficazes para o tratamento da doença, tais como o metotrexato que está dentro da primeira linha, a leflunamida e a sulfasalazina são outras alternativas aceites em vez do metotrexato. Entre as novas terapias estão as biológicas com etarnecept como terapia inicial, não esquecendo que existe a possibilidade de efeitos adversos como consequência dos fármacos, razão pela qual é necessário um acompanhamento constante.

Palavras-chave: Artrite, Pediatria, Sistémico, Metotrexato, Fármacos.

Introducción

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente en la edad pediátrica y se define como la artritis de etiología desconocida que comienza antes de los 16 años y que persiste durante, al menos, 6 semanas. El término AIJ es un término “paraguas” que engloba un grupo heterogéneo de enfermedades, tanto desde el punto de vista clínico como fisiopatológico e inmunológico. (Longo & Loza, 2022)

En el pasado, la artritis infantil se llamaba artritis reumatoide juvenil, pero los criterios del Colegio Americano de Reumatología han sido ampliamente utilizados en los Estados Unidos y fue llamado artritis crónica juvenil por la Liga Europea contra el reumatismo en Europa. En 1993, el Comité de Pediatría de la Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología (ILAR) propuso una clasificación de la artritis idiopática de la infancia. La AIJ es la enfermedad reumática crónica más común de la infancia, la enfermedad crónica más frecuente de los niños y una causa importante de discapacidad a largo plazo. (Peña et al., 2019)

Algunos expertos consideran que la enfermedad engloba un grupo de patologías que se establecen en la vida adulta, en las que se encuentran la artritis reumatoide, la enfermedad de Still y las espondiloartropatías. La AIJ abarca varios subgrupos, diferentes cuadros y su presentación clínica habitual es como artritis periférica. (Charpentier Molina, 2021) Hay creciente evidencia que ubica a la AIJs tanto en presentación clínica como en fisiopatología de manera más cercana a las enfermedades autoinflamatorias que a la artritis idiopática juvenil, considerando que hasta 70% de los pacientes escapan a los criterios de clasificación por ausencia de manifestaciones inflamatorias articulares en el debut de la enfermedad. Dado que la presentación clínica de AIJs es indistinguible de la enfermedad de Still del adulto, tan así que habitualmente los pacientes con sospecha de AIJs cumplen

los criterios clasificatorios de dicha enfermedad, se considera que es el equivalente a la enfermedad de Still pero de presentación en la edad pediátrica, y se postula que incluso podría corresponder a la misma enfermedad. (Angarita, 2020)

La incidencia mundial de la AIJ es de alrededor de 0,82 – 22.6 / 100000 niños al año con prevalencia de aproximadamente 7 – 401 / 100 000. Entre los subgrupos de AIJ, la oligoartritis es la más frecuente (40 – 50%), seguido de la poliartitis (25-30%) y la AIJ sistémica (5 – 15%). Respecto al género no predomina ningún sexo, pero la oligoarticular (3:1) y la poliarticular (5:1) afectan más a las niñas que a los niños. La AIJ es una enfermedad sin una marcada predisposición genética, no se han observado patrones de herencia compatibles con la herencia mendeliana o monogénica y familias con múltiples miembros afectados son poco comunes. (Quesada Vargas et al., 2020)

La AIJ es heterogénea y comprende 7 formas clínicas de acuerdo a los criterios de clasificación de la International League Against Rheumatism (ILAR). Esta clasificación se basa en las características clínicas y analíticas de la enfermedad. Cuando el síntoma dominante es la artritis periférica se clasifica en función del número de articulaciones afectadas en «oligoarticular» (hasta 4) o “poliarticular” (5 o más); esta última puede ser factor reumatoide positivo o negativo. La cuarta categoría, la forma “sistémica”, viene determinada por la presencia de síntomas sistémicos (fiebre, exantema, serositis, adenopatías generalizadas u organomegalias), independientemente del número de articulaciones afectadas. La categoría “artritis relacionada con entesitis” se caracteriza por la afectación articular axial y/o la inflamación de las entesis. La sexta categoría es la «artritis psoriásica», denominándose “artritis indiferenciada” aquella que no puede ser incluida en ninguna de las anteriores. La enfermedad puede producir discapacidad a largo plazo. (Barral Mena et al., 2020)

Desde el punto de vista etiopatogénico no existe un consenso de la causa que determina la enfermedad. Al igual que en otras inmunológicas, se señalan una serie de condiciones que pueden Cada una de las formas clínicas de la enfermedad cuenta con criterios bien establecidos que facilitan su diagnóstico. Aunque en muchos de ellos se encuentran incluidos elementos de laboratorio e imagenológicos, los elementos clínicos tienen el mayor peso diagnóstico dentro de ellos. De ahí la importancia de conocer las manifestaciones clínicas que pueden ser consideradas como de sospecha de la enfermedad. (Martínez Muñoz et al., 2019)

Metodología

La presente investigación contiene información de revisión bibliográfica de tipo documental, ya que vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es la Artritis idiopática juvenil. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales impresos y electrónicos estos últimos como Google Académico, Scielo, PubMed, entre otros.

Resultados

Clasificación

- **Artritis oligoarticular:** es la forma más común de AIJ (60%), predominando en niñas menores de seis años, con un pico entre uno y tres años. Por definición, debe afectar cuatro o menos articulaciones, aunque se divide en dos subgrupos, según la evolución que presente tras los seis primeros meses: 1) artritis oligoarticular persistente, cuando se mantiene el número de las articulaciones inflamadas; 2) artritis oligoarticular extendida, si el número aumenta y asemeja una artritis poliarticular.
- **Artritis poliarticular:** se define como la afectación de cinco o más articulaciones durante los seis primeros meses de enfermedad. Representa el 20% de las AIJ, de las cuales 1/3 tienen factor reu-

matoideo positivo (dos determinaciones positivas con tres meses de diferencia).

- **Artritis psoriásica:** definida como la presencia de artritis y psoriasis o artritis y dos o más signos: dactilitis, onicólisis o psoriasis en familiares de primer grado. Artritis relacionada con entesitis: representa el 10% de las AIJ y corresponde a las espondiloartropatías infantiles. El grupo incluye a pacientes con manifestaciones en el talón de Aquiles, fascia plantar o inserción de la rótula. Las articulaciones afectadas suelen ser asimétricas, iniciándose como oligoarticular en rodillas y tobillo, y más tarde en las sacroiliacas y columna vertebral. En ciertos casos atípicos, la presencia de dolor raquídeo o sacroiliaco en un varón mayor de seis años, con uveítis anterior aguda, o con antígeno HLA-B27+ (70-80%) puede ser suficiente para el diagnóstico.
- **Artritis indiferenciadas:** en este grupo están los pacientes que no pueden incluirse en ninguna de las formas anteriores, ya sea por falta de criterios o por mostrar los propios de más de uno de los grupos. AIJ de inicio sistémico: ha sido reconocida como una forma única en las artritis crónicas de la infancia. Habitualmente es una artritis que afecta una o más articulaciones, que se acompaña de fiebre de al menos dos semanas de duración, junto con uno o más de los síntomas/signos siguientes: exantema eritematoso, evanescente y no fijo; linfadenopatías generalizadas (dos o más grupos ganglionares); hepatomegalia y/o esplenomegalia, además de serositis. Los criterios de exclusión incluyen: psoriasis en el paciente o en un familiar de primer grado; artritis que comienza después de los seis años en un varón HLA B27 positivo; artritis relacionada con entesitis, espondilitis anquilosante, o bien sacroileítis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter, o uveítis anterior aguda, en el paciente o en un familiar de primer grado;

y la presencia de FR, en al menos dos ocasiones separadas por tres meses. (Uribe-Castrillón et al., 2019)

Tabla 1. Características epidemiológicas de las diferentes categorías ILAR de AIJ

	<i>Frecuencia</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>
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 entesitis	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 of Associations for Rheumatology; M: masculino.

Fuente. Adaptado de Artritis idiopática juvenil. Pediatría Integral, por Longo & Loza, 2022, Pediatr Integral.

Sintomatología

La artritis es el síntoma común de la mayoría de los subtipos de AIJ y se manifiesta como tumefacción y/o limitación articular, que es más evidente en los últimos grados de movilidad y en extensión. Puede presentarse con aumento de temperatura local, aunque sin eritema de la piel adyacente, y el dolor es variable, en general de intensidad leve o moderada. La rigidez matutina y tras el reposo es una de las manifestaciones clínicas más características, puede condicionar una alteración de la marcha o cojera y mejora con la actividad física y a lo largo del día.

- **Tenosinovitis:** inflamación de las vainas tendinosas. Es frecuente y suele ir acompañada de artritis de las articulaciones adyacentes. Las localizaciones más frecuentes son los aparatos extensores del dorso de la mano y dorso del pie y los tendones tibial posterior y peroneos.

- **Entesitis:** inflamación de las entesis, es decir, el lugar de inserción de ligamentos, tendones y fascias en el hueso. Las localizaciones más frecuentes de entesitis en la AIJ son: la inserción del ligamento rotuliano en la rótula y tuberosidad tibial, la inserción del tendón de Aquiles en el calcáneo.
- **Dactilitis:** tumefacción uniforme de todo un dedo, secundaria a inflamación del aparato tendinoso y tejidos blandos periarticulares, resultando en la típica apariencia de “dedo en salchicha”. En ocasiones, el dedo presenta una tumefacción fusiforme, más acentuada en la base del dedo y articulación interfalángica proximal. (Longo & Loza, 2022)

Diagnostico



Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión

Categoría Clínica	Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Artritis sistémica	Artritis que afecta 1 o + articulaciones, precedida o acompañada por fiebre diaria de > 2 semanas de duración y de uno o varias de las siguientes manifestaciones: erupción fugaz, adenopatías, hepatoesplenomegalia, derrames serosos	a, b, c, d
Oligoartritis	Artritis < 4 articulaciones <ul style="list-style-type: none"> ○ Persistente: se mantiene en menos de 4 articulaciones, 6 meses desde el inicio ○ Extendida: > 5 articulaciones en los 6 meses desde el inicio 	a, b, c, d, e
Poliartritis FR +	Artritis > 5 articulaciones, 6 primeros meses de enfermedad FR +: 2 determinaciones (intervalo de 3 meses)	a, b, c, e
Poliartritis FR -	Artritis > 5 articulaciones, 6 primeros meses de la enfermedad FR-	a, b, c, d, e
Artritis relacionada entesitis	Artritis y enteritis Artritis o enteritis y 2 signos: dolor articulación sacroilíaca o inflamatorio lumbosacro HLA B27 + Inicio varones > 6 años	a, d, e
	Uveítis anterior aguda Antecedentes de: sacroileítis, espondilitis anquilosante, artritis relacionada con enteritis, enfermedad inflamatoria intestinal, Síndrome de Reiter, uveítis anterior de familiar de primer grado	
Artritis psoriásica	Artritis y psoriasis Artritis y 2 o más signos: dactilitis, pocillos ungueles u onicólicosis, psoriasis en familiares de primer grado	b, c, d, e
Artritis indiferenciada	Artritis que no cumplen criterios de ninguna categoría o cumplen más de una categoría	

Fuente. Adaptado de Artritis Idiopática Juvenil: manifestaciones clínicas y tratamiento, por Quesada Vargas et al., 2020, Medicina Legal de Costa Rica.

- El líquido sinovial de la AIJ presenta las características de un exudado inflamatorio. Su color es habitualmente amarillo opalescente, de baja viscosidad, con recuento leucocitario de 40000 – 100 000 elementos, con 50% de polimorfonucleares. El análisis de dicho líquido es una herramienta importante para la caracterización de la artritis, permitiendo diferenciar procesos inflamatorios de no inflamatorios, con base en la cifra total de leucocitos y en su porcentaje diferencial.
- Los estudios de laboratorio pueden ser empleados para evidenciar la inflamación, sostener el diagnóstico clínico o monitorear la actividad de la enfermedad y la toxicidad de los diferentes tratamientos. La anemia es común en todas las formas

- de artritis crónicas y es pronunciada en la forma sistémica de la enfermedad. La leucocitosis (15-25 000 /mm³) con predominio neutrofílico es un hallazgo característico en los niños con comienzo sistémico de la enfermedad. En la forma poliarticular y sistémica de la enfermedad puede observarse trombocitosis reactiva o secundaria. (Quesada Vargas et al., 2020).
- La radiografía convencional permite la detección del daño articular estructural, las alteraciones del crecimiento y la maduración de los huesos en pacientes con AIJ, sin embargo, su capacidad limitada para revelar cambios erosivos al comienzo del curso de la enfermedad.

- La resonancia magnética (RM) es la única prueba de imagen con capacidad de evaluar simultáneamente todas las características de la enfermedad sinovial y es adecuada para la evaluación de la actividad de la enfermedad en las articulaciones temporomandibular, de cadera, sacroilíaca y vértebra. La principal ventaja de la RM sobre la radiografía convencional es la visualización directa de sinovitis, cartílago y lesiones erosivas. (Charpentier Molina, 2021)

Tratamiento

Tabla 3. Tratamiento artritis idiopática

Fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES)	Representan el enfoque tradicional frente a una artritis. Este grupo de medicamentos se usa particularmente en niños menores de 12 años y no modifican el curso de la enfermedad, su utilidad es para manejo sintomático.
Esteroides	Estos fármacos a pesar de tener actividad antiinflamatoria potente, su uso es limitado debido a la gran cantidad de efectos adversos y baja eficacia en el curso evolutivo de la enfermedad. La administración oral o parenteral de esteroides tiene la capacidad de reducir los síntomas sistémicos en pacientes con la forma sistémica de la enfermedad. La dosis de esteroides generalmente utilizada es de hasta 1 mg / kg / día
Metotrexato	Es un antagonista del folato, que ha demostrado ser un medicamento efectivo y es considerado de primera línea en estos pacientes. La dosis recomendada es de 0.5-1 mg / kg / semana. La mayoría de los pacientes muestran una respuesta en las primeras 2-3 semanas de tratamiento. Durante el tratamiento se debe asociar con la administración de ácido fólico en una dosis de 1 mg / kg / día para reducir los efectos adversos, incluyendo la supresión de la médula ósea, náuseas, ulceraciones orales y pérdida de cabello.



Sulfasalazina	Estudios han demostrado la eficacia de la sulfasalazina en pacientes con AIJ, especialmente en pacientes con la forma oligoarticular y relacionada con entesitis. La respuesta al tratamiento es evidente a las 6-8 semanas de tratamiento, los posibles efectos adversos incluyen dolor de cabeza, erupción cutánea, toxicidad gastrointestinal, mielo supresión, hipogammaglobulinemia y reacciones alérgicas. La dosis inicial es de 10- 20 mg / kg / día, aumentando gradualmente a 50 mg / kg / día, en las siguientes semanas.
Terapia biológica	En la era biológica, la tasa de daño articular ha disminuido y la tasa remisión de la enfermedad aumentó con un mayor número de pacientes con enfermedad inactiva. A pesar de los resultados prometedores de estos medicamentos, el bloqueo de importantes vías inmunológicas no está exento de complicaciones y requiere un control de seguridad detallado.
Etanercept	Es un anticuerpo monoclonal que se une al TNF α , disminuyendo su señalización. Ha demostrado ser la opción de tratamiento más eficiente en pacientes con AIJ poliarticular. La dosis del medicamento es de 0,8 mg / kg / semana. La eficacia se vuelve más evidente después de la segunda o tercera dosis
Infliximab	Es un anticuerpo monoclonal quimérico con alta afinidad por TNF α . Su eficacia en la terapia de AIJ ha sido demostrada. La dosis es de 3-6 mg / kg / 4-8 semanas (dosis máxima de 200 mg). Las espondiloartropatías, la enfermedad inflamatoria intestinal, la artritis psoriásica y la uveítis muestran una respuesta excelente al tratamiento con infliximab. El uso de infliximab con metotrexato aumenta notablemente la eficacia del fármaco
Anakinra	Es un antagonista del receptor de IL-1 humano recombinante. Se administra por vía subcutánea en dosis de 2-10 mg / kg / día (máximo 200 mg). Dado que la IL-1 juega un papel importante en la fisiopatología de la AIJS, los estudios multicéntricos demostraron la eficacia y seguridad del anakinra en el tratamiento con AIJS.
Tocilizumab	Es un anticuerpo monoclonal humanizado recombinante que se une al receptor de IL-6. La dosis recomendada es de 12 mg / kg / 2-4 semanas en pacientes por debajo de 12 kg y 8 mg /kg / 2-4 semanas en pacientes por encima de 12 kg.

Fuente. Adaptado de Abordaje de la artritis idiopática juvenil, por Quesada Vargas et al., 2020, Revista Médica Sinergia.

Terapia inicial	Opción 1 Glucocorticoides a altas dosis: prednisona 1-2 mg/kg/d (máx. 80 mg) ± metilprednisolona EV x 3 d	Opción 2 Anakinra 2-4 mg/kg/d (máx. 8 mg/kg/d-300 mg/d)	Opción 3 Canakinumab 4 mg/kg (máx. 8 mg/kg-600 mg cada 4 semanas)	Opción 4 Tocilizumab Si ≥30 kg: 8 mg/kg (máx. 800 mg) Si <30 kg: 12 mg/kg EV cada 2 semanas
¿Objetivo 1 alcanzado (7 días)?	Sí: Disminución de glucocorticoides y/o: continuar biológico		No: Aumentar glucocorticoides y/o biológico o añadir a glucocorticoides: biológico o añadir a biológico: glucocorticoides o cambiar biológico	
¿Objetivo 2 alcanzado (4 semanas)?	Sí: Disminución de glucocorticoides y/o: continuar biológico		No: Aumentar glucocorticoides y/o biológico o añadir a glucocorticoides: biológico o añadir a biológico: glucocorticoides o cambiar biológico	
¿Objetivo 3 alcanzado (6-12 meses)?	Sí: Suspender glucocorticoides Considerar disminuir o suspender biológico		No: Aumentar biológico o cambiar biológico No (poliartritis sin actividad sistémica): considerar anti-TNF o abatacept	
Objetivo 4 alcanzado (+12 meses) ¿Remisión clínica?	Sí: Considerar disminuir o suspender biológico		No: modificar terapia	

Imagen 1. Pautas escalonadas de tratamiento según la obtención o no de los objetivos

Fuente. Adaptado de Artritis idiopática juvenil sistémica, por Angarita, 2020, Protoc Diagn Ter Pediatr.

Tratamiento con infiltración intraarticular

No está completamente establecida, pero se rige por las mismas recomendaciones que se aplican en adultos. En la literatura abundan los estudios monocéntricos que exponen su experiencia en la realización de IAC5–9, pero no existen recomendaciones o guías de cómo hacerlas. La IAC es una situación que se acompaña de estrés y nerviosismo por parte del niño, y es positivo el fomentar un ambiente relajado previo a la realización del procedimiento. La IAC debe realizarse con una exquisita asepsia y en el menor tiempo necesario. Es importante el uso de guantes estériles y la limpieza de la

zona de punción con un antiséptico tópico. Se recomienda extraer la mayor cantidad posible de líquido articular, infiltrar posteriormente el corticoide y lavar la aguja con suero fisiológico al terminar para evitar la atrofia subcutánea. Además, es recomendable, al igual que en adultos, un reposo articular sin apoyo de entre 24 y 48 h para evitar una artritis secundaria a los cristales de corticoides introducidos, algo, por otra parte, muy poco frecuente.

La aplicación de anestesia local es recomendable en todos los procedimientos de IAC, utilizando lidocaína en pomada (Emla®) o subcutánea, cloretilo en spray o iontofore-



sis con lidocaína, según se disponga. La evidencia sobre el uso de anestésicos locales o sedación consciente es más amplia que la relacionada con otros aspectos de la IAC. El uso de anestésicos locales es ampliamente aceptado en reumatología pediátrica y la combinación de un anestésico local tópico junto con lidocaína subcutánea podría ser beneficiosa en determinados pacientes. Con respecto a la anestesia general o la sedación consciente, algunos autores proponen que sea obligatoria en todos los procedimientos, pero lo más aceptado es su uso en situaciones concretas. Las situaciones en las que se recomienda utilizar algún tipo de sedación consciente (óxido nítrico, propofol, midazolam o fentanilo) son: pacientes menores de 6 años, necesidad de infiltrar 3 o más articulaciones o en localizaciones pequeñas o complicadas (articulación coxofemoral o subastragalina, por ejemplo). (Nieto-González & Monteagudo, 2019)

Conclusión

El diagnóstico y tratamiento oportuno de esta patología es importante para su reconocimiento, ya que disminuyen el riesgo de complicaciones y secuelas, por ello la importancia de la atención primaria en pediatría, por ser esta una enfermedad crónica degenerativa. En las primeras valoraciones del médico en cuanto al tratamiento sintomático esta recomendado los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ya que el objetivo del tratamiento en sí, es evitar la inflamación y aliviar el dolor. Sin embargo, en la actualidad existen una amplia gama de fármacos que son efectivos para el tratamiento de la enfermedad como metotrexato que esta dentro de la primera línea, la leflunamida y sulfasalazina son otras alternativas aceptadas en lugar del metotrexato. Dentro de las nuevas terapias se encuentran la biológica con etarnecept como uso de terapia inicial, no olvidando que existe la posibilidad de efectos adversos como consecuencia de los fármacos, por lo que es necesario el monitoreo constante.

Bibliografía

- Angarita, J. M. M. (2020). Artritis idiopática juvenil sistémica. *Protoc Diagn Ter Pediatr*, 2, 61–75.
- Barral Mena, E., García Cárdbaba, L. M., Canet Tarrés, A., Enríquez Merayo, E., Cruz Utrilla, A., & de Inocencio Arocena, J. (2020). Metotrexato en artritis idiopática juvenil: efectos adversos y factores asociados. *Anales de Pediatría*, 92(3), 124–131. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.05.010>
- Charpentier Molina, R. J. (2021). Abordaje de la artritis idiopática juvenil. *Revista Medica Sinergia*, 6(1), e502. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i1.502>
- Longo, C. M., & Loza, S. M. (2022). Artritis idiopática juvenil. *Pediatría Integral*. *Pediatr Integral*, 26(3), 141–150.
- Martínez Muñoz, G. E., Martínez Saltos, A. B., & Paguay Moreno, Á. R. (2019). Diagnóstico de artritis idiopática juvenil en el primer nivel de atención: a propósito de un caso. *Revista Cubana de Reumatología*, 21. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2579278>
- Nieto-González, J. C., & Monteagudo, I. (2019). Estado actual del tratamiento con infiltraciones intraarticulares en la artritis idiopática juvenil. *Reumatología Clínica*, 15(2), 69–72. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.07.015>
- Peña, N. L. P., Vanegas, J. K. L., Calle, Y. V. T., & Naranjo, M. A. B. (2019). Artritis idiopática juvenil: manejo y diagnóstico diferencial. *RECIAMUC*, 3(1), 427–442. <https://doi.org/http://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/243>
- Quesada Vargas, M., Esquivel Rodríguez, N., & M, R. G. J. (2020). Artritis Idiopática Juvenil: manifestaciones clínicas y tratamiento. *Medicina Legal de Costa Rica*, 37(1), 45–53. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100045&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Uribe-Castrillón, L. M., Gallo-Sáenz, C. M., Zapata-Catellanos, A. L., Gallego-González, D., Valencia-Palacio, E., Uribe-Castrillón, L. M., Gallo-Sáenz, C. M., Zapata-Catellanos, A. L., & Gallego-González, D. (2019). Artritis idiopática juvenil de inicio sistémico, un reto diagnóstico: reporte de caso. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(2), 65–70. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200065&lng=es&nrm=iso&tlng=es



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Iglesias Fuentes, J. N., Mayancela Zumba, M. A., Cárdenas Aguilar, G. A., & Ortiz Bonilla, J. A. (2023). Artritis idiopática juvenil. RECIAMUC, 7(1), 493-503. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.493-503](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.493-503)