

Artralgias en el adolescente ¿Pensamos en todos los diagnósticos?

Blanca C. Montoro González¹, Yéssica Rodríguez Santana², Sergio Machín García³

(1) Pediatra de Atención Primaria Centro de Atención Primaria Canalejas, Las Palmas de Gran Canaria. (2) Pediatra de Atención Primaria. Centro de Atención Primaria El Calero, Las Palmas de Gran Canaria (3) FEA de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria

Resumen

La patología musculoesquelética constituye un motivo de consulta muy frecuente. Tener presente sus posibles etiologías, nos permitirá realizar un adecuado abordaje. El enfoque diagnóstico de las enfermedades reumáticas supone un reto para el Pediatra de Atención Primaria siendo fundamental su conocimiento para reconocerlas y así influir tanto en el pronóstico como en la calidad de vida de nuestros pacientes. Es de suma importancia hacer adecuados diagnósticos diferenciales y estar pendientes de las pistas que nos puedan orientar hacia un diagnóstico adecuado.

Revisaremos la artritis idiopática juvenil (AIJ) como causa más frecuente de enfermedad reumática en la infancia. Con este artículo de revisión, queremos poner de relieve la importancia que tiene su conocimiento para derivar a tiempo o bien, ir iniciando si es preciso pruebas complementarias.

Palabras clave: artralgia, artritis, artritis idiopática juvenil

Summary

Musculoskeletal pathology is a very frequent reason for consultation. Thinking about its possible etiologies is essential for an adequate medical approach. It is important to recognize them in order to make better both the prognosis and the quality of life of our patients. It is extremely important to make adequate differential diagnoses and be aware of the clues that can guide us towards an adequate diagnosis. We will review juvenile idiopathic arthritis (JIA) as the most common cause of rheumatological disease in childhood. This review article aims to highlight the importance of knowing rheumatic diseases in order to refer on time to a specialized consultation and request the necessary complementary tests.

Keywords: arthralgia, arthritis, juvenile idiopathic arthritis

Introducción

Las artralgias suponen un motivo de consulta muy frecuente en las consultas de pediatría. El reto con el que nos encontramos es que puede tratarse desde una patología muy banal hasta causas que pueden poner en compromiso la vida de nuestros pacientes si no realizamos un adecuado diagnóstico con prontitud.

Es preciso realizar una adecuada aproximación diagnóstica, para ello, deberemos recoger en nuestra historia clínica: tiempo de evolución, tipo de dolor (intensidad, rigidez, si mejora o no tras el reposo), será fundamental establecer las principales diferencias entre el dolor de origen mecánico e inflamatorio tal y como se resumen en la tabla I. También, será preciso recoger los síntomas acompañantes (pérdida de peso, fiebre, exantema, alteraciones oftalmológicas, lesiones en piel), si ha habido un traumatismo previo, o bien, otro tipo de infecciones coincidentes o previas tanto a nivel digestivo como respiratorio, entre otras. No debemos olvidar preguntar acerca de los antecedentes familiares de enfermedades tales como la psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal o espondiloartropatías, ya que nos darán pistas acerca de la posible existencia de una etiología autoinmune o autoinflamatoria^{1,2}.

Para un adecuado manejo de las artralgias, es importante valorar la presencia de síntomas o signos de alarma que nos deben hacer sospechar una patología grave. Si existe alguno de estos, queda claro que debe comenzarse un estudio en profundidad: dolor nocturno, dolor y rigidez articular, inflamación, enrojecimiento, dolor persistente y localizado, debilidad muscular, pérdida de peso, estancamiento en el crecimiento, fiebre, mal estar general, alteración del hemograma (citopenias), incremento de los reactantes de fase agu-

da (proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular), o bien, historia de un traumatismo. Podemos establecer un diagnóstico diferencial según se trate de monoartritis o bien, poliartritis¹⁻³. Sus causas se resumen en las tablas II y III.

Artritis idiopática juvenil

Es la enfermedad reumática más frecuente en la infancia. Para poder definir la AIJ será necesario que se cumpla lo siguiente: artritis de causa desconocida, cuyo comien-

zo se produce antes de los 16 años y su duración persiste más allá de las 6 semanas. Así, para poder establecer dicho diagnóstico, siempre será necesario excluir otras causas. Dentro de este término "paraguas" que abarca un grupo muy heterogéneo se incluyen distintas formas de presentación, así como diferentes cursos evolutivos que van desde formas leves a las más agresivas similares al tipo adulto⁴⁻⁶.

Resulta curioso, contemplar obras de arte donde podemos descubrir las primeras

Tabla I. Principales diferencias entre el dolor de origen mecánico e inflamatorio

Mecánico	Inflamatorio
Empeora con el ejercicio	Mejora con la deambulaci3n
Mejora con el reposo	Empeora con el reposo
Raro por la noche	Dolor nocturno
Inicio brusco	Inicio insidioso
Sin sntomas de afectaci3n orgánica	Afectaci3n del estado general
Rigidez matinal de menos de 30 minutos	Rigidez matinal de mäs de 30 minutos

Tabla II. Causas de monoartritis. Tomada de Murias Loza S et al. Artritis. Diagn3stico diferencial. Protoc diagn ter pediatr 2020; 2:17-26

Relacionada con la infecci3n	Aritis séptica Tuberculosis Artritis vírica (raro monoarticular) Artritis reactiva (raro monoarticular)
Traumática	Raro en ni os < 8 a os
Tumoral	Sinovitis villonodular pigmentaria Hemangioma sinovial Sarcoma de células sinoviales
Inflamatoria	Sinovitis transitoria de cadera Artritis Idiopática Juvenil
Hemartros	Hemofilia y otras alteraciones

Tabla III. Causas de poliartritis. Tomada de Murias Loza S et al. Artritis. Diagn3stico diferencial. Protoc diagn ter pediatr 2020; 2:17-26

Relacionada con la infecci3n	Víricas Fiebre reumática, artritis postestreptocócica Artritis reactiva
Inflamatoria	Artritis Idiopática Juvenil Lupus eritematoso sistémico Dermatomiositis juvenil Enfermedades autoinflamatorias Enfermedad inflamatoria intestinal
Malignidad	Leucemia
Mecánica	Síndrome de hiperlaxitud y otras enfermedades de depósito
Otras enfermedades sistémicas	Mucopolisacaridosis y otras enfermedades de depósito
Falsas artritis	Urticaria Celulitis Púrpura de Sh3nlein-Henoch

fotografías médicas de la historia. Existen numerosas obras de arte donde podemos apreciar personas con deformidades en manos. En 1493, el gran maestro Sandro Botticelli pintó la obra: "El nacimiento de Venus" que podría constituir una de las primeras representaciones de la AIJ, ya que muestra deformidades en las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de una mano y tumefacción de la muñeca de una joven de 16 años (Simonetta Vespucci). Aunque no será hasta 1987 cuando George Frederic Still realiza una descripción de 22 niños con alteraciones reumáticas, diferenciándose de los pacientes adultos⁷⁻⁸.

1. Criterios AIJ

Desde su historia, la AIJ se ha conocido con diversos nombres tales como artritis crónica juvenil o bien, artritis reumatoide juvenil, dificultando así su diagnóstico, al no existir unos criterios precisos de clasificación. En 2001, La Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología (ILAR) impulsó establecer unos criterios diagnósticos que se pudieran generalizar a nivel mundial y fuera más preciso la definición de las distintas formas clínicas de presentación. Existen siete formas clínicas de AIJ atendiendo al número de articulaciones afectadas: oligoartritis (persistente y extendida), poliartritis factor reumatoide positivo, poliartritis factor reumatoide negativo, sistémica, artritis psoriásica, artritis relacionada con entesitis y artritis indiferenciada, cuyas características clínicas se resumen en la tabla IV^{1,4,9,10}.

2. Clínica

Aunque existe una gran variabilidad entre las distintas formas clínicas de AIJ, en general, es preciso que en todas ellas exista artritis, que se manifiesta principalmente con tumefacción, limitación del movimiento e incremento local de la temperatura. Es fundamental nunca considerar una articulación tumefacta como normal^{9,10}. El dolor es insidioso y variable, predominando la rigidez matutina, siendo un dato clave para su sospecha, debiendo indagar si el niño se encuentra peor al levantarse y mejora con el transcurso del día. Las articulaciones que más se afectan en la forma **AIJ oligoarticular**, son las

rodillas, seguidas de los tobillos, de forma asimétrica (en un 50% monoarticular), también existe afectación de las pequeñas articulaciones de los manos y pies, aunque en un porcentaje inferior y siendo más infrecuente la afectación de codos, carpos o articulación temporomandibular¹⁰.

La **AIJ poliarticular FR -**, tiene 3 subtipos de presentación: el primer subtipo, poliarticular asimétrica, con inicio temprano (2-4 años), similar a la forma oligoarticular extendida, con predominio en niñas, ANA+, riesgo elevado de uveítis y asociación a HLA-DRB1*0801. El segundo subtipo, con afectación poliarticular asimétrica, pero entre los 6-12 años de edad, con ANA- y elevación de reactantes de fase aguda, su pronóstico es variable. Y, por último, el tercer subtipo, donde predomina una importante rigidez con mínima inflamación, pero con un desarrollo de contracturas en flexión. Presenta un curso destructivo ya que a menudo, tiene una inadecuada respuesta al tratamiento¹¹.

Si se trata de una **AIJ poliarticular FR+**, generalmente existirá afectación de miembros superiores o inferiores, tanto de grandes como pequeñas articulaciones, de forma simétrica, resultando característica la afectación de articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de las manos y muñecas, pudiéndose producir deformidades a dicho nivel. En los pies, pueden resultar comprometidas las articulaciones interfalángicas y metatarsofalángicas. También, existe afectación de la columna a nivel cervical y articulación temporomandibular. En dicha enfermedad también puede acompañarse de astenia y pérdida de peso. Su evolución se asemejará a una artritis reumatoide del adulto, puede que se trate de la misma enfermedad, pero con su inicio en la infancia, datos como la positividad de los anticuerpos frente al péptido cíclico citrulinado (anti-CCP) y la presencia del haplotipo HLA DR4 (DRB1*0401) hacen pensar en dicha posibilidad. La aparición de nódulos reumatoideos como manifestación extraarticular es infrecuente y se relaciona con un peor pronóstico^{11,12}.

La artritis relacionada con entesitis y la artritis psoriásica juvenil son dos enti-

Tabla IV. Categorías de AIJ de acuerdo con los criterios de clasificación ILAR (Edmonton 2001). De Inocencio Arocena J et al. Artritis idiopática juvenil. Criterios de clasificación. Índices de actividad.

Protoc diagn ter pediátr 2020; 2:27-36

Sistémica	Oligoartritis
<p>Artritis en 1 o más articulaciones coincidentes con o precedida de fiebre diaria ≥ 2 semanas de evolución; la fiebre debe ser documentada y cotidiana durante al menos 3 días. Además de la artritis y la fiebre debe presentar al menos 1 de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exantema eritematoso evanescente 2. Adenopatías 3. Hepato-esplenomegalia 4. Serositis <p>Criterios de exclusión: a, b, c, d</p>	<p>Artritis en 1-4 articulaciones en los primeros 6 meses de enfermedad. Se conocen 2 subcategorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oligoartritis persistente: no más de 4 articulaciones afectadas en la evolución posterior. 2. Oligoartritis extendida: se afectan más de 4 articulaciones después de los 6 primeros meses. <p>Criterios de exclusión: a, b, c, d, e</p>
Poliartritis factor reumatoide (+)	Poliartritis factor reumatoide (-)
<p>Artritis en 5 o más articulaciones durante los 6 primeros meses de enfermedad, con 2 o más test para factor reumatoide (IgM) positivos con, al menos, 3 meses de intervalo. Criterios de exclusión: a, b, c, d, e</p>	<p>Artritis en 5 o más articulaciones durante los 6 primeros meses de enfermedad, con 2 o más test para factor reumatoide (IgM) negativo. Criterios de exclusión: a, b, c, d, e</p>
Artritis psoriásica	Artritis relacionada con entesitis
<p>Artritis y psoriasis o Artritis y al menos, 2 de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dactilitis 2. Hoyuelos ungueales u onicolisis 3. Psoriasis en familiar de primer grado <p>Criterios de exclusión: b, c, d, e</p>	<p>Artritis y entesitis o Artritis o entesitis y al menos, 2 de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor a la palpación en articulaciones sacroilíacas o dolor inflamatorio lumbosacro 2. HLA-B27 3. Comienzo en sexo masculino > 6 años 4. Uveítis anterior aguda 5. Historia de espondilitis anquilosante, artritis relacionada con entesitis, sacroileítis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter o uveítis anterior aguda en familiar de primer grado <p>Criterios de exclusión: a, d, e</p>
<p>Artritis indiferenciada Artritis que no cumple criterios de ninguna categoría o bien los cumple de 2 o más categorías</p>	
<p>Criterios exclusión</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Psoriasis o historia de psoriasis en paciente o en familiares de primer grado b. Artritis de comienzo después de los 6 años en un paciente sexo masculino HLA-B27+ c. Espondilitis anquilosante, artritis relacionada con entesitis, síndrome inflamatorio asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter, uveítis anterior aguda o historia de ello en el paciente o en familiar de primer grado d. Factor reumatoide + en 2 determinaciones separadas al menos 3 meses entre sí e. Presencia de Artritis idiopática sistémica en el paciente 	

dades que se engloban dentro de las espondiloartritis juveniles y a diferencia de otros subtipos de AIJ, predominan en el sexo masculino, con una edad más tardía de inicio y con una afectación de entesitis y esqueleto axial.

En la artritis relacionada con entesitis, predomina una afectación asimétrica de miembros inferiores (rodillas, tobillo o tarso) junto a entesitis, que supone una inflamación en la zona de inserción de los tendones, ligamentos y cápsula articular, siendo lo más característico y con mejor valor diagnóstico. Lo habitual es que afecte a la inserción de la fascia plantar y del tendón de Aquiles en el calcáneo. Debemos tener presente como manifestación única o inicial, la posibilidad de la afectación del pie desde el tobillo hasta las articulaciones metatarsófalangicas, denominada tarsitis anquilosante, infradiagnosticada, siendo muy invalidante en su fase crónica por la deformidad que ocasiona y la fusión ósea. Con respecto a las manifestaciones extraarticulares, puede producirse insuficiencia aórtica, subluxación atloaxoidea o bien, amiloidosis, raras en la infancia¹³.

En la artritis psoriásica juvenil, existen algunas manifestaciones características como la dactilitis, entesitis que producen limitación o cojera, carpitis o tarsitis con afectación asimétrica junto con artritis carpiana o tarsiana y edema celular subcutáneo, asimismo, podemos observar la presencia de onicopatía en forma de pitting (hallazgo más frecuente) pero también onicolisis. En un 50% de los casos, puede existir psoriasis¹²⁻¹³.

La **AIJ sistémica**, constituye una forma distinta del resto de AIJ, es una enfermedad autoinflamatoria poligénica. El debut ocurre con inflamación sistémica de forma grave, con afectación del estado general, fiebre diaria, exantema (asalmonado evanescente, maculopapuloso, no pruriginoso con predominio en tronco y raíz de miembros), serositis, linfadenopatías e incremento de reactantes de fase aguda. En la actualidad, existen nuevos criterios pendientes de validación, aunque será necesario que exista artritis, con la di-

ficultad añadida que hasta en un 70% de los casos no se presenta al inicio de la enfermedad y puede afectar a una o varias articulaciones^{12,14}.

La uveítis es la manifestación extraarticular más frecuente de las AIJ, presentándose en el 10-30% de los pacientes, a menudo es totalmente asintomática. Se trata de una uveítis no granulomatosa, inicialmente anterior, pero que también puede afectar al vítreo y polo posterior. Existen factores de riesgo para su desarrollo: forma oligoarticular, poliarticular FR-, ANA positivos, psoriásica, sexo femenino y una edad inferior de 6 años de inicio de AIJ. Los controles oftalmológicos son obligatorios, ya que si el proceso inflamatorio no se controla pueden aparecer otro tipo de alteraciones como cataratas, glaucoma, disminución agudeza visual, queratopatía en banda o sinequias entre otras⁹.

3. Diagnóstico

Establecer un diagnóstico de AIJ en los pacientes pediátricos y adolescentes, a veces, constituye un reto que depende de muchos factores que necesitan aliarse, tales como: la persistencia de los síntomas, la persistencia de los padres en la búsqueda de cuidados y la experiencia de los profesionales sanitarios. Un estudio reciente, hace la comparativa con el juego de mesa "serpientes y escaleras" donde es preciso que ocurra la oportunidad y la suerte para su diagnóstico debido a la variabilidad en su diagnóstico¹⁵. Un adecuado conocimiento de la AIJ será esencial, ya que no existe ninguna prueba de laboratorio o de imagen que la confirme. Por tanto, se trata de establecer un diagnóstico clínico excluyendo otras causas¹.

Debemos ser cuidadosos y meticulosos en la exploración física del aparato locomotor; examinaremos todas las articulaciones del niño, buscando aquellas que presenten dolor, limitación o tumefacción, así como, la medición de la fuerza muscular, disimetrías, exploración de la marcha y columna. Es esencial que sea realizada de manera sistemática (bien en sentido ascendente como descendente), completa y ex-

haustiva (articulaciones tanto axiales como periféricas). No debemos olvidar, que para su diagnóstico también existen manifestaciones cutáneas relacionadas con patología reumática: exantema (asalmonado y evanescente, coincidente con la fiebre, típico de la AIJ sistémica), lesiones descamativas en codos, pitting o afectación ungueal (que podría acompañar a una artritis psoriásica), eritema nodoso, eritema en alas de mariposa (sugere de lupus eritematoso o dermatomiositis). Otros síntomas generales como fiebre, pérdida de peso o adenopatías. Será preciso interrelacionar la presencia de todos estos signos articulares junto con la presencia de manifestaciones extraesqueléticas¹⁶.

4. Pruebas complementarias

Las pruebas complementarias podrán ayudarnos a filiar la causa ante la sospecha de una enfermedad reumática. Con respecto a las pruebas de laboratorio, deberemos solicitar: hemograma, bioquímica (perfil hepático y renal), reactantes de fase aguda (VSG, PCR) y coagulación. Otras determinaciones: ASLO, ácido úrico, enzimas musculares, serologías y complemento, pueden ayudar a establecer un diagnóstico diferencial¹².

Las determinaciones analíticas (ANA, FR, HLA-B27) son una herramienta de clasificación, pronóstico y manejo de la enfermedad, no siendo útiles para el diagnóstico. Además, se da la circunstancia, que pueden encontrarse en niños sin dicha enfermedad, con lo cual, no son diagnósticos ni tampoco específicos de enfermedades reumáticas. Cuando hemos establecido el diagnóstico, los ANA positivos, son determinantes en la frecuencia recomendada de revisiones oftalmológicas para cribado de la uveítis¹⁷.

Las pruebas de imagen como la ecografía articular puede ser muy útil en el diagnóstico, es una técnica inocua, barata y accesible y con un mayor protagonismo en todos los ámbitos, incluso en Atención Primaria, ya que permite establecer si existe derrame articular cuando no está muy claro clínicamente. Realizaremos una radiografía sim-

ple para diferenciar otros procesos tumorales o traumatológicos. La resonancia magnética es una técnica con alta especificidad para la detección de artritis, pero con limitaciones ya que su uso no está disponible en todos los centros^{10,12}.

5. Seguimiento

Deberán realizarse controles analíticos aquellos pacientes en tratamiento farmacológico. Los niños que reciben tratamiento con corticoides, fármacos inmunosupresores o agentes biológicos, no deben recibir vacunas de microorganismos vivos atenuados. Se deberá realizar especial hincapié en proteger frente a la gripe de forma anual¹⁸. Debemos asegurarnos que se realiza un adecuado control oftalmológico siendo fundamental para evitar complicaciones y en el caso de aparecer uveítis, iniciarse el oportuno tratamiento específico de forma precoz y en conjunto entre oftalmólogos y reumatólogos pediátricos¹⁷.

Debe vigilarse la adecuada suplementación de ácido fólico de forma semanal, en aquellos pacientes que estén en tratamiento con metotrexato y suplementos de calcio y vitamina D, para disminuir el riesgo de osteoporosis, en aquellos pacientes que reciban corticoides diariamente de forma prolongada. También, realizaremos un adecuado control de la actividad física, siendo necesario la práctica deportiva para controlar el peso y acelerar recuperación de masa muscular¹⁰.

6. Tratamiento

Los agentes utilizados para tratar la AIJ incluyen fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), glucocorticoides y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME), biológicos y no biológicos. El *American College of Rheumatology* (ACR) establece pautas de tratamiento basadas en la presencia o ausencia de características sistémicas activas, la evaluación médica, el recuento de articulaciones afectadas y la presencia o ausencia de características relacionadas con el síndrome de activación de macrófagos (SAM) enfatizando el uso temprano de biológicos en niños que lo precisen. La

evidencia sugiere que existe una ventana de oportunidad, y el uso temprano de agentes biológicos puede cambiar el curso de la enfermedad. El tratamiento elegido inicialmente dependerá de la severidad de la presentación¹⁹.

6.1. Antiinflamatorios no esteroides.

Frenan la síntesis de prostaglandina proinflamatoria inhibiendo la enzima ciclooxigenasa (COX). Aunque el AINE tradicional de primera elección fue la aspirina, actualmente se usan más otros como ibuprofeno, indometacina, tolmetin o piroxicam, que actúan sobre COX1 o naproxeno y diclofenaco, equipotentes para COX1 y COX2, y el meloxicam, preferente para COX2. El uso de cualquiera de los AINEs se asocia con un riesgo de hepatotoxicidad, alteraciones gastrointestinales, elevación de las enzimas hepáticas, disminución de agregación plaquetaria y proteinuria. Si el tratamiento con AINEs por sí solo es eficaz para controlar todas las manifestaciones de AIJ, se puede intentar una prueba de disminución gradual del AINE después de un período de varios meses de inactividad de la enfermedad para ver si el paciente tiene enfermedad monofásica y ha entrado en remisión.

6.2. Glucocorticoides. Por lo general, se usan durante la fase aguda de la enfermedad ya sea por vía oral o i.v. para situaciones graves o con mala respuesta. Se recomienda minimizar la dosis y la duración de la terapia y deben utilizarse como puente hasta que otra medicación comience a actuar debido a sus efectos secundarios. Se pueden utilizar también vía tópica en la uveítis o como infiltraciones intraarticulares en la oligo y poliartritis¹² donde la inyección intraarticular de glucocorticoides junto con AINEs, si fuese necesario, supone la primera línea de tratamiento para pacientes con actividad de la enfermedad de moderada a severa²⁰.

6.3. Fármacos modificadores de enfermedad (FARME). El metotrexato (MTX) es el más empleado. Se trata de un inmunomodulador y actúa como inhibidor de la síntesis de purinas²¹. Suele formar parte del tratamiento inicial en pacientes con AIJ oligoarticular con alta acti-

vidad de la enfermedad y factores de riesgo de mal pronóstico²⁰. Las vías de administración incluyen la subcutánea, i.m. (10-15 mg/m²/semana) u oral, que supone la de menor biodisponibilidad. En estas dosis (típicamente de 10 a 15 mg/m²/semana), actúa como un agente antiinflamatorio más que como un fármaco citotóxico consiguiendo el efecto a partir de la 3ª semana y con una máxima efectividad a los 3 meses. Los efectos secundarios (aftas, anemia, elevación de transaminasas, intolerancia digestiva) son frecuentes, aunque son paliados añadiendo al día siguiente ácido fólico (5 mg). Otros FARME son la leflunomida que no se emplea mucho en Pediatría y queda reservada para AIJ poliarticular y mala respuesta a MTX o la sulfasalazina, que es útil en casos con espondiloartropatía.

6.4. Agentes biológicos. Pueden modificar la patogenia de la enfermedad, frenando la actividad inflamatoria y mejorando la capacidad funcional. Actúan contra moléculas de adhesión, citocinas, linfocitos B o T. Dentro de este grupo se incluyen:

- Antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa (anti TNF- α): etanercept, infliximab y adalimumab. Son los agentes biológicos que se usan más comúnmente para tratar la AIJ poliarticular y en uveítis, cuando el MTX no es suficiente.
- Antagonistas de IL-1: anakinra que aún no está aprobado en ficha técnica para su uso en pediatría, aunque existen ensayos clínicos que lo avalan.
- Antagonistas de IL-6: tocilizumab. Indicado en la AIJ sistémica. Según los resultados de algunos ensayos aleatorizados, los antagonistas de la IL 1 y 6 son los más eficaces en la AIJ sistémica. En los casos graves de esta también se utilizan azatioprina y ciclofosfamida, dos inmunosupresores¹⁹.
- Anti-linfocitos B: rituximab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el antígeno CD20 que es expresado por los linfocitos pre-B y B maduros, ocasionando su lisis.
- Anti-linfocitos T: abatacept que inhibe la activación de los linfocitos T.

Está indicado en AIJ poliarticulares.

Este tipo de tratamientos obliga a la realización de controles analíticos para detectar la aparición de citopenias, autoanticuerpos séricos, alteración del perfil hepático o lipídico. Hay que tener en cuenta que pueden activar algunas infecciones latentes como tuberculosis lo que obliga a realizar Mantoux, radiografía de tórax y serología de hepatitis B antes de iniciar el tratamiento. De la misma forma, no se deben administrar vacunas de agentes vivos durante el tratamiento y hay que suspenderlo 2 semanas antes de intervenciones quirúrgicas y otras 2 después de un postoperatorio sin infección¹². Si el tratamiento se puede retrasar de forma segura, se recomienda la administración de inmunizaciones de rutina al menos dos semanas antes de comenzar con un agente biológico para las vacunas inactivadas o de subunidades y al menos cuatro semanas antes para las vacunas vivas¹⁹.

6.5. FAME “sintéticos dirigidos”. Son capaces de inhibir específicamente diferentes vías de señalización, sobre todo, la vía “*Janus kinase-Signal Transducer and Activator of Transcription*” (JAK-STAT). Supone una de las alternativas más competitivas y de más futuro en la AR en los próximos años²².

6.6. Otros tratamientos complementarios e igualmente importantes son la fisioterapia y el apoyo psicológico que debe acompañar a cualquier enferme-

dad crónica que puede provocar limitaciones en la vida diaria.

En la tabla V se resumen las recomendaciones de la American College of Rheumatology para el tratamiento de la AIJ que debe ser escalonado e individualizado¹⁰.

7. Derivación desde Atención Primaria

Es fundamental que ante los siguientes síntomas se deriven a consulta especializada en Reumatología los pacientes con inflamación articular, sospecha de enfermedad sistémica, síntomas del aparato locomotor no filiados, manifestaciones cutáneas sin filiar, dolor articular nocturno, debilidad muscular e impotencia funcional en alguna articulación²³.

8. Papel del pediatra de Atención Primaria

El pediatra de Atención Primaria tiene un papel primordial para el reconocimiento de cualquier caso sospechoso de AIJ o bien, otra patología reumática donde no queda claro el diagnóstico, resultando fundamental para evitar las complicaciones y secuelas producidas por el retraso diagnóstico. Será necesario en sus visitas asegurarse que se realiza el seguimiento obligatorio periódico por oftalmología para descartar uveítis. Se debe realizar una adecuada supervisión del calendario vacunal, evitando la administración de vacunas vivas atenuadas cuando el paciente esté

Tabla V. Recomendaciones de la American College of Rheumatology para el tratamiento de la AIJ. Tomada de Remesal Camba A et al. Artritis idiopática juvenil oligoarticular. *Protoc diagn ter pediatr* 2020; 2:37-47

Antecedentes de artritis en 4 o menos articulaciones:
<ol style="list-style-type: none"> 1. AINE en monoterapia cuando hay poca actividad, máximo 2 meses si persiste la artritis 2. Infiltraciones articulares con triamcinolona en la artritis activa 3. Metotrexato con o sin infiltraciones articulares con triamcinolona en caso de actividad articular importante o factores de mal pronóstico 4. Agente biológico cuando la actividad es persistente
Antecedentes de artritis en 5 o más articulaciones:
<ol style="list-style-type: none"> 1. AINE en monoterapia no están indicados 2. Tratamiento inicial con metotrexato con o sin infiltraciones articulares con triamcinolona y AINE 3. Fármaco biológico en las artritis que permanecen activas

inmunodeprimido y recomendando la vacunación antigripal anual. Será recomendable administrar las vacunas indicadas para la edad del niño (o por la propia enfermedad) al menos un mes antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor¹⁸.

Es crucial establecer equipos multidisciplinarios donde exista una colaboración entre el pediatra de Atención Primaria, reumatólogos pediátricos, oftalmólogos expertos en uveítis, así como fisioterapeutas, para un adecuado manejo de la enfermedad, ya que se han producido importantes avances en tratamiento antiinflamatorio, inmunosupresor y con fármacos biológicos. Un adecuado conocimiento fisiopatológico, junto a la posibilidad de disponer de nuevas terapias que actúan sobre las vías de inflamación articular, han mejorado el pronóstico de estos pacientes¹¹.

Dado que los pediatras de Atención Primaria, son los profesionales en contacto con el paciente y sus familias, no debemos olvidarnos de profundizar en los aspectos psicológicos y sociales, ya que, al tratarse de una enfermedad de curso crónico, la persistencia de la enfermedad activa puede conllevar a una discapacidad funcional y una disminución de la calidad de vida, lo cual puede suponer un impacto en su vida actual y futura. Resulta decisivo optimizar su bienestar psicológico desde una perspectiva biopsicosocial.

9. Conclusiones

- La artralgia es un motivo de consulta muy frecuente en Pediatría, siendo además manifestación clínica de múltiples enfermedades con una gravedad muy variable.
- Cuando evaluemos un paciente con dolor articular, será importante buscar los síntomas o signos de alarma para decidir si se precisa realizar estudio con pruebas complementarias.
- Las enfermedades reumáticas son poco frecuentes, pero potencialmente graves. El Pediatra de Atención Primaria supone un pilar esencial para la primera valoración

y resulta fundamental su reconocimiento de manera precoz para mejorar su pronóstico.

Con la presente revisión, tratamos de dar la importancia que merece el hecho de disminuir la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento de las AIJ, así como la necesidad de evitar un retraso en el diagnóstico de la misma, mejorando la accesibilidad a los servicios de Reumatología Pediátrica. Debemos dar pasos hacia adelante en la búsqueda de una atención de calidad para todos nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Murias Loza S, Alcobendas Rueda RM, Udaondo Gascón C. Artritis. Diagnóstico diferencial. *Protoc diagn ter pediatr* 2020; 2:17-26
2. De Inocencio Arocena J, Reumatología pediátrica: la importancia de la anamnesis y la exploración. *An Pediatr (Barc)* 2016; 84:131-132
3. Camino Serrano M, Alonso Cadenas JA, López de Suso Martínez de Aguirre D. Niño de 11 años con artralgia y síndrome constitucional asociado. En *Casos clínicos interactivos. Continuum* 2020 [en línea] [consultado el 02.05.2021]. Disponible en <http://continuum.aeped.es>
4. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol* 2004; 31:390-392
5. De Inocencio Arocena J, Udaondo Gascón C. Artritis idiopática juvenil. Criterios de clasificación. Índices de actividad. *Protoc diagn ter pediatr* 2020; 2:27-36
6. Pavo García MR, de Inocencio Arocena J. El pediatra de Atención Primaria y la artritis idiopática juvenil: ¿qué hay que saber? En: *AEPap* (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2017*. Madrid: Lúa Ed 3.0; 2017, pp. 175-181
7. Anton J, Camacho Lovillo M, Nuñez Cuadro E. Reumatología Pediátrica, de dónde venimos y adónde vamos. *An Pediatr (Barc)* 2020; 92:121-123
8. Iglesias-Gammarra A, Quintana G, Restrepo Suárez JF. Prehistoria, historia y arte de la Reumatología. Inicios de las palabras reuma, artritis reumatoide, artritis juvenil, gota y espondilitis anquilosante. *Revista Colombiana de Reumatología* 13.1 (226):21-47
9. Casado Picón R, Lacruz Pérez L. Actualización en Reumatología Pediátrica en atención primaria. *An Pediatr Contin* 2012; 10:201-207

10. Remesal Camba A, Murias Loza S, Udaondo Gascón C. Artritis idiopática juvenil oligoarticular. *Protoc diagn ter pediatr* 2020; 2:37-47.
11. Sevilla Pérez B. Artritis idiopática juvenil poliarticular. *Protoc diagn ter pediatr* 2020; 2:49-59
12. Urbaneja Rodríguez E, Solís Sánchez P. Artritis idiopática juvenil. *Pediatr Integral* 2017; 21:170-182
13. García Ruiz-Santa Quiteria MI, Camacho Lovillo M. Artritis relacionada con entesitis. Artritis psoriásica. *Protoc diagn ter pediatr* 2020; 2:77-88
14. Mosquera Angarita JM. Artritis idiopática juvenil sistémica. *Protoc diagn ter pediatr* 2020; 2:61-75
15. Rapley T, May C, Smith N, Foster HE. 'Snakes & Ladders': factors influencing access to appropriate care for children and young people with suspected juvenile idiopathic arthritis – a qualitative study. *Pediatric Rheumatology* 2021; 19:43
16. Andreu Alapont E. Exploración del aparato locomotor en Reumatología Pediátrica. *Protoc diagn ter pediat*. 2020; 2:1-16
17. Bravo Mancheño B, Grupo de Trabajo de Uveítis asociada a AIJ y otras Uveítis no Infecciosas de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica. Protocolo de seguimiento y tratamiento de la uveítis asociada a la artritis idiopática juvenil. *Protoc diagn ter pediatr* 2020; 2:101-114
18. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Vacunación en niños inmunodeprimidos o con tratamiento inmunosupresor. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; mar/2021. [consultado el 07/05/2021]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-14>
19. Systemic juvenile idiopathic arthritis: Treatment - UpToDate. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/systemic-juvenile-idiopathic-arthritis-treatment>. Último acceso el 8 de mayo
20. Polyarticular juvenile idiopathic arthritis: Treatment - UpToDate. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/polyarticular-juvenile-idiopathic-arthritis-treatment>. Último acceso el 10 de mayo
21. Oligoarticular juvenile idiopathic arthritis – UpToDate. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/oligoarticular-juvenile-idiopathic-arthritis>. Último acceso el 11 de mayo
22. Castañeda S, González-Álvaro I. Novedades en el panorama terapéutico de la artritis reumatoide. *Reumatol Clin* 2017; 13: 63-65
23. Prada Ojeda A, Otón Sánchez MT. Las enfermedades reumatológicas en el niño: características fundamentales que reconocer en una consulta de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2013; 15:275-281

