

Enfermedades reumáticas

DRAS. SONIA FRANCO ¹, RAQUEL GUARIGLIA ²

1) ¿Qué son las enfermedades reumáticas?

Son un grupo heterogéneo de procesos que afectan al niño y al adolescente, de etiología desconocida e imprecisa, con patogenia no aclarada, pero sí con aceptada expresividad inmunológica. Con sintomatología articular y frecuente sintomatología extraarticular sobre variados sistemas (cardiovascular, cutáneo, arterial, etcétera).

2) ¿Cuáles son las que se ven con mayor frecuencia en la policlínica?

De mayor a menor frecuencia y con variaciones en los últimos años: fiebre reumática, artritis reumatoidea juvenil (ARJ) o artritis reumatoidea idiopática, artritis reactiva, síndrome de Sjögren.

3) ¿Es lo mismo hablar de ARJ y de artritis crónica juvenil?

Es lo mismo. Son denominaciones debidas a la existencia de una escuela europea y otra anglosajona. Desde hace dos años se adoptó la denominación actual, pero aún poco usada, de artritis juvenil idiopática (AJI).

4) ¿Cómo se llega al diagnóstico de la AJI?

Luego de excluir las distintas patologías: ortopédicas, infecciosas bacterianas o virales, hematooncológicas, neoplásicas, etcétera, ya sea que se manifieste como un síndrome febril prolongado o como mono, oligo o poliarticular.

Han de aguardarse entre 10 y 12 semanas para llegar al diagnóstico positivo. La clínica y la paraclínica humoral son dos firmes fundamentos para el mismo.

5) ¿Cómo es el tratamiento farmacológico inicial de elección, de un niño con diagnóstico de AJI de forma poli u oligoarticular?

Este comenzará con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), también llamados drogas de primera línea. Las drogas admitidas para su utilización en niños por la FDA son: el ácido acetil salicílico (AAS), naproxeno, ibuprofeno, indometacina y tolmetín.

La elección de la droga depende no sólo de su eficacia, sino de diversos factores como edad, costo, fácil accesibilidad, entre otros. En general en niños pequeños el AAS es bien tolerado y en edades posteriores el ibuprofeno o naproxeno (son los utilizados en nuestro país).

Las dosis recomendadas son: AAS 60-80 mg/kg/día en cuatro dosis, ibuprofeno 30 mg/kg/día en tres dosis y naproxeno 15 mg/kg/día en dos dosis.

Debe efectuarse control trimestral con examen de orina.

6) ¿Cuánto tiempo debe mantenerse el tratamiento con AINE para evaluar su resultado?

Como mínimo dos meses. Si no se tiene éxito en este plazo, se continuará el tratamiento con drogas de segunda línea, como veremos más adelante.

Si el tratamiento es eficaz, el mismo deberá continuarse por un período no menor a seis meses, después de alcanzar la remisión.

Si no es eficaz, se puede intentar nuevamente por un período de dos meses, ya sea con el mismo medicamento o con otro AINE.

7) ¿Cuáles son las drogas de segunda línea y cómo deben usarse?

Las llamadas drogas de segunda línea o de acción lenta comprenden la hidrocloroquina, mefasalacina y las sales de oro.

Las dos primeras son poco utilizadas en función de su dudosa eficacia.

Las sales de oro se utilizan en las formas clínicas poliarticulares, por vía intramuscular a dosis de 1 mg/kg/día, alcanzando gradualmente una dosis máxima de 50 mg/dosis.

Debe efectuarse control de la función renal (orina, azoemia y creatininemia) función hepática y hemograma.

Merece especial mención el uso de metotrexate, cada día más utilizado y de forma más precoz, sobre todo

1. Encargada de la Policlínica de Seguimiento Reumatológico del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

2. Médica Residente de Pediatría del Ministerio de Salud Pública.

Integrantes de la Policlínica de Seguimiento Reumatológico del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

cuando no se logra la remisión con drogas de primera línea.

Está indicado el uso de esta droga por vía oral en cualquiera de las formas de ARI en dosis semanales de 10-15 mg/m² de superficie corporal.

Ya que el tratamiento de estos pacientes puede extenderse por varios años, es fundamental durante ese tiempo un estricto control de la función hepática, hematológica y renal.

8) ¿Qué es la artritis reactiva?

Es una forma clínica a expresión fundamentalmente osteo-articular (artritis), con elementos generales de fiebre, malestar indefinido, etcétera. Pueden ser reactivas, como lo expresa su nombre, a infecciones bacterianas (estreptocócicas), virales (varicela, rubéola, Parvo Virus B19, Epstein-Barr) o *Bordetella budgorfi*.

9) ¿Cómo se hace el diagnóstico?

Investigando estas etiologías en cuadros articulares que no tienen una clara sintomatología reumática.

10) ¿Cómo es el tratamiento?

Se deben tratar sintomáticamente, excepto cuando existen infecciones estreptocócicas o a *Bordetella budgorfi*.

La artritis reactiva estreptocócica acompañada de artritis e infección estreptocócica es una entidad que no cumple con los criterios de Jones.

Por esta razón se debe realizar un seguimiento de la

infección estreptocócica con antiestreptolisina O (AELO), ADNasa y antihialuronidasa, y el paciente deberá recibir tratamiento mensual de penicilina B (600.000 U en niños de hasta 20 kg de peso corporal o 1.200.000 U en niños con más de 20 kg de peso corporal). Este tratamiento puede prolongarse por un período de seis meses a dos años cuando existen dudas en el diagnóstico.

11) ¿Qué es el Síndrome de Sjögren?

Es un cuadro clínico que con mayor frecuencia se presenta en adolescentes del sexo femenino, con o sin artritis, parotiditis recidivante, prueba ocular para lágrimas anormal (ojo seco). Se confirma el diagnóstico con biopsia de glándulas salivales (infiltración linfocitaria con desaparición de acinos).

Bibliografía consultada

De Inocencio Arocena. Act Ped Esp 1995.

De Inocencio Arocena. Act Ped Esp 1996.

Rodríguez R. Reumatología pediátrica, 1993.

Southwood TR, Malleson PN. Arthritis in children and adolescents. Baillière's Clinical Pediatrics. International Practice And Research, 1993.

Cassidy, Petty. Textbook of pediatric rheumatology, 1995.

Correspondencia: Dra. Raquel Guariglia.
Francisco Canaro 2253/201. Montevideo, Uruguay