

Tratamiento actual de la artritis reumatoidea juvenil

Norman T. Ilowite

Pediatrics (Ed. esp) 2002; 53(1): 40-7.

La artritis reumatoidea juvenil (ARJ) se considera la enfermedad reumática más frecuente en la edad pediátrica.

Se define por la presencia de una artritis persistente en una o más articulaciones, durante por lo menos seis semanas, una vez excluidos otros procesos.

Los subtipos se definen en base a los síntomas de comienzo de la enfermedad: sistémica, pauciarticular y poliarticular.

La forma de comienzo, la positividad de los factores reumatoideos pero también el curso de la enfermedad son los elementos fundamentales para el pronóstico. Se señala la persistencia de los síntomas más allá de los seis meses en la forma sistémica como un importante factor predictivo de pronóstico desfavorable.

El tratamiento es mucho más difícil en aquellos pacientes con indicadores pronósticos desfavorables.

El objetivo terapéutico es aliviar el dolor articular crónico y suprimir el proceso inflamatorio, lo que se pretende lograr con fármacos y con fisioterapia para mantener la funcionalidad.

Se hace especial mención al control oftalmológico para tratar de evitar la uveítis crónica.

La primera línea del tratamiento farmacológico la constituyen los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), de los que la Food and Drugs Administration (FDA) acepta para su uso en pediatría al ibuprofeno, naproxeno, tolmetin y trisalicilato magnésico de colina.

Los fármacos modificadores de la enfermedad son aquellos que retardan la progresión radiológica.

El metotrexato (MTT) es el más utilizado, sobre todo para las formas de comienzo oligo y poliarticular, menos eficaz para las formas sistémicas. Debe controlarse su toxicidad hepática, aunque ésta es poco importante en la edad pediátrica y no se deben administrar vacunas a virus vivos durante el tratamiento.

La sulfasalacina está más limitada en su uso por su toxicidad hepática, gastrointestinal y hematología.

Los efectos de otros fármacos de este grupo como penicilamida, hidroxicloroquina y ciclosporina A no han sido suficientemente estudiados.

Nuevos fármacos

La leflunomida, agente inmunosupresor, fue aprobado

para su uso por la FDA en 1998 para adultos pero no se ha estudiado en niños.

El etanercepto, inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF), es el nuevo fármaco utilizado para reducir y retrasar el daño estructural en ARJ rebeldes a otros agentes.

En un estudio sobre 69 pacientes, se demostró que hubo mejoría en los pacientes de los tres subtipos de ARJ y que el efecto se mantenía por lo menos durante 16 meses.

Los niños deben ser vacunados antes de comenzar el tratamiento y no deben de recibir vacunas a virus vivos durante el mismo.

El infliximab, también inhibidor del TNF, es un anticuerpo monoclonal del que se disponen de pocos datos que avalen su eficacia.

Los inhibidores de cox 2 (celexocib y rofecoxib) tienen menos efectos gastrointestinales que los AINE, aunque este parece ser un problema menor en la edad pediátrica.

Problemas que persisten en el tratamiento

La limitación de la predicción de los factores pronósticos es un obstáculo para poder optimizar el tratamiento.

En los pacientes con mal pronóstico el MTT es la droga de primera línea, en caso de fracaso el etanercepto, a pesar de que no hay aún estudios a largo plazo, parece ser la droga de elección. Si el paciente no responde, la ciclosporina A, azatioprina, sulfasalacina y oro parenteral pueden ser otras opciones.

En las formas sistémicas graves, se puede intentar el tratamiento mensual con ciclofosfamida IV. Se ha considerado el trasplante de células madre autólogas, procurando evitar la complicación más grave, el síndrome de activación macrofágica.

Otros procedimientos terapéuticos y drogas deben considerarse aún en etapa experimental.

Comentarios

El tratamiento de la ARJ en sus formas severas sigue constituyendo un desafío para el reumatólogo pediatra.

El advenimiento de nuevas drogas, en particular el etanercepto, ha abierto una nueva esperanza, aunque la experiencia en pediatría es aún escasa en cuanto a eficacia y toxicidad a largo plazo.

Dra. Raquel Guariglia