

PREVALENCIA DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE PERIODO ENERO DE 2012 A DICIEMBRE 2016

PREVALENCE OF JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS IN PEDIATRIC PATIENTS. HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE. JANUARY 2012 TO DECEMBER 2016

PREVALÊNCIA DE ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL EM PACIENTES PEDIÁTRICOS. HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE PERÍODO DE JANEIRO DE 2012 A DEZEMBRO DE 2016

VERÓNICA QUINTANA^{1,2}, RUTH ALMEIDA¹, XAVIER TOMALÁ², MIGUEL ASTUDILLO¹

¹ Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador

² Hospital Roberto Gilbert Elizalde, Guayaquil Ecuador

RESUMEN

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en niños, constituye un grupo heterogéneo de entidades cuyo origen es desconocido. La incidencia y la prevalencia de la enfermedad son variables. **Objetivos:** determinar la prevalencia de artritis idiopática juvenil en pacientes pediátricos del hospital Roberto Gilbert Elizalde, durante enero 2012 a enero 2017. **Metodología:** se realizó un estudio de prevalencia retrospectivo, corte transversal, con una población de 36 pacientes, en los que se revisó historias clínicas que cumplieron con criterios de inclusión, se realizó análisis estadístico con programa Epi Info 3.2.2. En todo el estudio se mantuvo la significación estadística en una probabilidad del 5 % ($p \leq 0,05$). **Resultados:** se obtuvieron datos de un total de 36 pacientes, con prevalencia de AIJ 32/100000, todos ellos menores de 14 años en el momento del inicio de la enfermedad, en cuanto al sexo, 18 eran hombres (50%) y 18 mujeres (50%) con una ratio masculino/femenino de 1/1. La edad media a la que inició la enfermedad fue de 7,2 años. La mayoría de estos niños residían en Guayaquil (78 %). La manifestación clínica de debut fue artralgias 33%, seguida de fiebre prolongada. El tipo de AIJ predominante fue la poliarticular (48%), sistémica (44%). se objetivó aumento de la proteína C reactiva (PCR > 2 mg/l) en el 69 %, siendo el valor medio de esta proteína de 13,1 mg/l (IC 95 %: 0,2-1,8 mediana 5). La velocidad de sedimentación globular (VSG) se elevó por encima de 15 mm en el 41,6% de los pacientes (media 25; IC 95 %: 8-15; mediana 20). El factor reumatoide fue positivo solo en el 8%. Los hallazgos radiográficos más frecuentemente fueron erosiones óseas (6%), seguido aumento de partes blandas en la articulación afectada (presente en el 3% de los pacientes). El tratamiento de elección fue metotrexato. El 30 % de los pacientes requirieron la utilización de anticuerpos monoclonales en la mayoría de casos la forma poliarticular, entre los que tenemos etanercept 17%, infliximab 3%, rituximab 3%, tocilizumab 8%.

PALABRAS CLAVE: artritis idiopática juvenil, artralgias, prevalencia.

ABSTRACT

Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is one of the most frequent chronic diseases in children; the pathology constitutes a heterogeneous group of entities whose origin is unknown. The incidence and prevalence of the disease are variable. **Objectives:** to determine the prevalence of juvenile idiopathic arthritis in pediatric patients at the Roberto Gilbert Elizalde hospital from January 2012 to January 2017. **Methodology:** a retrospective, cross-sectional prevalence study was conducted, with a population of 36 patients, in which was reviewed medical records that met the inclusion criteria, statistical analysis was performed with the Epi Info 3.2.2 program. Statistical significance was support throughout the study at a probability of 5% ($p \leq 0.05$). **Results:** data were obtained from a total of 36 patients, with a prevalence of JIA 32/100000, all of them under 14 years of age at the time of the onset of the disease. In terms of sex, 18 were men (50%) and 18 women (50%) with a male / female ratio of 1/1. The mean age at which the disease began was 7.2 years. Most of these children resided in Guayaquil (78%). The first clinical manifestation was arthralgia 33%, followed by prolonged fever. The predominant type of JIA was polyarticular (48%), systemic (44%). an increase in C-reactive protein (CRP > 2 mg / l) was observed in 69%, the mean value of this protein being 13.1 mg / l (95% CI: 0.2-1.8 median 5). The erythrocyte sedimentation rate (ESR) rose above 15 mm in 41.6% of the patients (mean 25; 95% CI: 8-15; median 20). Rheumatoid factor was positive in only 8%. The most frequent radiographic findings were bone erosions (6%), followed by an increase in soft tissue in the affected joint (present in 3% of patients). The treatment of choice was methotrexate. In most cases, 30% of the patients required the use of monoclonal antibodies in the polyarticular form, among which we have etanercept 17%, infliximab 3%, rituximab 3%, and tocilizumab 8%.

KEYWORDS: arthritis juvenile, arthralgias, prevalence.

RESUMO

A artrite idiopática juvenil (AIJ) é uma das doenças crônicas mais frequentes na infância, constituindo um grupo heterogêneo de entidades de origem desconhecida. A incidência e prevalência da doença são variáveis. **Objetivos:** determinar a prevalência de artrite idiopática juvenil em pacientes pediátricos no hospital Roberto Gilbert Elizalde, no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2017. **Metodologia:** foi realizado um estudo de prevalência transversal, retrospectivo, com uma população de 36 pacientes, na qual foi revisaram os prontuários que atendiam aos critérios de inclusão, a análise estatística foi realizada com o programa Epi Info 3.2.2. A significância estatística foi mantida ao longo do estudo a uma probabilidade de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** os dados foram obtidos de um total de 36 pacientes, com prevalência de AIJ 32/100000, todos menores de 14 anos em At no tempo de aparecimento da doença, em relação ao sexo, 18 eram homens (50%) e 18 mulheres (50%) com proporção homem / mulher de 1/1. A idade média de início da doença foi de 7,2 anos, sendo que a maioria dessas crianças residia em Guayaquil (78%). A manifestação clínica de estreia foi artralgia 33% seguido por febre prolongada. O tipo de AIJ predominante foi poliarticular (48%), sistêmica (44%). foi observado um aumento da proteína C reativa (PCR > 2 mg / l) em 69%, sendo o valor médio dessa proteína 13,1 mg / l (IC 95%: 0,2-1,8 mediana 5). A velocidade de hemossedimentação (VHS) aumentou acima de 15 mm em 41,6% dos pacientes (média 25; IC 95%: 8-15; mediana 20). O fator reumatoide foi positivo em apenas 8%. Os achados radiográficos mais frequentes foram erosões ósseas (6%), seguidas de aumento de partes moles da articulação acometida (presente em 3% dos pacientes). O tratamento de escolha foi o metotrexato. Na maioria dos casos, 30% dos pacientes necessitaram do uso de anticorpos monoclonais na forma poliarticular, dentre os quais temos etanercepte 17%, infliximabe 3%, rituximabe 3% e tocilizumabe 8%.

PALAVRAS-CHAVE: artrite juvenil, artralgias, prevalência.

RECIBIDO: 15/09/2017
ACEPTADO: 14/10/2020

CORRESPONDENCIA: veronicajoomayra@gmail.com
DOI: <https://doi.org/10.23878/medicina.v23i2.1052>

INTRODUCCIÓN

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en niños,¹ constituye un grupo heterogéneo de entidades cuyo origen es desconocido. La enfermedad fue descrita por Cornil en 1867 y Diamant-Berger en 1890 ya aceptaba la existencia de diferencias clínicas. En 1940, Coss y Boots introdujeron la denominación de "artritis reumatoide juvenil", que fue de uso común durante muchos años.²

La incidencia y la prevalencia de la enfermedad son variables. En países desarrollados su incidencia es de 8-14/100 000 niños menores de 16 años, mientras que su prevalencia oscila entre 60-80 y 400/100 000 población pediátrica.¹

La clasificación más reciente de artritis inflamatorias en la infancia ha sido propuesta por la Liga Internacional de las Asociaciones de Reumatología (International League of Associations for Rheumatology, ILAR) en Santiago de Chile, en 1994, y revisada en Durban (1997) y Edmonton (2001)³, exige una duración mínima de la sintomatología de 6 semanas y una edad del paciente al diagnóstico inferior a 16 años. Se establecen 6 categorías o subgrupos: forma sistémica, forma oligoarticular, poliartrosis (subdividida a su vez en factor reumatoide [FR] positivo o negativo), artritis psoriásica, artritis asociada a entesitis y por último la categoría denominada "otras artritis".⁵

Dentro de las pruebas complementarias se utilizan reactantes de fase aguda los cuales se elevan y modifican dependiendo del grado de actividad inflamatoria, siendo las AIJ sistémicas y las poliarticulares en niños pequeños. El factor reumatoide es negativo excepto, por definición, en las poliarticulares.⁶

FR+. Se acepta que los anticuerpos antinucleares (ANA) resultan positivos en el 35% de los niños afectados de AIJ, aunque esta cifra puede aumentar hasta el 85% en niñas pequeñas con artritis pauciarticular alertándonos sobre el riesgo de uveítis crónica.^{2,5}

El tratamiento dependerá del grado de afectación articular, dentro de los utilizados se incluyen los AINES. Frenan la empleada es el metotrexato (MTX), antagonista de ácido fólico, Actúa a partir de la 3a semana, alcanzando la máxima efectividad a los 3 meses.^{1,6} Los agentes biológicos se han considerado síntesis de prostaglandina proinflamatoria inhibiendo la enzima ciclooxigenasa (COX).¹ Son los fármaco

con un gran avance dentro del tratamiento, ya que modifican la patogenia de la enfermedad. Frenan la actividad inflamatoria, mejorando la capacidad funcional y la calidad de vida.¹

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio epidemiológico retrospectivo para identificar a los pacientes de 1 año a 16 años ingresados en el hospital Roberto Gilbert Elizalde en el periodo enero 2015 a enero 2017 y diagnosticados de AIJ según los criterios acordados por la Liga Internacional de Asociaciones para la reumatología.

Se realizó revisión de 36 historias clínicas que cumplieron con criterios de inclusión, creando una base de datos en el programa Excel 2010. El estudio estadístico se realizó mediante el programa Epiinfo.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables y, posteriormente, una comparación entre 2 grupos diagnósticos. En todo el estudio se mantuvo la significación estadística en una probabilidad del 5% ($p \leq 0,05$). En el análisis descriptivo se utilizaron proporciones en las variables cualitativas. Las variables cuantitativas se expresaron como media, mediana e intervalo de confianza del 95% (IC 95%) de la media.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de un total de 36 pacientes, todos ellos menores de 14 años en el momento del inicio de la enfermedad, con prevalencia de 32/100000. La mayoría de estos niños residían en Guayaquil (78%), Durán (8,3%) y Milagro (8,3%), figura 1.

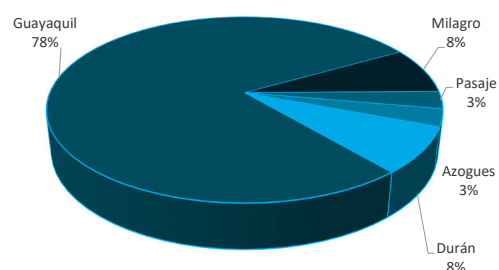


Figura 1. Distribución según la procedencia.

En cuanto al sexo, 18 eran hombres (50%) y 18 mujeres (50%) con una ratio masculino/femenino de 1/1. La edad media a la que empezaban las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad (Figura 2) fue de 7,2 años (IC 95%: 1-4,5 años; mediana de 7 años; límites 1-14 años). (Figura 2).

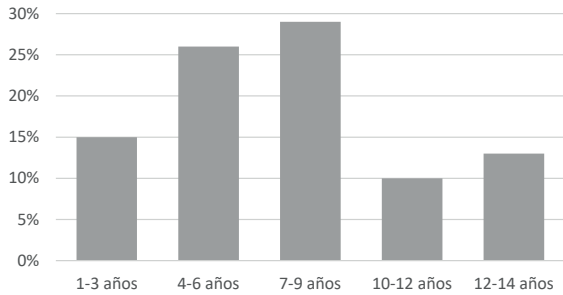


Figura 2. Distribución según edad de diagnóstico de la población.

La manifestación clínica de debut predominante fue artralgiás 33%, seguida de fiebre prolongada más artralgiás en un porcentaje similar 33%. De las cuales el dolor articular tipo generalizado se encuentra presente el 50% de la población. Le siguen en frecuencia las rodillas (21%) y tobillos(17%), interfalángicas manos (8%), hombro en 4%.

El 6% de los pacientes empezó con fiebre prolongada, 4% con tumefacción de rodillas y 2% presentaron adenopatías (Tabla 1).

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Artralgiás	12	33%
Artralgiás y fiebre prolongada	12	33%
Fiebre prolongada y rash	5	14%
Fiebre prolongada	2	6%
Adenopatías	1	3%
Tumefacción de rodillas	4	11%
Total	36	100%

El diagnóstico de artritis idiopática juvenil se hizo según los criterios establecidos por la Internacional League Against Rheumatism, la forma predominante en la mayoría de estos niños pertenecían a la forma poliarticular (48%), sistémica (44%). (Figura 3).

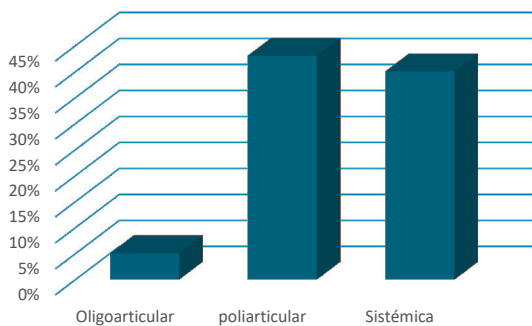


Figura 3. Distribución de la población según tipo AIJ.

Dentro de los exámenes complementarios se obtuvieron los valores de reactantes de fase aguda se objetivó aumento de la proteína C reactiva (PCR > 2 mg/l) en el 69%, siendo el valor medio de esta proteína de 13,1 mg/l (IC 95%: 0,2-1,8 mediana 5). La velocidad de sedimentación globular (VSG) se elevó por encima de 15 mm en el 41,6% de los pacientes (media 25; IC 95%: 8-15; mediana 20). (Figura 4). El factor reumatoide fue positivo solo en el 8%.

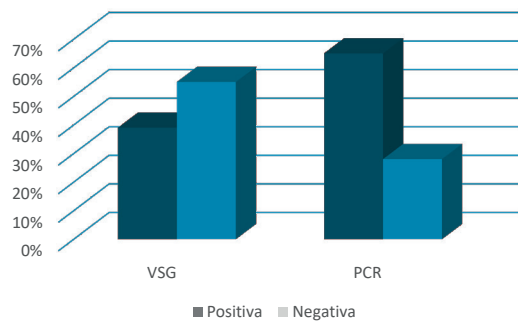


Figura 4. Reactantes de fase aguda en pacientes AIJ.

Respecto a los ANA, se consideraron positivos a títulos superiores a 1/160. Se observó asociación entre su positividad y la forma de presentación poliarticular y sistémica (p = 0,034), Chi cuadrado 12, pero no es estadísticamente significativa. Se realizaron radiografías simples de mano y rodilla, en el 9% de los pacientes que presentaban afectación de la misma. Como hallazgos radiográficos más frecuentemente observados destacan erosiones óseas (6%), seguido con aumento de partes blandas en la articulación afectada (presente en el 3% de los pacientes). (Figura 5).

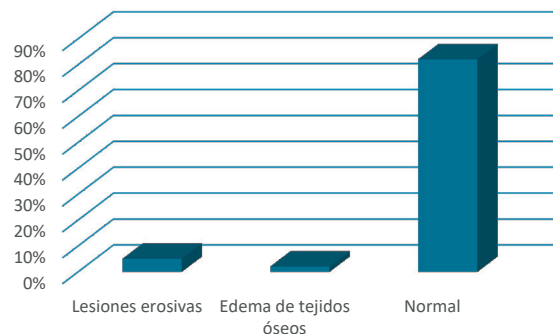


Figura 5. Hallazgos radiológicos en pacientes AIJ.

Los 37 pacientes del estudio fueron valorados regularmente por un oftalmólogo, quien no detectó casos de uveítis.

Respecto al tratamiento, el 86% de los niños (principalmente de las categorías poliarticular y sistémica) fue tratado con metotrexato, con posterior evaluación en 4 casos con escala de EVAS y CHAQ. El 30% de los pacientes requirieron la utilización de anticuerpos monoclonales en la mayoría de casos la forma poliarticular, entre los que tenemos Etanercept 17%, Infliximab 3%, Rituximab 3%, Tocilizumab 8%. (Figura 6).

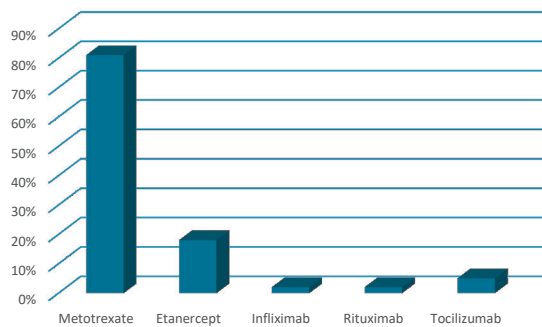


Figura 6. Tratamiento recibido por paciente AIJ.
Fuente: Base de datos.

DISCUSIÓN

El grupo de estudio los constituyeron 36 pacientes, 2/3 de los cuales residen en la Ciudad de Guayaquil, en cuanto al sexo, existe una relación masculino/femenino de 1/1, que difiere de otros estudios en la que es predominante el sexo femenino, especialmente en las formas oligoarticulares.^{1,6}

La edad de inicio de los síntomas y posterior diagnóstico tuvo una media 7,1 años, coincidiendo con otros estudios como el realizado por Calvo, I, cols., en el que se describe que pueden presentar con un pico a los 2 años y otro entre los 8 y 10 años,² en la presente experiencia, podría relacionarse el retraso con el diagnóstico, por la dificultad para acceder a servicios de salud en nuestro medio. Con respecto a la clasificación de AIJ, las formas predominantes fueron la poliarticular y la sistémica y un porcentaje muy pequeño oligoarticular, lo que difiere en la mayoría de estudios como los descritos Martínez, cols⁶ en el que se señala que existe un predominio casi siempre de las formas oligoarticulares.

Las manifestación clínicas de debut fueron artralgiyas y fiebre prolongada, lo que también es un factor que dificultad el diagnóstico temprano especialmente cuando se trata de iniciar con el estudio de fiebre prolongada. Dentro de los exámenes complementarios se encontró elevación de PCR en la mayoría de casos y con un porcentaje menor VSG, lo que coincide con lo descrito en la literatura

como Solís, P,⁷ que afirmar que los reactantes de fase aguda se modifican dependiendo del grado de actividad inflamatoria, siendo las AIJ sistémicas y las poliarticulares en niños pequeños, que cursan con más sintomatología general.⁷ El tratamiento de primera elección fue metotrexato, y en recaídas el uso de biológicos, sería conveniente en un posterior estudio analizar los efectos adversos y evaluación de la eficacia, utilizando escalas para valorar funcionalidad y dolor como EVAS y CHAQ ya que en el presente estudio sólo en 4 pacientes se las aplico.

CONCLUSIÓN

La Artritis Idiopática Juvenil en nuestro medio es una patológica reumatológica frecuente, con prevalencia de 32/100000 niños menores de 14 años que requiere un diagnóstico más temprano para mejorar su pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo, A, cols,(2016), "Recomendaciones para el uso de metotrexato en pacientes con artritis idiopática juvenil, en Revista de Asociación Española de Pediatría, Volumen 84, Número 3, Páginas 177.e1-177.e8, Madrid España.
2. Calvo, I, cols. (2012) "Artritis idiopática juvenil", en Revista de Asociación Española de Pediatría, Volumen 66, Cap 2, Páginas 25-48. Madrid España.
3. Cassidy J.T Petty (2011), RE Juvenile Rheumatoid Arthritis. Textbook of Pediatric Rheumatology, 12; 218-321.
4. Espada, G (2010), "Artritis idiopática juvenil. Parte 1: Diagnóstico, patogenia y manifestaciones clínicas", en Revista Scielo, Edición XV, Buenos Aires Argentina, DOI: 1668-3501
5. Galán, V, cols (2008), "Uveítis anterior y artritis idiopática juvenil", en Revista Scielo Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología, Edición XV, DOI 0365-6691.
6. Martínez, cols. (2010), Estudio Epidemiológico de Artritis Idiopática Juvenil en el Principado de Asturias: presentación de la casuística en los últimos dieciséis años", en Revista Anales de Pediatría. Vol 66, Núm. 1, Madrid España, DOI 10.1157.
7. Robinson V, cols (2012) "Thermotherapy for treating rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev. 20, DOI: 002826.
8. Solís, P (2013), "Artritis idiopática juvenil" Revista Pediatría Integral, Edición XVII(1), Madrid España, Págs. 24-33.
9. Takken T, cols, (2010) "Juvenile Idiopathic Arthritis Patients Benefit From an Exercise Program? A

- Pilot Study. Arthritis”, Revista Cochrane, Vol 26, Núm. 4, DOI 458393-12.
10. Ruperto N, Quartier P, Wulffraat N. A phase II, multicenter, open-label study evaluating dosing and preliminary safety and efficacy of canakinumab in systemic juvenile idiopathic arthritis with active systemic juvenile idiopathic arthritis with active systemic features. *Arthritis Rheum.* 2012;64:557-67.
 11. Modesto C, Antón J, Rodríguez B, Bou R, Arnal C, Ros J, et al. Incidence and prevalence of juvenile idiopathic arthritis in Catalonia (Spain). *Scand J Rheumatol.* 2010;39:472-9. 8.
 12. Benedetti F, Meazza C, Vivarelli M, Rossi F, Pistorio A, Cordero R, et al. Relevancia funcional y pronóstico del polimorfismo-173 del gen de la migración de macrófagos factor inhibitorio de comienzo sistémico artritis idiopática juvenil. *Arthritis Rheum.* 2003;48:1398-407.
 13. Benedetti F, Brunner H, Ruperto N, Kenwright A, Wright S, Calvo I, et al. Randomized trial tocilizumab in systemic juvenile idiopathic arthritis. *N Engl J Med.* 2012;367:2385-95.
 14. Quartier P, Prieur AM. Arthritis juvenile idiopathiques: Les diefférentes formes cliniques. *Rev Prat.* 2007;57:1171-8. 10. Cassidy TC, Petty RE. Juvenile rheumatoid arthritis. En: *Textbook of pediatric rheumatology.* Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 2001. p. 218-321.
 15. Miller ML, Levinson L, Pachman LM, Poznanski A. Abnormal muscle MRI in a patient with systemic juvenile arthritis. *Pediatr Radiol.* 1995; 25(suppl. 1):S107-S108. 12.