Artritis Idiopática Juvenil

Dra. Arlenn Carramiñana

Becada de Pediatria de primer años

Hoja de Ruta

- Introducción
- Criterios diagnósticos
- Sub-clasificación
- Laboratorio
- Diagnóstico diferencial
- Tratamiento
- Rehabilitación
- Pronóstico
- Discusión
- Conclusiones

Introducción

Inicialmente fue conocido como la “Enfermedad de Still” luego como “Artritis Reumatoide Juvenil” o “Artritis Crónica Juvenil”

Artritis idiopática juvenil es la enfermedad reumatológica crónica mas común, de etiología incierta, en el niño.

El curso de evolución de la enfermedad es impredecible, puede presentar recidivas y remisiones o progresar, con grados variables de discapacitación y deformidad residual

En Estados Unidos se usa como abreviación ARJ y en Europa ACJ

Introducción

- AUGE patología #63 (1 julio del 2010)
  - Garantiza acceso al tratamiento y continuación de esta
  - El tratamiento debe ser iniciado con un plazo máximo de 7 días desde el diagnóstico

Tipo de intervención sanitaria	Prestación o Grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel
Tratamiento	Tratamiento artritis idiopática juvenil	Mensual	71.050
	Tratamiento biológico artritis idiopática juvenil (consultas, exámenes y otros fármacos)	Mensual	42.660
	Tratamiento biológico artritis idiopática juvenil (fármacos biológicos)	Mensual	959.700

Epidemiología

- En países escandinavos incidencia de artritis de 109/100.000 niños al año
  - 17% corresponde a Artritis Idiopática Juvenil
- En Estados Unidos una incidencia de 9.2 casos nuevos por cada 100.000 habitantes y una prevalencia de 113 casos cada 100.000 habitantes
- Chile tiene una incidencia 10 -20 nuevos casos por cada 100.000 habitantes y una prevalencia de 25 casos por 100.000 habitantes (2007)

Etiopatogenia

- No ha sido aclarada, se sospecha que podía no solo existir un factor y se consideran agentes infecciosos, ambientales, cambios del sistema inmunitario y factores genéticos predisponentes
- Entre lo infeccioso se postula que Rubeola, VEB, Parvovirus B19
- Alteraciones de sistema inmune como hipergamaglobulinemia, FR (+), producción de inmunoglobulina en membrana sinovial
- Factor genético se asocia HLA
  - HLA-DRw8→ oligoarticulares
  - HLA-Dr5→ uveítis
  - HLA-DR4→ poliarticulares seropositivas
  - HLA-B27→entesitis y tendencia a evolucionar a espondilitis

DEFINICIÓN

- Inflamación de una o varias articulaciones, de causa desconocida, que afecta niños menores de 16 años y dura al menos 6 semanas, luego habiéndose excluido otras causas de artritis
- El diagnóstico es CLÍNICO
- 7 Subtipos
- Diagnóstico es retrospectivo

Subtipos

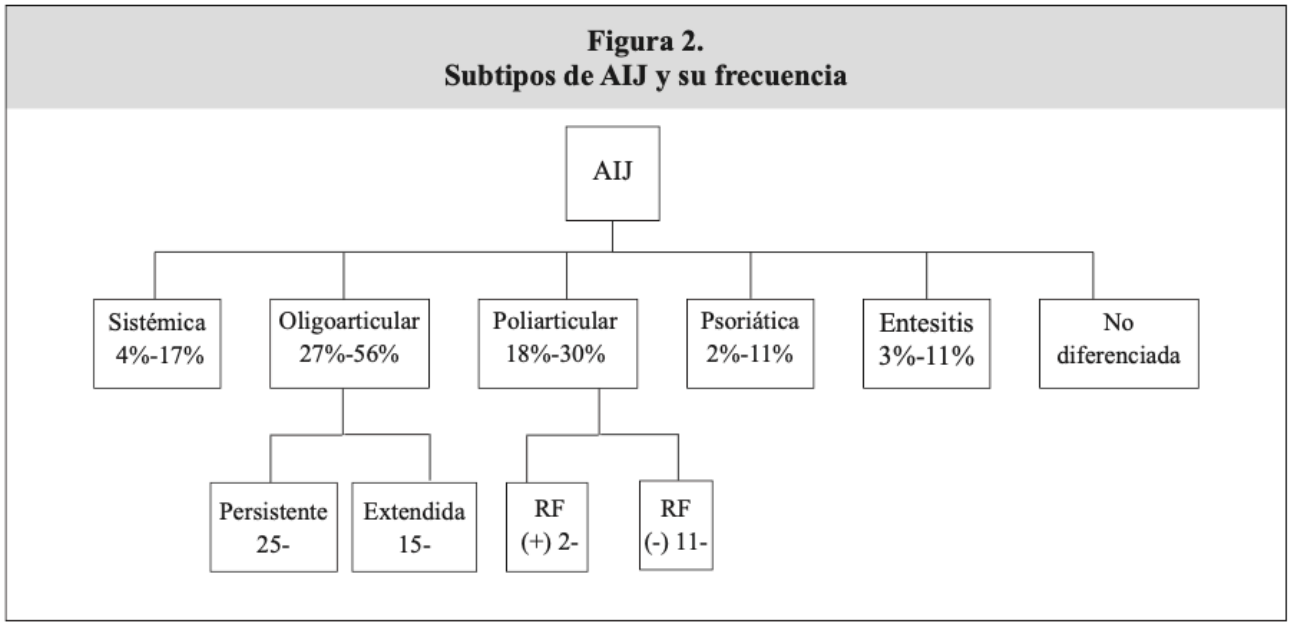


Figura 2.
Subtipos de AIJ y su frecuencia

AIJ: Artritis Sistémica



AIJ: Artritis Sistémica

- No tiene predilección por sexo o edad
- 20% del total de AIJ

Presencia de artritis con o precedida por fiebre intermitente por 2 semanas asociado a uno de los siguiente

- Erupción maculo-papular de color salmón y centro pálido, no pruriginoso, en tronco y miembros
- Linfoadenopatía generalizada
- Hepatoesplenomegalia
- Serositis

AIJ: Artritis Sistémica

- Compromiso poliarticular tanto de articulaciones grandes como pequeñas
- Hepatoesplenomegalia y poliadenopatias está presente en 1/3 de los pacientes
- Las serositis incluyen pericarditis y pleuritis que se manifiestan como dolor torácico
- ANA y FR están NEGATIVAS
- Leucocitosis, anemia microcítica hipocrómica, trombocitopenia, elevación de reactantes de fase aguda, elevación de enzimas hepáticas, elevación de ferritina
- Complicación:
  - Osteopenia
  - Osteoporosis
  - Retraso del crecimiento
  - Artritis erosiva
  - Amiloidosis
  - Síndrome de activación macrofágica

AIJ: Artritis Sistémica

- El 60-85% logra una remisión completa o parcial, pero hasta un 37% desarrollan una enfermedad poliarticular agresiva y destructiva

- Los síntomas sistémicos desaparecen aproximadamente a los 6 años.

- Son factores de mal pronóstico:
  - Tener menos de 6 años al momento del diagnóstico.
  - Duración de la enfermedad mayor de 5 años.
  - Síntomas sistémicos persistentes (fiebre sostenida o terapia esteroidal prolongada).
  - Trombocitosis (> 600.000 plaquetas / mL) en los primeros 6 meses de evolución.
  - Alteraciones radiográficas: erosiones articulares precoces.

AIJ: Poliarticular con FR(+)

AIJ: Poliarticular con **FR(+)**

- 2-10% de todas las artritis
- Son HLA-DR4.

- Compromete ≥5 articulaciones con ≥**2 pruebas de FR(+) con un plazo de 3 meses,** en los primeros 6 meses
- Se acompaña de fiebre leve, baja de peso, anemia, hepatoesplenomegalia y retraso del crecimiento leve

- Predominio en adolecentes y preadolescentes
- mas prevalente en niñas

- Compromiso temprano y simétrico de articulaciones pequeñas y presencia de nódulos reumatoideos
- El curso clínico es parecido a la artritis reumatoide del adulto, los nódulos subcutáneos tiene histología similar.

- FR(+) y anti-CCP son los marcadores predictores mas relevantes para daño articular significativo

Poliarticular



AJI: Poliarticular con FR(-)

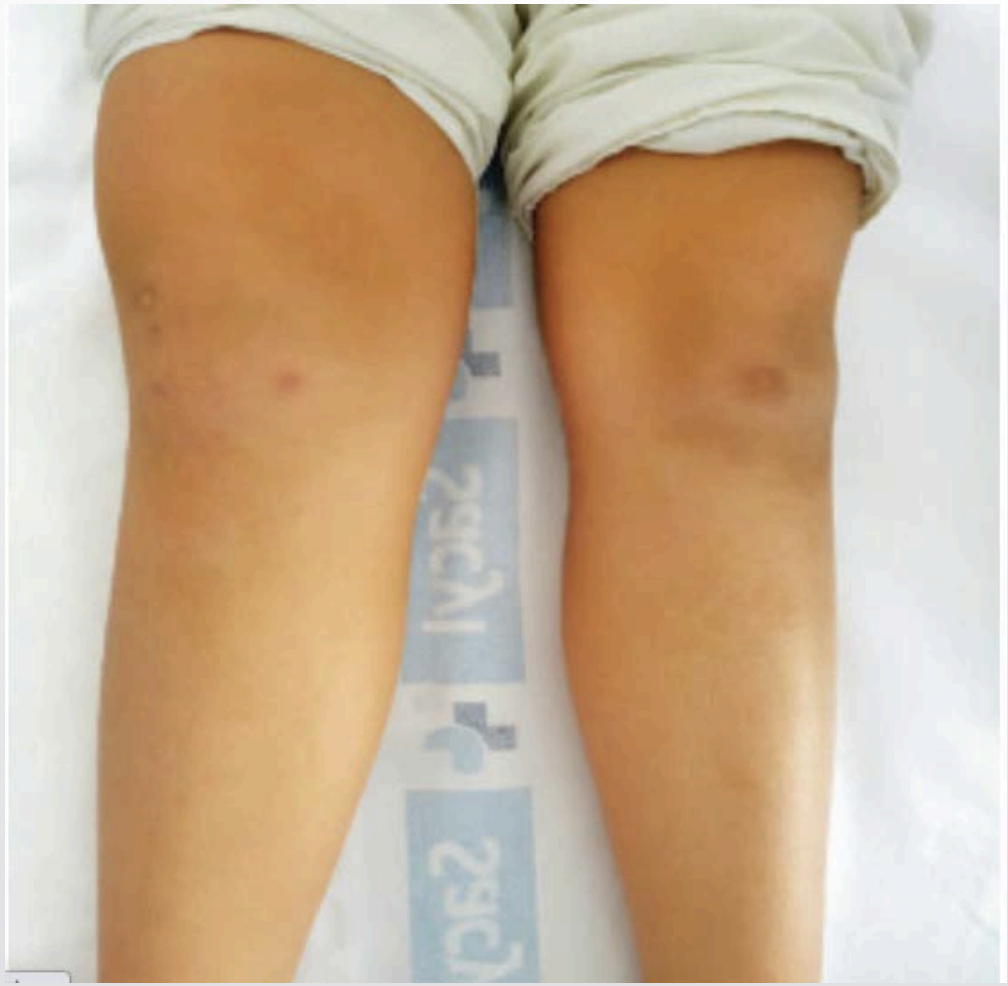
Poliarticular con FR(-)

- 11-30 % de todas AIJ
- Compromete ≥ 5 articulaciones durante los primero 6 meses y FR(-)
- Tiene 2 peaks: entre 2-4 años y entre 6-12 años
- Compromiso temprano y asimétrico de pequeñas y grandes articulaciones
- 10% artritis grave y discapacidad
- Tiene 3 subtipos
  - Tipo 1: Condición oligoariticular like que involucra mas de 4 articulaciones en los primeros 6 meses. asimétrico y además se asocia a uveitis, ANA(+) y asociación de HLA-DRB1
  - Tipo2: inicio a temprana edad, que involucra articulaciones tanto pequeñas como grandes, ANA (-)
  - Tipo 3: el peor pronóstico con mala respuesta a tratamiento con discapacidad asociado

AJI: Oligoarticular

Oligoarticular

- 40% de todas AIJ
- ≤ 4 articulaciones durante 6 meses
- Subgrupos
  - Persistente: no afecta más de 4 articulaciones durante el curso de la enfermedad
  - Extendida: luego de 6 meses, se afectan más de 4 articulaciones
- Predomina en mujeres menores de 6 años
- Asociación a FR(-) con ANA(+) en 70-80% de los pacientes
- Uveitis en 30% de los pacientes
- Pronóstico es bueno casi sin discapacidad funcional
- Afecta rodilla(80%), tobillo y codo de manera asimétrico
- Predictores para subtipo extendido
  - el compromiso de articulaciones de extremidades superiores
  - VHS elevada



Oligoarticular

AJI: Artritis psoriática

Artritis psoriática

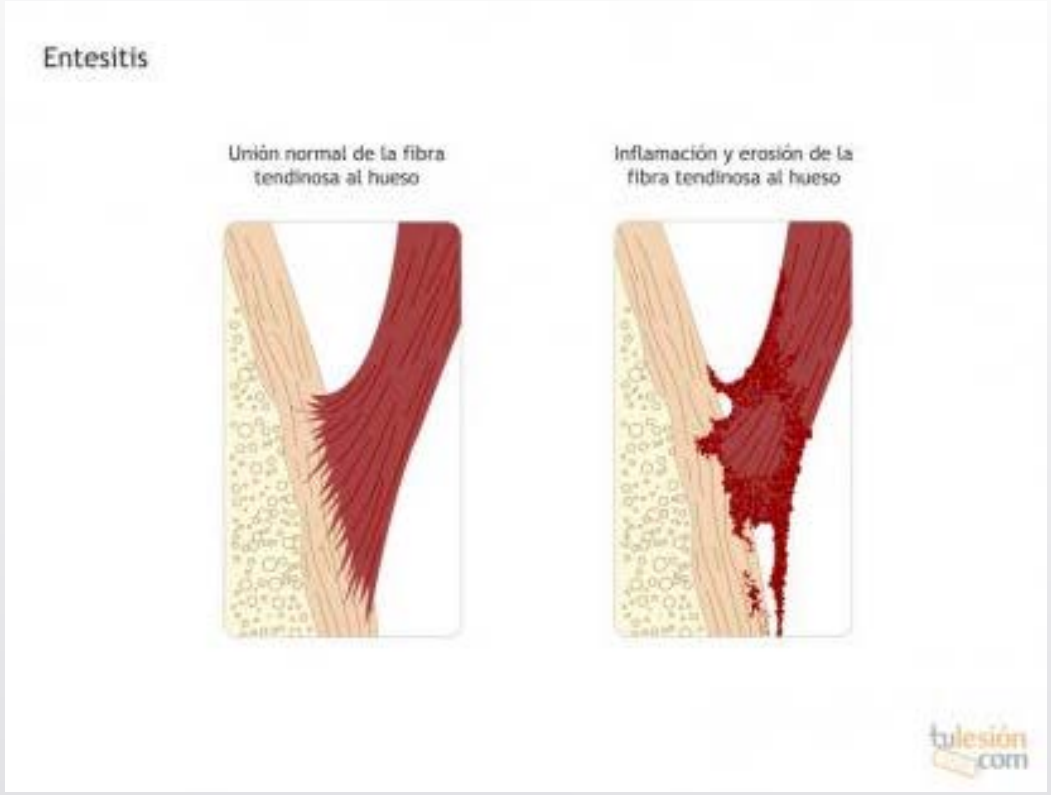
- Artritis acompañado de psoriasis o 2 de los siguientes
  - Dactilitis
  - Puntillado ungueal
  - Onicolisis
  - Antecedente de psoriasis en familiares de primer grado
- Articulaciones afectadas varían desde afectación simétrica de articulaciones pequeñas a afectación asimétrica de articulaciones grandes de las extremidades inferiores y finalmente puede parecerse a poliartritis FR(+)
- Psoriasis aparece en regiones extensoras, lugares de piel con vello, ombligo y periné







AJI: Artritis relacionada con entesitis



Entesitis

Es la inflamación de la inserción del tendón, fascia muscular con el hueso

Artritis relacionada con entesitis

Artritis relacionada con entesitis

- Artritis y entesitis combinada, artritis o entesitis con por lo menos dos de los siguientes síntomas :
  - presencia o historia de sensibilidad en las articulaciones sacroiliacas y/o dolor lumbosacro inflamatorio
  - presencia de HLA-B27
  - aparición de artritis en niños hombres de más de seis años de edad
  - uveítis aguda (sintomática) anterior
  - historial de espondilitis anquilosante relacionada con

- Tendón de Aquiles es el más afectado, también puede afectar inserción patelar del cuádriceps, calcáneo e inserciones metatarsianas de la fascia plantar

- Afecta predominantemente a articulaciones del esqueleto axial, aunque también puede presentarse compromiso periférico, sobre todo a edad prepuberal.

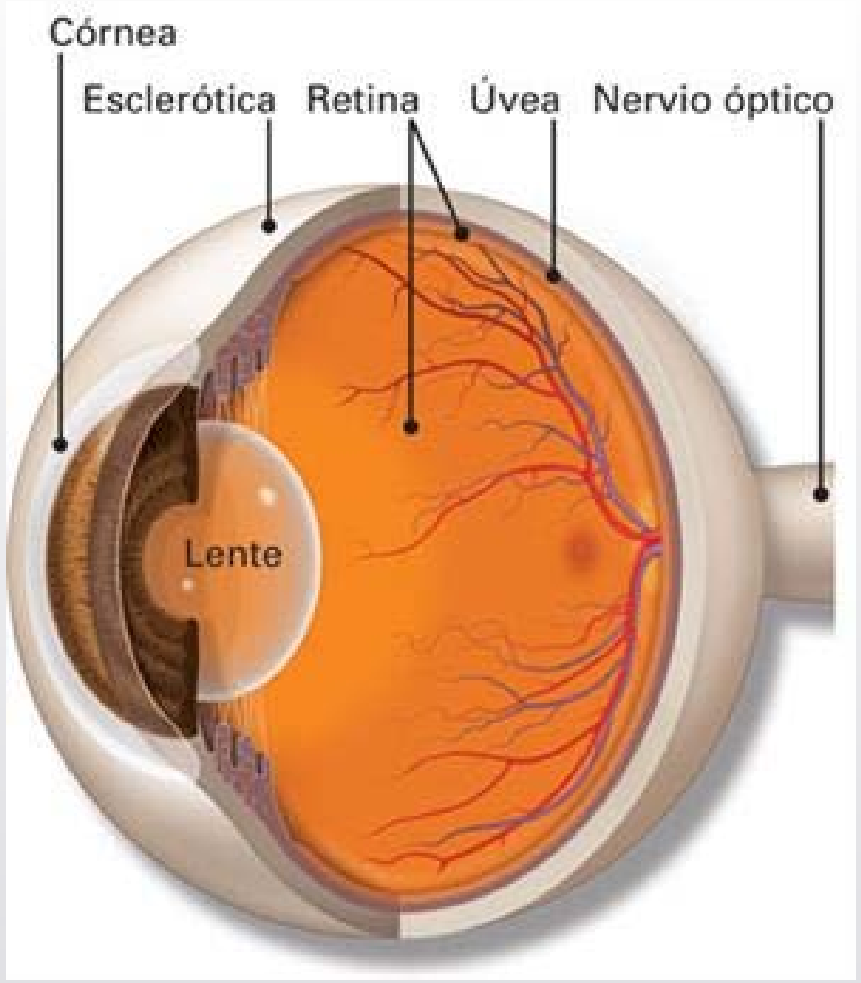
- Factores de mal pronóstico:
  - Es la evidencia de daño radiográfico articular (erosiones y/o disminución de espacio articular).

  - Tiene un riesgo potencial de evolucionar como una espondilitis anquilosante.



entesitis

AIJ y Uveítis



Uveítis

- Es la inflamación de la capa intermedia del globo ocular que contiene vasos sanguíneos que nutren el ojo.
- Síntomas:
  - Enrojecimiento del ojo con o sin dolor
  - Fotofobia
  - Visión borrosa
  - Aparición de manchas blancas que se mueven en el campo visual

AIJ y Uveítis

- Incidencia de 13% en todas las AIJ, subgrupo de oligoartritis es de un 30%, poliartritis con FR(-) 20% y artritis psoriática 10%
- Factores de riesgo:
  - Mujer
  - <6 años
  - ANA(+)
  - HLA-B27

- La presentación habitualmente es asintomática o insidiosa por lo que debe estar en control periódico con oftalmología
- La detección oportuna requiere de una lámpara de hendidura que puede ver la presencia de celulas inflamatorias y “flare”(aumento de la concentración de proteínas) en la cámara anterior del ojo

- En niños con uveítis activa deben recibir prednisona acetato al 1% + MTX
- Mayoría de los caso con bilateral > 70%
- Complicaciones:
  - Queratopatía 23%
  - Glaucoma 18-23%
  - Ceguera



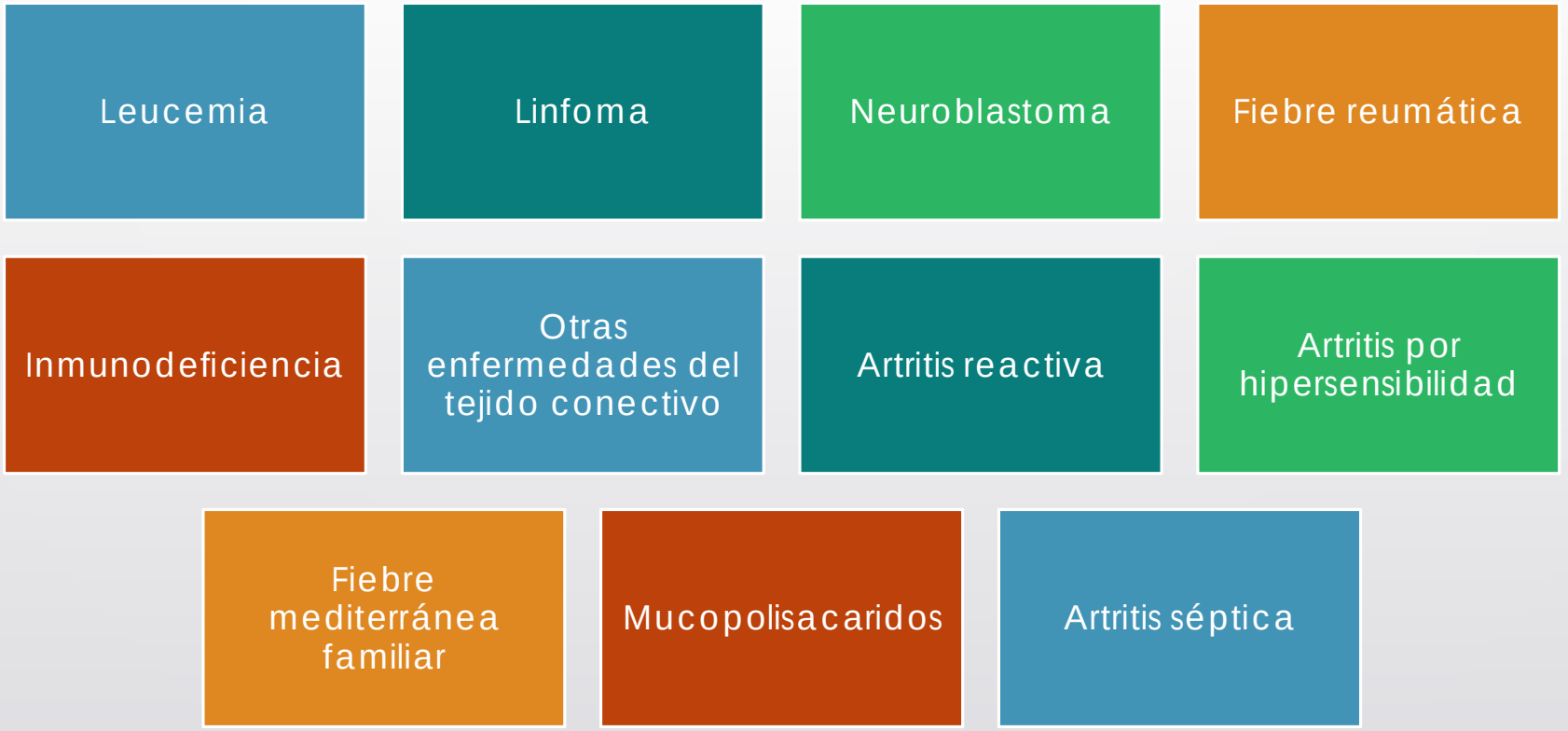
Uveitis

Laboratorio:

No hay pruebas diagnósticas patognomónicas

- Hemograma
- PCR
- VSH
- Ferritina
- FR
- ANA
- Anti-CCP
- Inmunoglobulinas
- Ecografía
- RNM con Gadolinio

Diagnósticos diferenciales



Recomendación de vacunas

Recomendaciones de vacuna

- Poliomielitis inactivada
- Deben recibir esquema 2-4-6-12 meses de vacuna neumocócica conjugada y vacuna neumocócica polisacárida después de los 2 años, Si no hay vacunación conjugada en el primer año de vida, colocar una dosis de conjugada (Ej Prevenar 13) y 1-2 meses después la vacuna neumocócica polisacárida.
- Deberían haber recibido cuatro dosis de *Haemophilus influenzae b* antes de los cinco años de edad.
- Varicela: profilaxis en pacientes con antecedente de contacto con enfermo , en caso de no haber tenido varicela de debe poner vacuna dentro de primeras 2 semanas de tratamiento .
-

Tratamiento

Tratamiento

- Equipo multidisciplinario
  - Reumatólogo Infantil
  - Pediatra
  - Oftalmólogo
  - Traumatólogo
  - Kinesiólogo
  - Psicólogo
  - Asistente social

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO ES:

- REDUCIR EL DOLOR E INFLAMACIÓN ARTICULAR
- MANTENER O MEJORAR LA FUNCIÓN.
- PREVENIR DEFORMIDADES.
- CORREGIR DEFORMIDADES.
- Logro de vida normal, física, sicológica y social.

Tratamiento

- Para manejo del dolor, solo sintomático, no modifica curso de enfermedad

Tabla 1.

Anti-inflamatorios no esteroidales						
Grupo	**Nombre**	**Dosis mg/kg/d**	**Intervalo**	**Dosis mx/d mg**	**Acción cox**	**Observación**
~~AAS~~	~~Aspirina~~	~~60-80~~	~~4 hr.~~	4gr (2gr /m²)	No selectivo	Niveles 20-25mg/dl, ~~medición 2 hr. después~~ dosis matinal
Ac. Aril prionico	Naproxeno Ibuprofeno Ketoprofeno	15-20 30-40 3-5	12 hr. 6-8 hr. 6-8 hr.	1000 2400 300	No selectivo todos	
Ac. Aril Acético	Diclofenaco Sódico	2-3	6-8 hr.	150	No selectivo	
Ac. Indol Acético	Indometacina	1,5-3	6-8 hr.	150	No selectivo	
Oxican	Meloxican	0,12-0,25	24hr.	15	Cox2 selectivo	
Coxib	Celeccoxib	6 – 12	24 hr.	400	Cox 2 selectivo	Presentación 100 - 200 mg

Tratamiento Metotrexato

- Es la droga de elección para iniciar tratamiento y debe ser iniciada de forma temprana, antes de 3 meses del comienzo de los síntomas,
- Dosis :12.5 a 15 mg/m2 superficie corporal, 1 vez a la semana por vía oral o subcutánea
- Su efecto comienza entre las 6 y 10 semanas
- Se debe controlar con hemograma y perfil hepático mensual, posteriormente cada 3m
- Debe suspenderse en caso de sospecha de cuadro infeccioso intercurrente.
- Debe administrarse ácido fólico 5 mg el día subsiguiente al MTX o dar comprimido 1mg de lunes a viernes y colocar MTX el sábado
- Presentación
  - Ampollas de 50 mg en 2 ml
  - Comprimidos de 2.5, 5 y 10 mg.

Terapia esteroidal local

- Es de elección en AIJ oligoarticular y otras formas de AIJ, cuando no responden en forma eficiente a terapia con AINEs o en espera de efecto de las drogas de acción lenta o para reforzar efecto en artritis persistente sin respuesta a la terapia sistémica
- La droga de elección en niños es el hexacetónido de triamcinolona, en dosis de 1 mg/kg en grandes articulaciones y 0,5 mg/Kg en articulaciones medianas.
- Luego de la infiltración, se recomienda reposo del paciente durante 24 a 48 horas y el uso de férulas según la articulación infiltrada

Agentes biológicos

- Pertenecen a un nuevo grupo de agentes terapéuticos, que han demostrado producir efectos muy poderosos en el control de la inflamación, bloqueando la acción de diversas citoquinas, de esta forma disminuyen el daño inflamatorio.
- 3 anti TNF:
  - Etanercept
  - Infliximab
  - Adalimumab

Etanercept

- Es una proteína de fusión humana que se une al receptor del TNF

- Presentación:
  - ampollas de 25 mg y 50 mg
  - Dosis: 0.4 mg/kg, 1 veces a la semana uso subcutáneo.

- Monitoreo clínico:
  - mejoría se observa después de 3 a 4 dosis.
  - Se debe suspender si se sospecha infección.

Infliximab

- Es un anticuerpo quimérico, (mezcla ratón/humano), se une al TNF soluble y al TNF unido a las células.
- Debe siempre combinarse con MTX para evitar anafilaxis a los componentes murinicos
- Dosis: 3 - 5 mg/kg E.V., semana 0, 2ª, 6ª y luego cada 4 – 8 semanas, dependiendo de la evolución del paciente.
- Monitoreo clínico:
  - controlar al paciente previo a cada infusión
  - siempre se debe realizar hospitalizado
  - mejoría puede verse desde primera dosis,
  - suspender en caso de sospecha de infección.

Adalimumab

- Es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une a TNF alpha.
- Dosis 24mg/m2/15días
- Debe combinarse con metrotrexato

Otros Agentes Biológicos

Anakinra

- Recombinante humano agonista al receptor de IL-1
- Se administra subcutáneo en dosis 2-10 mg/kg/día (máximo 200 mg)

Canakinumab

- Un anticuerpo humano monoclonal que se une específicamente a IL-1β.
- 4mg/kg/cada 4-8 semanas en niños de menos 40 kg y 150 mg cada 4-8 semanas en niño > 40 kg.

- Mayor vida media que anakinra y menos reacciones inflamatorias en sito de punción

Otros Agentes Biológicos

Tocilizumab

- Anticuerpo monoclonal humanizado que se une al receptor de IL-6
- Se ha usado en paciente > 2 años en combinación MTX
- Se usa cuando AIJ sistémica no responde a tratamiento habitual y en AIJ poliarticular FR +.
- La dosis recomendada 12 mg/kg/2-4 semanas < 12 kg y 8 mg/kg/2-4 semanas >12 kg.

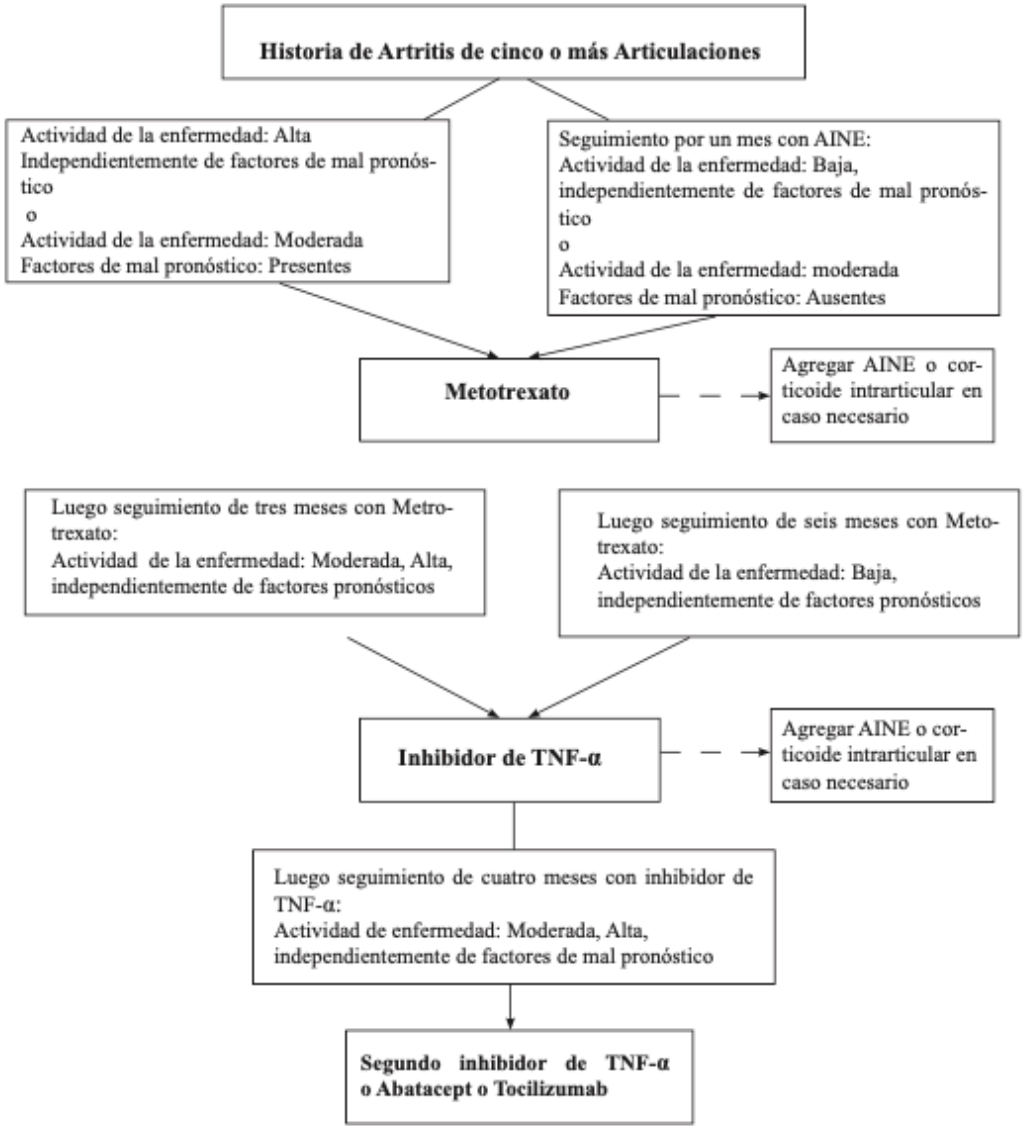
Otros Agentes Biológicos

- **Rituximab:**
- Anticuerpo monoclonal que aumenta la apoptosis de celulas-B y disminuye la maduración de celulas- B CD20
- Dosis: 375mg/m2 en 3 -4 dosis

Tofacitinib/CP-690.550

- Es un inhibidor selectivo de JAK que actúa inhibiendo JAK1 , JAK2 y STAT 1
- Actualmente se ocupa en adultos con artritis reumatoide

Figura 3.
Algoritmo de Tratamiento de Artritis Idiopática Juvenil con cinco o más articulaciones activas



Poliarticulares

Cuadro 1.
Factores de mal pronóstico y actividad de enfermedad en artritis con compromiso de cinco o más articulaciones

CARACTERÍSTICAS DE MAL PRONÓSTICO (debe cumplir 1)

1. Artritis de cadera o columna cervical
2. Factor reumatoide positivo o anticuerpo anti péptido cíclico citrulinado positivo
3. Daño radiológico (erosiones o estrechamiento de espacio articular por radiografía)

NIVEL DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

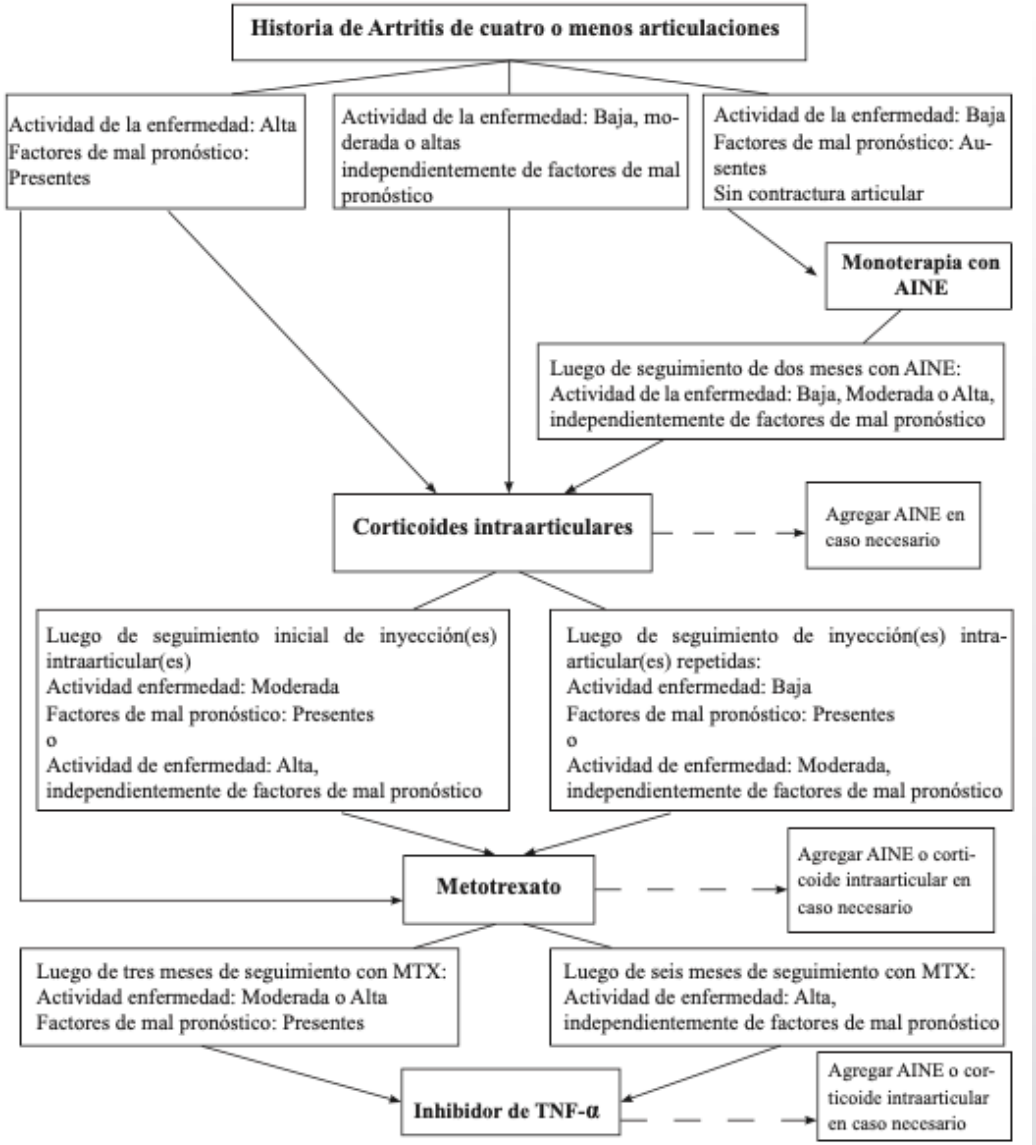
- **Baja actividad de la enfermedad** (debe cumplir todos)
  - o Cuatro o menos articulaciones activas
  - o Velocidad de eritrosedimentación globular o proteína C reactiva normal
  - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico < 4 de 10
  - o Evaluación global de bienestar paciente / padre < 2 de 10

- **Moderada actividad de la enfermedad** (sin criterios de baja o alta actividad)
  - o Una o más características de baja actividad y menos de 3 características de alta actividad

- **Alta actividad de la enfermedad** (debe cumplir al menos 3)
  - o Ocho o más articulaciones activas
  - o Velocidad de eritrosedimentación globular o aumento de proteína C reactiva > dos veces el valor normal
  - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico ≥ 7 de 10
  - o Evaluación global de bienestar paciente / padre ≥ 5 de 10

Poliarticulares

Figura 4.
Algoritmo de Tratamiento Artritis Idiopática Juvenil con cuatro o menos articulaciones activas



AIJ Oligoarticular

Oligoarticulares

Cuadro 2.
Factores de mal pronóstico y actividad de enfermedad en artritis con compromiso de cuatro o menos articulaciones

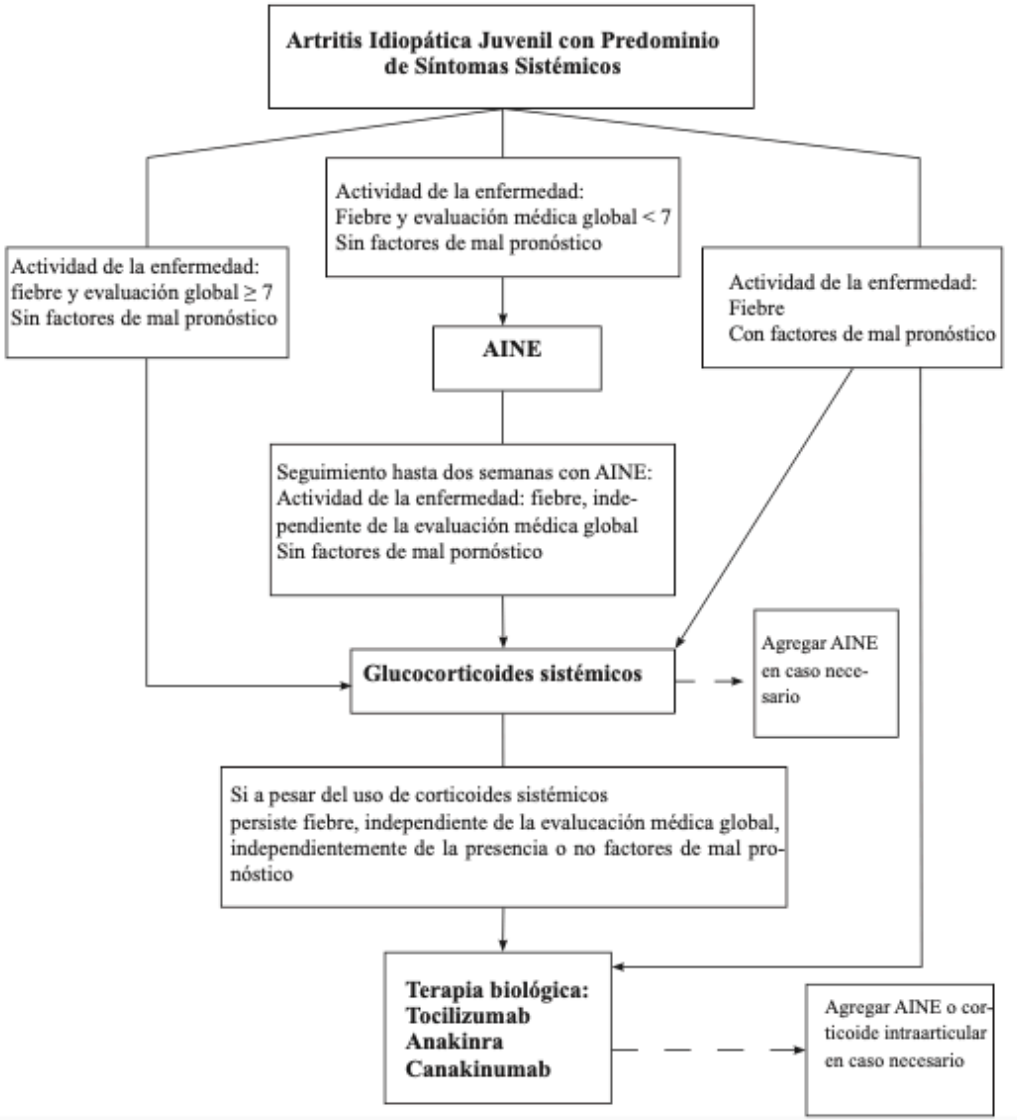
CARACTERÍSTICAS DE MAL PRONÓSTICO (debe cumplir 1)

1. Artritis de cadera o columna cervical
2. Artritis de tobillo o muñeca y marcadores de inflamacion elevados
3. Daño radiológico (erosiones o estrechamiento de espacio articular por radiografía)

NIVEL DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

- **Baja actividad de la enfermedad** (debe cumplir todos)
  - o Una o menos articulaciones activas
  - o VHS o PCR normal
  - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico < 3 de 10
  - o Evaluación global de bienestar paciente / padre < 2 de 10
- **Moderada actividad de la enfermedad** (sin criterios de baja o alta actividad)
  - o Una o más características de baja actividad y menos de 3 características de alta actividad
- **Alta actividad de la enfermedad** (debe cumplir al menos 3)
  - o Dos o más articulaciones activas
  - o Velocidad de eritrosedimentación globular o aumento de proteína C reactiva > dos veces el valor normal
  - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico ≥ 7 de 10
  - o Evaluación global de bienestar paciente / padre ≥ 4 de 10.

Figura 5.
Algoritmo de Tratamiento de Artritis Idiopática Juvenil Sistémica con Características Sistémicas Activas (y sin artritis activa)



AIJ Sistémica
No activa

Cuadro 4.
Factores de mal pronóstico y actividad de enfermedad en artritis sistémica con características sistémicas activas (y sin artritis activa)

CARACTERÍSTICAS DE MAL PRONÓSTICO (debe cumplir 1)

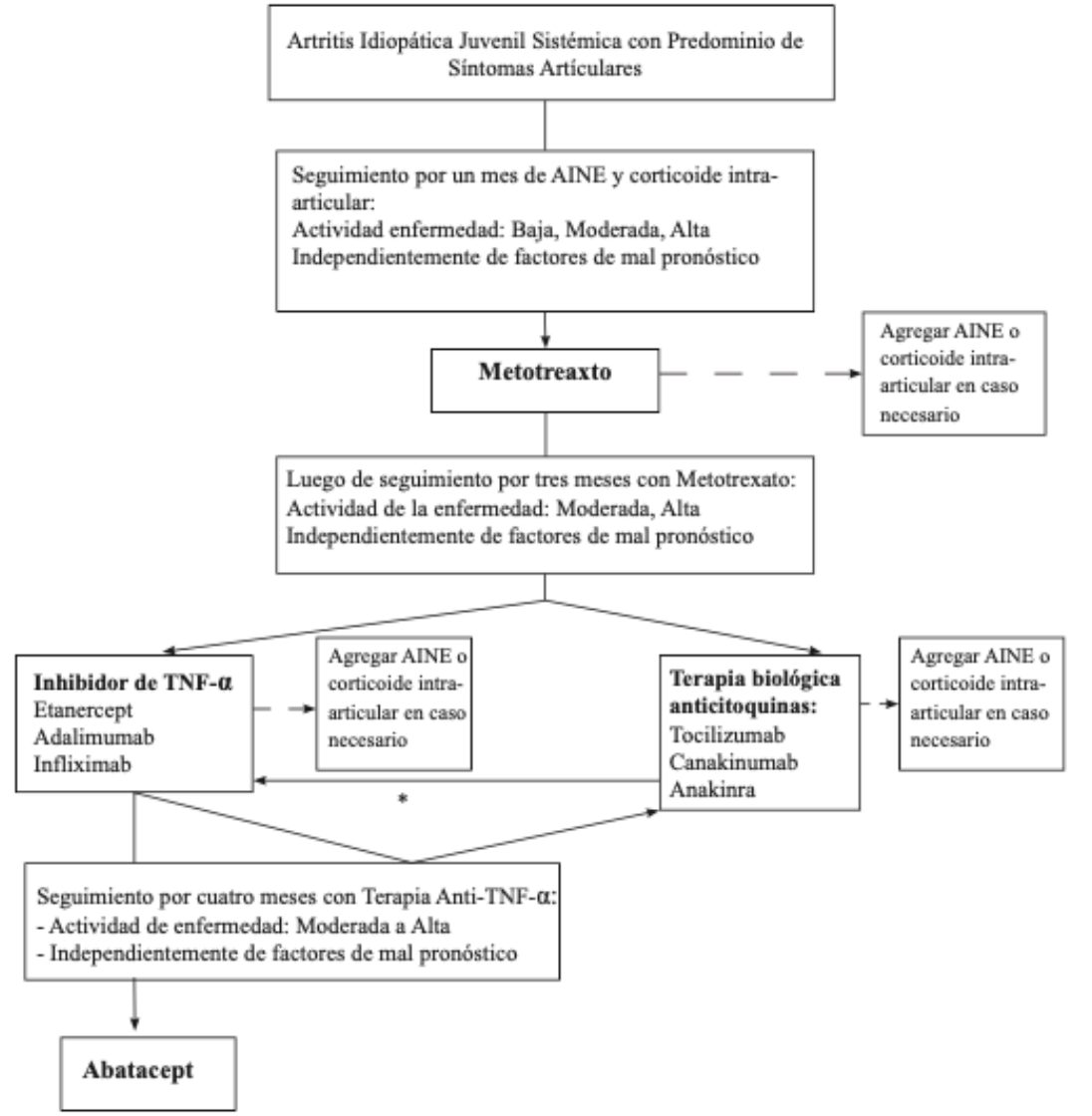
1. Seis meses de duración de significativa actividad de enfermedad sistémica, definida por: fiebre, parámetros inflamatorios elevados o requerimiento de glucocorticoides sistémicos

NIVEL DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

- Baja actividad de la enfermedad
  - o Fiebre activa y evaluación global de actividad de la enfermedad por médico < 7 de 10
- Alta actividad de la enfermedad
  - o Fiebre activa y características sistémicas severas (por ejemplo, serositis significativa) que resultan en una evaluación global de actividad de la enfermedad por médico ≥ 7 de 10.

AIJ Sistémica No activa

Figura 6.
Algoritmo de Tratamiento de Artritis Idiopática Juvenil Sistémica con Artritis Activa (y sin características sistémicas activas)



AIJ sistémica ACTIVA

Cuadro 5.
Factores de mal pronóstico y actividad de enfermedad en artritis sistémica con artritis activa (y sin características sistémicas activas)

CARACTERÍSTICAS DE MAL PRONÓSTICO (debe cumplir 1)

1. Artritis de cadera
2. Daño radiológico (erosiones o estrechamiento de espacio articular por radiografía)

NIVEL DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

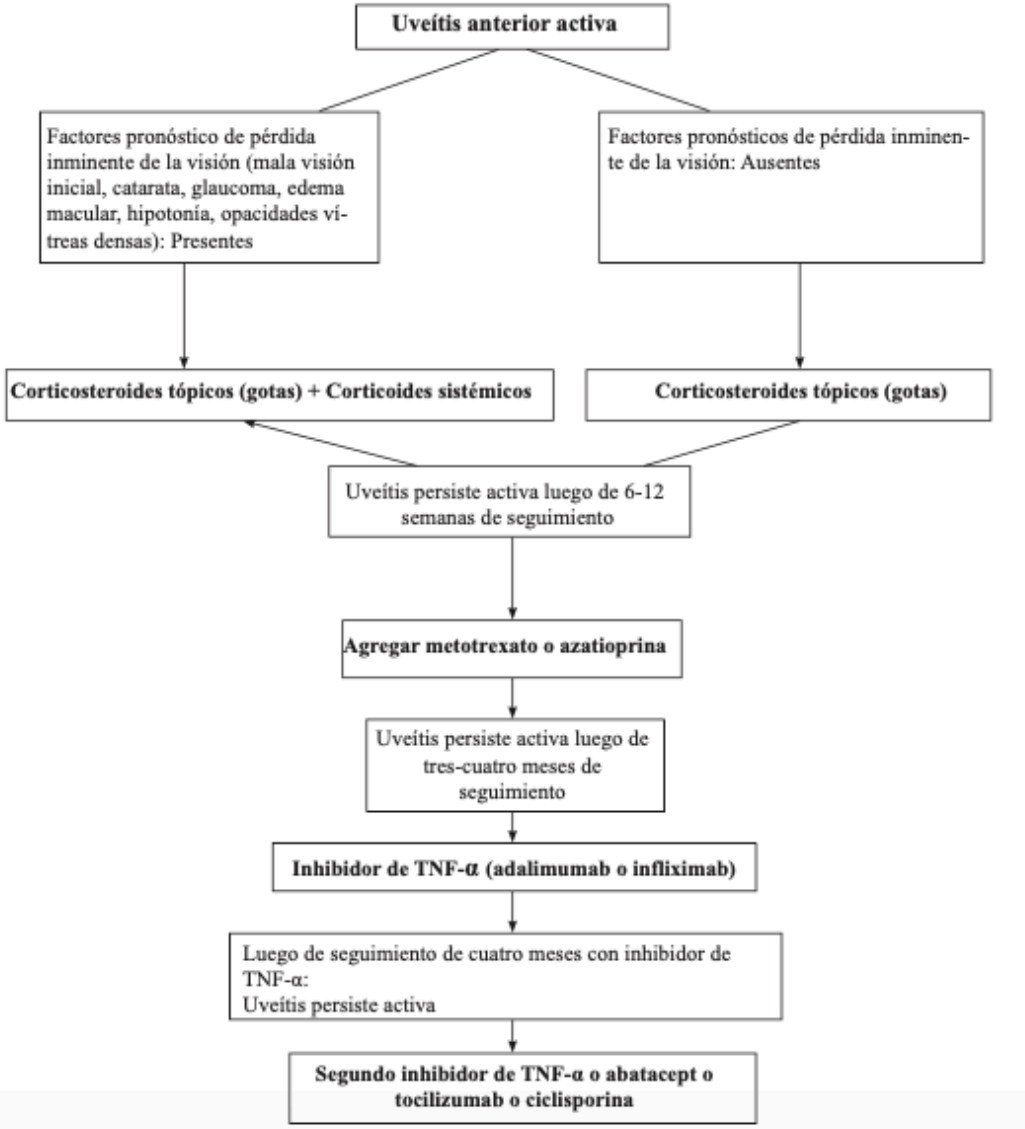
- **Baja actividad de la enfermedad** (debe cumplir todos)
  - o Cuatro o menos articulaciones activas
  - o Velocidad de eritrosedimentación globular o proteína C reactiva normal
  - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico < 4 de 10
  - o Evaluación global de bienestar de paciente / padre < 2 de 10

- **Moderada actividad de la enfermedad** (sin criterios de baja o alta actividad)
  - o Una o más características de baja actividad y menos de 3 características de alta actividad

- **Alta actividad de la enfermedad** (debe cumplir al menos 3)
  - o Ocho o más articulaciones activas
  - o Velocidad de eritrosedimentación globular o aumento de proteína C reactiva > dos veces el valor normal
  - o Evaluación global de actividad de la enfermedad por médico ≥ 7 de 10
  - o Evaluación global de bienestar paciente / padre ≥ 5 de 10.

AIJ sistémica ACTIVA

Figura 7.
Algoritmo de Tratamiento de Uveítis asociada a Artritis Idiopática Juvenil

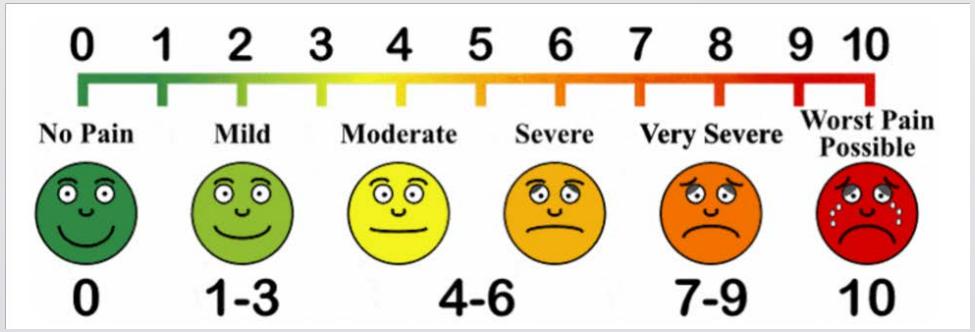


Artritis Y Uveítis

Cuando saber si está inactiva?

JADAS

1. Articulaciones activas(articulaciones inflamada o sensibles con restricción del movimiento)
2. Evaluación general de la actividad de la enfermedad según el medico
3. Evaluación general de la actividad de la enfermedad según los padres/pacientes
4. VSH y/o PCR (valor)



Seguimiento

< 6 años y ANA(+)	>6mese y ANA(+)	<6 años y ANA(-)	>6años y ANA(-)
• Duración de la enfermedad < 4 años: evaluación ocular c/3 meses. • Duración de la enfermedad > 4 años: evaluación ocular c/6meses • Duración de la enfermedad > 7 años: evaluación ocular c/12 meses.	• Duración de la enfermedad < 4 años: evaluación ocular c/6 meses. • Duración de la enfermedad > 4 años: evaluación ocu lar c/12 meses.	• Duración de la enfermedad < 4 años: evaluación ocular c/6 meses. • Duración de la enfermedad > 4 años: evaluación ocular c/12 meses.	• Evaluación ocular cada seis meses.

REHABILITACIÓN

Rehabilitación según eTapa

Aguda

↑ volumen, dolor e impotencia funcional de una o más articulaciones debido a inflamación articular

Objetivos:

- ↓ severidad de inflamación y dolor
- Mantener rangos de movilidad articular
- Evitar limitaciones articulares
- Prevenir debilidad muscular

Subaguda

↓síntomas y signos inflamatorios, con aparición de infiltración celular alrededor de la articulación.

Objetivos

- Mantener o ↑ rangos de movilidad articular
- Prevenir debilidad muscular
- Favorecer la independencia del niño en sus actividades cotidianas

Remisión

ausencia de inflamación aguda

Objetivo

- Mejorar rangos de movimiento articular
- Mantener y/o mejorar condición aeróbica y tolerancia al esfuerzo
- Aumentar fuerza y resistencia muscular

Rehabilitación

Teletón

- El plan de tratamiento incluye:
  - Atención médica: fisiatría.
  - Atención terapéutica: kinesiología, terapia ocupacional, psicología, hidroterapia.
  - Ayudas técnicas: órtesis, adaptaciones, elementos de apoyo para desplazamientos, entre otros.
  - Apoyo al proceso de inclusión educativa, social y laboral.

  Rehabilitación en MF y R institucional, en CESFAM, en colegio y en casa.

https://www.artritisjuvenil.cl/

Seguimiento

Seguimiento

- control y exámenes de laboratorio cada 4-6 semanas hasta mejoría y desde ahí cada 3 meses

- falla de tratamiento se define como insuficiente mejoría luego de recibir 3 meses de tratamiento

Pronóstico

- Forma sistémica y poliarticular seropositiva son más graves y contribuyen al 30% de discapacidad al cabo de 10-15años
- Tratamiento agresivo tempranamente y la administración de corticoides intra -articular ha mejorado significativamente el pronóstico
- A pesar del progreso hay pacientes que aún tienen la enfermedad activa con progresión clínica
- La mayoría de los pacientes con AIJ oligoarticular lograr la remisión, el riesgo de uveítis, erosiones articulares o mayor extensión de la enfermedad hace que sea un subgrupo de cuidado
- Pronóstico favorable está asociado con la presencia de ANA y ausencia de FR y anticuerpos antiCCP

Discusión

- Se plantea que la clasificación actual no es funcional ya que un gran porcentaje de estos pacientes llevan esta enfermedad a la adultez
  - Artritis sistémica → Enfermedad de Still
  - Poliarticular con FR(+) y FR(-) → Artritis Reumatoidea

- Estudios han demostrado que al inicar metotrexato tempranamente mejora el pronóstico y los años de remisión.

- Mientras más agresivo el tratamiento en etapas tempranas, mejor funcionalidad a largo plazo y más años libre de enfermedad.

Conclusiones

- Es una enfermedad de diagnóstico **CLíNICO**, luego de descarte de otras causa de artritis
- Recordar que es una patología **AUGE**
- Clasificación es luego de 6 meses de enfermedad
- Mientras antes se inicie el metotrexato mejor va a ser la calidad de vida del paciente a largo plazo.
- Tratamiento indicado por especialista

Bibliografía

- PGuia Minsal Artritis idopatica Juevnil 2010. http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Artritis-Idiop%C3%A1tica-y-Reumatoidea-Juvenil.pdf
- SOCHIPE. (2017). Artritis Idiopática Juvenil (AIJ). julio2 020, de SOCHIPE Sitio web: http://www.sochire.cl/pagina.php?id=249
- Teleton. https://www.teleton.cl/teleton/que-hacemos/rehabilitacion-integral/patologias/artritis-idiopatica-juvenil/
- Gabriella Giancane, Nicolino Ruperto. (septiembre 2019). Treatment of juvenile idiopathic arthritis: what's new?. Pediatric Rheumatology International Trials Organisation , 31, 428-435. julio 2020, De Pubmed Base de datos.
- Ross E. Petty · Qi Zheng. (January 21 2020). Uveitis in juvenile idiopathic arthritis. World Journal of Pediatrics, 2020, 1-4. julio 2020, De pubmed Base de datos.
- Barut K, Adrovic A, Şahin S, Kasapçopur Ö. Juvenile Idiopathic Arthritis. Balkan Med J 2017;34:90-101
- Giancane G, Consolaro A, Lanni S, Davì S, Schiappapietra B, Ravelli A. Juvenile Idiopathic Arthritis: Diagnosis and Treatment. *Rheumatol Ther*. 2016;3(2):187-207. doi:10.1007/s40744-016-0040-4

BIBLIOGRAFÍA

- Halyabar O, Mehta J, Ringold S, Rumsey DG, Horton DB. Treatment Withdrawal Following Remission in Juvenile Idiopathic Arthritis: A Systematic Review of the Literature. *Paediatr Drugs*. 2019;21(6):469-492. doi:10.1007/s40272-019-00362-6
- Schulert GS, Yasin S, Carey B, et al. Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis-Associated Lung Disease: Characterization and Risk Factors. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(11):1943-1954. doi:10.1002/art.41073
- Nigrovic PA, Martínez-Bonet M, Thompson SD. Implications of juvenile idiopathic arthritis genetic risk variants for disease pathogenesis and classification. *Curr Opin Rheumatol*. 2019;31(5):401-410. doi:10.1097/BOR.0000000000000637
- Heiligenhaus A, Minden K, Tappeiner C, et al. Update of the evidence based, interdisciplinary guideline for anti-inflammatory treatment of uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 2019;49(1):43-55. doi:10.1016/j.semarthrit.2018.11.004
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5394305/pdf/BMJ-34-90.pdf
- Giancane G, Ruperto N; PaediatricRheumatology International Trials Organisation (PRINTO). Treatment of juvenile idiopathic arthritis: what's new?. *Curr Opin Rheumatol*. 2019;31(5):428-435. doi:10.1097/BOR.0000000000000632
- The time of DMARD start in Juvenile Idiopathic Arthritis determines the likelihood of a drug-free remission in young adulthood : doi: 10.1002/acr.23709
- GRUPO DE INMUNOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DE CHILE. (2014). Guía Clínica GES de Artritis Idiopática Juvenil 2014. revista chilena de reumatologia, 30, 98-118.