

11237

70

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"

ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL. REVISIÓN DE EPIDEMIOLOGIA,
MANIFESTACIONES DE AFECCIÓN ARTICULAR, POSITIVIDAD PREUBAS
INMUNOLÓGICAS Y PRESENCIA DE UVEITIS EN NIÑOS DE LA CLINICA DE
ENFERMEDADES POR DAÑO INMUNOLÓGICO EN EL HOSPITAL INFANTIL DE
MEXICO FEDERICO GOMEZ EN EL AÑO 1997 A 2000

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
PEDIATRIA MEDICA

Presenta: Dra Violeta Larisa Castañuela Sánchez

DIRECTOR DE TESIS:

Dr Roberto Carreño Manjarrez
Jefe de departamento de Reumatología Pediátrica



SUBDIRECCION DE
ENSEÑANZA



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme continuar en el camino, disfrutas la alegría de mi vida y darme fuerzas para levantarme ante lo adverso

A mis padres por su apoyo, que a pesar de la distancia, están cerca de mí en cada momento

A mis hermanos, que a pesar de mi ausencia por la distancia y el trabajo, están ahí con los brazos abiertos

A Carolina, que tanta alegría ha traído a mi vida, que su sonrisa me hace recordar lo bello que es ser niño

A mi Hospital, que me ha permitido durante 3 años, enriquecer mi profesión, me ha formado como pediatra.

A los niños de mi hospital, que ellos han sido la razón de mi carrera que muchas veces su mirada triste por enfermedad ó vivaz por alegría me dan fuerzas de continuar el camino

A mis maestros por abrir sus conocimientos conmigo, a su paciencia y a su tiempo

A mis compañeros, que han sido mis hermanos, mis amigos

A tí, por tú compañía por estar aquí

A todos ellos gracias

CONTENIDO

I ANTECEDENTES

- A Definición
- B Clasificación
- C Incidencia y epidemiología
- D Etiología
- E Genética
- F Manifestaciones clínicas
- G Afección ocular
- H Evolución y curso

II DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

III OBJETIVO

III HIPOTESIS

IV MATERIAL Y METODOS

VI RESULTADOS

VII DISCUSION

V CONCLUSIONES

VI ANEXOS

X BIBLIOGRAFIA

ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL .REVISIÓN DE EPIDEMIOLOGIA, MANIFESTACIONES DE PATRTON ARTICULAR ,POSITIVIDAD PRUEBAS INMUNOLOGICAS, Y PRESENCIA DE UVEITIS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ENFERMEDAD POR DAÑO INMUNOLÓGICO EN EL HOSPITAL INFANTIL MÉXICO "FEDERICO GOMEZ" EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1997 AL 2000.

I. ANTECEDENTES.

La artritis reumatoide juvenil es la enfermedad reumática más común en los niños. Es una de las enfermedades crónicas más frecuentes y causante de incapacidad física de manera importante. La artritis reumatoide juvenil, se caracteriza por una artritis continua y persistente, con presencia de signos de inflamación como dolor, rubor, calor y aumento de volumen, con o sin manifestaciones extraarticulares, en menores de 16 años, afectando una o más articulaciones por más de 6 semanas, con rigidez articular, disminución de los arcos de movilidad, limitación de la motilidad, dolor al tacto o la presión (1). Los criterios propuestos para su clasificación descuerdo a la ARA (COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGIA:

- 1 Inicio antes de los 16 años
- 2 Artritis de una o más articulaciones caracterizada por:
 - a Limitación del movimiento articular
 - b Dolor al movimiento pasivo o activo.
 - c. Aumento de la temperatura local
- 3 Duración de la enfermedad mayor de 6 semanas
- 4 Durante los primeros 6 meses de evolución se clasifica el tipo de artritis en:
 - a Poliartrosis: cinco o más articulaciones afectadas
 - b Pauciarticular : cuatro o menos articulaciones afectadas
 - c Sistémica: artritis con fiebre intermitente
- 5 El diagnóstico de artritis reumatoide juvenil debe hacerse siempre por exclusión (2)

El Comité internacional de la Asociación de Reumatología se reunió por segunda ocasión en Durban, Africa del Sur, en marzo de 1997 para revisar los criterios de clasificación de la artritis reumatoide juvenil con la siguiente descripción: (3)

ARTRITIS SISTEMICA

Definición Artritis con o precedida de fiebre diaria por 2 semanas de duración como mínimo, acompañada de uno o más de las siguientes manifestaciones:

- 1 Evanescente, exantema eritematoso
- 2 Generalizado crecimiento de nódulos linfáticos
- 3 hepatomegalia o esplenomegalia
- 4 Serositis

Descripción

1. Edad de inicio de la artritis
2. Patrón de la artritis durante los primeros 6 meses de evolución
 - a. Oligoartritis
 - b. Poliartitis
 - c. Artritis presente solo después de 6 meses de enfermedad sistémica
3. Patrón de la artritis después de 6 meses de evolución
 - a. Oligoartritis
 - b. Poliartitis
 - c. Sin artritis después de 6 meses de evolución
4. Formas de enfermedad sistémica después de 6 meses.
5. Presencia de Factor reumatoide
6. Nivel de proteína C reactiva

La mayor diferencia entre esta clasificación y los criterios de Santiago, es que no se considera el término de artritis sistémica probable. Los niños con fiebre y/o exantema típico de artritis sistémica no es diagnóstico hasta presentarse las manifestaciones locales de artritis. No se enlistan criterios de exclusión, pero en ausencia de los datos clásicos de la enfermedad se debe hacerse diagnóstico diferencial con enfermedades neoplásicas principalmente.

OLIGOARTRITIS

Definición. Artritis que afecta de 1 a 4 articulaciones durante los primeros 6 meses de enfermedad. Se reconocen 2 categorías:

1. Oligoartritis persistente: afecta no más de 4 articulaciones a través del curso de la enfermedad.
2. Oligoartritis extendida: afecta un total de 5 articulaciones o más después de 6 meses de enfermedad.

Criterios de Exclusión

1. Historia familiar de psoriasis confirmada por médico dermatólogo, en familiar de primera o segunda línea.
2. Historia familiar médicamente confirmada de enfermedad asociada HLA-B27 en familiar de primera o segunda línea.
3. Factor reumatoide positivo.
4. Presencia de HLA-B27 en sexo masculino e inicio de artritis después de los 8 años de edad.
5. Presencia de artritis sistémica.

Descripción

1. Edad de inicio
2. Forma de artritis a los 6 meses de enfermedad
 - a. Sólo afección de grandes articulaciones.
 - b. Sólo afección de pequeñas articulaciones.
 - c. Articulaciones específicas involucradas (cervicales ,etc).
 - d. Presencia de uveítis anterior (aguda o crónica)
 - e. Presencia de anticuerpos antinucleares (ANA)
 - f. Presencia de HLA clase I y II

Comentario En contraste con los criterios de Santiago ambos presentan oligoartritis extendida Para clasificar como oligoarticular se necesita los criterios de exclusión citados anteriormente

POLIARITRITIS (FACTOR REUMATOIDE NEGATIVO)

Definición: Artritis afecta más de 5 o más articulaciones durante los primeros 6 meses de enfermedad, con factor reumatoide negativo

Exclusiones

1. Presencia de factor reumatoide
2. Presencia de artritis sistémica

Descripción

1. Edad de presentación de la artritis
2. Artritis simétrica
3. Presencia de ANA
4. Presencia de uveítis (aguda o crónica)

Comentario: Esta clasificación permanece sin cambios respecto a la de Santiago

POLIARITRITIS (FACTOR REUMATOIDE POSITIVO)

Definición: Artritis afecta 5 o más articulaciones durante los primeros 6 meses de enfermedad, asociada con factor reumatoide positivo en 2 ocasiones por lo menos de 3 meses de diferencia.

Exclusiones

- 1 Ausencia de factor reumatoide en 2 ocasiones por lo menos con separación de 3 meses.
- 2 Presencia de artritis sistémica

Descripción

- 1 Edad de inicio de la artritis
- 2 Artritis simétrica
- 3 Presencia de ANA
- 4 Características inmunogenéticas

Comentario: Esta clasificación permanece sin cambios respecto a la clasificación de Santiago

ARTRITIS PSOARIASICA

Definición

- 1 Artritis y psoriasis o
- 2 Artritis y al menos 2 de los siguientes:
 - A Dactilitis
 - B Anormalidades en uñas(onicolisis)
 - C Historia familiar de psoriasis confirmada por un dermatólogo

Exclusiones

- 1 Presencia de factor reumatoide.
- 2 Presencia de enfermedad sistémica definida anteriormente

Descripción

- 1 Edad de inicio de la artritis y la psoriasis
- 2 Presencia de artritis de 6 meses
 - a. grandes articulaciones afectadas
 - b. O sólo pequeñas articulaciones afectadas
 - c. Predominio en extremidades superiores o predominio en inferiores pero no en ambas.
 - d. Involucro columna
 - e. Involucro de articulación sacroiliaca
 - f. Involucro de la articulación glenohumeral
 - g. Involucro de articulación esternoclavicular
 - h. Artritis simétrica
- 3 Curso de la enfermedad
 - a. Oligoartritis
 - b. Poliartritis
- 4 Presencia de ANA
- 5 Uveítis anterior
- 6 HLA relacionados

Comentario Esta definición difiere de la de Santiago, agrega la historia familiar de psoriasis, además de anomalías en uñas, como onicolisis

INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGIA

La verdadera incidencia de la artritis reumatoide juvenil no se conoce. Se estima que aproximadamente 5% de todos los casos de artritis crónica reumatoide inician en la infancia. En los Estados Unidos se calcula que existen 250 000 niños que padecen artritis reumatoide juvenil (4)

Incidencia

Se ha estimado la incidencia para artritis reumatoide juvenil de 2 a 20 casos por 100 000 niños por año. Sin embargo en pacientes con HLA-B27 se encuentra hasta de 42%

Prevalencia

La prevalencia se estima de 50 a 150 casos por 100 000 niños para artritis reumatoide juvenil mientras que para la enfermedad de Still fue de 65 casos por 100 000 niños. Estos datos de acuerdo a la literatura en inglés (1)

EDAD DE INICIO

La artritis reumatoide juvenil se ha definido arbitrariamente inicio antes de los 16 años de edad, con un pico más altos entre el año y los 3 años de edad, siendo poco usual antes de los 6 meses de edad, predominando esta presentación por edad en niñas que en niños, predominando en la oligoartritis. La enfermedad sistémica puede presentarse a cualquier edad (1)

SEXO

Las niñas son más frecuente afectadas que los niños con un predominio de 2 a 1. En pacientes con artritis reumatoide juvenil con uveítis el ratio de niñas es mucha más grande hasta 6.6 a 1. La enfermedad sistémica puede presentarse con la misma frecuencia en ambos sexos (1)

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y RACIAL

Algunos reportes sugieren que la artritis reumatoide juvenil es menos frecuente en africanos que en europeos. Es menos común en norteamericanos y chinos. Se encuentra en general menos niños negros afectados de artritis reumatoide juvenil que niños blancos (1)

ETIOLOGÍA

La causa de la artritis reumatoide juvenil es desconocida, tampoco se han establecido factores de riesgo. Algunos antecedentes mencionados incluyen agentes infecciosos, anomalías inmunológicas, traumatismo de articulaciones, y reacciones alérgicas a agentes externos

Ciertas infecciones como micoplasma, rubéola, parvovirus se han relacionado con artritis reactiva. Infección persistente del virus de la rubéola se ha demostrado en el líquido sinovial de niños con artritis reumatoide. La inflamación crónica puede ser perpetuada por complejos inmunes formando autoanticuerpos contra el antígeno nuclear o factor reumatoide inducido por la infección. En un estudio realizado en Inglaterra se demostró la presencia de DNA por PCR en el líquido sinovial en el 30% de los pacientes con oligoartritis de *chlamydia trachomatis* (5), ninguno siendo positivo para *C. Pneumoniae* a pesar de lo descrito en la literatura por Saaibi et al. encontrando 11% de los pacientes con enfermedades reumáticas. Así mismo en un estudio realizado por Heijden et al. encontraron DNA de bacterias y constituyentes de la pared celular bacteriana como peptidoglicanos (6) en el líquido sinovial y muestras de tejido sinovial en 5 pacientes con artritis reumatoide (7). Un sin número de virus han sido implicados en la patogénesis de la artritis reumatoide juvenil. Existe una posible relación entre el virus Epstein-Barr, se ha propuesto que anticuerpos contra antígeno nuclear 1 y 2, específicamente contra la molécula de glicina-alanina muestran reacción cruzada contra una proteína de 62 kilodalton presente en el tejido sinovial de pacientes con artritis reumatoide juvenil. Algunos estudios han demostrado hasta en un tercio de los pacientes con artritis reumatoide juvenil, en contraste de sólo 9% del grupo control, la presencia de DNA del virus Epstein-Barr en el tejido sinovial de pacientes con artritis reumatoide juvenil, así como también la presencia de RNA mensajero. Se ha relacionado el alelo HLA-DRB1 0401, 0404, 0405, 0408 como factor de riesgo en pacientes con artritis reumatoide juvenil y la presencia de DNA del virus Epstein-Barr (8)

La artritis crónica juvenil es especialmente común en pacientes con alguna forma de inmunodeficiencia como un déficit selectivo de inmunoglobulina A

hipogamaglobulinemia o déficit de complemento especialmente C2. La activación del complemento y consumo probablemente participa en la perpetuación de la respuesta inmune. se han encontrado inmunocomplejos circulantes en pacientes con artritis reumatoide juvenil

Es observado frecuentemente antecedente de traumatismo, en los pacientes con artritis reumatoide juvenil. Esta bien documentado estrés psicológico en la familia de niños con artritis reumatoide juvenil.

Para controlar las infecciones y prevenir el inicio de enfermedad autoinmune. es esencial que el individuo regule el proceso de inflamación. Un gran numero de datos sugieren que la incapacidad del individuo para regular la respuesta inmune en ciertas enfermedades. Recientes estudios han sugerido alteraciones en la supresión de los linfocitos T. Además se han encontrado anticuerpos contra tejido de colágena tipos I, II y IV. Un número de observaciones contribuyen a la hipótesis de que el sistema inmune esta fuertemente involucrado en la patogénesis de la artritis reumatoide juvenil, encontrando alteración en la inmunidad, inmunoregulación y producción de citocinas. Existe un desorden de las células CD4, secretando predominantemente interleucinas 2, interleucina 3, alfa interferón, factor estimulante de colonias de granulocitos, factor de necrosis tumoral y la activación de macrófagos. En estudios de pacientes con oligoartritis se ha encontrado un ratio CD4 :CD8 disminuido, con marcada respuesta de células mononucleares en el tejido sinovial. Se ha encontrado una elevada cantidad de interleucina 6 en el suero de los pacientes con artritis reumatoide juvenil, produciendo trombocitosis y anemia microcitica (9).

La respuesta de adaptación al estrés e inflamación involucra la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y el sistema nervioso autónomo. Estudios han revelado múltiples comunicaciones entre el sistema nervioso central y el sistema inmune. Existe fuerte evidencia de receptores B2 principalmente para epinefrina en linfocitos T y B, macrófagos, células "natural killer" y neutrófilos. Se ha demostrado la influencia del sistema nervioso autónomo por activación y modulación de receptores alfa adrenergicos, interactuando y modulando las respuesta de las citocinas. Basados en estas observaciones el bloqueo de la acción de las catecolaminas disminuye los síntomas de la artritis reumatoide. Nuevos estudios se requieren para determinar opciones terapéuticas (9).

Se han relacionado factores hormonales en la artritis reumatoide juvenil. en estudios se han encontrado niveles similares de progesterona y dehidroepiandrosterona en pacientes enfermos y en grupo control. sin embargo los niveles de sulfato de dehidroepiandrosterona se han encontrado disminuido en pacientes con artritis reumatoide juvenil. Este hallazgo demuestra la participación de los andrógenos en la artritis reumatoide juvenil. debido a que los andrógenos juegan un papel en la protección de la degradación del cartilago articular. Otros estudios han encontrado los niveles elevados de prolactina en pacientes con artritis reumatoide juvenil así como en el lupus eritematoso sistémico, la elevación de la prolactina se ha relacionado con seropositividad contra antígenos nucleares (ANA) (10)

GENETICA

Hay pocos reportes de artritis reumatoide juvenil en más de un miembro de la familia. Estudios han encontrado una relación de artritis reumatoide juvenil en gemelos idénticos

Otras asociaciones menor encontradas son la artritis reumatoide juvenil con artritis reumatoide del adulto

Se ha encontrado la presencia en familiares de primer grado algún otra enfermedad de tejido conectivo, recientes estudios de antígenos de histocompatibilidad muestran claramente una posible predisposición hereditaria. Las asociaciones más frecuentes con HLA DR4 se asocia a seropositividad de factor reumatoide en niños con artritis reumatoide juvenil parecida a la del adulto. El tipo HLA Dw4 y DR4 en niñas con oligoartritis y ANA positivo. Una frecuencia elevada de HLA DR5 y HLA DRw8 ha sido asociado con enfermedad pauciarticular en niñas con ANA positivos y con uveítis crónica(11)

La asociación con antígenos de clase I se encuentra incrementada la frecuencia de A2, B27 y B35. A2 se asocia con enfermedad oligoarticular de inicio temprano particularmente en niñas

DR-8, DR-5, DR-6, 0201 y ciertos alelos son más frecuentes en niños con oligoartritis de inicio temprano. La familias con DR-8 y DR-5 tienen más alta incidencia de transmisión a la descendencia de artritis reumatoide juvenil

HLA-Dw4, DR1 y DR4 son riesgos para el desarrollo de enfermedad poliarticular, relacionado con la frecuencia de factor reumatoide positivo particularmente DR4

En la enfermedad sistémica se han encontrado positividad de DR5, DR8, Dw7 y posiblemente DR4

MANIFESTACIONES CLINICAS.

En el niño con artritis reumatoide juvenil hay marcada irritabilidad, anorexia, generalmente de niegan a caminar, y mantienen la articulación afectada el menor movimiento posible. La presencia de astenia de forma importante se encuentra en la artritis de inicio sistémico, así como la presencia de fiebre. En muchos niños se encuentra pérdida de peso y falta de crecimiento adecuado, sin embargo es raro encontrar pérdida de peso de forma extrema o atrofia muscular. Muchos síntomas pueden predominar en la noche, sobre todo dolor de articulaciones

PATRON DE AFECCION ARTICULAR

El dato cardinal de la enfermedad es la inflamación como dato artritis más que las artralgias. Usualmente las articulaciones se encuentran calientes, sin embargo es raro encontrar eritema. Las articulaciones grandes como rodillas, tobillos, muñecas, codos y hombros son las más comúnmente afectadas. Las pequeñas articulaciones de las manos y de los pies también pueden estar afectadas con relativa frecuencia. Excepto en la forma pauciarticular, el patrón de la artritis suele ser simétrico. Las articulaciones interfalángicas distales de las manos es afectado en el 10% de los niños y más frecuentemente en la variedad poliarticular y mucho menos en la oligoarticular. La afección de la articulación temporomandibular es relativamente común y puede ser la causa de micrognatia y produce incapacidad para abrir la boca normalmente. Sin embargo la anquilosis de estas articulaciones es rara. Las articulaciones acromioclavicular, esternoclavicular son muy raramente afectadas. La artritis en el cartilago cricoaritenoides es poco frecuente, pero puede producir dificultad respiratoria y estridor. El 60% de los niños pueden cursar con afección a nivel de las articulaciones cervicales produciendo dolor y pérdida de los movimientos de extensión y rotación. La afección de la articulación atlantoaxoidea puede producir subluxaciones de forma temprana. La escoliosis se encuentra hasta 30 veces más frecuente en los niños afectados que en los no afectados. Puede haber cierto grado de afección en las articulaciones sacroiliacas. De 100 casos de artritis reumatoide juvenil revisados en la clínica de enfermedades por daño inmunológico en el Hospital Infantil de México Federico Gómez hasta 1993 se encontraba principalmente poliarticular en el 53%, posteriormente oligoarticular en 26% y finalmente la sistémica en un 21% (2). En la literatura esta descrito la poliarticular afecta cerca 35% de los pacientes, oligoarticular afecta 40 a 50% de los niños, y finalmente la sistémica afecta 10 a 20% de los niños (4).

Pueden encontrarse quistes sinoviales con localización más frecuente en el hueso popliteo y menos comúnmente en el área antecubital y en el hombro. Ocasionalmente estos quistes pueden romperse y producir inflamación en los tejidos contiguos.

La tenosinovitis es más común en el paciente con artritis reumatoide juvenil de lo que se pensaba anteriormente, generalmente es la inflamación leve, excepto en zonas del dorso del pie, parte anterior del tobillo y pie.

POLIARTRITIS

La poliartritis se caracteriza por la afección de 5 o más articulaciones. este patrón se establece dentro de los primeros 6 meses del inicio de la enfermedad, generalmente entre las 6 semanas y 4 meses. El inicio puede ser agudo, pero frecuentemente es insidioso con gradual y progresivo involucro de las articulaciones. La artritis puede ser remitente y generalmente involucra las grandes articulaciones como rodillas, muñecas, tobillos y codos. Las articulaciones pequeñas de las manos y pies al inicio o en etapas tardías de la enfermedad. El 3 a 4 % de los niños afectados tienen patrón simétrico, sin embargo es más frecuente el patrón asimétrico. Afectando generalmente un lado del cuerpo. La afección a la columna cervical es común. Los pacientes con factor reumatoide positivo desarrollan la enfermedad más comúnmente parecida a la del tipo del adulto, iniciando al final de la infancia o en la adolescencia, desarrollan nódulos reumatoides, sinovitis erosiva, y evolucionan hacia la cronicidad persistiendo la sintomatología en el adulto. Con más frecuencia se asocian a HLA DR 4 positivo. Predominando este patrón articular en el sexo femenino. Encontrándose en el 50 a 70% de los pacientes ANA positivos (1)

Subgrupo	Porcentaje de pacientes	Características.
Enfermedad Poliarticular Factor reumatoide negativo	20 a 30%	Poliartritis simétricas de Grandes y pequeñas Articulaciones Sexo femenino de la niñez. ANA positivo 25% Severa artritis en el 10 a 15%
Poliarticular Factor reumatoide positivo	5 a 10%	Artritis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones Predomina sexo femenino Inicio tardío ANA positivo 50 A 75% Nódulos reumatoides Artritis severa 50%.

Las manifestaciones sistémicas en niños con patrón poliarticular son variables pero usualmente no son tan persistentes como en la enfermedad sistémica. Puede existir fiebre de bajo grado, exantema, puede haber ligera hepatoesplenomegalia, linfadenopatías. Puede detectarse derrame pleural en el ecocardiograma, pero no es frecuente. Crónica uveítis puede ocurrir solo en el 55 de estos pacientes.

OLIGOARTRITIS

El inicio de hasta el 50% de los niños afectados con artritis reumatoide juvenil involucra 4 o menos articulaciones, particularmente rodilla y tobillos. En cerca de la mitad de estos pacientes involucra al inicio sólo una articulación. En pacientes con monoartritis en el 75% de los pacientes la articulación afectada es la rodilla. Las manifestaciones sistémicas son raras, con excepción de la uveítis crónica (1).

Subgrupo	Porcentaje de pacientes	Características.
Patrón Pauciarticular Inicio temprano	30 a 40%	Oligoartritis Predominio sexo femenino. Inicio temprano. ANA positivo 60% Factor reumatoide negativo crónica en 30% Artritis moderada
Inicio tardío	10 a 15%	Oligoartritis Afección de hombro y Presencia de sacroilítis. Predomina sexo masculino Inicio etapas tardías de la niñez ANA negativo Factor reumatoide negativo HLA B 27 positivo 75% Algunos desarrollarán Espondiloartropatía en adultos

ENFERMEDAD SISTEMICA

10% de los pacientes el inicio de la artritis reumatoide juvenil es de forma sistémica, con afección constitucional precediendo al desarrollo de la artritis propiamente, puede ser por meses o por años. El intervalo entre el inicio de síntomas sistémicos y el desarrollo de la artritis es usualmente de 3 a 10 años. La forma sistémica de esta enfermedad se presenta dentro de los primeros 4 a 6 meses de evolución.

El signo característico de la enfermedad sistémica son los picos febriles, generalmente rebasa los 39 grados centígrados, con picos durante el día, generalmente en número de 2 para después regresar a la temperatura basal. Esta forma de curva febril es característica de la artritis reumatoide juvenil, lo que la diferencia de enfermedades infecciosas. La fiebre puede ocurrir a cualquier hora del día, pero característicamente se presenta durante la tarde o la noche junto con el exantema característico.

La Hiperpirexia, elevación de la temperatura arriba de 40.5 grados centígrados ocurre raramente en el niño con artritis reumatoide juvenil, generalmente se presenta cuando existe una complicación de la enfermedad. La fiebre responde pobremente a la aspirina aún a dosis altas. En algunos niños la fiebre responde al uso de indometacina o uso de esteroides.

La fiebre intermitente es clásicamente acompañada por exantema, que consiste en maculas eritematosas de 2 a 5 mm de tamaño, localizadas principalmente en la cara anterior del tronco y en la parte proximal de las extremidades, pero también puede encontrarse en las palmas y en la cara. Las maculas pueden ir rodeadas de un halo de palidez, algunas veces con un centro claro. El exantema suele ser migratorio y evanescente, durando pocas horas. Este rash ocurre raramente en pacientes con poliartitis y casi nunca es observado en pacientes con oligoartritis. El exantema es ocasionalmente pruriginoso principalmente en niños mayores.

Otras manifestaciones consisten en hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, pericarditis o algún otra evidencia de serositis (1).

Subgrupo	Porcentaje pacientes	Características.
Enfermedad sistémica	10 a 20%	Manifestaciones sistémicas Predomina sexo masculino Factor reumatoide negativo ANA negativo. Artritis severa 25%

MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES

Retardo Del Crecimiento

Una gran variedad de manifestaciones extra articulares se presentan en pacientes con artritis reumatoide juvenil, sin embargo anomalías en el crecimiento y desarrollo son las principales en este tipo de pacientes. El crecimiento lineal se retrasa en los pacientes cuando existe actividad de la enfermedad. La aparición de caracteres sexuales secundarios se retrasa en los pacientes afectados. Puede existir de igual forma asimetrías en el desarrollo.

Después de 2 a 3 años de inactividad de la enfermedad el crecimiento se restaura si es que no se han cerrado los cartilagos de crecimiento. Así mismo, los pacientes tratados con esteroides a una dosis de 5mgm2día durante 6 meses aumenta el retraso en el crecimiento.

Existe retraso del crecimiento localizado, siendo la micrognatia frecuente, aceleración de los centros de osificación, resultado en fusión prematura del cartilago de crecimiento, con asimetría en alguna extremidad, siendo significativo cuando es más de 0.5cm.

Nódulos Subcutáneos

Los nódulos reumatoides no son comunes en la artritis reumatoide juvenil, pero ocurren en el 5 a 10% de los pacientes, usualmente en presencia de poliartritis. Generalmente se asocian a presencia de factor reumatoide positivo. La localización más frecuente es a nivel de la parte posterior del olécranon, pero pueden encontrarse en otros sitios como tendón Aquileo, occipucio. Típicamente son nódulos duros y firmes usualmente móviles. La piel que los recubre puede estar eritematosa. Pueden ser únicos o múltiples. Desaparecen en un periodo de meses o años.

Enfermedad Muscular

La atrofia muscular es frecuente alrededor de las articulaciones afectadas, siendo común las contracturas en flexión o extensión. Puede existir miositis inespecífica, con presencia de fatiga. La miositis no tiene una característica específica de distribución, generalmente no existe elevación de las enzimas musculares. Pocos pacientes desarrollan atrofia muscular progresiva.

Afección Cardíaca

La pericarditis y el derrame pericárdico son especialmente comunes, en niños con enfermedad sistémica. La pericarditis tiende a ocurrir en niños más grandes, no se relaciona al sexo o a la severidad de las articulaciones afectadas. La mayoría de los derrames pericárdicos son subclínicos, sin embargo algunos niños presentan síntomas como dolor precordial, frote pericárdico, taquicardia, cardiomegalia o disnea. Raramente progresan a tamponare cardíaco, pericarditis crónica restrictiva. La pericarditis puede preceder al desarrollo de la artritis, o puede ocurrir en cualquier periodo de la enfermedad generalmente acompañado de síntomas sistémicos.

La presencia de miocarditis es mucho menos común que la pericarditis y puede resultar insuficiencia cardiaca congestiva

Enfermedad Pulmonar

La enfermedad pulmonar es rara en niños con artritis reumatoide. Fibrosis intersticial difusa ocurre en un pequeño número de pacientes con artritis reumatoide. Neumonitis y derrame pleural puede ocurrir y puede ser asintomático y ser un hallazgo en la radiografía de tórax.

La hem siderosis pulmonar idiopática puede ocurrir y ser el primer signo de artritis reumatoide.

Enfermedad Gastrointestinal.

La esplenomegalia es común en paciente con artritis reumatoide juvenil. Esta ocurre al menos un cuarto de los niños y generalmente es más frecuente en los primeros años de la vida. El grado de esplenomegalia puede ser severo extremo, pero no se asocia a síndrome de Felty (neutropenia esplénica). La hepatomegalia es menos común que la esplenomegalia. La hepatomegalia progresiva es clásica de amiloidosis.

Enfermedad Renal

Hematuria intermitente y proteinuria es un hallazgo ocasional en pacientes con artritis reumatoide juvenil. Necrosis papilar renal puede presentarse en niños con artritis reumatoide juvenil, así como nefritis intersticial secundario a uso de analgésicos no esteroides. Hiper calciuria puede sospecharse en niños con hematuria. Generalmente es raro el síndrome nefrótico.

Afección Ocular

La enfermedad ocular es la más importante manifestación extraocular asociada a enfermedad reumatológica en el niño, en ocasiones llegando a ser incapacitante.

Frecuentemente el niño con uveítis inexplicable es referido al reumatólogo pediatra para evaluar la asociación con posible enfermedad reumatológica. Esta puede asociarse con espondilitis anquilosante, síndrome de Behçet, enfermedad de Crohn, artritis reumatoide juvenil, artritis psoriásica, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, vasculitis, enfermedad de Kawasaki, mediadas inmunológicamente, se ha asociado de igual forma a otras enfermedades no

inmunológicas como reacciones de hipersensibilidad, nefritis intersticial, esclerosis múltiple, causas infecciosas, como infecciones virales por herpes simple y zoster, virus de inmunodeficiencia, micobacterias, brucelosis, enfermedad de Lyme, sífilis, enfermedades por hongos como blastomycosis, cryptococosis, coicidiodomicosis y parasitos como toxocariasis y toxoplasmosis (12)

Se estima la frecuencia de uveítis del 5.5% al 17% en pacientes con artritis reumatoide juvenil, con una prevalencia de 3.6 a 11 por 100 000 pacientes. El grupo de más riesgo son pacientes del sexo femenino con artritis reumatoide pauciarticular, al menos 10 a 20% desarrollan uveítis antes o después del desarrollo de la artritis y la presencia de anticuerpos antinucleares positivos aumenta el riesgo en este grupo de hasta 95%. La presencia de HLA DR-5 aumenta el riesgo, sin embargo la presencia de HLA-DQA1 0101 parece proteger. La edad más frecuente a la presentación de la uveítis es de 6.5 años. Generalmente la uveítis en el 76% de los pacientes se detecta en diferentes tiempos, primero la artritis y después la uveítis. La uveítis es característicamente asintomático hasta que el daño es altamente significativo para causar pérdida de la visión. La examinación oftalmológica está indicada cada 3 meses por lo menos durante 7 años, en aquellos con ANA positivos deben examinarse cada 2 meses. (13)

La uveítis es infrecuente en la artritis reumatoide sistémica, sin embargo puede ocurrir por lo que los pacientes deben revisarse 2 veces al año por lo menos durante 7 años. De igual manera los pacientes con artritis reumatoide juvenil poliarticular es infrecuente que presenten uveítis, deben revisarse 3 veces al año durante 7 años.

Dentro de algunas manifestaciones de la uveítis se encuentra inyección conjuntival, anisocoria, irregularidades del diámetro de la pupila secundarias a sinequias, queratopatía en banda y cataratas.

La iridociclitis no granulomatosa crónica es una importante complicación de la artritis reumatoide juvenil. La inflamación intraocular afecta primariamente al iris y posteriormente al cuerpo ciliar variando desde 2 hasta 21% de los pacientes con artritis reumatoide juvenil. Pueden ocurrir cataratas, queratopatía en banda y pérdida de la visión. El diagnóstico de forma temprana de iridociclitis usualmente no es posible con la examinación directa con el oftalmoscopio. El examen con la lámpara de hendidura detecta los signos de uveítis anterior. Determinación de rutina es sugerida para pacientes con artritis reumatoide juvenil, esto ha disminuido la prevalencia de ceguera secundaria a artritis reumatoide 50% hasta 12%.

La uveítis asociada a artritis reumatoide es generalmente crónica, el 60% tienen un curso remitente. 20% no remitente y 20% tiene un único episodio. involucro bilateral es común hasta el 70%

En el 25% de los pacientes el pronóstico es excelente. 25% responden pobremente al tratamiento y requieren cirugía para catarata y glaucoma, este grupo de pacientes se encuentran en riesgo de perder la visión. Aproximadamente 50% de los pacientes requieren tratamiento prolongado, sin embargo el pronóstico de la visión de estos pacientes es bueno

GUIA OFTALMOLÓGICA VISITAS MEDICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL (14)

Frecuencia de visitas Oftalmológica en pacientes con Artritis Reumatoide Juvenil

Subtipo	Edad de Inicio.	
	7 años	+ de 7 años
Pauciarticular		
ANA positivos	HSS	M
ANA negativo	M	M
Poliarticular		
ANA positivo	HSS	M
ANA negativo	M	M
Sistémica	L	L

Alto riesgo (H) indica visitas oftalmológicas cada 3 o 4 meses Mediano riesgo (M) indica visitas oftalmológica cada 6 meses, bajo riesgo (L) indica visita oftalmológica cada 12 meses

** todos los pacientes son considerados de bajo riesgo 7 años después del inicio de la artritis reumatoide y debe examinarse anualmente indefinidamente.

*Todos los pacientes son considerados de bajo riesgo 4 años después de la artritis y deben tener examinación oftalmológica anual

SS todos los pacientes son considerados de mediano riesgo 4 años después del inicio de la artritis

EVOLUCION Y CURSO.

La evolución de la artritis reumatoide juvenil es impredecible, afortunadamente el 70 a 90% de los pacientes evolucionan hacia la remisión espontánea. sin embargo un 10 a 15% de los pacientes su evolución será hacia la incapacidad moderada y un 5% de los pacientes evolucionan hacia la incapacidad funcional grave (15)

Clasificación Del Estado Funcional de Pacientes con Artritis reumatoide Juvenil.

ESTADIO	DEFINICIÓN
I	Completamente capacitado para realizar actividades diarias
II	Completamente capacitado para cuidado personal y actividades cotidianas, pero no para poco usuales
III	Capacitado para cuidado personal, pero no para realizar actividades cotidianas.
IV	Incapacitado para cuidado personal dependencia de otras personas.

DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Determinar la epidemiología ,determinación de patrón articular más frecuente ,positividad para las pruebas inmunológicas. presencia de uveítis en pacientes de la clinica de enfermedades por daño inmunológico en población pediátrica mexicana comparada con otras series de literatura en ingles.

OBJETIVO.

Determinar las principales formas de presentación y manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide juvenil. en la población pediátrica de niños mexicanos en le hospital Infantil de México Federico Gómez. así como la presencia de uveítis en la población con artritis reumatoide juvenil.

HIPÓTESIS.

Las manifestaciones clínicas de patrón de afección articular en pacientes con artritis reumatoide juvenil en la población mexicana en niños del Hospital Infantil de México Federico Gómez. varia respecto a la de otras publicaciones

MATERIAL Y METODOS.

Se realiza un estudio no experimental descriptivo. retrospectivo de pacientes en el Hospital Infantil de México Federico Gómez con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil oligoarticular, poliarticular o sistémica en un periodo comprendido de 1990 al 2000 Se incluyen pacientes ambos sexos. hasta los 16 años de edad. tratados en la CLINICA DE ENFERMEDADES POR DAÑO

Clasificación Del Estado Funcional de Pacientes con Artritis reumatoide Juvenil.

ESTADIO	DEFINICIÓN
I	Completamente capacitado para realizar actividades diarias
II	Completamente capacitado para cuidado personal y actividades cotidianas, pero no para poco usuales
III	Capacitado para cuidado personal, pero no para realizar actividades cotidianas.
IV	Incapacitado para cuidado personal dependencia de otras personas.

DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Determinar la epidemiología ,determinación de patrón articular más frecuente ,positividad para las pruebas inmunológicas. presencia de uveítis en pacientes de la clinica de enfermedades por daño inmunológico en población pediátrica mexicana comparada con otras series de literatura en ingles.

OBJETIVO.

Determinar las principales formas de presentación y manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide juvenil. en la población pediátrica de niños mexicanos en le hospital Infantil de México Federico Gómez. así como la presencia de uveítis en la población con artritis reumatoide juvenil.

HIPÓTESIS.

Las manifestaciones clínicas de patrón de afección articular en pacientes con artritis reumatoide juvenil en la población mexicana en niños del Hospital Infantil de México Federico Gómez. varia respecto a la de otras publicaciones

MATERIAL Y METODOS.

Se realiza un estudio no experimental descriptivo. retrospectivo de pacientes en el Hospital Infantil de México Federico Gómez con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil oligoarticular, poliarticular o sistémica en un periodo comprendido de 1990 al 2000 Se incluyen pacientes ambos sexos. hasta los 16 años de edad. tratados en la CLINICA DE ENFERMEDADES POR DAÑO

Clasificación Del Estado Funcional de Pacientes con Artritis reumatoide Juvenil.

ESTADIO	DEFINICIÓN
I	Completamente capacitado para realizar actividades diarias
II	Completamente capacitado para cuidado personal y actividades cotidianas, pero no para poco usuales
III	Capacitado para cuidado personal, pero no para realizar actividades cotidianas.
IV	Incapacitado para cuidado personal dependencia de otras personas.

DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Determinar la epidemiología ,determinación de patrón articular más frecuente ,positividad para las pruebas inmunológicas. presencia de uveítis en pacientes de la clinica de enfermedades por daño inmunológico en población pediátrica mexicana comparada con otras series de literatura en ingles.

OBJETIVO.

Determinar las principales formas de presentación y manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide juvenil. en la población pediátrica de niños mexicanos en le hospital Infantil de México Federico Gómez. así como la presencia de uveítis en la población con artritis reumatoide juvenil.

HIPÓTESIS.

Las manifestaciones clínicas de patrón de afección articular en pacientes con artritis reumatoide juvenil en la población mexicana en niños del Hospital Infantil de México Federico Gómez. varia respecto a la de otras publicaciones

MATERIAL Y METODOS.

Se realiza un estudio no experimental descriptivo. retrospectivo de pacientes en el Hospital Infantil de México Federico Gómez con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil oligoarticular, poliarticular o sistémica en un periodo comprendido de 1990 al 2000 Se incluyen pacientes ambos sexos. hasta los 16 años de edad. tratados en la CLINICA DE ENFERMEDADES POR DAÑO

Clasificación Del Estado Funcional de Pacientes con Artritis reumatoide Juvenil.

ESTADIO	DEFINICIÓN
I	Completamente capacitado para realizar actividades diarias
II	Completamente capacitado para cuidado personal y actividades cotidianas, pero no para poco usuales
III	Capacitado para cuidado personal, pero no para realizar actividades cotidianas.
IV	Incapacitado para cuidado personal dependencia de otras personas.

DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Determinar la epidemiología ,determinación de patrón articular más frecuente ,positividad para las pruebas inmunológicas. presencia de uveítis en pacientes de la clinica de enfermedades por daño inmunológico en población pediátrica mexicana comparada con otras series de literatura en ingles.

OBJETIVO.

Determinar las principales formas de presentación y manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide juvenil. en la población pediátrica de niños mexicanos en le hospital Infantil de México Federico Gómez. así como la presencia de uveítis en la población con artritis reumatoide juvenil.

HIPÓTESIS.

Las manifestaciones clínicas de patrón de afección articular en pacientes con artritis reumatoide juvenil en la población mexicana en niños del Hospital Infantil de México Federico Gómez. varia respecto a la de otras publicaciones

MATERIAL Y METODOS.

Se realiza un estudio no experimental descriptivo. retrospectivo de pacientes en el Hospital Infantil de México Federico Gómez con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil oligoarticular, poliarticular o sistémica en un periodo comprendido de 1990 al 2000 Se incluyen pacientes ambos sexos. hasta los 16 años de edad. tratados en la CLINICA DE ENFERMEDADES POR DAÑO

Clasificación Del Estado Funcional de Pacientes con Artritis reumatoide Juvenil.

ESTADIO	DEFINICIÓN
I	Completamente capacitado para realizar actividades diarias
II	Completamente capacitado para cuidado personal y actividades cotidianas, pero no para poco usuales
III	Capacitado para cuidado personal, pero no para realizar actividades cotidianas.
IV	Incapacitado para cuidado personal dependencia de otras personas.

DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Determinar la epidemiología ,determinación de patrón articular más frecuente ,positividad para las pruebas inmunológicas. presencia de uveítis en pacientes de la clinica de enfermedades por daño inmunológico en población pediátrica mexicana comparada con otras series de literatura en ingles.

OBJETIVO.

Determinar las principales formas de presentación y manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide juvenil. en la población pediátrica de niños mexicanos en le hospital Infantil de México Federico Gómez. así como la presencia de uveítis en la población con artritis reumatoide juvenil.

HIPÓTESIS.

Las manifestaciones clínicas de patrón de afección articular en pacientes con artritis reumatoide juvenil en la población mexicana en niños del Hospital Infantil de México Federico Gómez. varia respecto a la de otras publicaciones

MATERIAL Y METODOS.

Se realiza un estudio no experimental descriptivo. retrospectivo de pacientes en el Hospital Infantil de México Federico Gómez con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil oligoarticular, poliarticular o sistémica en un periodo comprendido de 1990 al 2000 Se incluyen pacientes ambos sexos. hasta los 16 años de edad. tratados en la CLINICA DE ENFERMEDADES POR DAÑO

INMUNOLÓGICO (CEDI) Los datos son obtenidos del archivo de bioestadística. Revisando epidemiología edad de inicio, tiempo de evolución al diagnóstico, sexo, antecedentes enfermedad inmunológica en la familia, patrón articular más frecuente, presencia de anticuerpos antinucleares y de factor reumatoide positivos, afección del estado nutricional, presencia de uveítis. Además se revisaron los pacientes con diagnóstico de uveítis en el mismo periodo si alguno presentaba manifestaciones articulares

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Pacientes ingresados en el CEDI desde 1990 a 2000 con diagnóstico artritis reumatoide juvenil.
- 2 Edad menor de 16 años
- 3 Ambos sexos
- 4.

CRITERIOS EXCLUSION.

- 1 Presencia de alguna otra enfermedad sistémica asociada, que pueda dar manifestaciones articulares.
- 2 Diagnóstico final de leucemia, artritis reactiva u otro

RESULTADOS.

Se estudiaron 69 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil, ingresados en la clínica de enfermedades por daño inmunológico (CEDI) en el periodo comprendido de 1997 al 2000 en el Hospital infantil de México Federico Gómez. Se excluyeron 2 pacientes cuyo diagnóstico final fue leucemia linfoblástica aguda. Se incluyeron un total de 67 pacientes en el estudio. 29 (43.2%) del sexo masculino y 38(56.7%) del sexo femenino. La edad de inicio al momento del padecimiento, se encontró un pico a los 6 años de edad con un 17%, posteriormente a los 5 años de edad con un 13% y a los 3 años de edad con un 11%. Ver la gráfica de anexos

INMUNOLÓGICO (CEDI) Los datos son obtenidos del archivo de bioestadística. Revisando epidemiología edad de inicio, tiempo de evolución al diagnóstico, sexo, antecedentes enfermedad inmunológica en la familia, patrón articular más frecuente, presencia de anticuerpos antinucleares y de factor reumatoide positivos, afección del estado nutricional, presencia de uveítis. Además se revisaron los pacientes con diagnóstico de uveítis en el mismo periodo si alguno presentaba manifestaciones articulares

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Pacientes ingresados en el CEDI desde 1990 a 2000 con diagnóstico artritis reumatoide juvenil.
- 2 Edad menor de 16 años
- 3 Ambos sexos
- 4.

CRITERIOS EXCLUSION.

- 1 Presencia de alguna otra enfermedad sistémica asociada, que pueda dar manifestaciones articulares.
- 2 Diagnóstico final de leucemia, artritis reactiva u otro

RESULTADOS.

Se estudiaron 69 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil, ingresados en la clínica de enfermedades por daño inmunológico (CEDI) en el periodo comprendido de 1997 al 2000 en el Hospital infantil de México Federico Gómez. Se excluyeron 2 pacientes cuyo diagnóstico final fue leucemia linfoblástica aguda. Se incluyeron un total de 67 pacientes en el estudio, 29 (43.2%) del sexo masculino y 38 (56.7%) del sexo femenino. La edad de inicio al momento del padecimiento, se encontró un pico a los 6 años de edad con un 17%, posteriormente a los 5 años de edad con un 13% y a los 3 años de edad con un 11%. Ver la gráfica de anexos

El mayor porcentaje de los pacientes son procedentes del Estado de México siendo 17 pacientes (25%) de Veracruz procedían 16 pacientes (23%) y del Distrito Federal 13 pacientes (13%). los restantes 21 pacientes procedentes de otras partes de la república. En 13 (19.4%) pacientes de los 67 totales, existe el antecedente de alguna enfermedad inmunológica en la familia, en 9(69.23%) de ellos se trata de artritis reumatoide en un familiar de primera línea, en 2 pacientes (15.38%) existe antecedentes de artritis reumatoide y pénfigo vulgar. en 1(7.69%) paciente existe el antecedente de hiperparatiroidismo y artritis reumatoide en la familia sólo en 1 paciente(7.69%) existe el antecedente de lupus eritematoso sistémico. Sólo en 2 (2.9%) pacientes de los 67 totales estudiados, existió el antecedente de un traumatismo previo sobre alguna de las articulaciones afectadas. La mayoría de los pacientes 36(53.7%) acuden al hospital dentro de lo primeros 3 meses de evolución. sin embargo también existe un porcentaje alto (16.4%) que llegan después de 1 año de evolución de la sintomatología.

Tabla 1. Tiempo de evolución al diagnóstico de Artritis Reumatoide Juvenil.

Evolución menor de meses	Evolución de 3 a 6 meses	Evolución de 6 meses a un año	Evolución mayor de 1 año
53.7%	13.4%	16.4%	16.4%

Datos obtenidos del archivo de estadística del HIMFG

El diagnóstico inicial de el patrón de afección articular fue de enfermedad sistémica en 45(67.1%)pacientes, oligoarticular en 13(19.4%)pacientes y poliarticular en 9(13.4%)pacientes de el total de 67 pacientes estudiados

Tabla 2. Patrón articular predominante en la Artritis Reumatoide Juvenil

Enfermedad Sistémica	Enfermedad oligoarticular	Enfermedad Poliarticular
67.1%	19.4%	13.4%

Datos obtenidos del archivo de estadística del HIMFG

De los pacientes con enfermedad sistémica siendo 45 en total, 22 (48.8%) pacientes pertenecen al sexo femenino y 23 (51.1%) pacientes al sexo masculino. De los 45 pacientes con diagnóstico de enfermedad sistémica, 30 (66.6%) pacientes presentaron manifestaciones poliarticulares y 15 (33.3%) pacientes manifestaciones oligoarticulares.

El orden de afección articular fue el siguiente: la articulación de la muñeca se afectó en 35 (77%) pacientes, el tobillo en 34 (75%) pacientes, la rodilla en 28 (62%) pacientes, el codo en 23 (51%) pacientes, interfalángicas en (35%) pacientes, metacarpofalángicas en 13 (28%) pacientes, cervicales en 11 (24%) pacientes, la cadera en 8 (17%) pacientes y el hombro se afectó en sólo 4 (8%) de los pacientes. Estos datos se muestran en la grafica en el apartado de anexos. Sólo en 1 (2%) paciente, no existieron manifestaciones articulares. Los síntomas sistémicos principales fueron; fiebre que se presentó en el 100% de los pacientes con enfermedad sistémica, presencia de adenomegalias en 25 (55%) pacientes, la hepatomegalia se encontró en 13 (28%) de los pacientes con enfermedad sistémica, la esplenomegalia se encontró en 3 (6%) de los pacientes y el exantema característico en 17 (37%) pacientes.

Tabla 3. Enfermedad sistémica. Síntomas extraarticulares en la Artritis Reumatoide Juvenil

Fiebre	Adenomegalias	Hepatomegalia	Esplenomegalia	Exantema
100%	55.5%	28.8%	6.6%	37.3%

Datos obtenidos del archivo de estadística del HIMFG

En los pacientes con enfermedad sistémica, de un total de 45 pacientes, se encontraron ANA positivos en 15 (33%) de los pacientes. El factor reumatoide se encontró en 10 (22%) de los pacientes. En el resto de los pacientes no se encontró positiva ninguna prueba.

Tabla 4. Enfermedad sistémica, pruebas inmunológicas en la Artritis Reumatoide Juvenil

Presencia de anticuerpos antinucleares	Presencia de Factor reumatoide
33.3%	22.2%

Datos obtenidos del archivo de estadística del HIMFG

La artritis reumatoide con patrón oligoarticular se encontró en 13 (19%) de los 67 pacientes totales estudiados, 7 (53%) pacientes correspondían al sexo femenino y 6 (46%) pacientes correspondían al sexo masculino. Sólo se encontró ANA positivo en 2 (15%) pacientes, el factor reumatoide se encontró en 2 (15%) pacientes, en el resto de los pacientes, se encontraban ANA negativo y FR negativo.

Tabla 5. Artritis reumatoide Oligoarticular, pruebas inmunológicas

Presencia de anticuerpos antinucleares	Presencia de Factor reumatoide
15 3%	15 3%

Datos obtenidos del archivo de estadística del HIMFG

La principal articulación afectada en la artritis reumatoide variedad oligoarticular, fue la rodilla en 10 (76%) de los pacientes, posteriormente el tobillo en 5 (38%) pacientes, las articulaciones interfalángicas en 5 (38%) pacientes, el hombro en 3(23%)pacientes, la articulación de la muñeca en 2 (15%) pacientes, metacarpofalángicas en 2 (15%) pacientes, la articulación de la cadera en 1 (7 4%) paciente, la articulación cervical en 1 (7 4%) paciente y el codo en un paciente 1 (7.4%) Estos datos se muestran en la gráfica de anexos Finalmente 5 de los 13 pacientes (38%) con enfermedad reumática oligoarticular, después de los 6 meses de evolución variaron a patrón poliarticular

La artritis reumatoide juvenil de afección poliarticular se encontró en un total de 9 (13%) pacientes, de los cuales el 100% fueron del sexo femenino Los ANA se encontraron positivos en 4(44 4%)paciente y factor reumatoide de igual manera 4 paciente (44 4%)

Tabla 6. Artritis reumatoide juvenil poliarticular, pruebas inmunológicas.

Presencia de anticuerpos antinucleares	Presencia de Factor reumatoide
44 4%	44 4%

Datos obtenidos del archivo de estadística del HIMFG

La articulación más frecuentemente afectada fue la rodilla y el tobillo en 8 (88%) pacientes para cada una de ellas, posteriormente la muñeca con 7 (77%) pacientes, posteriormente las articulaciones interfalángicas y metacarpogalángicas cada una en 6 (66%) de los pacientes, el codo se afectó en 5 (55%) de los pacientes, el hombro en 3 (33%)pacientes, la articulación cervical, cadera y temporomandibular se encontraron afectadas 1 (11%) paciente para cada una de ellas Estos datos se muestran en la gráfica en el apartado de anexos.

En 40 (59 7%) pacientes del total de 67 pacientes con artritis reumatoide juvenil estudiados, se encontró algún grado de desnutrición. Se encontró desnutrición de primer grado en 22 (55%) de los pacientes, con desnutrición de segundo grado en 13(32 5%)pacientes, y 5(12 5%)pacientes con desnutrición de tercer grado El resto de los 27 pacientes del total, no mostraron datos de desnutrición (40 2%)

Tabla 7. Tipos de desnutrición de los 40(59.7%) pacientes con algún déficit ponderal en la Artritis Reumatoide Juvenil.

Desnutrición de primer grado	Desnutrición de segundo grado	Desnutrición de tercer grado
55%	32 5%	12 5%

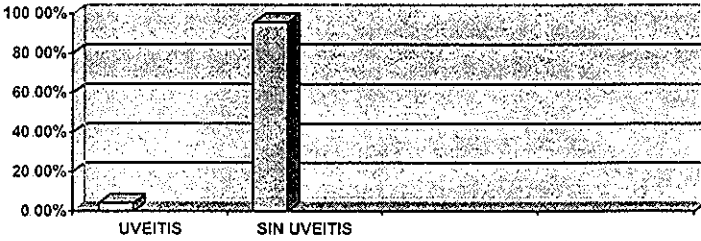
Datos obtenidos del archivo de estadística del HIMFG

Dentro de otras manifestaciones del total de los 67 pacientes con artritis reumatoide juvenil, 3 (4.4%) pacientes, presentaron derrame pericárdico no significativo, se encontraron alteraciones renales en 3 (4.4%) de los pacientes, de ellos 2 presentaron proteinuria significativa y 1 de ellos desarrollo amiloidosis renal con insuficiencia renal crónico terminal, el restante paciente, presento hematuria microscópica

Dentro de las complicaciones de los 67 pacientes con artritis reumatoide juvenil, se encontraron en 13 (19.4%)pacientes complicaciones del tipo infeccioso, de los 13 pacientes, 7 (46.6%) desarrollaron neumonía, 1 de presento choque séptico, 2 pacientes presentaron pielonefritis, 1 paciente desarrollo meningitis aséptica, 1 paciente desarrollo piomiositis, y otro paciente desarrollo una artritis séptica sobre una articulación ya afectada. Otras complicaciones no infecciosas fueron; hepatotoxicidad secundaria al uso de metotrexate en 4 (5.9%) de los pacientes y nefrotoxicidad secundaria al uso de antiinflamatorios no esteroideos en 5 (7.4%) de los pacientes. Se encontró hipertensión arterial 5(7%) de los pacientes, síndrome de cushing en 12 (17%) pacientes, enfermedad acidopéptica en 7 (10%) pacientes

Del total de pacientes con artritis reumatoide juvenil, se encontró en 3 (4.4%)pacientes el diagnóstico de uveítis anterior, en 1 de ellos clasificado con artritis reumatoide juvenil oligoartricular, ANA negativo, factor reumatoide negativo, del sexo femenino, desarrollo la uveítis a los 3 años de diagnosticada la artritis, en este paciente existen antecedentes en la familia de otras enfermedades inmunológicas como lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide juvenil. El segundo paciente desarrollo uveítis anterior en ojo izquierdo, con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil oligoartricular factor reumatoide negativo, ANA negativos, sexo femenino, diagnosticada a los 18 meses de evolución de la artritis. El tercer paciente desarrollo una panuveítis en el ojo izquierdo, con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil oligoartricular, factor reumatoide negativo, ANA negativo, desarrollando la uveítis después de 3 años 8 meses de evolución. Del total de las uveítis 100% corresponden a oligoartritis. Así mismo se revisaron 33 pacientes con diagnóstico de uveítis de 1997 al año 2000 correspondiendo a los 3 pacientes ya citados, el restante de las uveítis se trataron a otras causas, sin embargo se revisaron si alguno tenía manifestaciones articulares de los cuales 2 manifestaban dolores articulares, sin embargo 1 de ellas padecían leucemia linfoblástica aguda y otro se diagnóstico artritis séptica de cadera derecha

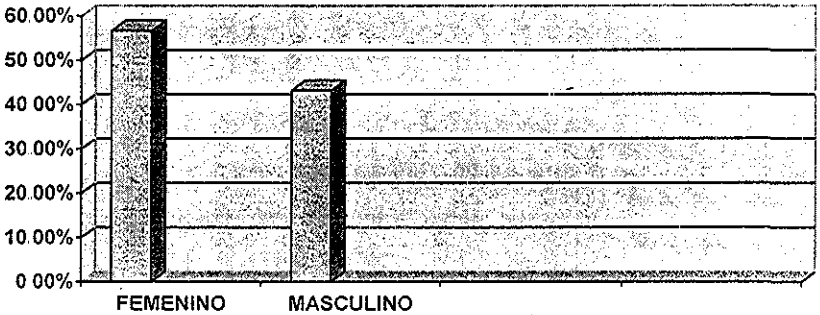
Grafica 1. Presencia de uveítis en artritis reumatoide juvenil.



DISCUSIÓN.

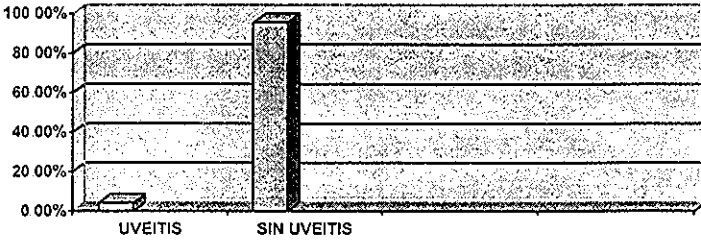
La edad de inicio de presentación en nuestro estudio de forma predominante fue entre los 5 y 6 años de edad. en la literatura como se revisó anteriormente es más frecuente a los 3 años. sobre todo en pacientes con patrón oligoarticular. La mayoría de los pacientes en nuestra revisión corresponden a artritis sistémica, lo que puede explicar la variación encontrada en cuanto a la edad de presentación ya que en esta forma, la edad puede ser muy variable. El sexo más frecuente continua siendo el femenino con una relación 13 a 18 en la literatura se menciona 2 a 1

Grafica 2. Predominio por sexo en artritis reumatoide juvenil.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

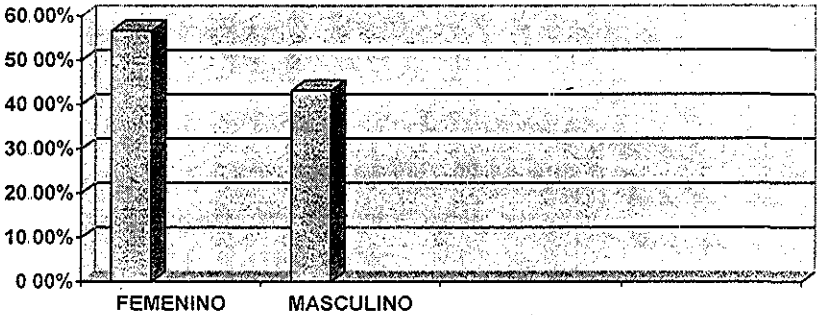
Grafica 1. Presencia de uveítis en artritis reumatoide juvenil.



DISCUSIÓN.

La edad de inicio de presentación en nuestro estudio de forma predominante fue entre los 5 y 6 años de edad. en la literatura como se revisó anteriormente es más frecuente a los 3 años. sobre todo en pacientes con patrón oligoarticular. La mayoría de los pacientes en nuestra revisión corresponden a artritis sistémica, lo que puede explicar la variación encontrada en cuanto a la edad de presentación ya que en esta forma, la edad puede ser muy variable. El sexo más frecuente continua siendo el femenino con una relación 13 a 18 en la literatura se menciona 2 a 1

Grafica 2. Predominio por sexo en artritis reumatoide juvenil.

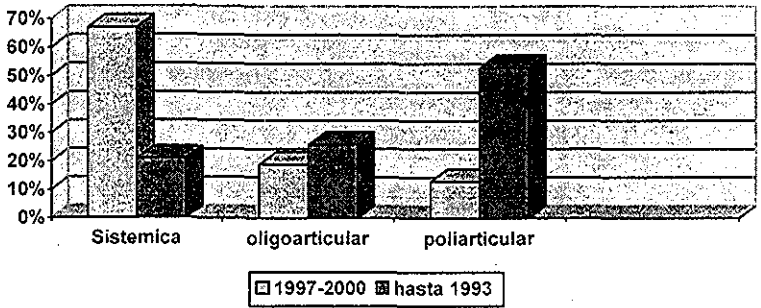


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Existió antecedentes de enfermedad inmunológica en la familia en un porcentaje alto en 13 (19%) pacientes del total de 67 con artritis reumatoide juvenil, predominando la artritis reumatoide 9 (69.2%) de los 13 pacientes con antecedente de enfermedad inmunológica, sin embargo sólo en 2 pacientes de los 9 con antecedente de artritis reumatoide en familiar de primer grado se encontró factor reumatoide positivo. En ningún paciente de los 67 con artritis reumatoide juvenil se pudo corroborar el antecedente de alguna infección viral por lo menos en los últimos 3 meses previos al desarrollo de la artritis, sólo en 2 pacientes (2.9%) tenían el antecedente de haber sufrido un traumatismo 1 semana antes en la articulación afectada principalmente la rodilla, este dato puede ser únicamente coincidental, ya que al sufrir el traumatismo los padres prestan más atención sobre la articulación así de esta manera descubrir la enfermedad.

La variedad más frecuente de afección articular, fue la artritis reumatoide sistémica juvenil (67.1%), seguido de afección oligoarticular (19.4%) y poliarticular (13.4%) en el CEDI, sin embargo hasta 1993 la afección más frecuente se encontraba poliarticular (53%) en primer lugar, seguida de oligoarticular (26%) y finalmente sistémica (21%)(2)

Grafica 4. Patrón articular predominante hasta 1993 y en 1997 al 2000.



En la artritis reumatoide juvenil variedad sistémica en nuestro estudio la afección más frecuente fue de las grandes articulaciones muñeca, rodilla, tobillo y codo, siendo más frecuentes las manifestaciones poliarticulares. En sólo en el 2.2% de los pacientes no se encontraron síntomas articulares mucho menor de lo descrito en la literatura (10%). Los síntomas principales se encontró fiebre en el 100% de los pacientes, pero sólo en el 45% de los pacientes se acompañó del exantema característico. En los pacientes con variedad sistémica los ANA se encontraron en un 33.3% cuando en la literatura se encuentran generalmente negativos, así mismo el factor reumatoide se encontró positivo en un 22.2% de los pacientes cuando también generalmente es negativo. En la artritis reumatoide oligoarticular se encontraron los anticuerpos antinucleares en un 15.3% de los pacientes cuando en la literatura se mencionan positivos hasta en un 60%. el factor reumatoide se encontró positivo hasta 15.3% cuando es generalmente negativo. La articulación principalmente afectada fue la rodilla en un 76% de los pacientes, como se encuentra descrito en la literatura. En la artritis reumatoide juvenil poliarticular se encontraron los ANA positivos en un 44.4% contra un 25% referido en la literatura, el factor reumatoide se encontró en un 44.4% contra un 5 a 10% referido en la literatura (4).

La presencia de uveítis se encontró en un 4.4% de los pacientes con artritis reumatoide juvenil contra un 10% de lo referido en la literatura. Todos ellos correspondieron a artritis reumatoide oligoarticular, es decir el 100% de la uveítis correspondieron a artritis reumatoide con patrón oligoarticular, sin embargo en ninguna se encontraron anticuerpos antinucleares positivos.

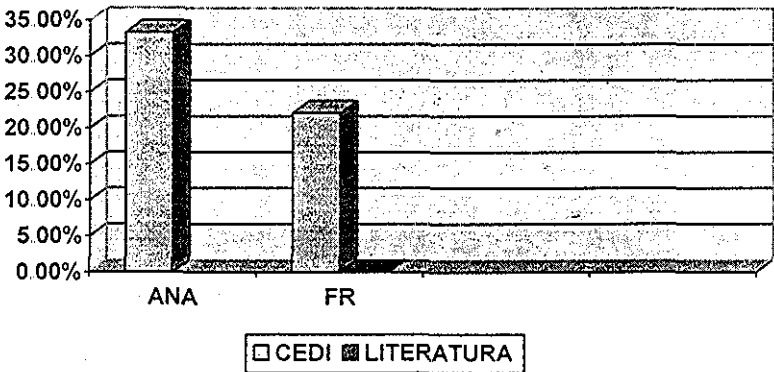
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES.

En este estudio los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil en la población del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", se encontraron algunas variaciones en cuando a lo reportado en la literatura, la edad de presentación fue una de ellas, debido a que la edad, en esta revisión más frecuentemente fue entre los 5 y los 6 años al momento del inicio de la sintomatología, dado que en la literatura se refiere a los 3 años. esto puede estar en función a que el patrón más frecuentemente encontrado fue el sistémico, en este tipo de patrón, la edad puede ser muy variable, en cambio en la oligoarticular es a los 3 años de edad, que es el segunda forma de artritis reportada en la literatura. A diferencia de los reportado en la literatura la mayoría de los pacientes (67.1%) desarrollaron artritis sistémica, cuando en la literatura el patrón oligoarticular se encuentra en un 60%, poliarticular un 30% y sistémica en un 10% (1)

Otro dato en el que se mostró diferencia fue el porcentaje de pacientes con anticuerpos antinucleares y factor reumatoide contra lo descrito en la literatura como se muestra en las siguientes gráficas-

Grafica 5. Pruebas inmunológicas en artritis sistémica comparado con la literatura.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grafica 6. Pruebas inmunológicas en artritis oligoarticular comparado con la literatura

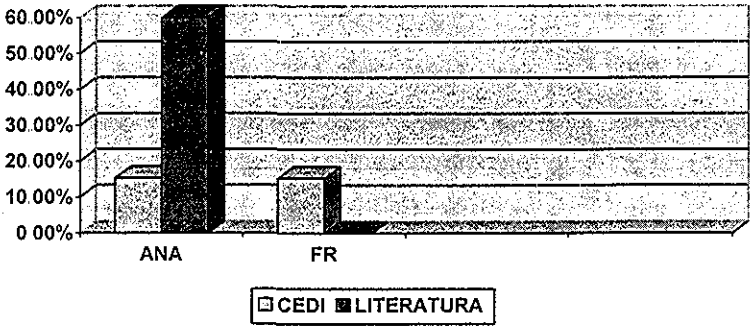
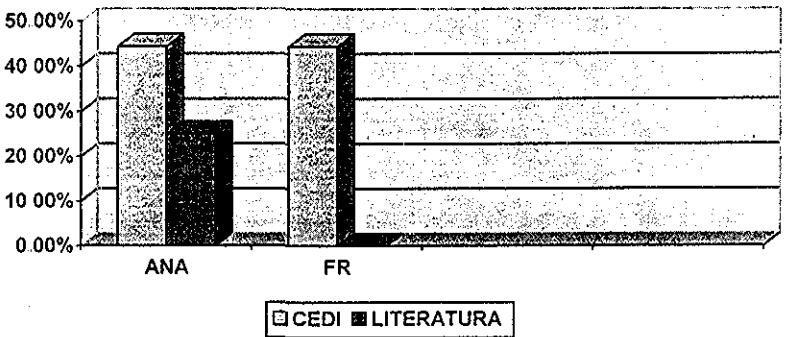


Grafico 7. Pruebas inmunológicas en artritis poliarticular comparado con la literatura.



Aunque en la mayoría de los pacientes se estableció el diagnóstico dentro de los primeros 3 meses de evolución, todavía un porcentaje alto (16.4%) son diagnosticados después del año de evolución, esto puede hablar de la necesidad de mayor capacitación del médico general, o bien que la mayoría son estudiados inicialmente como fiebre de larga evolución y finalmente después de largo tiempo son referidos al hospital, aún con diagnóstico de fiebre de larga evolución

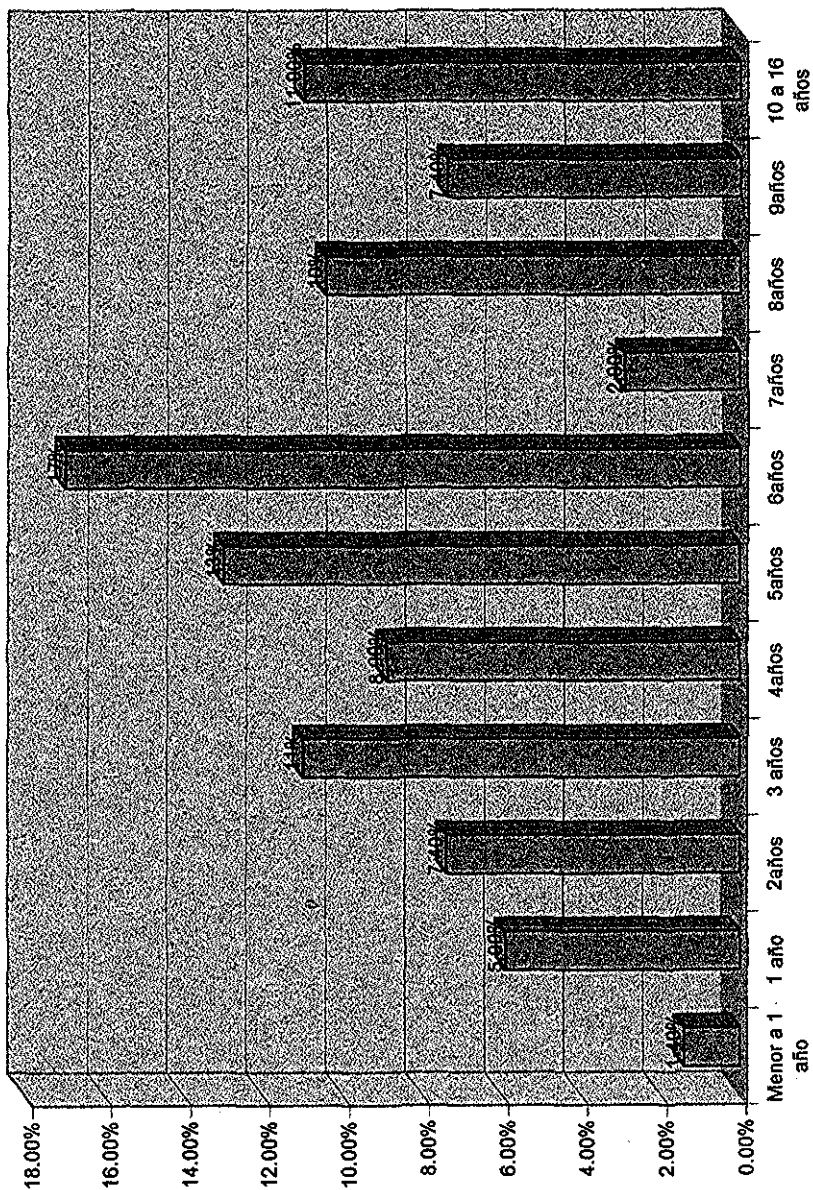
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Así mismo se debe prestar más atención sobre las complicaciones infecciosas, que se encontró en un porcentaje alto(22%) de los pacientes, esto puede deberse al uso de medicamentos inmunosupresores, o bien a que la mayoría de los pacientes son procedentes de medio socioeconómico bajo, que influye como factor de riesgo para el desarrollo de infecciones

Debemos recordar que las características étnicas de cada población juegan un papel importante en la presentación de las enfermedades autoinmunes y dada las diferencias observadas entre nuestro estudio y lo reportado en la literatura, debe ponerse énfasis especial en cada una de las poblaciones estudiadas. Sin embargo se debe recordar que la población de nuestro estudio no refleja de forma obligatoria las características de la población de México, ya que esto sólo puede demostrar la experiencia en el hospital infantil de México Federico Gómez, siendo un hospital de referencia

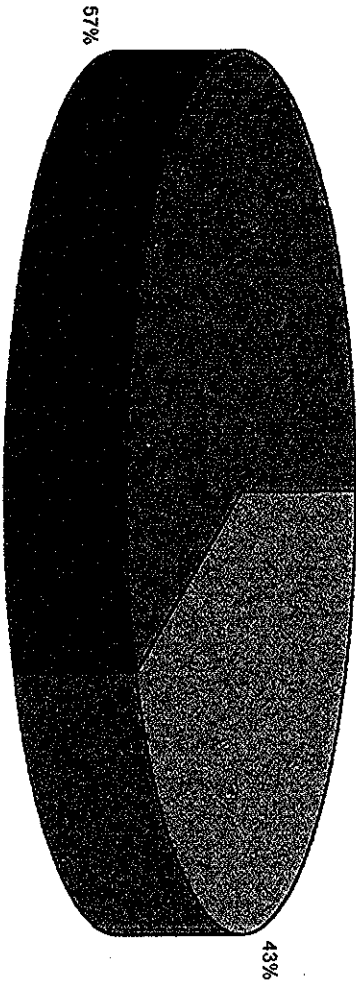
ANEXOS

Series1



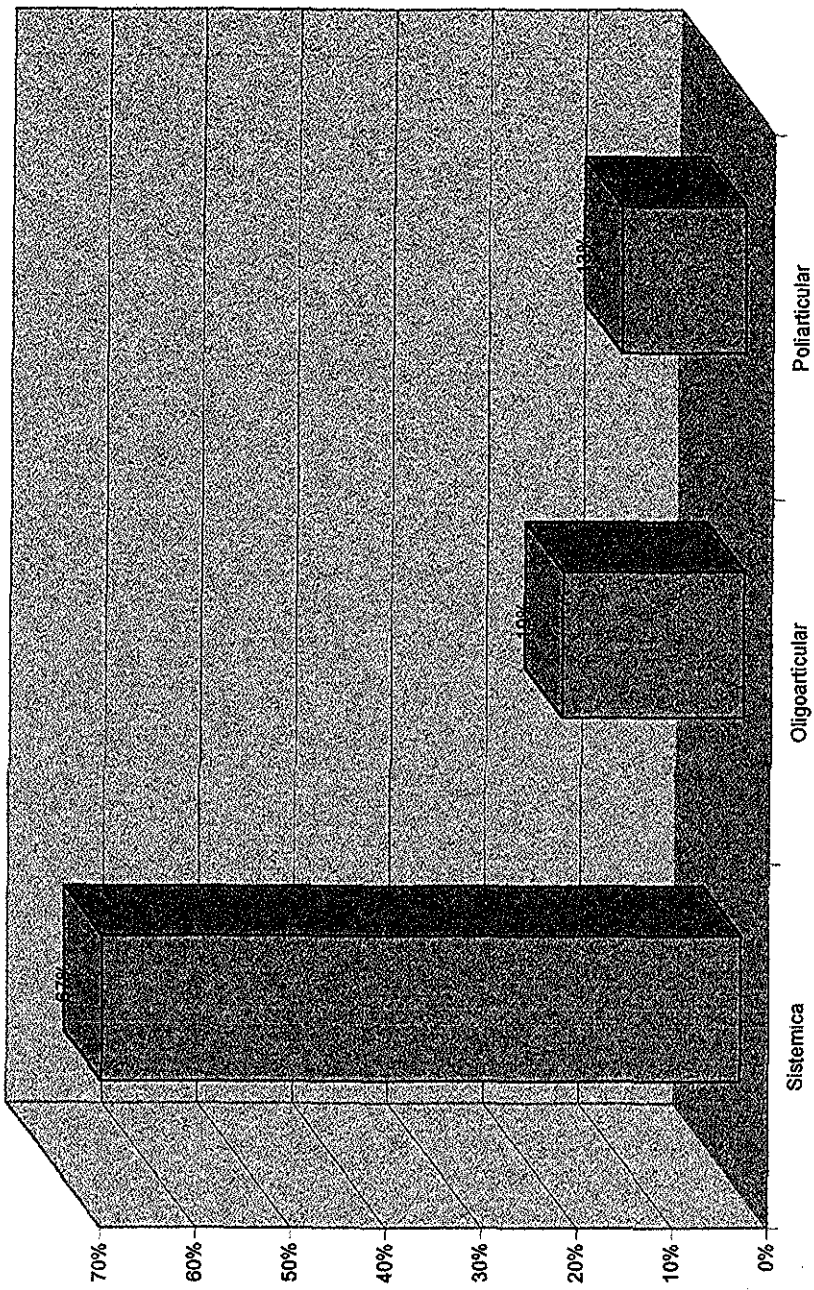
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION POR SEXO DE ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL

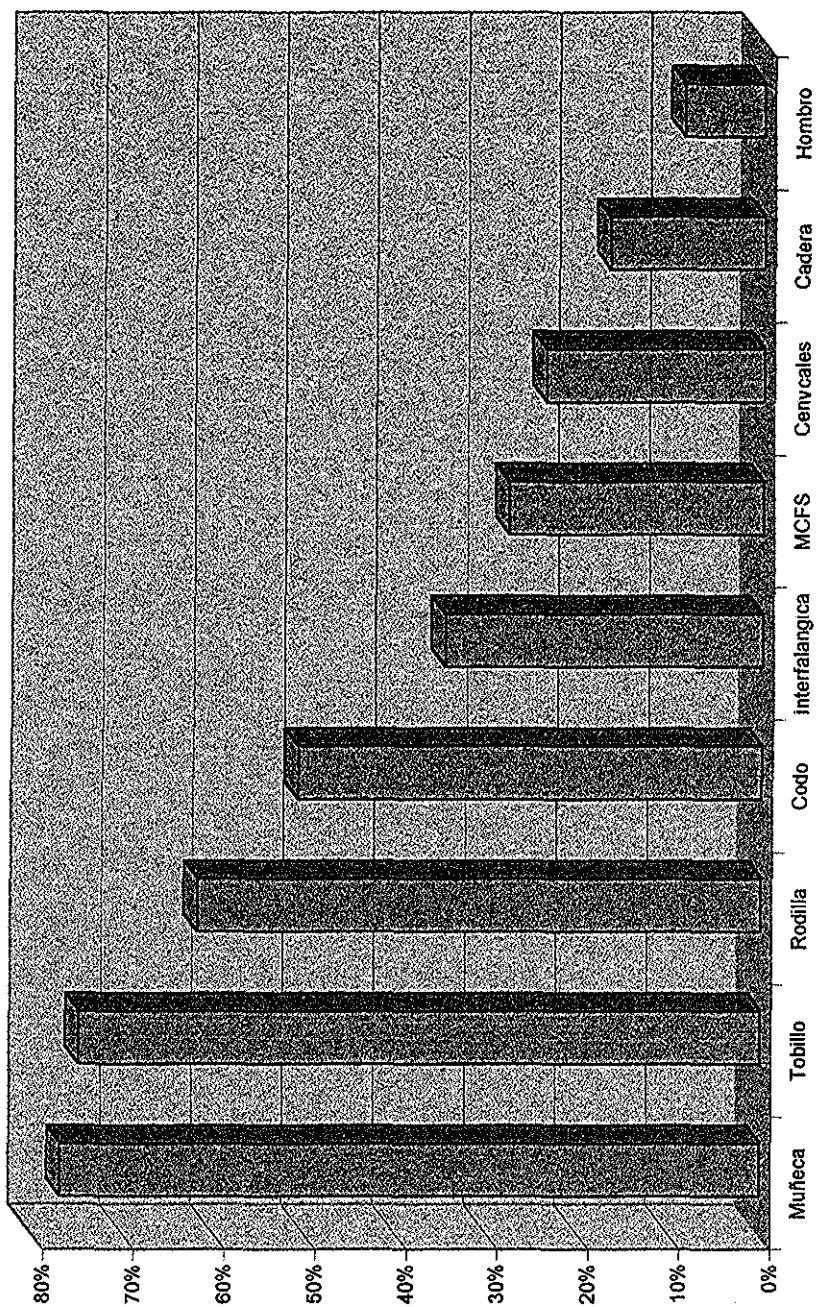


■ MASCULINO
■ FEMENINO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

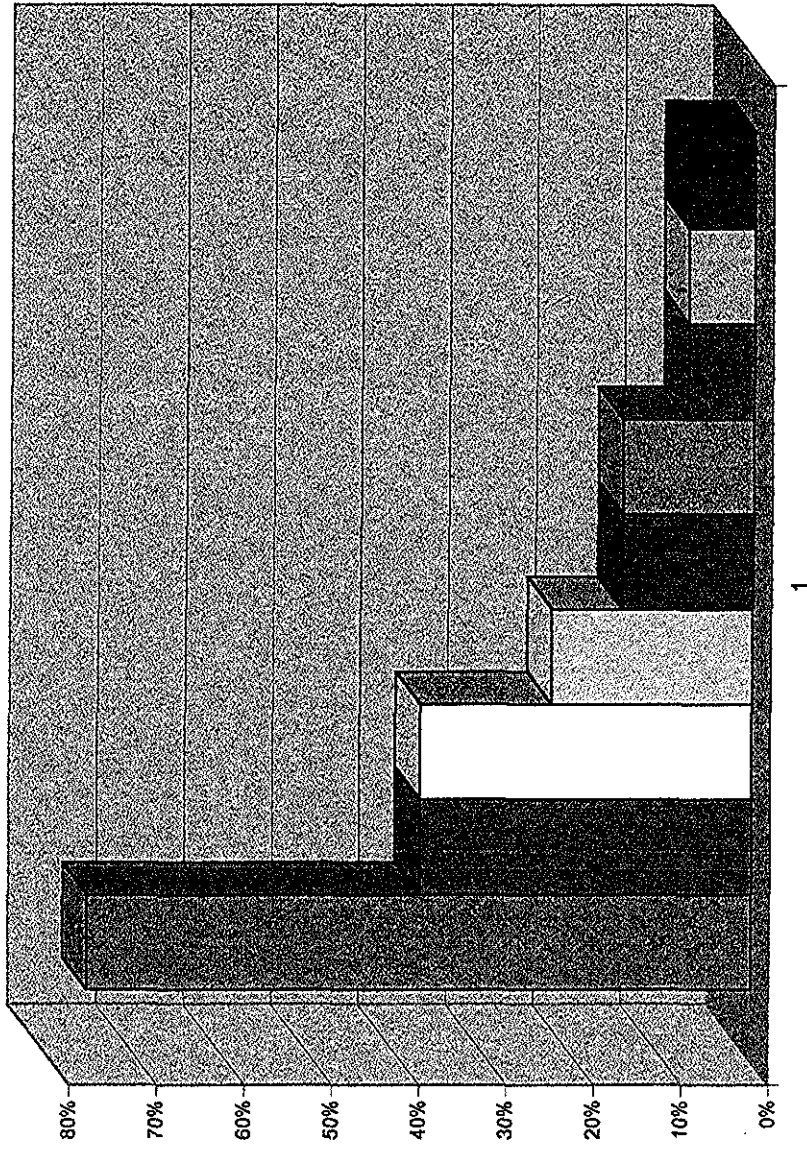


TESIS CON FALLA DE ORIGEN



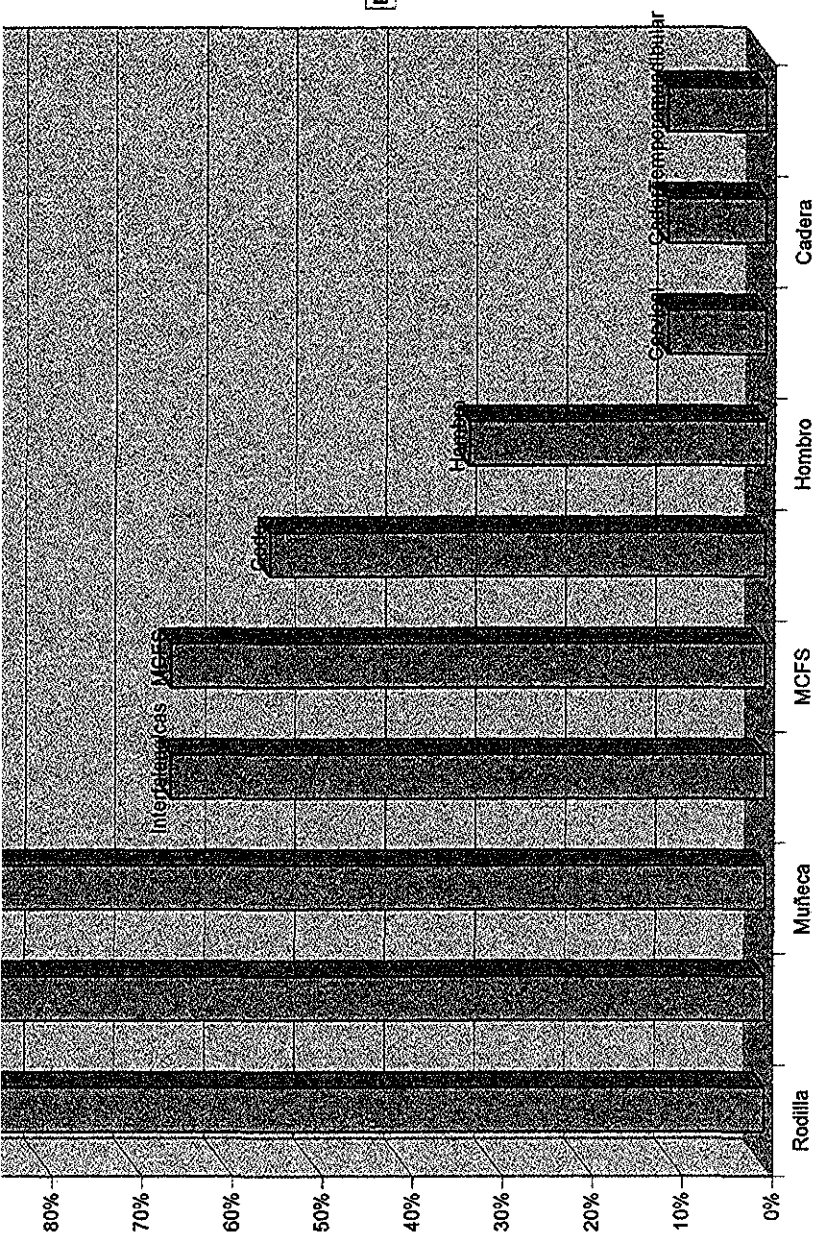
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Rodilla
- Tobillo
- Interfalangicas
- hombro
- muñeca
- MCFS
- Cadera
- Cervical
- Codo



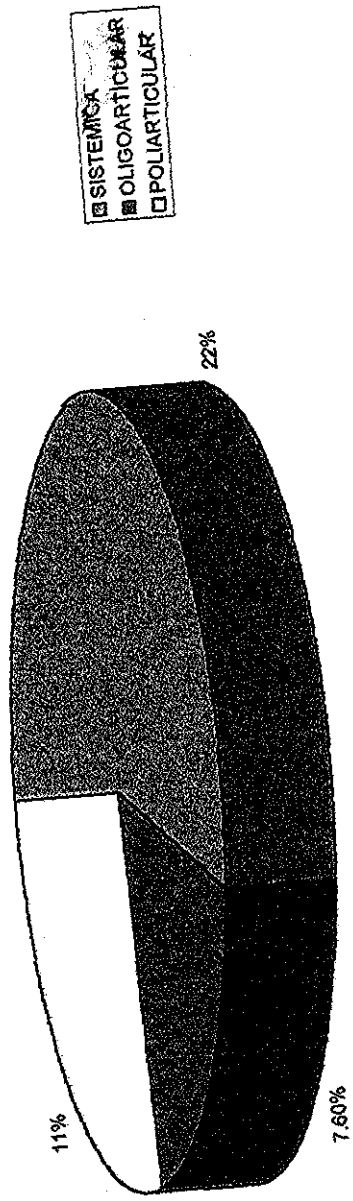
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Series1



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

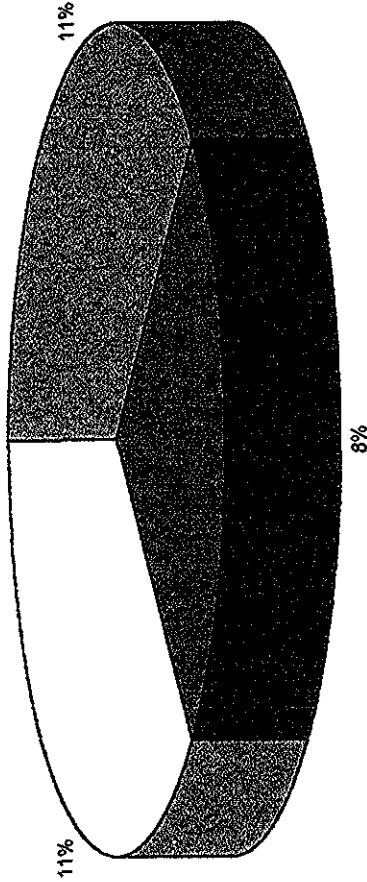
POSITIVIDAD DE ANA EN LOS DIVERSOS TIPOS DE ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL



SISTEMICA
 OLIGOARTICULAR
 POLIARTICULAR

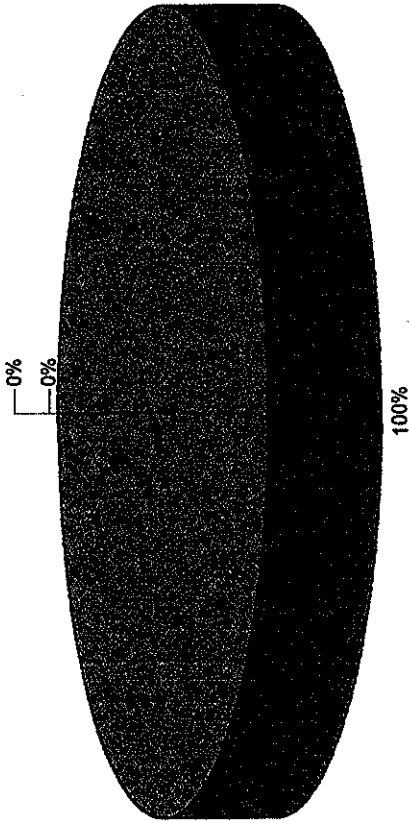
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

■ SISTEMICA
■ OLIGOARTICULAR
□ POLIARTICULAR



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

■ SISTEMICA
■ OLIGOARTICULAR
□ POLIARTICULAR



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL

NOMBRE: _____
EDAD DE INICIO: _____
SEXO: _____
ORIGEN: _____
ESTADO SOCIECONOMICO: _____
ANTECEDENTES ENFERMEDAD INMUNOLOGICAS FAMILIA: _____

ANTECEDENTE INFECCION VIRAL SEROLOGIA POSITIVA: _____

FORMA INICIO : _____
NUMERO DE ARTICULACIONES AFECTADAS: _____
ARTICULACIONES PRINCIPALES AFECTADAS: _____
SINTOMAS SISTÉMICOS: _____
MANIFESTACIONES EXTRARTICULARES: _____

POSITIVIDAD ANA: _____
FACTOR REUMATOIDE POSITIVO: _____
HLA RELACIONADO: _____
PRESENCIA UVEITIS: _____
TIEMPO DE EVOLUCION AL INICIO UVEITIS: _____
EVOLUCION A LAS 6 MESES: _____
ENFERMEDADES ASOCIADAS: _____

A Detención crecimiento. _____ B Nódulos subcutáneos _____ C Atrofia muscular _____
D Afeción cardiaca. _____ E Afeción pulmonar _____
F Desnutrición. _____ G Hepatomegalia _____ H Esplenomegalia _____
I Renal. _____

DAÑO ARTICULAR INTENSO. _____
TIEMPO DE EVOLUCION ACTUAL. _____

EFFECTOS SECUNDARIOS AL TRATAMIENTO: _____

COMPLICACIONES DURANTE LA EVOLUCIÓN.

ESTADO FUNCIONAL ACTUAL.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1 Cassidy Textbook of Pediatric Rheumatology James T. Cassidy Ross E Petty 4th ed 2001 pp 218-295
2. Romeo S Rodriguez Artritis Reumatoide Juvenil 1994 Interamericana 87-109
- 3 Ross E Petty Md Et al Revisión of the Proposed Classification Criteria for Juvenile Idiopathic Arthritis: Durban 1997 The Journal of Rheumatology 1998; 25:10 1992-1994
- 4 June G SCHALLER, md. Juvenile Rheumatoide Arthritis Pediatrics in Review Vol 18 No 10 October 1997 337-349
- 5 SNicola Z Wilkinson Lack of correlation between the Detection of Clamydia trachomatis DNA in synovial fluid form patients with a range rheumatic disease Arthritis and Rheumatism Vol 41 No 5 May 1998 pp 845-856
- 6 Van der Heijden Im ET AL detection of Mycobacteria in joint samples from patients with arthritis using polymerasa chain reaction and sequence analysis Rheumatology 1999 38 547-53
- 7 Ineke M. Van Der Heijden et al. Presence of Bacterial DNA and bacterial peptidoglycans in joints of patients with rheumatoid arthritis and other arthritis ARTHRITIS AND rheumatism Vol 43 No 3 March 2000 pp 593-598
- 8 JOHANNES g Saal et al Synovial Epstein-Barr virus infection increases the risk of rheumatoid arthritis in individuals with the shares HLA-DR4 epitope Arthritis and Rheumatism Col 42 No 7 July 1999 pp845-856
- 9 Alfonse T Masi Hormonal and Immunologic risk factors for the development of rheumatoid arthritis. Rheumatic Disease Clinics of Horth America Vol 26 No 4 NOVEMBER 2000 PP 775-83
- 10 Ian C Chikanza MD. The influence of hormonal system on pediatric rheumatic disease Rheumatic Disease CLINICS OF north America Vol 26 No 4 November 2000 pp 911-25
- 11 Kevin J. Murray et al. Age specific effects of juvenile rheumatoide arthritis associates HLA alleles Arthritis and Rheumatism Vol 42 No 9 September 1999 pp. 1843-1853.
- 12 I2 Alan M. Rosenberg. Uveitis in Pediatric Rheumatic Diseases Overview Department of Pediatrics University of Saskatchen Canada
- 13 C. Stephen Foster. Uveitis in Pediatric Rheumatic Diseases Harvard Medical School Boston Massachusetts USA
- 14 Rosenberg AM Guidelines for Ophthalmologic examinations in children with juvenile rheumatoid Arthritis Pediatrics Vol 92 August 1993
- 15 Steve Howe et al. Development of Disability measurement tool for juvenile rheumatoid arthritis Arthritis and Rheumatismo Vol 34 No 7 July 1991 pp 873-880