



11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios de Postgrado

Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad Medica de Alta Especialidad

"La Raza"

USO DE CORTICOESTEROIDES EN EL TRATAMIENTO
DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL.

T E S I S

Que para obtener el titulo en la especialidad de

Pediatría Médica

Presenta:

Dra. Maria Enriqueta Aguilar Raya.

ASESOR:

Dra. Hilda Lilian Carvajal Alonso

m341151

MÉXICO, D.F. 2005.



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

DR. JORGE MENA BRITO
JEFE DE LA DIVISION DE PEDIATRIA MEDICA.

DR. JOSE LUIS MATAMOROS TAPIA
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

DR. MARIO GONZALEZ VITE
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRIA.

DRA HILDA LILIAN CARVAJAL ALONSO
MEDICO ASESOR DE TESIS.



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir su formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Aguilar Raya Maria Enrique

FECHA: 18/02/05
FIRMA: [Signature]

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por conservar mi integridad y llevarme de la mano por la vida venciendo exitosamente todos los obstáculos que he encontrado en mi camino para lograr una a una las metas que me he propuesto.

A mis padres por sembrar en mi y cultivar día a día la semilla de la responsabilidad perseverancia e interés por los demás pero sobre todo la alegría de vivir.

A mis amigos por contribuir a este proyecto elemental en mi vida con su comprensión y solidaridad.

A La doctora Hilda Lilian Carvajal Alonso por su enorme paciencia, dedicación y empeño para realizar este proyecto.

A la Dra. Eunice Solís y Marisa Seferino a quienes agradezco sinceramente su apoyo por la revisión y corrección necesarias de esta tesis.

A toda la gente que hizo posible llevar al final esta tesis proporcionándome todos los materiales indispensables.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2-4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	7
RESULTADOS	8-9
DISCUSIÓN.....	10
CONCLUSIONES.....	11
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	12 - 13
ANEXOS.....	14 - 26

RESUMEN

La Artritis Reumatoide Juvenil (ARJ) es la enfermedad reumática más frecuente en la infancia y responsable de un gran número de niños incapacitados, en reumatología el tratamiento con glucocorticoides (GS) para la ARJ es uno de los temas más controversiales y sin embargo forma parte en la actualidad de casi el 80% de los niños con esta patología.

En el presente estudio se hizo una revisión del uso de los GS en los pacientes con ARJ del servicio de Reumatología Pediátrica en el Hospital General Centro Médico "La Raza". (HGCMR) Durante el periodo comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2004.

Se trató de un estudio transversal, descriptivo observacional, en el que se revisó el expediente de 100 pacientes con diagnóstico documentado de ARJ.

Se incluyeron a los pacientes que contaran con diagnóstico documentado de ARJ y con expediente completo.

Durante la revisión se estudiaron 56 mujeres (56%) y 44 hombres (44%), 18 pacientes (18%) fueron tratados con GS, la principal indicación para manejo con GS fue ARJ sistémica y artritis persistente, la edad promedio de los pacientes fue de 10 años, la edad de inicio de la ARJ fue en promedio 9 años, el tiempo de evolución de la ARJ al momento de la primera valoración en el servicio de reumatología pediátrica fue en promedio de 2 años. 12 pacientes (66%) se diagnosticaron como ARJ sistémica, 5 pacientes (28%) con ARJ Poliarticular, 1 paciente (6%) con ARJ oligoarticular. Los 18 pacientes (100%) tratados con GS usaron prednisona la dosis promedio utilizada fue de 0.47mg /Kg/día. Y 10.9mg /día. La vía utilizada en los 18 pacientes (100%) fue oral y el tiempo de administración del glucocorticoide fue de 12 meses.

Para valorar la respuesta al tratamiento con GS se utilizó la clasificación de la clase funcional ubicándose 9 pacientes (50%) en la clase funcional III previa al tratamiento con GS y 9 pacientes (50%) en la clase funcional IV, se comparó el número de articulaciones sensibles y posterior al tratamiento con GS fue aparente la remisión de sintomatología aguda y en promedio fue de 1 articulación sensible. Posterior al tratamiento con GS 11 pacientes (60%) clínicamente se ubicaron en la clase funcional II y 7 pacientes (40%) en la clase funcional I. Se compararon determinaciones de Velocidad de Sedimentación Globular (VSG), recuento plaquetario y hemoglobina, previas y posterior al tratamiento con GS, hubo una recuperación de las cifras de hemoglobina y descendieron las cifras de los reactantes de fase aguda principalmente VSG el recuento plaquetario incremento y estos resultados fueron evidentes en los 18 pacientes (100%)

Es necesario comentar que los GS no fueron la única droga empleada, fueron parte de un tratamiento estructurado en combinación con antiinflamatorios no esteroideos, fármacos que intervienen directamente con la remisión de la enfermedad como metotrexate, antipalúdicos además de rehabilitación. Solo en 9 pacientes (50%) se identificó gastritis como efecto secundario del uso de GS.

Concluimos dado lo anterior que el tratamiento con GS en pacientes portadores de ARJ resuelve de forma satisfactoria la sintomatología aguda y permite recuperación funcional evidente a dosis bajas y periodos intermedios no se identifican efectos secundarios relevantes.

INTRODUCCION.

La Artritis Reumatoide Juvenil (ARJ) es una enfermedad inflamatoria crónica, de etiología desconocida, con compromiso articular, se caracteriza por artritis persistente, acompañada en ocasiones de manifestaciones extraarticulares como linfadenopatía, esplenomegalia serositis, nódulos reumatoides. Representa la enfermedad reumática más frecuente en la población infantil (1)

Los mecanismos por los que se perpetúa la inflamación sinovial son desconocidos, se han propuesto los siguientes:

Factor genético: Se han estudiado antígenos de histocompatibilidad, en las distintas formas de inicio de la enfermedad; sistémico está asociado a los antígenos HLA DR4 poliarticular con factor reumatoide negativo se asocia a los antígenos HLA DR8, DR6; el inicio oligoarticular precoz (menor de 6 años) está asociado a los antígenos DR8, DR5 DR6. (3)

Factores ambientales. Se sospecha una asociación con virus, se ha aislado el de la rubéola en la sinovia de la ARJ, otros microorganismos: Influenza, micoplasma, streptococcus beta hemolítico, microorganismos entéricos como salmonella, shigella, campylobacter y yersinia (1)

Factores Inmunológicos. Se ha observado una mayor incidencia de artritis en niños con inmunodeficiencias, con alteraciones en la función supresora de los linfocitos T; en las variedades oligoarticular y poliarticular se han observado niveles plasmáticos altos de IL-1 IL-2, IL-6. (Interleucinas 1, 2 y 6 siendo los niveles de factor de necrosis tumoral TNF elevados.) (2)

CUADRO CLINICO.

Hay dolor articular, rigidez matutina, inflamación y tenosinovitis.

La Artritis Reumatoide Juvenil (ARJ) de inicio poliarticular, se define como la presencia de artritis en 5 o más articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad. La artritis generalmente es simétrica, compromete grandes y pequeñas articulaciones la columna cervical y temporomandibular; con factor reumatoide positivo, es más frecuente en niñas cerca de la adolescencia, con sinovitis erosiva y un curso crónico y persistente. La variedad poliarticular con factor reumatoide negativo es menos agresiva, tiene mejor pronóstico que la ARJ poliarticular con factor reumatoide positivo. (5)

En la ARJ de inicio oligoarticular; se afectan 4 o menos articulaciones durante los primeros 6 meses, constituye el 60%, en el 50% es monoarticular y la rodilla es la articulación más afectada. (1)

La ARJ sistémica; afecta al estado general, se acompaña de fiebre las manifestaciones extraarticulares pueden proceder en días, meses o años. La relación de incidencia hombre-mujer es 1:1, la fiebre suele acompañarse de un eritema cutáneo morbiliforme evanescente y se distribuye en cara, tronco y extremidades es pruriginoso en el 25% de los casos. Hay afección del sistema reticuloendotelial con linfadenopatías generalizadas esplenomegalia y hepatomegalia en más del 50%, puede existir poliserositis la afección articular es poliarticular en el 75% de los casos, con leucocitosis, trombocitosis, velocidad de sedimentación globular (VSG) acelerada, proteína C reactiva (PCR) elevada hipergamaglobulinemia, anemia y factor reumatoide (FR) negativo (5).

El Colegio Americano de Reumatología propone los criterios para clasificación y diagnóstico para ARJ. ANEXO 1.

Otras manifestaciones acompañantes son: Retraso del crecimiento pondoestatural en especial en el período de mayor actividad de la enfermedad y se ha relacionado con déficit de acción periférica de la hormona de crecimiento, con braquidactilia, micrognatia afección de la columna cervical y atrofia muscular, con retracción o contracturas tendinosas en flexión. (5).

TRATAMIENTO.

Los objetivos generales del tratamiento son:

1. - Alivio del dolor.
2. - Preservación de la función articular.
3. - Prevención del daño estructural articular
4. - Prevención de la deformación articular
5. - Conservación de la calidad de vida del paciente

La terapia con glucocorticoides (GS) es uno de los temas más importantes y controversiales en Reumatología los efectos antiinflamatorios de los GS fueron primero descritos en 1949 Hench compartió el premio Nóbel con Kendall y Richstein por demostrar los espectaculares efectos clínicos, pero debido a los serios efectos adversos que pronto se hicieron manifiestos, el entusiasmo inicial pronto se convirtió en una aversión. Hoy para muchos pacientes reumatológicos los GS siguen y seguirán siendo uno de los tratamientos más socorridos y efectivos. Actualmente se emplean con más frecuencia dada su clara acción antiinflamatoria y la evidencia, según estudios recientes que sugieren que su uso a dosis bajas disminuye la aparición de erosiones. Su utilización, debe reservarse para aquellos pacientes en los que el beneficio a corto plazo es mayor que los riesgos de su empleo a largo plazo y siempre como parte de un tratamiento programado. (18).

Los esteroides intraarticulares, proveen alivio efectivo de la inflamación local que podría ocurrir en diferentes patologías reumatológicas (incluso siendo sistémicas) como ARJ lupus, osteoartritis, artropatía por cristales, hidrartrosis intermitente, síndrome de hombro doloroso.

INDICACIONES PARA EL USO DE GS EN LA ARJ:

- a) Ataque inicial con Artritis Reumatoide Juvenil sistémica
- b) Manifestaciones graves extraarticulares como pericarditis.
- c) Fiebre persistente.
- d) Uveítis (sin respuesta a esteroide local)
- e) Anemia intratable.

Los Glucocorticoesteroides pueden utilizarse de modo intermitente (cada tercer día) ingeridos o intraarticular, en diversas etapas del tratamiento.

Los GS a dosis bajas (5 a 10mg de prednisona o equivalente) y en una sola toma matutina son útiles en las primeras fases de la enfermedad asociado a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo, cuando estos no son eficaces en el control de la enfermedad, también son útiles como fármacos puente hasta que los efectos de los fármacos antirreumáticos inductores de la remisión de la enfermedad sean equivalentes o en la reagudización de la sintomatología articular, un inconveniente en su uso, es la dificultad que con frecuencia conlleva a su retiro por la mejoría que observa el paciente con su empleo, se debe evitar por lo general el empleo de dosis superiores a las mencionadas aunque pueden estar indicadas en aquellos casos que presentan afección sistémica. (18).

Se han planteado algunos lineamientos que permiten su uso con mayor seguridad:

- 1.- Prescribir los GS sólo si son imprescindibles
- 2.- Descartar úlcera péptica, trastornos metabólicos
- 3.-Utilizar dosis antiinflamatoria (prednisona menor a 10mg/día), revisar radiografía de tórax, PPD y tonometría ocular.
- 4.-Uso de la menor dosis posible durante el menor tiempo posible
- 5.-Considerar el inicio de profilaxis para osteoporosis (18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el uso de corticoesteroides en pacientes portadores de ARJ?

OBJETIVOS.

Objetivo específico.

Hacer una revisión sobre el uso de corticoesteroides en el tratamiento de la Artritis Reumatoide Juvenil (ARJ) en el servicio de Reumatología Pediátrica del Hospital General Centro Médico la Raza (HG. CMR) de Enero del 2000 a Diciembre del 2004.

Objetivos particulares.

1. -Conocer la frecuencia del empleo de los corticoesteroides en el tratamiento de la ARJ.
2. -Conocer las principales indicaciones para el empleo de corticoesteroide.
3. -Identificar los corticoesteroides utilizados.
4. -Identificar la dosis de corticoesteroide utilizada.
5. -Identificar la duración de administración de corticoesteroide.
6. -Conocer las complicaciones secundarias al tratamiento de glucocorticoides más frecuentes.
7. -Evaluar la respuesta al manejo con corticoesteroide.

MATERIAL Y METODOS.

MATERIAL.

1.-A través de la revisión de expedientes clínicos se identificaron aquellos pacientes portadores de ARJ con uso de esteroides atendidos en el servicio de Reumatología Pediátrica del Hospital General Centro Medico La Raza. En el periodo comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2004.

2.-Hojas blancas.

3.-Lápices.

METODOS.

A) Investigación documental.

B) Revisión Bibliografica.

C) Recopilación de datos.

RESULTADOS.

Se estudiaron 100 pacientes del servicio de reumatología pediátrica del Hospital General centro Médico la Raza.

56% mujeres y 44% varones. Grafica No. 1.

De los cuales 18 pacientes que representaron el 18% fueron tratados con glucocorticoides y 82 pacientes, el 82% no fueron tratados con glucocorticoides. Grafica No. 2

Edad promedio de los pacientes estudiados. 10 años y 4 meses de edad. Con un Rango de 6 meses a 15 años.

De los 18 pacientes tratados glucocorticoides que representan el 100%, 12 pacientes es decir el 66% se diagnosticó como artritis reumatoide juvenil (ARJ) sistémica, 5 pacientes igual al 28% se diagnosticó como ARJ poliarticular y un paciente que significa el 6% de los pacientes manejados con corticoesteroides se diagnosticó ARJ oligoarticular. Grafica No. 3.

De los incisos contemplados en nuestro estudio como indicaciones para uso de GS, 16 de los 18 pacientes que representan el 89% de la población estudiada tuvieron manifestaciones articulares como indicación para inicio de GC y fue por artritis persistente. Grafica No. 4

18 de los 18 pacientes es decir el 100% de los pacientes tuvieron indicación de tratamiento de GS por manifestación extraarticular:

15 de los 18 pacientes igual al 83% con anemia.

12 de los 18 pacientes igual al 67% con fiebre.

05 pacientes con hepatomegalia igual al 28%

03 pacientes con adenomegalia igual al 17%

En el inciso C se identificó como otra indicación para inicio de GS a 2 pacientes igual al 11% y se especificó por sospecha de LUPUS. Grafica No. 5

El tipo de esteroide utilizado en el 100% de los pacientes fue prednisona solo en uno de los paciente que representó el 6% se manejaron pulsos de metilprednisolona, que se indicó previamente al manejo en el servicio de reumatología pediátrica del HG CMR. Grafica No. 6

La vía de administración del glucocorticoide fue en el 100% oral y en 1 solo paciente que representó el 6% se empleó previamente pulsos de metilprednisolona intravenosa y posteriormente se continuó prednisona vía oral. Grafica No. 7

Se indicó una dosis promedio de corticoesteroide de 10.9mg diarios y 0.47mg /Kg/día. Con un rango de 0.25 a 0.7mg /Kg/ día y de 7.5mg a 15mg por día.

El número de articulaciones afectadas previas al tratamiento con glucocorticoide fue en promedio de 6 articulaciones. Con rango de 4 a 8 articulaciones. Grafica No.8 comparativa.

El número de articulaciones sensibles (afectadas) posterior al tratamiento con glucocorticoesteroide fue en promedio de una. Siendo el rango de 0 a 3 articulaciones. Grafica No. 8 comparativa.

La determinación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) promedio fue de: 34mm/ hr. previa al tratamiento con glucocorticoides, y se identifico como rango 6 a 53mm/hr. Grafica No. 9 comparativa.

La determinación posterior a la administración de glucocorticoide de la VSG promedio fue de 18mm/hr. Se identifico en rango de 3mm/hr. a 34mm/hr. Grafica No. 9 comparativa.

La determinación de la cifra de hemoglobina (Hb) previa al tratamiento con glucocorticoides fue de 10.3 g/dl promedio. Con un rango de 8 a 16.g/dl Grafica No. 10 comparativa.

La determinación de la Hb. Posterior al tratamiento con GS. El promedio fue de 12g/dl con un rango de 9.5 a 16.5g/dl. Grafica No. 10 comparativa.

La determinación de la cifra de plaquetas fue en promedio de 347 000 previa al tratamiento con esteroide. Rango identificado de 202 000 a 560 000 plaquetas. Grafica No. 11 comparativa

La determinación del número de plaquetas posterior al tratamiento con esteroide fue en promedio de 414 000. Rango de 262 000 a 588 000. Grafica No. 11 comparativa.

El tiempo promedio de administración del glucocorticoide fue de 12 meses, fluctuando en el rango de 3 a 18 meses de administración del glucocorticoide.

Se identificaron complicaciones en 9 de los 18 pacientes en los que se utilizo Tx. Con GS que representaron el 50% y se menciona como gastritis. Grafica No. 12

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DISCUCION

En el presente estudio realizado sobre el análisis de uso de esteroide en el tratamiento de la Artritis Reumatoide Juvenil (ARJ) se estudiaron 100 pacientes con predominio del sexo femenino sin diferencia significativa, con predominio de pacientes escolares en la población estudiada en general aunque en los pacientes tratados con glucocorticoides (GS) el 45% fueron preescolares; en el servicio de reumatología pediátrica de los 100 pacientes estudiados 18 pacientes es decir el 18% fueron tratados con GS. La principal indicación para inicio de tratamiento con GS fue artritis persistente entre las manifestaciones articulares y todos los pacientes estudiados cursaron con manifestaciones extraarticulares como indicación para el tratamiento con GS entre estas la anemia y la fiebre fueron las predominantes en su totalidad tratados con prednisona, previa a su valoración por el servicio de reumatología pediátrica solo uno de los pacientes fue manejado con pulsos de metilprednisolona, se indico una dosis promedio de 10.9mg por día y 0.47mg/Kg/día. En cuanto a las determinaciones de laboratorio para valoración de la respuesta al manejo con esteroide si se detectaron cambios de las de terminaciones de los reactantes de fase aguda. Principalmente la Velocidad de Sedimentación Globular en promedio con determinación aun sobre el rango normal pero disminución en el 100% de los casos, los niveles de hemoglobina se recuperaron en el 100% de los casos y la determinación de plaquetas fue mayor después de la administración del esteroide; el tiempo de administración promedio se pudo determinar en 12 meses, el menor periodo de administración fue de 3 meses y el periodo más amplio por 18 meses. Se observaron complicaciones del tipo gastritis en el 50% de los casos.

De acuerdo a la literatura en general tanto el predominio del sexo femenino y la edad escolar promedio de inicio de la ARJ coinciden con los resultados obtenidos en esta revisión, cabe señalar que así como lo señalan la mayoría de los autores en la literatura el esteroide mas utilizado sigue siendo prednisona.

CONCLUSIONES.

Durante esta revisión del uso de esteroides en el tratamiento de pacientes portadores de Artritis Reumatoide Juvenil (ARJ) en el servicio de Reumatología pediátrica del HGCMR podemos concluir que los esteroides favorecen la recuperación de la funcionalidad articular del niño, disminuyen los índices de actividad de la ARJ, aun son bajos los porcentajes de pacientes manejados con esteroides y siguen siendo los antiinflamatorios no esteroideos AINES los medicamentos de primera elección, la dosis promedio de Glucocorticoides (GS) sin repercusiones o manifestaciones secundarias relevantes es 10mg diarios y la indicación principal identificada en esta revisión coincide con las citadas en el mayor porcentaje de la literatura la presentación de ARJ sistémica y por artritis persistente en un porcentaje importante no se rebaso el periodo de tratamiento con GS por 6 meses

Los pacientes además del manejo con esteroide en el 100% fueron tratados de forma inicial con AINES y también en combinación con fármacos que intervienen directamente en la actividad de la enfermedad y de forma selectiva con esteroides.

Dado lo anterior reconocemos la terapia combinada con respuesta favorable en el tratamiento de los niños con ARJ.

BIBLIOGRAFIA

Referencias.

- 1.-Kulas G, Donald T. MD Ph.D; Schamberg, Laura MD. **Juvenile Idiopathic arthritis.** Current Opinion in Rheumatology. 2001; 13:392-398.
- 2.-Cassidy A, Pettry C. **Pediatric Rheumatology 3^o. Ed.** Editorial Saunders 1992 pp 610
- 3.- Artritis Crónica Juvenil en Manual S.I.R. De las Enfermedades reumáticas 3^o. Ed. Editorial Panamericana Pp 796.
- 4.-Gotzsch M, Johansen H. **Meta-analysis of short term low dose prednisolone versus placebo and non-steroidal anti-inflammatory drugs in rheumatoid arthritis.** British Medical Journal 1988; 316: 811-818.
- 5.-Falcini Fernanda, MD. Cimaz Rolando Md. Juvenile Rheumatoid Arthritis. Current Opinion in Rheumatology 2000; 12: 415-419.
- 6.-Sherry, David D. M.D. **What's New in the Diagnosis and Treatment of Juvenile Rheumatoid Arthritis.** Journal of Pediatric Orthopedics. 2000; 20: 419-424.
- 7.-Carolina Duarte Salazar, Rubén Burgos V. **Corticoesteroides en la Artritis Reumatoide Juvenil.** Revista Mexicana de reumatología. 1998; 13: 230-237.
- 8.-Buttgerit, F; Wehling, B;Burmester, G.A. **New hypothesis of modular glucocorticoid actions.** Arthritis Rheumatoid 1998; 41: 761.
- 9.-Anderson I. Brian J. **Comparing the efficacy of NSAIDs and paracetamol in children.** Pediatric Anesthesia. 2004;14:201-217.
- 10.-Leonar R, Mary B et. al. **Long-Term, High-Dose Glucocorticoids and Bone Mineral Content in Childhood.** The New England Journal of Medicine. 2004; 351 868-875.
- 11.-[http://escuela.med.puc.cl/publ/Apuntes de Reumatologia/Drogas.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/Apuntes%20de%20Reumatologia/Drogas.html) **Drogas**
- 12.-www.geocities.com/rodriguezlanza/farmacot.htm. **Farmacoterapia actual de la Artritis Reumatoide Juvenil.**
- 13.-Silman G, Hochber M. **Epidemiology of the rheumatic diseases.** Annals of the Rheumatic Diseases. 2002; 61: 861.
- 14.-www.medicosecuador.com/reumatologia_al_dia/rev_vol7_1/terapias_biologicas...
Terapias biológicas en Artritis Reumatoide.

- 15.-<http://med.javeriana.edu.co/fisiologia/fw/c392.htm> **Clase de: Corticoesteroides**
- 16.-Singer. N, Nora G, Scalzi, Lisabeth V.**Remittive agents in pediatric rheumatology.** Current Opinión in Rheumatology. 2004; 16: 571-576.
- 17.-www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/números/2002/julago02/177-182.html **Terapia con Glucocorticoides.**
- 18.-<http://rubenbrizuela.americas.tripod.com/teoria8.htm> **Antiinflamatorios esteroidales.**
- 19.-Ibáñez. E, Berrocal A. **Terapia con Glucocorticoides.** Diagnostico. 2002; 41: 177-182.

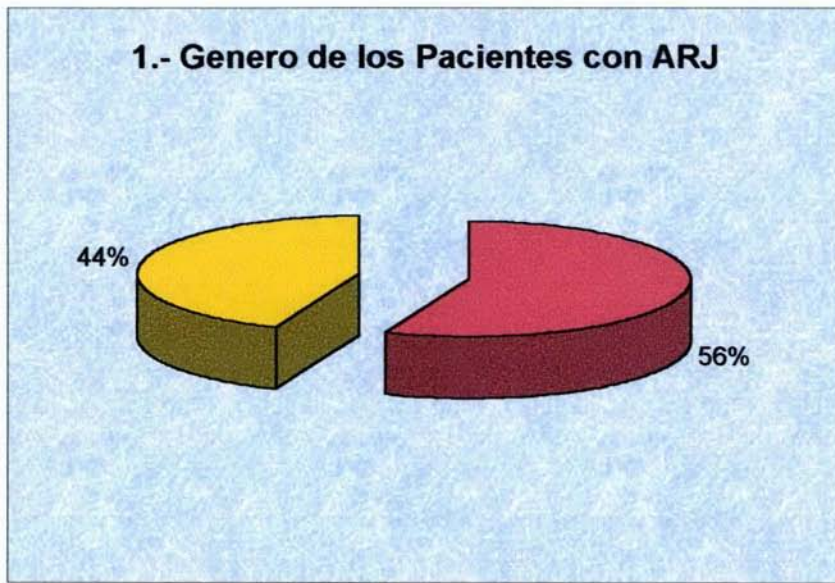
ANEXO 1


El Colegio Americano de Reumatología (1994) establece los siguientes criterios para diagnóstico y clasificación de ARJ:

1. Menores de 16 años de edad.
2. Artritis en una o varias articulaciones
3. Duración de la enfermedad de 6 o más semanas.
4. Tipo de inicio durante los primeros 6 meses en cualquiera de sus variedades:
 - a) Poliarticular: 5 o más articulaciones afectadas.
 - b) Oligoarticular: Menos de 5 articulaciones afectadas.
 - c) Generalizada (sistémica) artritis con fiebre y manifestaciones generales.
5. Exclusión de otras formas de artritis.

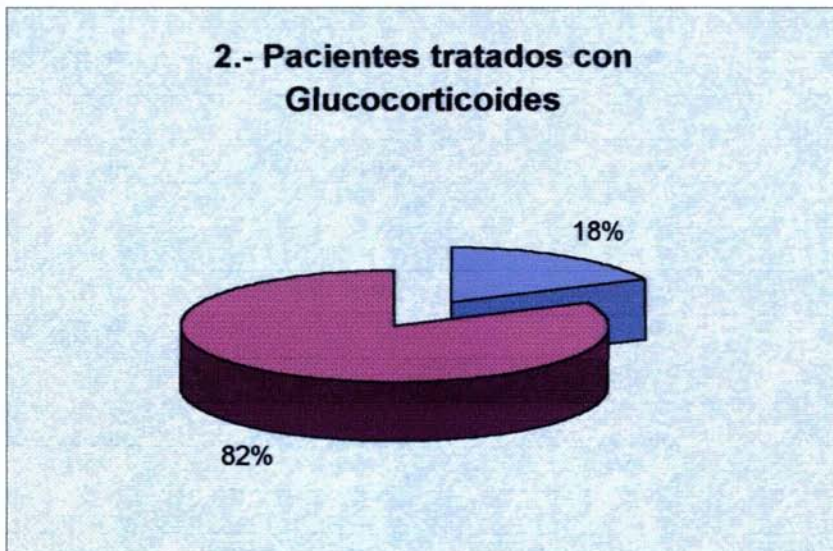
Ramos N. Francisco. Manual Clínico de reumatología 1ª Ed. Editorial JGH Editores. México 2000 p. 184.

GRAFICAS.



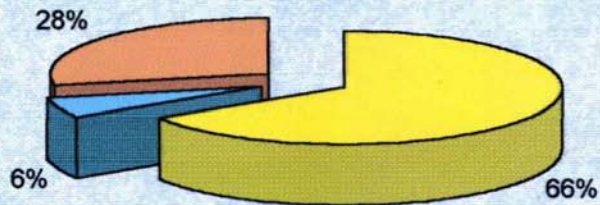
 FEMENIO 56%
 MASCULINO 44%

2.- Pacientes tratados con Glucocorticoides



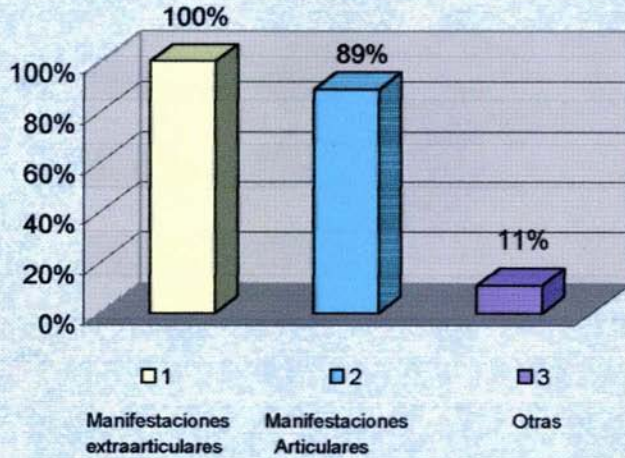
■ TRATADOS CON ESTEROIDE 18 PACIENTES = 18%
■ NO TRATADOS CON ESTEROIDE 82 PACIENTES = 82%

**3.- Presentación de la A.R.J. en
Pacientes Tx con GC
Población total 18 pacientes = 100%**

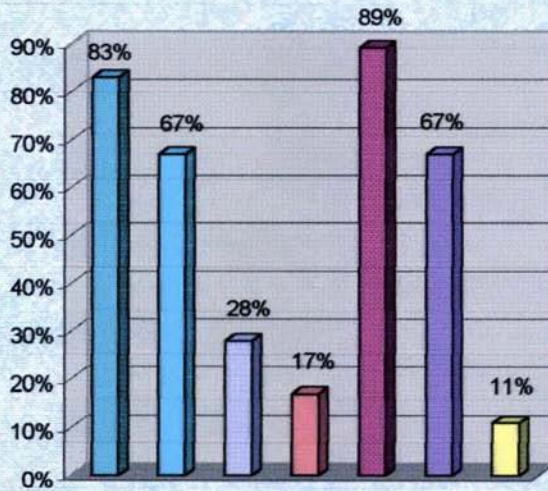


- 12 PACIENTES CON ARJ SISTEMICA = 66%
- 4 PACIENTES CON ARJ POLIARTICULAR = 28%
- 1 PACIENTE CON ARJ OLIGOARTICULAR = 6%

4- Indicaciones para uso de esteroide.

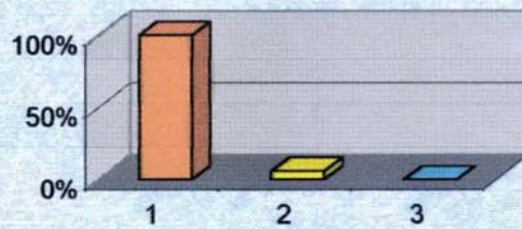


5.- Indicación para uso de Glucocorticoides Manifestaciones Extra Articulares



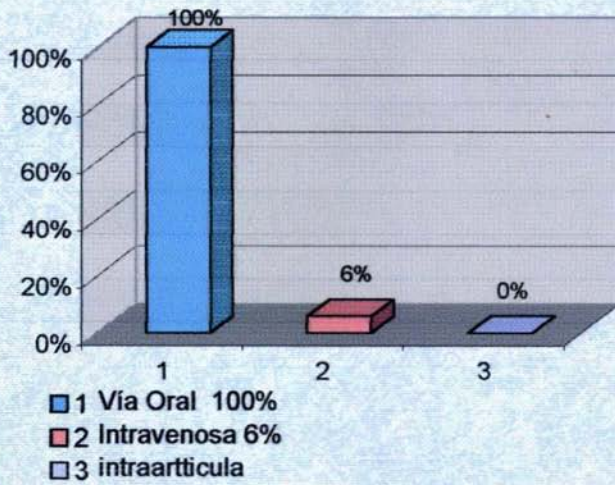
- 15 Pacientes = 83% Anemia
- 12 Pacientes = 67% Fiebre
- 5 Pacientes = 28% Hepatomegalia
- 3 Pacientes = 17% Adenomegalia
- 16 Pacientes = 89% Artritis Persistente
- 12 Pacientes = 67% ARJ Sistemica
- 2 Pacientes = 11% Ospecha de LUPUS

6.- Tipo de Esteroide Utilizado

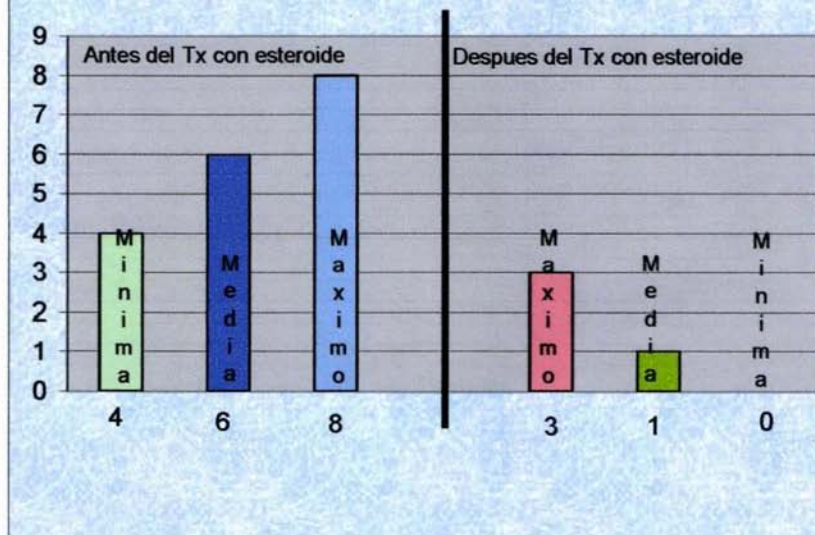


- 1 Prednisona
- 2 Metilprednisolona
- 3 Prednisolona

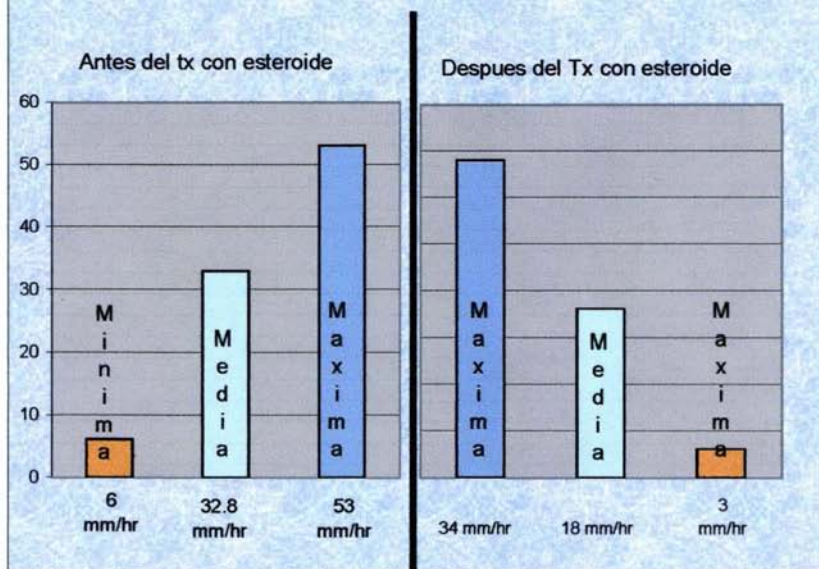
7.- Vía de administración del esteroide



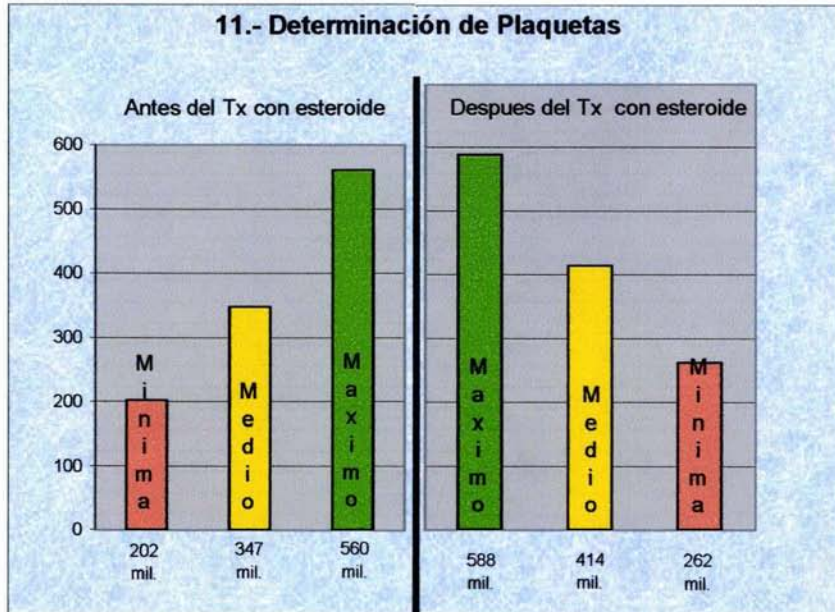
8.- Número de articulaciones afectadas



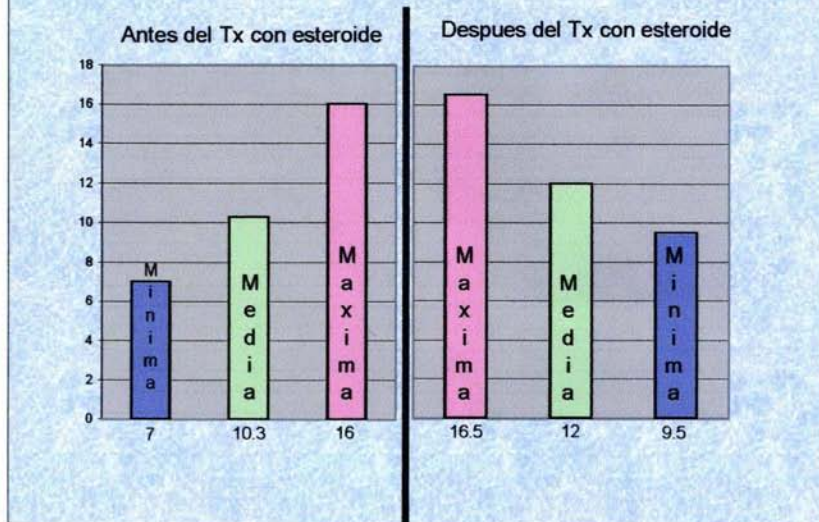
9.- Determinación de VSG. (Velocidad de Sedimentación Globular)



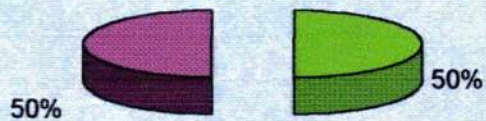
11.- Determinación de Plaquetas



10.- Determinación de Hemoglobina



12.- Presencia de complicaciones en el Tx con Glucocorticoides



- Con complicaciones
- Sin complicaciones