



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

ARTRITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, SIGNOS
Y SÍNTOMAS ASOCIADOS A SU EVOLUCIÓN

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

PEDIATRIA MÉDICA

PRESENTA:

DRA. MARÍA EUGENIA PACHECO BÁRCENAS

ASESOR:

DR. ROBERTO CARREÑO MANJARREZ



MÉXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ARTRITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, SIGNOS Y SINTOMAS ASOCIADOS A SU EVOLUCIÓN

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

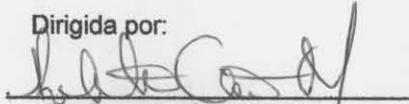
PEDIATRA

PRESENTA LA

DRA. MARÍA EUGENIA PACHECO BÁRCENAS.



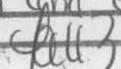
Dirigida por:


Dr. Roberto Carreño Manjarrez.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Pacheco Barcenas
María Eugenia

FECHA: 19 ago 06

FIRMA: 

TITULO: ARTRITIS EN PACIENTES PEDIATRICOS, SIGNOS Y SINTOMAS ASOCIADOS Y SU EVOLUCIÓN.

AUTOR: DRA MARÍA EUGENIA PACHECO.

TUTOR: DR. ROBERTO CARREÑO MANJARREZ.

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACION.....	6
OBJETIVOS.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos específicos.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
ANALISIS ESTADÍSTICO.....	10
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFIA.....	20
ANEXOS.....	22
ANEXO I.....	23
ANEXO II.....	24
ANEXO III.....	25

INTRODUCCIÓN

La palabra artritis significa inflamación de un espacio articular, que se acompaña de aumento de volumen, rubor, dolor e incremento de temperatura con limitación de arcos de movilidad articular (1). Aunque esta definición parece simple, la enorme gama de diagnósticos diferenciales que surgen de este signo clínico hace que el abordaje sea complejo (2,3). La clasificación de la etiología de la artritis en la edad pediátrica se refiere en el cuadro 1 (4,5,6).

La mayor parte de los pacientes que presentan artritis o artralgiás acuden de primera instancia al médico pediatra, los cuales habitualmente tienen poca experiencia en patología reumatológica, motivo por el cual el principal diagnóstico a este nivel es fiebre reumática y en ocasiones artritis reumatoide juvenil sin suficiente fundamento diagnóstico (7).

La reumatología pediátrica es una subespecialidad relativamente nueva, en los Estados Unidos de Norteamérica fue certificada por el Consejo Americano de Pediatría por primera vez en el año de 1992 (8).

Con respecto a lo enunciado anteriormente McGhee y cols, en el año de 2002, evaluaron las principales manifestaciones clínicas en 482 niños por las cuales los médicos generales y pediatras refirieron pacientes al reumatólogo pediatra, ellos encontraron que el dolor musculoesquelético es el síntoma principal por el cual los pacientes pediátricos con referidos al reumatólogo, sin embargo el dolor músculo esquelético en ausencia de otros signos o síntomas casi nunca indica artritis crónica juvenil (9,10, 16, 17).

Rosenberg y cols., analizaron los diagnósticos más frecuentes en una población de 857 pacientes referidos a la clínica de reumatología pediátrica. De estos 875 pacientes, 337 pacientes tuvieron enfermedad reumática (58%), de estos 156 tuvieron artritis crónica juvenil, 104 tuvieron espondiloartropatía, 62 tuvieron enfermedades de la

colágena. De los 243 pacientes que no presentaron enfermedades reumatológicas, 79(33%) tuvieron causas mecánicas o traumáticas, 33(14%) tuvieron infección, 15(6%) presentaron neoplasia; además fueron enviados 45 pacientes por historia familiar de enfermedad reumatológica los cuales fueron sanos. En los 295 sujetos restantes no se pudo realizar el diagnóstico definitivo (11).

El diagnóstico diferencial entre artritis crónica juvenil y otras enfermedades, sobretodo las de origen infeccioso y neoplásico, es fundamental puesto que el manejo es completamente distinto y el inicio de terapéutica inapropiada puede condicionar el enmascaramiento de otra patología que en un inicio pudo ser potencialmente curable (12).

Tuten R y cols evaluaron el dolor músculo esquelético como manifestación de leucemia en la infancia, ya que este puede ser uno de sus síntomas principales y constituye un motivo de consulta en el departamento de urgencias pediátricas (13). Ellos evaluaron 77 niños, en quienes se diagnosticó leucemia en un período de 6 años, de estos 9 (11.6%) presentaron como síntoma principal dolor articular y claudicación (14). Otra patología neoplásica que puede cursar con artritis es el linfoma no Hodgkin cuando se presenta con infiltración ósea, aunque esto es raro, Falcini y cols reportaron tres casos en la literatura en quienes la presentación inicial fue artritis (15).

Además de la realización de un adecuado diagnóstico diferencial de artritis, otro problema grave que circunda esta situación es el hecho de que en muchas ocasiones el médico general y el pediatra no pueden decidir si el paciente con artritis debe ser referido al ortopedista o al reumatólogo pediatra, lo cual condiciona retraso en diagnósticos y tratamiento e incrementa los costos directos e indirectos de la enfermedad (18,19).

La incidencia de artritis crónica juvenil basada en los criterios del Colegio Americano de Reumatología, ha variado del 2 al 20 por 100,000 habitantes (20,21); aún no se tiene un acuerdo internacional sobre la utilización de los criterios diagnósticos, pero hasta el momento se siguen usando en su mayoría los criterios del Colegio Americano de Reumatología, la clasificación de acuerdo al tipo de inicio se consigna en la tabla 1 (22).

Los niños con artritis crónica juvenil habitualmente presentan otros signos y síntomas constitucionales además del dolor, como son pérdida de peso, retraso en el crecimiento, la fatiga es frecuente en los pacientes con inicio sistémico o poliarticular, en estos pacientes puede presentarse dolor nocturno; sin embargo el dolor no suele presentarse en el reposo, usualmente se describe como una sensación de opresión articular y es leve a moderado, la presencia de dolor intenso siempre debe alertar al examinador ante la posibilidad de neoplasia (23).

Por esta razón es fundamental conocer la evolución de los pacientes con artritis como manifestación clínica inicial para poder realizar un adecuado abordaje diagnóstico y evitar el retraso en el tratamiento (18).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los diagnósticos finales de los pacientes pediátricos que presentaron artritis como síntoma inicial?

JUSTIFICACION

La artritis como síntoma inicial en pediatría continúa siendo un problema de abordaje diagnóstico debido que la mayor parte de los médicos de primer contacto como son médicos generales o pediatras tienen poco entrenamiento en el área de reumatología pediátrica motivo por el cual refieren a estos pacientes a servicios médicos que no corresponden con el posible diagnóstico; otro problema lo constituye el sobrediagnóstico, o peor aún el no considerar ciertas enfermedades como la artritis crónica juvenil que es la segunda causa de enfermedad crónica en los niños (20,21) y a largo plazo ocasiona secuelas graves que limitan con mucho la función del paciente, por esta razón es necesario realizar un abordaje diagnóstico adecuado para iniciar tratamiento oportuno. En el presente estudio determinaremos cual fue la evolución y diagnóstico final de los pacientes que presentaron artritis como síntoma inicial referidos al servicio de reumatología pediátrica en nuestra institución con la finalidad de resaltar aspectos diagnósticos importantes para el discernimiento de las distintas patologías que pueden iniciar con este síntoma.

OBJETIVOS

Objetivo General.

- Describir los diagnósticos finales de los pacientes pediátricos con artritis como síntoma inicial.

Objetivos específicos.

- Describir los principales síntomas y signos iniciales asociados en los pacientes con artritis como síntoma inicial.
- Describir los principales síntomas y signos que presentaron los pacientes con respecto al diagnóstico definitivo.
- Describir en que tipo de pacientes en quienes se presentó más frecuentemente dolor articular.
- Enunciar el tiempo transcurrido entre el envío del paciente y el establecimiento del diagnóstico definitivo.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal.

El universo a estudiar fueron los pacientes del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

La muestra fueron los pacientes que ingresaron al Hospital Infantil de México Federico Gómez de 1990 a 2003 con artritis de cualquier etiología obtenida por la revisión de expedientes que fue de 140 pacientes (se revisaron los expedientes de los pacientes con diagnóstico de artritis de cualquier etiología y los de los pacientes con diagnóstico definitivo de artritis idiopática juvenil).

Criterios de inclusión.

Se incluirán todos aquellos pacientes que ingresaron al Hospital Infantil de México Federico Gómez en el período de tiempo previamente establecido por el diagnóstico de artritis de cualquier etiología, menores de 18 años con expediente clínico completo.

Criterios de exclusión.

Serán excluidos aquellos pacientes que no cuenten con expediente clínico completo.

VARIABLES A ESTUDIAR.

Edad: consignada en años cumplidos.

Género: Femenino o masculino.

Tiempo transcurrido entre la aparición del primer signo o síntoma y su referencia al servicio de reumatología pediátrica: consignado en meses.

Tiempo transcurrido entre la primera consulta en el servicio de reumatología pediátrica y el diagnóstico definitivo: Consignada en días.

Síntomas clínicos iniciales:

Constitucionales: se consideró fiebre, pérdida de peso, fatiga.

Articulares: artralgiyas, artritis, limitación en arcos de movilidad.

Musculares: mialgia, debilidad muscular.

Oftalmológicas: disminución de agudeza visual, fotofobia.

Otros.

Diagnóstico definitivo.

Se consideraron los siguientes grupos:

Enfermedades infecciosas.

Enfermedades neoplásicas.

Condiciones no inflamatorias osteoarticulares.

En este rubro se incluyen:

Dolores de crecimiento.

Fibromialgia.

Disfunción músculo esquelética psicogénica.

Trauma músculo esquelético.

Necrosis avascular.

Condiciones ortopédicas.

Enfermedades reumatológicas.

Otros.

Servicio de referencia: se consideró de primer nivel, segundo nivel o subespecialidades pediátricas dentro de la institución.

Los datos de estas variables fueron registrados en una hoja de captación de datos previamente diseñada para este fin.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se emplearon medidas de tendencia central para las variables cuantitativas así como frecuencias y tasas para las variables cualitativas. Los resultados fueron procesados por medio del programa estadístico SPSS 11.0

RESULTADOS

Fueron revisados expedientes de 135 expedientes (se excluyeron 5 por estar incompletos) con diagnóstico presuntivo o de certeza de Artritis Idiopática Juvenil. (ANEXO III)

En cuanto a la edad de los pacientes en el momento del diagnóstico se encontró una media de 6.5 años \pm 3.43, (0 a 18 años cumplidos), la distribución por sexo y edad se ejemplifica en los gráficos 1 y 2.

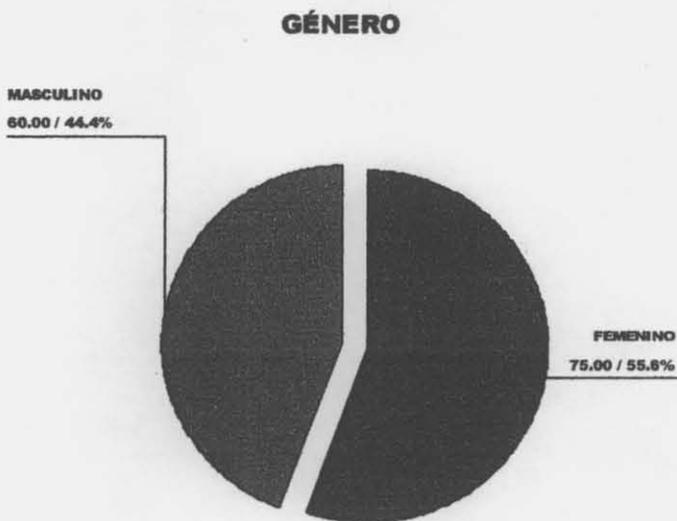


Gráfico 1

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO.

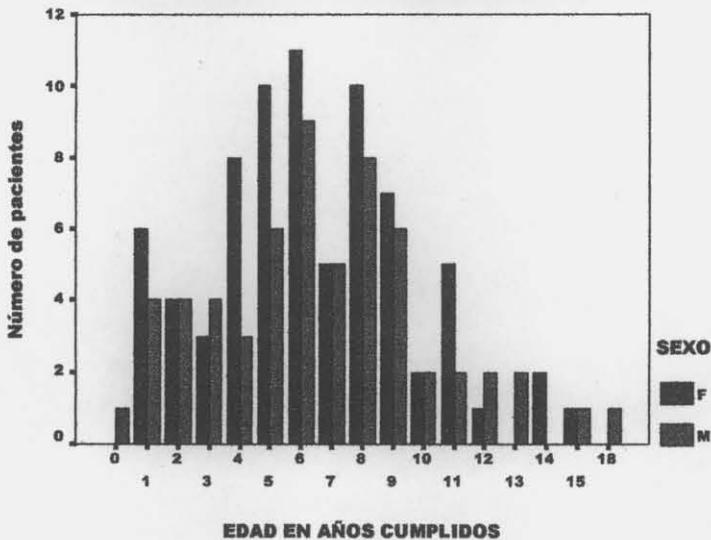
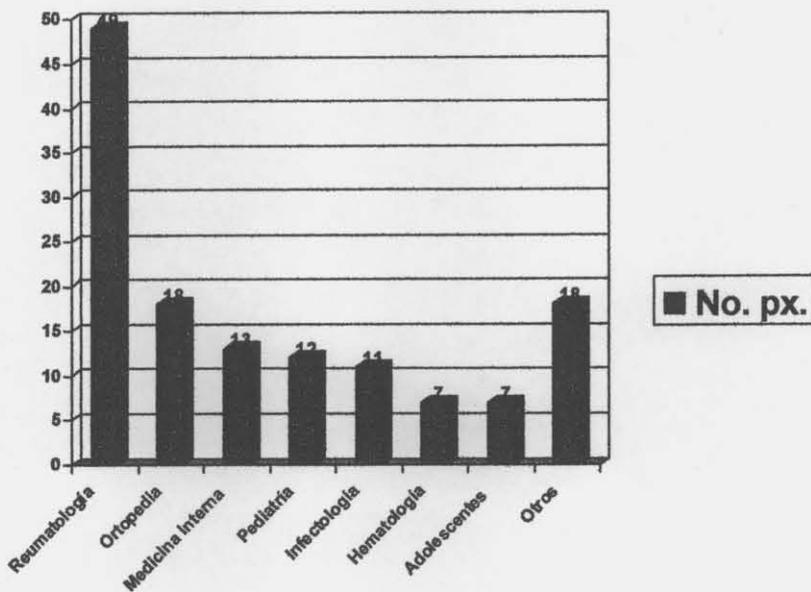


GRÁFICO 2

El tiempo transcurrido entre la aparición del primer síntoma o signo y su referencia al Hospital Infantil de México Federico Gómez fue de 4.58 meses \pm 4.85 meses (0-25 meses).

El tiempo transcurrido entre la primer consulta en el servicio de reumatología pediátrica y el diagnóstico definitivo fue de 42.50 días \pm 33.22 (2.00-221 días).

Los servicios que más frecuentemente tuvieron primer contacto con el paciente fueron reumatología (49 pacientes) 36.3%, Ortopedia (18 pacientes) 13.3%, Medicina interna (13 pacientes) (9.6%), pediatría general (12 pacientes) 8.9%, infectología (11 pacientes) (8.1%), hematología (7 pacientes) 5.2%, adolescentes (7 pacientes) 5.2 %, el resto fueron referidos a servicios como dermatología, alergología, genética, oftalmología, nefrología, cirugía y gastroenterología (13.3%) (Gráfico 3).



SERVICIOS DE PRIMER CONTACTO.

GRÁFICO 3

De estos pacientes 82 acudieron al hospital referidos de un hospital de segundo nivel (60.70%), 19 pacientes (14.1%) acudieron referidos de una unidad médica de primer nivel y el resto (34 pacientes) acudieron sin referencia.

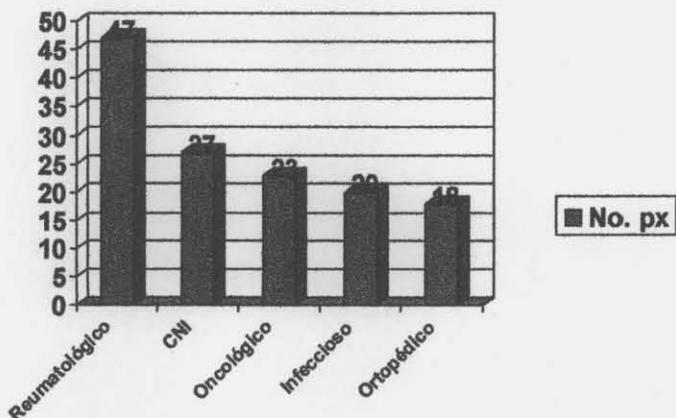
Con respecto a los diagnósticos finales la mayor parte correspondieron a enfermedades reumatológicas (47 pacientes) que correspondió a un 34.80%, dentro de estas el diagnóstico más frecuentes fue artritis crónica juvenil (68.10%) en 32 pacientes, seguida por artritis reactiva (10 pacientes) en un 21.30%, fiebre reumática en dos pacientes (4.25%), dermatomiositis juvenil en dos pacientes (4.25%) y fibromialgia en un paciente (2.10%).

En segundo lugar se presentaron condiciones no inflamatorias (27 pacientes) en el 20.00%, de las cuales la más frecuente fue dolores del crecimiento (26 pacientes) en el 96.30% y un paciente presentó dolor psicógeno (3.70%).

El tercer lugar lo ocuparon las enfermedades oncológicas (23 pacientes) en el 17.0% de los casos, de las cuales en 19 pacientes se trató de leucemia linfoblástica aguda (82.60%) y en 4 pacientes fue linfoma no Hodgkin (17.4%).

Las enfermedades de tipo infeccioso ocuparon el cuarto lugar en frecuencia (20 pacientes) correspondiendo al 14.80%, once pacientes presentaron artritis séptica (55.00%), 8 pacientes presentaron artritis viral (40.00%) y un paciente tuvo osteomielitis (5.00%).

El último lugar lo ocuparon las condiciones ortopédicas (18 pacientes) en el 13.4% (Gráfico 4).



CNI= condiciones no inflamatorias.

DIAGNOSTICOS FINALES

GRÁFICO 4

Síntomas y signos al inicio de la enfermedad.

Constitucionales: Fiebre, se presentó en 76 pacientes (56.30%), se presentó fatiga en 92 pacientes (68.15%), y pérdida de peso en 45 pacientes con un promedio de 2.30 kilogramos (33.33%).

Articulares: La presencia de artritis al inicio de la enfermedad se registró en 51 pacientes (37.80%), artralgiás en 82 pacientes (60.74%) y limitación de arcos de movilidad en 23 pacientes (17.00%).

Musculares: Se observaron mialgiás en 91 pacientes (67.40%), y debilidad muscular en dos pacientes (1.50%).

Oftalmológicas: En ningún paciente se reportó disminución de agudeza visual ni fotofobia.

Otros.- se incluyó hepatoesplenomegalia la cual se reportó en 9 pacientes (6.66%)

La distribución de los signos y síntomas constitucionales y articulares por padecimientos se ejemplifica en la tabla 1.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE SÍNTOMAS Y SIGNOS POR PADECIMIENTOS.

Padecimiento	Fiebre	Fatiga	Pérdida de peso	Artralgias	Artritis	Limit. de AM	HSM
Leucemia	20	23	19	15	2	0	3
Linfoma	4	4	4	3	0	0	4
A. Séptica	9	3	2	11	9	2	
A. Viral	5	6	1	6	6	3	
Osteomielitis	1	1	0	1	0	0	
A. Reactiva	0	8	3	8	2	0	
ACJ	34	25	15	13	32	18	2
DMJ	1	2	0	0	0	0	
FR	2	1	1	0	0	0	
FM	0	1	0	0	0	0	
Dolores de crecimiento	0	13	0	21	0	0	
Dolor psicógeno	0	1	0	0	0	0	
Condiciones ortopédicas	0	4	0	4	0	0	
Total	76	92	45	82	51	23	9

Limit=limitación, AM= arcos de movilidad, HSM=hepatoesplenomegalia, A = artritis, ACJ = artritis crónica juvenil, DMJ=dermatomiositis juvenil, FR=fiebre reumática, FM=fibromialgia.

Con respecto a la presencia de artralgias al inicio del cuadro clínico podemos observar que en caso de enfermedades oncológicas, se presentó en 18 pacientes (78.30% de este grupo de pacientes). En los pacientes con artritis crónica juvenil las artralgias se presentaron en 13 pacientes (40.6% en este grupo).

Si realizamos una razón de prevalencias entre los pacientes con artritis crónica juvenil y dolor contra los que tuvieron otros padecimientos, la prevalencia del dolor en los pacientes con enfermedades diferentes a artritis crónica juvenil es 0.45 que en los que tuvieron artritis crónica juvenil.

La razón de prevalencias entre enfermedades oncológicas y artritis crónica juvenil con respecto al dolor reporta que la prevalencia de artralgias en pacientes con enfermedades oncológicas es de 1.26 veces más que en los pacientes con artritis crónica juvenil.

DISCUSIÓN

La artritis reumatoide juvenil continúa siendo un problema diagnóstico para la mayor parte de médicos generales y pediatras por el pobre contacto con el ramo de la reumatología pediátrica, en parte por ser una subespecialidad reciente (2,3,7).

En el presente estudio encontramos que la referencia de otras instituciones es fundamentalmente de segundo nivel, dentro de nuestro hospital al servicio de reumatología pediátrica fueron referidos 49 pacientes, esto muy probablemente porque somos un centro de concentración, sin embargo 86 pacientes fueron referidos a otros servicios de primera instancia (7).

Con respecto a los síntomas y signos iniciales, el más frecuente en esta investigación fue fatiga seguido de mialgias y artralgiás. En la literatura se reporta que las artralgiás fueron el principal motivo de referencia para el reumatólogo pediatra, sin embargo la presencia de dolor correlaciona de forma negativa con el diagnóstico de artritis crónica juvenil (9,10,16,17).

Los diagnósticos finales más frecuentes correspondieron a enfermedades reumatológicas, esto creemos que fue debido al hecho de que nuestro hospital es un centro de referencia nacional, motivo por el cual se concentran casos de padecimientos específicos, el segundo lugar lo ocuparon condiciones no inflamatorias y el tercero padecimientos oncológicos. Rosenberg y cols., encontraron datos similares, reportando como primer lugar las enfermedades de tipo reumatológico, en segundo las causas mecánicas o traumáticas con las infecciosas, y en tercer lugar las causas oncológicas, esta investigación también se llevó a cabo en un centro de referencia (11).

Es muy importante destacar que la presencia de dolor articular no es un síntoma frecuente inicial ni preponderante en el paciente con artritis crónica juvenil, su presencia como síntoma aislado siempre debe sugerir otros padecimientos, lo cual resalta que el diagnóstico de artritis crónica juvenil es por exclusión. (12,23).

CONCLUSIONES

1.- El médico de primer contacto para los pacientes con síntomas y signos que pudieran corresponder a enfermedad reumatológica sigue siendo el médico general o el pediatra.

2.- Dentro de un centro de referencia nacional, un buen número de los pacientes provenientes de segundo nivel son valorados por el reumatólogo pediatra (49 pacientes en el presente estudio), sin embargo 86 pacientes fueron referidos a otros servicios por enfermedades que no tuvieron relación con estos servicios médicos.

3.- Los principales síntomas y signos iniciales de artritis crónica juvenil son inespecíficos, e incluyen fiebre, fatiga y artralgiás.

4.- La presencia de dolor articular al inicio de las manifestaciones articulares no es específica de artritis crónica juvenil, y la prevalencia de presentación en otras enfermedades como las de tipo oncológico es 1.26 veces más que en los pacientes con artritis crónica juvenil.

5.- En base a estos estudios debemos resaltar el hecho de que la artritis crónica juvenil es diagnóstico de exclusión y que la presencia de dolor como síntoma inicial predominante nos debe alertar ante otras posibilidades diagnósticas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Petty RE, Cassidy JT. The juvenile idiopathic arthritides. En: Cassidy JT, Petty RE, eds. Textbook of pediatric rheumatology. 4th ed., W.B. Saunders, Philadelphia, 2002:214-217.
- 2.- Cuesta I, Kerr KL, Simpson P, Jarvis JN. Subspecialty referral for pauciarticular juvenile rheumatoid arthritis. Arch Pediatr Adolesc Med 2000;154:122-125.
- 3.- Symmons DPM, Jones M, Osborne J, Sillis J, Southwood TR, Woo P. Pediatric rheumatology in the United Kingdom: data from the British pediatric rheumatology group national diagnostic register. J Rheumatol 1996;23:1975-1980.
- 4.- Singar J. Evaluation of acute and insidious gait disturbances in children less than 5 years of age. Adv Pediatr 1979;26:209-273.
- 5.- Bowyer S, Roettcher P, and members of the Pediatric Rheumatology Database Research Group. Pediatric rheumatology clinics populations in the United States: results from a 3 year survey. J Rheumatol 1996;23:1968-1974.
- 6.- Malleson PN, Fung MY, Rosenberg AM. The incidence of pediatric rheumatic diseases: results from the Canadian pediatric rheumatology association disease registry. J Rheumatol 1996;23:1981-1987.
- 7.- Schwarz MM, Simpson P, Kerr KL, Jarvis JN. Juvenile rheumatoid arthritis in African Americans. J Rheumatol 1997;24:1826-1829.
- 8.- Cassidy JT, Athreya B. Pediatric rheumatology: status of the subspecialty in United States medical schools. Arthritis Rheum 1997;40:1182.
- 9.- Mc Ghee J, Burks FN, Sheckels JL, Jarvis JN. Identifying children with chronic arthritis based on chief complaints: absence of predictive value for musculoskeletal pain as an indicator of rheumatic disease in children. Pediatrics 2002;110(2):354-359.
- 10.- Inocencio J. Musculoskeletal pain in primary pediatric care: analysis of 1000 consecutive

general pediatric clinic visits. *Pediatrics* 1998;102:1468-1470.

11.- Rosenberg AM. Analysis of a pediatric rheumatology clinic population. *J Rheumatol* 1990;17:827-830.

12.- Cassidy JT, Petty RE. Juvenile rheumatoid arthritis. En Cassidy JT, Petty RE eds., *Textbook of pediatric rheumatology*. 4th ed., W.B Saunders, Philadelphia, 2001:218-295.

13.- Fink CW, Windmiller J, Sartain P. Arthritis as the presenting feature of childhood leukemia. *Arthritis Rheum* 1972;15:347-349.

14.- Tuten HR, Gabos PG, Kumar J, Harter D. The limping child: a manifestation of acute leukemia. *J Pediatr Orthop* 1998;18(5):625-629.

15.- Falcini F, Bardare M, Cimaz R, Lippi A, Corona F. Arthritis and lymphoma. *Arch Dis Child* 1998;78:367-370.

16.- Starfield B, Forrest CB, Nutting PA, Van Schrader S. Musculoskeletal pain alone rarely predicts pediatric arthritis. *J Am Board Fam Pract* 2002;15(6):473-480.

17.- Pongpanich B, Daengroongroj P. Juvenile rheumatoid arthritis:clinical characteristics in 100 Thai patients. *Clin Rheumatol*1998;7(12):1115-1116.

18.- Felson DT, Meenan RF, Dayno SJ, Gertman P. Referral of musculoskeletal disease patients by family and general practitioners. *Arthritis Rheum* 1985;28(10):1156-1162.

19.- Mantyselka PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS, Takala JK. Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain, challenge for health care. *Eur J Pain* 2002;6(2):141-148.

ANEXOS

<p style="text-align: center;">Causas infecciosas</p> <p>Artritis séptica, viral y postvacunal. Enfermedad de Lyme. Osteoartritis tuberculosa. Artritis reactiva. Sinovitis transitoria. Enfermedad de Kawasaki</p> <p style="text-align: center;">Causas reumatológicas</p> <p>Fiebre reumática. Artritis reumatoide. Lupus eritematoso sistémico. Dermatomiositis. Esclerodermia. Síndrome de Sjögren. Artritis psoriásica. Enfermedad inflamatoria intestinal. Síndrome de Reiter. Púrpura de Henoch-Schöenlein.</p> <p style="text-align: center;">Causas inmunológicas.</p> <p>Enfermedad del suero. Agammaglobulinemia congénita. Fiebre mediterránea familiar. Hidartrosis intermitente.</p> <p style="text-align: center;">Causas hematológicas.</p> <p>Hemofilia. Anemia hemolítica.</p> <p style="text-align: center;">Causas neoplásicas.</p> <p>Leucemia, linfoma. Neuróblastoma. Neoplasias óseas próximas. Histiocitosis.</p> <p style="text-align: center;">Metabolopatías.</p> <p>Mucopolisacaridosis, ocronosis. Enfermedad de Gaucher. Hipercolesterolemia. Raquitismo. Escorbuto. Osteoartropatía diabética tardía.</p> <p style="text-align: center;">Enfermedades congénitas.</p> <p>Síndrome alcohólico-fetal. Artrogriposis congénita múltiple. Sinovitis familiar hipertrófica. Enfermedad inflamatoria multisistémica neonatal. Progeria. Artropatía neurógena.</p> <p style="text-align: center;">Traumatismos.</p> <p>Artritis postraumática. Osteocondritis.</p>
--

CUADRO 1. Etiología de la artritis en la edad pediátrica. (22)

ANEXO II.

Tabla I. Clasificación de acuerdo a los tipos de inicio de artritis crónica juvenil de acuerdo al Colegio Americano de Reumatología (12).

Característica	Poliarticular	Oligoarticular (pauciarticular)	Sistémica
Frecuencia de casos	30%	60%	10%
No. de articulaciones involucradas	5 o más	4 o menos	Variable
Edad de inicio	Durante toda la infancia, pico 1-3años	Infancia temprana, pico 1-2 años	Durante toda la infancia, no hay pico
F:M	3:1	5:1	1:1
Involucro sistémico	moderado	Ausente	Prominente
Uveítis crónica	5%	20%	Raro
Factor reumatoide	10% (incrementa con la edad)	Raro	Raro
Anticuerpos antinucleares	40-50%	75-85%	10%
Pronóstico	Reservado a moderadamente bueno	Excelente excepto si hay uveítis.	Moderado a pobre.

ANEXO III

Internacional League of Associations for Rheumatology Classification Of Juvenile Idiopathic Arthritis: Second revision, Edmonton 2001. J Rheumatology.2004;31(2):390-392):

Criterios de exclusión para la AIJ:

Posibles criterios de exclusión para cada categoría

- a. Psoriasis o una historia de psoriasis en un paciente de primer grado
- b. Artritis en un paciente con HLA-B27 positivo en un paciente con comienzo después de los 6 años de edad.
- c. Espondilitis anquilosante, entesitis relacionada a artritis, sacroileítis con enfermedad inflamatoria intestinal, Síndrome de Reiter, o uveítis aguda anterior, o historia de una de estas alteraciones en un paciente de primer grado.
- d. Presencia de factor reumatoide (FR) en dos ocasiones al menos con diferencia de tres meses.
- e. Presencia de AIJ sistémica en el paciente.

Categorías

Artritis sistémica

artritis en una o más articulaciones con o precedida de fiebre de por lo menos 2 semanas de duración que es documentada como cotidiana de por lo menos 3 días y acompañada por uno o más de los siguientes hallazgos:

- 1.- exantema eritematoso evanescente
- 2.- crecimiento de linfáticos generalizado
- 3.- hepatomegalia y/o esplenomegalia
- 4.- Serositis

Exclusiones: a, b, c, d.

Oligoartritis

Artritis que afecta de una a cuatro articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad. Dos subcategorías con reconocidas:

- 1.-Oligoartritis persistente: que afecta no más de 4 articulaciones durante el curso de la enfermedad.
- 2.- Oligoartritis extendida: afecta a más de cuatro articulaciones después de los primeros 6 meses de la enfermedad.

Exclusiones: a, b, c, d, e.

Pollartritis (Factor Reumatoide Negativo)

Artritis que afecta a 5 o más articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad con un examen para factor reumatoide negativo.

Poliartritis (Factor reumatoide positivo)

Artritis que afecta 5 ó más articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad: 2 o más exámenes para FR positivo con por lo menos 3 meses de diferencia durante los primeros 6 meses de la enfermedad.

Exclusiones: a, b, c, e.

Artritis Psoriasica

Artritis y psoriasis o artritis y por lo menos 2 de los siguientes hallazgos:

- 1.-Dactilitis
- 2.-onicolisis o "nail pitting"
- 3.-Psoriasis en un familiar de primer grado

Exclusiones: b, c, d, e.

Entesitis relacionada a artritis

Artritis y entesitis, o artritis o entesitis con por lo menos 2 de los siguientes hallazgos:

- 1.- presencia de o una historia de dolor de la articulación sacroiliaca y/o inflamación dolorosa lumbosacra.
- 2.- La presencia de antígeno HLA-B27 positivo
- 3.- Inicio de la artritis en un varón de más de 6 años de edad.
- 4.-Uveítis anterior aguda (sintomática).
- 5.- Historia de espondilitis anquilosante, entesitis relacionada a artritis, sacroileítis con enfermedad inflamatoria intestinal, Síndrome de Reiter, o uveítis anterior aguda en un pariente de primer grado.

Exclusiones: a, d, e.

Artritis indiferenciadas

La artritis reumatoide juvenil esta caracterizada por artritis que persiste por un mínimo de 6 semanas consecutivas en una o más articulaciones y que comienza antes de los 16 años de edad. Muchos diagnósticos diferenciales causantes de inflamación articular deben ser excluidos.