

# Manejo de la artritis idiopática juvenil en Atención Primaria

---

Lorena Lahílla Cuello, José Miguel Martínez de  
Zabarte Fernández, José María Arnal Alonso, Marta  
Medrano San Ildelfonso

Marzo 2015

# Artritis idiopática juvenil

- La artritis idiopática juvenil (AIJ) engloba a todas las artritis de causa desconocida de al menos seis semanas de evolución y de inicio antes de los 16 años de edad.
- La AIJ engloba un conjunto heterogéneo de enfermedades, no es una única enfermedad.
- El pediatra de Atención Primaria es fundamental para:
  - Seguimiento.
  - Asesoramiento del modo de vida.
  - Complicaciones.
  - Prevención y vacunas.

# Medidas generales

## Adecuar el modo de vida

---

- Los padres deben recibir la suficiente información para comprender la naturaleza de la enfermedad y su evolución.
- Los profesores, el psicólogo y el trabajador social deben conocer el tipo de enfermedad que padece el niño por si se precisa alguna adaptación escolar.
- Algunos niños necesitarán adaptar o utilizar utensilios especiales para algunas actividades de la vida diaria.
- Atención en la adolescencia, en ocasiones hay rechazo a la enfermedad y al cumplimiento del tratamiento, o sentimientos de culpabilidad.

# Medidas generales

## La alimentación

---

- Normal, equilibrada y sin excluir ningún alimento de la dieta.
- Controlar el peso. Las articulaciones no deben soportar un sobrepeso.
- Los niños con enfermedad sistémica suelen pasar temporadas con anorexia y hay que suplementarles.
- Los niños que toman corticoides pueden precisar un aporte extra de calcio y vitamina D.
- Los adolescentes no deben fumar ni tomar alcohol.

# Medidas generales

## El reposo

---

- Necesitan periodos de reposo largos y frecuentes, pero un reposo prolongado en cama es perjudicial.
- Deben descansar 10 horas seguidas por la noche y una o dos horas durante el día.
- Cuando el niño esté muy decaído por la actividad de la enfermedad o por la anemia, deberá descansar más, pero el reposo absoluto solo en los periodos en los que el niño está muy enfermo.

# Medidas generales

## La forma adecuada de descansar

---

- Vigilar las posturas, para evitar que las articulaciones inflamadas se queden rígidas en una mala posición.
- Dormir con brazos y piernas estirados, para que las articulaciones mantengan una postura correcta.
- Si las caderas o las rodillas están afectadas, descansar boca abajo durante una hora o media al acostarse para que estas articulaciones se pongan derechas con su propio peso.
- La cama debe tener un colchón duro y una almohada baja para que la espalda adquiera su postura normal y el cuello no se quede doblado hacia delante.
- Las mantas no deben pesar, para evitar la presión sobre las articulaciones.
- Nunca hay que poner almohadas debajo de las rodillas, aunque el niño se queje de dolor, porque se pueden quedar flexionadas.
- A veces, se necesitan férulas de descanso para mantener las articulaciones en una buena posición durante el sueño, especialmente muñecas y rodillas.

# Medidas generales

## Los ejercicios

---

- El calor húmedo alivia el dolor, la hinchazón y la rigidez de las articulaciones, por lo que es muy útil un baño de agua caliente por la mañana y por la tarde.
- Se pueden usar duchas de agua caliente sobre las articulaciones para aliviar el dolor antes de los ejercicios.
- Los ejercicios son necesarios para mantener y mejorar la función articular y la fuerza muscular. Existen diferentes clases de ejercicios: **pasivos, activos e isométricos**.

# Medidas generales

## Los ejercicios

---

### En la fase aguda de la enfermedad:

- Permanecer en la cama.
- Realizar tres veces al día un programa de ejercicios pasivos, ayudado por los padres.
- Los ejercicios deben ser suaves, sin forzar las articulaciones inflamadas, buscando la máxima amplitud de movimiento y la posición adecuada.

### Cuando se supera esta fase:

- Ejercicios más activos, con isométricos para fortalecer los músculos por encima y por debajo de las articulaciones afectadas, así como para desarrollar la musculatura general.

### Posteriormente:

- Ejercicios activos, al menos dos veces al día, todos los días, de modo progresivo y lo iniciará el fisioterapeuta, pero la familia y el niño tendrán que aprenderlos y realizarlos en casa.

# Medidas generales

## Juegos y deportes

---

- La natación es uno de los mejores ejercicios.
  - El niño con artritis debe aprender a nadar lo antes posible.
  - Relaja los músculos, las articulaciones se mueven más fácilmente sin soportar peso sobre ellas.
- Modelar con plastilina o dibujar fortalece los dedos. Los juegos con paleta y pelota, como el ping pong, mejoran la movilidad de los brazos y las manos.
- Cuando se afecten las caderas y las rodillas y el niño no quiere andar, el triciclo y la bicicleta son muy útiles para mantener la movilidad articular sin forzar las articulaciones inflamadas.
- **Contraindicados:** baloncesto, saltar a la cuerda, patinar, esquiar o montar a caballo → producen “choques” en las articulaciones.

# Retraso del crecimiento

- Uno de los problemas más preocupantes a largo plazo.
- Diversos estudios. Por ejemplo, García-Consuegra *et al.* en 2003, 91 pacientes:
  - Talla  $\leq -2$  DE en el 14,3% del total de pacientes y en el 55,6% de las formas sistémicas.
  - La velocidad de crecimiento fue inferior a lo normal en el 25,3% del total y en el 61% del grupo sistémico.
- Depende de la actividad de la enfermedad.
- Es más intenso en el grupo sistémico.
- A menor edad de comienzo de la enfermedad, más retraso en el crecimiento.

# Retraso del crecimiento

## Causas:

- La inflamación crónica y los altos niveles circulantes de citoquinas proinflamatorias producen supresión del crecimiento a través del deterioro en el factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1).
- La sinovitis crónica produce hipercrecimiento seguido de cierre precoz de las epífisis.
- Las contracturas articulares de caderas y rodillas suponen una disminución de la talla.
- La nutrición:
  - Malnutrición proteínocalórica el 19-47%.
  - Alteraciones en las articulaciones para coger bien los cubiertos.
  - Dificultades en la masticación por alteración temporomandibular.
  - Los fármacos que toman producen trastornos gastrointestinales subclínicos.
  - El aumento de las citoquinas produce anorexia.

# Retraso del crecimiento

## Causas:

- Corticoides:
  - Producen un descenso de la actividad osteoblástica y de los factores de crecimiento IGF.
  - Disminuyen los precursores del colágeno.
  - Semivida más larga → mayor supresión del crecimiento.
  - Administración diaria → mayor supresión que corticoterapia alterna
  - Dosis fraccionadas → mayor supresión que la dosis única matutina.
- Osteoporosis (12%), osteopenia (37%):
  - Por la propia enfermedad.
  - Disminución de la actividad física y escasa exposición al sol.
  - Efecto de los fármacos.

# Retraso del crecimiento

- Los tratamientos biológicos pueden mejorar la velocidad de crecimiento mediante el control de la inflamación sistémica y la reducción del uso de corticoesteroides.
- Pero en los pacientes sistémicos y en los que requieren más de un biológico, la terapia biológica puede ser insuficiente para restablecer una velocidad de crecimiento normal.
- Una severa restricción en el crecimiento es hoy en día poco común, debido al uso de terapias inmunomoduladoras agresivas con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad y agentes biológicos.
- Ante un retraso en el crecimiento severo la hormona de crecimiento debe de ser considerada.

# Recomendaciones de controles oftalmológicos en la AIJ

Forma clínica	ANA	Edad de inicio de la enfermedad	Frecuencia de los controles oftalmológicos
Oligoarticular y poliarticular	Positivo	< 6 años	Cada 3 meses
Oligoarticular y poliarticular	Positivo	> 6 años	Cada 6 meses
Oligoarticular y poliarticular	Negativo	< 6 años	Cada 6 meses
Oligoarticular y poliarticular	Negativo	> 6 años	Cada 12 meses
Sistémica	-	-	Cada 12 meses

# Vacunas

---

## ¿Por qué vacunar en la AIJ?:

- Doble de riesgo de padecer infecciones frente a la población general.
  - Propia enfermedad.
  - Comorbilidad asociada.
  - Tratamiento con inmunosupresores.

## Seguridad:

- No existe relación entre la administración de vacunas y el empeoramiento de la enfermedad.

# Vacunas

---

## ¿Cuándo vacunar?:

- Es necesario elegir el momento más adecuado para vacunar a niños con tratamiento inmunosupresor.
- La respuesta inmunitaria es adecuada entre 2 semanas antes de iniciar el tratamiento y un periodo entre 3 y 12 meses después de suspendida la inmunosupresión.
- Si es posible, debe reducirse o suspenderse transitoriamente la terapia inmunosupresora para poder vacunar, aprovechando ese momento para completar las pautas, empleando incluso calendarios acelerados.

# Vacunas

---

## ¿Qué vacunas utilizar?:

- Las vacunas habituales.
- Neumococo (recomendación B).
- Gripe (recomendación A).
- Hepatitis B (recomendación B).
- Están contraindicadas las vacunas de virus vivos.

# Vacunas

---

## Vacuna frente al virus de la *Influenza*:

- Es segura.
- La respuesta inmunitaria es menor que en la población sana, sobre todo en pacientes tratados con rituximab y anti-TNF.
- Vacunar anualmente al paciente y a convivientes.

# Vacunas

## Vacuna frente al neumococo:

- Es segura, pero su eficacia parece reducida, tanto por la propia enfermedad como por el tratamiento inmunosupresor.
- Se utiliza la vacuna conjugada (preferiblemente con VNC-13) con el mismo esquema que en la población general (3 + 1: 2, 4, 6, y 12-15 meses).
- En el niño mayor de 12 meses, 2 dosis separadas al menos por 8 semanas, al igual que en niño de 24-59 meses sin antecedente de vacunación antineumocócica.
- Entre 14 y 59 meses con calendario completo de VNC-7 o VNC-10, una dosis de rescate de VNC-13 al menos transcurridos dos meses tras la última.

# Vacunas

## Vacuna y quimioprofilaxis de la hepatitis B:

Previo al inicio de tratamiento con biológicos se debe realizar serología frente a la hepatitis B y C:

- Si la serología es negativa se debe vacunar frente al virus previamente al inicio del tratamiento.
- Si hay infección aguda o crónica activa por VHB, no se debe iniciar tratamiento inmunosupresor y se debe derivar al paciente al hepatólogo de referencia.
- Si infección crónica inactiva o portador oculto, los biológicos se utilizan en algunos casos, siempre en consenso con el hepatólogo.

# Vacunas

## Vacunas inactivadas:

- Pueden ser administradas a los niños con enfermedad reumatológica con cualquier tratamiento.
- Su administración no agrava la enfermedad ni causa efectos adversos.
- Se recomienda determinar la concentración de anticuerpos específicos tras la vacunación en aquellos pacientes que reciben altas dosis de corticoesteroides ( $\geq 2$  mg/kg o una dosis total  $\geq 20$  mg/día durante 2 semanas o más) o con rituximab, y considerar cuando se administra anti-TNF.

# Vacunas

---

## Vacunas de virus atenuados:

- No administrar entre 2 semanas antes y 3 meses después de un tratamiento inmunosupresor.
- Antes de iniciar la terapia con dosis altas de inmunosupresores o corticoesteroides es necesario valorar el estado inmunitario frente a VZV, y administrarla antes de la terapia.
- Debemos evitar la BCG durante la enfermedad de Kawasaki activa.

# Vacunas

---

## Quimioprofilaxis de infección latente por TBC:

- Mantoux y Rx tórax previo al tratamiento con terapia biológica.
- Si Mantoux  $> 0 = 5$  mm  $\rightarrow$  profilaxis con isoniazida durante 9 meses, y al mes se puede iniciar la terapia biológica.

# Indicaciones de derivación a consultas de Reumatología

---

- Inflamación articular.
- Sospecha de enfermedad sistémica.
- Pacientes con síntomas del aparato locomotor no filiados.
- Manifestaciones cutáneas u oculares sin filiar.
- Impotencia funcional en alguna articulación
- Dolor articular nocturno.
- Debilidad muscular.