

## *Diagnóstico y evolución de la artritis reumatoidea y de la artritis aséptica benigna en los niños (\*)*

Por el Dr. BO HELLSTROM \*\*

Las artritis y artralgiás no son síntomas raros entre los pacientes de una sala pediátrica. En algunos la etiología es obvia como en los casos de artritis infecciosa séptica. En otros, sin embargo, la etiología y la patogenia pueden ser más oscuras, presentándose frecuentemente la afección articular después de una infección respiratoria superior aguda y en estas condiciones asépticas parece probable que actúe un mecanismo alérgico-tóxico y la afección puede ser considerada como una artritis post-infecciosa. La fiebre reumática puede ser encuadrada como una entidad dentro de este grupo, siendo el compromiso cardíaco el aspecto más notable y el factor decisivo para el pronóstico. Por otra parte, parece que un mecanismo alérgico-tóxico puede estar también implicado en las artralgiás que ocurren en algunos casos de púrpura anafilactoide y en las artritis que se presentan como una de las manifestaciones extra-intestinales de la colitis ulcerativa.

La artritis reumatoidea (AR) puede ser considerada como una artritis aséptica de origen desconocido que sigue una evolución prolongada y los aspectos clínicos de esta condición en los niños que varían entre un cuadro insidioso y no dramático hasta un proceso de carácter séptico bien caracterizado, representado por el síndrome de Still y la "subsepsia alérgica de Wizzler" han sido confirmados en varios reportes recientes y se está generalmente de acuerdo en que la mayoría de los casos observados en niños muestran ciertos caracteres comunes con los que presentan los adultos que padecen esta enfermedad, incluyendo la mayor tendencia a que sean las articulaciones mayores las afectadas precozmente en la evolución de la enfermedad, el comienzo agudo en ambas circunstancias, la relativamente alta incidencia de síntomas viscerales y lesiones oculares y las dificultades para demostrar el factor reumatoideo en el suero.

En un niño que presente una poliartrosis aséptica, simétrica, de larga duración, con o sin signos generales, el diagnóstico generalmente no ofrece dificultad alguna, siendo el único problema el

\* Versión en español del Dr. E. Alemán según el original aparecido en Acta Pediátrica Escandinava.

\*\* Del Karolinska sjukhuset.

diferenciar la condición de otras enfermedades colágenas más graves como, por ej., el lupus eritematoso diseminado, pudiendo haber además dificultades en el otro extremo del espectro de severidad al delimitar la AR de otros procesos más benignos, claramente etiquetados como artritis "post-infecciosas" o sinovitis inespecíficas. Estos niños no presentan manifestaciones sistémicas extra-articulares severas, pudiendo ocurrir recaídas, pero el proceso articular no es destructivo y no produce incapacidad física permanente, pudiendo aceptarse que éstos representan infrecuentemente casos ligeros de AR; aunque sin embargo parece más razonable demandar ciertos criterios mínimos para el diagnóstico a fin de estar en condiciones de poder comparar las experiencias de diferentes clínicas.

Los bien conocidos criterios para el diagnóstico de la AR en los adultos elaborados por A.R.A. no son aplicables sin modificaciones cuando se trata de niños. En este trabajo de investigación se ha hecho un intento para establecer criterios, habiéndose prestado especial atención a los aspectos característicos de la enfermedad en la niñez, tratando de presentarlos de un modo lo más simplificado posible, habiéndose realizado un estudio comparativo clínico y pronóstico entre los casos que cumplen estos criterios y aquellos que no los cumplen, habiéndose etiquetado los

últimos en este reporte como artritis aséptica benigna (AAB).

#### *Plan de investigación*

Se revisaron las historias clínicas de niños con artritis tratados en los departamentos pediátricos de 4 hospitales de Estocolmo desde 1952 hasta 1957 como eliminación preliminar, excluyéndose del estudio aquellos pacientes en los cuales la duración total de los síntomas articulares fue menor de 3 semanas, aquellos en los que se demostró o pareció posible una etiología séptica o en que los síntomas fueron precedidos por una rubeola; además los niños con púrpura alérgica, colitis ulcerativa, psoriasis, leucemia, otras enfermedades colágenas, o cuando se cumplían los criterios para fiebre reumática según Walgreen (1957)

Después de excluir estos casos quedaron 91, de los cuales 84 fueron examinados por el autor durante el período de julio de 1959 a marzo de 1960; otros 3 fueron examinados por otros médicos y 4 no pudieron ser controlados o no desearon cooperar. El grupo investigado consistió en parte de casos típicos de artritis reumatoidea y en parte de casos de artritis aséptica de carácter más benigno. Los datos de las historias fueron recogidos para formular una clasificación, utilizando los criterios que se describirán más adelante en este artículo, así como los sugeridos por la American Rheumatism Association

para el diagnóstico de la artritis reumatoidea, debiendo señalarse sin embargo que las tabulaciones resultaron incompletas en varios casos por la razón obvia de que ellos no habían sido anotados con estos criterios especiales in mente. El curso ulterior de cada paciente fue analizado incluyendo desde los datos anamnésicos recogidos en el momento del seguimiento (follow-up) hasta el examen físico completo y, en algunos casos, estudios radiológicos y de laboratorio.

La agrupación principal de los pacientes se basó en los siguientes criterios:

#### *Criterios mayores:*

1.—Síntomas objetivos de artritis en una sola articulación observados por un médico y de una duración ininterrumpida de por lo menos 6 semanas.

2.—Una o más articulaciones adicionales afectadas según la misma calificación y con la misma duración. Un intervalo excediendo de 3 meses entre el ataque a la primera y las subsiguientes articulaciones fue aceptado.

3.—Títulos significativos de aglutinación indicando la presencia del "factor reumatoideo".

4.—Alteraciones radiológicas típicas

5.—Biopsia demostrativa de alteraciones características.

#### *Criterios menores:*

1.—Artritis activa y continua de una articulación observada por un médico

durante por lo menos 3 meses en total, o una recaída con una duración de por lo menos 6 semanas.

2.—Rigidez matutina.

3.—Nódulos subcutáneos.

4.—Eritema multiforme reumatoides.

5.—Iridociclitis, uveítis o queratitis en banda.

#### *Exclusiones:*

Manifestaciones que indiquen una etiología séptica, tuberculosa o viral, infección a salmonellas, infección de tractus urinario, lupus eritematoso diseminado, periarteritis nudosa, leucemia, colitis ulcerativa, púrpura anafilactoide, psoriasis, agammaglobulinemia, fiebre reumática.

Se requieren dos criterios mayores o uno mayor y dos menores para el diagnóstico de artritis reumatoidea suponiendo que los factores de exclusión estuvieran ausentes. Los casos de esta investigación que no cumplieron estos criterios fueron conceptuados como artritis aséptica benigna.

#### *Resultados*

De los 87 pacientes vistos en un examen de survey, 48 cumplieron los criterios diagnósticos de artritis reumatoidea (AR), 39 se etiquetaron como artritis aséptica benigna (AAB), sometiéndose estos dos grupos a un estudio comparativo en cuanto a cuadro clínico y evolución.

*Herencia.*—La incidencia de diferentes tipos de enfermedades reumáticas entre distintos familiares se muestra en la tabla 1, siendo semejante la incidencia en ambos grupos.

Tabla 1. Herencia en las enfermedades reumáticas

	madre	padre	hermanos	Otros parientes (Abuelos, tíos, tías, primos)
<b>AAB (39 casos)</b>				
Poliartritis aguda, fiebre reumática	2	2	0	0
Artritis reumatoidea	0	0	0	3
No clasificable	1	0	0	0
Herencia positiva para todos los tipos en 21%				
<b>AR (48 casos)</b>				
Poliartritis aguda, fiebre reumática	3	0	0	2
Artritis reumatoidea	1	0	0	4
No clasificable	0	0	0	2
Herencia positiva para todos los tipos en 25%				

Relación con el sexo.—La preponderancia en las hembras se demuestra en

la tabla 2 y fue semejante en magnitud en ambos grupos.

Tabla 2. Distribución por sexos

	♀	♂	♀/♂
AAB	26	13	2/1
AR	31	17	1.8/1

Edad.—La edad al comienzo de la enfermedad se ilustra en la fig. 1, estan-

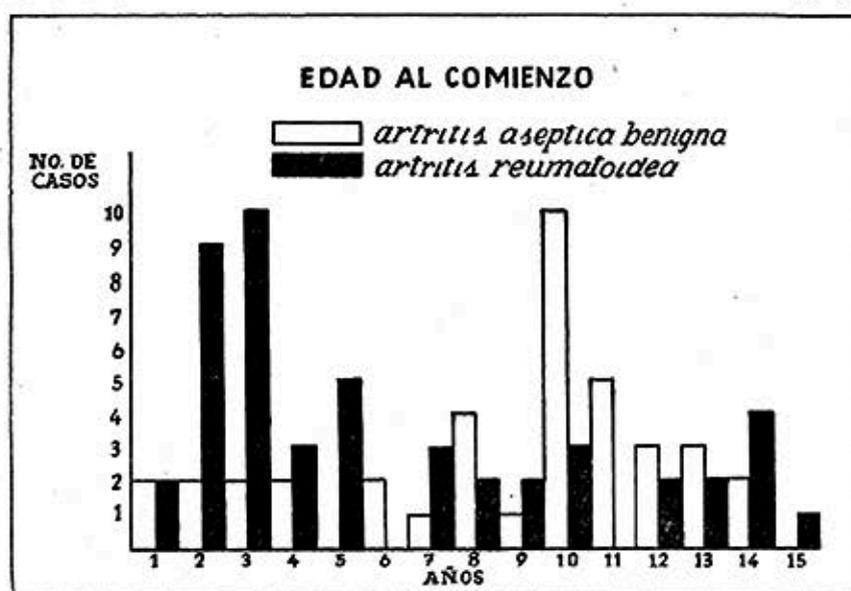


Fig. 1

do claro que en el grupo de AR la enfermedad tuvo un comienzo más precoz, siendo más frecuente antes de los 5 años, con acmé entre los 2 y los 3. En contraste la AAB ocurrió más frecuentemente en niños mayores, apareciendo el acmé entre los 10 y los 11 años de edad.

*Infección precedente.*—Una historia de infección del aparato respiratorio superior precediendo a los síntomas articulares fue un hallazgo frecuente en ambos grupos. Tal antecedente dentro de las 4 semanas anteriores al comienzo ocurrió en 15 del grupo de 39 con AAB y en 14 de los 48 niños con AR. A fin

de analizar la importancia de una infección precedente con mayor detalle, se hizo una comparación posterior con respecto a evidencias de esta asociación. Entre los niños ingresados dentro de las 3 semanas posteriores al comienzo de la recurrencia de los síntomas articulares solo unos pocos de ambos grupos tuvieron manifestaciones significativas de una infección de aparato respiratorio superior. Los cultivos de las secreciones nasales y de la garganta fueron realizados en la mayoría de los niños y los resultados han sido resumidos en las tablas 3 y 4. No pareció haber

Tabla 3. Cultivos de nariz y garganta

Hospitalización	Enfermedad	Resultados patológicos	Resultados normales
Dentro de 3 semanas después del comienzo	AAB	11	11
	AR	9	12
Después de 3 semanas del comienzo	AAB	7	8
	AR	11	11
Total	AAB	18	19
	AR	20	23

Tabla 4. Microorganismos patógenos obtenidos en los cultivos de nariz y garganta

	<i>Estreptococo Hemolítico</i>	<i>Pneumococos</i>	<i>Stafil. aureo</i>	<i>Hemofilus Influenza</i>	Cultivo Negativo
AAB	7	5	10	0	20
AR	6	5	10	1	25

ninguna diferencia en cuanto a la incidencia de organismos patógenos en los dos grupos, ni fue influenciada la incidencia por el número de días transcurridos entre el comienzo de los síntomas y el ingreso al hospital. Se ve también que la incidencia de distintos organismos patógenos fue casi idéntica en los

dos grupos. Los títulos de anti-estrep-tolisina y de anti-estafilolisina han sido también comparados según se ilustra en las tablas 5 y 6, anotándose el valor más alto dentro del primer mes siguiente al ingreso, subdividiéndose entonces cada grupo en 2 subgrupos, dependien-

Tabla 5. Títulos de anti-estreptolisina

Momento de la Hospitalización	Enfermedad	menos de 200	200-1,000	más de 1,000
Dentro de 3 semanas	AAB	11	12	1
después del comienzo	AR	12	7	2
Después de 3 semanas	AAB	8	6	1
del comienzo	AR	13	5	5
Total	AAB	19	18	2
	AR	25	12	7

Tabla 6. Títulos de anti-estafilolisina

Momento de la Hospitalización	Enfermedad	menos de 200	200-1,000	más de 1,000
Dentro de 3 semanas	AAB	17	4	3
después del comienzo	AR	11	6	4
Después de 3 semanas	AAB	11	3	1
del comienzo	AR	17	5	1
Total	AAB	28	7	4
	AR	28	11	5

do de la duración de los síntomas antes del ingreso (sin tener en cuenta si fue el primer brote o una recurrencia). Los exámenes radiológicos de los senos

perinasales y pulmones dentro de la semana posterior al ingreso fueron realizados en relativamente pocos niños, mostrándose los resultados en la tabla 7

Tabla 7. Examen radiológico de senos paranasales y pulmones

Momento de Hosp.	Senos				Pulmones		
	Enf.	Patol. gicos	Normales	No examinados	Patol. gicos	Normales	No examinados
Dentro de	AAB	1	1	19	5	6	11
3 semanas	AR	2	4	14	3	6	11
Después de	AAB	1	5	12	1	9	8
3 semanas	AR	2	7	19	1	9	18
Total	AAB	2	6	31	5	15	19
	AR	4	11	33	4	15	19

donde se ha hecho el mismo sub-agrupamiento. Un cuadro radiológico indicativo de sinusitis fue hallado en aproximadamente el 25% de los casos y evidencias de una bronconeumonía en  $\frac{1}{5}$  de los casos, no habiendo diferencia alguna entre los portadores de AAB y los de AR.

En ningún caso hubo antecedentes que indicaran una infección de tractus urinario: el sedimento en muestras obtenidas poco después del ingreso mostró cierto aumento de los leucocitos en 5 de los pacientes con AR y en 2 de los que tenían AAB y cuando se realizaron exámenes repetidos no se notó

persistencia de los aumentos y los cultivos de orina fueron estériles.

**Traumatismo.**—Antecedente de trauma en o cerca de la articulación primeramente afectada dentro del mes precedente al comienzo se obtuvo en un paciente con AAB y en 4 con AR, siendo las cifras muy pequeñas para indicar una diferencia significativa.

**Comienzo mono-articular.**—Un comienzo monoarticular fue relativamente frecuente: los síntomas localizados en una sola articulación durando al me-

nos un mes en 19 de los 39 casos de AAB y en 14 de los 48 de AR, y a medida que el tiempo transcurría la diferencia se hacía más marcada; solo 2 de los niños con AR permanecieron monoarticulares durante todo el período de observación si se les compara con 17 de los que tenían AAB.

**Distribución de las articulaciones primeramente afectadas.**—La distribución de las articulaciones afectadas dentro de los 2 meses siguientes al comienzo se demuestra en la figura 2. La articu-

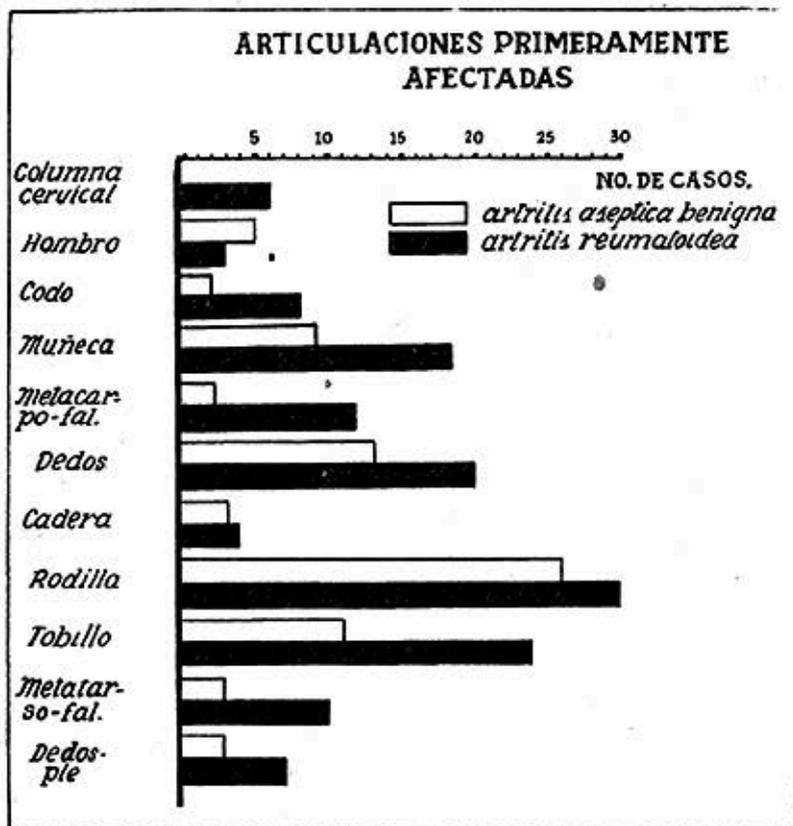


Fig. 2

lación de la rodilla fue la más frecuentemente afectada en ambos grupos. Hubo una tendencia general para haber más articulaciones tomadas entre los pacientes de AR, estando los síntomas

localizados lo más a menudo en las grandes articulaciones en esta fase primera de la enfermedad. La columna cervical resultó afectada en AR exclusivamente.

*Manifestaciones extra-articulares.*—Las manifestaciones viscerales fueron raras dentro de los 2 meses después del comienzo del proceso. La localización cardíaca estuvo presente en 4 de los niños con AR, si se juzga por el agrandamiento del corazón a los rayos X (1 caso) y un ECG inequívocamente anormal (3 casos). Las alteraciones del ECG consistieron en un acortamiento del intervalo S-T, ondas T anormalmente planas. Los niños con AAB resultaron todos normales en este aspecto. Ninguno de los pacientes con AR siguió una evolución típica del síndrome de Still, y no hubo aumento significativo del bazo ni de los ganglios linfáticos. No hubo evidencias de alteraciones de la función hepática, ni síntomas cerebrales ni se

notaron manifestaciones de la piel. Manifestaciones oculares ocurrieron entre los niños con AR, tales como iritis (3 casos), coroiditis (2 casos) y epiescleritis (1 caso). Como se mencionó anteriormente, la iridociclitis o la uveitis fueron incluidas entre los criterios menores para el diagnóstico de la AR.

*Temperatura y hallazgos de laboratorio.*—Una comparación entre los dos grupos en cuanto al grado de fiebre, elevación de la eritrosedimentación y nivel de la fracción gamma globulina del suero dentro de los 2 meses posteriores al primer ingreso al hospital fue realizada y los hallazgos han sido tabulados (Tablas 8-9-10). No se encontró diferen-

Tabla 8. Duración de la fiebre

	AAB	AR
Afebril	22	25
38° C ó más (máximun 7 días)	17	21
38° C ó más (8-21 días)	0	0
38° C ó más (más de 21 días)	0	2

Tabla 9. Eritrosedimentación

	AAB	AR
0-14 mm.	13	6
15-29 mm por lo menos en 2 ocasiones	9	17
30 mm o más en 2 ocasiones por lo menos	17	25

Tabla 10 Gamma globulina del suero

	AAB	AR
Menos de 15%	4	1
15-25%	3	11
Más de 25%	0	1
No examinados	32	35

cia significativa alguna entre los dos grupos, pero debe notarse que la electroforesis del suero fue practicada solo en una minoría. Si se hubiera practicado más sistemáticamente se hubiera demos-

trado la tendencia a mayores valores de gamma globulina en el grupo AR. Un nivel de hemoglobina menor de 10 gr. por 100 cc durante el mismo período inicial de la enfermedad estuvo presen-

te en 8 de los pacientes con AR y solo en uno de los AAB. Durante los dos primeros meses después del ingreso, el test de aglutinación de los glóbulos de carnero fue realizado en 24 de los casos de AR, 2 de ellos fueron positivos pero con bajos títulos (1/64). Durante la evolución subsiguiente títulos positivos adicionales en 3 niños (1/64, 1/128, 1/512).

*Evolución.*—La evolución muy variada y el pronóstico enteramente disímil en los dos grupos han sido expresados de distintos modos. La duración de la enfermedad hasta el momento del examen de seguimiento se presenta en la tabla 11. Las cifras no representan co-

Tabla 11. Duración (en años) continua o con recaídas periódicas

	0	1	2	3	4	5	6	7
AAB	21	10	6	1	1	0	0	0
AR	8	8	5	4	4	4	4	11

mo regla la duración de una actividad continua, ellas dan meramente el período de tiempo durante el cual estuvieron presentes los síntomas ya continua o ya intermitentemente. El patrón típico para AAB fue un simple brote de actividad de algunas semanas a varios meses de duración, aunque las recaídas no fueron raras dentro de los 2 primeros años. Las recaídas después de este período de tiempo ocurrieron en solo dos ocasiones. En contraste, en más de la mitad de los pacientes de AR, la actividad continua o recurrente se presentó después de 3 o más años. La actividad persistente se hallaba presente o habían ocurrido recaídas en 11 casos por unos 7 años después del comienzo y debe recordarse que solo una parte del mate-

rial ha sido observado por este lapso de tiempo. Así, es probable que el número que expresa esta evolución a largo plazo aumentaría si se hiciera una observación prolongada.

En los pacientes que no presentaron signos de actividad por lo menos un año antes del examen de seguimiento, la incidencia de manifestaciones residuales fue comparada. Las secuelas incluyen rango limitante de los movimientos en las articulaciones afectadas, atrofia de los músculos, deformidades, contracturas y alteraciones del crecimiento. La mitad de los casos de AR mostraron defectos residuales mientras solo uno de los pacientes con AAB tuvo secuelas. La incidencia y grado de "handicap" se da en la tabla 12. Aquí el estado fun-

Tabla 12. Grado de incapacidad

	AAB	AR
1 año después del primer ingreso hosp.		
Actividad normal	39	38
Parcialmente incapacitado	0	8 (17%)
Severamente incapacitado.	0	2 (4%)
3 años después del primer ingreso hosp.		
Actividad normal	37	37
Parcialmente incapacitado	0	4 (9%)
Severamente incapacitado	0	2 (5%)

cional de los niños ha sido estimado entre 1 y 3 años respectivamente después del primer ingreso hospitalario. Por actividad normal se entiende que los niños estaban en capacidad de tomar parte integral en la escuela (trabajo escolar) y en las actividades extraescolares, mientras los parcialmente "limitados" ofrecieron una capacidad física limitada, que, sin embargo, no los privaba de una vida esencialmente normal. Los "limitados" severamente habían estado ya guardando cama, confinados a una silla de ruedas o al menos habían estado en gran medida dependientes de ayuda para sus necesidades diarias. Un año después del primer ingreso hospitalario el 21% de los pacientes con AR estuvieron "limitados" en grado variable, si se compara con ninguno entre los que tenían AAB. 3 años después del primer ingreso el estado funcional podía ser evaluado en 37 niños con AAB y 43 con AR; los primeros fueron considerados otra vez como presentando actividad normal, mientras el 14% de los últimos estaban "limitados", y un tercio de éstos severamente "limitados". En uno la limitación consistía severa alteración de la vista después de una uveítis bilateral. Es de este modo evidente que el pronóstico es enteramente diferente en AAB si se compara con la AR aún en lo que respecta a las condiciones más severas e irreversibles. Debe señalarse sin embargo que el tiempo de observación resulta muy corto para establecer el pronóstico definitivo con respecto a la incidencia en último término de una incapacidad.

### Discusión

Los criterios enumerados precedentemente para el diagnóstico de AR en los niños necesitan ser comentados ya que como se dijo, los criterios diagnósticos elaborados por la Amer. Rheum Ass. no toman en cuenta el carácter especial de

la enfermedad en la infancia, y por razones de simplicidad, la clasificación que damos ha sido confeccionada para incluir una combinación de criterios requeridos para hacer el diagnóstico altamente probable, no como en la clasificación de la A.R.A. que establece el diagnóstico con diferentes grados de probabilidad.

El primer criterio en la clasificación que damos trata de los signos de artritis observados personalmente por el médico, incluyendo todos los hallazgos o síntomas objetivos con los requisitos de una duración continua de 6 semanas. Puede ocurrir una AR monoarticular y es posible que ello sea lo más frecuente en niños que en adultos, pero resulta más típica, sin embargo, la manifestación poliarticular, especialmente si es simétrica, lo que se expresa en el segundo criterio. La A.R.A. postula los mismos requisitos de duración para el diagnóstico de la AR clásica o definida, pero en dicha clasificación se establece, sin embargo que el intervalo para que las articulaciones puedan ser afectadas sucesivamente no debería exceder de 3 meses, pero en vista del curso intermitente tan común en los niños, se ha sugerido la aceptación de un intervalo mayor. El tercer criterio se refiere a un título significativo de aglutinación, indicando la presencia del "factor reumatoideo", aceptándose generalmente que este no es un hallazgo frecuente en la AR de los niños excepto, posiblemente, cuando se usan las recientes modificaciones metodológicas, lo cual indica que la baja incidencia de resultados positivos observada sea atribuible a la falta de sensibilidad de los procedimientos más bien que a una verdadera ausencia del factor reumatoideo. Las alteraciones radiológicas típicas constituyen el cuarto criterio, que se encuentra también en la clasificación de la A.R.A., pudiendo ser asunto de discusión los as-

pectos que se deban considerar como típicos, aunque este problema ha sido tratado ya exhaustivamente en un estudio clínico radiológico de la AR en los niños. El quinto criterio incluye todas las biopsias, que muestran alteraciones características, incluyendo manifestaciones microscópicas en las cápsulas articulares y en los nódulos subcutáneos como se ha descrito de la clasificación de la A. R. A. Estos cinco criterios han sido valorados como de la mayor importancia y han sido propuestos como *criterios mayores*.

Los siguientes síntomas y signos han sido catalogados como *criterios menores*: si una monoartritis persiste durante cerca de tres meses o si una recaída tiene una duración continua de por lo menos 6 semanas, se numera como *primero* porque aumenta la posibilidad de una evolución prolongada y un "carácter reumatoideo" de la enfermedad. Una razón para considerar estos casos prolongados e intermitentes de monoartritis como verdaderos reumatoides ha sido emitida por Sury, quien señaló la incidencia semejante de las complicaciones oculares en estos pacientes si se comparan con aquellos que presentan una AR poliarticular más típica en niños. La rigidez matinal es un hallazgo típico en la AR de los adultos y es también bastante frecuente en los niños. El material que nos sirve de estudio, no puede ser utilizado para estimar su frecuencia, sin embargo, ya que no se le ha concedido su verdadera importancia por los encargados de recoger las historias clínicas, siendo la impresión del autor que la rigidez matinal no es un hallazgo raro en otros tipos de artritis en los niños, pero hay razones para indicarla como un *segundo* criterio menor. El *tercero* corresponde a la presencia de nódulos subcutáneos, los cuales no son encontrados frecuentemente y pueden ocurrir además en la fiebre reumática aguda. El *cuarto* está representado por el

exantema variadamente descrito por diferentes autores como un fenómeno frecuente de la AR en la niñez, especialmente entre aquellos que hacen una evolución más aguda y séptica, con fiebre altamente remitente, aunque casos de este tipo no se vieron en nuestros casos. Gauchat y May sin embargo, lo observaron en el 75 u 80% de los niños con fiebre alta en las fases iniciales. Ellos lo describen como de aspecto maculopapular y de una distribución variable semejante en aspecto al eritema multiforme y lo denominaron eritema multiforme reumatoides. El quinto criterio está constituido por las manifestaciones oculares, más particularmente la iridociclitis, la uveítis o la queratitis en banda, habiéndose señalado repetidamente que éstas ocurren más frecuentemente en niños con AR que en adultos lo que justifica su inclusión al menos como un criterio menor. En la clasificación de la A. R. A. solo se menciona la iritis y por alguna razón entre los criterios para el grupo más inconspicuo de "posible AR". Las manifestaciones sistémicas extra-articulares posteriores de la enfermedad reumatoidea pueden ser difícilmente consideradas como típicas o específicas de modo que puedan ser incluidas entre los criterios diagnósticos, y como se mencionó antes, se hizo el diagnóstico, para el propósito de esta investigación, solamente si había por lo menos dos de los criterios mayores o uno mayor y dos menores.

Por analogía con la clasificación de la A. R. A. se ha establecido una serie de exclusiones más adaptadas para el uso pediátrico, requiriendo algunas de ellas un comentario. Puede haber a veces dificultades para el diagnóstico diferencial con la fiebre reumática, que han dado lugar a la sugerencia de criterios.

especiales de diagnóstico. Las formas transicionales entre fiebre reumática y artritis reumatoidea son conocidas, pero como regla es posible una distinción ya que ambas enfermedades siguen una evolución muy diferente, siendo la lesión cardíaca el factor decisivo en la primera de ellas, y la afección articular en la segunda. A este respecto, la confirmación de los criterios aceptados para la fiebre reumática deben ser considerados como factor de exclusión para el diagnóstico de AR. Los síntomas articulares son frecuentes en la púrpura de Henoch-Schonlein, aunque admite que tenga raramente una duración continua de 6 semanas. Los síntomas articulares como manifestación extra-intestinal de colitis ulcerativa, han sido observados como simulantes de las fases primeras de una AR y en un caso ellas precedieron la instalación de los signos de colitis. La relación entre la infección de tractus urinario y los síntomas de poliartritis no ha sido demostrada en este material que presentamos, pero por otra parte esta relación ha sido bien establecida en los adultos y debe ser tenida en cuenta con respecto a los niños. Los otros factores de exclusión están en concordancia con algunos de los señalados en la clasificación de la A.R.A.

El esquema diagnóstico presentado aquí, basado en condiciones arbitrarias, comparte las limitaciones de cualquier intento para construir criterios diagnósticos de este tipo. Por otra parte, ha resultado ser de valor práctico en esta investigación, suministrando información pronóstica en una fase relativamente precoz, habiendo sido de este modo posible hacer una clasificación definida en cerca de la mitad de los casos (48%) dentro de los 2 meses siguientes al primer ingreso hospitalario.

Los casos etiquetados como AR en la presente serie corresponden esencialmente a las descripciones del cuadro clínico característico de artritis reumatoidea juvenil típica. La herencia en relación con las enfermedades reumáticas en su más amplio sentido se observó en el 25% de los casos. El traumatismo cercano a la articulación afectada ocurriendo dentro de un mes antes del comienzo se observó en el 8% de los casos. La monoartritis es un fenómeno común al comienzo de la evolución, estando presente esta localización mono-articular inicial en el 29%. En la mayoría de los casos de esta investigación otras articulaciones fueron tomadas sucesivamente, pero en el 6% del material total, la enfermedad permaneció monoarticular. Hay además una congruencia estrecha en relación con los reportes previos sobre la distribución típica de las articulaciones particularmente afectadas, siendo las más afectadas las articulaciones de la rodilla, después las muñecas, y luego tobillos y dedos. La enfermedad cardíaca fue un hallazgo infrecuente, debido probablemente en primer lugar al hecho de que el material no contiene pacientes con una evolución séptica que favorece la afección sistémica; otra razón puede ser que el examen ECG no haya sido practicado simultáneamente en todos los casos. En los casos de Surry aparece que murieron 2 niños de una afección cardíaca reumatoidea y el 7% mostró signos de daño cardíaco en el examen de seguimiento. Edström reportó 7 pacientes con enfermedad de Still todos los cuales tuvieron signos de enfermedad cardíaca. La frecuencia de las lesiones oculares es de interés especial: la iritis y la uveitis ocurrieron en 12% de los casos de esta investigación, no siendo raro ver como secuela una alteración visual permanente.

Parece, pues, justificado el concepto de que el pronóstico de la AR en los niños depende de cómo se seleccione el material. En un servicio pediátrico general se verá una proporción mayor de casos con evolución más limitada, mientras que en una institución especializada para el tratamiento de la AR se observarán más casos crónicos e invalidantes. El tiempo de observación es de gran importancia, comprendiendo en nuestra investigación entre 2 y 7 años, lo cual es demasiado breve para una evaluación definitiva, pero es probablemente suficiente para dar un aproximado de la evolución probable. De gran importancia resultan también los criterios diagnósticos y si estos son vagos o demasiados liberales, será difícil el comparar una experiencia clínica con la de otros.

En la presente investigación, los casos que llenaban los criterios enunciados han sido comparados con otro grupo denominado artritis aséptica benigna, no habiendo síntoma o hallazgo aislado alguno que permita colocar un caso en una u otra categoría.

Las diferencias más importantes corresponden a la edad del comienzo y a la evolución. Los casos de AR tienen comúnmente su comienzo durante los primeros 5 años de la vida, siendo la AAB más tardía en su aparición. La evolución de esta última es más corta y no deja ningún impedimento funcional. La preponderancia entre las niñas es la misma en ambos grupos y la distribución de las articulaciones afectadas muestra tendencias similares, aunque la evolución monoarticular fue más frecuente entre los nacientes con AR y la columna cervical fue afectada solo en los casos de AR. En ambos grupos las articulaciones mayores, especialmente las rodillas, fueron más frecuentemente afectadas precozmente durante la evolución. Las manifestaciones ocula-

res favorecen el diagnóstico de AR y fueron incluidas en los criterios. Este fue también el caso con respecto a la reacción de aglutinación positiva. La anemia no fue infrecuente en los niños con AR ya dentro de los dos meses posteriores al comienzo. Una infección anterior fue un hallazgo frecuente en ambos grupos y el etiquetar los casos de AAB como post-infecciosos para su diferenciación no parece justificado.

Las muchas semejanzas entre la AR y la AAB plantea inevitablemente la cuestión de si ellas no representan diferentes evoluciones de la misma enfermedad, objeción que puede ser difícilmente contradecida en tanto que la etiología de las enfermedades reumáticas sea desconocida y no haya disponible ningún test simple para su diagnóstico.

Como ya se ha señalado, los métodos serológicos convencionales para demostrar la presencia del factor reumatoideo son de poco valor en los niños, y en espera de ulteriores avances en este campo, el diagnóstico de la AR tiene que basarse en una combinación de diferentes criterios, cosa esencial, si se han de comparar materiales diferentes en cuanto a los resultados de distintos ensayos terapéuticos. En un hospital pediátrico se ven frecuentemente casos con síntomas artríticos en relación con otras enfermedades. La clasificación elaborada por la A.R.A. no es aplicable a los niños sin modificaciones. Los criterios sugeridos aquí han resultado útiles desde un punto de vista práctico, permitiendo un pronóstico precoz durante la evolución de los casos. La evolución enteramente diferente en los dos grupos indica que la clasificación sugerida es de valor para el establecimiento del pronóstico en los casos de artritis aséptica en los niños.