

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "PEDRO BORRAS ASTORGA"

Artritis reumatoidea en el niño: I diagnóstico

Por los Dres.:

FABIOLA SANCHEZ VEIGA,* SERGIO ORTEGA NEGRIN,**
MANUEL ALVAREZ ALONSO,* RENE LORIE RODRIGUEZ***

Sánchez Veiga, F. et al. *Arthrite rheumatoïde chez l'enfant: I diagnostic*. Rev Cub Ped 48: 6. 1976.

Se toman 100 historias clínicas (HC) del departamento de archivo y estadística del hospital "Pedro Borrás Astorga", cerradas con el diagnóstico de afección articular, correspondientes a un periodo de 10 años; de estas HC se seleccionaron 20 pacientes en quienes se revalidó el diagnóstico mediante citación y examen de los mismos, con lo que se comprobó que eran casos evidentes de artritis reumatoidea. Se toman diferentes criterios diagnósticos de la literatura médica y se aplican a dichos pacientes, los cuales presentaban la sintomatología y signología desde el inicio de la enfermedad; se señalan los criterios que resultaron más útiles para el diagnóstico de dichos casos.

La artritis reumatoidea juvenil es una enfermedad generalizada, proteiforme: el cuadro articular es un componente de la misma, pero el más significativo de esta afección. Su diagnóstico ofrece dificultades y es necesario unificar los requisitos y criterios diagnósticos para el paciente pediátrico como en el caso de la fiebre reumática.

Los criterios diagnósticos de la "American Rheumatism Association" (ARA), para el adulto son los siguientes:¹

1. Rigidez matinal.
2. Dolor a la palpación (comprobado por el médico).
3. Signos inflamatorios (comprobados por el médico).
4. Toma de 2 articulaciones en un tiempo no mayor de 3 meses.
5. Toma bilateral y simétrica de 2 articulaciones.
6. Nódulos subcutáneos.
7. Cambios radiológicos.
8. Látex o bentonita positivos.
9. Formación de un coágulo pobre de mucina al ácido acético (en el líquido sinovial).
10. Cambios histológicos de la membrana sinovial propios de la artritis reumatoidea.
11. Cambios histológicos de nódulos reumatoideos propios de la artritis reumatoidea.

* Especialista de primer grado en pediatría. Hospital Infantil docente "Pedro Borrás Astorga", 29 y F. Vedado, La Habana.

** Profesor de pediatría, Hospital Infantil docente "Pedro Borrás Astorga".

*** Jefe del servicio de ortopedia, Hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga".

Los criterios del 1 al 5 deben estar presentes, por lo menos, por 6 semanas. Para que una artritis reumatoidea se considere clásica debe tener 7 criterios. Para definida de 5 a 6 criterios y para probable de 3 a 4 criterios.

En pediatría tenemos los siguientes criterios diagnósticos:

I. Criterios de *Grokoest, Snyder y Shlaeger* (G.S.S.):²

1. Poliartrosis de 6 semanas de duración; puede durar menos de 6 semanas si hay concomitantemente cualquiera de las siguientes afecciones: iritis, exantema, contracturas en flexión, anquilosis, disminución del volumen de los músculos, anemia, leucocitosis de 20 000/mm³ o más, sin otra explicación; dolor en el raquis cervical acompañado de modificaciones radiológicas o sin ellas.
2. Manifestaciones generales: toda combinación de fiebre, debilidad y pérdida de peso.
3. Eritrosedimentación elevada.
4. Descartar el diagnóstico de fiebre reumática, lupus eritematoso disseminado, periarteritis nudosa, dermatomiositis, esclerodermia, sinovitis, TB, leucemia y linfoma.

II. Criterio de *Sury*:³

1. Alteraciones poliarticulares.
2. Curso crónico de 3 ó más meses de duración.
3. Descartar otras causas de enfermedad articular crónica.
4. Comienzo del padecimiento antes del décimo quinto año de vida.

III. Criterios de *Ansell y Bywaters*:⁴

1. Poliartrosis que afecta a más de cuatro articulaciones.
2. Curso de tres meses por lo menos.
3. Si están atacadas menos de cuatro articulaciones, biopsia de la membrana sinovial donde se encuentren modificaciones compatibles con el diagnóstico de artritis reumatoidea.

4. Descartar otras enfermedades articulares o del tejido conectivo.

IV. Criterios de *Calabro*:⁵

1. No mejoría sintomática a la aspirina.
2. Diferenciarla de la fiebre reumática por:
Fiebre diaria o hética
Rash evanescente
Linfadenopatía generalizada
Esplenomegalia
Leucocitosis impresionante
Toma articular de varias semanas de evolución.

V. Criterios de *Grossman y colaboradores*:⁶

Artritis monoarticular o poliarticular con una duración de, por lo menos, seis semanas o menos de seis semanas, si coexiste con cualquiera de las siguientes manifestaciones:

1. Los mismos, dados por *Grokoest y colaboradores*.
2. Artritis no migratoria, durante dos semanas por lo menos.
3. Falta de reacción sintomática a la concentración sanguínea terapéutica de aspirina.
4. Predominio de la participación de articulaciones pequeñas.
5. Poliartrosis con pericarditis que no se acompaña de endocarditis.

VI. Criterios de *J. Schaller y colaboradores*:⁷

1. Pacientes menores de 15 años.
2. Pacientes con manifestaciones clínicas de más de seis meses.
3. Exclusión de otros tipos de enfermedad asociada con artritis (fiebre reumática, LE).

VII. Criterios de *Bo. Hellstron*:⁸

Criterios mayores:

1. Síntomas objetivos de artritis en una sola articulación, observados

por un médico y de una duración ininterrumpida de por lo menos seis semanas.

2. Una o más articulaciones adicionales afectadas, según la misma calificación y con la misma duración. Un intervalo excediendo de tres meses entre el ataque a la primera articulación y la subsiguiente fue aceptado.
3. Títulos significativos de aglutinación indicando la presencia de factor reumatoideo.
4. Alteraciones típicas radiológicas.
5. Biopsia demostrando las alteraciones características.

Criterios menores:

1. Artritis activa y no continua de una articulación, observada por un médico durante por lo menos tres meses en total o una recaída con una duración de por lo menos seis semanas.
2. Rigidez matutina.
3. Nódulos subcutáneos.
4. Eritema multiforme reumatoide.
5. Iridociclitis, uveitis, queratitis en banda.

Exclusiones. Manifestaciones que indiquen una etiología séptica, tuberculosa o viral, infecciones a salmonella, infecciones del tracto urinario, lupus eritematoso diseminado, periarteritis nudosa, leucemia, colitis ulcerativa, púrpura anafilactoide, psoriasis, agammaglobulinemia, fiebre reumática.

Se requieren dos criterios mayores y uno menor, o uno mayor y dos menores para el diagnóstico de artritis reumatoidea, suponiendo que los factores de exclusión estuvieron ausentes.

Criterios de Ropes y colaboradores para la forma monoarticular.²

1. Toma de la articulación por más de cuatro meses.
2. Biopsia de la sinovial con los cambios característicos.
3. Cultivo de líquido sinovial negativo.

4. Pruebas de tuberculina negativa.

Casuística

Se tomaron 100 historias clínicas del departamento de archivo y estadística de pacientes egresados con el diagnóstico de artritis en el periodo de 1964 a 1973.

Se realizó una eliminación preliminar, de donde se excluyeron aquellos pacientes en los que se demostró una afección definitiva que explicara el cuadro clínico y no fuese artritis reumatoidea (fiebre reumática, artritis séptica, dermatomiositis, *Shonlen Henoch*, etc.).

Quedaron 46 pacientes los que se dividieron en dos grupos:

- | | |
|--|--------------|
| 1. Con toma articular de más de seis semanas | 28 pacientes |
| 2. Con toma articular de menos de seis semanas | 18 pacientes |
| Total | 46 pacientes |

Mediante citación a consulta pudo hacerse la revalidación diagnóstica de estos pacientes, y reunir 20 de los 28 enfermos pertenecientes al primer grupo, los cuales pasamos a analizar:

El tiempo de evolución de la enfermedad en estos pacientes fue de 2 a 11 años, con un promedio de 6,5 años. Se observó que estos 20 casos eran indudablemente pacientes que presentaban la enfermedad, bien porque la toma articular duró dos o más años, o bien porque en el momento de revisarlos, encontramos deformidades y limitaciones de los movimientos articulares o alteraciones radiológicas compatibles con el diagnóstico de artritis reumatoidea.

A estos 20 pacientes se les aplicaron los criterios diagnósticos antes citados, si tomamos en consideración sus cuadros clínicos iniciales:

— Criterios de ARA para adultos

AR clásica	0	pacientes
AR definida	8	..
AR probable	11	..
AR posible	1	..
Total	20	pacientes

El paciente con AR clasificada como posible, presentó una forma monoarticular que evolucionó a la forma monoartrítica durante 6 años. En el resto de los pacientes se cumplieron los criterios 2, 3, 4, y 5.

— Criterios de G.S.S.

Se cumplen los cuatro requisitos	17 pacientes
No se cumplen	3 pacientes
Total	20 pacientes

En los casos que no se cumplen es en la forma monoarticular antes señalada y en dos casos en que no hubo fiebre ni toma del estado general.

— Criterios de *Sury*

Se cumplen en	19 pacientes
No se cumplen en	1 ..
Total	20 pacientes

No se cumplen en la forma monoarticular ya descrita.

— Criterios de *Ansell y Bywaters*

Se cumplen en	19 pacientes
No se cumplen	1 ..
Total	20 pacientes

Estos tampoco se cumplen en la forma monoarticular.

Los criterios de *Calabro; Grossman; J. Shaller* se cumplen en los 20 pacientes. En cuanto a los criterios de *Bo-Hellstron* igualmente se cumplen en los 20 pacientes.

El criterio mayor que se cumple en todos los pacientes es el No. 1 y el otro criterio mayor que se cumple en todos, menos en la forma monoarticular, es el No. 2. El criterio menor que se cumple en todos es el No. 1.

— Criterios de *Ropes* para la forma monoarticular

No son cumplidos por el caso de forma monoarticular, pues no se realizó la biopsia de la sinovial ni se cultivó el líquido sinovial.

Los 18 pacientes cuya toma articular fue de menos de 6 semanas también fueron analizados. El tiempo transcurrido desde el episodio inicial fue de 3 a 9 años (promedio 4 años) y se comprobó que estaban asintomáticos.

COMENTARIOS

Por el estudio de nuestros 20 pacientes que indudablemente son casos de artritis reumatoidea, comprobados por el tiempo de evolución, y a los cuales aplicamos los criterios diagnósticos encontrados en la literatura revisada, vemos que el criterio de mayor valor resultó ser la duración de la artritis por más de seis semanas, pues todos aquellos pacientes que cumplieron este requisito fueron indudablemente casos de artritis reumatoidea y los que no lo cumplieron, no evolucionaron nunca hacia una forma definida de esta entidad. También observamos que la forma de inicio monoarticular fue la que más dificultades ofreció para su diagnóstico, ya que muchos autores solicitan para la misma la biopsia de la sinovial y cultivo del líquido sinovial, complementarios que no son fáciles de realizar, pues no siempre hay líquido en cantidad suficiente en la articulación, y la biopsia requiere un equipo adecuado o una intervención quirúrgica. Aclaramos que consideramos como muy útiles para el diagnóstico a ambos estudios.

Los criterios que resultaron más útiles fueron los de *Calabro, Grossman, Bo-Hellstron* y de *J. Shaeller*; el de este último fue el menos útil porque exige una duración de 6 meses, lo cual demoraría mucho el formular un diagnóstico.

Los criterios que se cumplieron en todos los casos fueron los siguientes:

1. Toma monoarticular o poliarticular de más de 6 semanas de duración.
2. No mejoría sintomática rápida con la aspirina.
3. Si toma de más de una articulación, hubo bilateralidad y simetría.
4. Exclusión de otras patologías como: fiebre reumática, *Shonlein He-*

noch, periarteritis nudosa, lupus eritematoso, leucemia.

Es de señalar, que en estos pacientes no pudo analizarse el valor, como criterios, de algunos complementarios como el estudio del líquido sinovial (citoquímico y bacteriológico) y el estudio histológico de la membrana sinovial y el nódulo subcutáneo, por ser éste un estudio retrospectivo.

Algunas particularidades observadas en estos pacientes pediátricos fueron las siguientes: la rigidez matutina no se señaló frecuentemente y los nódulos

subcutáneos nunca; las articulaciones más afectadas en orden de frecuencia, fueron las rodillas, interfalángicas proximales, muñecas y tobillos (resaltó la toma de grandes articulaciones). En cuanto a los exámenes complementarios, la radiología no mostró grandes alteraciones; en un principio el estudio del líquido sinovial no siempre fue posible, así como la biopsia sinovial y aunque en este grupo de pacientes se realizaron muy pocas determinaciones del factor reumatoideo, en un grupo más reciente de pacientes, sólo fue positivo en un 25% de ellos (hecho señalado así en la literatura).

SUMMARY

Sanchez Veiga, F. et al. *Rheumtoid arthritis in the child. I diagnosis.* Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

One-hundred clinical records of patients with joint affection were taken from the department of files and statistics of the "Pedro Borrás Astorga" Hospital; the clinical records covered a period of 10 years. Twenty patients were selected and after citation and examination the diagnosis of rheumtoid arthritis was confirmed. Several diagnostic criteria appeared in medical literature are applied to these patients who had symptoms and signs from the begining of the disease. Most useful criteria for diagnosing these cases are pointed out.

RESUME

Sánchez Veiga, F. et al. *Arthrite rheumatoide chez l'enfant: I diagnostic.* Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

Cent dossiers correspondant à une période de 10 ans et fermés avec le diagnostic d'affection articulaire sont pris du département d'archives et statistique de l'hôpital "Pedro Borrás Astorga". De ces dossiers on a choisi 20 patients chez lesquels on a ratifié le diagnostic au moyen d'un nouvel examen, et on a constaté qu'il s'agissait de cas évidents d'arthrite rhumatoïde. Différents critères diagnostiques ont été pris de la littérature médicale et appliqués à ces patients qui présentaient la symptomatologie et les signes dès le début de la maladie: on signale les critères qui ont été les plus utiles pour le diagnostic de ces cas.

РЕЗЮМЕ

Санчес Вейга Ф., и др. Детский ревматоидальный артрит: диагноз (первая часть). Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

Взято 100 историй болезней из архивного отделения и статистики больницы имени Педро Боррас Асторга, законченных диагнозом заболевания суставов в течение 10 лет, и из этих историй было отобрано 20 пациентов, у которых был восстановлен диагноз посредством их вызова в стационарное учреждение и обследования. Таким образом было доказано, что речь шла несомненно о ревматоидальном артрите. Имеются в виду разные критерии диагностики из медицинской литературы, применяющиеся к этим пациентам, т.к. они имели соответствующие симптомы и признаки с самого начала болезни. Упомянутся критерии, которые считаются наиболее полезными для диагноза в данном случае заболевания.

BIBLIOGRAFIA

1. *Bennet, P. H.; Burch, T. A.* The epidemiology of rheumatoid arthritis. *Med Clin North Am* 52: 479, 3, 1968.
2. *Grikoest, A. W. et al.* Juvenile rheumatoid arthritis. Boston. Little, Bron & Co., 1962.
3. *Sury, B.* Rheumatoid arthritis in children: A clinical study. Copenhagen, Denmark, Nunksgaard Publishers, 1952.
4. *Ansell, Barbara M.; Bywaters, E. G. L.* Rheumatoid arthritis (still disease). *Ped Clin North Am* 10: 921, 4, 1963.
5. *Calabro, J. J.* Juvenile rheumatoid arthritis. Current comment. *Arthritis Rheum* 9: 82, 1, 1966.
6. *Grossman, B. J. et al.* Problemas de la artritis reumatoide juvenil. *Clin Med North Am* p. 32, enero 1965.
7. *Schaller, J.; Wedgwood, R.* Juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics* 50: 940, 6, Dec. 1972.
8. *Hellstron, Bo.* Diagnóstico y evolución de la artritis reumatoidea y de la artritis aséptica benigna de los niños. *Rev Cub Pediat* 34: 74, 3, mayo-junio 1962.
9. *Ropes, M. W. et al.* Revision of diagnostic criteria for rheumatoid arthritis. *Bull Rheum Dis* 9, 175-176, 1958.

Recibido el trabajo: abril 6, 1976.