

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "PEDRO BORRAS ASTORGA"

Artritis reumatoidea en el niño: II evolución y tratamiento

Por los Dres.:

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

Sánchez Veiga, F. et al. *Artritis reumatoidea en el niño. II evolución y tratamiento*. Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

Se informa la evolución de su enfermedad y la respuesta al tratamiento de 20 pacientes portadores de artritis reumatoidea. La evolución fue de 2 a 11 años, con un promedio de 6,5 años. Relacionando dicha evolución con la forma clínica de inicio y el tratamiento impuesto se concluyó: 1. Que evolucionaron mejor los pacientes con forma de inicio febril, y tuvieron una evolución menos favorable los pacientes con formas de inicio monoarticular y poliarticular; y 2. Que la evolución natural de la enfermedad fue modificada favorablemente por el tratamiento precoz y mantenido que incluye las medidas generales, medicamentosos antiinflamatorios y fisioterapia según se recoge en la literatura médica.

La artritis reumatoidea puede tener varias formas de comienzo, puede ser en forma aguda, tipo Still, que se caracteriza por fiebre alta, diaria, con un pico febril y, a veces, dos en el día, con temperatura normal o subnormal después; se observa junto con dicha fiebre un rash evanescente, también se acompaña de linfadenopatías generalizadas y toma visceral; la toma articular es tardía, puede ser mínima, transitoria y, a veces, inexistente.^{1,2,3,4} Esta forma de comienzo se ve en niños con una edad promedio de 4½ años, más frecuente en hembras,

y constituye de un 5-25% de los pacientes con esta enfermedad.

La forma de comienzo poliarticular se caracteriza por la toma simultánea de cuatro o más articulaciones, con mayor frecuencia en hembras con una edad aproximada de 7 años. El paciente presenta aspecto de enfermo, anoréxico, con pérdida de peso, fiebre intermitente de bajo grado, aunque no es frecuente la toma visceral ni el rash. Se observa en la mitad de los casos de artritis reumatoidea juvenil.⁵

El comienzo monoarticular u oligoarticular se caracteriza por la toma articular de tres o menos articulaciones, se ve con igual frecuencia en ambos sexos y la edad promedio es de 7 años. Se ve en la tercera parte de los casos con esta

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

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

enfermedad.⁶ Hay poca toma sistémica y los pacientes presentan buen estado general.

La evolución de la afección se caracteriza por exacerbaciones recurrentes y remisiones; ordinariamente cada exacerbación es un poco menos intensa que la precedente, gradualmente la enfermedad se va extinguiendo por sí sola en un período de dos a diez años y se torna inactiva antes de la pubertad.⁷

Se describen varios cursos de la enfermedad:¹

1. Curso monocíclico, caracterizado porque la actividad se va perdiendo con el tiempo (aproximadamente dos años), y termina en una remisión sin secuela ni recurrencia.
2. Curso policíclico, existen períodos de inactividad, con interferencia de pocas semanas o meses con agudización de la enfermedad.
3. Curso poliartrítico o artritis crónica de cuatro o más articulaciones.
4. Curso oligoartrítico o artritis crónica de menos de cuatro articulaciones.

El restablecimiento funcional articular, depende de la deformidad residual. Los criterios de la American Rheumatism Association para la capacidad funcional del enfermo son:⁸

- Clase 1. Capacidad funcional normal.
- Clase 2. Capacidad funcional con clara restricción, sin una significativa o considerable incapacidad.
- Clase 3. Incapacidad grave, puede atender sus necesidades personales con gran dificultad.
- Clase 4. Gran incapacidad; el paciente se encuentra confinado al sillón o la cama.

A los rayos X se observa:⁹

En la clase 1: No cambios destructivos; puede observarse osteoporosis.

En la clase 2: Osteoporosis con clara destrucción subcondral de huesos o sin ella; puede observarse destrucción del cartilago articular sin deformidad de la articulación, atrofia de los músculos adyacentes y lesión del tejido blando extrarticular.

En la clase 3: Destrucción evidente del cartilago y hueso con osteoporosis; deformidad de las articulaciones, tales como subluxación con desviación ulnar. No se observa fibrosis o anquilosis.

En la clase 4: Se observa lo mismo que lo escrito en la clase 3, con la presencia de fibrosis y anquilosis del hueso. Las complicaciones que pueden observarse, son:^{10,11,12} iridociclitis crónica, aniloidosis y contracturas articulares o posturales.

El tratamiento se puede dividir en general y específico. El general comprende una dieta bien balanceada, apoyo psicológico y tratamiento de la anemia si existiese.¹³ El específico comprende: fisioterapia y tratamiento medicamentoso. Entre los medicamentos recomendamos en pediatría:

1. Los salicilatos: el ácido acetil salicílico (aspirina) es el medicamento más utilizado, debe usarse siempre como primer medicamento y mantenerse durante todo el tratamiento (independiente de que se usen otros medicamentos) y por seis meses después de la remisión. La dosis recomendada es de 90 a 130 mg/kg diario en seis dosis. El nivel más alto de salicilato se alcanza a

las 2½ horas después de tomado y es por ello que se recomienda darlo cada cuatro horas.¹⁴

2. Los corticoides se añaden al tratamiento en los siguientes casos: En la toma cardiaca, vasculitis, iridociclitis crónica, enfermedad grave de larga evolución y en pacientes que no toleran la aspirina o no responden a la misma. Las dosis inicial es de 1 a 2 mg por kilo, diario. El tiempo de administración será el menor posible y se irá disminuyendo la dosis de mantenimiento del 5 al 10% cada siete días.¹⁵
3. Las sales de oro son efectivas en el tratamiento de la artritis reumatoidea juvenil; se describen diferentes esquemas para su aplicación. Nosotros utilizamos el esquema siguiente:¹⁶ 5 mg semanales durante dos semanas; después 1 mg por kilo de peso no más de 50 mg por dosis, durante veinte semanas, si no hay respuesta a los seis meses, suspender el tratamiento. La dosis mínima total es un gramo, puede mantenerse por meses o años.

Casuística

Se estudia la evolución de 20 pacientes diagnosticados como artritis reumatoidea juvenil, con edades entre 2-11 años, con un promedio de 6.5 años, lo

cual se relaciona con la forma clínica de inicio.

Clasificamos los esquemas de tratamiento con las letras A, B, C y D de las formas siguientes:

- A) Dado por tratamiento antiinflamatorio precoz (se considera como precoz hasta dos meses después de comenzados los síntomas), mantenido y con fisioterapia.
- B) Tratamiento antiinflamatorio precoz mantenido, pero sin fisioterapia.
- C) Tratamiento antiinflamatorio tardío, pero mantenido y con fisioterapia.
- D) Tratamiento antiinflamatorio precoz o tardío, no mantenido y sin fisioterapia.

COMENTARIOS

Como se observa en el cuadro I, los pacientes con forma de inicio febril, fueron los que mejor evolución tuvieron y la mayoría presenta una buena función articular; sólo tres de los siete pacientes quedaron con secuelas. Los que tuvieron formas de inicio monoarticular y poliarticular fueron los que más secuelas presentaron.

Por lo observado en el cuadro II podemos formular que los pacientes con la forma de inicio febril evolucionaron bien con tratamiento A. Los que presentan una función articular clase 2 y 3 llevaron tratamiento C y D, con mejor función articular el paciente con tratamiento C.

CUADRO I
FORMAS DE INICIO Y EVOLUCION

Forma de inicio	Monociclica	Policiclica	Monoartrítica	Poliartrítica	Total de pacientes	Con secuela
Febril	5	1	0	1	7	3
Monoarticular	0	0	1	1	2	2
Poliarticular	1	0	0	10	11	8
Total	6	1	1	12	20	13

CUADRO II
TRATAMIENTO IMPUESTO Y COMPLICACIONES

Forma de inicio	Tratamiento	No. de pacientes	Función articular	Complicaciones
Febril	A	4	Clase 1	No
	B	0		
	C	1	Clase 2	No
	D	2	Clase 3	No
Monoarticular	A	0		
	B	1	Clase 3	No
	C	0		
	D	1	Clase 2	Ceguera
Poliarticular			4-Clase 2	
	A	7	3-Clase 1	No
	B	0		
	C	1	Clase 2	No
	D	3	Clase 3	1-Contracturas en flexión

En la forma de inicio monoarticular vemos que los dos pacientes no tuvieron tratamiento A: al primero le faltó la fisioterapia, y presentó función articular clase 3. El otro paciente no presenta función articular muy tomada, pero tuvo una complicación ocular (queratitis en banda) que le hizo perder la visión.

Hubo 7 pacientes con formas poliarticulares de inicio y tratamiento A: 3 tienen función clase 1, y 4 clase 2. También notamos que hay un paciente con tratamiento C (fisioterapia) el cual, sin embargo, tiene una función articular clase 2. Los que tuvieron un tratamiento D, presentan una función articular gravemente afectada y un paciente presenta contracturas en flexión.

Tenemos que señalar que a los Rx, aquellos casos que presentan una función clase 3 no tienen los cambios característicos descritos para la misma; en estos pacientes los cambios radiológicos coincidieron con los de la clase 2.



Figura 1. A los 18 meses de edad. Se observan los dedos con deformidad en huso.

Por lo tanto, es posible que iniciado en estos pacientes un tratamiento antiinflamatorio mantenido y con fisioterapia pudiera lograrse una función articular grado 2.

De este análisis podemos sacar en conclusión que la evolución natural de la enfermedad puede ser modificada profundamente por un manejo adecuado de estos pacientes, que incluye: 1) medicamentos antiinflamatorios, 2) fisioterapia, 3) manejo psicológico del paciente y sus familiares. Este tratamiento debe ser precoz (en los primeros dos meses) y mantenido. Los medicamentos utilizados fueron aspirina, sales de oro, y prednisona.

Presentamos dos pacientes de la casuística, con formas de inicio y tratamiento diferentes:

1. Febril, que llevó tratamiento D y siete años después presenta deformidad articular de importancia.
 2. Poliarticular, con tratamiento A y buena evolución, que no dejó limitación articular.
1. Paciente M.M.B., H.C. 505-563. Edad de comienzo: 18 meses. Forma de inicio: febril. Evolución: poliarticular. Tratamiento: D. Función articular: clase 3. Alteración radiológica: grado 2 (figuras 1-4).
 2. Paciente L.R.A., H.C. 469-615. Edad de comienzo: 8 meses. Forma de inicio: poliarticular. Evolución: monocíclica. Tratamiento: A (figuras 5-8).



Figura 2. A los 8 años de edad. Persiste la deformidad en huso de los dedos de la mano.



Figura 3.



Figuras 3 y 4. Se observa aumento de volumen de tobillos y rodillas, Genu varo. Y el 5to. dedo del pie derecho en garra.



Figura 5. A los 8 meses de edad. Se observa la deformidad de ambas rodillas.

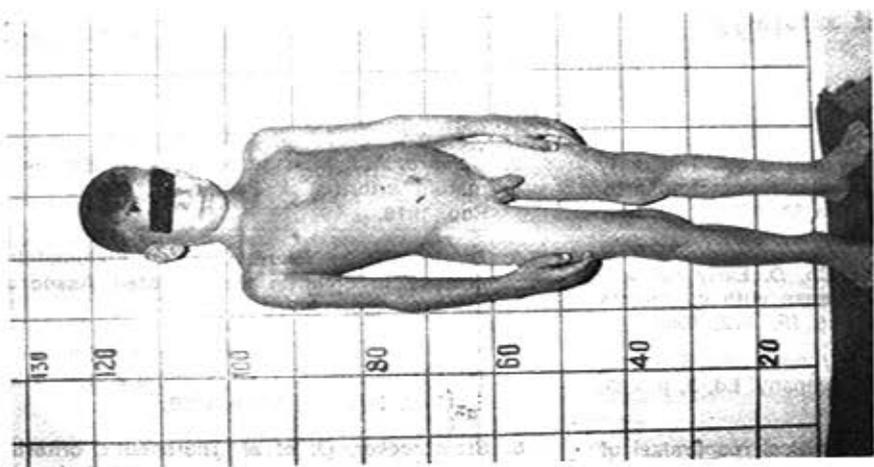


Figura 6.

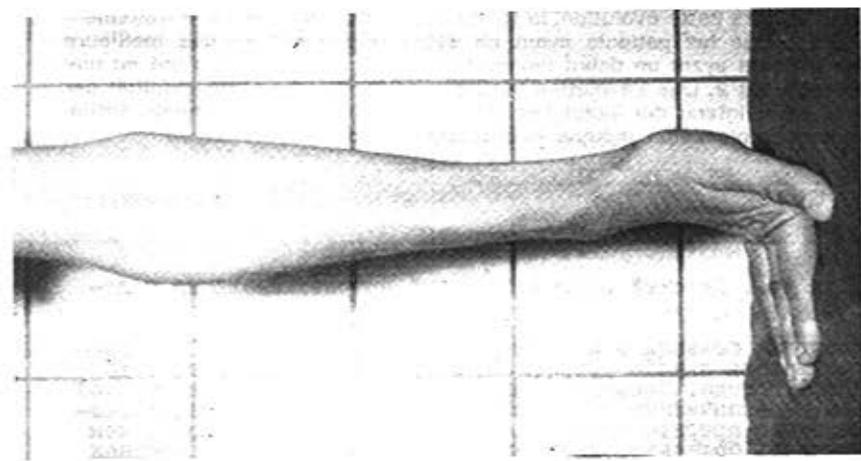


Figura 7.

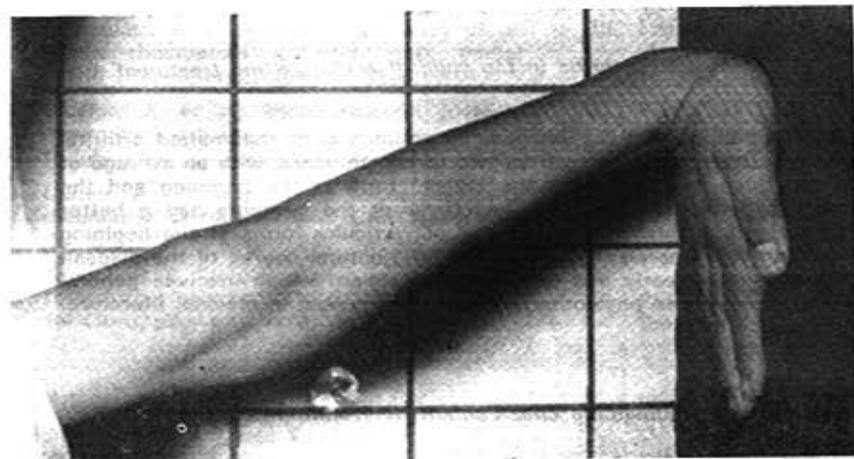


Figura 8.

Figuras 6, 7 y 8. A los 11 años de edad. Se observa que no presenta deformidad o limitación articular.

SUMMARY

Sánchez Veiga, F. et al. *Rheumatoid arthritis in the child. II evolution and treatment.* Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

The course of disease as well as the response of 20 patients with rheumatoid arthritis to treatment are reported. The evolution was from two to eleven years, with an average of 6.5 years. After relating such evolution with the clinical form at the beginning and the treatment it was concluded that patients who had fever at the beginning had a better course, and also that patients with monoarticular and polyarticular forms at the beginning had a less favourable course. It was also concluded that the natural course of the disease was favourably modified by the early and maintained treatment which involves general measures, anti-inflammatory drugs and physiotherapy as it is indicated in medical literature.

RESUME

Sánchez Veiga, F. et al. *Arthrite rhumatoïde chez l'enfant: II évolution et traitement.* Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

On rapporte l'évolution de la maladie et la réponse au traitement de 20 patients porteurs d'arthrite rhumatoïde. L'évolution a été de 2 à 11 années, avec une moyenne de 6,5 années. En établissant le rapport entre cette évolution, la forme clinique de débuter et le traitement imposé, on a conclu: 1. Que les patients ayant un début fébrile ont eu une meilleure évolution, et que les patients ayant un début monoarticulaire et polyarticulaire ont eu une évolution moins favorable; et 2. Que l'évolution naturelle de la maladie a été modifiée par le traitement précoce et maintenu qui inclut les mesures générales, médicaments anti-inflammatoires et physiothérapie selon indique la littérature médicale.

РЕЗЮМЕ

Санчес Вейга Ф., и др.. Детский ревматоидальный артрит: эволюция и лечение. Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

Сообщается об эволюции болезни и ответная реакция на лечение 20 пациентов, носителей ревматоидального артрита. Эволюция продолжалась от 2 до 11 лет, в среднем 6,5 года. Связывая развитие заболевания с клинической формой его начала и назначенным лечением, было сделано заключение: 1. Лихорадочные формы этого артрита имели более благоприятную эволюцию, чем те, которые начинались болезнью одного сустава или многих. 2. Природная эволюция болезни была видоизменена в благоприятном направлении, благодаря своевременному и настойчивому лечению, включающему общие меры, противоспалительные препараты и физиотерапевтики, что соответствует данным медицинской литературы.

BIBLIOGRAFIA

1. Calabro, J. J.; Marchesano, J. M. The early natural history of juvenile rheumatoid arthritis. *Med Clin North Am* 52: 567, No. 3, May 1968.
2. Gauchal, R. D.; May, Ch. D. Early recognition of rheumatoid disease with comments on treatment. *Pediatrics* 19: 672, 1957.
3. Hughes, J. G. Arthritis rheumatoid. *Synopsis of pediatrics*. Nosby Company, Ed. 3, p. 420, 1970.
4. Calabro, J. J. et al. A critical reappraisal of juvenile rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 74: 101, Jan-Feb., 1971.
5. Calabro, J. J. Management of juvenile rheumatoid arthritis. *J. Pediat* 77: 353, No. 3, Sep. 1970.
6. Laurin, C. A.; Favreau, J. C. Rheumatoid disease in children. *Canad. Med Assoc J* 89: 288, Aug. 1963.
7. Nelson, Waldo E. Arthritis reumatoide. En: *Tratado de pediatría*, Ed. 5, tomo 2, pág. 512. Ed. Rev. Inst. del Libro 1966.
8. Steinbrocker, O. et al. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *J Am Med Assoc* 140: 659, 1949.

9. *Laaksonen, A. L.* A prognostic study of juvenile rheumatoid arthritis. *Acta Paediat Scand (Supplement)* 166, 55, 1966.
10. *Shaller, J. et al.* Iridocyclitis in juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics* 44: 92, No. 1, July 1969.
11. *Cohen, A. S.* Amyloidosis associated with rheumatoid arthritis. *Med Clin North Am* 52: 643, No. 3, May 1968.
12. *Kendal, H. P.* Ejercicios para la artritis. En: *Terapéutica con el ejercicio*. Licht, S. Inst. del Libro, pág. 479, 1968.
13. *Engleman, E. P.* Conservative management of rheumatoid arthritis. *Med Clin North Am* 52: 699, No. 3, May 1968.
14. *Ropes, M. W.* Conservative management of rheumatoid arthritis. *Med Clin North Am* 45: 1197, 1961.
15. *Harrison.* Artritis reumatoide. En: *Medicina Interna*. Tomo 2. Ed Rev. Inst. del Libro, pag 1906, 1966.
16. *Shaller, J.* Artritis reumatoide juvenil. *Conn Therapeutics*. pp. 962-964, 1973

Recibido el trabajo: junio 4, 1976.