www.printo.it/pediatric-rheumatology/CL/intro

Espondiloartritis juvenil /artritis relacionada con entesitis (EpAJ-ARE)

Versión de 2016

2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

2.1 ¿Cómo se diagnostica?

Los médicos diagnostican la EpAJ-ARE si el inicio de la enfermedad se produce antes de los 16 años de edad, la artritis dura más de 6 semanas y las características corresponden al patrón clínico descrito anteriormente (ver la definición y los síntomas). El diagnóstico de una EpAJ-ARE específica (es decir, espondilitis anquilosante, artritis reactiva, etc.) se basa en características clínicas y radiográficas específicas. Está claro que un reumatólogo pediátrico, o un reumatólogo de adultos con experiencia en enfermedades reumatológicas en niños, debe reconocer estos patrones y dedicarse a su tratamiento y seguimiento.

2.2 ¿Cuál es la importancia de los exámenes de laboratorio?

Un resultado positivo para el análisis del HLA-B27 es útil en el diagnóstico de la EpA-ARE, especialmente en niños poco sintomáticos. Es muy importante saber que menos del 1 % de las personas con este marcador desarrollan espondiloartritis y que la prevalencia del HLA-B27 en la población general podría ser de hasta el 12 % dependiendo de la región del planeta. También es importante tener en cuenta que la mayoría de niños y adolescentes son físicamente activos y practican algún tipo de deporte y que estas actividades podrían dar lugar a lesiones en cierto modo similares a los síntomas iniciales de la EpAJ-ARE. Por tanto, no es la propia presencia del HLA-B27 sino su asociación con los signos y síntomas característicos de la EpAJ-ARE lo que

realmente tiene relevancia.
Otras pruebas como la velocidad de sedimentación globular (VSG o VHS), esta última sigla más conocida en nuestro país o la proteína C reactiva (PCR) orientan acerca de la inflamación general y, por tanto, de forma indirecta, acerca de la actividad de la enfermedad inflamatoria. Ambos son útiles para el tratamiento de la enfermedad, aunque éste debería basarse más en las manifestaciones clínicas que en los exámenes de laboratorio. Los exámenes también se utilizan para supervisar posibles efectos adversos relacionados con el tratamiento (hemograma, función hepática y renal).
Las exploraciones radiográficas pueden ser útiles para seguir la evolución de la enfermedad y reconocer algún daño articular ocasionado por la enfermedad. Sin embargo, el valor de las exploraciones radiográficas es limitado en niños con EpAJ-ARE. Como los resultados de las radiografías pueden ser normales en la mayoría de los niños, la ecografía o la resonancia magnética (RM) de las articulaciones y de las entesis son útiles para revelar los primeros signos de inflamación de la enfermedad. Con la RM, la inflamación de las articulaciones sacroilíacas o de la columna vertebral puede detectarse sin el uso de radiación. La ecografía de las articulaciones, incluida la ecografía Doppler, puede proporcionar una mejor idea de la aparición y de la gravedad de artritis y entesitis periféricas (en las extremidades).

2.3 ¿Puede tratarse o curarse?

Lamentablemente sigue sin existir un tratamiento curativo para la EpAJ-ARE puesto que desconocemos su causa. Sin embargo, el tratamiento actual puede ser muy útil para controlar la actividad de la enfermedad y, probablemente, para evitar el daño estructural (deformidades).

2.4 ¿Cuáles son los tratamientos?

El tratamiento se basa principalmente en el uso de fármacos y de procedimientos de fisioterapia/rehabilitación que preservan la función articular y contribuyen a evitar las deformidades. Es importante que el uso de los medicamentos se ajuste a las recomendaciones de las agencias reguladoras locales o nacionales.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Estos fármacos son antiinflamatorios y antipiréticos sintomáticos. Sintomáticos significa que sirven para controlar los síntomas debidos a la inflamación. Los más utilizados en niños son naproxeno, diclofenaco e ibuprofeno. Normalmente se toleran bien y, de hecho, el acontecimiento adverso más frecuente, las molestias gástricas, son poco frecuentes en niños y suelen evitarse si se toman con alimentos. No se recomienda la combinación de AINE, aunque puede ser necesario cambiar de un AINE a otro en caso de ineficacia o de efectos adversos.

Corticoesteroides

Estos fármacos juegan un papel importante en el tratamiento a corto plazo de los pacientes con síntomas más graves. Los corticoesteroides por vía tópica ocular (colirios) se utilizan para el tratamiento de la uveítis anterior. En casos más graves, pueden ser necesarias las inyecciones peribulbares (alrededor del ojo) o la administración sistémica (oral o intramuscular o intravenosa) de corticoesteroides. A la hora de recetar corticoesteroides para la artritis y la entesitis, es importante tener en cuenta que no existen estudios adecuados acerca de la eficacia y seguridad en niños con EpAJ-ARE. En algunos casos, la opinión experta apoya su uso.

Otros tratamientos (fármacos modificadores de la enfermedad) sintéticos o biológicos

Sulfasalazina, Metotrexato, Leflunomida, Antipalúdicos (fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos)

Este fármaco está indicado en niños con manifestaciones periféricas de la enfermedad que persisten a pesar del tratamiento adecuado con AINE o inyecciones de corticoesteroides en el interior de las lesiones. La sulfasalazina se añade al tratamiento previo con AINE (que debe proseguir) y su efecto puede hacerse evidente solamente tras varias semanas o meses de tratamiento. Sin embargo, solamente existen evidencias limitadas de la eficacia de la sulfasalazina en estos niños. Al mismo tiempo, a pesar de su uso generalizado, no existe una clara evidencia de que el metotrexato, la leflunomida o los antipalúdicos sean efectivos en la EpAJ-ARE.

Fármacos modificadores de la enfermedad biológicos

Los fármacos anti factor de necrosis tumoral (TNF) están recomendados

en las etapas iniciales de la enfermedad debido a su significativa eficacia al tratar los síntomas inflamatorios. Existen estudios de eficacia y seguridad de estos fármacos que apoyan su uso en pacientes con EpAJ-ARE grave. En algunos países, los fármacos anti-TNF ya están aprobados para los niños.

Inyecciones intrarticulares

Las inyecciones intrarticulares se utilizan cuando están afectadas una o unas pocas articulaciones y cuando la persistencia de la contractura articular puede ocasionar deformidad. En general se inyectan preparaciones de corticoesteroides de acción prolongada. Si hay que infiltrar varias articulaciones se recomienda que los niños se hospitalicen o en hospital de día, recomendando la sedación para realizar esta intervención en las mejores condiciones. En casos precisos se puede hacer en la consulta ambulatoria.

Cirugía ortopédica

La indicación principal es la artroplastia con prótesis en el caso de daño articular grave, en particular, en la cadera. Gracias a un mejor tratamiento farmacológico, la necesidad de cirugía ortopédica descendiéndose está reduciendo.

Fisioterapia

La fisioterapia es un componente esencial del tratamiento. Debe iniciarse de forma temprana y realizarse de forma regular para mantener el rango de movimiento, desarrollo y fuerza muscular y para evitar, limitar o corregir deformidades articulares. Además, si la afectación axial es destacada, debe movilizarse la columna vertebral y realizarse ejercicios respiratorios.

2.5 ¿Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento farmacológico?

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la EpAJ-ARE suelen tolerarse bien.

La intolerancia gástrica, el efecto secundario más frecuente de los AINE (por lo que deben tomarse con alimentos), es menos frecuente en niños que en adultos. Los AINE pueden causar un aumento en las concentraciones sanguíneas de algunas enzimas hepáticas, pero es

poco frecuente con fármacos diferentes a la aspirina (ácido acetil salicílico).
La sulfasalazina se tolera razonablemente bien y los efectos secundarios más frecuentes son problemas estomacales, aumento de las enzimas hepáticas, recuentos bajos de leucocitos y reacciones cutáneas. Es necesario realizar exploraciones analíticas repetidas para supervisar su posible toxicidad.
El uso a largo plazo de altas dosis de corticoesteroides está asociado con manifestaciones adversas entre moderados y graves, incluido el retraso en el crecimiento y la osteoporosis. Los corticoesteroides a altas dosis causan un aumento pronunciado en el apetito, que, a su vez, puede dar lugar una evidente obesidad. Por tanto, es importante enseñar a los niños a tomar alimentos que puedan satisfacer su apetito sin aumentar la ingesta calórica.
El tratamiento con fármacos biológicos (fármacos bloqueadores del TNF) puede estar asociado con una mayor frecuencia de infecciones. Es obligatoria la detección preventiva (latente) de la tuberculosis (radiografía de tórax y prueba cutánea de la tuberculina). Hasta la fecha, no existen muestras de una mayor frecuencia de neoplasias (excepto por algunas formas de cáncer de piel en adultos).

2.6 ¿Cuánto tiempo debería durar el tratamiento?

El tratamiento sintomático debe durar mientras persistan los síntomas y la actividad de la enfermedad. La duración de la enfermedad es impredecible. En algunos pacientes, la artritis responde muy bien a los AINE. En estos pacientes, el tratamiento puede detenerse pronto, en unos meses. En otros pacientes, con una evolución más prolongada o agresiva de la enfermedad, la sulfasalazina y otros tipos de medicamentos se necesitan durante años. Puede considerarse la suspensión completa de los fármacos tras una remisión prolongada y completa de la enfermedad con el tratamiento farmacológico.

2.7 ¿Existe algún tratamiento no convencional o complementario?

Se ofrecen muchos tratamientos complementarios y alternativos y esto puede confundir a los pacientes y sus familiares. Piense con atención los riesgos y beneficios que implica probar estos tratamientos, puesto

que no suelen disponer de estudios que demuestren su beneficio y suelen ser costosos. Si desea probar tratamientos complementarios o alternativos, comente estas opciones con su reumatólogo pediátrico. En algunos casos pueden interaccionar con los medicamentos convencionales. La mayoría de los médicos no se opondrán, siempre y cuando se siga su consejo. Es muy importante que el niño no deje de tomar los medicamentos que le han recetado. Cuando se necesitan medicamentos para mantener la enfermedad bajo control, puede ser muy peligroso dejar de tomarlos si la enfermedad sigue activa. Comente con el médico de su hijo las preocupaciones que pueda tener acerca de los medicamentos.

2.8 ¿Cuánto tiempo durará la enfermedad? ¿Cuál es la evolución a largo plazo (el pronóstico) de la enfermedad?

La evolución de la enfermedad puede ser diferente de un paciente a otro. En algunos pacientes, la artritis desaparece de forma rápida con el tratamiento. En otros, se caracteriza por remisiones y reapariciones periódicas. Por último, en otros pacientes, la artritis puede seguir una evolución sin remisiones. En la inmensa mayoría de los pacientes, los síntomas se encuentran limitados a las articulaciones periféricas y a las entesis al inicio de la enfermedad. A medida que la enfermedad progresa, algunos niños y adolescentes pueden desarrollar una afectación de las articulaciones sacroilíacas y de la columna vertebral. Los pacientes con artritis periférica persistente y síntomas axiales (vértebras/sacroilíacas) tienen un riesgo mayor de desarrollar daño articular en la edad adulta. Sin embargo, al inicio de la enfermedad no es posible predecir el desenlace a largo plazo. Por otro lado, el tratamiento adecuado puede influir en la evolución y en el pronóstico de la enfermedad.