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

# Artrite idiopática xuvenil (AIX)

Versión de 2016

## 3. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

### 3.1 Que probas analíticas se necesitan?

No momento do diagnóstico, son útiles certas probas analíticas, xunto con exploracións das articulacións e revisións oculares para definir mellor o tipo de AIX e para identificar os pacientes en risco de desenvolver complicacións específicas como iridociclite crónica.
O factor reumatoide (FR) é proba analítica que detecta un autoanticorpo que, se dá positivo e atópase de forma persistente nunha alta concentración, indica un subtipo de AIX.
Os anticorpos antinucleares (ANA) adoitan dar positivo nas probas en pacientes con AIX oligoarticular de inicio temperán. Esta poboación de pacientes de AIX ten un maior risco de desenvolver iridociclite crónica e, por tanto, débenselles programar exploracións oculares utilizando unha lámpada de fenda (cada tres meses).
O HLA-B27 é un marcador celular que é positivo en ata o 80 % dos pacientes con artrite asociada a entesite. En cambio só é positivo no 5 ao 8 % das persoas sas.
Son útiles outras exploracións, como a velocidade de sedimentación globular (VSG) ou a proteína C reactiva (CRP), que miden o grao de inflamación xeral. Con todo, as decisións de diagnóstico e tratamento baséanse máis nas manifestacións clínicas que nas probas analíticas.
Dependendo do tratamento, os pacientes poden necesitar análises periódicas (como hemogramas, análises da función hepática, análise de ouriños) para comprobar a presenza de efectos secundarios do tratamento e para avaliar unha posible toxicidade farmacolóxica que poida non presentar síntomas. A inflamación na articulación avalíase principalmente pola exploración clínica e algunhas veces mediante

estudos de imaxe como as ecografías. As radiografías periódicas ou as resonancias magnéticas (RM) poden ser útiles para avaliar a saúde ósea e o crecemento óseo, adaptando así o tratamento.

## 3.2 Como podemos tratala?

Non hai un tratamento específico para curar a AIX. O propósito do tratamento para todos os tipos de artrites é aliviar a dor, o cansazo e a rixidez, evitar o dano nos ósos e as articulacións, minimizar as deformidades e mellorar a mobilidade preservando o crecemento e o desenvolvemento. Nos últimos 10 anos producíronse enormes avances no tratamento da AIX coa introdución de fármacos coñecidos como fármacos biolóxicos. Con todo, algúns nenos poden ser «resistentes ao tratamento», o que significa que a enfermidade segue sendo activa e as articulacións seguen estando inflamadas a pesar do tratamento. Existen algunhas directrices para decidir o tratamento, aínda que este debe individualizarse para cada neno. A participación dos proxenitores na decisión do tratamento é moi importante.

O tratamento baséase principalmente no uso de fármacos que inhiben a inflamación sistémica ou articular e nos procedementos de rehabilitación que preservan a función articular e contribúen a evitar as deformidades.

O tratamento é bastante complexo e require a cooperación de diferentes especialistas (reumatólogo pediátrico, pediatra de atención primaria, cirurxián ortopédico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, oftalmólogo).

A seguinte sección describe as estratexias actuais de tratamento para a AIX. Pódese atopar máis información sobre os fármacos específicos na sección de Tratamento farmacolóxico. Teña en conta que cada país posúe unha lista de fármacos aprobados. Por tanto, non todos os fármacos que se indican aquí están dispoñibles en todos os países.

### Antiinflamatorios non esteroideos (AINE)

Os antiinflamatorios non esteroideos (AINE) foron tradicionalmente o principal tratamento para todas as formas de artrites idiopática xuvenil (AIX) e doutras enfermidades reumáticas pediátricas. Trátase de medicamentos sintomáticos antiinflamatorios e antipiréticos (para reducir a febre). Sintomáticos significa que non poden inducir a remisión da enfermidade pero serven para controlar os síntomas

debidos á inflamación. Os AINE utilizados con maior frecuencia son naproxeno e ibuprofeno. A aspirina, aínda que é eficaz e barata, úsase moito menos na actualidade sobre todo polo seu risco de toxicidade (efectos sistémicos en caso de altas concentracións no sangue, toxicidade hepática especialmente na AIX sistémica). Os AINE adoitan tolerarse ben, e as molestias gástricas, o efecto secundario máis frecuente en nenos, é pouco habitual nestes pacientes. De forma ocasional, un AINE pode ser eficaz mentres que outro pode non selo. A asociación entre diferentes AINE non está indicada. O efecto óptimo sobre a inflamación articular prodúcese tras varias semanas de tratamento.

## Inxeccións intrarticulares

As inxeccións intrarticulares utilízanse se existen unha ou máis articulacións cunha actividade moi intensa que inhiba o seu movemento normal ou que sexa moi dolorosa para o neno. O fármaco inxectado é un preparado de corticoesteroides de efecto prolongado. Polo seu efecto prolongado (habitualmente moitos meses), prefírese o hexacetónido de triamcinolona porque a súa absorción á circulación xeral é mínima. É o tratamento de elección para a enfermidade oligoarticular e utilízase tamén para o control dos síntomas nas outras formas. Esta forma de tratamento pode repetirse moitas veces na mesma articulación. A inxección intrarticular pode realizarse con anestesia local ou xeral (normalmente en idades máis temperás) dependendo da idade do neno, o tipo de articulación e o número de articulacións a inxectar. Non adoitan recomendarse máis de 3 ou 4 inxeccións ao ano na mesma articulación.
Habitualmente, as inxeccións intrarticulares asócianse a outros tratamentos para alcanzar unha mellora rápida da dor e a rixidez ou ata que empecen a funcionar outros fármacos.

## Fármacos de segundo nivel

Os fármacos de segundo nivel están indicados en nenos que presentan poliartrite progresiva a pesar do tratamento adecuado con AINE e inxección de corticoesteroides. Os fármacos de segundo nivel adoitan engadirse ao tratamento previo con AINE, que habitualmente se continúa. O efecto da maioría dos fármacos de segundo nivel faise completamente evidente soamente tras varias semanas ou meses de tratamento.

## Metotrexato

Non hai ningunha dúbida de que o metotrexato representa o fármaco de segundo nivel de primeira elección en todo o mundo para os nenos con AIX. Diversos estudos demostraron a súa eficacia así como o seu perfil de seguridade durante varios anos de administración. A literatura médica estableceu a dose máxima efectiva (15 mg por metro cadrado por vía oral ou parenteral, normalmente a través de inxeccións subcutáneas). Por tanto, o metotrexato administrado de forma semanal é o fármaco de primeira elección especialmente en nenos con AIX poliarticular. É eficaz na maioría dos pacientes. Presenta actividade antiinflamatoria, pero tamén é capaz, nalgúns pacientes e a través de mecanismos descoñecidos, de reducir a progresión da enfermidade ou mesmo de inducir a súa remisión. Normalmente tolérase ben. A intolerancia gástrica e o aumento nas concentracións de transaminasas hepáticas representan os efectos secundarios máis frecuentes. Durante o tratamento, é necesario supervisar a posible toxicidade mediante exploracións analíticas periódicas.

Na actualidade, o metotrexato aprobouse para o seu uso na AIX en moitos países de todo o mundo. Tamén se recomenda a combinación do tratamento con metotrexato co ácido fólico ou folínico, unha vitamina que reduce o risco de efectos secundarios especialmente sobre a función hepática.

## Leflunomida

A leflunomida é unha alternativa ao metotrexato, especialmente para os nenos que non o toleran. A leflunomida adminístrase en comprimidos. Este tratamento estudouse na AIX e a súa eficacia está demostrada. Con todo, este tratamento é máis caro que o metotrexato.

## Salazopirina e ciclosporina

Outros fármacos non biolóxicos, como a salazopirina, tamén mostraron ser eficaces na AIX pero normalmente toléranse peor que o metotrexato. A experiencia coa salazopirina é moito máis limitada en comparación co metotrexato. Ata a data, non se realizaron estudos adecuados coa AIX para avaliar a eficacia doutros fármacos potencialmente útiles como a ciclosporina. A salazopirina e a ciclosporina adóitanse usar menos, polo menos nos países nos que a dispoñibilidade dos fármacos biolóxicos está máis estendida. En

asociación cos corticoesteroides, a ciclosporina é un fármaco valioso para o tratamento da síndrome de activación dos macrófagos en nenos con AIX sistémica. Esta é unha complicación grave e potencialmente mortal da AIX sistémica, que é secundaria á activación xeral masiva do proceso inflamatorio.

## Corticoesteroides

Os corticoesteroides son os fármacos antiinflamatorios máis eficaces dos que se dispón, pero o seu uso é limitado porque, a longo prazo, están asociados con varios efectos secundarios significativos, incluída a osteoporose e o atraso no crecemento. Con todo, os corticoesteroides son importantes para o tratamento dos síntomas sistémicos que son resistentes a outros tratamentos, para as complicacións sistémicas potencialmente mortais e como fármaco «ponte» para controlar a enfermidade aguda mentres se espera a que fagan efecto os fármacos de segundo nivel.
Os corticoesteroides por vía tópica (colirios) utilízanse para o tratamento da iridociclite. Nalgúns casos graves, poden ser necesarias as inxeccións peribulbares de corticoesteroides (dentro do globo ocular) ou a administración sistémica de corticoesteroides.

## Fármacos biolóxicos

Presentáronse novas perspectivas nos últimos anos cos fármacos coñecidos como biolóxicos. Os médicos utilizan este termo para os fármacos producidos con enxeñería biolóxica, que, a diferenza do metotrexato ou a leflunomida, están dirixidos contra moléculas específicas (factor de necrose tumoral ou TNF, interleucina 1, interleucina 6 ou unha molécula estimuladora dos linfocitos T). Os fármacos biolóxicos identificáronse como medios importantes para bloquear o proceso inflamatorio típico da AIX. Na actualidade existen diversos fármacos biolóxicos, case todos especificamente aprobados para o seu uso na AIX (ver a continuación a lexislación pediátrica).

## Fármacos anti-TNF

Os fármacos anti-TNF bloquean selectivamente ao TNF, un mediador esencial do proceso inflamatorio. Utilízanse como tratamento único ou en asociación con metotrexato e son efectivos na maioría dos pacientes. O seu efecto é bastante rápido e a súa seguridade demostrou ser boa ata o momento, polo menos, durante uns poucos

anos de tratamento (ver a continuación a sección de seguridade). Con todo, é necesario realizar seguimentos máis prolongados para establecer os posibles efectos secundarios a longo prazo. Os fármacos biolóxicos para a AIX, incluídos diferentes tipos de bloqueantes do TNF, son os máis utilizados e difiren considerablemente en termos do método e frecuencia de administración. Por exemplo, etanercept adminístrase por vía subcutánea unha ou dúas veces por semana, adalimumab adminístrase por vía subcutánea cada 2 semanas e infliximab adminístrase unha vez ao mes mediante perfusión intravenosa. Outros seguen baixo investigación (por exemplo, golimumab e certolizumab pegol) en nenos, e existen outras moléculas que se están estudando en adultos que poden estar dispoñibles para os nenos no futuro.
Habitualmente, os tratamentos anti-TNF empréganse para a maioría de categorías de AIX, coa excepción da oligoartrite persistente, que non adoita tratarse con fármacos biolóxicos. Estes fármacos teñen indicacións máis limitadas na AIX sistémica, na que se adoitan usar outros fármacos biolóxicos, como anti-IL-1 (anakinra e canakinumab) ou anti-IL-6 (tocilizumab). Os fármacos anti-TNF úsanse como tratamento único (monoterapia) ou en combinación con metotrexato. Do mesmo xeito que outros fármacos de segundo nivel, deben administrarse baixo un control médico estrito.

### Anti CTL4lg (abatacept)

Abatacept é un fármaco cun mecanismo de acción diferente, dirixido fronte a algúns glóbulos brancos chamados linfocitos T. Na actualidade, pode usarse para tratar a nenos con poliartrite que non responden ao metotrexato ou a outros fármacos biolóxicos.

### Anti interleucina 1 (anakinra e canakinumab) e anti interleucina 6 (tocilizumab)

Estes fármacos son especificamente útiles para tratar a AIX sistémica. Normalmente, o tratamento da AIX sistémica iníciase con corticoesteroides. Aínda que son efectivos, os corticoesteroides están asociados con efectos secundarios, especialmente sobre o crecemento, de modo que cando non son capaces de controlar a actividade da enfermidade nun período de tempo breve (normalmente uns poucos meses), os médicos engaden os fármacos anti-IL-1 (anakinra ou canakinumab) ou anti-IL-6 (tocilizumab) para tratar as manifestacións

sistémicas (febre) e a artrite. En nenos con AIX sistémica, as manifestacións xerais adoitan desaparecer de forma espontánea pero a artrite persiste. Nestes casos, o metotrexato podería introducirse en monoterapia ou en combinación con anti-TNF ou abatacept. Tocilizumab pode usarse na AIX sistémica e poliarticular. Comprobouse en primeiro lugar para a AIX sistémica e logo para a poliarticular, e pode usarse en pacientes que non responderon ao metotrexato ou a outros fármacos biolóxicos.

**Outros tratamentos complementarios**

**Rehabilitación**

A rehabilitación é un compoñente esencial do tratamento. Inclúe exercicios apropiados, así como, nos casos indicados, o uso de férulas articulares para manter a aliñación da articulación nunha posición confortable para evitar a dor, a rixidez, as contracturas musculares e as deformidades articulares. Debe iniciarse en fases temperás e realizarse de forma regular para mellorar ou manter sas as articulacións e os músculos.

**Cirurxía ortopédica**

As principais indicacións da cirurxía ortopédica son a artroplastia con prótese (sobre todo, de cadeira e xeonllo) en caso de destrución da articulación e a liberación cirúrxica das partes brandas en caso de contracturas permanentes.

## 3.3 Existe algún tratamento non convencional ou complementario?

Existen moitos tratamentos complementarios e alternativos dispoñibles e isto pode confundir os pacientes e os seus familiares. Pense con atención os riscos e beneficios de probar estes tratamentos, posto que o beneficio demostrado é escaso e poden ser custosos, tanto en termos de tempo, carga para o neno e diñeiro. Se desexa explorar tratamentos complementarios e alternativos, comente estas opcións co seu reumatólogo pediátrico. Algunhas estratexias poden interaccionar cos medicamentos convencionais. A maioría dos médicos non se opoñerán aos tratamentos alternativos, a condición de que se siga o consello médico. É moi importante que non deixe de tomar os medicamentos

que lle receitaron. Cando se necesitan medicamentos como os corticoesteroides para manter a enfermidade baixo control, pode ser moi perigoso deixar de tomalos se a enfermidade segue activa. Comente co médico do seu fillo as preocupacións que poida ter sobre os medicamentos.

### 3.4 Cando deben iniciarse os tratamentos?

Na actualidade, existen recomendacións internacionais e nacionais que axudan os médicos e as familias para elixir o tratamento. Recentemente, o Colexio Estadounidense de Reumatoloxía (ACR en www.rheumatology.org) emitiu recomendacións internacionais, e a Sociedade Europea de Reumatoloxía Pediátrica (PRES en www.pres.org.uk) está a preparar outras na actualidade.
De acordo con estas recomendacións, os nenos cunha enfermidade menos grave (afectación de poucas articulacións) adoitan tratarse principalmente con AINE e con inxeccións de corticoesteroides.
Para a AIX máis grave (afectación de diversas articulacións), o metotrexato (ou leflunomida en menor medida) adminístrase en primeiro lugar e se non é suficiente, engádese un fármaco biolóxico (principalmente un anti-TNF) en monoterapia ou en combinación con metotrexato. Para os nenos que sexan resistentes ou intolerantes ao tratamento con metotrexato ou con fármacos biolóxicos, pode usarse outro fármaco biolóxico (outro anti-TNF abatacept ou tocilizumab).

### 3.5 Como está a lexislación en casos pediátricos, o uso prescrito e non prescrito e as posibilidades terapéuticas futuras?

Ata hai 15 anos, todos os fármacos utilizados para tratar a AIX e moitas outras enfermidades pediátricas non se estudaron de forma adecuada en nenos. Isto significa que os médicos estaban a receitar fármacos en base á experiencia persoal ou en estudos realizados en pacientes adultos.
De feito, no pasado, a realización de ensaios clínicos en reumatoloxía pediátrica foi difícil, principalmente debido á falta de financiamento para os estudos en nenos e á falta de interese por parte das compañías farmacéuticas por un mercado pediátrico pequeno e non rendible. A situación cambiou radicalmente hai uns anos. Isto debeuse á

introdución da Lei de Mellores Medicamentos para os Nenos (Best Pharmaceuticals for Children Act) en EEUU e a lexislación específica para o desenvolvemento de medicamentos pediátricos (Regulación Pediátrica) na Unión Europea (UE). En esencia, estas iniciativas obrigaron as compañías farmacéuticas a estudar tamén os medicamentos en nenos.

As iniciativas europea e estadounidense, xunto con 2 grandes redes, a Organización Internacional de Ensaios en Reumatoloxía Pediátrica (PRINTO en www.printo.it), que une a máis de 50 países de todo o mundo, e o Grupo de Estudo Colaborativo de Reumatoloxía Pediátrica (PRCSG en www.prcsg.org), con sede en Norteamérica, tiveron un impacto positivo no desenvolvemento da reumatoloxía pediátrica, en particular, no desenvolvemento de novos tratamentos para os nenos con AIX. Centos de familias de nenos con AIX tratados polos centros de PRINTO ou PRCSG de todo o mundo participaron nestes ensaios clínicos, permitindo que os nenos con AIX sexan tratados con fármacos especificamente estudados para eles. Ás veces, a participación nestes estudos require o uso de placebo (é dicir, un comprimido ou unha perfusión sen principio activo) para asegurarse de que o fármaco do estudo é máis beneficioso que prexudicial.

Debido a esta importante investigación, na actualidade, aprobáronse varios fármacos especificamente para a AIX. Isto significa que as autoridades reguladoras, como a Administración Estadounidense de Medicamentos e Alimentos (FDA) e a Axencia Europea do Medicamento (EMA) e varias autoridades nacionais revisaron a información científica procedente de ensaios clínicos e permitiron ás compañías farmacéuticas establecer na etiqueta do fármaco que é eficaz e seguro para os nenos.

A lista de fármacos especificamente aprobados para a AIX inclúe o metotrexato, etanercept, adalimumab, abatacept, tocilizumab e canakinumab.

Outros fármacos están a estudarse na actualidade en nenos, de modo que o seu médico podería pedirlle ao seu fillo que participase nestes estudos.

Existen outros fármacos que non foron aprobados formalmente para o seu uso na AIX, como diversos antiinflamatorios non esteroideos, azatioprina, ciclosporina, anakinra, infliximab, golimumab e certolizumab. Estes fármacos poden usarse mesmo sen unha indicación aprobada (o chamado uso extraoficial ou para unha indicación non

autorizada) e o seu médico podería propoñer o seu uso especificamente se non hai outros tratamentos dispoñibles.

### 3.6 Cales son os principais efectos secundarios do tratamento?

Os fármacos utilizados no tratamento da AIX adoitan tolerarse ben. A intolerancia gástrica, o efecto secundario máis frecuente dos AINE (polo que deben tomarse con alimentos), é menos frecuente en nenos que en adultos. Os AINE poden causar un aumento nas concentracións sanguíneas dalgunhas enzimas hepáticas, pero este é un acontecemento raro con fármacos diferentes á aspirina.

O metotrexato tamén se tolera ben. Os efectos secundarios gastrointestinais, como as náuseas e os vómitos, son pouco frecuentes. Para supervisar a posible toxicidade, débense vixiar as enzimas hepáticas realizando análises de maneira regular. A anomalía analítica máis frecuente é un aumento nas enzimas hepáticas, que se normaliza coa retirada do fármaco ou coa redución da dose de metotrexato. A administración de ácido fólico ou folínico é eficaz para reducir a frecuencia da toxicidade hepática. As reaccións de hipersensibilidade ao metotrexato ocorren en raras ocasións.

A salazopirina tolérase razoablemente ben, e os efectos secundarios máis frecuentes inclúen a erupción cutánea, problemas gastrointestinais, hipertransaminasemia (toxicidade hepática), leucopenia (diminución dos leucocitos, que pode dar lugar ao risco de infeccións). Do mesmo xeito que co metotrexato, é necesario realizar probas analíticas de forma regular.

O uso a longo prazo dos corticoesteroides en altas doses asóciase con diversos efectos secundarios importantes. Estes inclúen atraso no crecemento e osteoporose. Os corticoesteroides a altas doses causan un aumento pronunciado no apetito, que, á súa vez, poden dar lugar a obesidade. Por tanto, é importante animar os nenos para tomar alimentos que poidan satisfacer o seu apetito sen aumentar a inxestión calórica.

Normalmente, os fármacos biolóxicos toléranse ben, polo menos nos primeiros anos de tratamento. Os pacientes deben supervisarse con atención en busca da aparición de posibles infeccións ou outros acontecementos adversos. Con todo, é importante comprender que a experiencia con todos os fármacos que se usan na actualidade para a AIX é limitada en tamaño (nos ensaios clínicos soamente participaron

uns poucos centenares de nenos) e en tempo (os fármacos biolóxicos soamente estiveron dispoñibles desde o ano 2000). Por iso, na actualidade existen diversos rexistros da AIX para realizar o seguimento dos nenos con tratamentos biolóxicos a nivel nacional (por exemplo, en Alemaña, Reino Unido, EE UU e outros países) e internacional (por exemplo, Pharmachild, que é un proxecto realizado por PRINTO e PRES) co obxectivo de supervisar estreitamente os nenos con AIX e ver se poderían producirse acontecementos de seguridade a longo prazo (varios anos despois de que se administraron os fármacos).

### 3.7 Canto tempo debería durar o tratamento?

O tratamento debe durar mentres a enfermidade persista. A duración da enfermidade é impredicible. Na maioría dos casos, a AIX entra en remisión espontánea tras unha evolución que vai de poucos a moitos anos. A evolución da AIX adoita caracterizada por remisións e exacerbacións periódicas que conducen a cambios importantes no tratamento. Soamente se considera a retirada completa do tratamento despois de que a artrite non mostrase síntomas durante moito tempo (entre 6 e 12 meses ou máis). Con todo, non existe información definitiva sobre a posible reaparición da enfermidade unha vez o fármaco retirado. Os médicos adoitan realizar o seguimento dos nenos con AIX ata que son adultos, mesmo se a artrite non mostra síntomas.

### 3.8 Con que frecuencia e durante canto tempo debe realizarse a exploración ocular (exploración con lámpada de fenda)?

En pacientes con risco (especialmente se son positivos para ANA), a exploración con lámpada de fenda debe realizarse polo menos cada tres meses. Aqueles que desenvolvesen iridociclite deben someterse a exploracións máis frecuentes, dependendo da gravidade da afectación ocular determinada durante as visitas oftalmolóxicas.
O risco de desenvolver iridociclite diminúe co tempo, con todo, este trastorno tamén pode desenvolverse moitos anos despois do inicio da artrite. Por tanto, é prudente someterse a exploracións oculares durante moitos anos, mesmo se a artrite se atopa en remisión.
A uveíte aguda, que pode producirse en pacientes con artrite e entesite, é sintomática (ollos vermellos, dor ocular e exposición molesta á luz ou fotofobia). Se existen estas queixas, é necesario derivar rapidamente

ao oftalmólogo. A diferenza da iridociclite, non existe necesidade de exploracións periódicas con lámpada de fenda para un diagnóstico temperán.

### 3.9 Cal é a evolución a longo prazo (o prognóstico) da artrite?

O prognóstico da artrite mellorou de forma significativa durante os anos, pero segue dependendo da gravidade da forma clínica da AIX e dun tratamento temperán e adecuado. Existen investigacións en marcha para desenvolver novos fármacos biolóxicos e non biolóxicos e para facer dispoñible o tratamento a todos os nenos. O prognóstico da artrite mellorou de forma considerable no últimos dez anos. En xeral, ao redor do 40 % dos nenos estarán sen medicación e sen síntomas (remisión) entre 8 e 10 anos tras o inicio da enfermidade. As maiores taxas de remisión atopámolas nos tipos oligoarticular persistente e sistémico.

A AIX sistémica ten un prognóstico variable. Ao redor da metade dos pacientes teñen poucos signos de artrite e a enfermidade caracterízase principalmente por brotes periódicos da enfermidade. O prognóstico definitivo adoita ser bo a medida que a enfermidade entra en remisión espontánea. Na outra metade dos pacientes, a enfermidade caracterízase por artrite persistente, mentres que os síntomas sistémicos tenden a desaparecer cos anos. Neste subconxunto de pacientes pode desenvolverse destrución articular grave. Por último, nunha pequena minoría deste segundo grupo de pacientes, os síntomas sistémicos persisten xunto coa afectación articular. Estes pacientes teñen o peor prognóstico e poden desenvolver amiloidose, unha complicación grave que require tratamento inmunodepresor. O progreso do tratamento biolóxico dirixido con anti-IL-6 (tocilizumab) e anti-IL-1 (anakinra e canakinumab) probablemente mellore considerablemente o prognóstico a longo prazo.

A AIX poliarticular positiva para o FR ten con máis frecuencia unha evolución articular progresiva que pode dar lugar a dano articular grave. Esta forma é a equivalente na infancia da artrite reumatoide positiva para o factor reumatoide (FR) en adultos.

A AIX poliarticular negativa para o FR é complexa, tanto nas manifestacións clínicas como no prognóstico. Con todo, o prognóstico xeral é moito mellor que para a AIX poliarticular positiva para o FR, e unicamente ao redor dunha cuarta parte dos pacientes desenvolven

dano articular.
A AIX oligoarticular adoita ter un prognóstico articular bo cando a enfermidade permanece limitada a unhas poucas articulacións (a chamada oligoartrite persistente). Os pacientes nos que a enfermidade articular se estende para afectar a diversas articulacións (oligoartrite estendida) teñen un prognóstico similar aos pacientes con AIX poliarticular negativa para o FR.
Moitos pacientes con AIX psoriásica teñen unha enfermidade similar á AIX oligoarticular mentres que noutros é similar á artrite psoriásica de adultos.
A AIX asociada con entesopatía tamén ten un prognóstico variable. Nalgúns pacientes, a enfermidade entra en remisión, mentres que noutros, progresa e pode afectar as articulacións sacroilíacas.
Na actualidade, na etapa inicial da enfermidade non hai características clínicas ou analíticas fiables dispoñibles e os médicos non poden predicir que paciente terá o peor prognóstico. Estes factores preditivos serían dunha considerable importancia clínica, xa que permitirían a identificación de pacientes aos que se lles debería receitar un tratamento máis agresivo desde o inicio da enfermidade. Séguense estudando outros marcadores analíticos para predicir cando é o momento de deter o tratamento con metotrexato ou cos fármacos biolóxicos.

### 3.10 E da iridociclite?

Se non se trata a iridociclite, pode ter consecuencias moi graves, incluídos problemas como a opacidade do cristalino dos ollos (cataratas) e cegueira. Con todo, se se trata nas súas primeiras etapas, estes síntomas adoitan desaparecer co tratamento, que consiste en pingas oculares (colirio) para controlar a inflamación e dilatar as pupilas. Se os síntomas non poden controlarse con colirio, pode receitarse tratamento con fármacos de segunda liña (metotrexate) e biolóxicos. Con todo, aínda non existen probas claras para suxerir a mellor elección para tratar a iridociclite grave, debido á resposta variable ao tratamento dun neno a outro. Por tanto, o diagnóstico temperán é o principal determinante do prognóstico. As cataratas tamén poden ser consecuencia do tratamento a longo prazo con corticoesteroides, especialmente en pacientes con AIX sistémica.