



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

Espondiloartrite xuvenil/artrite relacionada con entesite (EPAX/ARE)

Versión de 2016

2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

2.1 Como se diagnostica?

Os médicos diagnostican a EpAX-ARE se o inicio da enfermidade se produce antes dos 16 anos de idade, a artrite dura máis de 6 semanas e as características encaixan no patrón clínico descrito anteriormente (ver a definición e os síntomas). O diagnóstico dunha EpAX-ARE específica (é dicir, espondilite anquilosante, artrite reactiva, etc.) baséase en características clínicas e radiográficas específicas. Está claro que un reumatólogo pediátrico, ou un reumatólogo de adultos con experiencia en enfermidades reumáticas en nenos, debe recoñecer estes patróns e encargarse do seu tratamento e seguimento.

2.2 Cal é a importancia das análises?

Un resultado positivo para a análise do HLA-B27 é útil no diagnóstico da EPA-ARE, especialmente en nenos pouco sintomáticos. É moi importante saber que menos do 1 % das persoas con este marcador desenvolven espondiloartrite e que a prevalencia do HLA-B27 na poboación xeral podería ser de ata o 12 % dependendo da rexión do planeta. Tamén é importante ter en conta que a maioría de nenos e adolescentes son fisicamente activos e practican algún tipo de deporte e que estas actividades poderían dar lugar a lesións en certo xeito similares aos síntomas iniciais da EpAX-ARE. Polo tanto, non é a propia presenza do HLA-B27 senón a súa asociación cos signos e síntomas característicos da EpAX-ARE o que realmente ten importancia.

Outras probas como a velocidade de sedimentación globular (VSG) ou a proteína C reactiva (CRP) proporcionan información sobre a inflamación xeral e, polo tanto, de forma indirecta, sobre a actividade da enfermidade inflamatoria. Ambos son útiles para o tratamento da enfermidade, aínda que este debería basearse máis nas manifestacións clínicas que nas exploracións analíticas. As análises clínicas tamén se utilizan para supervisar posibles efectos adversos relacionados co tratamento (hemograma, función hepática e renal).

As exploracións radiográficas poden ser útiles para seguir a evolución da enfermidade e recoñecer calquera dano articular ocasionado pola enfermidade. Con todo, o valor das exploracións radiográficas é limitado en nenos con EpAX-ARE. Como os resultados das radiografías poden ser normais na maioría dos nenos, a ecografía ou a resonancia magnética (RM) das articulacións e das enteses son útiles para revelar os primeiros signos de inflamación da enfermidade. Coa RM, a inflamación das articulacións sacroilíacas ou da columna vertebral pode detectarse sen o uso de radiación. A ecografía das articulacións, incluída a ecografía Doppler, pode proporcionar unha mellor idea da aparición e da gravidade de artrite e entesites periféricas (nas extremidades).

2.3 Pode tratarse ou curarse?

Por desgraza, segue sen existir un tratamento curativo para a EpAX-ARE posto que descoñecemos a súa causa. Con todo, o tratamento actual pode ser moi útil para controlar a actividade da enfermidade e, probablemente, para evitar o dano estrutural (deformidades).

2.4 Cales son os tratamentos?

O tratamento baséase principalmente no uso de fármacos e de procedementos de fisioterapia/rehabilitación que preservan a función articular e contribúen a evitar as deformidades. É importante que o uso dos medicamentos se axuste ás recomendacións das axencias reguladoras locais.

Antiinflamatorios non esteroideos (AINE)

Estes fármacos son antiinflamatorios e antipiréticos sintomáticos. Sintomáticos significa que serven para controlar os síntomas debidos á

inflamación. Os máis utilizados en nenos son naproxeno, diclofenaco e ibuprofeno. Normalmente toléranse ben e, de feito, o acontecemento adverso máis frecuente, as molestias gástricas, son raras en nenos e adoitan evitarse se se toman con alimentos. Non se recomenda a combinación de AINE, aínda que pode ser necesario cambiar dun AINE a outro en caso de ineficacia ou de efectos adversos.

Corticoesteroides

Estes fármacos xogan un papel importante no tratamento a curto prazo dos pacientes con síntomas máis graves. Os corticoesteroides por vía tópica ocular (colirios) utilízanse para o tratamento da uveíte anterior. En casos máis graves, poden ser necesarias as inxeccións peribulbares (ao redor do ollo) ou a administración sistémica (oral ou intramuscular ou intravenosa) de corticoesteroides. Á hora de receitar corticoesteroides para a artrite e a entesite, é importante ter en conta que non existen estudos adecuados sobre a eficacia e seguridade en nenos con EpAX-ARE. Nalgúns casos, a opinión experta apoia o seu uso.

Outros tratamentos (FAME - fármacos modificadores da enfermidade) sintéticos ou biolóxicos

Sulfasalazina, Metotrexato, Leflunomida, Antipalúdicos (FAME sintéticos)

Este fármaco está indicado en nenos con manifestacións periféricas da enfermidade que persisten a pesar do tratamento adecuado con AINE ou inxeccións de corticoesteroides no interior das lesións. A sulfasalazina engádese ao tratamento previo con AINE (que debe proseguir) e o seu efecto pode facerse evidente soamente tras varias semanas ou meses de tratamento. Con todo, soamente existen evidencias limitadas da eficacia da sulfasalazina nestes nenos. Ao mesmo tempo, a pesar do seu uso xeneralizado, non existe unha clara evidencia de que o metotrexato, a leflunomida ou os antipalúdicos sexan efectivos na EpAX-ARE.

FAME biolóxicos

Os fármacos contra o factor de necrose tumoral (TNF) están recomendados nas etapas iniciais da enfermidade debido á súa significativa eficacia ao tratar os síntomas inflamatorios. Existen estudos de eficacia e seguridade destes fármacos que apoian o seu uso en pacientes con EpAX-ARE grave. Nalgúns países europeos, os

fármacos anti-TNF xa están aprobados para os nenos.

Inxeccións intraarticulares

As inxeccións intraarticulares utilízanse cando están afectadas unha ou unhas poucas articulacións e cando a persistencia da contractura articular pode ocasionar deformidade. En xeral inxéctanse preparacións de corticoesteroides de acción prolongada. Se hai que infiltrar varias articulacións recoméndase que os nenos ingresen en planta ou en hospital de día e se lles sede para realizar esta intervención nas mellores condicións. En casos adecuados pódese facer na consulta ambulatoria.

Cirurxía ortopédica

A indicación principal é a artroplastia con prótese no caso de dano articular grave, en particular, na cadeira. Grazas a un mellor tratamento farmacolóxico, a necesidade de cirurxía ortopédica está a descender.

Fisioterapia

A fisioterapia é un compoñente esencial do tratamento. Debe iniciarse de forma temperá e realizarse de forma regular para manter o rango de movemento, desenvolvemento e forza muscular e para evitar, limitar ou corrixir deformidades articulares. Ademais, se a afectación axial é destacada, debe mobilizarse a columna vertebral e realizarse exercicios respiratorios.

2.5 Cales son os efectos secundarios do tratamento farmacolóxico?

Os fármacos utilizados no tratamento da EpAX-ARE 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 (acido acetil salicílico).

A sulfasalazina tolérase razoablemente ben e os efectos secundarios máis frecuentes son problemas estomacais, aumento das enzimas hepáticas, recontos baixos de leucocitos e reaccións cutáneas. É

necesario realizar exploracións analíticas repetidas para supervisar a súa posible toxicidade.

O uso a longo prazo de altas doses de corticoesteroides está asociado con acontecementos adversos entre moderados e graves, incluído o atraso no crecemento e a osteoporose. Os corticoesteroides a altas doses causan un aumento pronunciado no apetito, que, á súa vez, pode dar lugar a unha evidente obesidade. Polo tanto, é importante ensinar os nenos para tomar alimentos que poidan satisfacer o seu apetito sen aumentar a inxestión calórica.

O tratamento con fármacos biolóxicos (fármacos bloqueantes do TNF) pode estar asociado cunha maior frecuencia de infeccións. É obrigatoria a detección preventiva (latente) da tuberculose (radiografía de tórax e proba cutánea da tuberculina). Ata a data, non existen mostras dunha maior frecuencia de neoplasias (excepto por algunhas formas de cancro de pel en adultos).

2.6 Canto tempo debería durar o tratamento?

O tratamento sintomático debe durar mentres persistan os síntomas e a actividade da enfermidade. A duración da enfermidade é impredecible. Nalgúns pacientes, a artrite responde moi ben aos AINE. Nestes pacientes, o tratamento pode deterse pronto, nuns meses. Noutros pacientes, cunha evolución máis prolongada ou agresiva da enfermidade, a sulfasalazina e outros tipos de medicamentos necesítanse durante anos. Pode considerarse a retirada total dos fármacos tras unha remisión prolongada e completa da enfermidade co tratamento farmacolóxico.

2.7 Existe algún tratamento non convencional ou complementario?

Ofrécense moitos tratamentos complementarios e alternativos e isto pode confundir os pacientes e os seus familiares. Pense con atención os riscos e beneficios que implica probar estes tratamentos, posto que non adoitan dispoñer de estudos que demostren o seu beneficio e adoitan ser custosos. Se desexa probar tratamentos complementarios e alternativos, comente estas opcións co seu reumatólogo pediátrico.

Nalgúns casos poden interaccionar cos medicamentos convencionais. A maioría dos médicos non se opoñerán, a condición de que se siga o seu

consello. É moi importante que o neno non deixe de tomar os medicamentos que lle receitaron. Cando se necesitan medicamentos 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.

2.8 Canto tempo durará a enfermidade? Cal é a evolución a longo prazo (o prognóstico) da enfermidade?

A evolución da enfermidade pode ser diferente dun paciente a outro. Nalgúns pacientes, a artrite desaparece de forma rápida co tratamento. Noutros, caracterízase por remisións e reaparicións periódicas. Por último, noutros pacientes, a artrite pode seguir unha evolución sen remisións. Na inmensa maioría dos pacientes, os síntomas atópanse limitados ás articulacións periféricas e ás enteses ao comezo da enfermidade. A medida que a enfermidade progresa, algúns nenos e adolescentes poden desenvolver unha afectación das articulacións sacroilíacas e da columna vertebral. Os pacientes con artrite periférica persistente e síntomas axiais (vértebras/sacroilíacas) teñen un risco maior de desenvolver dano articular na idade adulta. Con todo, ao comezo da enfermidade é imposible predicir o desenlace a longo prazo. Doutra banda, o tratamento adecuado pode influír na evolución e no prognóstico da enfermidade.