

Artritis Temprana en la Infancia: Abordaje Terapéutico

Graciela Espada
Reumatóloga Infantil,
Jefa, Sección Reumatología,
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
Chair-Comité Reumatología Pediátrica PANLAR
E-mail:gespada@fibertel.com.ar

La definición y manejo de la “**artritis temprana**” en niños difieren de aquella forma del adulto, debido a que la AIJ es una enfermedad sustancialmente distinta a la forma adulta de AR. Dado que un significativo número de niños desarrollan daño articular severo y persisten “activos” al ingresar a la edad adulta, es importante evaluar aquellos **predictores tempranos** de mal pronóstico funcional para poder adecuar el tratamiento al riesgo de discapacidad esperado. En las pasadas décadas, varios estudios han evaluado estos predictores y algunos de ellos se han identificado como “predictores tempranos” (aparición en los seis-12 meses de inicio de la enfermedad), entre ellos: mayor severidad y extensión de la artritis, enfermedad simétrica, compromiso precoz de caderas y carpos, presencia de factor reumatoideo, enfermedad articular prolongada, persistencia de síntomas sistémicos y trombocitosis durante los primeros seis meses del debut de la forma sistémica de la enfermedad. A pesar del conocimiento de estos factores pronósticos, predecir el “outcome a largo plazo” en los primeros meses de la enfermedad es aún muy difícil. Protocolos específicos que evalúen estos tópicos son necesarios.

Desde la práctica clínica, poder diferenciar en forma temprana a aquellos pacientes que desarrollarán una enfermedad erosiva de una autolimitada es fundamental, a fin de evitar la utilización innecesaria de tratamientos costosos en pacientes cuya enfermedad es quizás poco probable que progrese.

Es importante tener en cuenta las dificultades que aparecen en la literatura para analizar los conceptos arriba mencionados:

- 1) Definición de enfermedad (utilización de diferentes criterios).
- 2) Criterios de mejoría y remisión no siempre adecuados.
- 3) Diferentes herramientas para evaluar capacidad funcional.
- 4) Selección y fuente de pacientes.
- 5) Tratamientos diferentes.
- 6) Diseño del estudio.

Protocolos específicos, estandarizados, que evalúen estos tópicos, teniendo en cuenta los sesgos mencionados, son necesarios para hallar la respuesta adecuada frente a la pregunta de cómo abordar el tratamiento de estos niños.