

# Nuevas Estrategias Terapéuticas en Artritis Idiopáticas Juveniles (AIJ) Refractarias

Graciela Espada

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

Bajo la denominación de “AIJ” se agrupa un amplio espectro de enfermedades que tienen un común denominador: la presencia de artritis; pero varían ampliamente en sus características clínicas: forma de inicio, curso, manifestaciones extraarticulares asociadas y pronóstico (outcome). La inmunogenética y la biología molecular han permitido una mejor comprensión de los mecanismos patogénicos de la enfermedad, ofreciendo nuevas estrategias terapéuticas. La heterogeneidad de esta enfermedad y los factores que contribuyen a su desarrollo requieren que el programa de tratamiento sea **individualizado** para “cada niño en particular”. Es conocido que desde comienzos del '90 en Pediatría la pirámide clásica de tratamiento ha sido modificada y reordenada de modo tal que el tratamiento de niños con AIJ tenga por **objetivo la utilización temprana de drogas que permitan alcanzar la remisión clínica de la enfermedad** (concepto de “ventana de oportunidad”), preservando la capacidad funcional y calidad de vida del niño.

Los objetivos del mismo consisten en: mantener al niño libre de síntomas, **lograr la remisión de la enfermedad**, controlar y tratar las complicaciones y comorbilidades, conservar la capacidad funcional, sostener un adecuado estado nutricional y crecimiento normal, y estimular la convivencia con otros niños y la escolaridad. Tan importante como la elección de una droga es educar al niño y su familia sobre la enfermedad, su pronóstico, eventuales complicaciones y posibilidades terapéuticas, lo cual contribuye a una mejor adherencia al tratamiento.

Para la **utilización específica de drogas en Pediatría**, es importante tener en cuenta ciertas consideraciones especiales: su dosificación, habitualmente en mg/kg o mg/m<sup>2</sup>, conocimiento del *clearance* y metabolismo de las mismas, sus efectos adversos, inesperados y a largo plazo, y el tener en cuenta las diferencias clínico-biológicas entre los diferentes subgrupos o categorías de artritis; tópicos con los cuales el reumatólogo infantil está adecuadamente entrenado y familiarizado, a fin de que la elección y utilización de una droga sean lo más eficaces y seguras posible.

El conocimiento de ciertos conceptos clínicos y metodológicos ha, sin duda, hecho impacto en el abordaje terapéutico actual de la enfermedad: Concepto de medicina basada en la evidencia, concepto de refractariedad al tratamiento considerado “estándar de oro para el tratamiento de las AIJ”, como es el **MTX/semanal**, conocimiento y utilización de medidas de outcome: criterios de mejoría, remisión de la enfermedad y búsqueda sistemática de predictores tempranos de outcome o pronóstico.

Vale la pena revisar los tratamientos disponibles: 1) utilización a “full” de drogas inductoras de remisión: Metotrexato/semanal (primera línea en Pediatría), combinaciones con otras DMARD, 2) utilización de corticosteroides intraarticulares, 3) nuevas drogas (agentes biológicos): anti-TNF (etanercept, infliximab, adalimumab), Inhibidores IL1 (Anakinra), Inhibidor receptor IL6 (MRA), rituximab, y otros agentes como leflunomide.

Es importante destacar que el **tratamiento de la AIJ debe tener siempre un abordaje integral y multidisciplinario**, donde además del reumatólogo infantil ingresan al mismo otros especialistas como el ortopedista, oftalmólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta físico y ocupacional, quienes colaborarán ya sea desde el inicio o cuando sean requeridos para mantener una buena calidad de vida física y psíquica del niño, colaborando con el manejo de las secuelas tales como retardo de crecimiento, osteoporosis, malnutrición; o a través del abordaje quirúrgico tratando de calmar el dolor y/o mejorando la capacidad funcional de nuestro paciente. La intervención de cada uno de los profesionales dependerá del grado de compromiso sistémico y articular de la enfermedad, **siendo los pacientes con mayor incapacidad funcional los que requieran de un equipo terapéutico más complejo**.

Cabe destacar que el pediatra clínico no queda excluido de la atención del niño con artritis, sino, por el contrario, constituye el nexo de unión ideal entre el paciente, su familia y el resto del equipo terapéutico, colaborando activamente con el tratamiento durante la infancia, adolescencia y luego con la “transición” de nuestro paciente a la vida adulta.