

Las Espondiloartropatías Juveniles

Rubén Burgos-Vargas

Servicio de Reumatología, Hospital General de México,
Universidad Nacional Autónoma de México.
México DF, México.

Las espondiloartropatías (SpA) juveniles constituyen un grupo de enfermedades asociadas al antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 caracterizadas por entesitis y artritis en sitios periféricos, principalmente en las extremidades inferiores y en algunos casos en el esqueleto axial. A excepción de la prevalencia de algunas manifestaciones al inicio y la gravedad de las mismas a lo largo de la evolución, las SpA juveniles se manifiestan de la misma forma que las SpA que se inician en la edad adulta y el mismo grado de asociación al HLA-B27.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia depende directamente de la prevalencia del HLA-B27. La incidencia en Canadá se encuentra entre 1,44 y 2,1 por 100.000 niños y 2,0 por 100.000 en Estados Unidos. La incidencia y prevalencia en Yupik llega a 24,0 por 100.000. Menos de 21% de los caucásicos blancos con espondilitis anquilosante y hasta dos terceras partes de los mexicanos, hindúes, nor-africanos y algunos asiáticos tiene EA juvenil. La relación artritis reumatoide juvenil/SpA juveniles se encuentra entre 1,4:1 y 2,6:1 en clínicas especializadas. La proporción de niños HLA-B27 con artritis reumatoide/crónica juvenil que evoluciona a SpA al cabo de los años varía de 18,5% a 75%.

Dirección del autor
Rubén Burgos-Vargas
Hospital General de México.
Dr. Balmis 148, México DF 06726, México.
TEL/FAX: 5255-576135-41
E-mail: burgosv@attglobal.net

CRITERIOS PARA CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Manifestaciones clínicas generales: artritis y entesitis

La artritis y la entesitis, como manifestaciones aisladas o en combinación, en sitios periféricos o en el esqueleto axial, son los datos clínicos más característicos. En la etapa activa produce dolor e inflamación de intensidad variables; en la etapa crónica, alteraciones estructurales importantes, entre las que se encuentran la entesofitosis y la anquilosis ósea. En la mayoría de los pacientes, la artropatía consiste en episodios recurrentes de monoartritis u oligoartritis; con el tiempo, una proporción considerable desarrolla poliartrosis. Las articulaciones más frecuentemente afectadas al inicio de la enfermedad son las rodillas, los tobillos y los tarsos. A lo largo de la evolución se afectan las articulaciones pequeñas de los pies y las caderas. El patrón característico muestra un claro predominio de las extremidades inferiores. Cinco a 10 años después del inicio en sitios periféricos, una proporción considerable, especialmente los portadores del HLA-B27, desarrolla sacroileítis o espondilitis.

La entesitis, uno de los datos de especificidad en las SpA juveniles, se caracteriza por inflamación y proliferación osteocartilaginosa en el sitio donde se unen ligamentos y tendones al hueso. La entesitis predomina en las extremidades inferiores, especialmente en los pies, pero además puede afectar el esqueleto axial. Los síntomas más frecuentes son hipersensibilidad al presionar la inserción de ligamentos y tendones, por ejemplo, en las uniones del tendón de Aquiles y la fascia plantar al calcáneo, o en las entesis del tarso.

Las alteraciones estructurales consisten en reducción permanente de la movilidad y contracturas en flexión de articulaciones tales como las coxofemorales, las rodillas y los tarsos. Radiográficamente se observan osteopenia yuxtaarticular, disminución del espacio articular, y ocasio-

nalmente lesiones erosivas y destructivas. Las alteraciones más frecuentes consisten en entesofitosis y anquilosis. La mayoría de las alteraciones mencionadas se pueden detectar con estudios radiográficos o de resonancia magnética.

En la membrana sinovial de las articulaciones periféricas se ha observado una expresión marcada del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) que correlaciona adecuadamente con infiltrados de células T y macrófagos, células CD8 activadas, TNF- β , interferón gamma e interleuquinas 2, 4 y 6.

Las SpA juveniles afectan la capacidad funcional de niños, adolescentes y adultos. Las consecuencias de la actividad inflamatoria y el daño estructural producen diversos grados de dolor, rigidez, disminución del movimiento e interferencia con la calidad de vida. Aproximadamente 60% de los niños con SpA tiene discapacidad moderada a grave en los primeros 10 años de enfermedad; la probabilidad de remisión llega a 17% después de cinco años de enfermedad y, en comparación con los adultos, los pacientes con espondilitis anquilosante juvenil requieren más reemplazos de caderas y una proporción mayor se encuentra en clases funcionales III y IV.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las SpA juveniles sigue la misma meta que el tratamiento de la mayoría de las enfermedades reumáticas. Los antiinflamatorios no esteroideos reducen la intensidad de los principales síntomas y signos de la enfermedad, específicamente el dolor, la inflamación y la discapacidad. En casos refractarios a este tipo de tratamiento se puede indicar el uso de glucocorticoides, especialmente prednisona o deflazacort, por vía oral o sus equivalentes por vía intraarticular o intralesional.

La mayoría de los pacientes recibe sulfasalazina (30-50 mg/kg o menos de 2 g/día) como tratamiento por los resultados observados en estudios abiertos aun cuando la comparación doble ciego con placebo sólo ofrece ventajas en algunos parámetros; este medicamento puede ser útil como tratamiento de la IBD, la psoriasis y la uveítis anterior. El uso de sulfasalazina debe acompañarse de ácido fólico. Excepto ciertas manifestaciones extraarticulares, por ejemplo, psoriasis y uveítis anterior, la administración de metotrexato o ciclosporina-A ofrece pocas ventajas como tratamiento de las SpA juveniles.

Los bloqueadores del tumor de necrosis tumoral alfa parecen ofrecer una de las alternativas de tratamiento más recomendables en casos refractarios a los tratamientos mencionados anteriormente. La administración de infliximab (5 mg/kg) o etanercept (0,5 mg/kg) reduce dramática-

mente la intensidad de la inflamación en sitios periféricos y mejora los síntomas que resultan de la actividad inflamatoria en el esqueleto axial. El efecto de dichos compuestos a largo plazo es aún desconocido.

La medicina física y la rehabilitación deben ser parte fundamental del tratamiento, ya que además de mejorar el dolor y la inflamación, se puede reducir el riesgo de contracturas y, por otro lado, se puede preservar la capacidad funcional. El uso de ortesis y la instauración de programas de ejercicios deben ser individualizados.

El tratamiento quirúrgico es una excelente opción como tratamiento de los problemas en la cadera. Con menor frecuencia se intervienen articulaciones tales como las rodillas y los pies, especialmente las articulaciones metatarsofalángicas. Las intervenciones quirúrgicas incluyen la liberación de partes blandas, la sinovectomía, la reparación de tendones, la artroplastia y el reemplazo articular.

Ya que las SpA pueden dañar la transición de la niñez y adolescencia a la edad adulta, es importante incluir el abordaje de aspectos socioeconómicos y psicológicos en el plan de educación y tratamiento del paciente.

ENTIDADES, SÍNDROMES Y ENFERMEDADES CONSIDERADAS EN EL GRUPO DE LAS ESPONDILOARTROPATÍAS JUVENILES

I. Formas indiferenciadas

1. Cuadros con manifestaciones aisladas
Artritis, entesitis, bursitis, uveítis
2. Cuadros con manifestaciones combinadas
Síndrome de artropatía y entesopatía seronegativo

II. Formas diferenciadas

Espondilitis anquilosante
Artritis reactiva (y síndrome de Reiter)
Espondiloartropatía psoriásica
Espondiloartropatía asociada a la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa crónica.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESPONDILOARTROPATÍAS JUVENILES¹	
Medicamento	Efecto²
Antiinflamatorios no esteroideos (diclofenaco, naproxeno, ibuprofeno, indometacina, otros)	– Mejoría de los síntomas y signos relacionados con la artritis y la entesitis
Sulfasalazina ³	– Mejoría de los síntomas y signos –y probablemente remisión de– relacionados con la artritis, la entesitis, la psoriasis, la uveítis anterior y la enfermedad inflamatoria intestinal
Glucocorticoides (administración oral, local o intravenosa) ⁴	– Mejoría de los síntomas y signos relacionados con la artritis, la entesitis y la uveítis anterior
Metotrexato (administración semanal oral o parenteral) ³	– Mejoría de los síntomas y signos –y probablemente remisión de– relacionados con la psoriasis y la uveítis anterior. Beneficio incierto en artritis y entesitis
Ciclosporina-A	– Mejoría de los síntomas y signos –y probablemente remisión de– relacionados con la uveítis anterior y la psoriasis. Beneficio incierto en artritis y entesitis
Etanercept ⁵	– Mejoría de los síntomas y signos –y probablemente remisión de– relacionados con la artritis, la entesitis, la psoriasis, la uveítis anterior y la enfermedad inflamatoria intestinal
Infliximab ⁵	– Mejoría de los síntomas y signos –y probablemente remisión de– relacionados con la artritis, la entesitis, la psoriasis, la uveitis anterior y la enfermedad inflamatoria intestinal
Antibióticos	Curación de la infección desencadenante; ningún efecto sobre las manifestaciones musculoesqueléticas
Pamidronato y Talidomida	Datos prometedores en adultos. Sin información en niños.

¹ El uso de estos medicamentos en pacientes con espondiloartropatías juveniles es, en la mayoría de los casos, una adaptación de su uso en otras formas de artritis juvenil y espondiloartropatías en el adulto.

² No existe un sistema de evaluación apropiado para este tipo de enfermedades. El curso natural de la enfermedad puede sesgar los resultados de cualquier tratamiento.

³ Contrario a lo que sucede en la artritis reumatoide, no existe ninguna prueba de que modifiquen el curso de la enfermedad en pacientes con espondiloartropatías.

⁴ Aunque las dosis eficaces son mayores que las utilizadas en la artritis reumatoide juvenil, su suspensión parece más sencilla.

⁵ Escasa experiencia. Se requieren precauciones antes y durante el tratamiento con estas sustancias.