

Espondiloartropatías Infantiles

Dra. Graciela Espada

Reumatóloga Infantil
Sección de Reumatología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez e
Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Buenos Aires.
Jefa de Trabajos Prácticos en Reumatología Pediátrica,
Carrera de Médicos Especialistas en Reumatología,
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
Unidad Académica: Instituto de Rehabilitación Psicofísica

El término espondiloartropatías (EA) incluye un número de síndromes clínicos (habitualmente B-27 relacionados) que se caracterizan por la afección de: entesis, sinovial articular, vainas tendinosas y bursas, predominantemente de miembros inferiores; en ocasiones asociadas a infecciones genitales o entéricas consideradas como “evento gatillo” o “disparador” de las mismas. Durante su evolución pueden desarrollar “espondilitis” o “sacroileítis”, así como una amplia gama de manifestaciones extraarticulares (iritis aguda o síntomas mucocutáneos). Habitualmente presentan historia familiar de espondiloartropatía.

El espectro de EA juveniles es muy amplio, incluyendo bajo esa denominación desde cuadros “indiferenciados” de la enfermedad, como artritis periférica, entesitis, tendinitis, dactilitis y/o uveítis, hasta aquellos con hallazgos más específicos de EA, tales como sacroileítis, compromiso inflamatorio de la columna o manifestaciones extraarticulares características, como psoriasis o compromiso intestinal inflamatorio.

El desafío para los reumatólogos pediatras **es identificar el inicio de la enfermedad:** 1) aquellos niños que desarrollarán una enfermedad diferente de la artritis reumatoidea juvenil (tal como es la EA), 2) aquellos que presentan una enfermedad EA definida, 3) aquellos niños que padecen una forma incompleta de EA y 4) finalmente diferenciar los que padecerán un curso o evolución pasajera de su EA, como las artritis reactivas vs los de evolución crónica, como la EAJ.

A pesar de que las EA juveniles se relacionan fuertemente con la forma adulta de enfermedad, ciertas diferencias o características clínicas de “inicio” hacen que los criterios de Dx utilizados en el adulto sean inapropiados en la infancia. En con-

traste, el rol del HLA-B27 y las bacterias, la expresión clínica, el sustrato anatómico, la naturaleza histopatológica de las lesiones y su tratamiento son similares en la forma juvenil y adulta de la enfermedad.

Discutiré algunos tópicos especiales con respecto a: su clasificación, mecanismos patogénicos y formas clínicas: monooligoartritis, síndrome de entesopatía y artropatía seronegativa, artritis reactivas (S. Reiter), espondilitis anquilosante y artritis psoriática.

El abordaje terapéutico inicial incluye a los AINE. Los pacientes con artritis severas se benefician con el uso de bajas a moderadas dosis de corticosteroides (en periodos cortos de utilización). La naturaleza episódica de la entesitis y artritis favorece el uso intermitente de estas drogas, con la consecuente reducción de efectos colaterales. La sulfazalazina demostró ser superior al placebo en el tratamiento del síndrome SEA y en espondilitis juvenil (Burgos-Vargas R). También han sido utilizados el metotrexato y más recientemente el etanercept e infliximab (anti-TNF) en pacientes refractarios al tratamiento habitual.

El tratamiento kinésico y de terapia ocupacional son mandatorios desde el inicio de la enfermedad. El mismo está destinado a conservar una buena capacidad funcional, supervisando básicamente la movilidad de caderas, columna y tórax del niño.