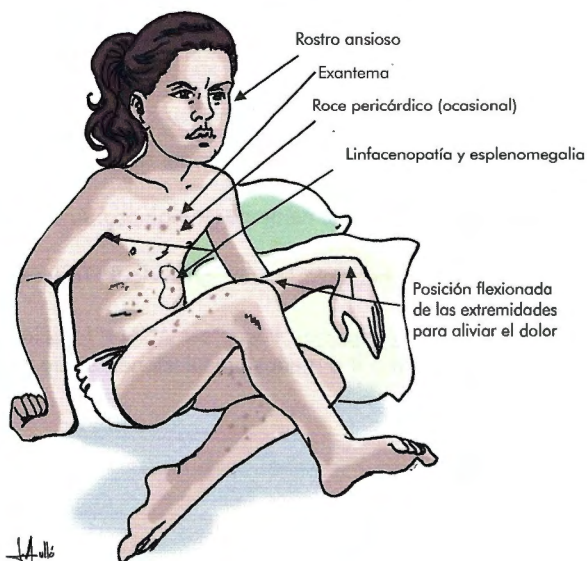


1. Artritis idiopática juvenil

Actitud característica y signos comunes.



© Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Artritis idiopática juvenil sistémica

- Anteriormente denominada Artritis Crónica Juvenil (ACJ).
- Enfermedad poco frecuente de etiología desconocida y trasfondo autoinmune en la que se produce una sinovitis similar a la de la AR (MIR), responsable a largo plazo de erosiones, fibrosis, luxaciones y anquilosis.
- Articulaciones que se afectan a menudo son las **muñecas** y las **rodillas**. Es frecuente la artritis de las **IFD**.
- Nódulos subcutáneos poco frecuentes (MIR) (no en Still ni forma oligoarticular) y no se acompañan necesariamente de positividad del factor reumatoide.
- Relativamente frecuente la **afectación general**: fiebre (MIR), adenopatías, hepatoesplenomegalia (MIR), exantema (MIR).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

- Inicio antes de los 16 años
- Artritis persistente durante más de 6 semanas (MIR)
- Exclusión de otras enfermedades

1.1. Clasificación

	SISTÉMICO (10%) (Still del niño)	POLIARTICULAR (40%)		OLIGO o PAUCIARTICULAR (50%) (causa más frecuente de monoartritis crónica en la infancia)		
		FR-	FR+ (5%)	PERIFÉRICA AAN+ De inicio precoz (2-7 años)	AXIAL HLA-B27+ De inicio tardío (10-14 años)	FR+
Articulaciones afectas	Variable Artromialgias y/o artritis	Pequeñas articulaciones de las manos y progresivamente rodillas, tobillos, de forma simétrica		Articulación más afectada la rodilla		Artic. de manos (tendencia simétrica)
Manifestaciones extraarticulares	-Fiebre (2MIR) + rash cutáneo (2MIR) (90%): maculopapuloso, no pruriginoso, en tronco y extremidades. -Hepatoesplenomegalia (MIR) - Adenopatías -Poliserositis, miocarditis, amiloidosis (evolución prolongada) -Leucocitosis (MIR)	-Nódulos subcutáneos -Pleuritis, pericarditis -Vasculitis -Amiloidosis (< que en Still)	Iridociclitis crónica (MIR) (riesgo de ceguera) →control oftalmológico	- Iritis aguda (sintomática y con buena respuesta al tratamiento) - Entesitis		
F.R.	-	-	+	-	-	+
ANA (MIR)	-	+ 20%	+ 75%	+ 90%	-	Raro
Tratamiento y Evolución	- AAS. Si no se controla la fiebre glucocorticoides. - Si persisten síntomas inmunosupresores. - Cursa en brotes	- Tratamiento más agresivo desde el inicio (metotrexato) - Forma FR+ es similar a AR y suele persistir en edad adulta (peor pronóstico)		- AAS - Si persiste la sinovitis FARAL (suelen ser necesarios en forma FR+) - La forma B27+ puede evolucionar a EA		

2. Enfermedad de Still del adulto

- Similar a la forma sistémica del niño pero aparece después de los 16 años. Predominio sexo femenino
- El **rash cutáneo** es la manifestación más característica (MIR) (erupción fugaz de color salmón, sobre todo en tronco y que coincide con los picos febriles) (MIR).
- Aumentan los reactantes de fase aguda (MIR), con leucocitosis (MIR) y aumento moderado de transaminasas. Frecuente aumento de ferritina (MIR). No ANA ni FR.

TRATAMIENTO

- Evolución habitual en forma de brotes.
- AAS a dosis altas e indometacina efectivos en muchos pacientes, pero el 40-60% requieren glucocorticoides para controlar las manifestaciones sistémicas.
- En ocasiones es necesario asociar inmunosupresores.

MIR 03 (7584): Hombre de 35 años que presenta desde hace 1 mes fiebre en agujas, artralgiyas y artritis y exantema asalmonado vespertino. La exploración física puso de manifiesto artritis en pequeñas y grandes articulaciones. Se palpaba una hepatomegalia de 2 cm lisa y un polo de bazo. La velocidad de sedimentación estaba aumentada: 140 mm en la 1ª hora. En el hemograma se evidenció una leucocitosis de 23.000/mm³, con 80% de neutrófilos. La ferritinemia plasmática era de 10.000 ng/ml (N = 15-90). Los hemocultivos fueron negativos. El ecocardiograma transtorácico fue normal. La radiografía de tórax fue normal. ¿Cuál es su diagnóstico?:

1. Endocarditis aguda.
2. Lupus eritematoso sistémico.
3. **Enfermedad de Still del adulto.***
4. Sepsis por *Staphylococcus Aureus*.
5. Brucelosis.