

Artritis idiopática juvenil oligoarticular

Agustín Remesal Camba, Sara Murias Loza, Clara Udaondo Gascón

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Remesal Camba A, Murias Loza S, Udaondo Gascón C. Artritis idiopática juvenil oligoarticular. Protoc diagn ter pediatr. 2020;2:37-47.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

RESUMEN

La oligoartritis es la forma más frecuente de presentación de la artritis idiopática juvenil (AIJ). Se define como la presencia de artritis de causa desconocida que comienza antes de los 16 años de edad, dura por lo menos 6 semanas y durante los 6 primeros meses afecta solo a 4 o menos articulaciones. En función de la evolución tras estos 6 primeros meses, diferenciamos entre AIJ oligoarticular persistente (nunca afecta a más de 4 articulaciones) y extendida (más de 4 articulaciones tras los 6 primeros meses de evolución). Suele afectar a niñas, con predominio de los miembros inferiores, siendo la rodilla la articulación más frecuentemente afectada. El diagnóstico es clínico. La manifestación extraarticular más frecuente es la uveítis anterior crónica. Las niñas pequeñas con anticuerpos antinucleares (ANA) positivos y poco tiempo de evolución son las más susceptibles a padecer uveítis asociada. Dado que la uveítis es asintomática es preciso llevar a cabo un cribado sistemático en estos pacientes mediante examen oftalmológico con lámpara de hendidura. El tratamiento de la AIJ oligoarticular debe ser escalonado e individualizado, ya que la presentación y el curso clínico son variables. Se emplean diversos fármacos, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los corticoides intraarticulares, el metotrexato y, en los últimos años, los fármacos biológicos. El pronóstico funcional es bueno.

Palabras clave: artritis idiopática juvenil; artritis; oligoartritis; anticuerpos antinucleares.

Oligoarticular juvenile idiopathic arthritis

ABSTRACT

Oligoarthritis is the most common form of juvenile idiopathic arthritis (JIA) at onset. It is defined as the presence of arthritis of unknown cause with onset before age 16 years, lasting for at least 6 weeks and involving 4 or fewer joints in the first 6 months. Depending on the number

of affected joints after the first 6 months, we differentiate two groups: persistent oligoarticular JIA (never involving more than 4 joints) and extended oligoarticular JIA (more than 4 affected joints after the first 6 months of disease). It usually affects girls, with a predominance of the lower extremities. The knee is the most frequently affected joint. The diagnosis is clinical. The most common extra-articular manifestation is chronic anterior uveitis. Young girls with positive ANA and a short duration of disease are at higher risk of associated uveitis. Since uveitis is asymptomatic, it is necessary to carry out periodic ophthalmological screenings in these patients by means of the slit lamp examination. The treatment of oligoarticular JIA should follow a stepwise approach and be individualized, as its the presentation and clinical course are variable. Different therapies are used, such as non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), intra-articular corticosteroids, methotrexate and, in recent years, biologic drugs. The functional prognosis is good.

Key words: juvenile idiopathic arthritis; arthritis; oligoarthritis; antinuclear antibodies.

1. CONCEPTO

La artritis idiopática juvenil (AIJ) oligoarticular se define como la presencia de artritis de causa desconocida que comienza antes de los 16 años de edad, dura por lo menos 6 semanas y durante los 6 primeros meses afecta solo a 4 o menos articulaciones. En función de la evolución tras estos 6 primeros meses, diferenciamos entre AIJ oligoarticular persistente (nunca afecta a más de 4 articulaciones) y extendida (más de 4 articulaciones tras los 6 primeros meses de evolución). Según la clasificación de la International League of Associations for Rheumatology (ILAR), se excluyen los niños que cumpliendo estos criterios tengan:

- Psoriasis o antecedentes familiares de psoriasis en un familiar de primer grado.
- Artritis en paciente varón HLA-B27 positivo de comienzo después del sexto año de vida.
- Espondilitis anquilosante, artritis relacionada con entesitis, sacroileítis con enfermedad

inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter o uveítis anterior aguda, o antecedentes de una de estas enfermedades en un familiar de primer grado.

- Presencia de IgM frente al factor reumatoide (FR) en dos determinaciones separadas por lo menos 3 meses.
- Artritis sistémica.

2. EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que la incidencia general de la AIJ es de unos 10/100 000 niños por año y su prevalencia ronda los 100/100 000 niños. Entre las distintas categorías de AIJ, la más frecuente es la oligoartritis (50-80% de todos los subtipos), seguida de la poliartritis factor reumatoide (FR) negativo (20-25%), la artritis relacionada con entesitis (ARE) (15%) y AIJ de inicio sistémico (10%). La artritis psoriásica y la poliartritis FR positivo son las categorías menos frecuentes (aproximadamente un 5% cada una).

La incidencia es variable en función de los criterios utilizados para clasificar estos pacientes:

- Aquellos estudios que han utilizado los criterios de la European League Against Rheumatism (EULAR) la estimaron en 7/100 000 niños menores de 16 años en Suecia¹ y en 11,2 en Noruega².
- Otros estudios que aplicaron los criterios del American College of Rheumatology (ACR) estimaron una incidencia de 1/100 000/año en Japón³ y de 18 en Finlandia⁴.
- Un estudio multicéntrico español realizado en Cataluña que utilizó los criterios de la ILAR estimó una incidencia anual de 3,5 casos/100 000 menores de 16 años⁵.

El pico de incidencia se encuentra entre 1 y 2 años de edad. Una aparición más tardía debe hacernos replantear el diagnóstico en busca de una causa alternativa, como una artritis relacionada con entesitis, una artritis psoriásica o una poliartritis.

La enfermedad predomina entre las niñas, con una proporción de 3 niñas por cada niño afecto. Esta preferencia por el sexo femenino es más marcada en los pacientes que asocian uveítis, llegando a ser de hasta 5 niñas por cada niño.

3. ETIOPATOGENIA

Los mecanismos etiopatogénicos de la AIJ no están del todo esclarecidos, aunque la diversidad de sus formas clínicas sugiere la presencia de múltiples factores genéticos y ambientales y mecanismos fisiopatológicos distintos. La ca-

tegoría oligoartricular ha sido la más frecuentemente encontrada entre parejas de hermanos, y se ha descrito su asociación con los antígenos HLA-A2, HLA-DRB*11 y HLA DRB*08⁶.

A nivel histopatológico, se observa hipertrofia de la sinovial e infiltración por células mononucleares (linfocitos T y B, macrófagos, células dendríticas y células plasmáticas). La inflamación conlleva procesos de neovascularización y producción de enzimas con capacidad para erosionar el cartílago y el hueso. Todo ello se traduce en el potencial desarrollo de trastornos del crecimiento generales o locales con presencia de disimetrías cuando la artritis ha sido asimétrica.

4. CLÍNICA

Aunque existe una importante heterogeneidad entre las diferentes formas clínicas de AIJ, en general en todas ellas la artritis se manifiesta con tumefacción, limitación y aumento local de temperatura, sin cambios de color en la piel suprayacente. El dolor es de intensidad variable, a menudo discreto, mientras que lo que predomina es la rigidez matutina o tras el reposo.

En la **AIJ categoría oligoartritis**, las articulaciones implicadas suelen ser rodillas y tobillos, de forma asimétrica. Las pequeñas articulaciones de las manos y los pies se afectan en un 6% de los casos, mientras que únicamente en un 3% de los casos se afectan codos, caderas, carpos o la articulación temporomandibular. En un 50% de los casos, el inicio es monoarticular, siendo la articulación más frecuentemente afectada en estos casos la rodilla⁷ (**Figura 1**). Hasta un 70% de

Figura 1. Artritis de rodilla izquierda en paciente con AIJ oligoarticular



los casos presenta anticuerpos antinucleares (ANA) positivos. No asocia fiebre, y los reactantes de fase aguda son normales o están discretamente elevados. Estos pacientes tienen riesgo de padecer uveítis anterior crónica, que es característicamente asintomática, por lo que se recomiendan controles oftalmológicos periódicos con lámpara de hendidura. El curso clínico suele ser intermitente, con fases de actividad inflamatoria que alternan con otras fases de remisión de la enfermedad, aunque existe un porcentaje de casos en los que se describe una actividad persistente de la actividad inflamatoria. El grupo de pacientes en los que tras los primeros 6 meses de enfermedad se produce afectación de un número creciente de articulaciones (AIJ oligoarticular extendida) se caracteriza por una menor frecuencia de uveítis.

5. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

De forma general, el diagnóstico de AIJ se alcanza mediante exclusión de otras etiologías de artritis, por lo que interesa una exhaustiva anamnesis y exploración física que permitan orientar las exploraciones complementarias. Por otra parte, en la **Tabla 1** se detalla el diagnóstico diferencial de la monoartritis en edad pediátrica.

5.1. Anamnesis

La anamnesis debe indagar acerca de:

- Tiempo de evolución de los síntomas: el diagnóstico de AIJ precisa una duración de la artritis de al menos 6 semanas.
- La presencia de ritmo horario inflamatorio: empeorando tras el reposo, habitualmente con rigidez matutina y mejoría tras la actividad (“calientan”).
- Presencia de manifestaciones extraarticulares: fiebre o exantema, cambios en el ritmo intestinal.
- Antecedente o concurrencia de proceso infeccioso, de interés en el diagnóstico diferencial.
- En cuanto a los antecedentes familiares, es importante preguntar específicamente por artritis, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, espondiloartropatías, uveítis u otras enfermedades autoinmunes.

5.2. Exploración física

El examen físico general es siempre importante al abordar una artritis pediátrica, principalmente buscando exantemas o visceromegalias.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de monoartritis

Relacionada con infección	Artritis séptica	Dolorosa, asociada frecuentemente a fiebre o febrícula y aumento variable de RFA. Líquido articular: recuento celular >50 000, turbio/purulento. Más frecuente en niños pequeños (<3 años) debida a <i>K. kingae</i> y menos en niños mayores (en estos, <i>S. aureus</i> como germen más frecuente)
	Tuberculosis	Infrecuente. Debe sospecharse ante artritis con evolución tórpida pese a tratamiento antibiótico o esteroideo
	Artritis vírica	Más frecuentemente poliarticular
	Artritis reactiva	Más frecuentemente poliarticular
Traumática	Muy raras en menores de 8-10 años. Líquido sinovial poco o nada celular. La resonancia magnética es clave en el diagnóstico, para demostrar lesión estructural o anomalías morfológicas preexistentes	
Tumoral	Sinovitis vellonodular pigmentaria	Muy infrecuente. Cursa con artritis recidivante y es típica la localización en rodilla. El líquido sinovial ofrece un aspecto característico, marrón oscuro o hemático
	Hemangioma sinovial	Muy infrecuentes en la infancia
	Sarcoma sinovial	
Inflamatoria	STC	Cuadro clínico típico que permite limitar las exploraciones complementarias: niños de 3-9 años, más frecuentemente varones, con inicio brusco de la clínica (dolor inguinal irradiado a muslo y cojera). Curación rápida, en 3-6 días.
	EII	Más frecuentemente poliarticular (ver Tabla 3)
Hemartros	La hemofilia y otros trastornos de la coagulación pueden cursar con hemartros recidivante. La obtención de líquido sinovial hemático en artrocentesis obliga a descartar estas patologías.	

RFA: reactantes de fase aguda; **STC:** sinovitis transitoria de cadera; **EII:** enfermedad inflamatoria intestinal.

La exploración del aparato locomotor se inicia observando la actitud espontánea que adopta el paciente, valorando las posturas antiálgicas. La artritis se explora buscando la presencia de tumefacción (teniendo en cuenta que las articulaciones profundas como cadera, hombro y sacroilíacas no la manifiestan), limitación y dolor. Se define la artritis como la tumefacción o limitación dolorosa de la movilidad articular, mientras que artralgia es el dolor articular sin presencia de limitación. El rubor de la piel no es propio de artritis, sino de inflamación de los tejidos blandos periarticulares (frecuente en urticaria y púrpura de Schönlein-Henoch). Es importante evaluar específicamente la marcha del paciente para detectar una posible cojera, así

como identificar posibles asimetrías musculares o disimetrías óseas sugestivas de artritis crónica⁸.

5.3. Exploraciones complementarias

Deben solicitarse de forma dirigida, según el diagnóstico de sospecha al que se llega tras la exploración física y la anamnesis, pudiendo además ayudar a excluir otras causas de artritis.

De forma general interesan hemograma y bioquímica básicas, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), FR, HLA-B27 y ANA; sedimento de orina; serologías de patógenos frecuentes y Mantoux (u otras pruebas de detección de tuberculosis).

Figura 2. Imagen ecográfica de una artritis activa de rodilla. Corte longitudinal: derrame e hipertrofia sinovial en el receso suprapatelar



Las pruebas de imagen pueden ser útiles en el diagnóstico; en particular, la ecografía articular es una herramienta que permite confirmar el aumento del espacio articular por derrame sinovial o hipertrofia sinovial en pacientes con clínica dudosa (**Figura 2**). La radiografía simple tiene interés en cuantificar el daño crónico (estrechamiento del espacio interarticular, erosiones) y para diferenciar procesos diferentes a AIJ que puedan cursar con dolor articular (fracturas, osteocondrosis y otras enfermedades ortopédicas).

En la AIJ oligoarticular los reactantes de fase aguda suelen ser normales o, en caso de estar elevados, hacerlo de forma leve. En caso de encontrarse otras alteraciones analíticas, habrá que plantearse otras posibilidades diagnósti-

cas, ya que lo más frecuente es que el estudio analítico sea normal. El FR suele ser negativo, mientras que los ANA suelen ser positivos a título bajo (menos de 1/640) en la mayoría de los niños con oligoartritis⁹.

La artrocentesis debe realizarse siempre ante una monoartritis y será de ayuda en el diagnóstico de una AIJ oligoarticular. El recuento celular del líquido sinovial suele mostrar un patrón inflamatorio, aunque en ocasiones es indistinguible de una artritis séptica.

5.4. Diagnóstico diferencial

Al abordar el proceso diagnóstico, tienen especial interés la edad, el sexo, el número de articulaciones afectadas, los síntomas sistémicos, el antecedente infeccioso y el tiempo de evolución del cuadro. Si la artritis afecta a una sola articulación (generalmente suele ser la rodilla), las posibilidades etiológicas incluyen un grupo variado de patologías. En la **Tabla 1** se describen los datos clínicos clave para el diagnóstico de las más frecuentes.

6. TRATAMIENTO

El tratamiento de la AIJ oligoarticular debe ser escalonado e individualizado, ya que la presentación y el curso clínico son variables. La actitud terapéutica debe ser dirigida y dinámica, adecuándose a las necesidades de cada caso y en cada momento de la evolución. Es importante destacar que las diversas sociedades científicas relacionadas con las enfermedades reumáticas pediátricas coinciden en subrayar la necesidad del diagnóstico precoz del niño con AIJ y su derivación pronta y pertinente a centros especializados, con objeto de evitar retrasos innecesarios

en el tratamiento. Los objetivos son alcanzar la remisión clínica y prevenir el daño articular para conseguir un crecimiento y desarrollo normales, evitando las secuelas, las cuales aparecen a consecuencia de un control insuficiente de la enfermedad. En los últimos años, la monitorización de la actividad clínica de la enfermedad ha cobrado gran protagonismo mediante la propuesta de diferentes índices, siendo el Juvenile Arthritis Disease Activity Index (JADAS) el preferentemente empleado en la actualidad.

Entre 2011 y 2012, como iniciativa del American College of Rheumatology (ACR), se elaboraron unas recomendaciones para el tratamiento de la enfermedad dirigidas a cada categoría de AIJ, incluida la oligoarticular. Dichas recomendaciones se recogen de forma resumida en la **Tabla 2**.

Las infiltraciones intraarticulares con corticoides son muy utilizadas ya que, aunque no han demostrado frenar la enfermedad, sí consiguen controlar la inflamación articular, disminuir la probabilidad de desarrollar flexos y, si se emplean de forma precoz, pueden prevenir el

desarrollo de disimetrías. La utilización de las infiltraciones con corticoides son una buena alternativa al tratamiento corticoideo sistémico, reduciendo el riesgo de efectos secundarios indeseables. El ACR recomienda la utilización de hexacetónido de triamcinolona por ser menos soluble y, por tanto, presentar una mayor duración de su acción. Para considerar una infiltración efectiva, se estima que la mejoría clínica tras la misma debe durar al menos 4 meses. Se ha visto que el efecto de la infiltración es mejor y más duradero cuando esta se realiza en la rodilla que en la cadera¹⁰. Es importante resaltar que las infiltraciones deben realizarse en la medida de lo posible con un adecuado control del dolor, incluso con anestesia general si la situación lo requiere: en función de las características del paciente, cuál sea la articulación afectada, y por supuesto la edad del paciente. De esta forma se consigue una optimización de la técnica que conlleva una mejor evacuación del líquido sinovial, así como una mejor acción del fármaco infiltrado. De forma general, se recomendará al paciente no cargar la articulación infiltrada en las siguientes 24 horas a la

Tabla 2. Recomendaciones de la American College of Rheumatology para el tratamiento de la AIJ¹⁰

Antecedentes de artritis en 4 o menos articulaciones
1. AINE en monoterapia cuando hay poca actividad, máximo 2 meses si persiste la artritis
2. Infiltraciones articulares con triamcinolona en la artritis activa
3. Metotrexato con o sin infiltraciones articulares con triamcinolona en caso de actividad articular importante o factores de mal pronóstico
4. Agente biológico cuando la actividad es persistente
Antecedentes de artritis en 5 o más articulaciones
1. AINE en monoterapia no están indicados
2. Tratamiento inicial con metotrexato con o sin infiltraciones articulares con triamcinolona y AINE
3. Fármaco biológico en las artritis que permanecen activas

AIJ: artritis idiopática juvenil; **AINE:** antiinflamatorio no esteroideo.

infiltración para conseguir un mejor efecto de esta. La mayoría de los autores recomiendan no exceder de 3 infiltraciones al año en una misma articulación y con un intervalo mínimo de 3 meses entre cada una de ellas.

En aquellos pacientes con enfermedad activa grave o moderada y con factores de mal pronóstico (afectación de cadera, columna cervical, tobillo, muñeca, elevación de reactantes de fase aguda o presencia de daño articular) se iniciará tratamiento con metotrexato de forma precoz a la vez que se realizan las infiltraciones. Las recomendaciones del ACR estiman un tiempo de espera de al menos 3 meses para evaluar respuesta a metotrexato en el grupo de pacientes con factores de mal pronóstico, y de 6 meses en el resto de los pacientes. En aquellos pacientes en los que enfermedad no se controla con dosis óptima de metotrexato debe asociarse un fármaco anti factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF)¹¹.

7. SEGUIMIENTO

La AIJ oligoarticular es una enfermedad crónica que, en líneas generales, alterna periodos de remisión –con o sin tratamiento– con brotes de actividad inflamatoria. No obstante, el curso clínico es variable. Aunque tras la aparición de los fármacos biológicos el pronóstico ha mejorado de forma importante, suponiendo una revolución en el manejo de esta enfermedad, los pacientes con oligoartritis precisan seguimiento médico especializado para monitorizar el tratamiento y la actividad clínica. A continuación, se resumen algunos aspectos relevantes del seguimiento de estos pacientes:

- **Controles oftalmológicos:** algunas características de la enfermedad determinan un

mayor riesgo de padecer uveítis anterior crónica. Las niñas pequeñas con ANA positivos y poco tiempo de evolución son las más susceptibles. Aunque no es la norma, en ocasiones la uveítis precede a la artritis y, dado que la mayoría de las veces es asintomática, es preciso llevar a cabo un cribado sistemático mediante examen oftalmológico con lámpara de hendidura. La frecuencia de las valoraciones oftalmológicas viene dada por los factores de riesgo y se muestra en la **Tabla 3**.

- **Controles analíticos:** en general, se realiza control analítico cada 3-4 meses en aquellos pacientes que reciben tratamiento farmacológico, que incluye un hemograma para recuento celular y una bioquímica para monitorizar la función hepática y renal. Con cierta frecuencia, los niños en tratamiento con metotrexato presentan hipertransaminasemia discreta, que se corrige habitualmente con la reducción de dosis del fármaco.
- **Dieta y suplementos:** al igual que en otras categorías de AIJ, los pacientes con oligoartritis no precisan seguir ninguna dieta especial, ya que no hay evidencia científica acerca de posibles beneficios mediante modificaciones en la alimentación. Por otro lado, sí son necesarias las siguientes intervenciones:
 - **Suplementos de ácido fólico:** el metotrexato ejerce antagonismo con el folato, por lo que es necesario tomar un suplemento semanal de ácido fólico.
 - **Suplementos de calcio y vitamina D:** los niños que reciban glucocorticoides de forma prolongada deben tomar diariamen-

Tabla 3. Revisiones oftalmológicas recomendadas en niños con AIJ

Forma clínica	ANA	Edad al diagnóstico (años)	Duración de la enfermedad (años)	Riesgo	Frecuencia controles oftalmológicos
Oligoartritis o poliartrosis	+	≤6	≤4	Alto	3 meses
	+	≤6	>4	Moderado	6 meses
	+	≤6	>7	Bajo	12 meses
	+	>6	≤4	Moderado	6 meses
	+	>6	>4	Bajo	12 meses
	-	≤6	≤4	Moderado	6 meses
	-	≤6	>4	Bajo	12 meses
	-	>6	No aplicable	Bajo	12 meses
Sistémica	No aplicable	No aplicable	No aplicable	Bajo	12 meses

Estas recomendaciones se deben aplicar desde la infancia hasta la adolescencia.

Si uveítis previa: controles con una periodicidad a criterio del oftalmólogo, si bien se recomienda que sea mensual durante los 6 primeros meses

Si uveítis activa: control según indicaciones del servicio de oftalmología

ANA: anticuerpos antinucleares.

Fuente: Cassidy J, Kivlin J, Lindsley C, Nocton J; Section on Rheumatology; Section of Ophthalmology. Ophthalmologic examinations in children with Juvenile Rheumatoid Arthritis. *Pediatrics*. 2006;117:1843-5.

te un suplemento de calcio y vitamina D para disminuir el riesgo de osteoporosis.

- **Vacunaciones:** los niños que reciban tratamiento con corticoides, fármacos inmunomoduladores o agentes biológicos no deben recibir vacunas de microorganismos vivos atenuados. En cambio, todas las demás están recomendadas, incluyendo la vacuna frente a la gripe cada temporada. No obstante, la pautas de vacunación en niños con AIJ están siendo objeto de revisión y podrían modificarse en el futuro.
- **Actividad física.** No es necesario limitar la actividad física más allá de la propia que el niño tolere. En situación de artritis activa, no hay motivo para recomendar el reposo articular, ya que el propio paciente lo demanda; y en periodos de remisión, se debe fomentar la práctica de actividad deportiva, beneficiosa para cualquier niño. Los pacientes que han presentado artritis activa durante periodos de tiempo más o menos prolongados pueden haber desarrollado hipotrofia muscular en las extremidades afectadas, que suele corregirse al poco tiempo de retomar una actividad física normal. La práctica de deporte acelera la recuperación de masa muscular y ayuda a controlar el peso en pacientes en tratamiento con corticoides.
- **Dismetrias.** Como se ha descrito previamente, la artritis asimétrica de extremidades inferiores puede conllevar el desarrollo de dismetría a favor de la extremidad afectada. En ocasiones, si es pronunciada, puede asociar

alteraciones de la marcha y la postura, y está indicado el empleo de alzas en el miembro más corto. Dependiendo de la edad del niño y del adecuado control de la enfermedad, las disimetrías se corrigen parcial o totalmente con el tiempo¹².

8. EVOLUCIÓN

De forma general, los pacientes con oligoartritis presentan mejor pronóstico que el resto de grupos de artritis idiopática juvenil. Interesa resaltar que el porcentaje de remisión a los 5 años se sitúa entre el 20% y el 50%, mientras que a los 10 años entre el 47% y 60%, según las series¹³.

La forma oligoarticular persistente puede permanecer en remisión muchos años y, tras estos, presentar nuevos brotes. Por otra parte, algunos factores de riesgo se asocian a que una oligoartritis se extienda y son principalmente: la afectación inicial de más de una articulación, la afectación de una articulación del miembro superior, la elevación de reactantes de fase aguda y en particular de la velocidad de sedimentación por encima de 100 mm/h al inicio de la enfermedad, o la afectación precoz de carpo o tobillo¹⁴. En la AIJ oligoarticular extendida se suelen afectar un menor número de articulaciones que en las formas de inicio poliarticular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson Gäre B, Fasth A, Anderson J, Bergund G, Ekström H, Eriksson M, *et al.* Incidence and prevalence of juvenile chronic arthritis: a population survey. *Ann Rheum Dis.* 1987;46:277-81.
2. Moe N, Rygg M. Epidemiology of juvenile chronic arthritis in northern Norway: a ten-year retrospective study. *Clin Exp Rheumatol.* 1998;16:99-101.
3. Fujikawa S, Okuni M. A nationwide surveillance study of rheumatic diseases among Japanese children. *Acta Pediatr Jpn.* 1997;39:242-4.
4. Kunnamo I, Kallio P, Pelkonen P. Incidence of arthritis in urban Finnish children: a prospective study. *Arthritis Rheum.* 1986;29:1232-8.
5. Modesto C, Antón J, Rodríguez B, Bou R, Arnal C, Ros J, *et al.* Incidence and prevalence of juvenile idiopathic arthritis in Catalonia (Spain). JIA epidemiology in Catalonia. *Scand J Rheumatol.* 2010;39:472-9.
6. Thomson W, Barret JH, Donn R, Pepper L, Kennedy LJ, Ollier WE *et al.* Juvenile idiopathic arthritis classified by the ILAR criteria: HLA associations in UK patients. *Rheumatology.* 2002;41:1183-9.
7. Iglesias E, Camacho-Lovillo M. Artritis idiopática juvenil oligoarticular y asociada a anticuerpos antinucleares. En: Modesto C, Gámir ML (eds.). *Marge Médica Books. Artritis idiopática juvenil.* 1.ª ed. Barcelona: Editorial Médica Marge; 2011. p. 51-66.
8. Murias Loza S. Artritis idiopática juvenil. En: Moro M, Málaga S, Madero L (eds.). *Cruz. Tratado de Pediatría.* 11.ª ed. Madrid: Panamericana; 2014. p. 628-35.
9. Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB (eds.). *Textbook of pediatric rheumatology.* 6.ª ed. Filadelfia: Saunders Elsevier; 2010. p. 211-304.
10. Beukelman T, Patkar NM, Saag KG, Tolleson-Rinehart S, Cron RQ, Dewitt E, *et al.* 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: initiation and safety monitoring of therapeutic

- agents for the treatment of arthritis and systemic features. *Arthritis Care Res.* 2011;63:465-82.
11. Sherry DD, Stein LD, Reed AM. Prevention of leg length discrepancy in young children with pauciarticular juvenile rheumatoid arthritis by treatment with intraarticular steroids. *Arthritis Rheum.* 1999;42:2330-4.
 12. Breit W, Frosh M, Meyer U, Heinecke A, Ganser G. A subgroup specific evaluation of the efficacy of intraarticular triamcinolone hexacetone in juvenile chronic arthritis. *J Rheumatol.* 2000;27:2996-702.
 13. García-Consuegra J. Artritis idiopática juvenil. *Manual SER de las enfermedades reumáticas.* 5.ª ed. Madrid: Panamericana; 2008. p. 199-207.
 14. Guillaume A, Prieur AM, Coste J, Job-Deslandre C. Long term outcome and prognosis in oligoarticular onset juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum.* 2000;43:1858-65.