



**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL
EN LA COSTA CARIBE COLOMBIANA DESDE ENERO DE 2015 A ENERO DE
2019**

EVELYNG MARIOTH ARIZA MARTINEZ

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRIA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2020**

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL
EN LA COSTA CARIBE COLOMBIANA DESDE ENERO DE 2015 A ENERO DE
2019**

EVELYNG MARIOTH ARIZA MARTINEZ
Estudiante de postgrado

**Tesis o trabajo de investigación para optar el título de
Especialista en Pediatría**

TUTORES

DRA. TATIANA MARIA GONZÁLEZ VARGAS
ASESOR DISCIPLINARIO

DR ENRIQUE CARLOS RAMOS CLASON
ASESOR METODOLÓGICO

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2020**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, D. T y C., Abril de 2020



UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Cartagena de Indias D. T. y C. 26 de Enero de 2020

Doctor

EDWIN ANDRES HIGUITA DAVID

Director de Investigaciones

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

Ciudad

Respetado Doctor:

Por medio de la presente hago la entrega, a la Dirección de Investigaciones de la Universidad del Sinú, Seccional Cartagena, los documentos y discos compactos (CD) correspondientes al proyecto de investigación titulado **“CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN LA COSTA CARIBE COLOMBIANA DESDE ENERO 2015 A ENERO DE 2019”**, realizado por el estudiante **“EVELYNG MARIOTH ARIZA MARTINEZ”**, para optar el título de **“Especialista en Pediatría”**. A continuación, se relaciona la documentación entregada:

- Dos (2) trabajos impresos empastados con pasta azul oscuro y letras Doradas del formato de informe final tipo manuscrito articulo original.
- Dos (2) CD en el que se encuentran dos documentos: el primero es la versión digital del documento empastado y el segundo es el documento digital del proyecto de investigación.
- Dos (2) Cartas de Cesión de Derechos de Propiedad Intelectual firmadas por el estudiante autor del proyecto.

Atentamente,

EVELYNG MARIOTH ARIZA MARTINEZ

CC: 1. 067.721.062

SECCIONAL CARTAGENA





UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Programa de Pediatría

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co





UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Cartagena de Indias D. T. y C. 26 de Mes de 2020

Doctor

EDWIN ANDRES HIGUITA DAVID

Director de Investigaciones

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

Ciudad

Respetado Doctor:

A través de la presente cedemos los derechos de propiedad intelectual de la versión empastada del informe final artículo del proyecto de investigación titulado **“CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN LA COSTA CARIBE COLOMBIANA DESDE ENERO 2015 A ENERO DE 2019”**, realizado por el estudiante **“EVELYNG MARIOTH ARIZA MARTINEZ”**, para optar el título de **“Especialista en Pediatría”**, bajo la asesoría de la **Dra. “TATIANA MARÍA GONZÁLEZ VARGAS”**, y asesoría metodológica del **Dr. “ENRIQUE RAMOS CLASON”** a la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Seccional Cartagena, para su consulta y préstamo a la biblioteca con fines únicamente académicos o investigativos, descartando cualquier fin comercial y permitiendo de esta manera su acceso al público. Esto exonera a la Universidad del Sinú por cualquier reclamo de terceros que invoque autoría de la obra.

Hago énfasis en que conservamos el derecho como autores de registrar nuestra investigación como obra inédita y la facultad de poder publicarlo en cualquier otro medio.

Atentamente,

EVELYNG MARIOTH ARIZA MARTINEZ

CC: 1.067.721.062

Programa de Pediatría

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co



DEDICATORIA

A mi familia, por su apoyo
A mis docentes, por su dedicación
A mis pacientes, por su comprensión

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por ser soporte durante los momentos felices y de mayor dificultad durante este proceso de educación de postgrado. Gracias a mis docentes por su dedicación y esfuerzo por enseñar cada día y a mis pacientes por su comprensión y permitirme adquirir conocimientos a partir de su condición clínica

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN LA COSTA CARIBE COLOMBIANA DESDE ENERO 2015 A ENERO DE 2019

Ariza Martínez Evelyng Marioth (1)

González Vargas Tatiana María (2)

Ramos Classon Enrique Carlos

(1) Médico. Residente III año Especialización en Pediatría. Escuela de Medicina. Universidad del Sinú EBZ, Seccional Cartagena.

(2) Médico. Esp. Pediatría y Reumatología. Docente Universidad del Sinú EBZ, Seccional Cartagena.

(3) Médico. M. Sc. Salud Pública. Coordinador de Investigaciones Posgrados Médico-Quirúrgicos Universidad del Sinú EBZ, Seccional Cartagena

RESUMEN

Introducción: La AIJ es la enfermedad reumática inflamatoria crónica más común de la infancia.

Objetivos: Establecer las características de pacientes con AIJ en la costa caribe colombiana desde Enero de 2015 a Enero de 2019.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Revisión de historias clínicas de niños entre 0-18 años con diagnóstico de AIJ que asistieron a consulta externa en tres instituciones de Cartagena y Barranquilla, entre 2015 y 2019. Criterios de inclusión: Edad de 0-18 años y diagnóstico de AIJ. Análisis con el programa estadístico Epi-info 7. Para variables cualitativas se calculó frecuencia absoluta y porcentajes. Variables cuantitativas expresadas en mediana (Me) y rango intercuartílico (RIC).

Resultados: Se identificaron 192 historias clínicas de pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Mediana de edad al diagnóstico: 9 años (RIC: 5-12). El 54,2% femenino. La mediana de meses con síntomas al diagnóstico fue de 10

(RIC: 5-18). Mayor frecuencia de artritis poliarticular con factor reumatoideo negativo (31,4%) y oligoarticular (23%). El tratamiento no biológico se le administró a todos los pacientes, los más utilizados fueron corticoides (82,6%), seguidos de Metotrexate (80,1%). El tratamiento biológico más utilizado fue Adalimumab (21,4%) seguido de Etanercept (8,4%). El 20.4% de los pacientes tuvo complicaciones, las deformidades óseas fueron las más frecuentes (6,3%).

Conclusiones: En una población de pacientes con AIJ del caribe colombiano, las características de la enfermedad muy probablemente obedecen a la mezcla racial de la población. Los pacientes que recibieron tratamiento biológico fueron debido a tratamiento fallido con fármacos no biológicos.

Palabras clave: Artritis idiopática juvenil, niños, pediatría.

SUMMARY

Introduction: The AIJ is the most common chronic inflammatory rheumatic disease in childhood.

Objective: To establish the characteristics of patients with AIJ on the Colombian Caribbean coast from January 2015 to January 2019.

Methods: Descriptive, cross-sectional study. Review of clinical histories of children aged 0-18 with diagnosis of AIJ who attended external consultation in three institutions in Cartagena and Barranquilla, between 2015 and 2019. Inclusion criteria: Age 0-18 years and diagnosis of AIJ. Analysis with the statistical program Epi-info 7 was carried out. Absolute frequency and percentages were calculated for qualitative variables. Quantitative variables were expressed in median (Me) and interquartile range (RIC).

Results: 192 clinical histories of patients who met the inclusion criteria were identified. Median age at diagnosis: 9 years (IQR: 5-12). 54.2% were female. Median of months with symptoms at diagnosis were 10 (IQR: 5-18). The most frequent type of disease were the polyarticular arthritis with negative rheumatoid factor (31.4%) and oligoarticular arthritis (23%). The Non-biological treatment is administered to all patients, the most commonly used being corticosteroids (82.6%), followed by Methotrexate (80.1%). The most widely used biological

treatment was Adalimumab (21.4%) followed by Etanercept (8.4%). The 20.4% of patients had complications, bone deformities were the most frequent (6.3%).
Conclusions: In a population of patients with AIJ in the Colombian Caribbean coast, the characteristics of the disease are most likely due to the racial mixing of the population. Patients who received biological treatment were due to failed treatment with non-biological drugs.

Key Words: Juvenile arthritis, child, pediatrics.

INTRODUCCION

La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) hace referencia a un grupo de enfermedades que comparte la característica común de artritis crónica inflamatoria (1), pero que cuentan con diferente curso, distintos fenotipos clínicos, fisiopatología y origen inmunológico (2). Ella engloba a todas las artritis de causa desconocida de inicio antes de los 16 años y que persiste por más de 6 semanas, habiendo realizado exclusión de otras causas de sinovitis (1,3–7).

La International League of Associations for Rheumatology's (ILAR) en el 2001, clasifica la AIJ en siete categorías de acuerdo con el número de articulaciones afectadas, la positividad de factor reumatoide, del HLA-B27, los antecedentes familiares, personales y las manifestaciones extra-articulares asociadas. Las siete categorías son: oligoartritis, poliartritis factor reumatoide negativo (FR-), poliartritis factor reumatoide positivo (FR+), artritis sistémica, artritis psoriásica, artritis relacionada con entesitis y artritis no diferenciada (1,6); siendo la oligoartritis el subtipo más común y la poliartritis FR+ el menos frecuente en Norteamérica (3,5,8).

La AIJ es la enfermedad reumática inflamatoria crónica más común de la infancia (1,6); con variable prevalencia e incidencia, sin que exista un área específica de predominio (4,5,9). En Europa y América del Norte, se ha reportado prevalencia de AIJ, en general, entre 16 a 150 por cada 100.000 niños; y en menores de 16 años, prevalencia de 3,8 a 400 por cada 100.000 niños (5,8). Mientras que, en términos de incidencia, Europa describe entre 1,6 a 23 casos por cada 100.000 menores de 16 años, y Estados Unidos reporta entre 2 y 20 casos por cada 100.000 niños (3). En México y Latinoamérica no se conocen estudios que permitan conocer el comportamiento de los distintos subtipos de AIJ (10). Mientras que en Colombia, la frecuencia de esta enfermedad es aparentemente escasa y son pocos los datos reportados (9,11).

Esta patología suele afectar a mujeres y hombres en relación 2:1, aunque puede variar según cada subtipo de la misma; se ha descrito que la población

afroamericana tiene mayor predisposición al desarrollo de poliartritis FR+, la población blanca mayor presentación de oligoartritis y los mexicanos y asiáticos alta prevalencia de artritis relacionada con entesitis (1,3,4).

La etiología de la AIJ aún es desconocida; sin embargo, las características genéticas, autoinmunes y ambientales se han relacionado con su presentación (3,4). Su diagnóstico se realiza con base en los antecedentes y las características clínicas; las cuales dependen de cada subtipo de artritis presentada y suele ser un diagnóstico de exclusión, debido a que otras patologías con similares características como las enfermedades del tejido conectivo, traumatismos, infecciones y cáncer deben ser descartadas inicialmente (3,5,8,9).

Dentro de las opciones terapéuticas para esta patología, están disponibles diversos tratamientos y se requiere apoyo multidisciplinar para su abordaje (1–3,5,6) que incluyen terapia física, de rehabilitación, ocupacional y psicosocial en conjunto con fármacos como los antiinflamatorios no esteroides (AINES), glucocorticoides intraarticulares y sistémicos, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no biológicos (FARMEs) y los medicamentos biológicos (3,5,6,12). Con el tratamiento de AIJ se pretende alcanzar la remisión clínica de la enfermedad, definida como la ausencia de artritis activa, fiebre, rash, serositis, esplenomegalia o adenopatías atribuibles a AIJ, no uveítis activa, contar con niveles de proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación glomerular (VSG) normales; así como la no progresión del daño dada por imagen radiográfica. Estas características deben permanecer por mínimo 6 meses continuos mientras se está en tratamiento o por al menos 12 meses continuos si no recibe la medicación (3).

La uveítis es la complicación más frecuente de los pacientes con AIJ, encontrándose en aproximadamente un 10-20%, especialmente en el primer año de enfermedad y en aquellos que no se realizan tratamiento o este es inadecuado; otra asociación para que se presente esta complicación son los pacientes con AIJ oligoarticular; los ANAS positivos confieren un mayor riesgo de padecer uveítis en todos los subtipos de AIJ, así como el HLA B27, con excepción de los pacientes

con AIJ sistémica en la cual es muy raro encontrar uveítis. Así mismo, estos pacientes pueden conducir a cataratas, glaucoma e incluso ceguera (3,5).

En ese sentido, el pronóstico de AIJ varía de acuerdo a su clasificación (1), y es difícil de establecer en los primeros meses del diagnóstico por lo que se recomienda seguir al paciente por un periodo hasta de cinco años (5). Algunas guías de abordaje, como la guía de práctica clínica de AIJ de Colombia se han diseñado con el objetivo de mejorar la calidad de vida, el desempeño social y la salud de estos pacientes, disminuir la variabilidad clínica injustificada en el tratamiento en los mismos, con el fin de racionalizar los recursos que se destinan a su manejo y velar por la seguridad de intervenciones para realizar una detección temprana, diagnóstico y tratamiento oportuno de estos niños para poder prevenir sus complicaciones más importantes (9).

Por lo anterior, teniendo en cuenta los pocos estudios encontrados acerca de AIJ en Latinoamérica y en Colombia, así como la dificultad en la realización del diagnóstico, las repercusiones de la enfermedad en cuanto a la morbilidad, discapacidad, carga de la enfermedad y calidad de vida; y finalmente el pronóstico y seguimiento de esta patología, resulta de gran interés la realización del presente trabajo de investigación que tuvo como objetivo establecer las características de pacientes con artritis idiopática juvenil en la costa caribe colombiana desde Enero de 2015 a Enero de 2019.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con historias clínicas de niños con edades entre 0-18 años con diagnóstico de AIJ que asistieron a consulta externa del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, IPS cirujanos y pediátrías y al Consultorio de la Clínica Porto Azul de la ciudades de Cartagena y Barranquilla entre Enero de 2015 y Enero de 2019, que cumplían los siguientes criterio de inclusión: Tener edad entre 0-18 años y tener diagnóstico de AIJ según la clasificación del CIE-10 con código M080. Fueron excluidas las historias clínicas

que no evidenciaran seguimiento por reumatología durante los seis meses siguientes a su diagnóstico.

Este estudio tuvo un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo todos los pacientes con diagnóstico de AIJ atendidos en el servicio de reumatología de las instituciones fuentes en el periodo de estudio. Se revisaron 293 historias clínicas de pacientes con AIJ, excluyendo las que estaban repetidas o tenían información incompleta, para un total de 195 historias, de las cuales solo 192 cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, siendo seleccionadas para el estudio e incluidas en una hoja de Excel para su organización, tabulación y depuración.

La información definitiva tabulada en Microsoft Excel 2010 © fue analizada en el programa estadístico Epi-info 7. Para las variables cualitativas se calculó frecuencia absoluta y porcentajes; mientras que para las variables cuantitativas se describieron mediana (Me) y rango intercuartílico (RIC), por la naturaleza no paramétrica de estas variables estimada con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se identificaron 192 pacientes que fueron atendidos con diagnóstico de AIJ. La mediana de edad actual de los pacientes fue de 13 años (RIC: 8-15), con mediana de edad al diagnóstico de 9 años (RIC: 5-12), siendo el 54,2% de sexo femenino, Tabla 1.

La mediana de meses con síntomas al diagnóstico fue de 10 (RIC: 5-18), con mediana de talla al diagnóstico de 138 cm (RIC: 121-154), mediana de talla actual 145 cm (RIC: 123-159), mediana de diferencia de talla 3 cm (RIC: 0-9), mediana de peso al diagnóstico 34 kg (RIC: 19,3-44), mediana de peso actual 41 kg (RIC: 25-53), mediana de diferencia de peso de 5 kg (RIC: 2-10). Los tipos de artritis presentados fueron en orden de frecuencia, poliarticular con factor reumatoideo

negativo (FRN) en 31,4%, oligoarticular 23%, sistémica 17,3%, y en menor proporción se encontraron pacientes con artritis poliarticular con factor reumatoideo positivo (FRP) y artritis relacionada con entesitis (ARE), Tabla 1.

Por otro lado, cuando se evaluaron los aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la artritis en los pacientes estudiados, se identificó que el 12% tenía ANAS positivos; identificando que dentro de los tratamientos biológicos el más utilizado fue Adalimumab con 21,4%, seguido de Etanercept 8,4%, Tocilizumab 8,4%, Canakinumab 2,6% y Abatacept 0,5%; los tratamientos no biológicos incluyeron corticoides en 82,6%, seguidos de MTX 80,1% y AINES 19,4%. Otros medicamentos identificados, aunque en menor frecuencia fueron cloroquina, sulfasalazina, ciclofosfamida, leflunomida y azatioprina, Tabla 2. Además, en el 20.4% de los pacientes se reportaron complicaciones, siendo las más frecuentes las deformidades óseas con 6,3%, uveítis 4,2% y hepatotoxicidad 3,7%. Otras complicaciones como la osteoporosis, infecciones, talla baja, Síndrome de activación macrófagica (SAM) y síndrome de Cushing fueron descritas en menor proporción, Tabla 2.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente trabajo representan una caracterización de los pacientes con AIJ en la población pediátrica en el caribe colombiano. Dentro de los hallazgos de esta investigación, se encontró una mediana de edad similar a diversos autores. Arreguin-Reyes y cols en Sonora, México, entre 2012 y 2015, en una cohorte de 35 pacientes con diagnóstico de AIJ, se identificó que la mayoría de los casos tenía edad mayor a 10 años (10). Contrario a ello, Martínez-Del Val y cols (14) en Madrid, España, entre los años 2008-2016, en 59 pacientes con AIJ reportaron mediana de edad al inicio de los síntomas de 5 años (RIC 2,11-11,8), lo cual tiende a ser menor a la de los pacientes estudiados. De forma adicional, una mayor frecuencia del género femenina fue destacada en las publicaciones descritas, siendo un resultado consistente con lo identificado en nuestros participantes.

Con respecto a la edad al diagnóstico, algunos autores han descrito edad similar a la identificada en nuestra población. Dumaine y cols (15), en una cohorte prospectiva en cuatro países de habla francesa, entre 2001 y 2015, en 677 pacientes con diagnóstico de AIJ, describieron mediana de edad al diagnóstico de 7.8 años (3,8-11,9); así como en el estudio de Krause y cols (13), en un trabajo realizado en Minnesota, Estados Unidos, en 71 pacientes con AIJ identificados entre 1960 y 2013, informaron edad promedio al diagnóstico $8,2 \pm 5,3$ años. No obstante, otros investigadores identificaron menor edad al diagnóstico, como fue el caso de Martínez-Del Val (14), quienes señalaron mediana de edad al diagnóstico de 5,1 años (RIC 2,6-12,1); y tal como ocurrió con Barral-Mena y cols (16), en un estudio descriptivo realizado en Madrid, España, entre 2008-2016, en 107 pacientes con AIJ, donde la mediana de edad al diagnóstico fue de 6.4 años (RIC 3.1-12.4), mucho menor a la nuestra; lo que deja la duda acerca de la existencia de factores genéticos, culturales y otros, que pudieran estar relacionados con la diversidad evidenciada y que deban ser motivo de estudio de futuras investigaciones.

Por otro lado, al analizar los datos antropométricos de nuestra población, documentamos aumento de talla y peso; contrario a lo publicado por McErlane y cols (17), en un trabajo desarrollado en siete centros de referencia de reumatología de Reino Unido, en 568 pacientes con diagnóstico de AIJ y seguimiento durante tres años, donde se reportó restricción del crecimiento en un 39% de los casos. Padeh y cols (18), en Israel entre Enero-Diciembre de 2019, en 96 pacientes con AIJ oligoarticular, expresaron restricción del crecimiento en 35.8% de los participantes; Shin y cols (19), en pacientes con AIJ de predominio oligoarticular, tratados en un hospital de Taiwán entre 1997-2004, señalaron un menor índice de masa corporal cuando se compararon con población libre de enfermedad. Tales diferencias antropométricas pueden explicarse debido a que para el análisis de los datos no fueron incluidos todos los sujetos de estudio, por

no disponibilidad de esta información en las historias clínicas; lo cual afectó las medidas de resumen de estas variables.

En ese sentido, considerando el tipo de presentación más común de AIJ, Barral-Mena y cols (16), expresaron que la forma poliarticular con FRN fue una de las más frecuentes (24,3%) en sus participantes. Krause y cols (13)., reportaron la enfermedad oligoarticular como la de mayor presentación (63%); mientras que Dumaine y cols. (15), indicaron que 26,1% (177) tenía enfermedad poliarticular, 30 de ellos FRP, y solo 13% presentaba oligoartritis; relacionándose con nuestros hallazgos, donde se registró alta frecuencia de enfermedad poliarticular FRN seguida del tipo oligoarticular. Estos reportes coinciden con lo soportado en la literatura mundial, en cuanto la variedad existente en los tipos de AIJ sin clara etiología, lo cual debe seguir siendo estudiado.

Por otro lado, en los aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la AIJ, Martínez-Del val y cols (14), identificaron igual proporción de ANAS positivos a nuestro reporte, reportando títulos séricos $\geq 1:160$; aunque para otros autores (20) los resultados de los ANAS pueden ser positivos desde el 40% hasta el 70% de los pacientes, como en los casos de AIJ oligoarticular (20).

Al evaluar las alternativas terapéuticas de la AIJ, Céspedes y cols, (21) en un estudio analítico realizado en un hospital mexicano, entre 2013 y 2014, en 62 pacientes con AIJ, encontraron que 95% recibía Metotrexate y solo 11% recibía prednisolona; mientras que Davies y cols (22), en una cohorte de seguimiento durante tres años, en Reino Unido, en 1051 niños con AIJ, 86% recibió esteroides, resultados que varían entre los dos estudios, pero se relacionan con el elevado uso de Metotrexate y corticoides en nuestros participantes. En este contexto, fue diversa la frecuencia de uso de tratamientos biológicos, Davies y cols (22), reportaron uso de Etanercept en 83% de sus participantes, siendo mucho más elevado a nuestros resultados; mientras que solo 5% utilizó Adalimumab;

hallazgos que podrían explicarse por el costo, distribución y asequibilidad de todos los medicamentos utilizados en cada país.

En nuestra investigación, uno de cada cinco pacientes tuvo complicaciones, siendo las más frecuentes deformidades óseas y uveítis. Yu y cols (23), en una cohorte de pacientes entre 1999-2009, en Taiwán, realizada en 2636 pacientes con diagnóstico de AIJ, señaló prevalencia de uveítis de 4,7% similar a nuestros resultados; aunque Cosickic y cols. (25), en un estudio retrospectivo realizado en Bosnia y Herzegovina, entre 2011 y 2016, con revisión de historias clínicas de 97 niños con AIJ, reportó uveítis en 14,4% de ellos. Mientras que Reina y cols. (24), en Bogotá, Colombia, en una investigación en 51 pacientes con AIJ, señalaron presencia de uveítis en 37% de los casos; marcadamente más elevada a la proporción encontrada en nuestra población y probablemente explicando un diagnóstico más temprano a partir de asistencia oportuna a consultas con especialistas y mayor disponibilidad de estudios tecnológicos; sin contar con el subtipo de AIJ presentado por los pacientes; sin dejar de lado la variación en los años en los que fueron realizados estos trabajos.

Con lo anterior, se puede expresar que es diversa la literatura publicada acerca de los pacientes con diagnóstico de AIJ. Siendo escasas las publicaciones que han estudiado esta patología en población colombiana.

El presente estudio tiene como fortaleza el servir de base para seguir conociendo las características de pacientes con diagnóstico de AIJ en nuestra región y país; de forma que se pueda conocer el comportamiento de esta enfermedad y así orientar las medidas hacia un diagnóstico oportuno y las mejores alternativas terapéuticas. Sus limitaciones radican en las propias de los estudios descriptivos, sumado al hecho de haber tomado la información a partir de historias clínicas de diferentes centros, sin evaluación directa de los pacientes, produciendo entre los principales, un sesgo de información.

CONCLUSIONES

En nuestra población de pacientes con AIJ del caribe colombiano, existe elevada proporción de AIJ en el género femenino, las formas más comunes de presentación de la artritis son la poliarticular con factor reumatoideo negativo, oligoarticular y sistémica, seguidas de las formas poliarticular factor reumatoideo positivo y artritis relacionada con entesitis, estas diferencias muy probablemente obedecen al tipo de población estudiada y a la mezcla racial con europeos, africanos y árabes que predominan en nuestra costa caribe donde la inmigración racial es mucho más alta; todos los paciente de nuestra población, al inicio recibieron tratamiento no biológicos como el metrotexate y corticoides; aproximadamente un 37% recibieron tratamiento biológico debido a que no presentaron respuesta a los fármacos no biológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Crayne CB, Beukelman T. Juvenile Idiopathic Arthritis: Oligoarthritis and Polyarthriti. *Pediatr Clin N Am* [Internet]. 2018;65(4):657–74. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.03.005>
2. Giancane G, Alongi A, Rosina S, Tibaldi J, Consolaro A, Ravelli A. Recent therapeutic advances in juvenile idiopathic arthritis. *Best Pr Res Clin Rheumatol* [Internet]. 2017;31(4):476–87. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.berh.2018.01.001>
3. Jacobson JL, Pham JT. Juvenile Idiopathic Arthritis: A Focus on Pharmacologic Management. *J Pediat Heal Care* [Internet]. 2018;32(5):515–28. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.02.005>
4. Palman J, Shoop-Worrall S, Hyrich K, McDonagh JE. Update on the epidemiology, risk factors and disease outcomes of Juvenile idiopathic arthritis. *Best Pr Res Clin Rheumatol* [Internet]. 2018;32(2):206–22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.berh.2018.10.004>
5. Garulo DC, Mateos LL, Robledillo JCL. Enfermedades reumáticas en la adolescencia. Artritis idiopática juvenil. Conectivopatías. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018;12(61):3588–600. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.med.2018.08.004>

6. Ringold S, Angeles-Han ST, Beukelman T, Lovell D, Cuello CA, Becker ML, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Therapeutic Approaches for Non-Systemic Polyarthritis, Sacroiliitis, and Enthesitis. *Arthritis Care Res.* 2019;71(6):717–34.
7. Colebatch-Bourn AN, Edwards CJ, Collado P, D'Agostinor MA, Hemke R, Jousse-Joulin S, et al. EULAR-PReS points to consider for the use of imaging in the diagnosis and management of juvenile idiopathic arthritis in clinical practice. *Ann Rheum Dis.* 2015;74(11):1946–57.
8. Barut K, Adrovic A, Sahin S, Kasapçopur Ö. Juvenile idiopathic arthritis. *Balk Med J.* 2017;34:90–101.
9. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la artritis idiopática juvenil. 2014.
10. Arreguin-Reyes R, Valle-Leal J, Rentería LL, Medina-Valenton E, Bastidas LÁ. Descripción de una cohorte de pacientes de artritis idiopática juvenil en el estado de Sonora, México. *Rev Colomb Reumatol.* 2016;23(4):236–41.
11. Thierry S, Fautrel B, Lemelle I, Guillemin F. Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: A systematic review. *Jt Bone Spine [Internet].* 2014;81(2):112–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2013.09.003>
12. Ravelli A, Consolaro A, Horneff G, Laxer RM, Lovell DJ, Wulffraat NM, et al. Treating juvenile idiopathic arthritis to target: Recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2018;77(6):819–28.
13. Krause M, Crowson C, Michet J, Mason T, Muskardin T, Matteson E. Juvenile Idiopathic Arthritis in Olmsted County, Minnesota, 1960–2013. *Arthritis Rheumatol [Internet].* 2016;68(1):247–54. Available from: [file:///C:/Users/Carla Carolina/Desktop/Artigos para acrescentar na qualificação/The impact of birth weight on cardiovascular disease risk in the.pdf](file:///C:/Users/Carla%20Carolina/Desktop/Artigos%20para%20acrescentar%20na%20qualifica%C3%A7%C3%A3o/The%20impact%20of%20birth%20weight%20on%20cardiovascular%20disease%20risk%20in%20the.pdf)
14. Martínez del Val E, Rodríguez Martínez A, Sánchez Becerra V, Cruz Rojo J, Enríquez Merayo E, Barral Mena E, et al. Características del líquido sinovial en pacientes con artritis idiopática juvenil. *An Pediatr [Internet].* 2019;91(4):244–50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.01.004>

15. Dumaine C, Bekkar S, Belot A, Cabrera N, Malik S, von Scheven A, et al. Infectious adverse events in children with Juvenile Idiopathic Arthritis treated with Biological Agents in a real-life setting: Data from the JIRcohort. *Jt Bone Spine* [Internet]. 2020;87(1):49–55. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2019.07.011>
16. Barral Mena E, García Cárđaba LM, Canet Tarrés A, Enríquez Merayo E, Cruz Utrilla A, de Inocencio Arocena J. Metotrexato en artritis idiopática juvenil: efectos adversos y factores asociados. *An Pediatr* [Internet]. 2020;92(3):124–31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.05.010>
17. McErlane F, Carrasco R, Kearsley-Fleet L, Baildam EM, Wedderburn LR, Foster HE, et al. Growth patterns in early juvenile idiopathic arthritis: Results from the Childhood Arthritis Prospective Study (CAPS). *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2018;48(1):53–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.11.002>
18. Padeh S, Pinhas-Hamiel O, Zimmermann-Sloutskis D, Berkun Y. Children with oligoarticular juvenile idiopathic arthritis are at considerable risk for growth retardation. *J Pediatr* [Internet]. 2011;159(5):832–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.04.012>
19. Shin ST, Yu HH, Wang LC, Lee JH, Lin YT, Yang YH, et al. Nutritional Status and Clinical Characteristics in Children With Juvenile Rheumatoid Arthritis. *J Microbiol Immunol Infect* [Internet]. 2010;43(2):93–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1684-1182\(10\)60015-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1684-1182(10)60015-1)
20. Morel-Ayala Z. Artritis Idiopática Juvenil. *Pediatr*. 2009;36(3):223–31.
21. Céspedes Cruz AI, Méndez Núñez M, Solís Vallejo E, Zeferino Cruz M, Torres Jiménez AR, Ocampo Sánchez V, et al. Frequency of Auditory Involvement and of Associated Factors in Patients With Juvenile Idiopathic Arthritis. *Reum Clín*. 2019;15(3):152–5.
22. Davies R, Carrasco R, Foster HE, Baildam EM, Chieng SEA, Davidson JE, et al. Treatment prescribing patterns in patients with juvenile idiopathic arthritis (JIA): Analysis from the UK Childhood Arthritis Prospective Study (CAPS). *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2016;46(2):190–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.06.001>
23. Yu HH, Chen PC, Wang LC, Lee JH, Lin YT, Yang YH, et al. Juvenile Idiopathic Arthritis-Associated Uveitis: A Nationwide Population-Based Study in Taiwan. *PLoS One*. 2013;8(8):e70625.

24. Reina M, Malagón C, Gómez M, Mosquera A. Uveitis crónica en la artritis idiopática juvenil. Impacto pronóstico. Medicina (B Aires). 2018;40(1).
25. Cosickic A, Halilbasic M, Selimovic A, Avdagic H. Uveitis Associated with Juvenile Idiopathic Arthritis, our Observations. Med Arch. 2017;71(1):52–5.

TABLAS

Tabla 1. Características generales, antropométricas y tipo de artritis de los pacientes de estudio

| | N | % |
|--|-----------------|------|
| Edad Actual (Años) Me (RIC) | 13 (8 - 15) | |
| Edad al Diagnostico (Años) Me (RIC) | 9 (5 -12) | |
| Sexo | | |
| F | 104 | 54.2 |
| M | 88 | 45.8 |
| Meses con síntomas al diagnóstico Me (RIC) | 10 (5 - 18) | |
| Talla al DX | 138 (121 - 154) | |
| Talla Actual | 145 (123 - 159) | |
| Diferencia de Talla | 3 (0 - 9) | |
| Peso al Diagnóstico | 34 (19 – 44) | |
| Peso actual | 41 (25 - 53) | |
| Diferencia de Peso | 5 (2 - 10) | |
| Tipo de artritis | | |
| Poliarticular FRN | 60 | 31.4 |
| Oligoarticular | 44 | 23 |
| Sistémica | 33 | 17,3 |
| Poliarticular FRP | 28 | 14,7 |
| ARE | 26 | 13,1 |

Tabla 2. Aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de artritis en pediatría

| | N | % |
|-----------------------|----|------|
| Estudios AR positivos | | |
| ANAS | 23 | 12 |
| Tratamiento Biológico | 72 | 37.5 |
| Adalimumab | 41 | 21.4 |
| Etanercept | 16 | 8.4 |

| | | |
|--------------------|-----|------|
| Tocilizumab | 16 | 8.4 |
| Canakinumab | 5 | 2.6 |
| Abatacept | 1 | 0.5 |
| TTONoBiologico | 181 | 94.3 |
| Corticoides | 157 | 82.6 |
| MTX | 153 | 80.1 |
| AINES | 37 | 19.4 |
| Cloroquina | 13 | 6.8 |
| Sulfasalazina | 6 | 3.1 |
| Ciclofosfamida | 5 | 2.6 |
| Leflunomida | 2 | 1.1 |
| Complicaciones | 39 | 20.4 |
| Deformidades óseas | 12 | 6.3 |
| Uveítis | 8 | 4.2 |
| Hepatotoxicidad | 7 | 3,7 |
| Osteoporosis | 5 | 2.6 |
| Infecciones | 5 | 2.6 |
| Talla baja | 4 | 2.1 |
| SAM | 4 | 2.1 |
| Cushing | 2 | 1.1 |

ANEXOS

Anexo A. Formato de recolección de datos

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN LA COSTA CARIBE COLOMBIANA DESDE ENERO DE 2015 A ENERO DE 2019

Numero: ___ Historia clínica _____

Nombre _____ Sexo _____

Edad _____

Edad al diagnóstico _____

Meses con síntomas al diagnóstico _____

Talla actual _____

Talla al diagnóstico _____

Diferencia de talla _____

Peso actual _____

Peso al diagnóstico _____

Diferencia de peso _____

Tipo de artritis:

Poliarticular FRN () Oligoarticular () Sistémica () Poliarticular FRP () ARE ()

Reporte de ANAS positivo: Si () No ()

Recibió tratamiento biológico ()

¿Cual? _____

Recibió tratamiento No biológico ()

¿Cual? _____

¿Tuvo complicaciones? Si () No ()

¿Cual? _____ 17

Anexo B. Consentimiento informado

Se cuenta con consentimiento y autorización del comité de ética de las clínicas de las cuales fueron tomados los pacientes y de la Universidad del Sinú seccional Cartagena.