

VARIABILIDAD CLÍNICA ENTRE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL CON ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) POSITIVOS Y NEGATIVOS



Torral Novés AM¹, Ivorra Cortés J¹, Grau García E¹, Ramos Castro D¹, Muñoz Martínez P¹, Mas Sánchez L¹, Riesco Bárcena C¹, Huaylla Quispe AV¹, Leal Rodríguez S¹, Cánovas Olmos I¹, Charia H¹, González Puig L¹, Martínez Cordellat I¹, Nájera Herranz C¹, Negueroles Albuixech R¹, Oller Rodríguez JE¹, Ortiz-Sanjuán F¹, Tovar Sugrañes E¹, Vicens Bernabeu E¹, Calvo Penadés I², López Montesinos B², Román Ivorra JA¹

Servicio de Reumatología del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de València¹ Servicio de Reumatología Pediátrica del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de València²

INTRODUCCIÓN

El término Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) engloba un conjunto de artritis crónica de inicio en edad infantil. Las AIJ se catalogan según los criterios de la International League of Associations for Rheumatology (ILAR) en: artritis sistémica, oligoartritis, poliartitis factor reumatoide (FR) negativo y FR positivo, artritis entesitis, artritis psoriásica e indiferenciada. Además de esta clasificación, algunos autores proponen diferenciar entre pacientes con ANA positivos (+) y negativos (-) en suero, ya que podría haber diferencias entre ellos, suscitando la posibilidad de homogeneizar subtipos en base a este valor¹.

OBJETIVOS

Describir la variabilidad clínica extraarticular, tratamiento y prevalencia de los tipos de AIJ en pacientes con ANA+ y ANA- en suero.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en 68 pacientes con AIJ según los criterios de la ILAR visitados en la consulta de transición de un hospital terciario. Se recogieron variables clínicas, analíticas y terapéuticas, y se agrupó a los pacientes según ANA+ o ANA- en suero. Se consideró positivo un título >1/80 de ANA determinado por IFI en al menos 2 ocasiones. Los datos cualitativos se analizaron con Chi-Cuadrado, y las medias se compararon usando ANOVA.

RESULTADOS

De 68 pacientes estudiados, 33 se agruparon en ANA- y 35 en ANA+. El grupo ANA+ se compuso por 28 mujeres (80%), y el ANA- por 18 mujeres (54,44%) (p=n.s.). La media de edad de diagnóstico fue 11 años en el grupo ANA- y 9 años en el ANA+. La AIJ oligoartritis fue más frecuente en el grupo ANA+ (48,57%) que ANA- (9,09%) de forma estadísticamente significativa (p< 0,01). La artritis relacionada con entesitis fue más frecuente en el grupo ANA- (33,33%) que ANA+(8,57%) (p>0,02), así como la artritis sistémica (18,18% en ANA- y 0% en ANA+), siendo las diferencias estadísticamente significativas (p<0,01). La uveítis, psoriasis y el uso de FAME fueron más frecuentes en el grupo ANA+ y el uso de corticoides fue más frecuente en los pacientes ANA-, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, coincidiendo con la literatura, la AIJ oligoartritis se presentó con mayor frecuencia en el grupo ANA+, mientras que la artritis entesitis y la AIJ sistémica fueron más frecuentes en el ANA-.

Aunque los patrones terapéuticos y la presencia de psoriasis y uveítis parecen diferir entre grupos, no encontramos diferencias estadísticamente significativas. Esto podría deberse al escaso número de pacientes, pudiendo subsanarse posiblemente en caso de que se ampliase la muestra.

Variable (n)	ANA- N=33 n(%)	ANA + N=35 n(%)	P-value
Subtipo			
Oligoartritis (20)	3(9,1)	17(48,6)	<0,001
Poliartitis FR- (14)	8(24,2)	6(17,1)	0,6719
Poliartitis FR+(4)	0	4(11,4)	0,1372
Artritis entesitis (14)	11(33,3)	3(8,6)	0,0216
Artritis sistémica (6)	6(18,2)	0	0,0268
Artritis psoriásica(4)	2(6)	2(5,7)	0,9999
Artritis indiferenciada(6)	3(9,1)	3(8,6)	0,9999
Clínica			
Psoriasis(8)	2(6)	6(17,1)	0,2979
Uveítis(10)	3(9,1)	7(20)	0,354
Entesitis(9)	3(9,1)	6(17,1)	0,5344
Aftas orales/genitales (14)	7(21,2)	7(20)	0,9999
Raynaud (6)	3(9,1)	3(8,6)	0,9999
Analítica			
HLAB27+(20)	12(42,8)	8(27,6)	0,3523
FR+(7)	1(3,6)	6(18,2)	0,1673
Anti-CCP+(9)	2(6,1)	7(20)	0,1811
Tratamiento			
FAME (31)	12(36,3)	19(55,9)	0,1748
Biológico (30)	13(39,4)	17(48,6)	0,6049
Corticoides (6)	5(15,1)	1(2,8)	0,1742

Bibliografía: 1.Ravelli A, Varnier GC, Oliveira S, Castell E, Arguedas O, Magnani A, et al. Arthritis Rheum. 2011;63(1):267–75.