

# Artritis idiopática juvenil con factor reumatoideo positivo y asociación con pancreatitis

Carla Young-Candia<sup>1,3</sup>  
Carlos Lastarria- Bamberger<sup>1,3</sup>  
Abel Salinas Rivas<sup>2</sup>

## RESUMEN

La artritis idiopática juvenil es una patología de etiología desconocida que afecta a una o más articulaciones en menores de 16 años. Afecta con mayor frecuencia a varones que a mujeres. Presenta varias variantes, entre ellas la variante sistémica, que engloba manifestaciones como la presencia de fiebre, exantema evanescente, adenopatías, serositis y hepatoesplenomegalia.

Presentamos el caso de un paciente varón de 11 años con poliartrosis, fiebre, exantema evanescente, hepatomegalia y factor reumatoideo positivo, asociado a cuadro de pancreatitis.

## ABSTRACT

*Juvenile idiopathic arthritis is a pathology of unknown etiology that affects one or more joints in children under 16 years of age. It affects men more often than women. It presents several variants, including the systemic variant, which encompasses manifestations such as the presence of fever, evanescent rash, lymphadenopathy, serositis, and hepatosplenomegaly.*

*We present the case of an 11-year-old male patient with polyarthritits, fever, evanescent rash, hepatomegaly, and positive rheumatoid factor, in addition to pancreatitis.*

**Palabras clave:** Artritis idiopática juvenil, factor reumatoideo, pancreatitis.

**Keywords:** *Juvenile idiopathic arthritis, rheumatoid factor, pancreatitis.*

1. Médico Residente del Servicio de Pediatría – Clínica Internacional.  
2. Médico Jefe del Departamento de Pediatría – Clínica Internacional.  
3. Universidad Nacional Mayor de San Marcos

## Introducción

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la presencia de artritis en una o más articulaciones antes de los 16 años y que puede persistir por al menos 6 semanas<sup>(1)</sup>. Es una de las patologías que genera desafíos en el diagnóstico del pediatra, el cual se basa únicamente en el cuadro clínico, asociado a exámenes de laboratorio inespecíficos: VSG y PCR elevados<sup>(1,2)</sup>. Las presentaciones suelen ser oligoartritis en 40 a 50% de los casos, poliartritis en 20 a 30% y sistémicas en 5 a 15%<sup>(3)</sup>. Tiene mayor presentación según sexo en mujeres que en varones.

La incidencia mundial nos revela estar presente en 0.82 a 22.6 entre 100 000 niños al año<sup>(1,3)</sup>.

La ILAR (International League of Associations for Rheumatology) presentó en el 2011 la clasificación de las presentaciones según variantes de aparición, dentro de las cuales destaca la variante sistémica<sup>(4)</sup>, la cual cumple con criterios de inclusión como fiebre de dos semanas de evolución, que por lo menos debe estar presente 3 días seguidos, y por lo menos una o más de las siguientes manifestaciones: exantema evanescente, adenopatías, serositis y hepatoesplenomegalia<sup>(2,4)</sup>.

**Tabla 1.** Clasificación clínica según ILAR. Criterios de inclusión y exclusión.<sup>5</sup>

CATEGORÍA CLÍNICA	CRITERIOS INCLUSIÓN	CRITERIOS EXCLUSIÓN
1. Artritis sistémica	Artritis + Fiebre 2 s. evolución + exantema evanescente Sin artritis: 1 ó 2 criterios previos + 2: Adenopatías Serositis Hepatoesplenomegalia	a, b, c, d
2. Oligoartritis	Artritis en menos de 4 articulaciones: Persistente: se mantiene <4 articulaciones 6 meses desde inicio Extendida: >de 5 articulaciones en los 6 meses desde inicio	a, b, c, d, e
3. Poliartritis FR+	Artritis de >5 articulaciones, 6 primeros meses enfermedad FR+: 2 determinaciones (intervalo 3 meses)	a, b, c, e
4. Poliartritis FR-	Artritis de >5 articulaciones, 6 primeros meses enfermedad FR-	a, b, c, d, e
5. Artritis relacionada con entesitis	Artritis y entesitis Artritis o entesitis y 2 signos: dolor (articulación sacroilíaca, o dolor inflamatorio lumbosacro) HLA B27 + Inicio varones > de 6 años Uveítis anterior aguda Antecedentes de: sacroileítis, espondilitis anquilosante, artritis relacionada con entesitis, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter, uveítis anterior en familiar 1 er grado	a, d, e
6. Artritis psoriásica	Artritis y psoriasis Artritis y 2 ó más signos: Dactilitis Pocillos ungueales u onicólisis Psoriasis familiares de 1er grado	b, c, d, e
7. Artritis indiferenciadas	Artritis que no cumple criterios de ninguna categoría o cumplen más de dos categorías	

Las exclusiones corresponden:

- Psoriasis o antecedentes psoriasis en paciente o en familiar 1er grado
- Artritis en paciente varón HLA B27 + que inicia síntomas después de los 6 años edad
- Espondiloartritis anquilosante, artritis relacionada con entesitis, sacroileítis, enf. inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter, uveítis anterior aguda tanto en paciente como en algún familiar de 1er grado
- Factor reumatoide (FR) positivo (dos determinaciones al menos, con 3 meses de intervalo)
- Presencia de artritis idiopática juvenil sistémica en el paciente

A continuación, se presenta el caso de una AIJ compatible con variante sistémica con asociación de factor reumatoideo positivo y cuadro previo de pancreatitis.

### Caso Clínico

Se presenta el caso de un paciente varón de 9 años con tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por dolor abdominal de intensidad 9/10 en epigastrio, signo de Blumberg (-) y deposiciones semilíquidas de 3 cámaras por día por un día. Acude al servicio de emergencia de un centro médico donde por la evaluación y análisis clínico se le diagnostica pancreatitis. Se hospitaliza para manejo y 4 días después, inicia con dolor de rodilla derecha por lo que se agrega tratamiento antiinflamatorio; el dolor remite y habiendo mejoría del cuadro de pancreatitis, se decide el alta. Al día siguiente, se reinicia el dolor en rodilla derecha. Se agrega fiebre cuantificada de 38.2 °C, la cual cede con paracetamol y medios físicos. El cuadro febril se mantiene por 2 días más y aparece dolor en pie derecho. Por persistencia de fiebre y poliartalgias, acude nuevamente al servicio de emergencia; se cataloga dolor poliarticular 9/10; se decide reingresar a hospitalización para estudio y manejo. Al examen, se evidencia aumento de volumen en ambas rodillas, pies y manos, las cuales puede movilizar sin dificultad; sin embargo, presenta dolor en hombro, codo, muñeca, 1er dedo de mano derecha y 4to dedo de pie derecho a la movilización activa y pasiva. Familiar menciona que presentó leve exantema en tórax anterior, el cual no persistió por mucho tiempo. Se agrega disuria en los días siguientes de la hospitalización.

Dentro de los análisis de laboratorio se encontró leucocitosis, leucocituria, aumento de las enzimas pancreáticas, relacionado con el primer ingreso, y elevación de los reactantes de fase aguda, como PCR y VSG, tal y como se observa en la tabla 2. Se evidenció presencia de factor reumatoideo positivo. Además, se solicitó radiografías de las zonas donde

el paciente refería dolor, sin hallazgos patológicos, y ecografía abdominal donde se menciona leve esteatosis hepática y hepatomegalia, sin líquido abdominal libre.

Se decide tratamiento de inicio con paracetamol a 15 mg/kg/dosis y ketorolaco 1 mg/kg/día, que luego se cambia por naproxeno 7 mg/Kg/dosis y prednisona 0.5 mg/kg/día, obteniendo disminución



Figura 1. Aumento de volumen en dedos de los pies.



Figura 2. Aumento de volumen en dedos de las manos.

**Tabla 2.** Exámenes de laboratorio de ayua diagnóstica

	15-Set	18-Set	20-Set	21-Set	22-Set	25-Set	29-Set	2-Oct	5-Oct
Hemoglobina	13.1 g/dL			12.4 g/dL			12.7 g/dL		
Hematocrito	38.40%			34.60%			36.10 %		
Leucocito	12.23 x 10 <sup>3</sup> cel/uL			12.9 x 10 <sup>3</sup> cel/uL			17.02x 10 <sup>3</sup> cle/uL		
Plaquetas	585 x 10 <sup>3</sup> cel/uL			531 x 10 <sup>3</sup> cel/uL			859 x 10 <sup>3</sup> cel/uL		
PCR	33.51 mg/L	23.8 mb/L	113.7 mg/L	107.5 mg/L			106.22 mg/L		13.44 mg/L
PCT							0.198 ng/mL		
VSG							70 mm/h		90 mm/h
Ferritina							830.6 ng/ml		
Lipasa	461 U/L	238 U/L	204 U/L		284 U/L	99.49 U/L	505 U/L		
Amilasa	259 U/L	120 U/L	105 U/L		163 U/L	378 U/L	137 U/L		
Anti CPP IgG							menos de 7		
ANA							Negativo		
PCR SARS Cov2	No detectado								
Reacción inflamatoria en heces	70-100 x Campo			25-30 x Campo					
Factor Reumatoideo							19.02		
CPK							34 U/L		
Brucella IgG ELISA							0.5		
Brucella IgM ELISA							1		

en el dolor de articulaciones, del volumen y de reactantes de fase aguda (VSG y PCR), por lo que se decide alta hospitalaria. Posteriormente, se evalúa a paciente por consultorio donde se encuentra sin molestias, con remisión de todos los síntomas.

## Discusión

El caso presentado podría ser considerado como una variante a la variante sistémica de las AIJ, ya que cumple con casi todos los criterios de inclusión: artritis, fiebre, exantema evanescente, hepatomegalia<sup>(4)</sup>. No obstante, la presencia de factor reumatoideo positivo es uno de los criterios de exclusión de esta variante<sup>(2,6)</sup>, y al momento, no hay demostración de su presencia en este tipo de AIJ. Tampoco puede ser considerada dentro de las otras variantes, por presentar el resto de manifestaciones clínicas. Adicionalmente y aun sin

cuadro de serositis, nuestro paciente presentó un episodio de pancreatitis unos días antes del inicio del dolor articular. La literatura nos muestra un reporte de dos casos de pacientes pediátricos que presentaron cuadros de pancreatitis<sup>(7)</sup>, siendo este el tercer caso de asociación de AIJ con pancreatitis. La diferencia entre estos casos fue el tiempo de aparición de pancreatitis: en nuestro paciente fue previa a la aparición de la AIJ, y en el reporte publicado en uno de los casos fue posterior y en el otro caso concomitante al inicio de la AIJ<sup>(7)</sup>.

Esta patología tiene una etiología desconocida hasta el momento; sin embargo, se postula que es desencadenada por un agente infeccioso en un paciente con predisposición genética, lo cual produce cuadros de autoinflamación y con ello sobreproducción de reactantes de fase aguda<sup>(8)</sup>. En nuestro paciente, no encontramos antecedente

de infección previa, y postulamos el hecho que esta tormenta inflamatoria podría haber originado el cuadro de pancreatitis.

En cuanto a los valores de laboratorio, se menciona que en los casos de AIJ toman importancia los valores de PCR y VSG<sup>(2,3)</sup>. En el caso que presentamos se observan cómo estuvieron los valores de estos, y como se nota un descenso del PCR y una elevación de la VSG, debido muy probablemente a que el cuadro aún se encontraba en proceso de remisión al momento de tomar las muestras finales. Sin embargo, llama la atención el marcado descenso del PCR, el cual estuvo elevado desde el inicio del cuadro.

En cuanto al tratamiento, se menciona un uso escalonado de los antiinflamatorios conocidos, indicando en primera instancia los AINES<sup>(9)</sup>. Nuestro paciente recibió tratamiento con naproxeno, el cual hizo efecto casi de manera inmediata en las manifestaciones clínicas presentadas.

## Conclusión

El presente caso abre la posibilidad de revisar los criterios de inclusión de la variante sistémica de la AIJ en lo referente a la ausencia de serositis pero con la presencia de pancreatitis asociada al factor reumatoideo positivo.

### Ayudas o fuentes de financiamiento

Ninguno.

### Conflictos de interés

Los autores no reportan conflictos de interés respecto al presente manuscrito.

## Bibliografía

1. Barut K, Adrovic A, Şahin S, Kasapçopur Ö. Juvenile Idiopathic Arthritis. *Balkan Med J.* 2017 Mar; 34(2): 90-101.
2. Navalón E, Martínez E, Muñoz P. Artritis idiopática juvenil, variedad artritis sistémica. A propósito de un caso. *Rev Soc Bol Ped* 2006; 45 (3): 163-5.
3. Crayne C, Beukelman T. Juvenile Idiopathic Arthritis: Oligoarthritis and Polyarthritis. *Pediatr Clin N Am* 65 (2018) 657-674.
4. Lee J, Schneider R. Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis. *Pediatr Clin N Am* 65 (2018) 691-709.
5. Solís P. Artritis idiopática juvenil. *Pediatría integral.* 2013; 17(1).
6. Quesada M et al. Juvenile Idiopathic Arthritis: clinical manifestation and treatment. *Rev med Leg Cost Rica.* 2020; 37 (1).
7. Singh A et al. Pancreatitis in systemic juvenile idiopathic arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2019;37(6):1094-1095.
8. Cimaz R. Systemic-onset juvenile idiopathic arthritis. *Autoimmun Rev.* 2016 Sep;15(9):931-4.
9. Mosquera Angarita JM. Artritis idiopática juvenil sistémica. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020; 2:61-75.

### Correspondencia:

Carla Young Candia  
Avenida Guardia Civil 421  
Médico Residente 2do año del Servicio de  
Pediatria – Clínica Internacional  
**E-mail:** cyoungcandia@gmail.com