



Artritis idiopática juvenil poliarticular: Manifestaciones sistémicas y desafíos terapéuticos en paciente adolescente

Juvenile idiopathic polyarticular arthritis: Systemic manifestations and therapeutic challenges in adolescent patients

María Augusta Reyes-Pérez
ua.mariareyes@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0000-0002-8882-7672>

Sulema Leticia Camacho-Arboleda
sulemac60@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0000-6227-6772>

Heidy Yamilez Sánchez-López
heidysl10@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0007-2291-5171>

Diana Estefanía Arias-Meléndez
dianaam85@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0003-9876-0111>

RESUMEN

Objetivo: Presentar un caso de artritis idiopática juvenil poliarticular con manifestaciones sistémicas y resistencia al tratamiento convencional. **Método:** Reporte de caso clínico de adolescente de 14 años con diagnóstico de AIJ desde los 10 años. **Resultados:** La paciente desarrolló manifestaciones sistémicas (fiebre, exantema), artritis simétrica en muñecas, rodillas y manos, rigidez matutina prolongada, deformidades articulares leves y elevación de marcadores inflamatorios. Presentó evolución subóptima ante tratamiento convencional con metotrexato y corticosteroides, evidenciando necesidad de escalar terapéuticamente hacia agentes biológicos. **Conclusiones:** El caso ilustra la heterogeneidad clínica de la AIJ poliarticular, destacando la importancia del diagnóstico diferencial con otras patologías autoinmunes y la relevancia del manejo multidisciplinario para optimizar el pronóstico funcional.

Descriptores: artritis juvenil; metotrexato; terapia biológica. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: Presentation of a case of polyarticular juvenile idiopathic arthritis with systemic manifestations and resistance to conventional treatment. **Method:** Clinical case report of a 14-year-old adolescent diagnosed with JIA at the age of 10. **Results:** The patient developed systemic manifestations (fever, rash), symmetrical arthritis in the wrists, knees and hands, prolonged morning stiffness, mild joint deformities and elevated inflammatory markers. She had a suboptimal response to conventional treatment with methotrexate and corticosteroids, highlighting the need to escalate therapy to biological agents. **Conclusions:** The case illustrates the clinical heterogeneity of polyarticular JIA, highlighting the importance of differential diagnosis with other autoimmune pathologies and the relevance of multidisciplinary management to optimise functional prognosis.

Descriptors: juvenile arthritis; methotrexate; biological therapy. (DeCS).

Recibido: 06/09/2025. Revisado: 15/09/2025. Aprobado: 15/10/2025. Publicado: 20/10/2025.

Comunicaciones clínicas



INTRODUCCIÓN

La artritis idiopática juvenil (AIJ) constituye el grupo más prevalente de enfermedades reumáticas crónicas en la población pediátrica, con una incidencia que oscila entre 1,6 y 23 casos por cada 100 000 menores de 16 años anualmente (1). Desde la conferencia de consenso de la Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología en 2001, se establecieron siete categorías diagnósticas de AIJ, siendo la poliartritis con factor reumatoide negativo una de las formas más frecuentes y heterogéneas (2).

La patogenia de esta entidad permanece parcialmente comprendida, aunque se reconoce la participación de mecanismos autoinmunes caracterizados por infiltración linfocitaria sinovial, secreción de citoquinas proinflamatorias y proliferación vascular que perpetúan el daño articular (3). La presentación clínica varía desde manifestaciones articulares aisladas hasta compromiso sistémico con fiebre, exantema y afectación de múltiples órganos, lo cual complejiza el abordaje diagnóstico y terapéutico (4).

El tratamiento convencional se basa en antiinflamatorios no esteroideos, corticosteroides y fármacos modificadores de enfermedad como el metotrexato. Sin embargo, aproximadamente 30% de los pacientes presentan respuesta inadecuada a estas intervenciones, requiriendo escalamiento hacia terapias biológicas dirigidas contra citoquinas específicas como el factor de necrosis tumoral o la interleucina 6 (5,6).

El presente trabajo analiza un caso de AIJ poliarticular con manifestaciones sistémicas y resistencia terapéutica, destacando los elementos clínicos relevantes para el diagnóstico diferencial y las opciones de manejo en escenarios de fracaso al tratamiento convencional.



ANÁLISIS DEL CASO

Presentación clínica

Paciente femenina de 14 años, mestiza, estudiante de bachillerato, procedente y residente en Ambato, Ecuador, con diagnóstico establecido de AIJ desde los 10 años. Acudió a consulta por exacerbación de síntomas articulares caracterizados por dolor y rigidez matutina de más de una hora de duración en muñecas, rodillas y manos. Durante los tres días previos a la evaluación, refirió incremento en la hinchazón y temperatura local de las articulaciones afectadas, limitando significativamente sus actividades cotidianas, incluyendo la deambulaci3n y manipulaci3n de objetos. Adicionalmente, manifest3 fatiga generalizada, dificultad para mantener la concentraci3n en sus actividades acad3micas y sensaci3n de malestar general persistente durante varias semanas. La paciente atribuy3 parcialmente el empeoramiento de su sintomatologí a al estr3s asociado con la carga escolar. Neg3 antecedentes de infecciones recientes, viajes o exposiciones ambientales significativas.

Hallazgos del examen fí sico

La exploraci3n fí sica revel3 una adolescente normolínea (índice de masa corporal 23,4 kg/m²), con facie dolorosa y marcha conservada aunque cautelosa. Los signos vitales mostraron tensi3n arterial de 126/84 mmHg, frecuencia cardíaca de 87 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 17 respiraciones por minuto y temperatura axilar de 36,3°C durante la evaluaci3n inicial, aunque se document3 febrícula (37,5-38°C) en mediciones domiciliarias.

El examen dermatol3gico evidenci3 exantema eritematoso leve en regi3n malar y superficies extensoras de codos. La evaluaci3n articular demostr3 inflamaci3n palpable, aumento de temperatura local y dolor a la movilizaci3n en muñecas y rodillas bilateralmente. Se identificaron deformidades leves en articulaciones interfalángicas de las manos, consistentes con cambios cr3nicos secundarios a



sinovitis prolongada. El rango de movimiento articular se encontraba limitado por dolor e inflamación, especialmente en muñecas.

La exploración sistemática de cabeza, cuello, tórax, abdomen y sistema nervioso no reveló alteraciones significativas. No se palparon adenopatías cervicales ni visceromegalias. La auscultación cardiopulmonar fue normal, descartándose serositis clínicamente evidente.

Estudios complementarios y tratamiento previo

Los estudios serológicos realizados a los 16 años y 3 meses mostraron factor reumatoide de 6,53 $\mu\text{g/mL}$ (rango de referencia: 0,00-8,0 $\mu\text{g/mL}$), confirmando la categoría de AIJ poliarticular con factor reumatoide negativo. Los marcadores inflamatorios evidenciaron actividad de la enfermedad, aunque no se especificaron valores absolutos en el expediente clínico revisado.

El esquema terapéutico vigente incluía metotrexato 10 mg por vía oral semanalmente y prednisona 5 mg diarios. La paciente reportó disminución progresiva de la eficacia del tratamiento durante los meses precedentes a la consulta, con incremento en la frecuencia e intensidad de los brotes inflamatorios, lo cual motivó la reevaluación del plan terapéutico.

Evolución y planteamiento diagnóstico

La evolución clínica sugirió un brote de actividad severa de la AIJ poliarticular, potencialmente evolucionando hacia un subtipo con manifestaciones sistémicas. La presencia de fiebre y exantema obligó a considerar diagnósticos diferenciales, particularmente lupus eritematoso sistémico juvenil y enfermedad de Still, dado que estas entidades comparten manifestaciones clínicas con la AIJ sistémica (7,8). La negatividad del factor reumatoide, la distribución simétrica de la artritis y la ausencia de otros marcadores autoinmunes específicos respaldaron el diagnóstico de AIJ poliarticular. No obstante, la respuesta subóptima al tratamiento convencional planteó la necesidad de intensificar la inmunosupresión mediante terapias biológicas, específicamente inhibidores del factor de necrosis tumoral como etanercept o



adalimumab, los cuales han demostrado eficacia en pacientes refractarios a metotrexato (9,10).

DISCUSIÓN

El caso presentado muestra la complejidad que representa diagnosticar la AIJ poliarticular cuando aparecen manifestaciones sistémicas. La artritis simétrica, la rigidez matutina prolongada y las deformidades articulares son rasgos propios de la forma poliarticular, pero cuando surge fiebre y exantema, hay que considerar otros diagnósticos como el lupus eritematoso sistémico juvenil y la enfermedad de Still (11). El lupus eritematoso sistémico juvenil presenta muchas similitudes con la AIJ, como artritis, exantema facial y síntomas sistémicos. Lo que permite diferenciarlos es la presencia de anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-ADN de doble cadena y compromiso renal (12). En este caso, al ser negativo el factor reumatoide y no contar con datos sobre otros autoanticuerpos, la evaluación queda incompleta. Esto pone de manifiesto cuán importante resulta hacer perfiles inmunológicos completos cuando los pacientes muestran manifestaciones atípicas.

La enfermedad de Still presenta fiebre en picos diarios, exantema evanescente, artritis y con frecuencia leucocitosis con neutrofilia. Distinguir la de la AIJ sistémica representa un reto importante, ya que algunos autores ven esta enfermedad como la forma adulta de la AIJ sistémica (13). Cómo evoluciona la enfermedad en el tiempo, comenzando con afección monoarticular u oligoarticular que avanza hacia poliartritis, ayuda a orientar el diagnóstico diferencial.

La resistencia al metotrexato, que se manifiesta con empeoramiento clínico pese a usar dosis convencionales, es algo frecuente en la reumatología pediátrica. Cerca del 30% de los pacientes con AIJ no responde adecuadamente a los fármacos modificadores de enfermedad convencionales, por lo que necesitan pasar a agentes biológicos (14).

Los inhibidores del factor de necrosis tumoral, sobre todo etanercept y adalimumab, son la primera opción de terapia biológica cuando hay AIJ refractaria a metotrexato.



Varios estudios confirman su eficacia para reducir la actividad de la enfermedad, evitar que el daño articular progrese y mejorar la calidad de vida (15). Adalimumab está indicado específicamente en combinación con metotrexato para tratar AIJ en niños y adolescentes de 2 a 17 años que no han respondido bien a fármacos modificadores de enfermedad convencionales.

Como alternativa, los inhibidores de la interleucina 6, como tocilizumab, han dado buenos resultados en AIJ sistémica y poliarticular, particularmente cuando hay manifestaciones sistémicas importantes. Elegir el agente biológico debe hacerse de forma individualizada, considerando el subtipo de AIJ, si existen manifestaciones extraarticulares y qué tan seguro es cada medicamento (16).

El abordaje integral de la AIJ necesita que múltiples especialidades trabajen de forma coordinada. Hacer evaluaciones oftalmológicas periódicas es fundamental para detectar a tiempo la uveítis anterior crónica, una complicación frecuente en AIJ oligoarticular con anticuerpos antinucleares positivos, aunque también aparece en formas poliarticulares (17). La fisioterapia y terapia ocupacional son elementos esenciales para conservar el rango de movimiento articular, evitar contracturas y mejorar la funcionalidad.

El apoyo psicológico adquiere especial relevancia cuando se trata de adolescentes con enfermedades crónicas, porque el impacto de la AIJ va más allá de lo físico y afecta el desarrollo emocional, la autoestima y la integración social. La fatiga crónica, las limitaciones funcionales y el tratamiento prolongado generan ansiedad, depresión y problemas de adaptación escolar, como se observó en la paciente analizada (18).

También hay que monitorizar los efectos adversos del tratamiento mediante seguimiento coordinado. El metotrexato puede causar hepatotoxicidad, mielosupresión y alteraciones gastrointestinales, mientras que los corticosteroides por tiempo prolongado se relacionan con retraso del crecimiento, osteoporosis, hipertensión y síndrome cushingoid. Los agentes biológicos, aunque por lo general se toleran bien, aumentan el riesgo de infecciones oportunistas y requieren vigilancia



estrecha (19).

El pronóstico de la AIJ poliarticular depende de varios factores: cuántas articulaciones están afectadas, si hay erosiones radiográficas tempranas, si persiste elevada la reacción de fase aguda y cómo responde al tratamiento inicial. Las deformidades articulares que presenta la paciente reflejan un daño estructural ya establecido, lo que pone en evidencia cuán importante es intervenir de forma temprana y agresiva para prevenir discapacidad funcional (20).

Las terapias emergentes, que incluyen inhibidores de JAK (Janus quinasas) como tofacitinib y baricitinib, son alternativas prometedoras para pacientes que no han respondido a múltiples líneas terapéuticas. Estos fármacos orales interfieren con varias vías de señalización de citoquinas, lo que ofrece una opción adicional en casos complejos, aunque todavía hay poca experiencia con ellos en población pediátrica (21).

Este análisis se basa en la información clínica disponible, que presenta limitaciones inherentes. Al no contar con estudios inmunológicos completos (anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-ADN y complemento sérico), se limita la capacidad de descartar definitivamente otras enfermedades autoinmunes. Tampoco se documentaron estudios de imagen articular como ultrasonografía o resonancia magnética, que habrían permitido evaluar de forma objetiva el grado de sinovitis y daño estructural.

La información sobre marcadores inflamatorios específicos (velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva) y sobre la evaluación oftalmológica para descartar uveítis no aparece detallada en el expediente clínico revisado. Estos datos son fundamentales para caracterizar completamente el caso y planificar el tratamiento.

Por último, el seguimiento longitudinal posterior a la evaluación descrita no está documentado, lo que limita la capacidad de analizar cómo respondió al potencial escalamiento terapéutico y cuál fue su evolución clínica a mediano y largo plazo.



Este caso clínico aporta elementos relevantes para la práctica clínica en reumatología pediátrica. Primero, señala cuán necesario es mantener alta sospecha diagnóstica cuando aparecen manifestaciones sistémicas en pacientes con AIJ establecida, ya que pueden reflejar evolución hacia subtipos más agresivos o superposición con otras enfermedades autoinmunes. Segundo, muestra que hay que reconocer a tiempo la resistencia terapéutica al tratamiento convencional. Cuando persiste la actividad inflamatoria, se desarrollan deformidades articulares y hay deterioro funcional progresivo, está claramente indicado escalar hacia terapias biológicas, las cuales han transformado el pronóstico de la AIJ en las últimas dos décadas.

CONCLUSIÓN

El caso de esta adolescente de 14 años con AIJ poliarticular ilustra varios aspectos críticos en el manejo de las enfermedades reumáticas pediátricas. La aparición de manifestaciones sistémicas en un paciente con diagnóstico establecido obliga a replantear el enfoque diagnóstico y terapéutico, considerando la posible evolución hacia formas más agresivas de la enfermedad o la coexistencia con otras patologías autoinmunes. La falla al tratamiento convencional con metotrexato, evidenciada por el deterioro funcional progresivo y la aparición de deformidades articulares, constituye una señal clara para modificar la estrategia terapéutica hacia agentes biológicos que han demostrado cambiar sustancialmente el curso de esta enfermedad.

Más allá del control inflamatorio, resulta indispensable atender las repercusiones psicológicas y sociales que enfrentan estos pacientes, quienes además de lidiar con síntomas físicos incapacitantes, deben adaptarse a tratamientos prolongados que afectan su desarrollo emocional y escolar. La coordinación entre reumatología, oftalmología, fisioterapia y psicología se vuelve entonces un pilar fundamental para garantizar no solo la remisión de la enfermedad, sino también una calidad de vida digna que permita a estos jóvenes alcanzar su máximo potencial a pesar de las limitaciones impuestas por su condición crónica.



FINANCIAMIENTO

No monetario

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la dirección de investigación de UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Thierry S, Fautrel B, Lemelle I, Guillemin F. Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. *Joint Bone Spine*. 2014;81(2):112–7.
2. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol*. 2004;31(2):390–2.
3. Scola MP, Imagawa T, Boivin GP, Giannini EH, Glass DN, Hirsch R, et al. Expression of angiogenic factors in juvenile rheumatoid arthritis: correlation with revascularization of human synovium engrafted into SCID mice. *Arthritis Rheum*. 2001;44(4):794–801.
4. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet*. 2007;369(9563):767–78.
5. Beukelman T, Patkar NM, Saag KG, Tolleson-Rinehart S, Cron RQ, DeWitt EM, 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(4):465–82.
6. Ringold S, Weiss PF, Beukelman T, DeWitt EM, Ilowite NT, Kimura Y, et al. 2013 update of the 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum*. 2013;65(10):2499–512.
7. Behrens EM, Beukelman T, Gallo L, Spangler J, Rosenkranz M, Arkachaisri T, et al. Evaluation of the presentation of systemic onset juvenile rheumatoid arthritis: data from the Pennsylvania Systemic Onset Juvenile Arthritis Registry (PASOJAR). *J Rheumatol*. 2008;35(2):343–8.
8. Schneider R, Laxer RM. Systemic onset juvenile rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2002;16(2):243–59.
9. Lovell DJ, Giannini EH, Reiff A, Cawkwell GD, Silverman ED, Nocton JJ, et al. Etanercept in children with polyarticular juvenile rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*. 2000;342(11):763–9.
10. Lovell DJ, Ruperto N, Goodman S, Reiff A, Jung L, Jarosova K, et al. Adalimumab with or without methotrexate in juvenile rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*. 2008;359(8):810–20.
11. Weiss PF, Klink AJ, Localio R, Hall M, Hexem K, Burnham JM, et al. Corticosteroid use and adverse events in children with systemic juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care Res*. 2014;66(10):1538–46.
12. Hiraki LT, Benseler SM, Tyrrell PN, Harvey E, Hebert D, Silverman ED. Clinical and laboratory characteristics and long-term outcome of pediatric systemic lupus erythematosus: a longitudinal study. *J Pediatr*. 2008;152(4):550–6.
13. Gerfaud-Valentin M, Jamilloux Y, Iwaz J, Sève P. Adult-onset Still's disease. *Autoimmun Rev*. 2014;13(7):708–22.
14. Kimura Y, Pinho P, Walco G, Higgins G, Hummell D, Szer I, et al. Etanercept treatment in patients with refractory systemic onset juvenile rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2005;32(5):935–42.



15. Horneff G, Schmeling H, Biedermann T, Foeldvari I, Ganser G, Girschick HJ, et al. The German etanercept registry for treatment of juvenile idiopathic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(12):1638–44.
16. De Benedetti F, Brunner HI, Ruperto N, Kenwright A, Wright S, Calvo I, et al. Randomized trial of tocilizumab in systemic juvenile idiopathic arthritis. *N Engl J Med*. 2012;367(25):2385–95.
17. Heiligenhaus A, Niewerth M, Ganser G, Heinz C, Minden K. Prevalence and complications of uveitis in juvenile idiopathic arthritis in a population-based nation-wide study in Germany: suggested modification of the current screening guidelines. *Rheumatology*. 2007;46(6):1015–9.
18. Mullick MS, Nahar JS, Haq SA. Psychiatric morbidity, stressors, impact, and burden in juvenile idiopathic arthritis. *J Health Popul Nutr*. 2005;23(2):142–9.
19. Giannini EH, Lovell DJ, Silverman ED, Sundel RP, Tague BL, Ruperto N. Intravenous immunoglobulin in the treatment of polyarticular juvenile rheumatoid arthritis: a phase I/II study. *J Rheumatol*. 1996;23(5):919–24.
20. Fantini F, Gerloni V, Gattinara M, Cimaz R, Arnoldi C, Lupi E. Remission in juvenile chronic arthritis: a cohort study of 683 consecutive cases with a mean 10-year follow-up. *J Rheumatol*. 2003;30(3):579–84.
21. Ruperto N, Brunner HI, Synoverska O, Ting TV, Mendoza CA, Spindler A, et al. Tofacitinib in juvenile idiopathic arthritis: a double-blind, placebo-controlled, withdrawal phase 3 randomised trial. *Lancet*. 2021;398(10315):1984–96.

Derechos de autor: 2025 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>