

Artritis idiopática juvenil, forma sistémica. A propósito de un caso

Juvenile idiopathic arthritis, systemic form. About a case

Aymara Valentín-Rodríguez^{1*}  <https://orcid.org/0000-0001-9204-9087>

Adalberto Hernández-Fuentes²  <https://orcid.org/0000-0003-3426-5704>

Milagros Verde-Castillo³  <https://orcid.org/0000-0001-5789-9094>

¹ Hospital General Docente Julio M. Aristegui Villamil. Cárdenas, Matanzas, Cuba.

² Hospital General Docente Pedro Betancourt. Jovellanos, Matanzas, Cuba.

³ Policlínico Docente Mario Escalona Reguera. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: draaymara1989@gmail.com

RESUMEN

La artritis idiopática juvenil es la enfermedad reumática crónica más frecuente en niños, y una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia. En Angola no se han realizado revisiones de casos de dicha enfermedad de inicio sistémico, y solo se han reportado escasas publicaciones en el continente africano, en países como Egipto y Sudáfrica. El objetivo de este trabajo es describir un caso de artritis idiopática juvenil sistémica en una paciente de dos años que presentó síntomas como poliartritis, eritema evanescente, adenopatías, fiebre prolongada y visceromegalias. Este es el primer caso de artritis idiopática juvenil reportado en dicho país.

Palabras clave: artritis idiopática juvenil; artritis sistémica.



ABSTRACT

Juvenile idiopathic arthritis is the most frequent rheumatic disease and one of the most common chronic diseases in childhood. In Angola, there are no reviews reported of this systemic onset disease, and only few publications have been reported on the African continent, in countries such as Egypt and South Africa. The objective of this work is to inform on a case of systemic juvenile idiopathic arthritis in a two-years-old patient who presented symptoms such as polyarthritis, evanescent erythema, lymphadenopathies, prolonged fever and visceromegaly. This is the first case of juvenile idiopathic arthritis reported in that country.

Key words: juvenile idiopathic arthritis; systemic arthritis.

Recibido: 22/12/2022.

Aceptado: 23/05/2023.

INTRODUCCIÓN

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente en la edad pediátrica, y es una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia.⁽¹⁾ La incidencia varía de 1 a 22 por cada 100 000 niños, con una prevalencia de 8 a 150 por cada 100 000 a nivel mundial.⁽²⁾ Se estima una prevalencia de 15 000 a 30 000 casos en Estados Unidos de América, donde casi 300 000 niños tienen alguna forma de artritis juvenil.⁽³⁾

La AIJ no es una enfermedad infrecuente, pero su real prevalencia e incidencia aún es desconocida. Diferentes estudios sugieren que la incidencia de AIJ es de 10 a 20 casos nuevos por cada 100 000 niños en riesgo por año. Un estudio reciente, sobre una cohorte multiétnica de pacientes con AIJ, documentó un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en descendientes de europeos. En los últimos estudios en Europa se estima una incidencia de 1,6 a 23 por cada 100 000 niños menores de 16 años, siendo la prevalencia de 3,8 a 400 por cada 100 000 en este mismo grupo etario.⁽¹⁾

La edad de comienzo de la AIJ es habitualmente entre el año y los 3 años de vida, siendo raro su inicio antes de los 6 meses de edad. Con respecto al sexo, la AIJ es dos veces más frecuente en niñas. En la forma sistémica, se observa igual proporción entre sexos. La AIJ se ha descrito en todas las razas y áreas geográficas. Los estudios sobre incidencia y prevalencia en aborígenes son aún escasos. Si bien no hay estudios epidemiológicos realizados en América Latina, por analogía con los realizados en Estados Unidos e Inglaterra se estima que en ese continente habría en la actualidad entre 5 000 y 10 000 niños con AIJ que necesitan atención médica por esta enfermedad.⁽⁴⁾ No existen publicaciones actuales sobre esta patología en la República de Angola.



La AIJ es definida como la presencia de artritis en una o varias articulaciones, con aparición antes de los 16 años y que persista al menos durante 6 semanas, sin etiología definida. La clínica es variable y no hay consenso en si se trata de una única enfermedad con distintas formas de presentación y evolución, o de distintas enfermedades, teniendo todas en común la inflamación articular crónica.⁽⁵⁾

Esta afección fue descrita inicialmente por Andre-Victor Cornil en 1867, y en 1892 Meyer Diamant-Berger aceptaba la existencia de diferencias clínicas. En 1897, George Frederic Still describe a un paciente con afectación ganglionar, visceral y fiebre, diferenciándose desde entonces esta forma de las que mostraban una participación articular predominante. La denominación de "artritis reumatoide juvenil" es introducida en 1940 por James A. Coss, Jr. y Ralph. H. Boots, siendo de uso común durante muchos años. Hasta hace poco se empleaban dos clasificaciones con criterios de inclusión y terminología no equivalentes, lo que llegó a causar ciertas discrepancias. Aunque ambas se referían a una afectación articular de etiología desconocida en menores de 16 años, existían diferencias:

1. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) la denominaba artritis reumatoide juvenil (ARJ), imponiendo como criterio una duración mínima de seis semanas para la artritis, habiendo excluido otras enfermedades.

2. La Liga Europea contra el Reumatismo empleaba el término de artritis crónica juvenil (ACJ), aplicando el de ARJ solamente a la forma poliarticular con factor reumatoide positivo. También se pedía una persistencia mínima de la artritis de tres meses, aceptando la asociación de la artritis con otras patologías (espondilitis anquilosante juvenil, enfermedad inflamatoria intestinal o psoriasis) excluidas por el ACR. Al ser más amplia, esta clasificación dificultaba la comparación de estudios entre ambas. La clasificación actualmente en uso fue propuesta por la Liga Internacional contra el Reumatismo (ILAR) en el año 1995, unificando los criterios y pasando a emplear la denominación genérica de artritis idiopática juvenil. Actualmente, se encuentran admitidas siete categorías clínicas que incluyen todo el espectro de manifestaciones clínicas de esta enfermedad: artritis sistémica, oligoartritis, poliartitis con factor reumatoideo negativo, poliartitis con factor reumatoideo positivo, artritis psoriásica, artritis asociada a entesitis, y artritis no clasificada.

La AIJ de inicio sistémico (AIJIS) es la forma más grave, y ha sido reconocida como una forma única en las artritis crónicas de la infancia, tanto por sus características clínicas como epidemiológicas.⁽³⁾

La artritis idiopática juvenil sistémica (AIJS) representa un 5 a 15 % de los diagnósticos de artritis idiopática juvenil, siendo descrita hasta en el 50 % de los casos en países asiáticos. Se puede presentar en cualquier momento durante la edad infantil, con un pico entre 1 y 5 años, sin predisposición por el género.⁽¹⁾ Cada vez hay más evidencia que la ubica, tanto en presentación clínica como en fisiopatología, de manera más cercana a las enfermedades autoinflamatorias que a la artritis idiopática juvenil, estimándose que hasta el 70 % de los pacientes escapan a los criterios de clasificación



por ausencia de manifestaciones inflamatorias articulares en el debut de la enfermedad.⁽⁶⁾

Caracterizada por la inflamación sistémica, se manifiesta con fiebre diaria, exantema asalmonado evanescente, serositis, visceromegalias, linfadenopatías y elevación de reactantes de fase aguda. Hasta el momento (sus nuevos criterios de clasificación actualmente están pendientes de validación), para su diagnóstico se requiere la presencia de artritis, pero hasta en el 70 % de las ocasiones puede no presentarse en el debut de la enfermedad. No existe una prueba diagnóstica específica, por lo que se requiere una alta sospecha, debido a la amplitud del diagnóstico diferencial. Puede seguir diferentes cursos, incluso como un episodio único en hasta el 40 % de las ocasiones. El manejo terapéutico habitual se basa en la corticoterapia sistémica, pudiendo asociarse de manera temprana bloqueo de IL-1 o de IL-6. Existen nuevas dianas terapéuticas en proceso de investigación, como los inhibidores de janusquinasas.⁽⁶⁾

Su prevalencia aproximada es de 3,5 por cada 100 000 niños, con incidencia variable entre 0,4 y 0,9 por 100 000 niños al año, según diferentes publicaciones. No existe ninguna predilección étnica ni de género. La AIJS representa aproximadamente entre el 5 y el 25 % de los pacientes con AIJ en distintos estudios, siendo esta proporción variable de acuerdo con las regiones del mundo. Sin embargo, la AIJS representa aproximadamente dos tercios de la mortalidad total en AIJ.⁽⁷⁾

Es una entidad de difícil diagnóstico, dada su clínica poco específica y compartida además por varias patologías frecuentes en las edades pediátricas.⁽⁵⁾ No existen revisiones de casos de AIJ de inicio sistémico en la República de Angola, y solo se reportan escasas publicaciones en el continente africano. De ahí la importancia de revisar cómo debe hacerse el abordaje al paciente con clínica sugestiva. Así, se recomienda que la sospecha de AIJ de tipo sistémico se debe considerar en todo niño con artritis que afecta una o más articulaciones y que se acompaña de un estado febril de más de dos semanas de duración. Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de este artículo es describir un caso de AIJ sistémica en una paciente de dos años.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de Consulta: fiebre e inflamación en rodilla izquierda.

Historia de la Enfermedad Actual: paciente femenina, negra, de 2 años y 3 meses, que desde hace aproximadamente seis meses presenta inflamación en articulaciones de los tobillos de forma intermitente, acompañada de fiebre y dolor en articulación, con enrojecimiento y limitación del movimiento. Hace tres meses comenzó con inflamación en las rodillas —primero una y después la otra—, que fue diagnosticada por Ortopedia como sinovitis de rodilla, extrayéndosele líquido sinovial en tres ocasiones, dos en una rodilla y una en la otra. Hace tres meses la fiebre es más persistente (cada dos días), para lo cual ha sido medicada en varias ocasiones con antibióticos, e incluso requirió internamiento con cefotaxima en una ocasión. Presentó, además, lesiones en piel durante dos semanas aproximadamente, para lo cual le indicaron crema antibiótica y



antiinflamatoria. En estos momentos no presenta síntomas respiratorios ni gastrointestinales.

Examen físico

Piel: sin lesiones.

Orofaringe: enrojecida, sin presencia de exudados ni vesículas.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular normal, no estertores. Frecuencia respiratoria: 24 por minuto.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono e intensidad. Se constata taquicardia (160 latidos por minuto), no se ausculta soplo cardíaco.

Abdomen: suave, depresible, no doloroso. Se palpa hepatomegalia de aproximadamente 2 cm. RHA presentes.

Tejido celular subcutáneo: no infiltrado.

Sistema nervioso central: sin alteraciones.

Sistema osteomioarticular: rodilla izquierda aumentada de volumen, dolorosa a la movilización; no presenta signos flogísticos, ni impotencia funcional ni crepitación.

Valoración por Cardiología: se corrobora en el monitor taquicardia sinusal. Ecocardiograma sin alteraciones.

A continuación, se presentan las figuras 1 y 2, donde se muestran la artritis que constituyó el motivo de consulta y el eritema evanescente. La figura 2 fue brindada por la madre, ya que en el momento de consulta la paciente no presentaba lesiones en piel.





Fig. 1. Artritis en miembros inferiores.



Fig. 2. Eritema evanescente en tronco.

Exámenes complementarios

Eritrosedimentación: 107 mm/h.

Proteína C reactiva: positiva.

Factor reumatoideo: positivo.



Hemograma: ligera leucocitosis con neutrofilia.

TGP: 0,6 mg/l.

TGO: 8,8 mg/l.

Urea: 18 mg/dl.

Creatinina: 0,5 mg/dl.

Ácido úrico: 2,9 mg/dl.

VIH: no reactivo.

VDRL: no reactivo.

HBS: no reactivo.

HCB: no reactivo.

Gota gruesa: negativo.

Test de Widal: negativo.

Glicemia: 37 mg/dl.

Radiografía de tórax: sin alteraciones.

Ecografía abdominal: hepatomegalia; resto de los órganos sin alteraciones.

Examen oftalmológico: no patología ocular del segmento anterior.

Impresión diagnóstica: síndrome febril prolongado. Posible artritis idiopática juvenil sistémica.

Indicaciones:

Hidratación parenteral.

Ceftriaxona a 100 mg/kg.

Penicilina benzatínica, dosis única.

Metilprednisolona a 30 mg/kg.



Evolución en sala: la paciente evolucionó satisfactoriamente con desaparición del dolor, la fiebre y la artritis, siendo dada de alta al séptimo día del ingreso. Se indicaron reconsulta y tratamiento oral con prednisona, hidroxicloroquina y vitaminas.

DISCUSIÓN

La AIJS se encuentra clasificada dentro de las enfermedades autoinflamatorias complejas de etiología desconocida, siendo además una categoría de las AIJ, de acuerdo a la Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología. De acuerdo a este conjunto de criterios, la clasificación de AIJS requiere de la presencia de artritis y fiebre cotidiana documentada de al menos dos semanas de duración, además de uno de los siguientes hallazgos clínicos: *rash* típico, linfadenopatía generalizada, hepato o esplenomegalia y serositis. El amplio espectro clínico de la enfermedad incluye tanto a aquellos pacientes con formas leves, monocíclicas, como a los niños con una enfermedad de curso severo y destructivo.

Asimismo, la categoría AIJS es heterogénea, e incluye a pacientes que muestran solamente manifestaciones sistémicas y nunca llegan a desarrollar artritis (o la desarrollan meses o años después del comienzo de los signos sistémicos). Estos pacientes no pueden ser clasificados según los criterios de ILAR, pero pueden cumplir con los criterios de Yamaguchi para la enfermedad de Still del adulto.⁽⁸⁾

La evidencia demuestra que la AIJS representa un grupo de enfermedades clínica y genéticamente diversas. Por las evidentes anomalías en los componentes del sistema inmune, hiperrespuesta a los inhibidores de la interleucina (IL)-1, ocurrencia a edad muy temprana, frecuencia similar entre varones y mujeres y ausencia de autoanticuerpos patogénicos, esta enfermedad es considerada, por diferentes investigadores, como un desorden autoinflamatorio complejo y poligénico.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes comienzan de forma aguda con fiebre de más de dos semanas de duración (esta debe ser comprobada objetivamente por no menos de tres días), con picos preferentemente vespertinos que llegan a alcanzar los 40 °C una o dos veces al día. Esta fiebre se caracteriza por su mala respuesta a los antipiréticos y se acompaña de irritabilidad con toma del estado general, que se corrige al descender la fiebre. Además, se presenta exantema hasta en el 90 % de los casos, siendo este de tipo maculopapuloso, localizado con mayor frecuencia en tronco y extremidades, pudiendo también afectar palmas y plantas. Con poca frecuencia es pruriginoso y desaparece al ceder la fiebre. La tríada característica es completada por la artritis, la cual puede presentarse más tardíamente, aunque artralgias y mialgias intensas frecuentemente coinciden con los picos febriles. La artritis acompañada de inflamación y dolor intenso al inicio es generalmente oligoarticular, afectando las extremidades inferiores (rodilla, tobillo, caderas), aunque luego se convierte en poliarticular. En el examen físico se pueden encontrar adenopatías (80 %) indoloras y no induradas, hepatomegalia (50 %), esplenomegalia (30 %) y serositis (30 %).⁽⁸⁾



Para establecer el diagnóstico de AIJ se debe excluir, primeramente, otras causas de enfermedad articular mediante una correcta anamnesis, un examen clínico minucioso y pruebas complementarias que nos permitan orientarnos al diagnóstico. Para elaborar la historia clínica, es importante tener en cuenta la edad del niño, la cantidad de articulaciones inflamadas, la presencia de rigidez matutina, los síntomas acompañantes (como la toma del estado general, fiebre, exantema, úlceras y pérdida de peso), el tiempo de evolución hasta el momento y los antecedentes familiares de psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal o espondiloartropatías.

Al inicio de una artritis sistémica, es importante descartar que el cuadro febril corresponda a una causa infecciosa o neoplásica. La coincidencia de fiebre, adenopatías y/o exantema obliga a realizar estudios para excluir infecciones bacterianas (como sepsis, endocarditis, infección urinaria, tuberculosis) o virales (como hepatitis, mononucleosis infecciosa, rubeola, sarampión), así como parvovirus B19, *Brucella* o artritis reactivas.⁽⁹⁾

Además, la asociación de fiebre alta, compromiso del estado general, leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados, puede indicar una artritis séptica que, en la mayoría de los casos, es monoarticular. Las articulaciones más frecuentes son la rodilla, cadera, tobillo y codo. Es importante destacar que esta entidad se acompaña de un dolor intenso con pseudoparálisis de la zona afectada (inusual en AIJ) y signos inflamatorios superficiales, así como resultados característicos en el líquido articular y el aislamiento de un germen patógeno.⁽¹⁰⁾

Otro diagnóstico diferencial es la enfermedad de Kawasaki, la cual comparte manifestaciones clínicas con la AIJ, como fiebre, toma articular, síntomas en piel y adenopatías. Al identificar alteraciones cardiovasculares se puede establecerla diferencia entre ambas; aunque la dilatación de arterias coronarias también puede estar presente en la AIJ.⁽¹¹⁾ Existen reportes de casos con diagnóstico final de AIJ sistémica que fueron manejados, en un principio, como enfermedad de Kawasaki. Dong et al.⁽¹²⁾ encontraron que la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados como Kawasaki incompleto, ninguno presentó compromiso conjuntival, siendo una de las complicaciones más comunes el síndrome de activación de macrófagos.

Otras entidades a diferenciar incluyen fiebre reumática, que se presenta más frecuentemente en niños mayores de cinco años, con fiebre y artritis migratorias y no sumatorias como en la AIJ; y la leucemia aguda, que puede presentarse con dolor musculoesquelético y artritis; pero el dolor puede ser desproporcionado al compromiso observado, además de palidez, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, púrpura y sangrado. En los exámenes de laboratorio, la sospecha se establece al encontrar pancitopenia, presencia de blastos, aumento de lactato deshidrogenasa y radiografías con lesiones líticas, lo que haría necesario el aspirado de médula ósea.⁽¹³⁾ También se debe tener en cuenta diferenciar con las crisis vasooclusivas dolorosas articulares del paciente sicklémico, muy frecuentes en los países africanos. En tales casos, por lo general, existen antecedentes de anemia y transfusiones a repetición. Las crisis generalmente son en las articulaciones metacarpofalángicas con malformaciones óseas como consecuencia de las crisis repetidas. Se diagnostica mediante electroforesis de hemoglobina o test de falciformación cuando no está disponible el examen anterior.



Los hallazgos clínicos observados en la paciente fueron muy similares a los descritos previamente. En un estudio multicéntrico realizado en México en 136 niños con AIJ sistémico, las características clínicas más comunes fueron fiebre (98 %), artritis (88 %) y erupción cutánea (81 %). Solo el 39 % tenía linfadenopatía y menos del 10 % pericarditis y hepatoesplenomegalia.

En cuanto a la artritis, lo más frecuente es observar la forma oligo o poliarticular en aproximadamente el 40 %. Las muñecas, rodillas y tobillos son las articulaciones más frecuentemente afectadas, en más del 50 % de los casos.⁽¹⁴⁾ La edad de la paciente coincide con uno de los picos de presentación ya descritos. Behrens et al.,⁽¹⁵⁾ en un estudio realizado en Estados Unidos, describen que 74 de 136 pacientes con AIJ tuvieron edad de presentación entre 0 y 5 años, siendo más común antes de los dos años.

El comportamiento de la fiebre en la paciente corresponde a la presentación clásica descrita, la cual solo se observa en el 37 %.⁽¹⁶⁾ De acuerdo con lo descrito por Behrens et al., la fiebre puede ser cada dos días y se describe en el 15 %, mientras que los datos de compromiso cutáneo encontrados en la paciente coinciden con la descripción clásica de esta manifestación.^(15,16)

De esta forma, se describe caso clínico de artritis idiopática juvenil en Angola, siendo el primer caso reportado, ya que no constan publicaciones sobre esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urbaneja Rodríguez E, Solís Sánchez P. Artritis idiopática juvenil. *Pediatría Integral* [Internet]. 2017 [citado 02/07/2021];21(3):170-82. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-04/artritis-idiopatica-juvenil/>
2. Quesada Vargas M, Esquivel Rodríguez N, Rosales Gutiérrez JM. Artritis Idiopática Juvenil: manifestaciones clínicas y tratamiento. *Medleg Costa Rica* [Internet]. 2020 [citado 02/07/2021];37(1):45-53. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152020000100045&script=sci_arttext
3. Valencia-Palacio E, Uribe-Castrillón LM, Gallo-Sáenz C, et al. Artritis idiopática juvenil de inicio sistémico, un reto diagnóstico: reporte de caso. *Rev Mex Pediatr* [Internet]. 2019 [citado 02/07/2021];86(2):65-70. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0035-00522019000200065&script=sci_arttext
4. Espada G. Artritis idiopática juvenil. Parte 1: Diagnóstico, patogenia y manifestaciones clínicas. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2009 [citado 02/07/2021];107(5):441-8. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000500012&script=sci_arttext&lng=pt



5. Solís SP. Artritis idiopática juvenil (AIJ). *Pediatría Integral* [Internet]. 2013 [citado 02/07/2021]; 17(1):24-33. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii01/03/24-33%20AIJ.pdf>
6. Mosquera Angarita JM. Artritis idiopática juvenil sistémica. *Protoc Diagn Per pediatr* [Internet]. 2020 [citado 02/07/2021]; 2: 61-75. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_ajj_sistemica.pdf
7. Russo RA, Katsikas MM. Artritis idiopática juvenil sistémica. *Autoinmunidad* [Internet]. 2018 [citado 02/07/2021]; 3(5): 1-12. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ricardo-Russo-3/publication/325642818_Artritis_idiopatica_juvenil_sistemica/links/5b19ea2eaca272021cf22314/Artritis-idiopatica-juvenil-sistemica.pdf
8. Valdés González JL, Solís Cartas U, Flor Mora OP, et al. Afectación dermatológica infrecuente en un paciente con artritis idiopática juvenil. *Rev Cubana Reu* [Internet]. 2017 [citado 02/07/2021]; 19(3):150-2. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77930>
9. Singh S, Mehra S. Approach to Polyarthrits. *Indian J Pediatr*. 2010; 77:1005-10. DOI: 10.1007/s12098-010-0163-5.
10. Eraso R, Hernández L. Artritis idiopática juvenil. En: Nelly Lecompte Beltrán. *Pediatría al día*. 1ª ed. T 2. Bogotá: Sociedad Colombiana de Pediatría; 2017. p. 223-47.
11. Binstadt BA, Levine JC, Nigrovic PA, et al. Coronary artery dilation among patients presenting with systemic-onset juvenile idiopathic arthritis. *Pediatrics*. 2005; 116(1):e89-e93. Citado en PubMed; PMID: 15930186.
12. Dong S, Bout-Tabaku S, Texter K, et al. Diagnosis of systemic-onset juvenile idiopathic arthritis after treatment for presumed Kawasaki disease. *J Pediatr*. 2015; 166(5):1283-8. Citado en PubMed; PMID: 25771391.
13. Kimura Y. Systemic juvenile idiopathic arthritis: clinical manifestations and diagnosis. *UpToDate* [Internet]. Irán: MediLib Group; 2022 [citado 02/07/2021]. Disponible en: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/6413>
14. Reina Ávila MF, Malagón C. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos con artritis idiopática juvenil. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2020 [citado 02/07/2021]; 27(1):26-36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0121812320300037>
15. Behrens EM, Beukelman T, Gallo L 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. Citado en PubMed; PMID: 18085728.



16. Gurion R, Lehman TJ, Moorthy LN. Systemic arthritis in children: a review of clinical presentation and treatment. *Int J Inflam*. 2012;2012:271569. Citado en PubMed; PMID: 22235382.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Valentín-Rodríguez A, Hernández-Fuentes A, Verde-Castillo M. Artritis idiopática juvenil, forma sistémica. A propósito de un caso. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2023 May.-Jun. [citado: fecha de acceso]; 45(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4867/5636>

