



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **ESCUELA DE MEDICINA**

**MATERIA:**

**FARMACOLOGÍA TERAPÉUTICA**

**PROYECTO:**

**CASO CLINICO**

**Alumno:**

**RUSSELL MANUEL ALEJANDRO VILLARREAL (4B)**

**Docente:**

**RODRIGO PACHECO BALLINAS**

**LUGAR Y FECHA**

**Comitán de Domínguez, Chiapas a 21/03/2021**

## **1.- CASO CLÍNICO**

Se presenta paciente femenina de 9 años de edad, con su madre, que es derivada a la consulta de reumatología infantil por inflamación de ambas rodillas presentada con las sintomatologías de fiebre y dolor en las zonas antes mencionadas con limitación funcional de 6 meses de evolución. Sin tener un tratamiento específico.

## **2.- ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

La paciente refiere no haber tenido contusiones, lesiones o accidentes por algún tipo de causa anteriormente. Pero en el interrogatorio la madre refiere tener tratamiento controlado de artritis reumatoide.

## **3.- EXPLORACIÓN FÍSICA**

Inflamación ambas rodillas con dolor a la movilización, limitación funcional y aumento de temperatura local, sin afectación de otras articulaciones.

## **4.- PRUEBAS DE LABORATORIO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIOS**

Se decide ingreso para artrocentesis y ampliación de estudios.

Ecografía rodillas: Se evidencia importante derrame articular derecho de predominio en receso suprapatelar y externo. Asociada una importante hipertrofia sinovial, sin claro aumento del flujo doppler, sugestivo de cronicidad de 5 mm, de espesor máximo. En receso medial existe un engrosamiento sinovial de 2 mm. Moderado derrame articular de cóndilo femoral (normal menor de 2 mm). Tendones del cuádriceps y rotuliano normales.

No se observan irregularidades óseas. No se visualiza aumento de partes blandas.

Se hace artrocentesis de ambas rodillas, extrayéndose 6 ml de líquido en rodilla derecha y 12,5 ml en rodilla izquierda; seguidamente se administran 20 mg. de triamcinolona intraarticular posterior a lo que presenta mejoría de la movilidad y del dolor aunque persiste cierta inflamación

Hemograma normal

Mantoux: negativo

## **5.- TRATAMIENTO**

Se inicia ibuprofeno manteniéndose asintomática durante 2 meses, luego lo suspende sin supervisión con reaparición de artritis en rodilla derecha, dolor e impotencia funcional sin claro predominio horario, sin afectación de otra articulación, con fiebre.

Se inicia tratamiento con metrotexato y ácido fólico, con evolución favorable.

(Las drogas de elección para el tratamiento de la AIJ al inicio de la enfermedad y en las exacerbaciones son los AINE, quedando las restantes para los cuadros que no respondan.)

## **6.- GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD**

Se define AIJ a la presencia de artritis en una o más articulaciones por un período de al menos 6 semanas en un paciente menor de 16 años en el que se hayan descartado otras causas de artritis. Considerando artritis al aumento de volumen articular o la presencia de dos o más de los siguientes

síntomas: limitación de la movilidad, dolor a la presión y aumento de calor local. Representa la enfermedad del tejido conectivo más frecuente de la infancia, igualmente es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en niños después de las cardiopatías congénitas, el asma y la diabetes, y es una causa importante de incapacidad funcional.

## **7.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Hemograma, bioquímica que incluya funcionalismo renal y hepático, proteínas totales y albumina, VSG, PCR, coagulación y sedimento urinario, hemocultivo si hay fiebre.

Mantoux.

Radiografía de la articulación afectada.

Ecografía articular: de especial utilidad cuando las manifestaciones clínicas son poco evidentes o en articulaciones profundas

Artrocentesis si hay derrame con estudio citobioquímico y cultivo del líquido.

## **8.- TRATAMIENTO**

El objetivo es aliviar el dolor y revertir la inflamación. Las drogas de elección son los AINES al inicio de la enfermedad y en las exacerbaciones.

-Ibuprofeno: 30-40 mg/kg día, dosis máxima de 2,400 mg, con una dosis diaria de 3-4 veces

-Naproxeno: 10-20 mg/kg día, dosis máxima de 1g, con una dosis diaria de 2 veces

-Diclofenaco: 2-3 mg/kg día, dosis máxima de 200 mg, con una dosis diaria de 3 veces

En la artritis oligoarticular como en este caso, la infiltración de triamcinolona intraarticular (40 mg para las grandes y 20 mg para las pequeñas) suele ser suficiente. Puede usarse metrotexato si hay más articulaciones afectadas o son poco accesibles y en oligoarticular extendida que no mejora a pesar de usar metrotexato se puede iniciar antagonistas del TNF.

## **9.- PRONOSTICO**

Favorable en la mayoría de los casos con largos períodos de remisión espontánea. Se considera rara la presencia de limitaciones permanentes o deformidades si el tratamiento es efectivo y es acompañado de fisioterapia para recuperar la funcionalidad articular.

La complicación más grave está dada por el síndrome de activación macrofágica.

## **10.- DIAGNOSTICO FINAL**

### **Artritis idiopática juvenil Oligoarticular**

Conclusión: A diferencia de la fiebre, que a menudo se trata en exceso, especialmente en los niños, el dolor se subestima y no se trata en la edad pediátrica. El paracetamol y el fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE) ibuprofeno son los más utilizados para este propósito. El objetivo de este caso clínico fue analizar la idoneidad terapéutica del ibuprofeno en niños en función de sus propiedades farmacológicas y patológicas según la presentación del tipo de artritis juvenil.

**Bibliografía:**

- 1.- Harrison: Principios de Medicina Interna, 19ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Volumen 2
- 2.- <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii01/03/24-33%20AIJ.pdf>
- 3.- BRUNTON, L. L.; CHABNER, B. A.; KNOLLMANN, B. C. GOODMAN & GILMAN. BASES FARMACOLÓGICAS DE LA TERAPÉUTICA. MÉXICO: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA.

**Reflexión:**

“El secreto de la educación está en el respeto al discípulo. Ralph Waldo Emerson”