

ARTRITIS CRÓNICA JUVENIL: CONSIDERACIONES ESTOMATOLÓGICAS

H. Viñals Iglesias *
R. Caballero Herrera

Viñals Iglesias, H.; Caballero Herrera, R.: Artritis crónica juvenil: Consideraciones estomatológicas. *Avances en Odontoestomatología*. 1995, Vol 11: 621-626.

RESUMEN

La Artritis crónica Juvenil es una enfermedad reumática poco frecuente y aún menos conocida y considerada en sus aspectos estomatológicos. La afectación articular inflamatoria puede ocasionar una sinovitis crónica responsable a largo plazo de procesos destructivos en diversas articulaciones. Pueden aparecer lesiones sistémicas en algunas formas de presentación.

El odontoestomatólogo debe conocer esta entidad ya que puede afectar a la articulación temporomandibular un; o bilateralmente y en ocasiones de forma precoz, en un porcentaje nada despreciable de casos. Puede ser responsable de una limitación de la apertura bucal, de dificultades en la masticación y en el propio tratamiento odontológico. Las alteraciones morfofuncionales derivadas de; crecimiento, pueden comportar una micrognatia y un perfil convexo con maloclusión de clase II.

Un mejor conocimiento de esta entidad, favorecerá un precoz diagnóstico, con lo que podrán evitarse secuelas de la enfermedad. Del tratamiento general de estos pacientes se derivan una serie de aplicaciones que el dentista también debe considerar.

Palabras Clave: Artritis Reumatoidea Juvenil. Enfermedades de la articulación temporomandibular. Niños, adolescentes. Maloclusión. Desarrollo maxiofacial.

SUMMARY

The rheumatoid juvenile arthritis is an infrequent rheumatic disease and even less known and researched in its stomathological aspects. The inflammatory articular effect can cause a chronic synovitis responsible in the long term for the destructive processes in divers joints. Systhematie lesions can appear in some forms of the discases.

The dentist should airdady know this entity which can affect on occasion carly the temporomandibular joint uni or bilaterally, in a high enough percent of cases not to be dismissed. It can be responsible for a limitation of the bucal opening, for difficulties in chewing and in the very odontologic treatment. The morphofunetionais chanches derived from growth can carry a micrognathic and convex profile with malocclusion clase II.

A better knowlegd of this entity wili favor a early diagnosis with which consequences of the disease can be avoided. With general treatment of these patients there is also a series of implications that the dentist must aiso consider.

Key Words: Rheumatoid Juvenile Arthritis Temporomandibular Joint DiseasesChild, Adolescenc. Malocclusion. Maxillofacial Development

* Profesora asociada de Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona

** Profesor Titular de Patología. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona

INTRODUCCION

La artritis crónica juvenil, artritis reumatoidea juvenil (ARJ) o Síndrome de Still es una enfermedad

reumática articular, que cursa con artritis en diversas articulaciones, pudiendo comprometer la articulación temporomandibular de forma precoz.

Hace más de cien años, Diamantberger (1890) describió por primera vez la falta de desarrollo mandibular (bird face) en niños afectos de artritis reumatoidea

juvenil (1). Las investigaciones sobre la enfermedad se han centrado fundamentalmente en la patogenia de los trastornos articulares, sin hacer excesivo hincapié en el manejo clínico de los pacientes.

El interés odontoestomatológico de esta entidad deriva de varios aspectos:

- 1) De las dificultades para mantener una adecuada salud oral por parte del paciente: debidas por un lado a los procesos artríticos que pueden afectar tanto a las articulaciones de las manos, muñecas y hombros y por otro, a la afectación de la ATM que comporta una limitación en la apertura bucal. Estos hechos pueden incrementar el índice de caries y los problemas periodontales.
- 2) De la posible afectación precoz de la ATM
- 3) De que las alteraciones articulares se producen durante la etapa de crecimiento y por ello los problemas morfofuncionales se incrementan.
- 4) De que los fármacos utilizados en el tratamiento general de la enfermedad, pueden condicionar los tratamientos odontológicos u ocasionar efectos secundarios en la cavidad oral.

REVISION DE LA LITERATURA

Criterios diagnósticos y clasificación

El diagnóstico de la enfermedad debe realizarlo el reumatólogo. Eventualmente, puede ser el dentista el primero en orientar el cuadro cuando se presenten manifestaciones en el sistema estomatognático. En 1977 un comité de la Liga Europea contra el Reumatismo y de la OMS estableció los criterios para el diagnóstico de esta enfermedad (2): "pacientes meno-

res de 16 años, con manifestaciones inflamatorias articulares que persisten durante un mínimo de 3 meses". Se establecieron tres formas de comienzo, de acuerdo con las características de la artritis, durante los seis primeros meses de evolución: sistémico, poliarticular (si se afectan más de 4 articulaciones) y oligoarticular (4 articulaciones o menos). Posteriormente, la Academia Americana de Reumatología (ARA, 1983, 1986) ha ido definiendo otros subgrupos en relación con la presencia de factor reumatoide, anticuerpos antinucleares y HLA-B27 (3,4).

Manifestaciones clínicas generales

Cada una de las tres formas de inicio (5,6) presenta sus propias características:

Forma sistémica: Se acompaña de manifestaciones sistémicas como fiebre alta, alteraciones cardiopulmonares, rash, linfadenopatías y hepatoesplenomegalia. Es de comienzo precoz, cursa a brotes y cualquier articulación puede resultar afectada.

Forma poliarticular: Afectación artrítica de cuatro o más articulaciones. El comienzo es variable, adoptando un patrón simétrico. Puede afectar a las pequeñas articulaciones de las manos y luego a las muñecas, codos, hombros, ATM, columna cervical, caderas, rodillas, tobillos y articulaciones de los pies. Pueden hallarse manifestaciones como febrícula, adenopatías y discreta hepatomegalia, pero con un claro predominio del componente articular sobre el sistémico. Ocasionalmente, puede desarrollarse un síndrome de Sjögren o evolucionar hacia una amiloidosis.

Forma monoarticular: Se afectan cuatro o menos articulaciones, adoptando un patrón asimétrico y con pocas alteraciones sistémicas. Se puede manifestar en articulaciones de las extremidades

superiores o inferiores. La iridoclititis suele ser una complicación precoz. El pronóstico articular es bueno en general, si bien puede derivar a una forma poliarticular o a una espondilitis anquilopoyética.

La ARJ cursa a brotes de actividad-remisión. Las manifestaciones tanto sistémicas como articulares pueden variar en su comienzo e intensidad en el curso de un día, una semana, un mes o un año. El patrón de presentación es altamente individual. De igual forma, el grado de lesión articular es muy variable y está en íntima relación con la duración de la enfermedad y la frecuencia e intensidad de los brotes.

Etiología

Es desconocida, si bien se cree multifactorial. Se reconoce una predisposición genética ya que algunas formas se asocian a antígenos de histocompatibilidad HLA-B27, DR4, DR5 y DR8. Desencadenantes ambientales - probablemente infecciosos - pondrían en marcha una respuesta inmunitaria incorrecta, lesiva para el propio organismo (7,8).

Epidemiología

Es una entidad poco frecuente, descrita en todas las razas. Estudios prospectivos sobre población infantil detectan una incidencia de 12/1 00.000 niños en un año y una prevalencia de 56/1 00.000 niños (9).

Manifestaciones clínicas orofaciales

Afectación de la articulación temporomandibular

Incide fundamentalmente en las formas de inicio poliarticulares. El porcentaje de afectación de la ATM varía entre un 25 y un 65% de las ARJ, según autores (10, 11, 12, 13, 14, 15).

El proceso inflamatorio puede originar una sinovitis crónica, con desestructuración y perforación del epitelio articular y progresivamente, una destrucción del cartílago y del hueso subcondral (10). Los cambios destructivos se producen tanto en la cavidad articular como en la cabeza condílea -uni o bilateralmente- pudiendo llegar a provocar un aplanamiento condilar y una rotación anterior en la fosa articular. La complicación más severa que podría presentarse sería la anquilosis fibrosa u ósea de la ATM (12).

Estas alteraciones producidas a lo largo de la enfermedad, varían según el grado de afectación articular, la implicación uni o bilateral de la misma, la edad de aparición del proceso y el número de brotes surgidos a lo largo del tiempo. Estos fenómenos artríticos alteran el crecimiento del cartílago articular, provocando trastornos morfológicos y funcionales en la mandíbula. Es importante considerar que cuanto más precoz es el inicio de los síntomas más severo es el cambio displásico mandibular.

Afectación mandibular

El crecimiento hipoplásico de la mandíbula condiciona una micro-retrognatia (entre un 20-30% de las ARJ (13)) y una rotación horaria de la misma, en relación a la base craneal anterior y al maxilar superior. Estos cambios dan lugar a una maloclusión de clase II, un perfil convexo y una mordida abierta con compensación alveolar. El plano oclusal se inclina hacia abajo el ángulo goníaco se alarga, se exagera la muesca antegonial y en el gonion se produce una aposición ósea. Estos cambios originan una disminución de la altura posterior de la cara y un tipo específico de rotación mandibular con un centro localizado en los molares posteriores (16) Esta rotación es distinta a la observada en patrones de distro-

fia muscular (17) o en el síndrome de cara larga (18).

Alteraciones musculares

El crecimiento displásico de la mandíbula da lugar a una inestabilidad oclusal con unas precarias condiciones de trabajo para los músculos masticatorios. Éstos se debilitan y presentan cambios estructurales y bioquímicos a nivel histológico. El diámetro de las fibras musculares se uniformiza, aumentando las fibras de tipo IIA y el tejido conectivo interfibrilar (12).

Los músculos más usualmente afectados son el masetero, los temporales anterior y posterior y los músculos del cuello -esternocleidomastoideo y trapecio- e incluso el bíceps braquial.

Alteraciones en el maxilar superior

A este nivel los cambios hallados son secundarios, en forma de una hiperplasia verticalcompensatorio (19) y un descenso de los molares superiores por la falta de desarrollo vertical de la mandíbula posterior (12).

Cambios en otras estructuras

Estos cambios morfofuncionales repercuten en otras estructuras vecinas. Así el hioides, tiende a desplazarse hacia abajo y hacia atrás y la postura de la cabeza se incrementa en extensión. El sistema estomatognático pierde la coordinación que normalmente adquiere a lo largo del crecimiento, por lo que se distorsionan estructuras contiguas como la lengua, los músculos de la masticación y la columna cervical.

Aspecto facial

Las alteraciones mencionadas, dan lugar a la típica cara de pájaro, con un perfil muy convexo, y en ocasiones, prolapso del labio inferior, surco sublabial muy marcado y barbilla retruida o doble.

Diagnóstico

a) Historia clínica

Una historia clínica detallada puede identificar a estos pacientes sino estuvieran orientados. Si el diagnóstico está establecido, es imprescindible estudiar minuciosamente la historia médica, revisando periódicamente posibles cambios en el tratamiento farmacológico y en la evolución de la enfermedad a nivel sistémico y articular.

b) Exploración física

Tendremos una especial consideración de aquellos pacientes en los que la enfermedad está evolucionada y/o reciben tratamientos agresivos para su enfermedad. Su estado general puede estar debilitado o el dolor y las rigideces pueden limitar nuestra exploración.

La simple inspección general y facial puede aportarnos datos. La exploración de la ATM ha de ser muy minuciosa. Si de rutina se practicara un buen examen de la articulación, se detectarían este tipo de anomalías precozmente. El examen funcional debe incluir la valoración de la ATM: 1) en posición de reposo, 2) en apertura, protusión y lateralidad valorando la amplitud y dirección de los movimientos, 3) palpación y auscultación bilateral de los cóndilos en reposo y movimiento. Si la afectación fuera unilateral, los movimientos mandibulares en apertura y protusión serían asimétricos.

Los síntomas tienen una variabilidad individual y una intensidad condicionada por las exacerbaciones y remisiones del proceso reumático. En general el dolor con el movimiento (masticación,...) es de los signos más obvios de implicación de la ATM (12).

Grosfeld (11) en un estudio de 104 niños con ARJ describió unos síntomas mayores y menores de

afectación de la ATM; los síntomas mayores serían: 1) dolor local en la articulación 2) movilidad mandibular restringida y limitación de la apertura bucal 3) microrretrognatia; los menores: 1) ruidos articulares 2) síntomas a la palpación 3) movimientos mandibulares alterados 4) asimetría del mentón.

La exploración debe ser tanto extraoral como intraoral, dada la susceptibilidad a problemas intraorales como caries, enfermedad periodontal, palidez de mucosas, disfagia y glositis en casos de anemia, disminución de resistencia tisular por traumas o infecciones en caso de leucopenia, etc.. (21).

c) Fotografías. modelos

Es necesaria la documentación de estos casos tanto con fotografías como con modelos, que articularemos para que nos den una perfecta idea del estado ocioso del paciente. Asimismo, en casos de planteamiento ortodóncico o quirúrgico, tales datos son de primera necesidad.

d) Estudio radiológico

1. Radiografías: Es muy importante tener en cuenta que los signos radiológicos de daño articular exceden considerablemente la severidad de los síntomas clínicos, lo que indica la necesidad de un temprano examen (11).

- **Ortopantomografía** y Rx laterales transcraneales, transfaríngeas y/o transmaxilares de ATM, para evaluar cambios destructivos articulares.
- **Rx lateral de cráneo** realizadas con cefalostato, para su interpretación cefalométrica, tanto a nivel de estructuras esqueléticas, dentarias, como del perfil de partes blandas.
- **Rx de carpo:** Con el fin de averiguar la maduración ósea. Cabe mencionar que

el propio proceso inflamatorio acelera esta maduración (6).

2. Tomografías: Solicitaremos tomografías bilaterales de ATM efectuadas en reposo, máxima intercuspidad y máxima apertura. Con ellas podremos constatar si la motilidad condilar está disminuido, si existen cambios destructivos o un aplanamiento de las cabezas condilares, típicamente situadas en una posición anterior en las fosas articulares.

e) Otras pruebas diagnosticas

- **Gammagrafías:** Con Tec99 para evaluar la actividad tisular de los cóndilos.
- **Escintigrafías de ATM** electromiografías de músculos funcionalmente comprometidos, kinesiografía, registros de la fuerza de mordida, biopsia muscular del masetero intraoperatoria, etc... son pruebas que en algunos casos nos pueden ayudar a elaborar el diagnóstico.

Medidas preventivas

- En los pacientes con handicaps en las extremidades superiores o disminución de la capacidad de apertura bucal habremos de extremar las precauciones para evitar la aparición tanto de caries como de enfermedades periodontales. Se planificarán citas periódicas en las que se insistirá en el control de la dieta y la placa bacteriana, se prescribirán suplementos de Fl y se practicarán sellados de fisuras. En algunos casos puede estar indicado el uso de cepillos eléctricos e irrigadores bucales.

Consideraciones sobre el tratamiento general de la ARJ

- El tratamiento farmacológico con AINES como la aspirina, Tolmetin, Naproxén, Sulin-

ac, ... puede ser responsable de efectos secundarios tales como el sangrado postextracción. En ocasiones, el empleo de glucocorticoides produce un retraso en el crecimiento, en la cicatrización de las heridas, un aumento en la susceptibilidad a las infecciones, la aparición de osteoporosis y confiere un aspecto cushingoi- de, que contribuye adicionalmente a la disarmonía facial. En el tratamiento de formas severas existe también el riesgo del desarrollo de discrasias sanguíneas, con la posible aparición de hemorragias, infecciones o úlceras en la cavidad oral. En estos casos, el tratamiento odontológico puede estar contraindicado. Las sales de oro pueden producir disgeusia, estomatitis, glositis y gingivitis. De igual forma, la Penicilamina puede también ocasionar disgeusia, ulceraciones orales, queilosis, glositis y gingivoestomatitis. El Metrotexate a menudo puede producir estomatitis ulcerativas.

Tratamiento estomatológico

- Tratamiento odontológico conservador o tratamiento periodontal: En algunos pacientes, al presentar alteraciones musculoesqueléticas severas, limitación de los movimientos de la ATM, malformaciones mandibulares o anomalías cervicales, el tratamiento puede estar limitado.
- Tratamiento funcional: Con ejercicios activos diarios de la mandíbulas 11) en protusión, apertura y lateralidad, incrementando la amplitud, duración y frecuencia, pero evitando la fatiga muscular. En ocasiones pueden ser de utilidad el uso de monoblocs rígidos individualizados (13). Algunos autores han reportado el incremento de mordidas abiertas en pacientes que rea-

lizaban ejercicios terapéuticos, por lo que aconsejan el uso de aparatos mandibulares en coordinación con el tratamiento médico (20).

Tratamiento ortodóncico

Si hay un compromiso esquelético y/o oclusal, surge la necesidad del mismo, con planteamientos pre y postquirúrgicos, por lo que es esencial la coordinación entre ortodoncistas y cirujanos.

Tratamiento quirúrgico

En caso de requerir cirugía y tratamiento con anestesia general, pueden surgir dificultades en la intubación y en el mantenimiento de la vía aérea. De igual forma, si presentan a causa del tratamiento con corticoides una severa osteoporosis, pueden producirse fracturas durante las manipulaciones quirúrgicas o anestésicas.

Existen controversias sobre cirugía ortognática antes (12,23) o después del cese del crecimiento (19). Otras revisiones sobre cirugía analizan las ventajas y desventajas de tales procedimientos (24).

Pronóstico

Varía individualmente, en función del grado de afectación de la ATM. Sin embargo, el diagnóstico precoz y un tratamiento preventivo y/o paliativo temprano, mejoran la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES

Con el estudio de esta entidad se ejemplariza la necesidad de incluir en los exámenes clínicos de rutina la exploración de la ATM. Los signos radiológicos de daño articular, exceden considerablemente la severidad de los

síntomas clínicos, lo que plantea un precoz examen radiológico en el caso de confirmarse el diagnóstico de ARJ.

La ARJ muestra una clara relación entre el crecimiento facial y la función oral. En esta enfermedad se puede producir un daño insidioso e irreversible de la ATM, con implicaciones funcionales y estéticas, que deberemos prevenir lo más precozmente posible.

La ARJ podemos considerarla multidisciplinaria ya que para su tratamiento requeriremos de un equipo de profesionales como pediatras, reumatólogos, fisioterapeutas, estomatólogos, ortodoncistas, logopedas, cirujanos ortognáticos y plásticos, que habrán de trabajar estrechamente coordinados.

El estomatólogo jugará un importante papel en el diagnóstico y en el control de la progresión de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Diamantberger S. Du rhumatisme nouveau x (polyarthrite déformante) chez les enfants Thesis. Lecrosnier et Babé, Paris 1890.
2. Nomenclature et classification de l'arthrite chez l'enfant. EULAR Bull 1977, 6: 101.
3. Decker J. American Rheumatism Association Nomenclature and Classification of Arthritis and Rheumatism. Arthritis Rheum 1983, 26: 1029-1032.
4. Cassidy J., Levinson J., Buss J et al. A study of classification criteria for a diagnosis of juvenile rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1986, 29: 274-281.
5. Arnal Guimerá C. Artritis crónica juvenil. Medicina (Madrid) 1988, 5:870-880.
6. Arnal Guimerá C. En Farreras P. Rozman C. Medicina Interna. Doyma: Barcelona 1992, (7) :993-95.
7. Balogh Z., Gyodi E., Petrány G. et al. HLA-DR antigens in juvenile chronic arthritis. J Rheumatol 1982, 9: 448-450.
8. Brautbar CH, Mukamel M., Yaron M. Immunogenetics of juvenile chronic arthritis in Israel. J Rheumatol 1986, 13:1072-1075.
9. Gäre BA, Fath A, Andersson T et al. Incidence and prevalence of juvenile chronic arthritis. Ann Rheum Dis 1987, 46:277-281.
10. Guyuron B. Facial deformity of juvenile rheumatoid arthritis. Plast Reconstr Surg. 1988, 81 (6): 948-51
11. Grosfeld O. The orthodontist in the team-treatment for children with rheumatoid arthritis. Eur J Orthod 1989, 11 (2) :120-4.
12. Kreinborg S., Bakke M., Kirkeby S., Michier L. et al. Facial growth and oral function in a case of juvenile rheumatoid arthritis during an 8 year period. Eur J Orthod 1990 12 (2): 119-34
13. Tanchyk AP. Dental considerations for the patients with juvenile rheumatoid arthritis. Gen Dent 1991, 39 (5) :330-2.
14. Karhulahti T., Ronning O., Jamsa T. Mandibular condyle lesions, jaw movements and occlusal status in 15 year-old children with juvenile rheumatoid arthritis. Scand J Dent Res 1990, 98(1): 17-26
15. Kreinborg S, Holm K., Nodal M., Pedersen F.K. Juvenile chronic arthritis. A clinical and radiographic study of the chewing apparatus. Tandlaegernes Tidsskr. 1991, 6 (6) :168-78.

16. Björk A, Skieller V. Normal and abnormal growth of the mandible. A synthesis of longitudinal cephalometric implant studies over a period of 25 years. *Europ Jour Orthodontics* 1983, 5:1-46
17. Kreinborg S, Jensen BL, Molier e, Bójrck A. Craniofacial growth in a case of congenital muscular dystrophy. A roentgen cephalometric and electromyographic investigation. *Am Jour Orthodontics* 1978, 74:207-215.
18. Björk A, Skieller V. Contrasting mandibular growth and facial development in long face syndrome, juvenile rheumatoid polyarthritis, and mandibulo-facial dysostosis. *Journal of Craniofacial Genetics and developmental Biology, Supplement* 1985. 1: 127-138.
19. Myall R.W, West R.A. , Horwitz H. et al. Jaw deformity caused by juvenile rheumatoid arthritis and its correction. *Arthritis Rheum* 1988 , 31(10):1305-10.
20. Littman H and Grieder A. Medical and dental coordination in juvenile rheumatoid arthritis. *Annals Dent* 1985, 44 (1):32-34.
21. Lynch M.A. Hematologic diseases and related problems. In: *Burkett's Oral Medicine. Diagnosis and Treatment*. J.P. Lippincott Co: Philadelphia 1977, 409-442.
22. Shafer, W.G, Hine MK and Levy BM. *A Textbook of Oral Pathology*. Saunders: Philadelphia 1963, 600-635.
23. Salvato A, Corradi A., Barenghi A et al. Juvenile rheumatoid arthritis: the role of the TMJ and stomatognathic system. *Riv Ital Odontoiatr Infant* 1990 , 1(4):49-57.
24. Mayro R.F., De Lozier J. B., Whitaker L.A. Facial reconstruction consideration in rheumatic disease. *Rheum Dis Clin North Am* 1991 17(4): 943-69.

ODAMIDA

Medicamento de la boca

LIQUIDA. A BASE DE SULFANILAMIDA.

Piorrea. Estomatitis. Gengivitis. Alveolitis. Heridas y hemorragias post-operatorias. Inflamaciones causadas por prótesis, etc.

DOSIFICACION: Enjuagues, 15-20 gotas en medio vasito de agua. Toques, con una torunda de algodón empapada.

CONTRAINDICACIONES: No se conocen. Carece de efectos secundarios e incompatibilidades.

COMPOSICION: P-amino-fenil-sulfoamida, 1 g; sulfato aluminico potásico, 0,1 g; cloruro de cinc, 0,20 g; solución hidroalcohólica aromatizada y coloreada, c.s.p., 100 cc.c.

PRESENTACION: Líquida. Frasco, 135 ml.
P.V.P. IVA. 215 ptas.



LABORATORIO QUIMICO BIOLÓGICO PELAYO
Tallers, 16 Barcelona (1) Tel. 302 00 78

Director: M. Pujol, Farmacéutico