

27 de junio de 2025

Jornada de  
Reumatología para  
Pediatras de Atención  
Primaria y Hospitalaria  
de la Provincia de Alicante

Hospital General Universitario Dr. Balmis  
Salón de actos. De 8:30 a 14:00 horas

**ISABIAL** ENFERMEDADES  
REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES

Tratamiento de la  
Artritis Idiopática  
Juvenil.  
Qué tener en cuenta



**José Raúl Noguera Pons**  
Médico Adjunto de Reumatología  
Hospital General Universitario de Elche  
Profesor Asociado en Ciencias de la Salud-UMH

27 de junio de 2025

Jornada de Reumatología para Pediatras de  
Atención Primaria y Hospitalaria  
de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



## AGENDA

- Introducción
- AIJ sistémica
  - Corticoides, anti IL-1, anti IL-6
- AIJ oligoarticular
  - AINE, metotrexato
- AIJ poliarticular
  - leflunomida, anti-TNF, Abatacept, Tocilizumab.
- AIJ relacionada con entesitis (espondilartritis juvenil)
- AIJ psoriásica (artritis psoriásica juvenil)
  - Secukinumab, IJk.
- Uveitis



27 de junio de 2025

Jornada de Reumatología para Pediatras de  
Atención Primaria y Hospitalaria  
de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES

GENERALITAT  
VALENCIANA

ACI  
ARA

ISABIAL

HOSPITAL GENERAL  
PROVINCIA DE ALICANTE

Universitat d'Alicant  
Universidad de Alicante

UNIVERSITAS  
Aliphanensis

reumalicante

## Conflicto de intereses Declaraciones a la audiencia

- He participado como ponente y/o consultor, proyectos de investigación: Abbvie, Pfizer, Lilly, Roche, Novartis, UCB, MSD, Jansen, Amgen, BMS, Gebro, Sanofi.
- Se hará referencia a usos y dosis que pueden diferir de la ficha técnica de los fármacos comentados.
- No he usado herramientas de inteligencia artificial para elaborar esta ponencia



27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria

de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



Manual SER de diagnóstico y tratamiento en Reumatología Pediátrica 2ª edición



© 2024 Sociedad Española de Reumatología

**TABLA 4.4.** Incidencia, prevalencia, edad de aparición y sexo predominante de los subtipos de AIJ.

Categoría ILAR	Incidencia por 100.000 (95% IC) <sup>a</sup>	Prevalencia por 100.000 (95% IC) <sup>a</sup>	Edad de aparición	Sexo
Oligoartritis	3,7 (3,5-3,9)	16,8 (15,9-17,7)	Precoz, pico a los 2-4 años	Predominio femenino
Poliartritis FR +	0,4 (0,3-0,5)	1,0 (0,7-1,3)	Infancia tardía o adolescencia	Femenino >> Masculino
Poliartritis FR -	1,0 (0,9-1,2)	5,1 (4,5-5,8)	Distribución bimodal, 1 <sup>er</sup> pico a los 2-4 años, 2 <sup>o</sup> a los 6-12 años	Femenino >> Masculino
ERA	2,0 (1,8-2,1)	4,9 (4,4-5,6)	Infancia tardía o adolescencia	Masculino >> Femenino
Psoriásica	0,5 (0,4-0,56)	1,3 (1-1,7)	Distribución bimodal, 1 <sup>er</sup> pico a los 2-4 años, 2 <sup>o</sup> a los 9-11 años	Femenino similar Masculino
Sistémica	0,6 (0,5-0,7)	3,1 (2,7-3,6)	Cualquier edad	Femenino = Masculino

Adaptada de: Martini A, et al. Nat Rev Dis Primers. 2022; 8(1): 5.

ERA: artritis relacionada con entesitis; FR: factor reumatoide; AIJ: artritis idiopática juvenil. <sup>a</sup>Datos mostrados de una revisión sistemática sobre incidencia y prevalencia de la AIJ. <sup>b</sup>Datos mostrados a partir del análisis de una cohorte de niños en el Reino Unido (n = 760) con AIJ de nueva aparición.

27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



**Table 1** EULAR PRoS recommendation for the management of Still's disease

		LoE	Strength	Agreement	LoA
<b>Treatments</b>					
6	To avoid prolonged systemic GC use for achieving and maintaining the target, the use of IL-1 and IL-6 inhibitors should be prioritised due to high evidence of efficacy.	1b	A	100%	9.8
7	An IL-1 or an IL-6 inhibitor should be initiated as early as possible when the diagnosis is established.	2b	B	96%	9.4
8	Maintenance of CID for 3 to 6 months without glucocorticoids should be achieved before initiating bDMARD tapering.	5	D	96%	9.2

Recommendation



## EULAR/PRoS recommendations for the diagnosis and management of Still's disease, comprising systemic juvenile idiopathic arthritis and adult-onset Still's disease

Bruno Fautrel <sup>1,2,3</sup>, Stéphane Mitrovic <sup>1</sup>, Arianna De Matteis <sup>4</sup>, Sara Bindoli <sup>5</sup>, Jordi Antón <sup>6,7</sup>, Alexandre Belot <sup>8,9,10</sup>, Claudia Bracaglia <sup>4</sup>, Tamàs Constantin <sup>11</sup>, Lorenzo Dagna <sup>12</sup>, Alessandro Di Bartolo <sup>13</sup>, Eugen Feist <sup>14</sup>, Dirk Foell <sup>15</sup>, Marco Gattorno <sup>16</sup>, Sophie Geogin-Lavialle <sup>17</sup>, Roberto Giacomelli <sup>18</sup>, Alexei A Grom <sup>19</sup>, Yvan Jamilloux <sup>20</sup>, Katerina Laskari <sup>21</sup>, Calin Lazar <sup>22</sup>, Francesca Minoia <sup>4</sup>, Peter A Nigrovic <sup>24,25</sup>, Filipa Oliveira Ramos <sup>26</sup>, Seza Ozen <sup>27</sup>, Pierre Quartier <sup>28,29</sup>, Piero Ruscitti <sup>30</sup>, Erdal Sag <sup>31</sup>, Sinisa Savic <sup>32,33</sup>, Marie-Elise Truchetet <sup>34,35,36</sup>, Sebastiaan J Vastert <sup>37</sup>, Tanita-Christina Wilhelmer <sup>38,39</sup>, Carine Wouters <sup>40,41</sup>, Loreto Carmona <sup>42</sup>, Fabrizio De Benedetti <sup>4</sup>

CID: clinically inactive disease

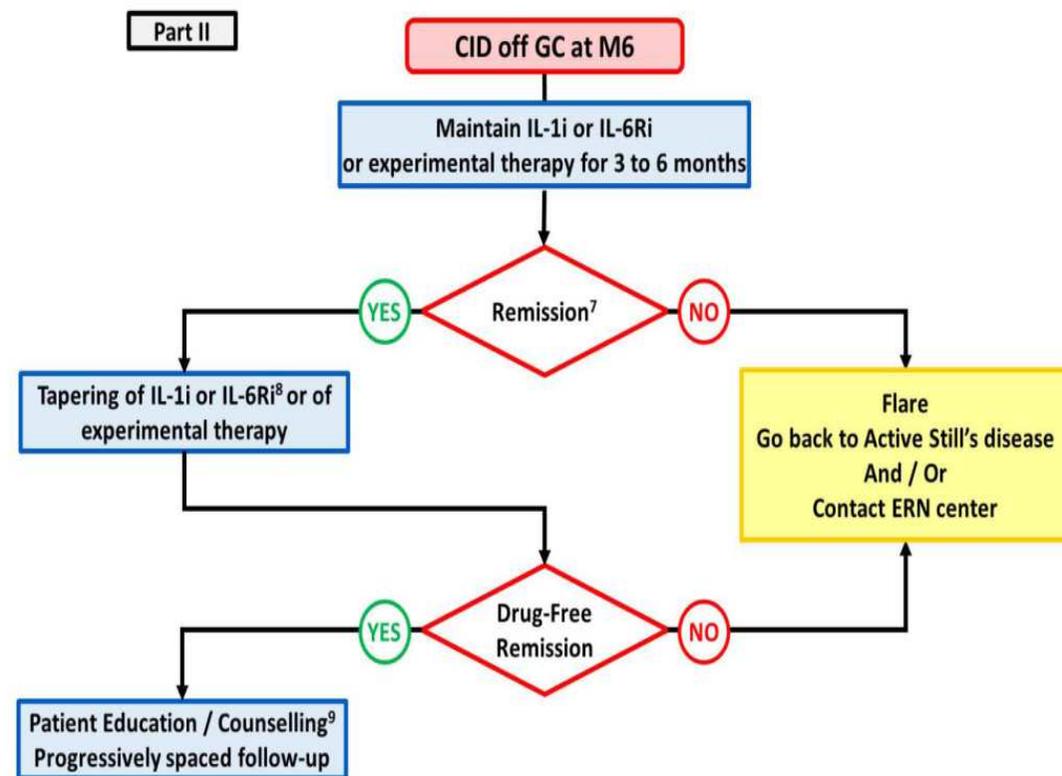
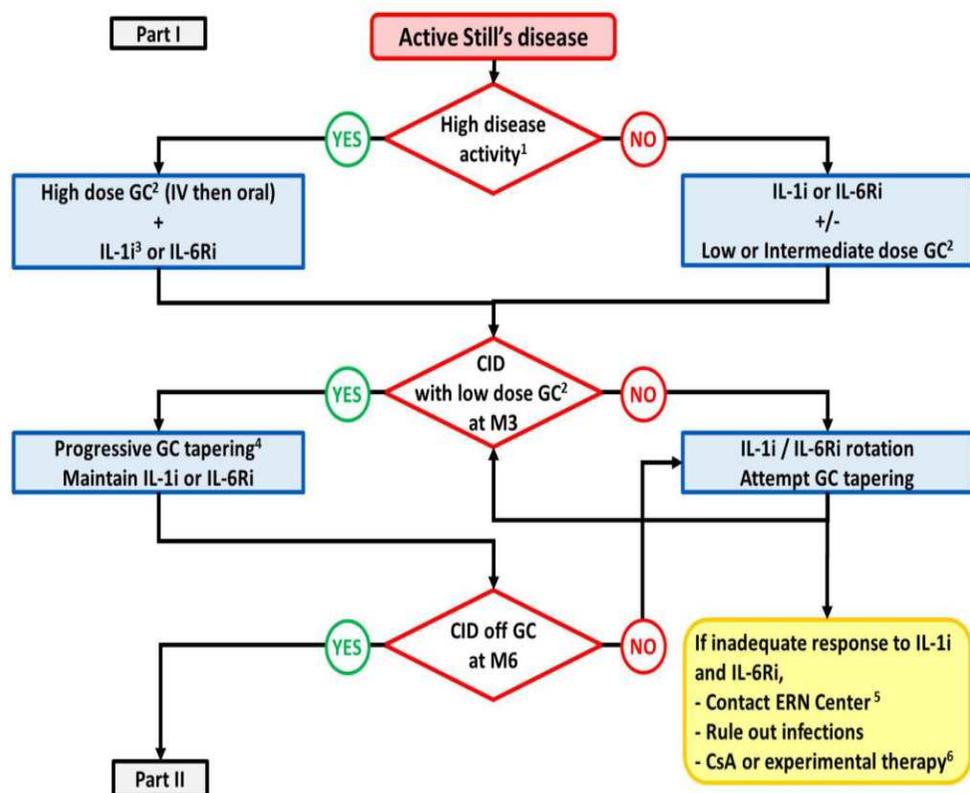
Fautrel B, et al. *Ann Rheum Dis* 2024;**83**:1614–1627. doi:10.1136/ard-2024-225851

27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria

de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



Fautrel B, et al. Ann Rheum Dis 2024;83:1614–1627. doi:10.1136/ard-2024-225851

27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



**Supplemental table 3:** List of treatments of interest for patients with Still's disease in both children (sJIA) and adults (AOSD)

Según ficha técnica

Therapeutics	Dose for children	Dose for adults	Effect latency	Side effects
<b>Glucocorticoids</b>				
Prednisone (oral)	Up to 2 mg/kg/d	Up to 1 mg/kg/d	A few hours to a few days	Weight gain, cushing's disease, diabetes, infections, hypertension, osteoporosis, aseptic osteonecrosis, cardiovascular events, cataract, glaucoma growth retardation, pubertal delay in children
Methyl-prednisolone (IV)	30 mg/kg/d (max 1 g per infusion)	15 mg/kg/d (max 1 g per infusion)		
<b>IL-1 inhibitor</b>				
Anakinra (SC)	2 to 4 mg/kg/d (max 100 mg)	100 mg/d (sometimes twice per day)	A few days	Infections, Neutropenia Hepatic cytolysis Hypersensitivity, injection site reaction (anakinra)
Canakinumab (SC)	4 mg/kg/month (max 300 mg)	4 mg/kg/month (or 2 mg/kg eow)		
Rilonacept (SC)	Loading dose of 2.2-4mg (max 360 mg) then 2.2 mg/kg/week (max 160 mg)	NA		
<b>IL 6R inhibitors</b>				
Tocilizumab (IV or SC)	BW ≥ 30 kg: 8 mg/kg eow IV or 162 mg/week SC BW < 30 kg: 12 mg/kg eow IV or 162 mg/eow SC	8 mg/kg/month or 162 mg/week	A few days	Leucopenia, elevated LFT, infections, dyslipidemia, low GI perforation
<b>CsDMARD</b>				
Methotrexate (oral or SC)	15 mg/m <sup>2</sup> /wk (maximum 25 mg/wk)	0.2 to 0.3 mg/kg/wk	4 weeks	Hypersensitivity, elevated LFT, Aplasia if overdosed. Infections
Ciclosporin A (oral)	2 to 5 mg/kg/d (target through concentration 200 µg/L)	2 to 5 mg/kg/day per os (target through concentration 200 µg/L)	1 to 2 months	Hypertension, renal insufficiency Hypertrichosis, gum hypertrophy, neuropathy

Autorización EMA anulada. No autorizado para uso pediátrico

Anakinra > 8 m y >10 kg

Canakinumab >2 años >1 año sc peso mínimo 10 kg

SC: subcutaneously – IV: intravenously – mg: milligrams – d: day – wk: week – eow : every other week – BW: body weight – NA: non available – LFT: liver

function tests

Adaptado de: Ann Rheum Dis: first published as 10.1136/ard-2024-225851 on 24 September 2024. Downloaded from <http://ard.bmj.com/> on May 21

27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



Arthritis & Rheumatology  
Vol. 74, No. 4, April 2022, pp 553-569  
DOI:10.1002/art.42037  
© 2022 American College of Rheumatology

AMERICAN COLLEGE  
of RHEUMATOLOGY  
Empowering Rheumatology Professionals

## 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Therapeutic Approaches for Oligoarthritis, Temporomandibular Joint Arthritis, and Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis

Karen B. Onel,<sup>1</sup> Daniel B. Horton,<sup>2</sup> Daniel J. Lovell,<sup>3</sup> Susan Shenoi,<sup>4</sup> Carlos A. Cuello,<sup>5</sup> Sheila T. Angeles-Han,<sup>3</sup> Mara L. Becker,<sup>6</sup> Randy Q. Cron,<sup>7</sup> Brian M. Feldman,<sup>8</sup> Polly J. Ferguson,<sup>9</sup> Harry Gewanter,<sup>10</sup> Jaime Guzman,<sup>11</sup> Yukiko Kimura,<sup>12</sup> Tzielan Lee,<sup>13</sup> Katherine Murphy,<sup>14</sup> Peter A. Nigrovic,<sup>15</sup> Michael J. Ombrello,<sup>16</sup> C. Eglia Rabinovich,<sup>6</sup> Melissa Teshler,<sup>17</sup> Marinka Twilt,<sup>18</sup> Marisa Klein-Gitelman,<sup>19</sup> Fatima Barbar-Smiley,<sup>20</sup> Ashley M. Cooper,<sup>21</sup> Barbara Edelheit,<sup>22</sup> Miriah Gillispie-Taylor,<sup>23</sup> Kimberly Hays,<sup>24</sup> Melissa L. Mannion,<sup>7</sup> Rosemary Peterson,<sup>25</sup> Elaine Flanagan,<sup>26</sup> Nadine Saad,<sup>27</sup> Nancy Sullivan,<sup>28</sup> Ann Marie Szymanski,<sup>29</sup> Rebecca Trachtman,<sup>30</sup> Marat Turgunbaev,<sup>31</sup> Keila Veiga,<sup>32</sup> Amy S. Turner,<sup>31</sup> and James T. Reston<sup>28</sup>

Downloaded from  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.42037>, Wiley Online Library on [30/04/2025]

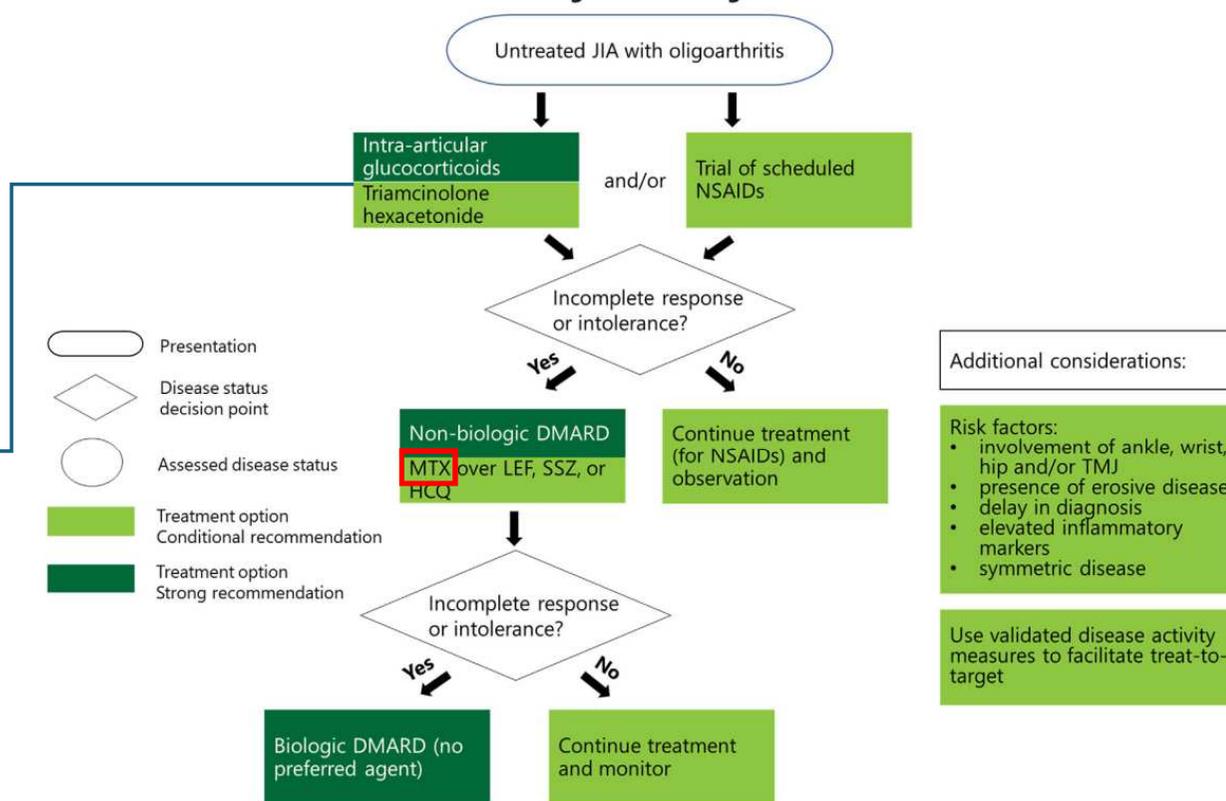
### Se recomienda no usar corticoides orales:

Si fuesen necesarios para alivio rápido de síntomas graves cuando la infiltración intrarticular de corticoides no está disponible o no es factible, o previo al inicio de acción de los DMARDs, debe usarse la dosis efectiva más baja durante el menor tiempo posible

**As a general consideration**, no second-line treatment, such as methotrexate, biologic drug or JAK inhibitor, has yet been approved for the treatment of oligoarthritis. Thus, **all treatment decisions beyond the use of NSAIDs and intra-articular glucocorticoids are considered off-label**

Nature Reviews Rheumatology | Volume 20 | March 2024 | 170-181  
<https://doi.org/10.1038/s41584-024-01079-8>

### Treatment algorithm for oligoarthritis



DMARD = disease-modifying antirheumatic drug, HCQ = hydroxychloroquine, JIA = juvenile idiopathic arthritis, LEF = leflunomide, MTX = methotrexate, NSAIDs = nonsteroidal antiinflammatory drugs, SSZ = sulfasalazine, TMJ = temporomandibular joint

Figure 1. Treatment algorithm for oligoarthritis.

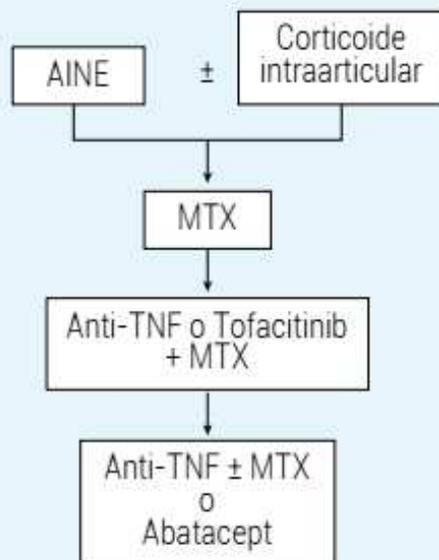
27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



© 2024 Sociedad Española de Reumatología



- **AINE 6-8 semanas** (ver dosis en texto)
- Infiltración: hexacetonido de triamcinolona (dosis en el texto)

- MTX: 10-15 mg/m<sup>2</sup>/semana

- Etarnecept sc (AIJo extendida): Niños ≥ 2 años: 0,8 mg/kg/semana
- Tofacitinib vo (AIJo extendida): Niños 10 ≤ 20 kg: 3,2 mg/12 h; Niños 20 ≤ 40 kg: 4 mg/12 h; Niños ≥ 40 kg: 5 mg/12 h
- Adalimumab sc: Niños 10-30 kg: 20 mg/m<sup>2</sup>/2 semanas; Niños ≥ 30 kg: 40 mg/m<sup>2</sup>/2 semanas
- Abatacept iv: Niños < 75 kg: 10 mg/kg/4 semanas; Adultos-Niños ≥ 75 kg: 750 mg; si ≥ 100 kg: 1.000 mg

Los más usados son ibuprofeno, naproxeno, meloxicam y celecoxib

1-1,5 mg/kg con un máximo de 40 mg en articulaciones grandes como la rodilla, la cadera y el hombro; 0,5 mg/kg en codo y tobillo con un máximo de 20 mg y un máximo de 10 mg en muñeca y pequeñas articulaciones  
**Ahora solo tenemos acetónido de triamcinolona**

Según FT todos en AIJ poliarticular >2 años excepto abatacept que es >6años

Abatacept ieringuillas 125 mg sc: AIJ poli >2 años.  
10-24 kg: 50 mg/sem  
25-50 kg: 87,5 mg/sem  
≥ 50 kg o más: 125 mg/sem

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; MTX: metotrexato; vo: vía oral; sc: subcutáneo; iv: intravenoso; AIJo: artritis idiopática juvenil oligoartricular.

FIGURA 6.5. Algoritmo terapéutico de AIJ oligoartricular

- Baricitinib vo (AIJo extendida)  
≥ 2 años  
>30 kg: 4 mg  
10-30 kg: 2 mg
- Golimumab sc  
≥ 2 años  
>40 Kg: 50 mg/sem  
<40 kg: 30 mg/m<sup>2</sup>

27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



## USO PRÁCTICO DE AINE

TABLA 34.1. Posología de los principales AINE usados en reumatología pediátrica.

Grupo	Fármaco	Dosis	Dosis máx. día (mg/24 h)	Número de tomas/día
Salicilatos	Ácido acetilsalicílico (AAS)	• Antiinflamatorio: < 25 kg: 80-100 mg/kg/día > 25 kg: 2.500 mg/m <sup>2</sup> • Antiplaquetario: 5 mg/kg/día	4.900	2-4
Derivados de ácido propiónico	Ibuprofeno	30-40 mg/kg/día	2.400	3-4
	Ketoprofeno	2-4 mg/kg/día	300	3-4
	Naproxeno	10-20 mg/kg/día	1.000	2
Derivados de ácido acético	Diclofenaco	2-3 mg/kg/día	150	3
	Indometacina	1,5-3 mg/kg/día	150	3
Oxicams	Meloxicam*	0,25 mg/kg/día	15	1
	Piroxicam	0,2-0,3 mg/kg/día	20	1
	Nabumetona	30 mg/kg/día	2.000	1
Derivados de pirazol	Celecoxib	• > 2 años, 10-25 kg: 100 mg/día (2 tomas de 50 mg) • > 2 años, 25-50 kg: 200 mg/día (2 tomas de 100 mg)	200	2
	Etoricoxib	>16 años 30-90 mg/día Comprimidos de 30, 60 y 90 mg		



— **Ibuprofeno (en > 3 meses):** 30-40 mg/kg/día, repartido en 3-4 tomas diarias.

— **Naproxeno (en > 2 años):** 10-20 mg/kg/día, en 1-2 tomas diarias.

— **Meloxicam (en > 2 años):** 0,25 mg/kg/día, una vez al día.

— **Celecoxib (en > 2 años):**

- 10-25 kg: 50 mg, 2 veces/día; dosis máx 100 mg/día.
- > 25 kg: 100 mg, 2 veces/día; dosis máx 200 mg/día.
- > 40 kg: 200 mg, 2 veces/día; dosis máx 400 mg/día.

### Vigilar efectos adversos:

- Gastrointestinales:** úlcera, hemorragia y perforación poco frec en niños
- Hepáticos:** hipertransaminasemia moderada asintomática. Sdre Reye con AAS
- Renales:** insuf renal aguda, NTI, necrosis papilar
- Hematológicos:** > riesgo hemorragias por alt agregación plaq
- Reacciones de hipersensibilidad**

27 de junio de 2025

## Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria

de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



### METOTREXATO: datos imprescindibles para recordar

- **Indicación en FT:**
    - AIJ poliarticular > 3 años
  - **Dosis:**
    - 10-15 mg/m<sup>2</sup>/sem (posible 20 mg/m<sup>2</sup>/sem)
  - **Presentaciones:**
    - Jiax semanal: solución 2 mg/mL
    - Metotrexato semanal: 2,5 mg cp
    - Metotrexato inyección sc: 7,5 mg hasta 30 mg (aumentos de 2,5 mg)
  - **Efect adversos:**
    - Digestivos (dispepsia, náuseas, vómitos)
    - Conductuales
    - Hipertransaminemia
    - Citopenias
    - Teratogenicidad
    - Infecciones
    - Hipersensibilidad (rash)
  - **Controles recomendados:**
    - Hemograma, creatinina, transaminasas al inicio del tto, 1 mes después del inicio o de cada aumento de dosis, y posteriormente cada 3-4 meses . Suplementos de folato
- Previo a inicio del tto : Serologías de virus de hepatitis B y C, Mantoux y/o quantiferón.
  - Pruebas de embarazo y contracepción en el caso de pacientes en edad fértil.
  - Comprobar el estado vacunal del paciente y actualizar el calendario idealmente antes de empezar el tratamiento

Válido para cualquier tto alternativo a MTX



27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria

de la Provincia de Alicante



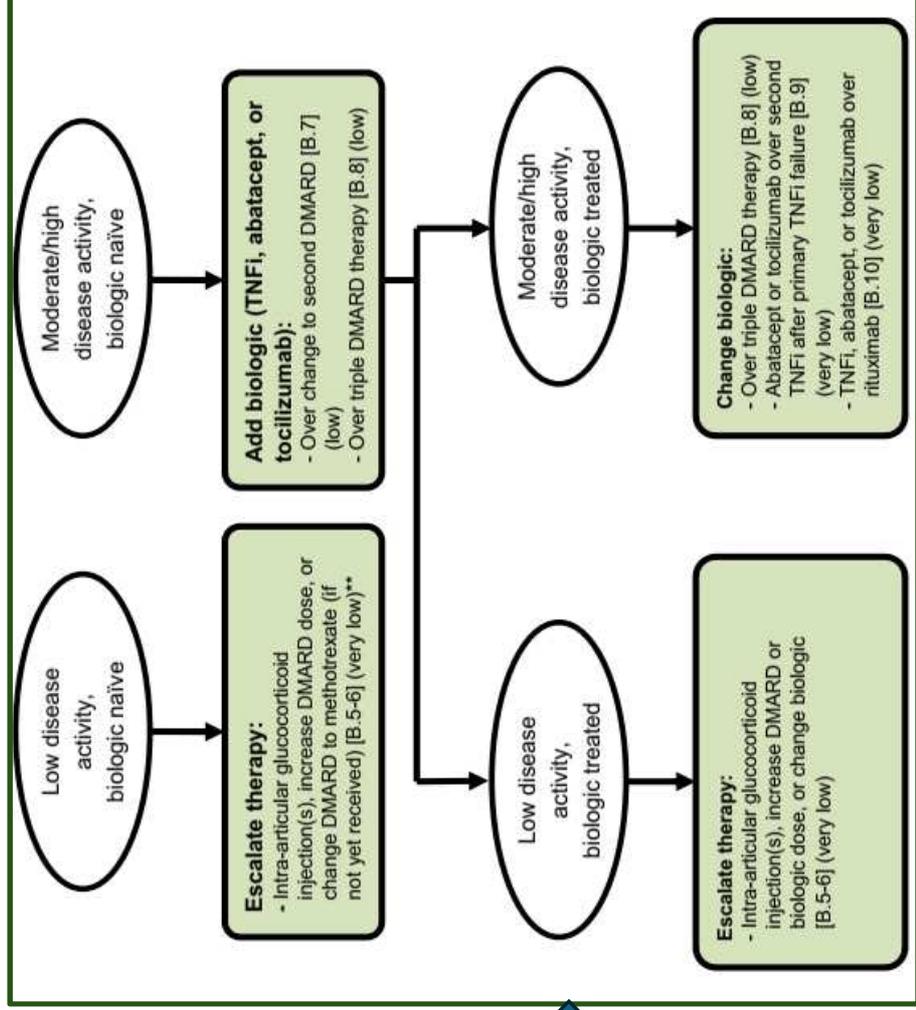
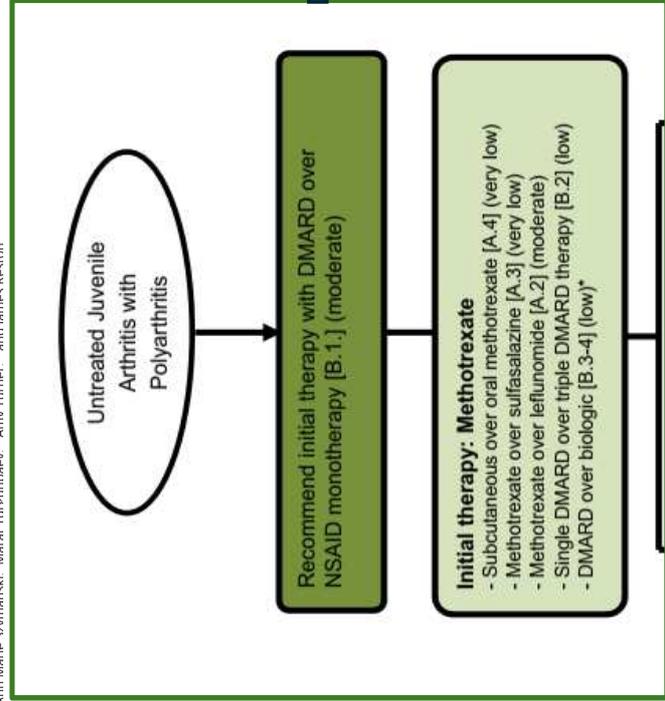
ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES

AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY  
 Advancing Rheumatology Progress

SPECIAL ARTICLE

## 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Therapeutic Approaches for Non-Systemic Polyarthritis, Sacroiliitis, and Enthesitis

Sarah Ringold,<sup>1</sup> Sheila T. Angeles-Han,<sup>2</sup> Timothy Beukelman,<sup>3</sup> Daniel Lovell,<sup>4</sup> Carlos A. Cuello,<sup>4</sup> Mara L. Becker,<sup>5</sup> Robert A. Colbert,<sup>6</sup> Brian M. Feldman,<sup>7</sup> Polly J. Ferguson,<sup>8</sup> Harry Gewanter,<sup>9</sup> Jaime Guzman,<sup>10</sup> Jennifer Horonjoff,<sup>11</sup> Peter A. Nigrovic,<sup>12</sup> Michael J. Ombrello,<sup>13</sup> Murray H. Passo,<sup>14</sup> Matthew L. Stoll,<sup>15</sup> C. Eglia Rabinovich,<sup>16</sup> Rayfel Schneider,<sup>17</sup> Orla Halyabar,<sup>18</sup> Kimberly Heys,<sup>19</sup> Amit Aakash Shah,<sup>16</sup> Nancy Sullivan,<sup>17</sup> Ann Marie Szvomszki,<sup>18</sup> Marat Turunbaev,<sup>16</sup> Amy Turner,<sup>16</sup> and James Beeton<sup>17</sup>



Adjunctive Therapy:

- NSAIDs [A.1] (very low)**  
**Intra-articular glucocorticoids\* [A.5] (very low)**  
**PT and/or OT** for those with or at risk for functional limitations [A.16, A.17] (low and very low)  
 Bridging therapy with **limited course of oral glucocorticoids (< 3 months)** during initiation/escalation of therapy in patients with high or moderate disease activity [A.6] (very low)
- Recommend triamcinolone hexacetate over triamcinolone acetonide for intraarticular glucocorticoid injections [A.6] (moderate)**
- Recommend against bridging with glucocorticoids in patients with low disease activity [A.7] (very low)**
- Recommend against use of chronic low dose glucocorticoids [A.9] (very low)**

27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



Manual SER de diagnóstico y tratamiento en Reumatología Pediátrica 2ª edición



## Según ficha técnica

### Tocilizumab: AIJ poliarticular (> 2 años):

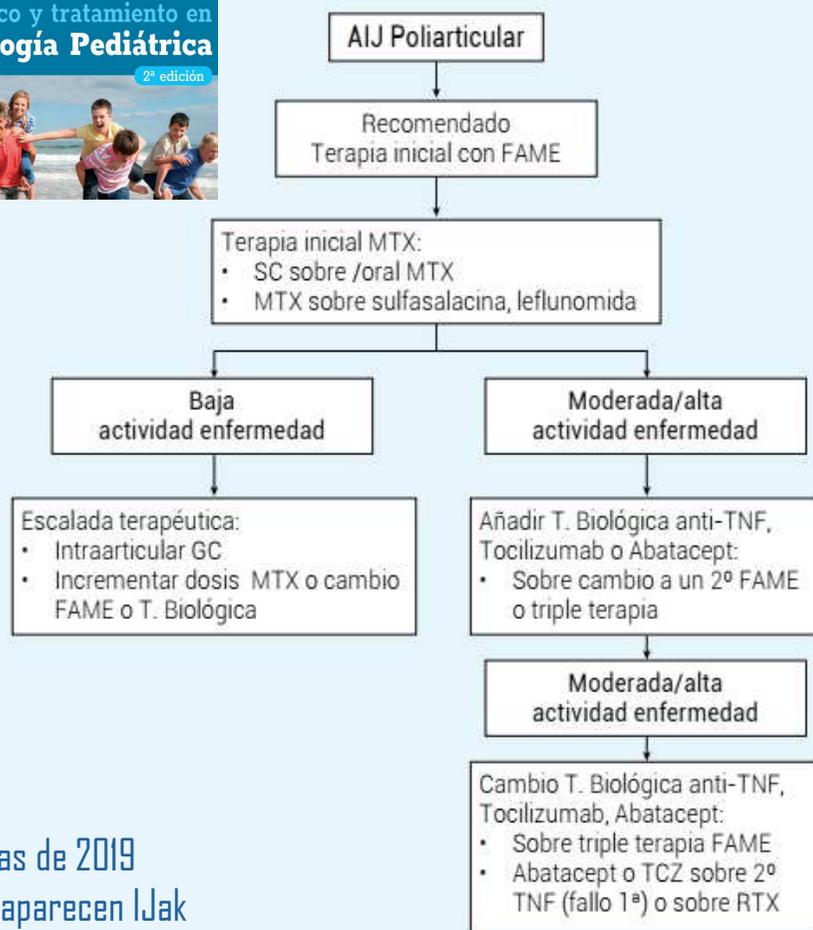
8 mg/kg/IV, 1 vez cada 4 semanas en  $\geq 30$  kg  
12 mg/kg/IV, 1 vez cada 4 semanas en  $< 30$  kg  
162 mg vía sc 1 vez cada 2 semanas en  $\geq 30$  kg  
162 mg vía sc 1 vez cada 3 semanas en  $< 30$  kg

### Leflunomida: carece de aprobación en AIJ:

Publicados resultados favorables a nivel articular en refractariedad o intolerancia a metotrexato. Eficacia parece ser mayor en pacientes con APsJ y ARE (< 20 kg, 10 mg cada 2 días; 20-40 kg, 10 mg al día; > 40 kg, 20 mg al día)

### Rituximab iv Inducción de remisión en pacientes $\geq 2$ años

con **granulomatosis con poliangeítis o poliangeítis** microscópica activa y grave en combinación con glucocorticoides



Guías de 2019 NO aparecen lJjak

FIGURA 7.6. Recomendaciones para el tratamiento inicial y posterior de la AIJ y poliartritis.

27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



**Table 1 | Medications used to treat polyarticular juvenile idiopathic arthritis**

Medication	Dose (maximum dose)	Route	Toxicity monitoring recommendations <sup>a,b</sup>
Leflunomide	<20 kg: 10 mg every other day 20–40 kg: 10 mg daily >40 kg: 20 mg daily (maximum dose as specified)	Oral	Complete blood count differential, creatinine, AST and ALT assessments at baseline, 1 month after initiation and every 3–4 months thereafter
Etanercept	For children ≥2 years of age and adolescents: 0.8 mg/kg in one weekly dose (50 mg/week)	Subcutaneous	Complete blood count differential and AST and ALT assessments at baseline and every year thereafter
Adalimumab	Fixed dosing for children ≥2 years of age and adolescents: <15 kg: 10 mg every 2 weeks; 15–30 kg: 20 mg every 2 weeks; ≥30 kg: 40 mg every 2 weeks Alternative dosing for children 2 to <4 years of age: 24 mg/m <sup>2</sup> /dose every 2 weeks (20 mg/dose) Alternative dosing for children and adolescents 4 to 17 years of age: 24 mg/m <sup>2</sup> /dose every 2 weeks (40 mg/dose)	Subcutaneous	Complete blood count differential and AST and ALT assessments at baseline and every year thereafter
Golimumab	For children ≥2 years of age and adolescents < 18 years of age with polyarticular JIA or juvenile PsA: 80 mg/m <sup>2</sup> at 0 and 4 weeks, then every 8 weeks For adolescents (≥18 years of age) with AS, PsA, RA: 2 mg/kg at 0 and 4 weeks, and then every 8 weeks (no maximum dose specified) For adolescents ≥ 18 years of age with AS, RA or PsA: 50 mg every 4 weeks (50 mg/dose)	Intravenous  Subcutaneous	Complete blood count differential, AST and ALT assessments at baseline and every year thereafter

**Ev. adversos especial interés**

Diarrea, náuseas y vómitos  
Alopecia y aftas orales  
Citopenias y alt. perfil hepático

Infecciones,  
reactivación TBC  
Leishmaniasis



27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



**Table 1 | Medications used to treat polyarticular juvenile idiopathic arthritis**

Medication	Dose (maximum dose)	Route	Toxicity monitoring recommendations <sup>a,b</sup>
Abatacept	For children ≥6 years of age and adolescents with polyarticular JIA: <75 kg: 10 mg/kg at 0, 2 and 4 weeks, then every 4 weeks; 75–100 kg: 750 mg at 0, 2 and 4 weeks, then every 4 weeks; >100 kg: 1,000 mg at 0, 2 and 4 weeks, then every 4 weeks (1,000 mg/dose)	Intravenous	None required
	For children ≥2 years of age and adolescents with juvenile polyarticular or juvenile PsA: 10–25 kg: 50 mg weekly; 25–50 kg: 87.5 mg weekly; ≥50 kg: 125 mg weekly (maximum dose as specified)	Subcutaneous	
Tocilizumab	For children ≥2 years of age and adolescents: <30 kg: 10 mg/kg every 4 weeks; ≥30 kg: 8 mg/kg every 4 weeks (800 mg/dose)	Intravenous	Complete blood count differential, AST and ALT assessments at baseline, 1 month after initiation and every 3–4 months thereafter; lipid panel assessment at baseline and every 6 months thereafter
	For children ≥2 years of age and adolescents: <30 kg: 162 mg every 3 weeks; ≥30 kg: 162 mg every 2 weeks (162 mg/dose)	Subcutaneous	

**Ev. adversos especial interés**

Infecciones, reacción infusional, cefalea, astenia

Neutropenia, elevación de transaminasas, trombopenia, hiperlipidemia, infecciones

nature reviews | rheumatology <https://doi.org/10.1038/s43584-024-01079-4>

Review article [Check for updates](#)

Treatment of non-systemic juvenile idiopathic arthritis

Susan Shernoff<sup>1</sup>, Gerald Horneff<sup>2</sup>, Amrita Aggarwal<sup>3</sup> & Angelo Ravelli<sup>4</sup>

Nature Reviews Rheumatology | Volume 20 | March 2024 | 170–181. Adaptado

27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



En el año 2019, el *American College of Rheumatology* (ACR) publicó las guías de tratamiento para pacientes con AIJ con sacroileítis y entesitis. A pesar de dichas guías, se siguen necesitando unas recomendaciones específicas para el manejo de afectación axial y periférica en pacientes con EspA-J /ARE.

Arthritis Care & Research  
Vol. 71, No. 6, June 2019, pp 717-734  
DOI: 10.1093/arcp/akz019  
© 2019, American College of Rheumatology

AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY  
Empowering Rheumatology Professionals

SPECIAL ARTICLE

## 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Therapeutic Approaches for Non-Systemic Polyarthritis, Sacroiliitis, and Entesitis

Sarah Ringold,<sup>1</sup> Sheila T. Angeles-Han,<sup>2</sup> Timothy Beukelman,<sup>3</sup> Daniel Lovell,<sup>2</sup> Carlos A. Cuello,<sup>4</sup> Mara L. Becker,<sup>5</sup> Robert A. Colbert,<sup>6</sup> Brian M. Feldman,<sup>7</sup> Polly J. Ferguson,<sup>8</sup> Harry Gewanter,<sup>9</sup> Jaime Guzman,<sup>10</sup> Jennifer Horonjoff,<sup>11</sup> Peter A. Nigrovic,<sup>12</sup> Michael J. Ombrello,<sup>13</sup> Murray H. Passo,<sup>14</sup> Matthew L. Stoll,<sup>15</sup> C. Egla Rabinovich,<sup>16</sup> Rayfel Schneider,<sup>17</sup> Olha Halyabar,<sup>18</sup> Kimberly Hays,<sup>19</sup> Amit Aakash Shah,<sup>20</sup> Nancy Sullivan,<sup>21</sup> Ann Marie Szamanski,<sup>22</sup> Marat Turunbaev,<sup>23</sup> Amy Turner,<sup>24</sup> and James Reston<sup>25</sup>

**Table 5.** Recommendations for the initial and subsequent treatment of children and adolescents with JIA and sacroiliitis\*

Recommendation	Level of evidence
In children and adolescents with active sacroiliitis, treatment with ar NSAID is <b>strongly</b> recommended over no treatment with an NSAID (PICO C.1).	Very low
In children and adolescents with active sacroiliitis despite treatment with NSAIDs:	
• Adding TNFi is <b>strongly</b> recommended over continued NSAID monotherapy (PICO C.2).	Low
• Using sulfasalazine for patients who have contraindications to TNFi or have failed more than one TNFi is conditionally recommended (PICO C.3).	Low
• <b>Strongly</b> recommend <i>against</i> using methotrexate monotherapy (PICO C.4).	Very low
<b>Glucocorticoids</b>	
In children and adolescents with active sacroiliitis despite treatment with NSAIDs:	
• Bridging therapy with a limited course of oral glucocorticoids (<3 months) during initiation or escalation of therapy is conditionally recommended (PICO C.5).† Bridging therapy may be of most utility in the setting of high disease activity, limited mobility, and/or significant symptoms.	Very low
• Intraarticular glucocorticoid injection of the sacroiliac joints as adjunct therapy is conditionally recommended (PICO C.6).	Very low
<b>Physical therapy</b>	
• In children and adolescents with sacroiliitis who have or are at risk for functional limitations, using physical therapy is conditionally recommended (PICO C.7).	Very low

\* TNFi = tumor necrosis factor inhibitor (etanercept, adalimumab, infliximab, golimumab) (see Table 3 for other definitions).  
† A bridging course of oral glucocorticoids was defined as a short course (<3 months) of oral glucocorticoids intended to control disease activity quickly during the initiation or escalation of therapy.

**Table 6.** Recommendations for the initial and subsequent treatment of children and adolescents with JIA and entesitis\*

Recommendation	Level of evidence
In children and adolescents with active entesitis, NSAID treatment is <b>strongly</b> recommended over no treatment with an NSAID (PICO D.1).	Very low
In children and adolescents with active entesitis despite treatment with NSAIDs:	
• <b>Using a TNFi is conditionally recommended over methotrexate or sulfasalazine</b> (PICO D.2, D.3).	Low
• Bridging therapy with a limited course of oral glucocorticoids (<3 months) during initiation or escalation of therapy is conditionally recommended (PICO D.4).† Bridging therapy may be of most utility in the setting of high disease activity, limited mobility, and/or significant symptoms.	Very low
<b>Physical therapy</b>	
• In children and adolescents with entesitis who have or are at risk for functional limitations, using physical therapy is conditionally recommended (PICO D.5).	Very low

\* TNFi = tumor necrosis factor inhibitor (etanercept, adalimumab, infliximab, golimumab) (see Table 3 for other definitions).  
† A bridging course of oral glucocorticoids was defined a short course (<3 months) of oral glucocorticoids intended to control disease activity quickly during the initiation or escalation of therapy.

**Baricitinib vo:**  
≥ 2 años  
>30 kg: 4 mg  
10-30 kg: 2 mg

**Adalimumab sc :**  
≥ 6 años  
≥ 30 kg: 40 mg/ 2sem  
15-30 kg: 20 mg/ 2sem

**Etanercept sc :**  
≥ 12 años  
0,8 mg/Kg  
Máx 50 mg/sem

**Secukinumab sc:**  
≥ 6 años  
<50 Kg: 75 mg  
≥ 50 kg: 150 mg

27 de junio de 2025

## Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



### TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS PSORIASICA JUVENIL

- **Infiltraciones corticoides**
- **AINE**
- **FAME sintéticos**
  - **Metotrexato:** vo > 2años, sc >3años
  - Leflunomida?
- **Apremilast**
  - No tiene aprobación en APsJ, aunque sí en psoriasis en > 6 años y > 20Kg

### • **FAME biológicos**

- Anti TNF-alfa
  - **Etanercept** >12 años (Aps)  
> 6 años (Pso)
  - Adalimumab > 4 años (Pso)
- Anti-IL17
  - **Secukinumab** (> 6 años)
  - Ixekizumab (>6 años (Pso)
- Ustekinumab
  - Pso > 6 años y > 15 Kg
- **Inhibidores de JAK**
  - **Tofacitinib** (> 2 años y  $\geq$  40 kg)
  - **Baricitinib** (> 2 años y > 10Kg)



27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria

de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



nature reviews rheumatology <https://doi.org/10.1038/s41984-024-01079-8>

Review article [Check for updates](#)

## Treatment of non-systemic juvenile idiopathic arthritis

Susan Shenoi<sup>1</sup>, Gerd Horneff<sup>2</sup>, Amita Aggarwal<sup>3</sup> & Angelo Ravelli<sup>4</sup>\*

**Table 1 | Medications used to treat polyarticular juvenile idiopathic arthritis**

Medication	Dose (maximum dose)	Route	Toxicity monitoring recommendations <sup>a,b</sup>
Secukinumab	For children ≥4 years of age and adolescents with enthesitis-related arthritis, and children ≥2 years of age and adolescents with PsA: ≥15 to <50 kg: 75 mg weekly at 0, 1, 2, 3 and 4 weeks, then 75 mg every 4 weeks; ≥50 kg: 150 mg weekly at 0, 1, 2, 3 and 4 weeks, then 150 mg every 4 weeks (maximum doses as specified)	Subcutaneous	None recommended; can consider periodic complete blood count differential and AST, ALT and creatinine assessments every 6 months
Tofacitinib	For children ≥2 years of age and adolescents: 10–20 kg: 3.2 mg twice daily (oral solution); 20–40 kg: 4 mg twice daily (oral solution); ≥40 kg: 5 mg twice daily (tablet or oral solution) For adolescents ≥ 18 years of age with AS, RA or PsA: 5 mg twice daily intermediate release tablets or 11 mg once daily extended-release tablets (maximum dose as specified)	Oral	Complete blood count differential and AST and ALT assessments at baseline, 1 month after initiation and every 3–4 months thereafter; lipid panel assessment at baseline and every 6 months Valorar vacunación previa contra varicela-zóster
Baricitinib			Complete blood count differential and AST and ALT assessments at baseline, 1 month after initiation and every 3–4 months thereafter; lipid panel assessment at baseline and every 6 months Valorar vacunación previa contra varicela-zóster

**Ev. adversos especial interés**

infecciones, candidiasis, herpes oral

Reactiv varicela zóster, trombosis venosa?, infecciones, Hiperlipidemia, citopenias

27 de junio de 2025

# Jornada de Reumatología para Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES

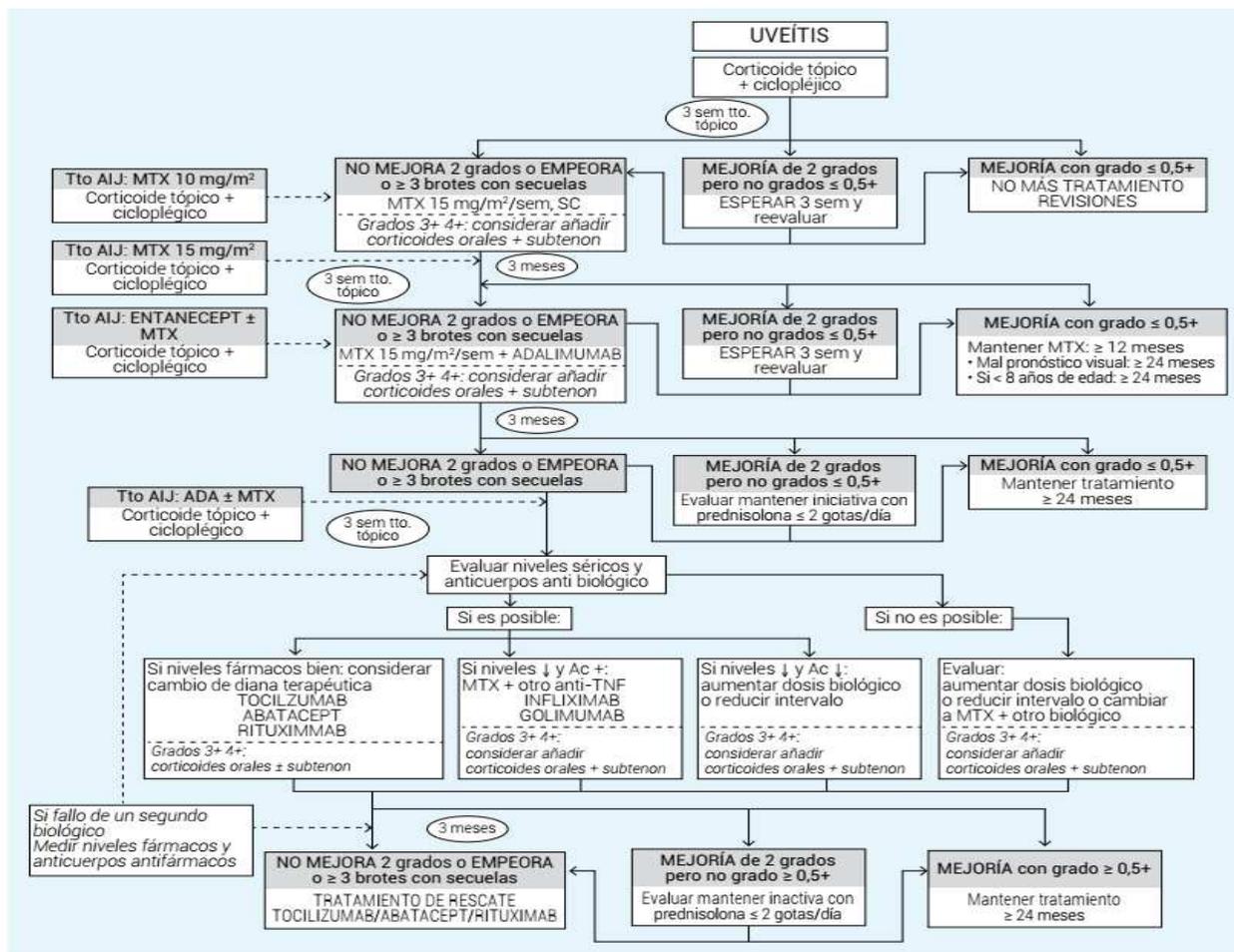


FIGURA 9.5. Algoritmo de tratamiento en pacientes con uveítis asociada a AIJ.



METOTREXATO  
ADALIMUMAB  
INFLIXIMAB  
GOLIMUMAB  
TOCILZUMAB  
ABATACEPT  
RITUXIMAB

27 de junio de 2025

Jornada de Reumatología para Pediatras de  
Atención Primaria y Hospitalaria  
de la Provincia de Alicante

ISABIAL ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES



# Manual

## de diagnóstico y tratamiento

# Reumatología Pediátrica

## RESUMEN

- El tratamiento de la AIJ requiere un enfoque individualizado y multidisciplinario
- Es fundamental la comunicación fluida entre atención primaria-especializada-unidades de referencia
- La adherencia a las guías y la monitorización constante son clave para el éxito
- La investigación continúa para mejorar las opciones terapéuticas



Muchas gracias  
por su atención.