








## Poliarteritis nodosa, enfermedad poco frecuente en la infancia (*Polyarteritis nodosa, an uncommon disease in childhood*)

Oriana Genesi Montufar-Aranda,<sup>1</sup>  , Douglas Antonio Olivero-David<sup>2</sup> , Luis Alejandro Rocha-Rubiano<sup>3</sup>   
, Yoselyn María Martorelli-Suárez<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.

<sup>2</sup> Consulta Externa de Control del Niño Sano – ASIC Boconó Facultad de Medicina UNEFM, Boconó, Edo Trujillo, Venezuela

<sup>3</sup> Postgrado de Pediatría y Puericultura - Hospital Universitario de los Andes, Mérida, Venezuela.

**Recibido:** 30 de Agosto de 2022.

**Aceptado:** 12 de Diciembre de 2022.

**Publicado online:** 1 de Mayo de 2023.

[CASOCLÍNICO]

PII: S2477-9369(22)110013-CC

### Resumen(español)

La vasculitis es causada por varias entidades clínicas, siendo relativamente frecuente. Se caracterizan por inflamación de los vasos sanguíneos, la cual progresa a isquemia, necrosis, presentando lesión de los grandes, medianos y pequeños vasos, por tanto, de órganos y sistemas. Las primeras descripciones macroscópicas de las vasculitis o arteritis postmortem son atribuidas a Kussmaul y a Maier en 1866. Estas se encuentran entre las patologías inmunoalérgicas; y, en la mayoría de los casos, su forma de presentación involucra un contexto clínico heterogéneo, dificultando la correcta clasificación, lo cual conduce a retrasos en el diagnóstico y tratamiento. Distintos especialistas, entre ellos los reumatólogos, pediatras, angiólogos y dermatólogos, por citar algunos, son los principales autores de la atención a quienes presentan esta patología, orientando un diagnóstico certero y tratamiento oportuno. Se trata de preescolar femenino de 7 años de edad, natural y procedente de Tovar - Estado Mérida; quien ingresa al servicio de emergencia pediátrica, presentando dolor al caminar en región de talón del pie izquierdo, asociado a lividez reticular, palidez en pie izquierdo y signos de cianosis distal. En vista de evolución desfavorable, con una clínica inicial que dificulta el enfoque diagnóstico y, asociado a hallazgos paraclínicos no concluyentes, se recurre a biopsia para determinar etiología.

### Palabrasclave(español)

*Vasculitis, poliarteritis nodosa, paciente pediátrico.*

### Abstract(english)

The vasculitis is caused by several clinical factors, becoming frequently found. They are distinguished by the swelling of the blood vessels, which evolves into ischemia and necrosis, showing injuries in large, medium, and small vessels, therefore, organs and systems. The first macroscopical descriptions of vasculitis or post-mortem arteritis are attributed to Kussmaul and Maier in 1866. These are found in immunoalergic pathologies and, in most cases, their form of presentation involves a diverse clinical context, difficulting the correct classification, which leads to a delay in the diagnosis and treatment. Several specialists, including rheumatologists, pediatricians, angiologists, and dermatologists, just to mention a few, are the main authors of the attention given to those who have this pathology, guiding it to a correct diagnosis and an appropriate

treatment. It's a pre-school seven years old female, born and coming from Tovar - Merida State; who's admitted to the pediatric emergency department, presenting pain during the walk at the left foot's heel, associated with reticular lividity, paleness on left foot, and distal cyanosis signs. Due to the negative progress, the initial symptoms that difficult the diagnosis, and associated with non-conclusive paraclinical findings, a biopsy is required to determine the etiology.

## Keywords(english)

*Vasculitis, polyarteritis nodosa, pediatric patient.*

### Introducción

Existe un diferente grupo de enfermedades que pueden desencadenar un proceso de vasculitis en la edad pediátrica, por lo que es de gran importancia conocer estos procesos, para realizar un adecuado diagnóstico, seguimiento y tratamiento, dado la presentación clínica heterogénea que presentan este grupo de padecimientos.

La vasculitis es un proceso clínico-patológico caracterizado por inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos, que conlleva a la oclusión, ocasionando isquemia tisular. El diagnóstico etiológico de las vasculitis en la edad pediátrica constituye un desafío, ya que su origen puede ser primario o la manifestación inicial de enfermedades sistémicas diversas (1). La primera descripción macroscópica de las vasculitis o arteritis postmortem se le atribuye a Kussmaul y a Maier en 1866. Estas, se encuentran asociadas a las enfermedades inmunológicas, aunque en la práctica clínica existen frecuentemente problemas para su correcta clasificación, lo cual conduce a retrasos en el diagnóstico y tratamiento (2).

Una de las clasificaciones más extendidas ha sido la propuesta por Fauci, que atiende fundamentalmente a hallazgos clínico patológicos. En el año 1952 Zeek, propuso la primera clasificación de las vasculitis basaba en la clínica y las características patológicas; como lo son tipo y calibre de los vasos afectados. Antes que Zeek realizase esta clasificación, todas las vasculitis eran consideradas como poliarteritis nodosa, fue solo en el año 1992 donde se reunieron en Ckapel Hill, Carolina del Norte, un Comité de Expertos formado por clínicos y patólogos procedentes de seis países, con objeto de consensuar una denominación común para las vasculitis sistémicas, en función del tamaño del vaso afectado. El objetivo principal fue tratar de estandarizar las definiciones y los términos diagnósticos que hasta entonces se venían aplicando a las vasculitis (3).

### Caso clínico

Preescolar femenino de 7 años de edad, natural y procedente de Santa Cruz de Mora - Estado Mérida, quien ingresa al servicio de emergencia pediátrica el día 12/06/2022 por presentar dolor en región distal del miembro inferior izquierdo (tendón de Aquiles, y talón) de 17 días de evolución, iniciando de leve intensidad, de carácter urente, que agrava con la marcha y mejora en reposo, y posterior aumenta en forma progresiva, no irradiado. Se manejó con AINES, presentando leve mejoría del dolor. Posterior a 5 días, presenta aumento del dolor, frialdad y cambios de coloración del pie y tobillo izquierdo, por lo que es llevado a facultativo, indicando CORTICOESTEROIDES, sin mejoría clínica de los síntomas. Motivado a la persistencia de dichos síntomas, refieren a centro de salud tipo IV. Antecedente Personales: Esquema de inmunización completo para la edad, incluyendo 2 dosis para Sarcov-2, niega alergias, patologías previas o quirúrgicas. Antecedentes familiares: Padre: vivo, hipertenso. Madre: viva sana. Al examen físico peso 30



**Figura 1.** En la figura se evidencia ligera palidez cutánea y lividez reticular en planta de pie izquierdo.

Tabla 1. Evaluaciones paraclínicas realizadas.

| Fecha          | Paraclínico                     | Valor                        |  |
|----------------|---------------------------------|------------------------------|--|
| 07/06/22       | Hematología Completa: Hb        | 12.2 gr/dl                   |  |
|                | Hto                             | 37%                          |  |
|                | Cuenta Blanca                   | 9100 mm <sup>2</sup>         |  |
|                | Neutrófilos                     | 50%                          |  |
|                | Linfocitos                      | 49%                          |  |
|                | Monocitos                       | 1%                           |  |
|                | Plaquetas                       | 610.000                      |  |
|                | Fibrinógeno                     | 834.4 mg/dl                  |  |
|                | Tiempo de protrombina           | 10.2" (control de 12")       |  |
|                | Tiempo de tromboplastina        | 29.8" (control de 32")       |  |
|                | Creatinina                      | 0.5 mg/dl                    |  |
|                | Glicemia                        | 109 mg/dl                    |  |
|                | 12/06/22                        | ASLO                         | 180 U/ml   |
|                |                                 | Uroanálisis                  | pH: 6;<br>Sangre (-);<br>Urobilinogeno (-);<br>Cuerpo cetónico (-); Leucocitos 1 – 3 x campo;<br>Bacterias escasas; Cilindros (-). |
| 16/06/22       | LDH                             | 211 U/L                      |  |
|                | CK total                        | 152 U/L                      |  |
|                | CK mb                           | 45 U/L                       |  |
|                | TGO                             | 86 U/L                       |  |
|                | TGP                             | 67 U/L                       |  |
|                | Bilirrubina total               | 0.70 mg/dl                   |  |
|                | Bilirrubina indirecta           | 0.48mg/dl                    |  |
|                | Bilirrubina directa             | 0.22 mg/dl                   |  |
|                | PCR                             | 95.2 mg/L                    |  |
|                | Dímero D                        | 1.68 mg/L                    |  |
|                | Prueba serológica para Sarcov-2 | IgM (-) IgG (-)              |  |
|                | Anticuerpos Antinucleares       | 0.17 U/ml                    |  |
|                | Anticardiolipina                | IgG: 2.5 U/ml, IgM: 2.5 U/ml |  |
|                | Crioglobulina                   | (-)                          |  |
|                | C-ANCA                          | 19.8 UR/ml                   |  |
|                | P-ANCA                          | 15.3 UR/ml                   |  |
|                | VDRL                            | no reactivo                  |  |
| HIV            | (-)                             |                              |  |
| VHB, VHC       | (-), (-)                        |                              |  |
| Factor Ra test | (-)                             |                              |  |
| CMV            | IgM: (+), IgG: (-)              |                              |  |
| VEB            | IgM: (-), IgG: (-)              |                              |  |

kg, talla 138 cm (3SD), con condiciones clínicas estables, frecuencia cardiaca: 119 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm, presión arterial 111/81 mmHg (P70-97/50-75), temperatura 38.5°C, se evidencia signos de palidez cutánea a nivel de dorso y dedos del pie izquierdo, con variabilidad a cianosis en la región distal (dedos), se aprecian signos de lívido reticulares y frialdad distal de la región plantar, con pulsos poplíteos y pedios bilaterales palpables con adecuada amplitud y frecuencia, fuerza muscular conservada bilateral, reflejos bilaterales conservados +++/+++. Saturación de

98%, no logrando registrar saturación en miembro inferior izquierdo a nivel distal.

Desde el ingreso, se plantea en el paciente *insuficiencia vascular* en pie izquierdo en estudio, por hallazgos clínicos, ver figura 1. Motivo por el cual se indican paraclínicos.

Radiografía de Tórax PA 14/06/22: Evidencia infiltrado retículo intersticial fino y aumento de la trama vascular, sin signos de consolidación, I.C.T. <0.5 cms.

Se requirió manejo especializado por grupo multidisciplinario; (cirugía vascular, reumatología, hematología, pediatría), y dado a los hallazgos descritos

**Tabla 2.** Imagenología.

| Procedimiento  | Hallazgos  |
|--|--|
| USG: doppler arterial de miembro inferior izquierdo<br>12/06/22      | Doppler arterial con cambio de flujo distales en arterial tibial anterior, arterial tibial posterior, peronea, de miembro inferior izquierda.<br>Estudio doppler venoso con signos de flebitis en vena safena interna de miembro inferior izquierdo.             |
| USG: abdominal<br>12/06/22   | Órganos abdominales sin alteraciones ecográficas en el momento del estudio.  |
| USG: doppler venoso de miembros inferior izquierdo<br>13/06/2022     | Estudio sin alteración, sin evidencia de signos de trombosis venosa superficial ni profunda.   |
| USG: doppler arterial de miembros inferior izquierdo<br>15/06/2022   | Arteriopatía de etiología a precisar vrs vasculitis de probable origen infeccioso, con repercusión hemodinámica distal.<br>Doppler arterial con cambios de flujos distales en arteria tibial anterior, arterial tibial posterior y peronea, en pierna izquierda. |
| USG: doppler venoso de miembros inferiores bilateral<br>19/06/2022   | Miembro inferior izquierdo:<br>Estudio sin alteración, sin evidencia de signos de trombosis venosa superficial ni profunda.<br>Miembro inferior derecho:<br>Estudio sin alteración, sin evidencia de signos de trombosis venosa superficial ni profunda.         |
| USG: doppler arterial de miembros inferiores bilateral<br>19/06/2022 | Arteriopatía periférica de probable origen inflamatorio, arterias infra patelares bilaterales, con repercusión hemodinámica a predominio izquierdo.<br>Linfonodos reactivos inguinales en poplíteo izquierdo.  |

en la tabla 1, tabla 2. Se decide iniciar manejo farmacológico: anticoagulantes, pentoxifilina, RITUXIMAB, aspirina, corticoide y antibioticoterapia. Ver tabla 3.

Se planteó *diagnóstico presuntivo* de vasculitis de origen autoinmune, y Síndrome Anti Fosfolípidos dado a anticardiolipina IGM (+), la cual se descarta dado a la literatura, que describe signos de trombosis como criterios para su diagnóstico, es valorado por el servicio de Infectología quien indica Ganciclovir por CMV IGM (+).

Dado a su evolución tórpida con aumento de cianosis, y signos de necrosis distal; ver figura 2a y 2b, el día 24/06/22 se plantea llevar a quirófano con la finalidad de recanalización más arteriografía, donde se

realiza exploración vascular más tromboembolectomía y arteriografía, Hallazgos: arteria femoral superficial de aspecto y configuración normal, sin pulso palpable, vena femoral sin trombos. Su evolución en estancia hospitalaria, en los días posteriores se evidenció deterioro en miembro inferior izquierdo, dado a necrosis distal en pulpejo de los dedos, ausencia del pulso pedio, con resultados de biopsia de arteria femoral, que reporta diagnóstico definitivo arteritis de vasos medianos y pequeños con necrosis: Poliarteritis Nodosa. Se realiza 02/07/22 valoración oftalmológica protocolo de vasculitis buscar signos de uveitis, donde no se reporta ninguna alteración.

Según la evidencia clínica, para-clínica, estudio de arteriografía, evolución tórpida, y resultado de la

**Tabla 3.** Medicamanetos utilizados.

| Medicamento             | Dosis           | Días    |
|-------------------------|-----------------|---------|
| Enoxaparina             | 1 a 2 mg/kg/día | 20 días |
| Pentoxifilina           | 20 mg/kg/día    | 12 días |
| Metilprednisolona       | 30 mg/kg/dosis  | 3 días  |
| Prednisolona            | 1 mg/kg/dosis   | 15 días |
| Ceftriazona             | 75 mg/kg/día    | 5 días  |
| Acido acetil salicílico | 100 mg/día      | 15 días |
| Rituxamab               | 375 mg/sc/día   | 20 días |
| Ganciclovir             | 10 mg/kg/día    | 10 días |

biopsia se define diagnósticos: 1. Vasculitis tipo B: de mediano y pequeños vasos por hallazgo histopatológico 2. Vasculitis obstructiva periférica: pulsos ausentes en tibial posterior y pedia, flujo distal dado por colaterales con repercusión hemodinámica severa, considerando pronóstico malo.

La Paciente el día 08/07/22 es llevada a mesa operatoria para amputación infrapatelar de miembro inferior izquierdo. 12/07/22 se da de alta con tratamiento ambulatorio micofenolato MOFETIT 1gr, PREDNISONA 5mg por 15 días, luego interdiario por 15 días, OMEPRAZOL 20 mg, AC FÓLICO 1 tableta de 5mg OD, y seguimiento por el servicio de Pediatría.

Dx Egreso:

1. Vasculitis de medianos y pequeños vasos. Poliarteritis nodosa
2. PostOperatorio mediato de amputación infrapatelar de Miembro inferior izquierdo

## Discusión

La vasculitis de medianos y pequeños vasos comprende un grupo heterogéneo de enfermedades que complican su diagnóstico precoz, se han identificado múltiples causas de este tipo de trastornos descritas en la literatura. Esta patología arterial-oclusiva a nivel pediátrico no es una condición común, su etiología, tratamiento y pronóstico dependen directamente de su causa. La poliarteritis nodosa en muchas ocasiones no es el primer diagnóstico diferencial de isquemia u oclusión arterial de miembros o claudicación intermitente motivo por el cual requiere estudios para diferenciar de otros tipos de vasculitis. En bibliografías se encuentran escasos informes de esta patología en pediatría, que se presenten inusualmente como isquemia de la extremidad con un pronóstico desfavorable, o que lleven a requerir amputación. En este paciente, aunque no había ningún factor de riesgo, la queja inicial de dolor y signos de piel marmórea condujo a un diagnóstico inicial erróneo de enfermedad arterial periférica; porque, no había otras características como compromiso renal, intestinal, nervioso, etc., que sugirieran vasculitis. Asociado a esto, la gran limitación en exámenes de extensión al ingreso de la paciente a la emergencia pediátrica. Sin embargo, durante la evolución del proceso de enfermedad, se hizo evidente un aumento en la zona de hipoperfusión distal dado por signos de cianosis y necrosis distal que conllevaron a estudios más especializados. Descartándose, dado a los estudios, ANCA negativo, anticardiolipina levemente positivo,

antiinmunoglobulina negativo, hepatitis B negativo, crioglobulina negativo, un proceso inmunológico. Por no ser concluyentes, se decide estudios, entre estos IgM citomegalovirus positivo. Se han descrito en la literatura como causante de algún tipo de vasculitis inmunológica la infección endotelial por CMV (citomegalovirus) con complejos inmunes, Aunque no se contó con exámenes confirmatorios de infección por citomegalovirus DNA, ni PCR, que asocien una inmunoglobulina y un antígeno viral, provocan vasculitis por la activación de células complementarias e inflamatorias. Por lo cual se asoció como una infección adyacente a la patología descrita. El arteriograma y la biopsia: N1 revelaron características que sugerían vasculitis de medianos y pequeños vasos tipo B y poliarteritis nodosa con necrosis, la biopsia N2: compatible con poliarteritis crónica moderada inespecífica más arteritis de pequeños vasos. El paciente satisfizo 4 de 10 puntos de los criterios del American College of Rheumatology para diagnosticar poliarteritis nodosa: pérdida de peso >4kg, evidencia de vasculitis en biopsia de vasos de pequeño y mediano calibre, y anomalías arteriográficas, dado a que no existe un examen específico o signo patognomónico que nos oriente con precisión al diagnóstico acerado se usaron los criterios descrito. Se iniciaron esteroides intravenosos, anticuerpos monoclonales, anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios con el fin de mejorar la perfusión distal del miembro afectado y disminuir el proceso inflamatorio vascular. Los objetivos del tratamiento de las vasculitis sistémicas son: inducir remisión de la enfermedad activa, mejorar la sobrevida, limitar la morbilidad relacionada con la enfermedad y mantener la remisión. Dentro de los medicamentos usados, corticoesteroides terapéutica de primera línea considerar pulsos de ciclofosfamida, terapia de inducción a la remisión con (Metilprednisolona casos con enfermedad grave), profilaxis para la cistitis hemorrágica con la administración de MESNA, la plasmaféresis permite retirar los complejos inmunes, y la admistración de Lamivudina, en combinación uso de terapia biológica se puede considerar en pacientes con Poliarteritis nodosa que tienen falla terapéutica con el tratamiento estándar o bien toxicidad grave por la dosis acumulada de ciclofosfamida. Las opciones de tratamiento incluyen Rituximab y anti-TNF alfa. Es indispensable que todo candidato al uso de terapia biológica, cumpla con el protocolo de estudio basal, criterios de inclusión y medidas de seguridad. Pero el pronóstico hacia la amputación infrapatelar fue inevitable a pesar de la oportuna intervención terapéutica, con una necrosis evidente, riesgo de



**Figura 2. 2a.** Imagen donde se evidencia lividez reticular en dorso lateral interno hasta talón de pie izquierdo, con signos de necrosis distal. **2b.** Se evidencia lividez reticular en planta de pie izquierdo, con signos de necrosis distal

gangrena seca por la condición del paciente y su deterioro progresivo claro.

En un caso de isquemia o cianosis de extremidades en ausencia de factores de riesgo y otras características de la enfermedad arterial periférica oclusiva, debe existir un alto grado de sospecha de poliarteritis nodosa ya que llegar a un diagnóstico correcto e iniciar un tratamiento precoz es crucial para su evolución y pronóstico.

Es importante hacer distinción entre los criterios que se manejan como protocolo para identificar las enfermedades o patologías que pueden presentar los niños con signos de vasculitis, las características comunes para evaluar casos sospechosos de problemas inmunes para vasculitis y trastornos idiopáticos. Por lo tanto, es fundamental identificar las causas de pacientes con vasculitis, desarrollando algoritmos diagnósticos donde se establece por etiología, casuística y calibre del vaso afectado.

Nuestra paciente en el momento de la valoración se encontraba con signos de dolor, asociado a cambios de

coloración en la piel lívido reticulares, determinando por hallazgos en imágenes un comportamiento anormal a nivel de la región vascular distal, con signos de insuficiencia venosa y/o arterial. Es necesario un manejo interdisciplinario para detectar las causas de la enfermedad, apoyo en diversos estudios paraclínicos para establecer una conclusión diagnóstica más uniforme, evitando consecuencias fatales o irreversibles.

En conclusión se recomienda realizar revisión de la literatura para mayor conocimiento sobre patologías raras en la edad pediátrica con el fin de mejorar el pronóstico y tratamiento de patologías poco comunes, como lo fue el caso de la paciente en mención.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto.

### Referencias

1. Chanussot C, Vega M, Flores L, Ríos C, Cabiedes J. Etiología de las vasculitis cutáneas: utilidad de una aproximación

sistémica Gac Med Mex 2018; 154: 62-67. [\[PubMed\]](#)  
<https://www.medigraphic.com/cgi->

<bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79025>.

2. Chércoles L, Fong E J. Some specificities on vasculitis. MEDISAN [Internet]. 2016 Nov [citado 2022 Jul 22]; 20: 2395-2409.
3. Calvo I. Clasificación de las vasculitis en el niño. Unidad de Reumatología Pediátrica Hospital Infantil La Fe. Valencia; An Pediatr (Barc) 2005;62:263-6.
4. Vicentela I A, Cifuentes J C, Barahona Z D, Chong M G, Schiappacasse F G. PET-CT FDG en el diagnóstico y seguimiento de vasculitis de grandes vasos [Positron emission tomography-CT scan (PET-CT) in the diagnosis of large vessel vasculitis]. Rev Med Chil. 2021 May;149(5):773-8. [PubMed] [Google scholar].
5. Berti, Alvise, et al. "Beyond giant cell arteritis and Takayasu's arteritis: secondary large vessel vasculitis and vasculitis mimickers." Current rheumatology reports 2020; 22: 1-14. [PubMed] [Google scholar].
6. Samson P, Ornetti, Bonnotte B. "Arteritis de células gigantes (enfermedad de Horton)-Seudopoliarteritis rizomélica." EMC-Tratado de Medicina 23.3 (2019): 1-10. [PubMed] [Google scholar].
7. Okazaki T, Shinagawa S, Mikage H. Vasculitis syndrome-diagnosis and therapy. J Gen Fam Med. 2017 Mar 24;18:72-78. doi: 10.1002/jgf2.4. [PubMed] [Google scholar].
8. Hernández M, Ramos J, Valdés K. "Poliarteritis nodosa cutánea: presentación de dos casos y revisión de literatura." Revista del Centro Dermatológico Pascua. 2021; 30: 84-8. [Google scholar].
9. Pedraja I, et al. "La enfermedad de Kawasaki en pediatría." Revista Sanitaria de Investigación. 2022; 3: 96.
10. Mercado Erick , Sepúlveda R. "Lo que deberías conocer acerca de las vasculitis de vasos pequeños asociadas con ANCA." Medicina Interna de México 2021; 37: 827-33. [Google scholar].
11. Javiera Cid B, Feuerhake T, Méndez GP, Talesnik E, Borzutzky A. Vasculitis asociadas a ANCA en pediatría, serie de casos clínicos. Andes Pediatr. 2021; 92:904-910. doi: 10.32641/andespediatr.v92i6.3709. [PubMed] [Google scholar].
12. Sanmartin E, Molina M. "Poliangeitis microscópica con debut de polineuropatía periférica." Reumatología al Día. 2022; 16: [Google scholar].
13. Nieto V, Hernández L. Enfermedad de Wegener diagnóstico y tratamiento." RECIMUNDO. 2020: 399-410. [Google scholar].
14. Obando J, Robles M, Rosales D. Enfermedad granulomatosa eosinofílica con poliangeítis: presentación de caso y revisión de la literatura. Revista Ciencias de la Salud y Educación Médica. 2018: 24-28. Jurado N, Sánchez J. "Vasculitis leucocitoclástica [Google scholar].
15. Jurado N, Sánchez J. Vasculitis cutánea en paciente con cáncer gástrico como síndrome paraneoplásico: reporte de caso." Revista Colombiana de Hematología y Oncología 2018. .1: 50-4. [PubMed] [Google scholar].
16. Urrrea-Pineda LY, Gómez-Jiménez S, Jaramillo-Arroyave D, Muñoz-Vahos CH, Vanegas-García AL, Vasquez G, Restrepo-Escobar M, González-Naranjo LA. Cryoglobulinemic vasculitis and psoriatic arthritis: Case report of an unusual association. Reumatol Clin (Engl Ed). 2020;16(3):242-244. 16.3. [PubMed]
17. Solano V, Obaldía A, Solano S. "Diagnóstico y tratamiento de la Vasculitis por IgA." Revista Médica Sinergia 7.4 (2022): e791-e791.
18. Madaí D. "Urticaria crónica:¿ vasculitis vs lupus? El gran dilema clínico." DERMATOLOGÍA REVISTA MEXICANA 2021. 65.4. [Google scholar].
19. Edad de Behcet. Corcordancia de enfoques terapéuticos. Reporte de caso y revisión de literatura." Revista Peruana de Investigación en Salud. 2022: 107-114.
20. De la Cámara I, Molina R, Joven B. "Síndrome de Cogan: descripción de un caso con respuesta parcial a tocilizumab y revisión de la literatura." Revista Colombiana de Reumatología. 2018 25: 298-300. [Google scholar].
21. Guillevin L, Pagnoux C. Principales vasculitis necrosantes. EMC-Aparato Locomotor. 2020; 53: 1-24. [Google scholar].



Avances en Biomedicina se distribuye bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Venezuela, por lo que el envío y la publicación de artículos a la revista son completamente gratuitos.



<https://me-qr.com/a81MSyVp>

**Como citar este artículo:**

Montufar-Aranda OG, Olivero-David DA , Rocha-Rubiano LA, Martorelli-Suárez YM. Poliarteritis nodosa, enfermedad poco frecuente en la infancia. *Avan Biomed.* 2022; 11: 107-13