

Presentación de Caso

Poliarteritis Nodosa en edad pediátrica: presentación de un caso

Polyarteritis Nodosa in pediatric age: a case report

Delia Cabezas-Rodríguez¹  , Dania María Rodríguez-Martínez² , Daysi Eduarda Álvarez-Montalvo³ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas “Enrique Cabrera”. La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez”. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la Poliarteritis Nodosa es una vasculitis necrosante de arterias de mediano y pequeño calibre, con afectación multiorgánica y que característicamente no se presenta en arteriolas, vénulas y capilares. Es una enfermedad de baja incidencia y se describe con menor frecuencia en los niños en comparación con la población adulta.

Presentación del caso: paciente femenina de 16 años de edad, de procedencia rural, con vida sexual activa desde hace dos años, con antecedentes de salud anterior y no alergias conocidas. Presentó como hábito el de fumar al menos una cajetilla diaria e ingerir bebidas alcohólicas de manera ocasional. Fue llevada al cuerpo de guardia del Hospital de Guanajay por presentar lesiones cutáneas de tipo purpúrico-hemorrágicas en región facial y los miembros superiores e inferiores, asociado a dolor intenso, e impotencia funcional de ambos miembros inferiores y a un cuadro séptico sin focalización aparente, inicialmente se sospechó la presencia de un Síndrome de Schönlein-Henoch. Posteriormente es remitida hasta el Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez” para continuar estudio y tratamiento luego de 12 días de evolución. Según protocolos de la institución se realizó una valoración interdisciplinaria y se diagnosticó de Poliarteritis Nodosa.

Conclusiones: constituyó esta presentación una mirada más al saber sobre la Poliarteritis Nodosa, pues a pesar de su rareza, un conocimiento basto sobre el tema garantiza el diagnóstico y tratamiento precoz, lo cual mejora el pronóstico de estos pacientes.

Palabras clave: Arterias; Dolor; Enfermedad; Niño; Síndrome.

ABSTRACT

Introduction: polyarteritis Nodosa is a necrotizing vasculitis of medium and small caliber arteries, with multiorgan involvement and characteristically does not occur in arterioles, venules and capillaries. It is a disease of low incidence and is described less frequently in children compared to the adult population.

Case presentation: 16-year-old female patient, from a rural area, sexually active for two years, with previous health history and no known allergies. She had a smoking habit of at least one pack of cigarettes per day and occasional alcoholic beverages. She was taken to Guanajay Hospital for presenting purpuric-hemorrhagic skin lesions in the facial region and upper and lower limbs, associated with severe pain and functional impotence of both lower limbs and a septic condition without apparent focalization, initially the presence of Schönlein-Henoch Syndrome was suspected. Subsequently, she was referred to the “Juan Manuel Márquez” Pediatric Hospital for further study and treatment after 12 days of evolution. According to the protocols of the institution, an interdisciplinary assessment was performed and a diagnosis of Polyarteritis Nodosa was made.

Conclusions: this presentation constituted one more look at the knowledge of Polyarteritis Nodosa, because despite its rarity, a thorough knowledge of the subject guarantees early diagnosis and treatment, which improves the prognosis of these patients.

Keywords: Arteries; Pain; Disease; Child; Syndrome; Pain.

INTRODUCCIÓN

La Poliarteritis Nodosa (PAN) es una vasculitis necrosante de arterias de mediano y pequeño calibre, con afectación multiorgánica y que característicamente no se

Citar como: Cabezas-Rodríguez D, Rodríguez-Martínez DM, Álvarez-Montalvo DE. Presentación de un caso de Poliarteritis Nodosa en edad pediátrica. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2023 [citado Fecha de Acceso]; 19:e907. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/907>

DOI: 10.5281/zenodo.8388052

Recibido: 25-02-2023

Aceptado: 08-05-2023

Publicado: 28-09-2023

Editor: Univ. Emmanuel Zayas Fundora 
Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.
Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo”. La Habana, Cuba.

Revisor: Dr. José Francisco Cancino Mesa 
Universidad de Ciencias Médicas de Granma.
Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo “Celia Sánchez Manduley”. Granma, Cuba.

© 2023 Autor(es). Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio siempre que la obra original sea correctamente citada.



presenta en arteriolas, vénulas y capilares, no presenta glomerulonefritis ni se asocia a anticuerpo contra el citoplasma de neutrófilos (ANCA) positivos.⁽¹⁾

Las lesiones son generalmente segmentarias e histopatológicamente hay proliferación de la íntima, necrosis fibrinoide, trombosis, isquemia e infarto en grados variables. La PAN carece de síntomas o signos patognomónicos, presenta manifestaciones clínicas diversas que pueden afectar cualquier órgano en grado variable.⁽²⁾

La enfermedad fue inicialmente descrita por Kussmaul y Maier en 1866, y en 1922 Friedrich Wohlwill introdujo el término poliarteritis nodosa microscópica, no fue hasta el 1932 que se publicaron los primeros casos en niños.^(3,4)

A nivel mundial su frecuencia es baja mostrando una incidencia de 1,6 casos por un millón de habitantes y una prevalencia de 31 por millón en personas afectadas de cualquier edad, con mayor incidencia entre los 40 a 60 años. Es más frecuente en hombres que en mujeres con una relación 2:1.^(5,6)

Según lo observado, la distribución epidemiológica registrada demuestra que la frecuencia anual de la PAN es de 4,6 por cada 1 000 000 habitantes en Europa y de 9 por cada 1 000 000 en los Estados Unidos. La vasculitis de Takayasu es la más frecuente en países como Brasil, Colombia y México; mientras que en Chile y Perú son la granulomatosis de Wegener y la poliangiitis microscópica (PAM), respectivamente. En Cuba se reportó un niño con diagnóstico de PAN en Camagüey en el año 2012 y se pudo recoger otro reporte de un adulto en la provincia de Matanzas en el 2020.^(3,4)

Aunque hay escasos datos sobre la epidemiología de esta enfermedad en la población pediátrica, en un estudio realizado en Suecia se encontró una incidencia de 0,7 por millón de niños al año. En algunas series es reconocida como la tercera vasculitis más frecuente en la edad pediátrica después de la vasculitis IgA y la Enfermedad de Kawasaki, mientras que otra la ubica en cuarto lugar después de las vasculitis asociadas con ANCA.⁽⁵⁾

Esta enfermedad se describe con menor frecuencia en los niños en comparación con la población adulta, debido, entre otros, a la vacunación contra la hepatitis B. Adicionalmente, en los últimos años, los avances en la genética y la biología molecular han permitido la distinción de esta enfermedad de algunas vasculitis secundarias y trastornos monogénicos similares⁽⁵⁾. En cuanto al rango etario, se presenta en la infancia media, con un pico de incidencia alrededor de los 9-10 años, aunque hay un amplio espectro de edades afectas.⁽⁶⁾

La presentación clínica de esta enfermedad es variable debido a la localización de los vasos sanguíneos potencialmente afectados. En los niños la enfermedad se expresa principalmente por afección cutánea, osteomuscular, gastrointestinal y renal.^(4,5)

La gran simuladora le llaman, puesto que sus manifestaciones clínicas son similares a las de disímiles enfermedades. Su curso puede ser agudo y prolongado o subagudo y mortal si cursan varios meses de evolución, esto hace que su diagnóstico se deba tener presente en todo paciente con fiebre y debilidad muscular, ya que el manejo oportuno en fases iniciales de la enfermedad puede mejorar la evolución y supervivencia del paciente.⁽³⁾

Por este motivo es importante tener presente esta enfermedad para identificar de manera correcta los hallazgos que permitan confirmar el diagnóstico descartando así otras entidades autoinmunes, incluyendo las vasculitis sistémicas y evitar complicaciones o secuelas de la enfermedad. Además de lo anterior, existen muy pocos estudios específicos sobre la PAN pediátrica en Cuba, hecho que motivó a presentar el siguiente caso por ser la poliarteritis nodosa una entidad de presentación poco frecuente, además por la evolución clínica del caso caracterizado por un inicio brusco de los síntomas y la ocurrencia de secuelas irreversibles en muy poco tiempo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 16 años de edad, mestiza, de procedencia rural, que se presenta en la consulta refiriendo dolor en las piernas y lesiones en piel. Se trata de una adolescente, estudiante, con vida sexual activa desde hace dos años, con antecedentes de salud anterior y no alergias conocidas. Con el hábito de fumar al menos una cajetilla diaria e ingerir bebidas alcohólicas de manera ocasional.

Fue llevada al Cuerpo de guardia del Hospital de Guanajay el día 31 de enero de 2022, porque al despertar luego de haber ingerido bebidas alcohólicas en la noche anterior, presenta lesiones de tipo purpúricas: hematomas, equimosis y petequias en región facial, en ambos miembros inferiores hasta los muslos, así como, en miembro superior derecho. Se acompañaba de dolor en tobillos, dorso del pie y rodillas, con debilidad muscular que le impedía la deambulacion normal; presentó además infiltración del tejido celular subcutáneo, sequedad de las mucosas y el antecedente de un pico febril de 39°C. Posterior a la consulta comenzó con dolor abdominal intenso por lo que se ingresó en la unidad de terapia intensiva pediátrica.

Se indicaron complementarios. El coagulograma mostró tiempos de coagulación y sangramiento abiertos, una leucocitosis a predominio de polimorfonucleares y antígeno para la Hepatitis B Positivo. Se interpretó el cuadro como una sepsis sin signos de focalización, coagulación intravascular diseminada, Hepatitis B y una vasculitis de grandes vasos, con lesión isquémica en ambos miembros inferiores y miembro superior derecho, cuadro que se semejaba a un Síndrome de Schönlein-Henoch, aunque faltaban algunos elementos del cuadro clínico.

Se comenzó tratamiento antibiótico (Meropenem y Vancomicina), plasma fresco congelado, Fraxiheparina y Metilprednisolona.

Luego de diez días de tratamiento la paciente evolucionó en relación al estado general de manera satisfactoria, con remisión de la fiebre y disminución del dolor en miembros afectados. Esto discrepó del estado de las lesiones isquémicas que continuaban su evolución hacia el empeoramiento, motivo por el cual se decidió su traslado a otro centro que contara con servicios de Angiología, Dermatología, Reumatología y pudiera recibir tratamiento quirúrgico de las lesiones de piel.

Fue remitida y luego ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Juan Manuel Márquez para continuar estudio y tratamiento. Se identificó presencia de lesiones en piel diseminadas en región dorsal y palmar de ambas manos, falange distal del tercer artejo de la mano izquierda de aspecto necrótico con pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa (Imagen 1). Además, se apreciaron otras lesiones diseminadas en miembros inferiores de tipo costrosas que no se elevan por encima de la superficie cutánea, no dolorosas y de aspecto hemorrágico que no parecen corresponder a un trauma a ese nivel (Imagen 2). Presentaba otras lesiones de aspecto necrótico, localizadas en miembro inferior izquierdo: II, III, IV y V dedos y en el miembro inferior derecho, los dedos III, IV, V. (Imagen 3).



Imagen 1. Lesión de aspecto necrótico en falange distal de tercer artejo de mano izquierda



Imagen 2. Lesiones en piel diseminadas en miembros inferiores



Imagen 3. Lesiones de aspecto necrótico localizadas en artejos de miembros inferiores

Se interconsultó con Reumatología y se planteó la posibilidad diagnóstica de síndrome fosfolípido y PAN. De inmediato se agrega al tratamiento inicial de esteroides y antibiótico el nifedipino, la aspirina, ácido fólico e intacglobin. Se trasladó con posterioridad al servicio de Reumatología, donde en el interrogatorio aparece el nuevo antecedente de que, desde hacía casi un mes antes del inicio de los primeros síntomas, la paciente venía presentando, cansancio, trastornos del sueño, pérdida de peso y debilidad muscular, dando mayor validez a la sospecha diagnóstica.

Se realizó una valoración interdisciplinaria donde intervienen varias especialidades como: Angiología, Dermatología, Quemados y Psicología, donde indican otra serie de estudios complementarios en caminados a determinar el diagnóstico definitivo. Dentro de ellos: estudios hematológicos, inmunológicos, angiográficos e histopatológicos. Para ese entonces se encontraban presentes y normales los pulsos (bicipital, radial, cubital), pero los pulsos de miembros inferiores, aunque presentes y sincrónicos son de menor intensidad y con un tono más débil, en el izquierdo de manera especial.

En evaluación realizada por Angiología el día 14 de febrero, la mejoría clínica era evidente, se había detenido la progresión del proceso agudo y en las lesiones ya no refería dolor. El resultado de las pruebas hemodinámicas expresaba índices de presiones de pulso normales en las 4 extremidades, y un aplanamiento de la onda plestimográfica en miembros inferiores, lo que apoya el diagnóstico de vasculitis (PAN).

El día 16 de marzo fue llevada a la unidad quirúrgica donde se realizó amputación total de la falange distal del I; II, III, IV y V del pie izquierdo, amputación del V dedo del pie derecho, así como amputación de la falange distal del III dedo de mano izquierda. Es dada de alta con evaluación satisfactoria del cuadro agudo inicial, pero con secuelas el día 18 de marzo. Con seguimiento estricto por consulta externa y tratamiento de base, para lograr remisión total y evitar las recaídas.

DISCUSIÓN

Como se expuso anteriormente la PAN es una enfermedad rara y poco frecuente en edad pediátrica, en el caso presentado se trata de una adolescente de 16 años y sexo femenino, aunque es más frecuente entre varones.

Esta vasculitis resulta de la inflamación de los vasos sanguíneos (vasculitis) y que causa lesiones a los sistemas de órganos. Cuando están inflamados los vasos sanguíneos se debilitan y ensanchan en tamaño, lo que puede llevar a tener aneurismas, o se vuelven tan finos que se rompen y pueden provocar una hemorragia al tejido. La vasculitis también puede causar estrechamiento de los vasos sanguíneos hasta el punto de ocluirse por completo y dañar los órganos debido a la pérdida de oxígeno y nutrientes que suministra la sangre.^(7,8,9,10)

Es característico encontrar, casi siempre, lesiones vasculares en diferentes estadios. En estudios de autopsias los riñones se encuentran afectados en el 70 % de los casos, el hígado, tracto gastrointestinal y nervios periféricos en el 50 %, mesenterio y músculo esquelético en el 30 % y el SNC en el 10 %.⁽¹¹⁾ Como se observó en el reporte, el compromiso vascular y cutáneo fue variable y significativo, sobre todo en las lesiones descritas en las extremidades superiores e inferiores. Lo novedoso en el caso presentado estuvo en la rápida evolución de las lesiones isquémicas que llegaron a producir necrosis en varios artejos, los cuales se amputaron quirúrgicamente luego de estabilización del cuadro clínico y la forma brusca de presentación llevándola en poco tiempo a requerir tratamiento en Unidad de Cuidados Intensivos.

La etiología y la inmunopatogénesis de la PAN todavía son desconocidas en gran parte, aunque se sabe que los desencadenantes ambientales tienen un papel importante, así como la susceptibilidad del individuo, siendo así una enfermedad con un origen heterogéneo.⁽¹²⁾

Los procesos inmunológicos implicados parecen ser similares a los que ocurren en otras vasculitis sistémicas y se ha observado que los infiltrados inflamatorios consisten principalmente en macrófagos y linfocitos T (en particular CD8 +), aunque también se ha descrito la participación de linfocitos B, células cebadas, eosinófilos, ANCA y citocinas. También intervienen complejos inmunes antígeno-anticuerpos, como causa de la vasculitis.⁽⁹⁾

En la PAN, las infecciones pueden actuar como desencadenantes de la enfermedad, principalmente la infección estreptocócica (por acción de superantígenos bacterianos). La clásica asociación de esta enfermedad con hepatitis B descrita en los adultos es muy rara en la edad pediátrica (de hecho, la PAN asociada a hepatitis B se clasifica en el subtipo de vasculitis secundarias), al igual que la asociación con citomegalovirus (CMV), parvovirus, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y malignidad. En cuanto a la predisposición genética, se ha descrito la asociación entre PAN y mutaciones en el gen *MEFV* (fiebre mediterránea familiar [FMF]).⁽¹⁾ En el caso expuesto, la paciente fue positiva al mono suero de Dengue y al antígeno de superficie para la hepatitis B, se recoge además el antecedente de un cuadro inicial toxinfecioso que se interpretó inicialmente como una sepsis sin signos de focalización que requirió tratamiento antibiótico de amplio espectro.

Las manifestaciones clínicas de la PAN son variables y extensas; algunas veces los síntomas aparecen de forma abrupta, aunque de manera excepcional como lo sucedido en este caso, pero por lo general la enfermedad se hace patente después de un proceso recurrente, como una infección respiratoria o una reacción medicamentosa.⁽¹⁰⁾ En este caso se recogió el antecedente de que previo al inicio de los síntomas la paciente había ingerido bebidas alcohólicas.

Los pacientes suelen presentar síntomas constitucionales como malestar/fatiga, fiebre (sin un patrón específico) y pérdida de peso. Tal como se refiere en el caso expuesto. Previamente se pensaba que la PAN en edad infantil era una enfermedad menos severa que en adultos, pero en la actualidad se sabe que esto no es así y que la enfermedad es variable en su presentación, desde una forma cutánea relativamente benigna hasta una forma sistémica grave que puede llegar a ser fatal.^(11,12)

En otros casos la afección de un órgano, como una nefritis o una neuritis, constituyen la primera evidencia de una poliarteritis. En algunos enfermos aparecen nódulos pequeños en la piel y el tejido celular subcutáneo, aislados o en grupos en cualquier parte del cuerpo, o distribuidos en forma lineal siguiendo el trayecto de los vasos. Las hemorragias subungueales en forma de astillas, al igual que los infartos periungueales, son característicos, aunque no están presentes siempre. También aparecen otras manifestaciones como urticaria, rash intenso, *livedo reticularis*, petequias, edema localizado en la cara, el tronco y las extremidades.^(9,10) Como se pudo observar en el caso clínico.

Son frecuentes las mialgias y artralgias, a veces muy intensas. Durante su evolución la paciente aqueja debilidad muscular marcada, que le imposibilitaba la marcha. Los síntomas digestivos como dolor abdominal, vómitos y diarreas sanguinolentas, son generalmente consecuencia de accidentes vasculares oclusivos o hemorrágicos por ruptura de un aneurisma. La paciente refería dolor abdominal intenso, asociado al cuadro clínico. La HTA que se presenta aproximadamente en el 55 % de los casos y evoluciona como una HTA maligna donde el corazón, el riñón y el cerebro representan órganos diana, así como los trastornos respiratorios se traducen por un cuadro bronquítico con tos y expectoración,⁽¹²⁾ no se observaron en este caso.

Las alteraciones del sistema nervioso central (SNC) se presentan en una fase tardía de la enfermedad y son menos comunes que las del sistema nervioso periférico. Según donde se localice la lesión vascular, se originan cuadros monopléjicos, hemipléjicos, afásicos o convulsiones de tipo jacksoniana. La irritación meníngea, que remeda a una meningoencefalitis con los cambios propios en el líquido cefalorraquídeo (LCR), puede ser también expresión de una hemorragia subaracnoidea. El trastorno neurológico más frecuente es la neuritis, lo habitual es la polineuritis clásica, sensitivo- motora y casi siempre circunscrita a los miembros inferiores. Tal como se presentó en la paciente, debe hacer sospechar la enfermedad.^(10,13)

El diagnóstico puede ser clínico, pero requiere de los criterios derivados del consenso de Ankara 2008 para la validación de los criterios de clasificación de las vasculitis en edades pediátricas:⁽¹⁾

- ✓ Evidencia de vasculitis necrosante en arterias de mediano o pequeño calibre en biopsia, o de alteraciones angiográficas características (aneurismas, estenosis u oclusión de arterias de pequeño o

- mediano calibre) más uno de los cinco siguientes criterios:
- ✓ Afectación cutánea: *livedo reticularis*, nódulos cutáneos, infartos cutáneos superficiales y profundos.
 - ✓ Mialgia o sensibilidad muscular.
 - ✓ Hipertensión arterial.
 - ✓ Neuropatía periférica: sensitiva (pérdida sensitiva en guante y calcetín) o mononeuritis múltiple motora.
 - ✓ Afectación renal: proteinuria > 0,3 g/24 h o cociente albúmina/creatinina > 30 mmol/ mg en muestra de orina de primera hora de la mañana; hematuria (>5 hematíes/campo o cilindros hemáticos en sedimento de orina, o 2+ o más en tira de orina); afectación de la función renal (cálculo del filtrado glomerular por fórmula de Schwartz con resultado <50 % del normal).

Teniendo en cuenta lo anterior, la paciente estudiada, se puede catalogar como una PAN, por la sintomatología clínica, sumado a esto, los reactantes de fase aguda elevados son hallazgos constantes, y los estudios inmunológicos que descartaban otras vasculitis, aunque infelizmente no se cuenta con los resultados de biopsia al cierre del caso y como estudio angiográfico solo se pudo contar con la plestimografía de los cuatro extremidades, donde se pudo apreciar entecimiento de la onda plestimográfica sobre todo en miembro inferior izquierdo.

El objetivo primordial del tratamiento es limitar el daño, disminuyendo o evitando las complicaciones sistémicas, lograr una remisión de la enfermedad activa, mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad.⁽¹⁰⁾

Los medicamentos que suprimen el sistema inmune son la base del tratamiento de PAN. Hay una variedad de medicamentos inmunosupresores que se usan en PAN, cada uno de los cuales tiene efectos secundarios individuales.⁽³⁾ Los corticoesteroides son la terapia de primera elección en el manejo de pacientes con PAN tanto en la fase de inducción a la remisión como en la de mantenimiento, con dosis de 0.5 a 1 mg/kg/día.⁽¹⁴⁾ Las personas con PAN cuyos sistemas orgánicos están muy involucrados se suelen tratar con corticoesteroides como la prednisona o prednisolona combinándola con otros medicamentos inmunosupresores como la ciclofosfamida, también se ha asociado Intacglobin y obteniéndose buenos resultados.⁽³⁾

El objetivo del tratamiento es eliminar los rasgos de la inflamación que causa la PAN, cuando esto se consigue se dice que hay “remisión”. Los cálculos aproximados de una recaída de PAN varían ampliamente, pero van del 10 al 40 %. Cuando se usa la ciclofosfamida, se suele dar tan solo hasta el momento de remisión (normalmente unos 3 a 6 meses), después de este tiempo se puede cambiar por otro agente inmunosupresor como el metotrexato o la azatioprina (Imuran®) para mantener la remisión. La duración del tratamiento de mantenimiento con medicamentos inmunosupresores puede variar entre individuos. En la mayoría de los casos, se da por un mínimo de 1 a 2 años antes de pensar en si sería apropiado reducir muy lentamente la dosis hasta parar por completo.⁽³⁾

Debido a que la PAN es una enfermedad rara, las estadísticas del resultado general son solo aproximaciones. El promedio es que después de 5 años de enfermedad, más del 80 % de las personas han sobrevivido a los efectos de esta entidad. Este resultado está fuertemente relacionado con la severidad de la enfermedad.^(9,10) En este caso, la respuesta al tratamiento ha sido efectiva y se continúa para evitar las recaídas, complicaciones y secuelas de la enfermedad.

La forma brusca de presentación en la paciente de la vasculitis necrosante y su rápida progresión, asociada a síntomas de sepsis sin signos de focalización y trastornos de la coagulación (CID), lo que en un inicio hizo pensar en otras entidades y retrasar el diagnóstico, son aspectos a tener en cuenta por la comunidad científica para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, lo que redundaría en mejor calidad de vida para este tipo de pacientes y evitar la aparición de secuelas irreversibles.

CONCLUSIONES

La poliarteritis nodosa puede ser una enfermedad de presentación espontánea con afectación sistémica, muchas personas que la padecen presentan evolución satisfactoria y no llegan a tener secuelas irreversibles; contrariamente a lo ocurrido con el caso presentado. Es una enfermedad donde la remisión permanente se puede lograr con el tratamiento adecuado, aunque también hay que tener en cuenta que si el tratamiento se retrasa pueden aparecer complicaciones graves. La probabilidad de tener una recaída severa se puede minimizar mediante la consulta médica, con un seguimiento regular y vigilancia continua por pruebas de laboratorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martí M, Calvo I. Poliarteritis nodosa. Otras vasculitis. Clasificación. Protoc diagn ter pediatr. [Internet] 2020 [citado 10/05/2022]; 2:271-283. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/24_poliarteritis.pdf

2. Velasco L. Perfil clínico y tratamiento de la poliarteritis nodosa análisis cualitativo de la literatura [Tesis para optar por el diploma de especialista en Pediatría]. México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México; 2008. Disponible en: http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/211/1/tesis2008_11.pdf
3. Quevedo L, García JA, Rodríguez EC. Poliarteritis Nodosa, a propósito de un caso. SPIMED [Internet]. 2020 [citado 10/05/2022];1(3):e16. Disponible en: <http://www.revspimed.sld.cu/index.php/spimed/article/view/16>
4. Cristobo T, Lacoste MJ, Salellas J, González Y. Poliarteritis nodosa en el niño: informe del primer caso en Camagüey. AMC [Internet] 2012 [citado 15/05/2022];16(4):490-500. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000400014&lng=es
5. Medina AM, Calle M, Eraso R, Peinado JS, Vanegas AL, Jaramillo D, et al. Perfil demográfico y clínico de la poliarteritis nodosa sistémica y cutánea en un grupo de pacientes pediátricos de Medellín, 2010-2019. IATREIA. [Internet] 2022 [citado 10/05/2022];35(2):108-16. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/download/342945/20805612/246987>
6. Triana M, Valdés M, Díaz J, Novoa A, Rodríguez J. Poliarteritis nudosa. Gaceta Médica Espirituana [Internet].2006 [citado 12/05/2022];8(3):[aprox. -7 p.]. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/897>
7. La Poliarteritis Nodosa. The Cleveland Clinic [Internet]. 2017 [citado 26/04/2022]. Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/health/shic/html/s13284.asp>
8. Ortuño Pacheco G, Martínez Díaz F, Quirante P, Francisco A. Capítulo I: Anatomía patológica del sistema circulatorio. Corazón y grandes vasos. En: Lecciones de anatomía patológica especial para estudiantes de medicina. 2.ª ed. Murcia: Diego Marín Librero Editor; 2011. p. 24-52. Disponible en: https://books.google.com/cu/books/about/Lecciones_de_anatom%C3%ADa_patol%C3%B3gica_espec.html?id=dZNNAAACAAJ&redir_esc=y
9. Noya ME, Moya NL. Roca Goderich. Capítulo 147: Vasculitis sistémicas. En: Temas de Medicina Interna. 5ta Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017, p 89-104. Disponible en: https://www.academia.edu/39204537/Roca_Goderich_Temas_de_Medicina_Interna_5a_Edicion_VOL_III
10. Díaz JC, Herrera S, González MR, Posada C, Mejía M. Manifestaciones clínicas de la esclerosis de Monckeberg. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev.Colomb.Reumatol [Internet]. 2018 [citado 26/04/2022]; 24(2): 118-122. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232017000200118
11. Molina JF, Espinoza LR. Vasculitis: Aspectos Clínicos. Revista CES Medicina. [Internet] 1995 [citado 10/05/2022]: 9(1):2257. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/2257>
12. Rebaza S, Huamán N, Romero E, Cáceres M, Orihuela B. Vasculitis necrotizante Reporte de un caso. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. [Internet] 1996 [citado 10/05/2022]: 1(9). Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v09n1/vas_necro.htm
13. Golovine SG, Parikh S, Lu L. A case of polyarteritis nodosa presenting initially as peripheral vascular disease. J Gen Intern Med [internet] 2019 [citado 26/04/2022]; 23:1528-31. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/18560943>
14. Escobar MR, Naranjo LA, Duque GM. Poliarteritis nodosa relacionada con vacuna contra la influenza. IATREIA [Internet]. 2013 [citado 10/05/2022]; 26(1):[aprox 10 pp]. Disponible en: https://redib.org/Record/oai_articulo3572377-poliarteritis-nodosa-relacionada-con-vacuna-contra-la-influenza

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Ninguna

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Delia Cabezas-Rodríguez, Dania María Rodríguez-Martínez, Daysi Eduarda Álvarez-Montalvo.

Redacción - borrador original: Delia Cabezas-Rodríguez, Dania María Rodríguez-Martínez, Daysi Eduarda Álvarez-Montalvo.

Redacción - revisión y edición: Delia Cabezas-Rodríguez, Dania María Rodríguez-Martínez, Daysi Eduarda Álvarez-Montalvo.