



5º curso actualización
en **Pediatría**
www.aepap.org

Jueves 7 de febrero de 2008
Mesa redonda:
**“Aparato locomotor en Atención
Primaria: ¿en qué me puede
ayudar un reumatólogo pediatra?”**

Moderador:

Jaime de Inocencio Arocena
CS Estrecho de Corea (Área 4, Madrid).

■ **Exploración del aparato locomotor: signos de alarma**
Elena Andreu Alapont
Pediatra, CS Quart de Poblet. Valencia.
Lucía Lacruz Pérez
Pediatra, Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

■ **Síntomas de alarma o formas de presentación de las enfermedades reumáticas en los niños**
Lucía Lacruz Pérez
Pediatra, Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.
Elena Andreu Alapont
Pediatra, CS Quart de Poblet. Valencia.

■ **Manifestaciones extraesqueléticas de las enfermedades reumáticas**
Jordi Antón López
Unidad de Reumatología Pediátrica, Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Esplugues, Barcelona.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Antón López J. Manifestaciones extraesqueléticas de las enfermedades reumáticas. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 37-44.

Manifestaciones extraesqueléticas de las enfermedades reumáticas

Jordi Antón López

Unidad de Reumatología Pediátrica, Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Esplugues, Barcelona.
janton@hsjdbcn.org

RESUMEN

Las enfermedades reumáticas se presentan con frecuencia con síntomas musculoesqueléticos, no obstante, en ocasiones la presencia de síntomas constitucionales o hallazgos clínicos o exploratorios extraesqueléticos pueden ser sugestivos de una enfermedad autoinmune sistémica. Entre estos signos y síntomas podemos destacar: fiebre prolongada o recurrente, poliadenopatías, exantemas, lesiones purpúricas, livedo reticular, nódulos, lesiones aftosas, pérdidas de fuerza, conjuntivitis, uveítis, ojo seco, y el fenómeno de Raynaud. La realización de una anamnesis detallada y una exploración física completa son fundamentales para orientar el diagnóstico de estas enfermedades. Las pruebas complementarias pueden ayudar a confirmar la enfermedad sospechada o a descartar otras patologías incluidas en el diagnóstico diferencial. Entre las pruebas de laboratorio básicas que ayudan al diagnóstico y clasificación de algunas de las principales enfermedades reumáticas destacaremos los anticuerpos antistreptolisinas, los anticuerpos antinucleares, el factor reumatoide, los antígenos de histocompatibilidad y los reactantes de fase aguda. A pesar de que sólo una pequeña parte de los enfermos con síntomas musculoesqueléticos y extraesqueléticos presentarán una patología reumática tributaria de seguimiento especializado, la derivación precoz ante ciertas enfermedades permite la mejoría en el diagnóstico y pronóstico de estos pacientes.

INTRODUCCIÓN

Los síntomas músculo-esqueléticos son un motivo frecuente de consulta en Pediatría, por otra parte la existencia de síntomas constitucionales obliga a considerar en ocasiones la posibilidad de una enferme-

dad sistémica. No siempre el paciente tendrá una enfermedad reumática, sin embargo no hay que olvidar que "sólo se diagnostica lo que se conoce". Como ante cualquier paciente, la realización de una correcta anamnesis, con el enfermo y/o la familia, es el primer paso para intentar llegar al diagnóstico. Una historia detallada seguida de una exploración física cuidadosa nos permitirá orientar a la gran mayoría de los pacientes. Sólo entonces las pruebas complementarias nos ayudarán a perfilar el diagnóstico, ayudar a la clasificación facilitando su seguimiento o a descartar enfermedades que simulen una patología reumatológica¹.

Sólo una pequeña parte de los pacientes que consultan a su pediatra de cabecera presentarán una patología reumática tributaria de seguimiento en unidades especializadas de Reumatología Pediátrica^{2,3}, pero el diagnóstico y derivación precoz de estos se ha mostrado como un factor de buen pronóstico en su seguimiento⁴.

El objetivo de esta presentación será describir de manera breve los síntomas sugestivos de enfermedad reumatológica. No se abordará ni el dolor músculo-esquelético ni la exploración del aparato locomotor; que se discutirán en otras ponencias de esta Mesa Redonda. Se describirán, no obstante, cuáles son los síntomas que deben hacer considerar la posibilidad de una enfermedad autoinmune sistémica. Posteriormente se analizará el papel que pueden tener las pruebas de laboratorio en el diagnóstico intentado dar una visión práctica y evitar la confusión que a veces pueden suponer. Se acabará con una consideración práctica sobre cuándo se debe pedir opinión a un reumatólogo pediátrico⁴.

SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA

Manifestaciones clínicas sugestivas de enfermedad autoinmune sistémica

Numerosas manifestaciones sistémicas pueden hacer pensar en la posibilidad de una enfermedad autoinmune sistémica (EAS). Aunque una revisión exhaustiva excede el objetivo de esta sesión deberemos considerar esta posibilidad ante cuadros generales o con afecta-

ción de órganos y/o sistemas de etiología no filiada. Destacaremos algunos signos y síntomas, sea por su relativa frecuencia, sea por ser característicos de alguna patología determinada. No obstante, no pretendemos entrar en largas clasificaciones diagnósticas, que son fácilmente consultables en libros de referencia, y por sí solas implican el estudio de toda una subespecialidad como es la Reumatología Pediátrica^{1,5,6}.

I. Síntomas / signos inespecíficos:

- *Fiebre prolongada*: un cuadro de fiebre prolongada, una vez descartados cuadros infecciosos (víricos, bacterianos, tuberculosis, etc.) y neoplásicos (leucemia, linfoma, etc.) puede ser sugestivo de enfermedades como la artritis idiopática juvenil de inicio sistémico (AIJIS), clásicamente conocida como enfermedad de Still. La presencia de exantema evanescente rosado, asalmonado, coincidiendo con los picos de fiebre, junto con adenomegalias o visceromegalias, signos de serositis y artritis concomitante o posterior así lo sugieren. Otras posibilidades como el lupus eritematoso sistémico (LES) pueden considerarse ante la presencia de exantema malar típico en alas de mariposa, o signos de afectación multiorgánica⁷. También algunas vasculitis como la poliarteritis nudosa o la arteritis de Takayasu, muchísimo más raras, pueden presentarse de manera insidiosa con cuadros de fiebre persistente.
- *Fiebre recurrente*: los cuadros de fiebre recurrente, periódica (a intervalos regulares) o no, son frecuentes en Atención Primaria en Pediatría. Con frecuencia son debidos a infecciones repetidas, la mayoría víricas en niños por lo demás sanos. En otras ocasiones pueden ser signo de déficits inmunitarios. Finalmente, en algunos pacientes con cuadros más o menos característicos, algunas veces con antecedentes familiares, otras con síntomas articulares acompañantes o lesiones cutáneas sugestivas, pueden ser debidos a lo que conocemos como "síndromes au-

toinflamatorios¹⁸. Algunos son relativamente frecuentes, como el síndrome PFAPA (por las siglas en inglés de Fiebre Periódica, Aftas, Faringitis y Adenitis) y de etiología desconocida. En otros, en cambio conocemos la mutación causante, como en la fiebre mediterránea familiar, el síndrome TRAPS (o síndrome periódico asociado al receptor del TNF), el síndrome hiper-IgD, o las criopirinopatías⁸.

- *Síndrome constitucional, pérdida de peso*: en el diagnóstico diferencial de los cuadros de pérdida de peso y tras descartar otras etiologías más frecuentes nos podemos plantear la posibilidad de algún tipo de vasculitis, en especial la poliarteritis nudosa o la granulomatosis de Wegener, ambas entidades muy poco frecuentes.
- *Poliadenopatías*: ante un cuadro de poliadenomegalias, probablemente acompañado de otros síntomas, y tras descartar procesos infecciosos o neoplasias, en presencia de fiebre nos podemos plantear la posibilidad de una AIJS, o un LES.

2. Lesiones cutáneas:

- *Púrpura*: las lesiones purpúricas cutáneas pueden ser debidas a traumatismos, fragilidad capilar y a vasculitis. Entre ellas, destacar la púrpura de Schönlein-Henoch, relativamente frecuente y con afectación característica de predominio en extremidades inferiores, acompañada o no de síntomas abdominales, tumefacción periarticular, artralgias o verdadera artritis, y de pronóstico principalmente relacionado con la posible afectación renal⁹.
- *Livedo reticularis*: las lesiones cutáneas, con un aspecto en malla, de tono violáceo, y traduciendo una isquemia localizada en la piel pueden ser normales, cutis marmorata, o bien un signo de una vasculitis cutánea o sistémica⁹.
- *Nódulos*: la presencia de lesiones nodulares subcutáneas pueden ser sugestivas de cuadros de paniculitis relativamente frecuentes como el eritema nudoso, con localización fundamentalmente en la zona pretibial, o de una vasculitis, como la poliarteritis nudosa cutánea, en ocasiones asociada a infecciones estreptocócicas repetidas⁹.
- *Psoriasis*: las lesiones de psoriasis típicas (descamativas en codos), o sugestivas (pitting, afectación ungueal, etc.) son de interés, en especial ante pacientes con manifestaciones articulares sospechosas de artritis, por la posibilidad de una artritis psoriásica.
- *Exantemas*: diferentes son los exantemas que pueden observarse como reflejo de una enfermedad sistémica. La AIJS, mencionada con anterioridad, se acompaña en la mayoría de los casos en sus estadios iniciales de un exantema característico de color asalmonado y evanescente, que aparece durante los picos de fiebre, y que, en ocasiones, puede ser pruriginoso. El LES se acompaña de un exantema típico en alas de mariposa que afecta a la región malar; si bien otro tipo de lesiones cutáneas pueden observarse en zonas fotoexpuestas, así como lesiones típicas de vasculitis⁷. La dermatomiositis juvenil (DMJ) también puede presentarse con lesiones cutáneas características, exantema malar, eritema en heliotropo en los párpados superiores y signos de vasculitis cutánea, con eritema sobre la superficie de extensión de los codos o sobre las articulaciones metacarpofalángicas o interfalángicas. Sobre la superficie de las articulaciones, principalmente las interfalángicas proximales, también podemos identificar en ocasiones unas lesiones muy sugestivas de DMJ, como son las pápulas de Gottron. Mediante un simple oftalmoscopio se pueden observar en estos pacientes dilataciones de los capilares periungueales, que a simple vista aparecen como un eritema periungueal, y que es un ejemplo de la afecta-

ción vasculítica que acompaña a la inflamación muscular.

- *Descamación periungueal*: la descamación periungueal es típica de la fase tardía de la enfermedad de Kawasaki, y no deja de ser un reflejo de la fase inicial de edema en las extremidades⁹.

3. Lesiones mucosas:

- *Aftas*: la presencia de aftas repetidas en la mucosa oral, acompañadas de lesiones aftosas en genitales, lesiones cutáneas, uveítis o vasculitis en diferentes órganos y sistemas puede ser sugestivo de la enfermedad de Behçet.
- *Labios secos y fisurados*: típicos de la enfermedad de Kawasaki⁹.

4. Oculares:

- *Conjuntivitis*: la presencia de una conjuntivitis no purulenta en el contexto de un cuadro de fiebre persistente por más de 5 días, exantema, adenopatía única laterocervical, cambios en la mucosa oral, labios figurados o edema en extremidades, debe hacernos considerar la posibilidad de una enfermedad de Kawasaki. Otros signos y síntomas como la irritabilidad importante, la leucocituria sin bacteriuria o la trombocitosis pueden ayudarnos a confirmar la sospecha diagnóstica⁹.
- *Ojo seco*: la presencia de molestias oculares y de sequedad de mucosas, puede ser una manifestación de una entidad poco frecuente como el síndrome de Sjögren.
- *Uveítis*: debe sospecharse ante un ojo rojo. La uveítis, en ocasiones, puede ser claramente dolorosa y puede encontrarse en el contexto de enfermedades como las espondiloartropatías o la enfermedad de Behçet. En pacientes con AIJ oligoarticular, típicamente niñas pequeñas con anti-

cuerpos ANA positivos, debemos descartar con controles periódicos la posibilidad de una uveítis, que de manera característica no es dolorosa.

- Otras manifestaciones oculares sugestivas de enfermedad reumatológica o autoinmune sistémica son: *queratitis, episcleritis, etc.*

5. Vasculares:

- *Fenómeno de Raynaud*: entre las manifestaciones vasculares destaca el fenómeno de Raynaud, caracterizado por la secuencia palidez, cianosis y eritema, y que puede ser desencadenado por el frío, el esfuerzo físico o el estrés emocional. Más típico de mujeres y alrededor de la adolescencia, puede ser primario o secundario, como manifestación de un trastorno del tejido conectivo subyacente, como una esclerodermia o un LES. Esta entidad debe distinguirse de la acrocianosis, también típica de adolescentes mujeres, habitualmente de hábito asténico, y de la perniosis (sabañones) que, pese a ser más rara que hace unas décadas, dada la mejoría de la calidad de vida todavía hoy se puede observar, en especial en climas con inviernos fríos y húmedos y en individuos que se protegen poco de la intemperie⁹.
- *Isquemia*: ante procesos isquémicos de cualquier órgano, y una vez descartados los factores protrombóticos, debe considerarse en el diagnóstico diferencial la posibilidad de una inflamación de los vasos o vasculitis.

6. Musculares:

- *Déficit de fuerza*: ante pérdidas de fuerza generalizadas, y una vez constatado que su causa se localiza en el músculo, debe considerarse la posibilidad de un proceso inflamatorio muscular o miositis. El cuadro más típico será la miositis vírica, fundamentalmente coincidiendo con las epidemias de la gripe, con debilidad y dolor carac-

terístico de la zona de los gemelos, aunque no hay que olvidar la posibilidad de una DMJ, sobre todo si existen lesiones cutáneas sugestivas acompañantes o si el déficit de fuerza afecta predominantemente las cinturas escapular y pelviana.

7. Alteraciones renales:

- La presencia de hematuria, proteinuria, hipertensión arterial o diferentes grados de insuficiencia renal pueden ser signos de LES o de distintos tipos de vasculitis^{7,9}.

8. Síntomas / signos respiratorios:

- Manifestaciones como *tos*, *dolor torácico*, *hemoptisis* o *disfonía* son excepcionalmente síntomas de enfermedad reumatológica.
- La presencia de hipertensión pulmonar puede observarse en la esclerodermia.

- Un *tromboembolismo pulmonar* puede ser una manifestación de un síndrome antifosfolípido primario, pero también puede observarse ante una vasculitis pulmonar (por ejemplo en la enfermedad de Behçet).

9. Síntomas / signos neurológicos:

- Variados son los síntomas y signos de afectación del sistema nervioso, tanto central como periférico, que pueden ser sugestivos de enfermedades. Así por ejemplo, el LES presenta clasificaciones específicas para la afectación neurológica que van desde los trastornos cognitivos, depresión, convulsiones, psicosis a infartos cerebrales, lesiones por desmielinización o mielitis transversa.

INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS REUMÁTICAS MÁS FRECUENTES

Las pruebas de laboratorio nos ayudarán a perfilar el diagnóstico, aunque hay que tener en cuenta que en

Tabla I. Criterios de Jones para el diagnóstico de fiebre reumática

Criterios mayores
<ul style="list-style-type: none"> • Carditis • Poliartrosis (migratorias, suelen afectar grandes articulaciones) • Corea • Eritema marginado (exantema irregular en el tronco) • Nódulos subcutáneos (pequeños, dolorosos, sobre superficies óseas)
Criterios menores
<ul style="list-style-type: none"> • Clínicos <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática previa • Artralgias (dolor en una o más articulaciones sin inflamación) • Fiebre • De laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • Elevación de reactantes (VSG o PCR, leucocitosis) • Intervalo PR prolongado en el ECG
Evidencia de infección previa por EBHGA
<ul style="list-style-type: none"> • Exudado faríngeo o test de detección rápida positivos • Elevación de los anticuerpos antiestreptocócicos o títulos en ascenso • Escarlatina reciente

pocas ocasiones en reumatología el diagnóstico se basará de manera exclusiva o fundamental en un resultado de pruebas complementarias^{5,6}.

Anticuerpos antiestreptolisinas (ASLO)

Causa frecuente de consulta a unidades de reumatología pediátrica. Se producen frente al antígeno O del estreptococo beta hemolítico del grupo A. Su positividad independientemente de su cifra sólo indica el antecedente de una infección estreptocócica. El diagnóstico de fiebre reumática deberá basarse en otros hallazgos

(criterios de Jones, tabla I). La presencia de dos criterios mayores, o un criterio mayor y dos criterios menores, más la evidencia de infección estreptocócica indica alta probabilidad de fiebre reumática aguda.

Anticuerpos antinucleares (ANA)

Son distintos tipos de anticuerpos circulantes dirigidos contra estructuras nucleares, que se unen a epítopos de moléculas de ADN o ARN, unidos o no a proteínas, y que están presentes en el nucleolo, núcleo o citoplasma (tabla II).

Tabla II. Tipos de anticuerpos antinucleares (ANA)

- *Anti-DNA*: hay dos tipos, el monocatenario, poco específico, y el bicatenario, muy específico en el lupus eritematoso sistémico (LES), de hecho es uno de los 11 criterios para su diagnóstico y uno de los pocos que presenta alguna correlación con la actividad de la enfermedad.
- *Anti-RNP*: criterio diagnóstico de la enfermedad mixta del tejido conectivo, aunque no es útil para la monitorización de la misma.
- *Anti-Ro / La*: útiles en el diagnóstico del síndrome de Sjögren y del lupus neonatal.
- Otros: anti-Sm, anti-centrómero, anti-PM-Scl, anti-Jo-1, etc.

Tabla III. Patologías que cursan con presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) en suero

- Endocrinopatías: *tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Graves-Basedow*
- Neurológicas: *esclerosis múltiple*
- Hepáticas: *hepatitis autoinmune*
- Hematológicas: *linfomas, PTI, AHA*
- Pulmonares: *fibrosis pulmonar idiopática*
- Infecciones: *VHC, parvovirus B19, VEB, HIV*
- Fármacos: *hidralacina, isoniácida, metildopa, procainamida, etc.*
- Neoplasias: *adenocarcinoma*
- Familiares de 1.er grado de EAS
- Otros: *implantes de silicona*

Tabla IV. Actitud ante la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) en suero

- No pedir nunca ANA sin sospecha clínica de EAS.
- Si los ANA son positivos sin sospecha clínica de EAS hacer un seguimiento clínico, no comporta cambio de actitud el repetir los ANA.
- Si los ANA son negativos, con o sin sospecha clínica de EAS, no hace falta repetirlos de nuevo excepto si se produce un cambio clínico.
- La capacidad patogénica de los ANA sólo está confirmada para los anti-DNA (en la glomerulonefritis del LES) y los anti-Ro (en el bloqueo aurículo-ventricular congénito).
- Los ANA son criterio diagnóstico en LES (ANA, anti-DNA, anti-Sm), enfermedad mixta del tejido conectivo (anti-RNP), y síndrome de Sjögren (anti-Ro/La).
- Los ANA positivos a un título bajo y/o patrón homogéneo, sin sospecha de EAS tienen poco valor.
- ANA a títulos > 1/160 y patrón no homogéneo son más sugerentes de que nos encontremos ante una EAS.
- Los patrones de inmunofluorescencia indirecta que se asociarán más a EAS son el refuerzo periférico, centromérico, nucleolar y moteado.

Hay que tener en cuenta que podemos detectar ANA en población sana sin que ello tenga ningún valor patológico, así podemos observar títulos bajos en población general:

Prevalencia de ANA en población sana:

- 1/40 15%
- 1/80 7%
- 1/160 5%
- 1/320 2%

En cambio la prevalencia de EAS en la población general es menor al 1%. De esto podemos deducir que la mayoría de ANA no están relacionados con una enfermedad autoinmune sistémica. Son, por tanto, muy sensibles pero poco específicos. Además, ante unos ANA positivos hay que considerar la posibilidad de toda una serie de otras posibles patologías (tabla III).

La actitud a seguir ante la presencia de ANA en suero se describe en la tabla IV.

Factor reumatoide

Es un anticuerpo anti-IgG. No es habitual en las formas de AIJ en pacientes más jóvenes, pero podemos encontrarlo en niñas adolescentes con formas de AIJ poliarticular similares a la Artritis Reumatoide del adulto.

Antígenos de histocompatibilidad

Se han descrito diversas asociaciones entre los HLA y enfermedades reumáticas, aunque a efectos prácticos destacaríamos el HLA-B27 asociado a las espondiloartropatías, artritis psoriásicas y enfermedad inflamatoria intestinal.

Reactantes de fase aguda

La VSG es una prueba sencilla y objetiva, aunque inespecífica. En muchas de las artritis inflamatorias y de

las EAS observaremos un aumento de la VSG y de la PCR. En cambio, los valores de PCR no suelen aumentar mucho en el lupus, esclerodermia y dermatomiositis.

En los enfermos reumatológicos es frecuente encontrar anemia, bien por el propio proceso inflamatorio (como en la AIJ sistémica), como por anticuerpos (anemia hemolítica autoinmune del LES). La leucopenia y trombopenia son hallazgos frecuentes en el LES, en cambio en procesos como la AIJ sistémica encontraremos leucocitosis y trombocitosis.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UN PEDIATRA REUMATÓLOGO

Las enfermedades reumáticas en los niños tienen una variable forma de presentación y también un amplio espectro pronóstico, que va desde cuadros auto-limitados hasta otros potencialmente fatales. La atención de los pacientes en unidades especializadas permite:

1. *Un mejor y más rápido diagnóstico:* el diagnóstico de las enfermedades reumáticas en los niños es complejo y requiere de una formación especializada.
2. *Una mejor atención:* el manejo de las enfermedades crónicas reumatológicas en unidades de reumatología pediátrica permite una aproximación multidisciplinar (rehabilitación, hospitales de día, ortopedas...).
3. *El uso de nuevos tratamientos:* los cambios en los tratamientos convencionales y la aparición de nuevos tratamientos (fundamentalmente los biológicos) abre grandes posibilidades terapéuticas.
4. *La participación en estudios colaborativos internacionales:* única forma de mejorar en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes con patologías poco frecuentes.

En nuestro trabajo diario deberíamos plantearnos cuándo remitir a un paciente a un pediatra reumatólogo⁴. De manera práctica:

- Si sospecha de inflamación articular.
- De enfermedad multisistémica.
- Con síntomas músculo-esqueléticos no explicados.
- Trastornos autoinmunes y músculo-esqueléticos asociados con otras enfermedades primarias.
- Riesgo de osteoporosis.

Bibliografía

1. Modesto C. Semiología clínica en Reumatología Pediátrica. En: González Pascual E (ed). Manual práctico de Reumatología Pediátrica. Barcelona: Editorial MRA SL; 1999, p. 21-48.
2. De Inocencio J. Musculoskeletal pain in primary pediatric care: analysis of 1.000 consecutive general pediatric clinic visits. *Pediatrics*. 1998;102(6):e63.
3. De Inocencio J. Epidemiology of musculoskeletal pain in primary care. *Arch Dis Child*. 2004;89(5):431-4.
4. Foster H, Khawaja K. When to request a paediatric rheumatology opinion? *Curr Paediatr*. 2005;15:1-8.
5. Cassidy JT, Petty RE, eds. *Textbook of Pediatric Rheumatology*, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1995.
6. Szer I, Kimura Y, Malleson P, Southwood T. *Arthritis in children and adolescents*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
7. Stichweh D, Pascual V. Lupus eritematoso sistémico pediátrico. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63(4):321-9.
8. Modesto C, Aróstegui JI, Yagüe J, Amal C. ¿Qué es lo que hoy debo saber sobre los síndromes autoinflamatorios? *Semin Fund Esp Reumatol*. 2007;8:34-44.
9. Antón J, Bou R. Vasculitis. *An Pediatr Contin*. 2007;5:131-8.