



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2989 - DOCTORA, TENGO BULTOS EN EL CUELLO

C. Álvarez Hernández Cañizares<sup>a</sup>, C. Terrero Castillo<sup>b</sup>, B. de Victoria Fernández<sup>b</sup>, V. Villegas Rodríguez<sup>a</sup>, Á. Ureña Aguilera<sup>b</sup>, J. Novo de Matos<sup>b</sup>, A. Pozo Teruel<sup>a</sup>, V. Abadía Ruber<sup>a</sup>, M.R. Martín Cano<sup>a</sup> y S. Alcalde Muñoz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Canillejas. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 36 años sin antecedentes de interés que acude a la consulta por la aparición de adenopatías cervicales de 4 semanas de evolución asociado a odinofagia, fiebre elevada intermitente, sudoración nocturna, pérdida de peso, sensación de mareo y náuseas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Al examen físico presenta dos adenopatías cervicales derechas, una supraclavicular de 2 cm y una axilar derecha, dolorosas, blandas, no adheridas, móviles y sin eritema superficial. Resto de exploración anodina. En Atención Primaria solicitan hemograma con resultado de anemia microcítica, bioquímica, serologías (virus Epstein-Barr, citomegalovirus, hepatitis B y C, VIH, sífilis, *Brucella*, rubeola), Mantoux, toxoplasmosis, estudio de inmunoglobulinas, proteinograma y Rx de tórax con resultados negativos. Ecografía cérvico-axilar que confirma múltiples adenopatías supraclaviculares. Se deriva al servicio de Medicina Interna completando el estudio con marcadores tumorales, anticuerpos, factor reumatoide, citometría de flujo con resultados negativos, biopsia con aguja fina (PAAF) con abundante celularidad linfoide polimorfa con inmunoblastos de gran tamaño e histiocitos con necrosis y núcleo lateralizado en "semiluna" y TC de tórax-abdomen-pelvis con resultado de ganglios supraclaviculares, cervicales, submaxilares y axilares bilaterales. Se pauta analgésicos orales y tras 4 meses se objetiva remisión de la clínica.

**Juicio clínico:** Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF).

**Diagnóstico diferencial:** Lupus eritematoso, herpes virus y otros microorganismos, tuberculosis, síndromes mononucleósidos, linfoma, leucemia, adedarcinoma metastásico.

**Comentario final:** La EKF o linfadenitis histiocitaria necrotizante es un síndrome benigno y autolimitado, cuya etiología es desconocida aunque se ha relacionado con un posible origen viral y autoinmune. Como médicos de atención primaria debemos tener siempre en cuenta esta patología en el diagnóstico diferencial de adenopatías persistente o síndrome febril de etiología desconocida para lograr una adecuada aproximación clínica de la enfermedad.

### Bibliografía

1. Kikuchi & #39s disease (histiocytic necrotizing lymphadenitis). A clinicopathologic study of 79

cases with an analysis of histologic subtypes, immunohistology, and DNA ploidy. Am J Surg Pathol. 1995;19:798-809.

2. Lack of human herpesvirus 8 and Epstein-Barr virus in Kikuchi's histiocytic necrotizing lymphadenitis. Hum Pathol. 2003;34:130-5.

3 .Bosch X, Guilabert A. Kikuchi-Fujimoto disease. Orphanet J Rare Dis. 2006;1:18.

**Palabras clave:** *Linfadenitis necrotizante. Kikuchi.*