



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2312 - ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO

E.M. Prieto Piquero^a, R. Cenjor Martín^b, E.M. Cano Cabo^c, M. Cordero Cervantes^d, I. Lobo Cortizo^e, C. Marinero Noval^d, B.C. di Salvo León^d y L. López Menéndez^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Oviedo.

^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdesoto. Pola de Siero. ^fMédico Residente. Centro de Salud El Cristo. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años, con antecedentes de enfermedad de Kikuchi hace 7 años, asintomática en la actualidad, que acude a su médico de Atención Primaria por aparición de adenopatías hace unos días dolorosas sin datos de flogosis. No asocia fiebre ni síndrome general. Dado que se encontraba a seguimiento por Medicina Interna y había sido dada de alta se solicita nueva valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, colaboradora. Adenopatía axilar derecha dolorosa de 1 cm de diámetro no adherida a planos. No se palpan adenopatías cervicales ni inguinales. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiorrespiratoria sin ruidos sobreañadidos. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Sistemático y sedimento de orina normal. Rx tórax sin lesiones. PAAF: compatible con linfadenitis reactiva.

Juicio clínico: Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.

Diagnóstico diferencial: Linfoma. Leucemia. Sarcoidosis. Toxoplasmosis. Mononucleosis. VIH. Tuberculosis. Sífilis. Brucelosis. Lupus eritematoso sistémico.

Comentario final: La linfadenitis necrotizante histiocitaria o enfermedad de Kikuchi-Fujimoto se trata de una enfermedad de etiología desconocida, con asociación a enfermedades del tejido conectivo, de curso limitado y benigno, con resolución espontánea entre 1-4 meses. De mayor prevalencia en Asia, en mujeres jóvenes. El diagnóstico de confirmación requiere la biopsia del ganglio afecto que por lo general tiene un diámetro de 1 a 2 cm, pero puede variar desde 0,5 hasta 7 cm. Los rasgos histológicos comunes son la presencia de focos paracorticales de necrosis con abundantes restos nucleares cariorréxicos e infiltrados de histiocitos, con ausencia de neutrófilos. Estos focos de hiperplasia se pueden confundir con linfomas. Las pruebas de laboratorio por lo general son normales, aunque puede existir trombocitopenia y neutropenia ligeras, en menos pacientes leucocitosis y linfocitosis atípica, alteraciones discretas de las enzimas hepáticas y aumento de la enzima deshidrogenasa láctica y de la VSG. La terapéutica con antiinflamatorios no esteroideos y con corticoides, durante semanas o meses en función de la severidad, suele ser eficaz.

Esta enfermedad puede recidivar con años de diferencia del episodio inicial, como en nuestro caso anterior, y el tratamiento sería sintomático.

Bibliografía

1. Meyer O, Kahn MF, Grossin M, Ribard P, Belmatoug N, Morinet F, et al. Parvovirus B19 infection can induce histiocytic necrotizing lymphadenitis associated with systemic lupus erythematosus. 1991.

Palabras clave: *Linfoma. Linfadenitis necrotizante histiocítica.*