

ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Claudia Llorente Álvarez (1), Laura Manuela Bayona Romero (2), Carmen Vallés Rodríguez (3), Isidora Paz Rettig Infante (4), Manuel Acuña García (5), María Ángeles Torres Nieto (6), María Miguel Lucero Salaverry. (1); (2); (3); (4); (5) Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello Hospital Universitario Río Hortega Valladolid . (6); (7) Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario Río Hortega Valladolid

Introducción:

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) o linfadenitis necrotizante no granulocítica descrita por primera vez en 1972 en mujeres jóvenes japonesas. La etiología es desconocida, pero se postula que podría tener origen autoinmune o infecciones virales.

Material y métodos:

Paciente de 41 años que presenta 2 adenopatías laterocervicales derechas dolorosas que aumentan de tamaño progresivamente. No presenta fiebre, sudores nocturnos ni pérdida de peso asociada. No refiere otra clínica.

Resultados:

En la exploración se palpan adenopatías laterocervicales derechas de 1,5cm, blandas, móviles y no adheridas con el resto de la exploración normal. Se realiza análisis de sangre, incluyendo proteinograma, estudio de autoinmunidad y serología, con resultado negativo. Se realizó PAAF de la adenopatía con resultado compatible con linfadenitis histiocítica necrotizante o de Kikuchi.

Discusión:

La EKF es una linfadenitis necrotizante benigna y autolimitada, que recidiva en un 15% hasta 8 años tras la clínica inicial. Entre el 60-90% de los pacientes presentan adenopatías posterocervicales, dolorosas a la palpación, que pueden asociar síntomas B sistémicos. En el diagnóstico diferencial debemos incluir las linfadenitis de origen infeccioso, linfomas y enfermedades autoinmunes . El diagnóstico definitivo es el examen histológico de una adenopatía, en la que se observa hiperplasia reactiva con focos de necrosis paracortical con detritus celulares, rodeados por infiltrado inflamatorio de linfocitos CD4+, histiocitos CD68 y escasa presencia de polimorfonucleares neutrófilos y células plasmáticas (Imagen 1). El tratamiento habitual es la observación, y en caso de pacientes muy sintomáticos pueden beneficiarse de la administración de corticoides o AINEs.

Conclusión:

La EKF se debe incluir en el diagnóstico diferencial de un paciente que presenta adenopatías cervicales y fiebre de origen desconocido. A pesar de ser autolimitado y resolución completa en la mayoría de los casos, existe riesgo de progresión a enfermedad autoinmune o de recidiva. El diagnóstico definitivo es el examen histológico.

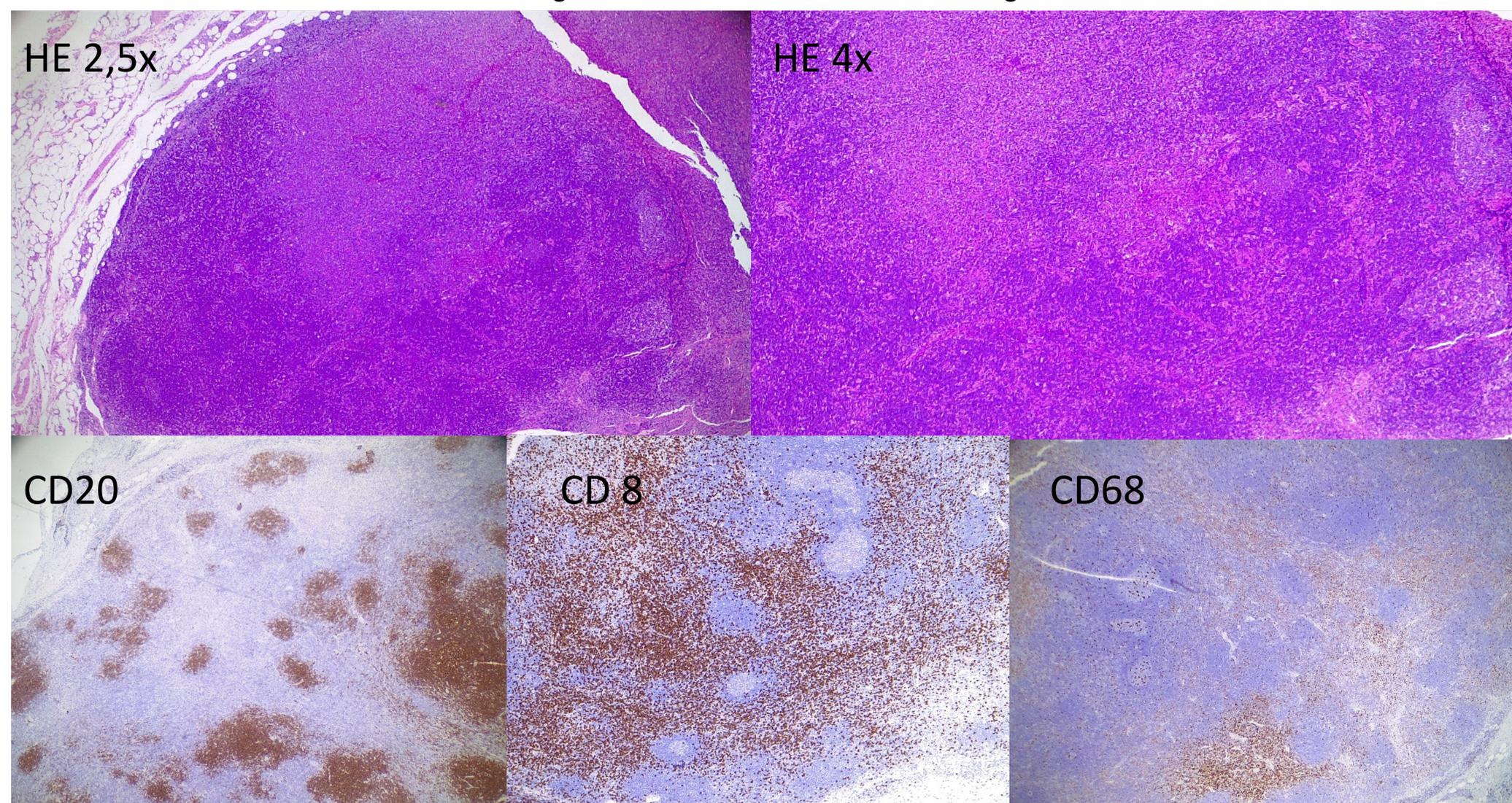


IMAGEN 1: Ganglio linfático con arquitectura ganglionar parcialmente borrada con folículos linfoides reactivos conservados CD20+. En la zona en la zona paracortical se observan áreas con infiltrado de células histiocitarias CD68+ en relación con focos de necrosis en resolución, con inmunoblastos , detritus celulares y células linfocitos T CD8+.