



Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto

Kikuchi-Fujimoto disease

José Manuel Ruano Aguilar,* Ramón Cordero Bello,† Mariana Guerrero Hernández,§
Rodrigo Busto Ruano,¶ Guillermo Ramón García||

Citar como: Ruano AJM, Cordero BR, Guerrero HM, Busto RR, Ramón GG. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. Acta Med GA. 2024; 22 (3): 242-243. <https://dx.doi.org/10.35366/116836>

Resumen

Paciente con linfadenopatía cervical en estudio. Patología reportó Kikuchi-Fujimoto (KF), enfermedad rara, con etiopatogenia desconocida, pronóstico generalmente favorable y resolución espontánea.

Palabras clave: Kikuchi-Fujimoto, linfadenitis necrosante histiocítica, histopatología.

Abstract

Patient with a cervical mass (lymphadenopathy), pathology reported Kikuchi-Fujimoto disease, which is pretty rare in clinical practice; its origin is unknown and usually has a spontaneous resolution.

Keywords: Kikuchi-Fujimoto, histiocytic necrotizing lymphadenitis, histopathology.

INTRODUCCIÓN

Descrita por Masahiro Kikuchi en Japón en 1972, como enfermedad de distribución universal, con mayor prevalencia en países asiáticos. En 1982 se reportaron los primeros casos en América y Europa.¹

Síntomas: fiebre, linfadenitis cervical o axilar no dolorosa, sudoración nocturna.

La enfermedad de KF es un padecimiento raro, caracterizado por aumento de tamaño de los ganglios, que se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y niños. Sus manifestaciones clínicas son diversas y es un padecimiento en el que generalmente se confunde con procesos infecciosos, autoinmunes o neoplásicos. La evolución tiende a autolimitarse y es benigna, puede coexistir con patologías autoinmunes. Tiene asociaciones con enfermedades como lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes.¹

Etiología desconocida, asociada con factores infecciosos como virus del Epstein-Barr, herpes humano tipo 6, parvovirus B19, citomegalovirus, *Toxoplasma gondii*, *Brucella*, *Yersinia*, síndrome de inmunodeficiencia adquirida.²

CASO CLÍNICO

Masculino de 21 años, sin antecedentes familiares relacionados ni personales de importancia, previamente sano, presenta aumento de volumen cervical derecho, no doloroso, de 15 días de evolución, sin fiebre ni foco aparente localizable, nódulo único localizado en región III del cuello derecho, duro, móvil, de 3 × 2 cm, a la exploración ultrasonográfica, sólida y con aumento de la vascularización.

En los cortes histológicos se observan zonas necróticas bien delimitadas, grupos de macrófagos espumosos, monocitos plasmocitoides, región paracortical ensanchada y con aspecto de cielo estrellado (*Figura 1*). Las tinciones de

* Cirujano oncólogo pediatra. Jefe de División Cirugía, Hospital Angeles Lomas. Académico Numerario de la Academia Nacional de Medicina de México. Ciudad de México.

† Cirugía pediátrica, Hospital Angeles Lomas. Ciudad de México.

§ Estudiante de medicina, Universidad Anáhuac México Norte. Ciudad de México.

¶ Pediatra, Hospital Angeles Lomas. Ciudad de México.

|| Patología, Star Médica Hospital Infantil Privado. Ciudad de México.

Correspondencia:

Dr. José Manuel Ruano Aguilar
Correo electrónico: jm_ruano@yahoo.com

Aceptado: 10-11-2023.

www.medigraphic.com/actamedica



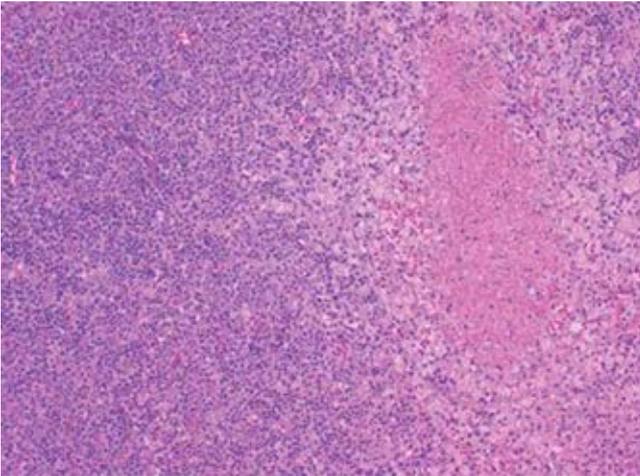


Figura 1: Linfadenitis necrosante.³

Ziehl-Neelsen, ácido peryódico de Schiff (PAS) y Grocott negativas para tuberculosis.

El diagnóstico definitivo es linfadenopatía histiocítica necrosante (enfermedad de Kikuchi-Fujimoto). Evolución favorable a un año de seguimiento, sin recurrencia ni síntomas adicionales. No se administraron medicamentos antibióticos, antivirales ni esteroides.

DISCUSIÓN

El diagnóstico definitivo fue hecho por histopatología, ya que no existían antecedentes de importancia y el

abordaje clínico no mostraba causa aparente para el aumento de tamaño de la tumoración cervical. Generalmente los estudios paraclínicos y de laboratorio suelen ser negativos y el patólogo proporciona el diagnóstico final.

El diagnóstico de enfermedad de KF es histológico. Dado que la clínica puede semejar a un número variable de enfermedades neoplásicas, infecciosas y autoinmunes.

De tal suerte que ante la presencia de un nódulo linfático que no mejora con tratamiento antibiótico y desinflamatorio, ante un cuadro ambiguo y resultados de laboratorios no concluyentes, se debe realizar biopsia escisional de la lesión y ser vista por un patólogo experimentado y con conocimiento de este síndrome.

REFERENCIAS

1. Lugo L, Garduño M, Hernández NM. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (linfadenitis histiocítica necrosante). Caso clínico más revisión bibliográfica. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac.* 2019; 15 (1): 5-12.
2. Montejo M, Lekerika N, Astigarraga I, Aquirrebengoa K, Goikoetxea J, Erdozain JG et al. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto: estudio de cuatro casos. *An Med Interna.* 2006; 23 (4): 173-175.
3. Manzano Infante MJ, Camacho Lovillo MS, Obando Santaella I, Mateos Checa R, Rodríguez González M. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto como causa de linfadenopatías. *An Pediat (Barc).* 2007; 67 (1): 83-85.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.