Documento descargado de http://www.elsevier.es el 24/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Linfadenitis necrotizante. A propósito de un caso

J.C. Aguirre Rodríguez[a], M.D. Pelegrina Castillo[a], J. Rico Irles[b] y I. Herrera Rodríguez[c]

[a]Médico EBAP del Centro de Salud de Armilla. Granada.
[b]Catedrático de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.
[c]Enfermera EBAP del Centro de Salud de Armilla. Granada.

INTRODUCCIÓN

Los procesos febriles y los cuadros constitucionales que los acompañan son habituales en la consulta diaria del médico de Atención Primaria, obligando a hacer diagnósticos diferenciales para descartar procesos importantes que requieran atención especializada.

El caso que presentamos es frecuente en cuanto a su clínica, pero muy poco frecuente por el diagnóstico final.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre de 45 años de edad, hipertenso sin tratamiento farmacológico, fumador de unos 20 cigarrillos/día, que sólo ha consultado en dos ocasiones en los últimos años por cervicalgia, relacionada con esfuerzos físicos propios de su trabajo. Presenta dos analíticas donde sólo destaca una GGT de 43 y 45 UI/l respectivamente. Acude a consulta urgente por malestar general de varios días de evolución, sensación distérmica y dorsolumbalgia que se irradia hacia miembros inferiores. La exploración es totalmente normal; está afebril y su tensión arterial es de 120/80 mmHg. Sólo destaca una adenopatía laterocervical derecha de menos de 1 cm de diámetro, móvil y no dolorosa que, en principio, achacamos a una reciente infección dental que ha tratado de forma anárquica con amoxicilina/clavulánico. Se pauta analgesia con paracetamol 500 mg/cada 6 horas y se solicita analítica.

A la semana acude refiriendo fiebre vespertina de 38,5º que no cede al paracetamol; la siguiente analítica: hematíes: 4.700.000, hemoglobina: 14 g/dl, leucocitos: 2.920 con fórmula normal y velocidad de sedimentación de 37/66. GOT: 32 UI/l, GPT: 58 UI/l, GGT: 42 UI/l, LDH: 996 UI/l y CPK: 1.291 UI/l. Resto de exploraciones, incluyendo baciloscopia y serología, negativas.

Correspondencia:
J.C. Aguirre Rodríguez
C/ Ocho de Marzo, 119
18100 Armilla. Granada.

Recibido el 25-11-2002; aceptado parar su publicación el 25-03-2003.

La exploración física sólo aporta como dato significativo un aumento de tamaño de la adenopatía anteriormente descrita, y aparición de otras adenopatías a nivel laterocervical izquierdo y en ambas axilas.

Puestos en contacto con el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital de referencia, deciden su ingreso para completar estudio. Se realiza biopsia del primer ganglio, evolucionando el paciente de forma favorable, con picos febriles durante 7 días. El resultado de la biopsia es: linfadenitis necrotizante focal (enfermedad de Kikuchi).

Se procede al alta con corticoterapia y se revisa al mes. La evolución es totalmente positiva, por lo que se da de alta definitiva.

DISCUSIÓN

La Enfermedad de Kikuchi debe considerarse una causa rara de linfadenopatía benigna. Fue descrita por primera vez en Japón (1972)[1], aunque cada vez es más frecuente en países occidentales. Se trata de un proceso autolimitado del sistema linfático, benigno. Su etiología es desconocida (infecciones por virus herpes, Parvovirus B19, *Yersinia* enterocolítica, *Brucella* o *Toxoplasma*), pero la hipótesis más aceptada es que sea de origen vírico. Es más frecuente en mujeres jóvenes y clínicamente se caracteriza por linfadenopatías fundamentalmente laterocervicales y supraclaviculares, junto con un síndrome febril prolongado. La exploración física y la analítica pueden ser normales, aunque se puede encontrar una trombocitopenia leve, neutropenia, leves alteraciones de las enzimas hepáticas y un aumento de la LDH. El diagnóstico definitivo es histológico, por los hallazgos microscópicos de focos de necrosis con abundantes restos nucleares en el ganglio biopsiado, y escasos polimorfonucleares (hecho que lo diferencia de entidades bacterianas como la enfermedad por arañazo de gato y el linfogranuloma venéreo). Aunque el proceso es generalmente limitado y benigno, resolviéndose en un plazo máximo de 6 meses[2,3], se han descrito casos excepcionales de evolución fatal[4].

La afectación cutánea se da en el 2%-10% de los casos dependiendo de las series y es de morfología (máculas, pá-

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 24/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

pulas, placas únicas o múltiples) y localización (cabeza, tronco, brazos) variables, resolviéndose de forma paralela a las adenopatías[5].

El caso presentado presenta como única peculiaridad el sexo y la edad de presentación, ya que nuestro paciente es un hombre de mediana edad, y como hemos señalado este cuadro suele ser más frecuente en mujeres jóvenes[6]. Por otra parte, la clínica y los datos analíticos son totalmente compatibles con esta rara enfermedad. Lo realmente importante es el diagnóstico diferencial que hay que hacer ante estos cuadros, que podemos resumir como: adenopatías y malestar general. Numerosas enfermedades infecciosas se asocian con algún grado de adenopatía, siendo la adenopatía, en algunas de ellas, la mayor manifestación de la enfermedad: hay que descartar infecciones víricas como hepatitis, citomegalovirus, mononucleosis infecciosa, sida, rubéola y varicela, e infecciones bacterianas como estreptococias, estafilococias, brucelosis, salmonelosis, tuberculosis y sífilis entre otras. Otros diagnósticos a descartar serían: enfermedades autoinmunes (lupus, cirrosis biliar primaria), enfermedades malignas como leucemias o linfomas, enfermedades endocrinas y metabólicas (hipertiroidismo y enfermedad de Adison, entre otras), y por último, un grupo muy variado de enfermedades entre las que tenemos: sarcoidosis, amiloidosis, fiebre mediterránea familiar, linfadenitis dermopática e histiocitosis X. Pero la causa más frecuente de confusión son otras lesiones necrotizantes, como la enfermedad por arañazo de gato y el linfogranuloma venéreo, así como la enfermedad de Hodgkin, principalmente su variante sincitial, en la que se requerirán técnicas de inmunohistoquímica (CD15 y CD30) para su catalogación.

Por último, insistir en que el diagnóstico final es anatomopatológico, y aunque se suele tratar de un proceso autolimitado, el tratamiento más extendido es el empleo de corticoides.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kikuchi M. Lymphadenitis showing focal reticulum cell hyperplasia with nuclear debris and phagocytosis. Nippon Ketsueki Gakkai Zasshi 1972;35:379-80.
2. Fujimoto Y, Kozima Y, Yamaguchi K. Cervical subacute necrotizing lymphadenitis: a new clinicopathologic entity. Naika 1972;20:920-7.
3. Martínez S, Orti A, Cuadrado M, Núñez JM, Escrich C, Egido A, et al. IV Congreso virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. IV-CVHAP 2001 PÓSTER-E–103. 2001.
4. Chan JKC, Wong KC. A fatal case of multicentric Kikuchi's histiocytic necrotizing lymphadenitis. Cancer 1989;63:1856-62.
5. Spies J, Foucar K, Thompson CT, Le Boit PE. The histopathology of cutaneous lesions of Kikuchi's disease (Necrotizing Lymphadenitis): a report of five cases. Am J Surg Pathol 1999;23:1040-7.
6. Buqueras C, Mata F, Ortiz de Zárate L, Alberola M, Masferrer Ll. Aportación de un caso y revisión de la bibliografía. Cir Esp 1999;66: 549-51.