

Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto y tuberculosis pulmonar, una asociación poco frecuente

Sr. Director:

La linfadenitis necrotizante subaguda o enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una entidad clinicopatológica rara, benigna, de curso autolimitado y de presentación más frecuente en mujeres jóvenes. Fue descrita inicialmente en Japón en 1972 y posteriormente se ha demostrado su existencia con frecuencia creciente en países occidentales como España¹. Se manifiesta usualmente por fiebre y adenopatías cervicales^{1,3}. Puede asociarse a síntomas sistémicos^{2,4} y presentar datos clínicos no específicos como rash o nódulos cutáneos^{2,5}, anemia, leucopenia y elevación de la velocidad de sedimentación globular².

Presentamos el caso de un varón joven con una enfermedad de Kikuchi que se manifestó por fiebre, adenopatías axilares e hipertransaminasemia, coincidiendo con una tuberculosis pulmonar, fenómeno no observado hasta ahora (MEDLINE 1966-2002). Palabras clave: Kikuchi-Fujimoto, tuberculosis.

Se trata de un varón de 21 años que consultó por fiebre de 10 días de evolución y dolor axilar derecho. Había sido tratado con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 5 días y azitromicina 500 mg durante tres días sin mejoría. No presentaba otros síntomas. La exploración física sólo puso de manifiesto adenopatías axilares derechas de 1 cm, dolorosas, móviles, de consistencia dura, en número de 8-10, siendo el resto normal.

Exploraciones complementarias: 4.200 leucocitos. Serie roja y plaquetas normales. Aspartato aminotransferasa (AST), 134 U/l; alanina aminotransferasa (ALT), 132 U/l; lacticodeshidrogenasa (LDH), 762 U/l. Glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, calcio, amilasa, proteínas totales, albúmina, GCT, fosfatasa alcalina (FA), bilirrubina total, colesterol, triglicéridos y coagulación normales. Orina completa con sedimento normal. Rosa de Bengala negativo. Radiografía de tórax y ecografía abdominal normales. Hemocultivos, serología de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis B (VHB), virus de la hepatitis C (VHC), VEB, virus herpes y toxoplasmosis negativa. Las tres baciloscopias de esputo fueron negativas. Anatomía patológica de ganglio linfático axilar: linfadenitis necrotizante subaguda (enfermedad de Kikuchi-Fujimoto).

Tres semanas más tarde el paciente se encontraba asintomático y la analítica había sufrido una completa normalización. Se recibieron cultivos de Lowenstein de esputo positivos para *Mycobacterium tuberculosis* y comenzamos tratamiento con isoniacida, rifampicina y piracinaamida a dosis estándar. Ante estos resultados revisamos la muestra ganglionar sin evidenciar bacilos en la misma y se confirmó la anatomía patológica de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.

En el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido se incluyen tanto a tuberculosis como a la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto^{6,7}, sobre todo si existe participación ganglionar. La etiopatogenia, el pronóstico y el tratamiento de ambas patologías es ciertamente muy diferente. Está bien determinada en el caso de la tuberculosis; sin embar-

go, existen muchas lagunas para la enfermedad de Kikuchi. La etiología de esta última es desconocida. Se ha relacionado con virus², e incluso se ha sugerido una etiología autoinmune y una predisposición genética³ para la presentación de esta entidad. El diagnóstico se basa en la anatomía patológica^{1,9}, si bien se han demostrado hallazgos radiológicos en la tomografía axial computarizada (TAC) que hacen sospechar la enfermedad^{10,11}. La anatomía patológica en ocasiones puede ser confundida con un linfoma o con un lupus eritematoso sistémico¹², si bien difiere notablemente de la de la tuberculosis. El tratamiento es sintomático.

En nuestro paciente coincidieron en el tiempo la tuberculosis pulmonar y la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. La afectación hepática probablemente obedeció a la afectación por la enfermedad de Kikuchi, como se deduce de su correlación espontánea antes de iniciar el tratamiento frente a la tuberculosis.

La presentación de la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto con afectación hepática es atípica, constituye una rareza clínica, más aún, si se trata de un varón como es nuestro caso. El curso de la enfermedad suele ser benigno; no obstante, hay recogidos dos casos en que se asoció a hipertransaminasemia y fallo hepático fulminante en relación con fármacos tuberculostáticos¹³ en uno de ellos y otro con el contexto de un síndrome hemofagocítico durante el embarazo¹⁴. En nuestro caso el tratamiento tuberculostático no tuvo ninguna incidencia negativa, sino que, por el contrario, la evolución fue satisfactoria, con la normalización clínica y analítica completa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorenzo Hernández A, Gamallo Amat C, Ortega Martínez de la Victoria L, Cabestrero Alonso D, Camacho Siles J, Arnalich Fernández F, et al. Histiocytic necrotizing lymphadenitis: Kikuchi-Jujimoto disease. A propos of 6 cases. *An Med Interna* 1999;16:301-4.
2. Calvo Romero JM. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (linfadenitis necrotizante histiocitaria). *Rev Clin Esp* 2002;202(2):94-5.
3. Wustenberg EG, Theissig F, Offergeld C, Huttenbrink KB. Necrotizing lymphadenitis (Kikuchi-Fujimoto disease) as a rare cause of cervical lymphadenopathies. Diagnosis and differential diagnosis. *Laryngorhinootologie* 2000;79:93-5.
4. Thongsukasai P, Kayasut K. Histiocytic necrotizing lymphadenitis (Kikuchi's disease): clinicopathologic characteristics of 23 cases and literature review. *J Med Assoc Thai* 1999;82:812-8.
5. Aqel N, Henry K, Woodrow D. Skin involvement in Kikuchi's disease: an immunocytochemical and immunofluorescence study. *Virchows Arch* 1997;430:349-52.
6. Wurm P, Townson G, Lauder I, Wicks AC. An unusual case of pyrexia of unknown origin with cervical lymphadenopathy. *Postgrad Med J* 2000;76:655-6.
7. Magnani G, Coccia G, Mezzadri S, Pilato FP. Kikuchi's disease: an uncommon cause of fever of unknown origin. *Ann Ital Med Int* 1999;14:205-8.
8. Amir AR, Amr SS, Sheikh SS. Kikuchi Fujimoto's disease: report of familial occurrence in two human leucocyte antigen-identical non-twin sister. *J Intern Med* 2002;252(1):79-83.
9. Mayer O. Kikuchi disease. *Ann Med Interne (París)* 1999;150:199-204.
10. Martínez Vázquez C, Vilariño C, Martínez-Cueto P, López A, Sopeña B, de la Fuente J. Linfadenitis necrotizante histiocitaria o enfermedad de Kikuchi. Apariencia radiológica mediante TC. *An Med Interna (Madrid)* 2002;19:183-5.
11. Na DG, Chung TS, Byun HS, Kim HD, Lo YH, Yoon JH. Kikuchi disease: CT and MR findings. *Am J Neuroradiol* 1997;18:1729-32.
12. Soh I, Gatas N, Cohen Y, Rimon D. Self-limited lymphadenopathy mimicking lymphoma or lupus (Kikuchi-Fujimoto disease). *Harefuah* 1999;136:34-6.
13. Sierra ML, Vegas E, Blanco-González JE, González A, Martínez P, CMA. Kikuchi's disease with multisystemic involvement and adverse reaction to drugs. *Pediatrics* 1999;104:e24.
14. Chmait RH, Meimin DL, Koo CH, Huffaker J. Hemophagocytic syndrome in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000;95:1022-4.

M. J. Velasco Malagón, J. L. Zambrana García,
M. D. Adarraga Cansino y F. Rosa Jiménez
*Unidad de Medicina Interna.
Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén.*