Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):10

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2372 - Una adenopatía, ¿Por dónde empezamos?

M.B. Anguita Tirado[a], I.M. Morales Marín[b], L.M. Lyarte Legaz[c], A. Bernabeu Fernández[d], A. Eni[a], Á. Ortuño Nicolás[a], J. Torrecilla Sequi[e], F. Peñalver Guillén[e], J. Jiménez Arnau[e] y J.F. Arenas Alcaraz[e]

[a]Médico Residente; [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [d]Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [e]Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 24 años previamente sana que consulta por dos episodios de fiebre de hasta 38,5, intolerancia al frío, astenia, artromialgias graves y dolor en axila derecha de 3 días de evolución. En consulta de Atención Primaria se observa bultoma axilar derecho doloroso que impresiona a forúnculo tratándose con doxaciclina. Ante la persistencia de fiebre, profunda afectación de estado general y aumento del número de adenopatías se procede a ingreso y valoración posterior por Medicina Interna, Dermatología y ORL dónde bajo PAAF de adenopatía cervical se obtiene el diagnóstico definitivo. Recibe tratamiento con prednisona y en controles posteriores se observa clara mejoría clínica y analítica.

Exploración y pruebas complementarias: MEG. ORL: faringe y oídos sin hallazgos. ACR: MVC, no ruidos sobreañadidos, rítmica sin soplos. NRL: sin focalidad ni meníngeos. ABDOMEN: blando y depresible, no megalias, dolor en HCD, Murphy y Blumberg negativos. Adenopatías axilar derecha y mandibulares bilaterales dolorosas a la palpación sin claros signos de infección con edema marcado en párpados. Acompaña máculas hipocrómicas inferiores a 5 mm en cada brazo y quemazón amigdalar. En analítica se observa neutropenia progresiva, linfopenia e importante elevación de LDH, ferritina y enzimas hepáticas. Serología y hemocultivos negativos.

Juicio clínico: Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico diferencial: Deben incluirse linfadenitis lúpica, lindadenopatías infecciosas, linfoma no hodgkiniano y leucemias de células T así como la enfermedad de Kawasaki.

Comentario final: Es una enfermedad de origen desconocido, benigna y autolimitada que puede confundirse en su inicio con un linfoma. Además parece clara su relación con LES siendo prácticamente indistinguibles en su anatomía patológica compartiendo características epidemiológicas. Por lo que es crucial la sospecha clínica de esta entidad en AP así como un correcto control evolutivo que nos aportará el diagnóstico diferencial definitivo.

Bibliografía

1. Ramos Fernández M, Jiménez Hiscock L, De Olaiz Navarro B. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto: una localización atípica. Arch Bronconeumol. 2009;45:359-60.
2. Bosch X, Guilabert A. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. Medicina Clínica. 2004;123.

Palabras clave: *Adenopatías. Kikuchi-Fujimoto. LES. Linfoma.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.