ADENOPATIES A URGÈNCIES: LA IMPORTÀNCIA DEL DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

David Pesqué Cela*, Enric Ventura Siches* (*: co-autors)

*Residents R1 del Servei de Dermatologia Hospital del Mar i MFIC CAP Raval Sud, Hospital del Mar

Cas Clínic

ANTECEDENTS PERSONALS

Dona de 19 anys natural de Saragossa, de pares procedents de la Xina. Nega hàbits tòxics. No antecedents rellevants ni medicació habitual.

MALALTIA ACTUAL

Acut a Urgències per **adenopaties laterocervicals dretes doloroses** d'un mes d'evolució, de creixement progressiu. S'acompanyen de febre de **39ºC, sudoració nocturna intensa, pruïja** i discreta pèrdua de pes no quantificada. Nega tos, expectoració, dolor abdominal, síndrome miccional i odinofàgia. No antecedents epidemiològics rellevants (viatges, medi rural, habitatge).

EXPLORACIÓ FÍSICA INICIAL

TA 109/76mmHg, **FC 105bpm, Tª 37.5ºC**, SatO2 100% a l'aire.
Bon estat general. Conscient i orientada a les 3 esferes. Eupneica. Lesions de rascat a tòrax.
Auscultació cardíaca: tons cardíacs rítmics sense bufs.
Auscultació respiratòria: murmuri vesicular conservat sense sorolls sobreafegits.
Exploració abdominal: Peristaltisme conservat. Abdomen tou i depressible no dolorós a la palpació. No es palpen masses ni megàlies.
ORL: orofaringe hiperèmica sense plaques. Es palpa **cadena laterocervical anterior i posterior dreta amb múltiples adenopaties adherides**, de consistència dura, doloroses a la mobilització. No adenopaties palpables a la resta de punts explorats (laterocervicals esquerres, supraclaviculars, inguinals, axil·lars etc).
Extremitats inferiors: no edemes ni signes de trombosi venosa profunda.

PROVES COMPLEMENTÀRIES A URGÈNCIES

A l'analítica, destaca AST 74UI/L, ALT 118UI/L, FA 61UI/L, Bilirubina total 0.3mg/dl, PCR 0.8mg/dl, Hemoglobina 11.9g/dl, VCM 81.9fL, Leucòcits 1980/ul (Neutròfils 590/ul (30%), Limfòcits 1090/ul (55%)), Plaquetes 129000/ul, Temps de protrombina 96.5%. Funció renal i ionograma sense alteracions destacables.
En analítiques posteriors, es va accentuar l'anèmia i es van mantenir les alteracions en les altres sèries i del perfil hepàtic.
Radiografia de tòrax i electrocardiograma sense alteracions destacables.

ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA

1. ADENOPATIES amb símptomes B.
2. PANCITOPÈNIA.
3. ALTERACIÓ DEL PERFIL HEPÀTIC.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL A URGÈNCIES

Es va plantejar el diagnòstic diferencial amb les següents patologies:

- Limfoma
- Tuberculosi
- Infecció per Citomegalovirus (CMV)
- Infecció per Virus Epstein-Barr (VEB).
- Bartonel·losi
- Malaltia de Kikuchi-Fujimoto.

RESULTATS DE LES PROVES:

SEROLOGIES	AUTOIMMUNITAT	BIÒPSIA
CMV IgG +, IgM – VEB IgG +, IgM – Bartonel·la – Toxoplasma IgG -, IgM – VIH -	ANA 1/80 AntiDNAds -, AntiSm -	Infiltrat limfoide polimorf amb àrees de necrosi i agregats d'histiòcits amb focus de cèl·lules apoptòtiques. Immunohistoquímica: histiòcits CD68+ i MPO+, expansió de limfòcits T CD3/CD8+. Suggereix que la lesió correspon a la malaltia de **Kikuchi-Fujimoto**.

La pacient va ser ingressada a Medicina Interna per continuar l'estudi.
Es van sol·licitar serologies (*Toxoplasma*, CMV, VEB, VIH i *Bartonella*) i estudi d'autoimmunitat.
També es va realitzar exèresi d'adenopatia i estudi mitjançant biòpsia.

DIAGNÒSTIC DEFINITIU: MALALTIA DE KIKUCHI-FUJIMOTO.

EVOLUCIÓ

En controls posteriors, les adenopaties es van anar fent menys doloroses i disminuint de mida. Es va normalitzar el perfil hepàtic i les alteracions en l'hemograma es van resoldre.
No evidència de Lupus Eritematós Sistèmic (LES) associat en el moment actual.

MALALTIA DE KIKUCHI-FUJIMOTO

Trastorn **benigne**. Més freqüent en dones joves (<30 anys) asiàtiques.
Probable etiologia viral o autoimmune, encara no demostrada.

- Clínica. **limfadenopatia regional cervical**, acompanyada de febre, sudoració nocturna i en ocasions pèrdua de pes, nàusees, vòmits, odinofàgia i prurit.
- Diagnòstic. Biòpsia: infiltrat formats per agregats d'**histiòcits** (MPO+, CD68+) i **limfòcits T** CD3+ que poden conformar-se amb patrons proliferatius, necrotitzants o xantomatosos. Pot associar alteracions analítiques: leucopènia en 50% dels casos i alteració del perfil hepàtic.
- Tractament. Simptomàtic (antiinflamatoris, antitèrmics). **Autolimitat** (1-4 mesos).
- Seguiment. Resulta necessari perquè poden desenvolupar més endavant **LES**.

Discussió

El maneig de les adenopaties a Urgències depèn dels **signes d'alarma**: creixement persistent >6 setmanes, mida >2cm, dura, immòbil, augment de mida amb antibioteràpia, de localització supraclavicular.
Del cas es destaca el missatge que no tota adenopatia acompanyada de símptomes B és forçosament un limfoma, caldrà fer un diagnòstic diferencial amb patologia infecciosa i inflamatòria.
La **biòpsia excisional** és la prova diagnòstica de moltes de les patologies amb les que hem realitzat el diagnòstic diferencial i cal destacar la seva superioritat en comparació a la punció d'agulla fina.
Encara que es tracta d'una patologia poc freqüent, el fet de tenir coneixement d'aquesta malaltia ajuda a evitar errors diagnòstics i tractaments inapropiats.

Bibliografia

1- Bosch X, Guilabert A. Kikuchi-Fujimoto disease. *Orphanet J Rare Dis*. 2006;1:18. Published 2006 May 23. doi:10.1186/1750-1172-1-18.
2- Chaitanya BN, Sindura C. Kikuchi's disease. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2010 Jan;14(1):6-9. doi: 10.4103/0973-029X.64300.

Hospital del Mar
Parc de Salut MAR Barcelona