

## ACHADOS TOMOGRÁFICOS DA DOENÇA DE KIKUCHI FUJIMOTO

### Gastrointestinal e Cabeça e Pescoço

#### DADOS DO CASO

**Autores:** Natalia Ceccaroni Orthmann – Hospital Bandeirantes S.A.;

Abdallah de Paula Houat, Mestrado pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina - Hospital Bandeirantes S.A.;

Bruno Jucá Ribeiro, Mestrado pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina Hospital Bandeirantes S.A. ;

Pedro Sergio Brito Panizza, Radiologia Abdominal pela Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio Libanês - Hospital Bandeirantes S.A.;

**Autora correspondente:** Natalia Ceccaroni Orthmann – Hospital Bandeirantes S.A.;

**Palavras-Chave:** Linfadenite Histiocítica Necrosante e Linfadenite;

**URL:** <https://brad.org.br/article/4247/pt-BR/achados-tomograficos-da-doenca-de-kikuchi-fujimoto>

**DOI:** 10.5935/2965-1980.2022v1n3a9;

#### RESUMO

Doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF) é uma doença rara e usualmente de curso autolimitado. Sua etiopatogenia não é muito conhecida e é tradicionalmente encontrada em mulheres com menos de 40 anos, mas pode se manifestar em ambos os sexos e qualquer faixa etária. Comumente observa-se um quadro clínico de febre e linfadenopatia cervical. Os achados radiológicos mais frequentes são linfonodomegalias cervicais, sendo o acometimento linfonodal abdominal incomum.

#### HISTÓRICO CLÍNICO

Sexo masculino, 28 anos, com história de febre diária, frequentemente noturna, cefaleia, tosse e perda de peso há 4 semanas. Antecedente pessoal de psoríase e hepatite C. Ao exame físico: regular estado geral, emagrecido, linfonodomegalia na região cervical posterior e anterior.

#### ACHADOS RADIOLÓGICOS

Na tomografia computadorizada (TC) de pescoço e abdome foram observados linfonodos aumentados em número e alguns em tamanho em várias cadeias cervicais bilaterais e abdominais, em especial no ligamento hepatogástrico, hilo hepático e retroperitônio (Figura 1, 3 e 4). Destacavam-se

algumas linfonodomegalias com perda do hilo gorduroso e áreas centrais de necrose / liquefação localizadas nas cadeias cervicais (Figura 2).

#### DISCUSSÃO

Diante de exames laboratoriais negativos para sorologias infecciosas e pesquisa de BAAR em paciente com linfonodomegalias, prosseguiu-se a investigação com exérese de linfonodos cervicais à direita. O resultado anatomopatológico confirmou a doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF), também conhecida como linfadenite histiocítica necrosante. A DKF é uma entidade rara, descrita a primeira vez em 1972 no Japão. A etiopatogenia é incerta, admitindo mais provavelmente a possibilidade etiológicas não neoplásicas autoimune ou viral, inclusive relacionada ao vírus Epstein-Barr [1, 2, 3, 4]. Sua incidência é estimada entre 0,5% a 5% de todas as adenopatias analisadas histologicamente. Esta doença manifesta-se em ambos os sexos e em qualquer faixa etária, entretanto ocorre principalmente em mulheres com menos de 40 anos, com maior prevalência nos países asiáticos [1, 2, 5]. O quadro clínico pode ser agudo ou subagudo, por período de 2 a 3 semanas, cursando com linfadenopatia cervical dolorosa (70 - 100%), unilateral, em especial na cadeia cervical posterior, podendo ou não ter febre (30-50%).

A incidência de acometimento extranodal (pele, medula óssea e fígado) e envolvimento de cadeias linfonodais mediastinais e abdominais é variável (1 - 22%). Geralmente não há alterações laboratoriais. A resolução do quadro clínico geralmente é de 1 a 4 meses, porém as adenopatias podem permanecer até 12 meses. Após esse período, há relatos de recorrência em até 4% dos casos [2, 5]. Os achados radiológicos mais frequentes são linfonodomegalias cervicais com realce homogêneo (83%) e com densificação perilinfonodal (80%) [1-6]. A necrose central é relatada em até 16% dos casos. Por ser uma doença rara e ter achados de imagem semelhantes a outras doenças comuns, o seu diagnóstico presuntivo é difícil, tendo a avaliação anatomopatológica uma grande importância.

### LISTA DE DIFERENCIAIS

- Tuberculose Linfonodal;
- Metástase;
- Linfoma.

### DIAGNÓSTICO

- Doença de Kikuchi – Fujimoto;
- Linfadenite Histiocítica Necrosante.

### APRENDIZADO

Há um amplo espectro de diagnósticos diferenciais nas linfonodomegalias sendo fundamental a correlação entre os achados clínicos, laboratoriais, radiológicos e patológicos para o diagnóstico.

### REFERÊNCIAS

1. Xavier RG, Silva DR, Keiserman MW, Lopes MFT. Doença de Kikuchi-Fujimoto. J Bras de Pneumol. 2008; 34(12):1074-1078.
2. Lee S, Yoo JH, Lee SW. Kikuchi Disease: Differentiation from Tuberculous Lymphadenitis Based on Patterns of Nodal Necrosis on CT. Am J Neuroradiol. 2012; 33(135):135-140.
3. Bosch X, Guilabert A, Miquel R, Campos E. Enigmatic Kikuchi-Fujimoto Disease A Comprehensive Review. Am J Clin Pathol. 2004; 122(1):141-152.
4. Dumas G, Prendki V, Haroche J, et al. Kikuchi-Fujimoto Disease: Retrospective study of 91 cases and Review of the literature. Medicine Journal. 2014; 93(24):372 - 382.
5. Penêda JA, Alves S, Gama R, Ferreira J, Lima NB, Condé A. Doença de Kikuchi-Fujimoto: Diagnóstico diferencial de tumefação cervical. Revista portuguesa de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial. 2018; 56(4):173-177.
6. Kwon SY, Kim TK, Kim YS, Lee KY, Lee NJ, Seol HY. CT Findings in Kikuchi disease: analysis of 96 cases. Am J Neuroradiol 2004; 25(6):1099 - 1102.

IMAGENS

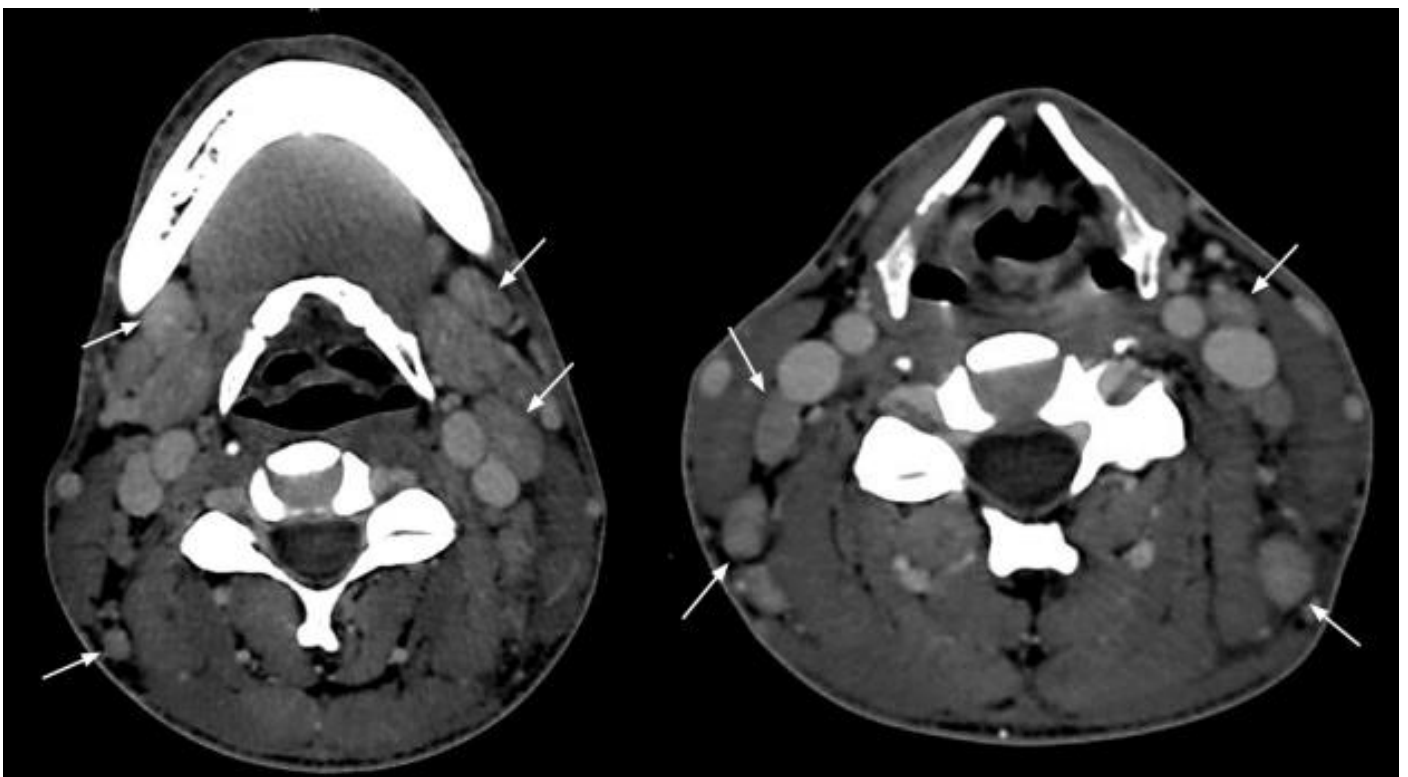


Figura 1: Tomografia computadorizada de pescoço com contraste endovenoso, em corte axial, observam-se linfonodos aumentados em número e alguns em tamanho (seta), com realce homogêneo, nas cadeias cervicais II e III.

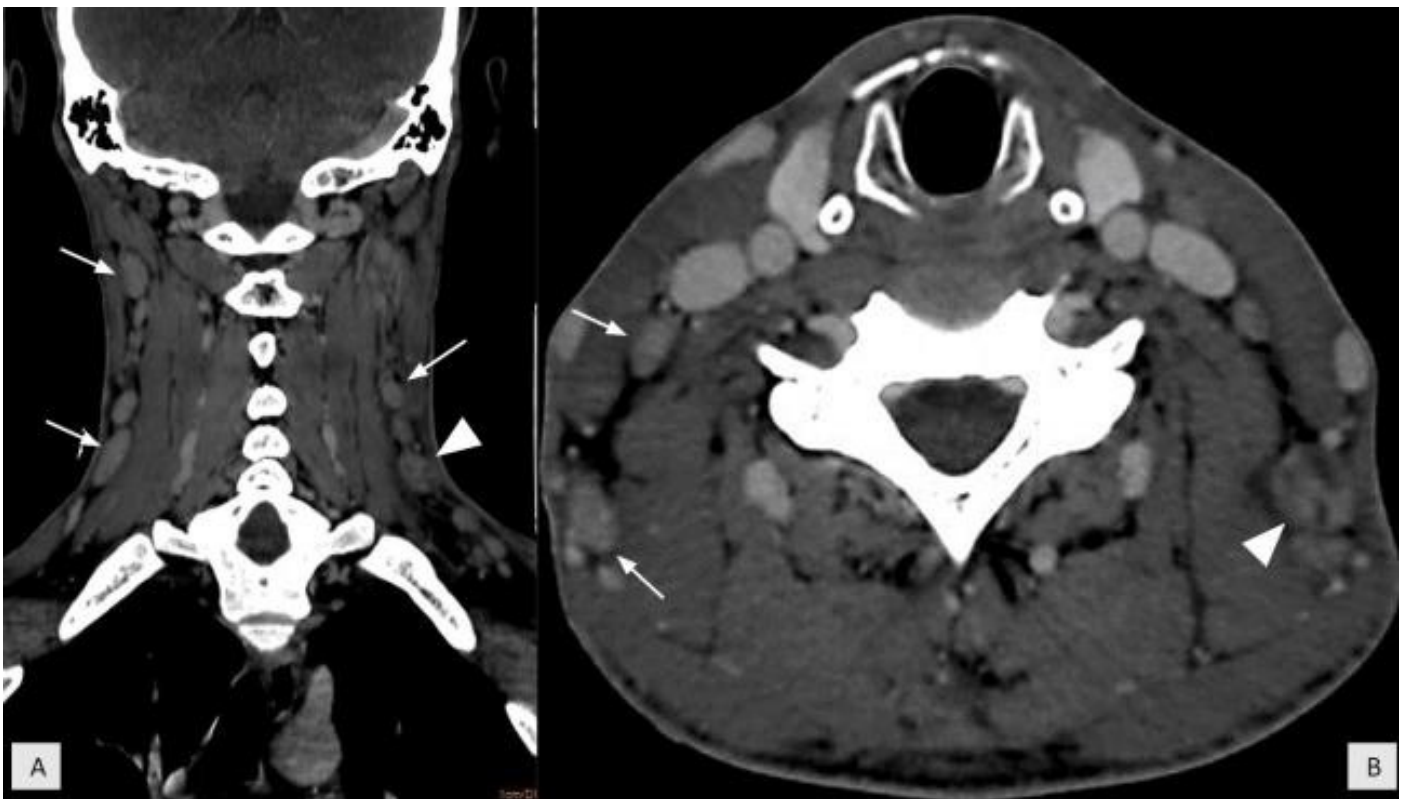


Figura 2: Tomografia computadorizada de pescoço com contraste endovenoso, em corte coronal (A) e axial (B), observam-se linfonodos aumentados em número e alguns em tamanho (seta), com realce homogêneo nas cadeias cervicais II e III, destacando-se linfonodo com realce heterogêneo e componente liquefeito (cabeça de seta) localizado na cadeia cervical VB.



Figura 3: Tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso, fase portal, em corte axial, observam-se linfonodos aumentados em número e tamanho (seta), com realce homogêneo, no hilo hepático e cadeia peripancreática.



Figura 4: Tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso, fase portal, em corte coronal oblíqua, observam-se linfonodos com realce homogêneo distribuídos em múltiplas cadeias do abdome superior e retroperitônio (seta).