

Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto asociada con lupus eritematoso sistémico en una paciente adolescente: reporte de caso y retos diagnósticos

Kikuchi-Fujimoto disease associated with systemic lupus erythematosus in an adolescent patient: case report and diagnostic challenges

Alan Orlando Morales Reyes,¹  Karla Mitchell Rodríguez García,¹  Anette Michelle Ávila Silva,¹  Christian Jair Ramos Gómez,¹  Estefanía Medina Aguilar¹

¹Servicio de Pediatría, Hospital General "B", Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Tampico, Tamaulipas, México

Recepción: 22/01/2026

Aceptación: 01/02/2026

Publicación: 30/06/2026

*Correspondencia: Alan Orlando Morales Reyes. alan_orlando10@hotmail.com

Resumen

ANTECEDENTES: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una alteración que puede simular un linfoma y manifestarse con traslape clínico e histopatológico con lupus eritematoso sistémico en pacientes adolescentes.

REPORTE DE CASO: Paciente femenina de 15 años, que inició con infecciones recurrentes de vías respiratorias superiores. De manera concomitante, manifestó artralgias matutinas en las articulaciones metacarpofalángicas bilaterales y exantema malar fotosensible. Posteriormente, se agregó fiebre intermitente persistente, anorexia, limitación articular y linfadenopatía cervical e inguinal, asociadas con anemia normocítica normocrómica. La biometría hemática evidenció leucopenia y anemia progresiva. La biopsia de médula ósea mostró celularidad aumentada con hipoplasia eritroide y cambios megaloblásticos reactivos. El estudio de inmunohistoquímica concluyó hiperplasia linfocítica policlonal reactiva. Durante su hospitalización aparecieron úlceras orales, ictericia, exantema cutáneo y elevación de transaminasas y bilirrubina directa. Evolucionó con derrame pleural bilateral, insuficiencia respiratoria aguda y requerimiento de ventilación mecánica. Se documentaron anticuerpos antinucleares positivos: 1:640 (patrón AC-20), por lo que se estableció el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. Se inició tratamiento con corticosteroides a dosis altas, inmunoglobulina intravenosa y ciclofosfamida por neumonitis lúpica refractaria, con mejoría clínica inicial. Fue enviada a un hospital de tercer nivel; no obstante, reportó deterioro multisistémico progresivo y falleció pese al tratamiento instaurado.

CONCLUSIONES: El reconocimiento temprano del traslape de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto-lupus eritematoso sistémico es fundamental para evitar retrasos terapéuticos y orientar oportunamente la prescripción de inmunosupresión en casos graves. La vigilancia clínica prolongada y el seguimiento estrecho son decisivos para la detección oportuna de las complicaciones y optimizar el pronóstico de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto; Lupus eritematoso sistémico; Linfoma; Infecciones de las vías respiratorias superiores; Biopsia de médula ósea; Corticosteroides; Linfadenopatía.

Abstract

BACKGROUND: Kikuchi-Fujimoto disease is a disorder that can mimic lymphoma and present with clinical and histopathological overlap with systemic lupus erythematosus in adolescent patients.

CASE REPORT: A 15-year-old female patient presented with recurrent upper respiratory tract infections. Concomitantly, she developed morning arthralgia in the bilateral metacarpophalangeal joints and a photosensitive malar rash. Subsequently, she developed persistent intermittent fever, anorexia, joint limitation, and cervical and inguinal lymphadenopathy, associated with normocytic normochromic anemia. Complete blood count revealed leukopenia and progressive anemia. Bone marrow biopsy showed increased cellularity with erythroid hypoplasia and reactive megaloblastic changes. Immunohistochemical staining revealed reactive polyclonal lymphoid hyperplasia. During her hospitalization, oral ulcers, jaundice, a skin rash, and elevated transaminases and direct bilirubin were detected. She developed bilateral pleural effusion, acute respiratory failure, and required mechanical ventilation. Positive antinuclear antibodies were documented: 1:640 (AC-20 pattern), leading to a diagnosis of systemic lupus erythematosus. Treatment was initiated with high-dose corticosteroids, intravenous immunoglobulin, and cyclophosphamide for refractory lupus pneumonitis, with initial clinical improvement. She was transferred to a tertiary care hospital; however, she experienced progressive multisystem deterioration and died despite the treatment.

CONCLUSIONS: Early recognition of the overlap between Kikuchi-Fujimoto disease and systemic lupus erythematosus is essential to avoid treatment delays and guide the timely prescription of immunosuppression in severe cases. Prolonged clinical surveillance and close follow-up are crucial for the timely detection of complications and to optimize patient prognosis.

KEYWORDS: Kikuchi-Fujimoto disease; Systemic lupus erythematosus; Lymphoma; Upper respiratory tract infections; Bone marrow biopsy; Corticosteroids; Lymphadenopathy.

ANTECEDENTES

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, también denominada linfadenitis histiocítica necrosante, es una alteración poco frecuente, descrita principalmente en adolescentes y adultos jóvenes. Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por linfadenopatía, fiebre y síntomas constitucionales, y suele confundirse con procesos infecciosos, linfoma u otras enfermedades autoinmunes debido a su manifestación clínica inespecífica.¹⁻³

Un aspecto particularmente relevante es su asociación con lupus eritematoso sistémico. La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto puede preceder, coexistir o desarrollarse durante el curso del lupus eritematoso sistémico, y existe un importante traslape clínico e histopatológico con linfadenitis lúpica, lo que representa un desafío diagnóstico significativo.^{1,19} Ambas alteraciones pueden compartir necrosis paracortical, ausencia de neutrófilos y abundancia de histiocitos y células dendríticas plasmacitoides; sin embargo, la presencia de cuerpos de hematoxilina y el fenómeno de Azzopardi favorecen el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico.⁴

La correcta interpretación de la biopsia ganglionar, junto con la correlación clínica e inmunológica, es decisiva para diferenciar entre enfermedad de Kikuchi-Fujimoto aislada, linfadenitis asociada con lupus eritematoso y neoplasias hematológicas, pues las implicaciones terapéuticas difieren sustancialmente. A continuación se expone el caso de una adolescente con fiebre, linfadenopatía y deterioro multisistémico, inicialmente interpretado como linfoma, en quien la biopsia excisional confirmó la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto y posteriormente se documentó lupus

eritematoso sistémico, destacando los retos diagnósticos y terapéuticos del traslape de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto a lupus eritematoso sistémico.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 15 años, previamente sana, con esquema de vacunación completo y peso y talla adecuados para la edad, que inició en marzo de 2025 con infecciones recurrentes de vías respiratorias superiores tratadas de forma ambulatoria. De manera concomitante manifestó artralgias matutinas en articulaciones metacarpofalángicas bilaterales, tratadas inicialmente con antiinflamatorios no esteroideos, así como exantema malar fotosensible. En abril manifestó fiebre intermitente persistente, anorexia, limitación articular y linfadenopatía cervical e inguinal, asociadas con anemia normocítica normocrómica. En junio de 2025 fue valorada por personal del servicio de Reumatología, quienes prescribieron tratamiento con metotrexato, prednisolona e hidroxicloroquina por sospecha de enfermedad autoinmune.

A la postre, en el contexto de hospitalización por neumonía y anemia grave, los estudios de imagen mostraron infiltrados pulmonares bilaterales en vidrio despulido con áreas de consolidación, además de linfadenomegalia axilar e inguinal. La biometría hemática evidenció leucopenia y anemia progresiva. La biopsia de médula ósea mostró celularidad aumentada con hipoplasia eritroide y cambios megaloblásticos reactivos. La biopsia ganglionar percutánea inicial sugirió linfoma no Hodgkin; sin embargo, el estudio de inmunohistoquímica concluyó hiperplasia linfocítica policlonal reactiva. En julio, el examen general de orina reportó proteinuria y sedimento urinario activo (**Cuadro 1**).

Cuadro 1. Línea de tiempo clínica que resume la evolución, estudios diagnósticos y tratamiento.

Fecha - periodo	Evento clínico relevante
Marzo 2025	Inicio de infecciones respiratorias recurrentes, artralgias matutinas en articulaciones metacarpofalángicas y exantema malar fotosensible.
Abril 2025	Fiebre persistente, anorexia, limitación articular y linfadenopatía cervical e inguinal. Anemia inicial documentada.
Junio 2025	Valoración por personal del servicio de Reumatología. Inicio de tratamiento con metotrexato, prednisolona e hidroxicloroquina.
Julio 2025 (inicio)	Hospitalización por neumonía y anemia grave. Persistencia de leucopenia. Obtención de biopsia ganglionar percutánea sugerente de linfoma; inmunohistoquímica compatible con hiperplasia reactiva.

...continuación cuadro 1.

Fecha - periodo	Evento clínico relevante
Julio 2025 (finales)	Ingreso a un hospital de segundo nivel. Examen general de orina con reporte de proteinuria y sedimento urinario activo.
Agosto 2025 (inicio)	Biopsia excisional ganglionar cervical posterior: linfadenitis necrosante compatible con enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.
Agosto 2025 (mediados)	Deterioro respiratorio progresivo con derrame pleural bilateral e insuficiencia respiratoria aguda; ANA positivos 1:640 (patrón AC-20) y establecimiento de diagnóstico concomitante con lupus eritematoso sistémico; inicio de tratamiento con corticosteroides a dosis altas, inmunoglobulina intravenosa y ciclofosfamida por neumonitis lúpica refractaria.
Agosto 2025 (finales)	Envío a un hospital de tercer nivel. La paciente reporta deterioro multisistémico progresivo y fallecimiento.

Posteriormente, se obtuvo una biopsia excisional de un ganglio cervical posterior derecho, cuyo estudio histopatológico reveló arquitectura conservada con focos de necrosis y detritos celulares, sin presencia de células de Reed-Sternberg ni atipia maligna, compatible con linfadenitis necrosante (enfermedad de Kikuchi-Fujimoto). Las microfotografías histológicas fueron evaluadas por un patólogo certificado.

Figuras 1 a 3

Durante la hospitalización, la paciente presentó úlceras orales, ictericia, exantema cutáneo y elevación significativa de transaminasas y bilirrubina directa (**Figura 4**). Evolucionó con derrame pleural bilateral, insuficiencia respiratoria aguda y requerimiento de ventilación mecánica. Se documentaron anticuerpos antinucleares positivos a título

1:640 (patrón AC-20), con lo que cumplió con los criterios inmunológicos y clínicos de lupus eritematoso sistémico. Se inició tratamiento con corticosteroides a dosis altas, inmunoglobulina intravenosa y, posteriormente, ciclofosfamida por neumonitis lúpica refractaria, con mejoría clínica inicial. La paciente fue enviada a un hospital de tercer nivel; no obstante, reportó deterioro multisistémico progresivo y falleció pese al tratamiento instaurado.

DISCUSIÓN

El principal aporte de este caso radica en el traslape clínico, evolutivo e histopatológico entre la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto y lupus eritematoso sistémico. La biopsia ganglionar excisional mostró hallazgos compatibles con

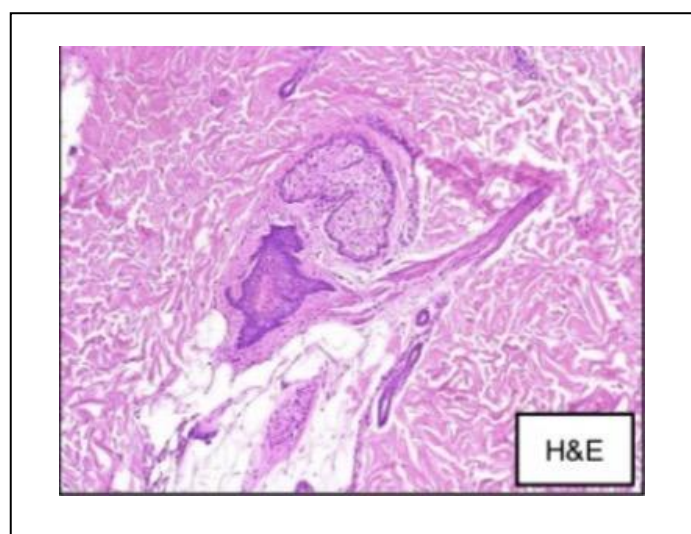


Figura 1. Corte histológico de ganglio linfático, teñido con hematoxilina y eosina (H&E). Se observa preservación parcial de la arquitectura ganglionar, con áreas de necrosis paracortical y abundante detritus celular, sin evidencia de atipia maligna.

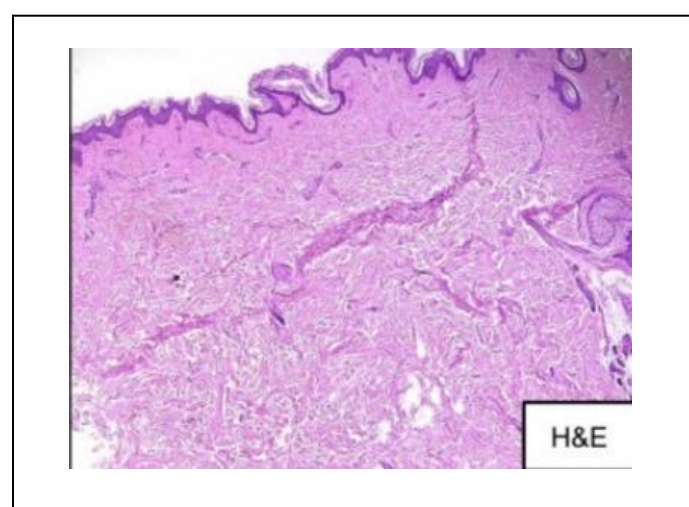


Figura 2. Detalle histopatológico a mayor aumento (H&E) que muestra focos de necrosis con material apoptótico y predominio de histiocitos, con ausencia de neutrófilos y sin células de Reed-Sternberg, hallazgos característicos de linfadenitis necrosante histiocítica.

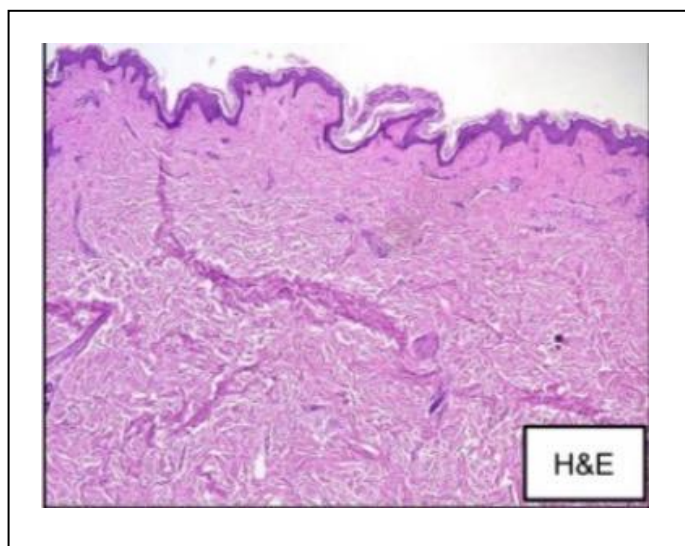


Figura 3. Vista panorámica del ganglio linfático (H&E), que evidencia infiltrado inflamatorio mononuclear y áreas necróticas paracorticales, conservando parcialmente la arquitectura ganglionar. Los hallazgos son compatibles con enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.



Figura 4. Ictericia cutánea que sugiere afectación sistémica durante la evolución de la Kikuchi-Fujimoto asociada con lupus eritematoso sistémico.

linfadenitis necrosante histiocítica, lo que permitió establecer inicialmente el diagnóstico de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto y descartar alguna neoplasia hematológica. Sin embargo, la evolución posterior, con afectación multisistémica, positividad de anticuerpos antinucleares con altos títulos y la progresión clínica, permitieron confirmar el diagnóstico concomitante de lupus eritematoso sistémico. Aunque ambas enfermedades pueden compartir necrosis paracortical, ausencia de neutrófilos y abundante concentración

de histiocitos y células dendríticas plasmacitoides, en la paciente de este estudio no se documentaron cuerpos de hematoxina ni el fenómeno de Azzopardi, hallazgos característicos de linfadenitis lúpica, lo que inicialmente apoyó el diagnóstico de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto sobre linfadenitis asociada con lupus eritematoso sistémico.^{1,4}

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una alteración excepcional, generalmente benigna y de curación espontánea, con distribución mundial y mayor prevalencia en poblaciones asiáticas. Suele afectar a pacientes adolescentes y adultos jóvenes, típicamente con linfadenopatía cervical dolorosa, de inicio agudo, fiebre y síntomas constitucionales.¹⁻³ Su espectro clínico es heterogéneo y con frecuencia se confunde con procesos infecciosos, enfermedades autoinmunes o neoplasias hematológicas, particularmente linfoma, lo que conlleva a retraso en el diagnóstico e intervenciones innecesarias.^{3,4} Desde su descripción inicial en Japón, en 1972, se ha documentado en diversas regiones del mundo, afectando tanto a niños como a adultos, con un claro predominio en mujeres, aunque en la población pediátrica esta diferencia por género puede ser menos marcada.⁵⁻⁸

La asociación entre enfermedad de Kikuchi-Fujimoto y lupus eritematoso sistémico ha sido ampliamente descrita y representa uno de los principales retos diagnósticos de la enfermedad. El lupus puede preceder, coexistir o desarrollarse posteriormente a la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, y algunos autores consideran que ciertos casos representan manifestaciones de linfadenitis lúpica más que enfermedad de Kikuchi-Fujimoto aislada.^{1,4} Esta distinción es clínicamente relevante, porque mientras la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto aislada suele curarse de forma espontánea y responder al tratamiento de soporte o antiinflamatorios, la coexistencia con lupus eritematoso sistémico implica un mayor riesgo de afectación orgánica severa y la necesidad de inmunosupresión sistémica intensiva.⁴ En nuestro caso, la progresión hacia insuficiencia respiratoria, lesión renal aguda y afectación hepática reflejó una actividad lúpica elevada que condicionó un curso clínico tórpido.

Desde el punto de vista histopatológico, la biopsia ganglionar excisional continúa siendo el método de referencia para establecer el diagnóstico. Los hallazgos característicos de la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto incluyen restos apoptóticos fagocitados por macrófagos en forma de medialuna, pérdida de la arquitectura folicular e infiltrado mixto de linfocitos, histiocitos e inmunoblastos, con ausencia de neutrófilos.^{1,3} Estos hallazgos permiten diferenciarla de linfoma; sin embargo, el traslape con lupus eritematoso sistémico precisa una interpretación cuidadosa y la correlación clínico-serológica. En pacientes con afectación cutánea o de otros órganos, la inmunohistoquímica y el contexto clínico son fundamentales para orientar el diagnóstico.^{1,4} En cuanto a las manifestaciones clínicas, además de linfadenopatía, incluso un tercio de los pacientes con enfermedad de Kikuchi-Fujimoto padecen alteraciones cutáneas:

exantema malar, pápulas o máculas eritematosas, lo que incrementa la confusión con lupus eritematoso sistémico.^{1,10} También se han descrito manifestaciones neurológicas (meningitis aséptica y encefalitis) y complicaciones poco frecuentes pero graves, por ejemplo: síndrome hemofago-cítico, hemorragia pulmonar e insuficiencia orgánica múltiple.^{9,11-14} Estas complicaciones explican los fallecimientos ocasionales descritos en la bibliografía, particularmente en casos asociados con enfermedades autoinmunes.

Recientemente, se han descrito casos de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto asociados con infección por SARS-CoV-2 o vacunación contra COVID-19, lo que apoya la hipótesis de activación inmunológica desencadenada por estímulos virales o vacunales.¹⁵⁻¹⁹

En general, la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto aislada tiene un curso benigno y de curación espontánea (en semanas o meses), y baja tasa de recurrencia. No obstante, cuando se asocia con lupus, el pronóstico depende del grado de actividad lúpica y de la afectación orgánica; incluso los pacientes pueden requerir inmunosupresión agresiva y seguimiento estrecho a largo plazo. Nuestro caso ilustra que el traslape enfermedad de Kikuchi-Fujimoto-lupus eritematoso sistémico puede asociarse con desenlaces graves, lo que refuerza la necesidad de vigilancia clínica prolongada, atención multidisciplinaria y alto índice de sospecha en pacientes con fiebre persistente, linfadenopatía y deterioro multisistémico.

Las limitaciones de este estudio son inherentes a su naturaleza de caso clínico, incluyendo su carácter retrospectivo y la dependencia del expediente clínico electrónico, así como la imposibilidad de realizar estudios genéticos (HLA o exoma), que podrían haber aportado información adicional. Sin embargo, muestra evidencia clínica relevante al resaltar las implicaciones diagnósticas y terapéuticas del traslape entre enfermedad de Kikuchi-Fujimoto-lupus eritematoso sistémico en la población pediátrica, particularmente en hospitales públicos con recursos limitados.

CONCLUSIONES

El diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad de Kikuchi-Fujimoto requiere un enfoque integral y estrecha colaboración multidisciplinaria. Aunque se considera una enfermedad benigna y de curación espontánea, la evolución puede complicarse y poner en riesgo la vida cuando se asocia con enfermedades autoinmunes, como lupus eritematoso sistémico. En el caso aquí expuesto, el traslape entre enfermedad de Kikuchi-Fujimoto-lupus eritematoso sistémico se acompañó de una evolución clínica tórpida, con afectación multisistémica y fallecimiento, lo que subraya la importancia de reconocer oportunamente esta asociación.

Este reporte enfatiza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha en pacientes con fiebre persistente, linfadenopatía y deterioro orgánico progresivo, así como de realizar una evaluación histopatológica y serológica exhaustiva para el adecuado diagnóstico diferencial. El reconocimiento temprano del traslape de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto-lupus eritematoso sistémico es fundamental

para evitar retrasos terapéuticos y orientar oportunamente la prescripción de inmunosupresión en casos graves. La vigilancia clínica prolongada y el seguimiento estrecho son decisivos para la detección oportuna de complicaciones y optimizar el pronóstico de los pacientes.

DECLARACIONES

Contribuciones de los autores

Alan Orlando Morales Reyes: Curación de datos; análisis formal; redacción del borrador original; revisión y edición. *Karla Mitchell Rodríguez García:* Curación de datos; análisis formal; revisión y edición. *Anette Michelle Ávila Silva:* Vi-sualización; revisión y edición. *Christian Jair Ramos Gómez:* Software; curación de datos; revisión y edición.

Conflictos de interés

Ninguno de los autores declara tener conflictos de interés financieros, personales, académicos o institucionales.

Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado por escrito del familiar responsable de la paciente para la publicación de este caso clínico y de las imágenes asociadas.

Confidencialidad de los datos

Se protegió la identidad de la paciente mediante la anonimización de los datos clínicos. No se incluyen datos personales que permitan su identificación.

Aprobación ética

El presente reporte de caso fue revisado y aprobado por la autoridad institucional correspondiente del Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de acuerdo con la normativa ética vigente.

Referencias clave

- Mahajan VK, Sharma V, Sharma N, et al. Kikuchi-Fujimoto disease: a comprehensive review. *World J Clin Cases.* 2023;11(16):3664-3679. doi: 10.12998/wjcc.v11.i16.3664
- He T, Shen Z, Ling J, et al. Elevated serum IFN- γ and IFN- γ /IL-6 ratio in Kikuchi-Fujimoto disease. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2023;21(1):1-8. doi:10.1186/s12969-023-00805-5
- Deb A, Fernandez V, Kilinc E, et al. Kikuchi-Fujimoto disease: a case series and review of the literature. *Diseases.* 2024;12(11):1-10. doi:10.3390/diseases12110290
- Santana A, Lessa B, Galvão L, et al. Kikuchi-Fujimoto disease associated with systemic lupus erythematosus: case report and review of the literature. *Clin Rheumatol.* 2005;24(1):60-63. doi:10.1007/s10067-004-0983-9

Permisos

Algunas figuras y cuadros son originales, el resto, adaptados de la bibliografía utilizada en el artículo.

REFERENCIAS

- Mahajan VK, Sharma V, Sharma N, et al. Kikuchi-Fujimoto disease: a comprehensive review. *World J Clin Cases*. 2023; 11 (16): 3664-3679. doi: 10.12998/wjcc.v11.i16.3664
- He T, Shen Z, Ling J, et al. Elevated serum IFN- γ and IFN- γ /IL-6 ratio in Kikuchi-Fujimoto disease. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2023; 21 (1): 1-8. doi: 10.1186/s12969-023-00805-5
- Deb A, Fernandez V, Kilinc E, et al. Kikuchi-Fujimoto disease: a case series and review of the literature. *Diseases*. 2024; 12 (11): 1-10. doi: 10.3390/diseases12110290
- Rodríguez-Ferreras A, Maray I, Coya-Fernández C, et al. Kikuchi-Fujimoto disease and COVID-19 vaccination: a pharmacovigilance approach. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. 2023; 55 (6): 278-282. doi: 10.23822/EurAnnACI.1764-1489.260
- Ahmed Z, Quadir H, Hakobyan K, et al. Kikuchi-Fujimoto disease: a rare cause of cervical lymphadenopathy. *Cureus*. 2021; 13 (8): e17021. doi:10.7759/cureus.17021
- Mohamad M, Khan AA, Alanazi A, et al. Kikuchi-Fujimoto disease: review of 11 cases diagnosed over 10 years at a tertiary care hospital in Doha, Qatar. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2020; 7 (6): 001598. doi: 10.12890/2020_001598
- Ruano-Aguilar JM, Cordero-Bello R, Guerrero-Hernández M, et al. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. *Acta Med Grupo Angeles*. 2024; 22 (3): 242-243.
- Wang Y, Chen C, Xie J, et al. Kikuchi-Fujimoto disease and membranous nephropathy. *Int Urol Nephrol*. 2023; 55 (11): 3001-3002. doi: 10.1007/s11255-023-03540-7
- Iwamoto N, Funahashi M, Shinohara K, et al. Two cases of Kikuchi disease presenting with aseptic meningitis and encephalitis. *Intern Med*. 2022; 61 (17): 2687-2689. doi: 10.2169/internalmedicine.8935-21
- Fujita Y, Kurasawa K, Kuwashima S, et al. Polyarthritis associated with Kikuchi-Fujimoto disease in a child. *Indian J Pediatr*. 2023; 90 (2): 199. doi: 10.1007/s12098-022-04359-7
- Liu B, Sun Y, Hu B, et al. Kikuchi-Fujimoto disease concurrent with aseptic meningitis or encephalitis in children: a case-control study. *BMC Pediatr*. 2025; 25 (1): 1-9. doi: 10.1186/s12887-025-04677-1
- Shen Z, Ling J, Zhu X, et al. Macrophage activation syndrome in children with Kikuchi-Fujimoto disease. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2023; 21 (1): 1-8. doi: 10.1186/s12969-023-00783-8
- Huang Y, Wang X, Wang L, et al. Kikuchi-Fujimoto disease associated with the central nervous system in children. *Pediatr Discov*. 2023; 1 (2): e23. doi: 10.1002/pdi2.23
- Liu C, Jin Y, Huang H, et al. Kikuchi-Fujimoto disease as the initial manifestation of systemic lupus erythematosus complicated with macrophage activation syndrome: two case reports and review of the literature. *BMC Pediatr*. 2022; 22 (1): 1-8. doi:10.1186/s12887-022-03464-7
- Racette SD, Alexiev BA, Angarone MP, et al. Kikuchi-Fujimoto disease presenting in a patient with SARS-CoV-2 infection: a case report. *BMC Infect Dis*. 2021; 21 (1): 1-6. doi: 10.1186/s12879-021-06550-1
- Yamada R, Komohara Y, Yoshii H, et al. Kikuchi-Fujimoto disease following COVID-19 in a 32-year-old woman. *J Clin Exp Hematop*. 2023; 63 (3): 209-211. doi: 10.3960/jslrt.23009
- Lencastre-Monteiro R, Cabaço S, Soares L, et al. Kikuchi-Fujimoto disease: a case of SARS-CoV-2 infection triggering the rare disease. *Cureus*. 2023; 15 (3): e35858. doi: 10.7759/cureus.35858
- Kumar A, Aggarwal V, Sharma S, et al. Kikuchi-Fujimoto disease and post-SARS-CoV-2 association. *Indian J Pediatr*. 2023; 90 (2): 208. doi: 10.1007/s12098-022-04365-9
- Santana A, Lessa B, Galvão L, et al. Kikuchi-Fujimoto disease associated with systemic lupus erythematosus: case report and review of the literature. *Clin Rheumatol*. 2005; 24 (1): 60-63. doi: 10.1007/s10067-004-0983-9