



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN: REPORTE DE CASO

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

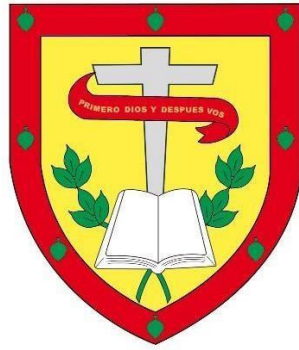
AUTOR: LISBETH KAROLA DURÁN HERAS

DIRECTOR: KAROLA ADRIANA PUENTE MOSQUERA

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN: REPORTE DE CASO

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: LISBETH KAROLA DURÁN HERAS

DIRECTOR: DRA. KAROLA ADRIANA PUENTE MOSQUERA

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Lisbeth Karola Durán Heras portador(a) de la cédula de ciudadanía número **1401145378**.

Declaro ser el autor de la obra: “**Enfermedad de Rosai Dorfman: Reporte de caso**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 02 de septiembre de 2025.



Firmado electrónicamente por:
**LISBETH CAROLA
DURAN HERAS**

F:

Lisbeth Karola Durán Heras

C.I. 1401145378

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Enfermedad de Rosai Dorfman: Reporte de caso**" realizado por **Lisbeth Karola Durán Heras** con documento de identidad No. **1401145378**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 02 de septiembre de 2025.



**Karola Adriana
Puente Mosquera**



F:

Dra. Karola Adriana Puente Mosquera

C.I. 0924019763

DEDICATORIA

A Dios, mis padres: Tarcila Heras, Manuel Durán; mi abuelita Beatriz Ortiz y a mis hermanos: David Durán, René Durán, César Durán y Leidy Orbe.

Personas irremplazables en mi vida, que siempre han sostenido mi mano en los momentos más difíciles de este proceso, que con su inmenso amor han llenado mi corazón y mi vida de bendiciones, que con sus logros y su ejemplo han sido fuente de inspiración para mí desde mis primeros años de estudio, este es el fruto de su trabajo y el mío en conjunto, los amo.

AGRADECIMIENTO

Mis sinceros agradecimientos a mi tutora de tesis Dra. Adriana Puente por brindarme su confianza para el desarrollo de este proyecto, por compartirme su sabiduría y guiarme con determinación y amabilidad; agradezco también de manera especial al paciente, personaje principal de este reporte de caso, por otorgarme la información necesaria para la elaboración del mismo, que sin duda alguna contribuirá al progreso del conocimiento científico, a mis amigas Doménica Coyago y Jennifer Merchán con quienes iniciamos y terminamos este largo recorrido, infinitas gracias.

RESUMEN

La enfermedad de Rosai- Dorfman (ERD) es una entidad poco estudiada por la baja incidencia de casos y su escasa frecuencia de presentación, más aún en nuestro país Ecuador, donde contamos con un estudio reportado, por lo mismo exponer una investigación detallada que englobe los datos más relevantes sobre el proceso que atravesó el paciente desde el inicio de la sintomatología, su diagnóstico, tratamiento, pronóstico, hasta su evolución actual, serán un gran aporte a la comunidad científica, puesto que proporcionarán las directrices para el manejo de pacientes que presenten la misma condición. En ese orden de ideas, describimos el caso de un paciente de sexo masculino de 23 años de edad, con ERD de presentación clásica, que hace aproximadamente 5 años notó la presencia de una masa situada en la parte cérvico lateral izquierda, misma que evolucionó evidenciando sintomatología relevante como el aumento de tamaño (adenomegalia), dolor, eritema e inflamación, por lo que el paciente decide acudir a consulta particular donde se le realizaron exámenes básicos y serológicos, mismos que resultaron todos dentro de su rango normal, posteriormente se decide llevar a cabo una linfadenectomía, puesto que la adenopatía cumplía con los criterios para realizar una biopsia excisional con el objetivo de descartar malignidad celular; el diagnóstico definitivo en base al análisis de los resultados de laboratorio fue la presencia de ERD. Al finalizar la lectura de este reporte podrá comprender una de las diferentes formas clínicas de la enfermedad, la secuencia de decisiones que se tomaron en concordancia al progreso del caso y una breve comparación de la literatura con lo realizado en esta investigación.

Palabras clave: histiocitosis, linfadenopatía, linfadenectomía.

ABSTRACT

Rosai-Dorfman disease (RDD) is a pathology that has not been extensively studied due to the low incidence of cases and its infrequent presentation, particularly in our country, Ecuador, where only one case has been reported. Therefore, presenting a detailed investigation encompassing the most relevant data on the process the patient underwent—from the onset of symptoms, diagnosis, treatment, prognosis, to their current status—represents a valuable contribution to the scientific community, as it will provide guidelines for the management of patients presenting with the same condition. In that vein, the case of a 23 year old male patient with a classic presentation of RDD is presented. The patient noticed the presence of a mass located in the left cervico-lateral area approximately 5 years ago, which evolved, showing relevant symptoms such as increased size (adenomegaly), pain, erythema, and inflammation. This prompted him to seek private medical consultation where basic and serological examinations were performed, all of which were within their normal range. Subsequently, a lymphadenectomy was decided upon, since the adenopathy met the criteria for performing an excisional biopsy in order to rule out cellular malignancy; the definitive diagnosis based on the analysis of the laboratory results was the presence of RDD. This report allows for a better understanding of one of the different clinical forms of the disease, the sequence of decisions that were made in accordance with the progress of the case, and a brief comparison between the existing literature and the findings of this investigation.

Keywords: histiocytosis, lymphadenopathy, lymphadenectomy.

INDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	10
REPORTE DEL CASO.	11
Información del paciente	11
Hallazgos clínicos.	13
Línea de tiempo.	13
Evaluación diagnóstica	14
Intervención terapéutica.	16
Seguimiento y resultados	17
DISCUSIÓN	18
PERSPECTIVA DEL PACIENTE	22
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	24
GLOSARIO	26
ANEXOS	27
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN	36

INTRODUCCIÓN

Las histiocitosis se dividen en dos grandes grupos: histiocitosis de células de Langerhans y células no Langerhans (macrófagos y células dendríticas) (1), la enfermedad de Rosai Dorfman (ERD) forma parte de este último. La ERD es una patología linfoproliferativa idiopática benigna (2), que se caracteriza por una excesiva producción de histiocitos que se acumulan principalmente en los sinusoides de los ganglios linfáticos, aunque también pueden ubicarse en sitios extraganglionares como piel, cavidades nasales, senos paranasales, región orbitaria, tracto respiratorio superior, hueso y SNC (3), cabe recalcar que esta ERD “extranodal” ha sido descrita como la variante de peor pronóstico (4). La característica clínica más relevante es la aparición de múltiples linfadenopatías, localizadas la mayoría de los casos en la región cervical con disposición bilateral, aunque se han registrado casos en los que la ERD ha debutado con dolor ganglionar, alza térmica y disminución de peso (5).

El diagnóstico de ERD está basado en la obtención y resultados de la biopsia (6) y de la evaluación histopatológica e inmunohistoquímica (7). En la histología se observan histiocitos de gran tamaño que presentan núcleos vesiculares redondos, nucleolos y un citoplasma hipocrómico donde se puede visualizar el fenómeno de emperipolesis de linfocitos (8), el cual no es exclusivo de la ERD, pero si es un hallazgo distintivo; además, se presentan cuerpos de Russell (acúmulos de Ig), e histiocitos espumosos (por fagocitosis de lípidos) (9). Por otro lado, en la inmunohistoquímica, los histiocitos son positivos para S-100, CD68 y negativos para CD1a (10). Los estudios de imágenes son importantes para establecer la extensión de la enfermedad, para la estratificación y para evaluar el compromiso de aparatos y sistemas (11), puesto que es más probable la muerte secundaria a la infiltración de los principales órganos (12). La importancia de este tema radica en presentar a la comunidad científica un nuevo caso sobre una patología inusual a nivel mundial, con el propósito de proporcionar mayor información sobre su diagnóstico y manejo.

REPORTE DEL CASO.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

- **Datos de filiación.**

Paciente masculino de 23 años de edad, con instrucción educativa de cuarto nivel, piloto comercial y administrativo de ocupación, que procede y reside en la ciudad de Cuenca.

- **Antecedentes patológicos personales y familiares.**

No refiere ingesta actual de algún tipo de medicamento o presencia de alergias; es importante mencionar que en el año 2022 fue intervenido quirúrgicamente por ambliopía en el ojo izquierdo.

En relación a los antecedentes familiares: madre con HTA, tía paterna con cáncer de mama, tía paterna con cáncer retroesternal no especificado, abuela materna con HTA/ diabetes mellitus y abuelo materno con diabetes mellitus.

En cuanto a los antecedentes patológicos iniciales de la ERD, debemos comenzar en el año 2018 en el cual el paciente notó la presencia de una protuberancia circular, pequeña (3- 4 mm), de bordes regulares a nivel de la región cervical izquierda que no provocaba molestia alguna; sin embargo, acude al endocrinólogo, quien decide mantener una conducta expectante a razón de la ausencia de signos clínicos asociados y en base a los resultados de los exámenes de rutina, mismos que se encontraban dentro del rango normal. Entre el año 2019 y 2021 es destacable la intermitencia de la prominencia mencionada con anterioridad, es decir la aparición y desaparición del ganglio comprometido.

Posteriormente, a inicios de Julio del 2023 el paciente observa que la cantidad de ganglios inflamados aumentó a cuatro, uno de ellos más sobreelevado a comparación de los demás, en el área de endocrinología se solicita realizar un hemograma completo, química sanguínea,

enzimas hepáticas, hormonas tiroideas y serología infecciosa con respecto a los exámenes de laboratorio; en relación a estudios de imagen se lleva a cabo una ecografía de cuello bajo el diagnóstico de linfadenopatías con periodos de exacerbación y remisión. Es preciso señalar que, ante la normalidad de los resultados (excepto ligera monocitosis y basofilia), se deriva a interconsulta con hematología, todo esto el 19, 20 y 21 del mismo mes.

El 21 de Julio, la hematóloga solicita un hemograma base y una ecografía abdomino pélvica para la evaluación prioritaria del bazo debido a la sospecha de patologías diversas que pueden cursar con esplenomegalia.

▪ **Síntomas que presentaba el paciente.**

El 02 de Agosto inicia la sintomatología, es relevante tener presente la permanencia de los 4 ganglios afectados, no obstante uno de ellos destacaba por ser de mayor tamaño, móvil, con bordes regulares, superficie lisa, consistencia dura, que producía dolor de tipo pulsátil y urente con una intensidad 7/10 en la escala de EVA, no irradiado hacia los otros ganglios, de aparición espontánea y continua, sin actividades agravantes o atenuantes del mismo, cabe destacar que a la inspección y palpación era muy evidente la inflamación y el volumen del ganglio por lo que se cuestiona la existencia de células malignas, sin embargo, no se encuentran más hallazgos anormales en la evaluación a aparatos y sistemas y tampoco hay presencia de síntomas B. Enseguida la médico tratante revisa los resultados de los exámenes enviados el 21 de Julio, pero no encuentra alteraciones a excepción de una leve neutrofilia.

El 03 de agosto como parte del diagnóstico y tratamiento se realiza una linfadenectomía cervical, el tejido ganglionar extraído es analizado por anatomía patológica, los resultados de la biopsia concluyen que el padecimiento es la enfermedad de Rosai-Dorfman.

El 08 de agosto se realizan pruebas de marcadores tumorales en la muestra de tejido con el propósito de descartar la presencia de la enfermedad de Castleman o de un linfoma, como principales patologías a analizar dentro del diagnóstico diferencial.

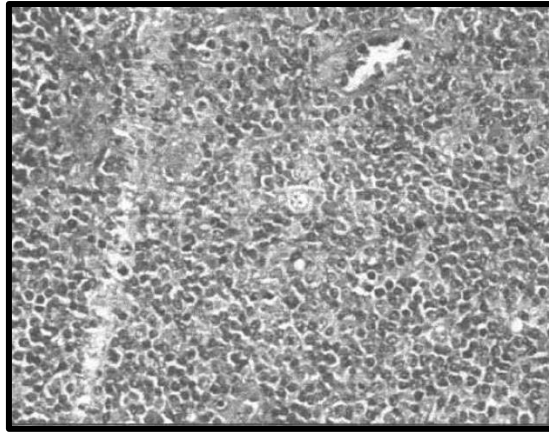


Figura 1. Fenómeno de emperipolesis.

Fuente: Historia clínica del paciente.

Hallazgos clínicos.

Cuello: adenomegalia cervical izquierda II, III, y V, una con aumento de tamaño $>$ a 2cm, de consistencia dura, con bordes regulares, eritematosa, dolorosa a la palpación.

Apariencia general buena, signos vitales normales, tórax, sistema respiratorio, cardiovascular, digestivo, extremidades y ENE sin alteraciones.

Línea de tiempo.

Con la finalidad de estructurar de manera ordenada y metodológica el desarrollo del presente reporte de caso clínico, se diseñó una línea de tiempo que detalla las etapas clave del proceso investigativo, misma que se presenta a continuación.

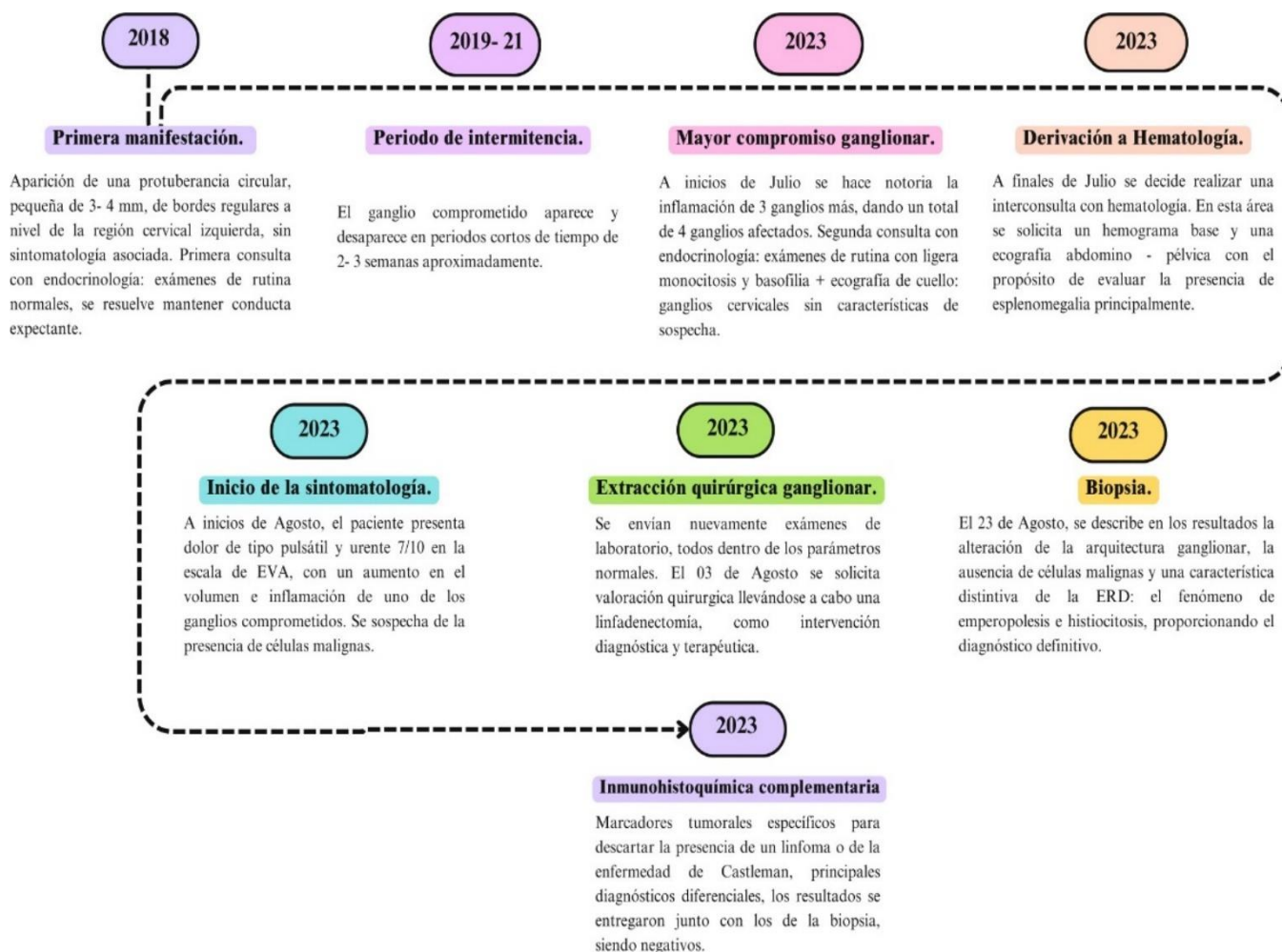


Figura 2. Línea de tiempo. Fuente: historia clínica del paciente.

Evaluación diagnóstica.

- Exámenes de laboratorio: hemograma completo, química sanguínea (urea, creatinina, ácido úrico y glucosa en ayunas), enzimas hepáticas (TGO, TGP, Gamma GT, DHL, Fosfatasa alcalina), serología infecciosa (IgG, IgM para CMV, EB, Toxoplasma G y virus del VIH), endócrinos (TSH, FT4).

- Los resultados del hemograma evidencian ligera monocitosis, eritrocitosis y basofilia; VPM disminuido; en el caso de la química sanguínea el LDH está disminuido, serología: positivo para CMV y mononucleosis infecciosa, pruebas tiroideas normales (ver anexo 1,2,3).
- Estudios de imagen: ecografía (ultrasonido de cuello), con equipo de alta resolución, en tiempo real y escala de grises con transductor lineal de alta frecuencia.
- Hallazgos: glándulas tiroideas con tamaño, morfología y vascularidad conservada, glándulas submaxilares y parótidas normales; imágenes ganglionares cervicales que conservan morfología, grosor cortical, hilio central sin características de sospecha (ver anexo 4).
- A razón de que el ultrasonido cervical fue poco concluyente, se realiza una ecografía abdominal con medición del bazo, en el informe se reporta hígado, vesícula biliar, colédoco, páncreas, riñones, bazo, vejiga urinaria y próstata normales (ver anexo 5).
- Posteriormente se vuelve a realizar un hemograma, este reporta neutropenia, eosinófilos y basófilos bajos, demás parámetros normales (ver anexo 6).
- Luego de este examen, del área de hematología se deriva al paciente para valoración quirúrgica, se lleva a cabo una linfadenectomía, como intervención diagnóstica y terapéutica, una vez extraído el ganglio, enseguida se envió la muestra para el análisis en anatomía patológica, los resultados de la biopsia se obtuvieron después de una semana de la cirugía (ver anexo 7).

▪ **Biopsia del tejido excisional:**

- Características macroscópicas: en formol se recibe un fragmento blanco e irregular de tejido, mide 2 cm en su diámetro mayor.
- Características microscópicas: los cortes muestran ganglio linfático con su arquitectura parcialmente alterada, por presencia de centros germinativos y folículos linfoides de tamaño variable con sinusoides dilatados, llenos de mononucleares, algunos linfocitos pequeños, ocasionales células plasmáticas y macrófagos, con fenómeno de emperopolesis (ver anexo 8).
- Además de ello, se solicitaron exámenes de inmunohistoquímica complementaria (marcadores tumorales): CK AE1-AE3-CITOKERATINA, K167, CD20, CD3, CD30, CD5, CD15; se reporta: CD3 presente en linfocitos T, CD20 presente en linfocitos B, CD10 expresión centro germinal, BCL6 expresión y distribución usual, CD68 positivo en componente histiocitario, negativo para CD15 y CD30 (ver anexo 8).

Intervención terapéutica.

- Farmacológica: inicialmente se prescribieron analgésicos (Paracetamol 500 mg), con la indicación de ingerirlo ante la presencia de dolor.
- El paciente indica que no se automedicó durante el proceso, y que no se le administró ningún otro medicamento posteriormente.
- Quirúrgica: linfadenectomía cervical (extracción del ganglio comprometido), de utilidad diagnóstica/terapéutica puesto que permitió determinar mediante el estudio microscópico de la muestra que se trataba de la ERD y, por otro lado, la extracción del ganglio afectado fue primordial para aliviar la sintomatología del paciente y descartar la presencia de enfermedades malignas.

- La biopsia fue el estudio que determinó el diagnóstico del paciente: enfermedad de Rosai Dorfman, cabe destacar que los resultados de la biopsia no se analizaron solo en la ciudad de Cuenca, sino que también en la ciudad de Quito.
- Autocuidado: medidas posquirúrgicas de cuidado llevadas a cabo sin complicaciones en la recuperación.

Pronóstico.

- El pronóstico es favorable, puesto que como diagnóstico definitivo se llegó a concluir que se trata de la ERD, una patología de carácter benigno, en este caso de la variante clásica, con buena evolución del paciente luego de la linfadenectomía, y sin evidencia de expansión extranodal, con ausencia de células malignas y una muestra de tejido excisional enviado a anatomía patológica por dos ocasiones, es decir, con seguridad del diagnóstico definitivo. No obstante, se sugiere mantener al paciente en seguimiento con chequeos médicos anuales constantes por el riesgo que conllevan sus antecedentes familiares de cáncer.

Seguimiento y resultados

- El paciente debe acudir cada año a realizarse los exámenes de rutina de control, por los antecedentes familiares de cáncer.
- Los resultados fueron favorables, el paciente cumplió con las indicaciones y se encuentra satisfecho con el tratamiento, actualmente sin complicaciones asociadas a la cirugía de extracción ganglionar, sin recidivas ni obstáculos en el proceso de recuperación.

DISCUSIÓN

La ERD es un trastorno idiopático, es decir de etiología desconocida, que se ha asociado a procesos infecciosos principalmente virales (Parvovirus, virus del EB, virus del herpes), enfermedades autoinmunes, reumatológicas y alteraciones genéticas como origen causal de su aparición, así como también del aumento de su incidencia (13). Es cierto que la ERD es una patología que se presenta con poca frecuencia y que, aunque es benigna sus primeras expresiones pueden simular la presencia de enfermedades neoplásicas malignas (linfomas) (14). Las manifestaciones clínicas de la ERD son poco específicas y de amplia heterogeneidad en concordancia a la diversidad de sus presentaciones o variantes: ERD clásica, cutánea, ósea, intracraneal, orbitaria, entre otras; esto constituye una de las limitaciones más evidentes para lograr llegar a su diagnóstico; además de ello, el escaso número de estudios existentes, de casos reportados, y la limitada cantidad de información sobre esta enfermedad pueden llegar a ocasionar que se prolongue el tiempo de espera hasta la obtención de un diagnóstico definitivo, que se le atribuya su evolución a otra patología o incluso que pueda pasar por desapercibida, puesto que a diferencia de otras entidades la ERD no es considerada una enfermedad que pueda ser diagnosticada únicamente con la clínica del paciente (15).

En ese sentido, comúnmente la ERD se presenta con linfadenopatías ubicadas con mayor frecuencia en la región cervical, pero estas pueden ubicarse también en otros sitios como a nivel axilar, inguinal y en el mediastino (16), estas además se acompañan de otros síntomas como: la presencia o ausencia de dolor en el área afectada, fiebre, epistaxis, pérdida de peso involuntaria, cefalea, astenia, y palidez (17); aquí es importante acotar que en nuestro caso, el paciente permaneció asintomático y con periodos de intermitencia de la inflamación ganglionar durante 5 años aproximadamente, para que luego de ese tiempo se diera el inicio de las manifestaciones clínicas, siendo llamativo el volumen ganglionar y el dolor de tipo

pulsátil/urente principalmente, es decir, a pesar de ser una ERD de presentación clásica, no es necesario que se dé cumplimiento estricto de toda la sintomatología descrita, sino al contrario los individuos afectados pueden debutar con uno o dos de ellos, lo cual no nos permitirá sospechar de entrada la presencia de esta enfermedad; adicionalmente, nuestro paciente no tenía síntomas B aunque la existencia de las múltiples adenopatías hacía trascendental la evaluación de la existencia de linfomas.

Ahora bien, como analizamos y en concordancia con la bibliografía revisada, la clínica (signos y síntomas) no aporta la suficiente información para llegar al diagnóstico de ERD debido a su inespecificidad, por otro lado, dentro de los exámenes de laboratorio, el hemograma básico fue el estudio más empleado, no obstante, ni este ni los estudios de imagen realizados fueron concluyentes en cuanto a la determinación de la presencia de ERD, a diferencia de la biopsia, misma que fue fundamental debido a que sus características como la infiltración de histiocitos con abundante citoplasma que contienen linfocitos en su interior, conocido como fenómeno de emperipolesis y la ausencia de células malignas junto con los resultados de la inmunohistoquímica, contribuyeron con el diagnóstico definitivo y los diagnósticos diferenciales respectivamente (18).

Es decir, en base a este caso podemos aportar que los estudios de laboratorio como los de imágenes, pueden tener resultados normales en esta enfermedad, pero la biopsia es el principal estudio que permitirá asegurarnos del diagnóstico de ERD, sin dejar de lado la importancia de la inmunohistoquímica para descartar la presencia de otras patologías neoplásicas (19).

Además de ello, es importante señalar que los exámenes de imagen son también esenciales en la evaluación de estos pacientes, puesto que nos permiten determinar y evidenciar la extensión y gravedad de la enfermedad en caso de haberse propagado hacia otros órganos o

sistemas, lo cual nos indicaría un peor pronóstico, con una ERD de mayor agresividad y la necesidad de la instauración de un tratamiento de rigor proporcional a la misma (19).

Como se indica en la literatura, la conducta adecuada con respecto a los pacientes que son asintomáticos es expectante “watch and wait”, es decir, observación y seguimiento de cerca debido a que el 40% de estos casos consiguen una remisión espontánea, a diferencia de aquellos que presentan síntomas sistémicos o agrandamiento repentino de los ganglios linfáticos que si requieren tratamiento, cabe mencionar que este dependerá de la variante de ERD, puesto que acorde a ello, se deberán modificar, añadir o suspender medicamentos con relación a la ERD clásica (20). En el caso de esta última, farmacológicamente se puede tratar con corticoides, dentro de estos, la prednisona es de elección a dosis de 1mg/kg/día durante 2 semanas, seguida de una disminución gradual o desescalada del fármaco durante 2 meses; el anticuerpo monoclonal Rituximab también ha sido empleado a dosis de 375 mg/m² una vez por semana durante 4 semanas, notando una reducción de los síntomas y del volumen ganglionar; sin embargo, debido a la limitación del tiempo de administración de estos fármacos no se ha determinado una utilidad considerable en la remisión de la ERD de este tipo (20).

Por otro lado, la resección quirúrgica completa se utiliza preferentemente en pacientes con áreas unifocales de afectación, se ha descubierto que la linfadenectomía es la línea de tratamiento más eficaz para la enfermedad localizada, dado a que se considera un procedimiento diagnóstico y terapéutico al mismo tiempo (21).

La radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia, ha sido utilizada en los casos de ERD con afectación extranodal, que por algún motivo la masa ganglionar sea irreseccable, no obstante la respuesta a este tratamiento puede ser variable y causar efectos adversos múltiples, por lo que aún no existe un esquema exacto propuesto para tratar la ERD, para conocer la duración

de la terapia, y el paciente adecuado para cada modalidad terapéutica, por lo que el tratamiento debe ser individualizado y aplicado tras una decisión multidisciplinaria (21).

En nuestro caso, se mantuvo al paciente en watch and wait debido a que inicialmente no presentaba sintomatología asociada, luego hubieron periodos de intermitencia y cuando aparecieron los síntomas fue necesaria la cirugía de extracción ganglionar puesto que a pesar de haber repetido varias veces los exámenes de rutina y haber realizado los estudios de imagen respectivos, no hubo ninguna alteración o hallazgo relevante, es decir, llevar a cabo la linfadenectomía fue de importancia para descartar la presencia de linfomas principalmente, teniendo resultados favorables a razón de que actualmente nuestro caso indica una remisión completa sin complicaciones ni recurrencia pos quirúrgica (22).

Por último, otra de las restricciones en el avance del estudio de la ERD es el costo de los exámenes, debido a que no todos los pacientes pueden tener acceso a realizarse los mismos de manera secuencial, por lo que puede ocurrir un retraso en el diagnóstico de ERD y conducir a complicaciones como el progreso a una ERD extranodal, que como mencionamos con anterioridad, es la de peor pronóstico (23).

Finalmente, debemos recordar que el seguimiento de estos pacientes es a largo plazo, sin embargo, en este caso por los antecedentes familiares asociados a cáncer, se propuso realizar los controles con mayor frecuencia (23).

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

El paciente manifiesta que se le explicó con claridad que su padecimiento es de curso benigno, se encuentra conforme con el tratamiento que recibió, aclara no estar ingiriendo medicación actualmente con relación a esta enfermedad, su evolución ha sido favorable puesto que los otros ganglios de menor tamaño han desaparecido junto con la extracción del ganglio de mayor tamaño, lo cual le ha permitido continuar normalmente con sus actividades cotidianas, sin presentar dificultad alguna.

CONCLUSIONES

La ERD es idiopática, benigna y se presenta con mayor frecuencia en pacientes del sexo masculino, afrodescendientes y es de predominio en niños y adultos jóvenes. Ahora bien, en base al caso presentado concluimos que, aunque el papel de la historia clínica, el examen físico y los resultados de laboratorio son sin duda de gran relevancia en la evaluación inicial, estos pueden llegar a tener resultados normales y no por ello se debería descartar la presencia de ERD; por su parte, los estudios de imagen son necesarios puesto que permitieron excluir otros posibles diagnósticos y la posibilidad de una afectación extraganglionar, no obstante, el diagnóstico definitivo de la ERD se realizó mediante el análisis histopatológico con la extracción y biopsia del ganglio linfático afectado. Es cierto que en la ERD podemos encontrar un predominio de histiocitos, sin embargo, esto también puede darse en otras entidades patológicas como la leucemia, la enfermedad por almacenamiento de lípidos y la histiocitosis, pero el fenómeno de emperipolesis es el hallazgo característico que hace que la ERD sea fácilmente distinguible y también parece ser un requisito para su diagnóstico, aunque no sea exclusivo de esta.

En relación al manejo de la ERD, no siempre se necesita tratamiento porque se puede llegar a tener remisiones espontáneas; por otro lado, los corticoides, radioterapia, quimioterapia e inmunosupresión no garantizan la completa remisión de la enfermedad, finalmente, la linfadenectomía es de elección en la afección ganglionar localizada.

CONFLICTO DE INTERESES

Declaro que no existe ningún conflicto de intereses que pudiera haber influido en los resultados obtenidos ni en la interpretación de los datos presentados en este proyecto de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bruce C, Schneider J, Schubert P. Rosai-Dorfman disease: an overview. *J Clin Pathol.* 2020;73(11):697-705.
2. Nasany R, Reiner A, Francis J, Abla O, Panageas K, Diamond E. Rosai Dorfman Destombes disease of the nervous system: a systematic literature review. *Orphanet J Rare Dis.* 2022;17(1):92-103.
3. Deen I, Chittal A, Badro N, Jones R, Haas C. Extranodal Rosai Dorfman Disease: a review of diagnostic testing and management. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2022;12(2):18-22.
4. Abla O, Jacobsen E, Picarsic J, Krenova Z, Jaffe R, Francois E, Durham B, et al. Consensus recommendations for the diagnosis and clinical management of Rosai- Dorfman Destombes Disease. *Blood.* 2019;131 (26): 2877–90.
5. Abraham Z, Francis Z, Ngaiza A, Kahinga A, Bukanu F. Histocytopathological diagnosis of Rosai Dorfman disease: case report. *Clin Case Rep.* 2022; 10(2): 409-12.
6. García C, Ferrer C. Rosai Dorfman disease: a rare presentation of extranodal involvement of isolated bone. Case report. *Acta Haematol.* 2021; 7(2): 22-7.
7. Romero A, Setián R, Gómez E. Enfermedad de Rosai Dorfman cutánea. *Dermatol Rev Mex.* 2020; 64(6): 742-47.
8. Castro E, Macha L, León J, Salas Y, Lovatón R. Enfermedad de Rosai Dorfman intracraneal: un infrecuente diagnóstico diferencial del meningioma. Reporte de un caso ilustrativo. *Acta méd Perú.* 2023;40(1): 56-61.
9. Azari A, Abdolsalehi M, Vasei M, Safavi M, Mehdizadeh M. Rosai-Dorfman disease: A rare clinicopathological presentation and review of the literature. *Head Neck Pathol.* 2021; 15(1):352-60.
10. Pemartin B, Gómez J, Llavador M, Ferrer B. Linfadenopatías gigantes de curso benigno: enfermedad de Rosai-Dorfman. *An Pediatr (Barc).* 2018;81(6):7-8.
11. Palmas F, Porrás J, Raventós A, Simón I, Vendrell J, Naff S. Thyroid involvement by Rosai-Dorfman disease. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2017; 64(5):280-81.
12. Nieto L, Suárez R, Baniandrés O. Intralesional methotrexate used in cutaneous Rosai-Dorfman disease. *Med Clin (Barc).* 2020; 155(12):564-65.
13. Conde J, Kim A, De Miguel R, Nousari C. Cutaneous Rosai-Dorfman disease: A novel clinical presentation. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed).* 2018; 109(7):655-57.

14. Pemartin B, Gómez J, Llavador M, Ferrer B. Linfadenopatías gigantes de curso benigno: enfermedad de Rosai Dorfman. *An Pediatr (Barc)*. 2018;81(6):7-8.
15. Elbaz I, Sokol L, Zhang L. Rosai-Dorfman disease between proliferation and neoplasia. *Cancers (Basel)*. 2022;14(21):5271.
16. Kohen A, Planquart X, Hamany Z, Bienvenu L, Kzadri M, Herman D. Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy (Rosai Dorfman disease): two case reports. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2018; 61(3):243-7.
17. Abraham Z, Francis Z, Ngaiza A, Kahinga A, Bukanu F. Histocytopathological diagnosis of Rosai Dorfman disease: Case report. *Clin Case Rep*. 2022; 10(2): 409-12.
18. Ravindran A, Rech K. How I diagnose Rosai Dorfman disease. *Am J Clin Pathol*. 2023;160(1):1-10
19. Kohlwes E, Nolte H. Emperipolesis in Rosai Dorfman disease. *Pathologie (Heidelb)*. 2022; 43(5):331.
20. Kasonkanji E, Seguin R, Kaimila B, Dhungel B, Painschab M, Tomoka T, Gopal S. Rosai-Dorfman disease in Malawi. *Clin Case Rep*. 2018; 6(12):2313-15.
21. Moore C, Flint J, Taniguchi K, Gable P. Rosai Dorfman: rare manifestations of a rare disease. *Cureus*. 2023; 15(3):669-73.
22. Maffia S, Peruffo M, Malvaso R, Senor V, Pollono D, Altamirano E. Enfermedad de Rosai Dorfman: A propósito de un caso. *Arch Argent Pediatr*. 2018; 113(6): 327-9.
23. Conde J, Kim A, de Miguel R, Nousari C. Cutaneous Rosai-Dorfman disease: A novel clinical presentation. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2018; 109(7):655-57.

GLOSARIO

Histiocitosis: conjunto de trastornos caracterizados por la proliferación anómala y disfuncional de histiocitos, células derivadas de la médula ósea con funciones fagocíticas, inmunológicas y de presentación de antígenos.

Células de Langerhans: células dendríticas especializadas en la captación, procesamiento y presentación de antígenos, localizadas principalmente en la epidermis, involucradas en la activación de respuestas inmunológicas adaptativas.

Células no Langerhans: Células que incluyen macrófagos y otras células dendríticas periféricas no derivadas de la epidermis, participantes en la respuesta inmunitaria innata y en la fagocitosis de patógenos.

Ganglio Linfático: órgano del sistema linfático que filtra la linfa y sirve como un punto de concentración de células inmunológicas. La ERD afecta con mayor frecuencia los ganglios linfáticos cervicales.

Linfadenopatía: aumento anormal del tamaño de los ganglios linfáticos, generalmente debido a una respuesta inflamatoria o proliferativa ante infecciones, neoplasias o enfermedades autoinmunes.

Emperipolesis: fenómeno histológico observado en la ERD, en el cual los histiocitos fagocitan linfocitos vivos sin destruirlos, un hallazgo diagnóstico distintivo, aunque no exclusivo de esta patología.

Cuerpos de Russell: acúmulos intracelulares de inmunoglobulinas, particularmente IgM, observados en histiocitos de ciertos tejidos en la ERD, asociados con procesos inflamatorios crónicos.

Histiocitos espumosos: histiocitos con citoplasma cargado de lípidos, resultado de la fagocitosis de material lipídico, dando lugar a una apariencia espumosa en el análisis histológico.

S-100: proteína expresada principalmente por células derivadas de la cresta neural, como los histiocitos, cuyo uso como marcador inmunohistoquímico facilita el diagnóstico de la ERD.

CD68: antígeno de superficie celular utilizado como marcador de los macrófagos y ciertos histiocitos, útil para identificar la presencia de estas células en biopsias.

CD1a: molécula de superficie celular que se encuentra típicamente en las células de Langerhans, cuya ausencia en la ERD sirve como uno de los criterios diagnósticos para diferenciarla de otras histiocitosis.

ANEXO 1: HEMOGRAMA.



RUC: 0190339092001
 Rafael Torres Beltrán 4-25 y Francisco Moscoso
 Torres del Yanuncay, Local 14, Planta Baja
 Cuenca 010204 Ecuador
 Teléfono: (07) 407-8281

Paciente: Identificación:
 Historia: Orden/Análisis: 18414 Edad: 23 AÑOS Sexo: Masculino
 Dr (a): MD. TRATANTE Fec.Nac.: 09/mar/2000
 Fecha ingreso / toma de muestra: 20/jul/2023
 Información clínica del paciente: Información del solicitante de la prueba: Ninguna
 (NINGUNA)

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
HEMATOLOGIA			
BIOMETRIA HEMATICA			
PARÁMETROS			
Glóbulos Blancos (WBC)	5.04	10 ³ /ul	5.00 - 10.00
FÓRMULA DIFERENCIAL DE GLÓBULOS BLANCOS			
Neutrofilos %	50.50	%	40.00 - 75.00
Linfocitos %	36.20	%	21.00 - 40.00
Monocitos %	9.50	%	3.00 - 7.00
Eosinófilos %	0.9	%	Menor a 5.0
Basófilos %	2.9	%	Menor a 1.5
Neutrofilos #	2.55	10 ³ /ul	2.0 - 7.50
Linfocitos #	1.82	10 ³ /ul	1.30 - 4.00
Monocitos #	0.48	10 ³ /ul	0.150 - 0.70
Eosinófilos #	0.05	10 ³ /ul	0.0 - 0.5
Basófilos #	0.15	10 ³ /ul	Menor a 0.15
Glóbulos Rojos (RBC)	5.6	10 ⁶ /ul	4.50 - 5.5
Hemoglobina	17.30	g/dl	14.00 - 17.40
Hematócrito	51.70	%	45.00 - 52.00
VCM	91.80	fL	84.00 - 96.00
HCM	30.70	pg.	27.00 - 32.00
CHCM	33.40	g/dL	30.00 - 35.00
DRW-SD	46.20	fL	46.00 - 59.00
RDW-CV	17.00	%	
Plaquetas (PLT)	227	10 ³ /ul	150 - 400
VPM	5.00	fL	8.00 - 15.00

Validado por

QR Resultados



(**) Los intervalos de referencia de este informe están de acuerdo a edad y sexo del paciente
 La interpretación de los resultados es exclusivo del médico.

QR autorización
ACCESS

ANEXO 2: QUÍMICA SANGUÍNEA Y ENZIMAS.



RUC: 0190339092001
 Rafael Torres Beltrán 4-25 y Francisco Moscoso
 Torres del Yanuncay, Local 14, Planta Baja
 Cuenca 010204 Ecuador
 Teléfono: (07) 407-8281

Paciente: [REDACTED] AN Identificación: [REDACTED]
 Historial: [REDACTED] 2 Orden/Análisis: 18414 Edad: 23 AÑOS Sexo: Masculino
 Dr (a): MD. TRATANTE Fec.Nac.: 09/mar/2000
 Fecha ingreso / toma de muestra: 20/jul/2023
 Información clínica del paciente: Información del solicitante de la prueba: Ninguna
 (NINGUNA)

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
QUIMICA CLINICA Y ENZIMAS			
Glucosa Basal	89.2	mg/dL	60 - 100
<i>Método: Fotometría automatizada</i>			
Urea	32.8	mg/dL	15 - 45
<i>Método: Fotometría automatizada</i>			
Creatinina	1.17	mg/dL	0.7 - 1.4
<i>Método: Fotometría automatizada</i>			
Acido Urico	5.20	mg/dL	3.50 - 7.00
<i>Método: Fotometría automatizada</i>			
TGO/AST	23.2	U/L	Hasta 38.0
<i>Método: Fotometría automatizada</i>			
TGP/ALT	22.4	U/L	Hasta 40.0
<i>Método: Fotometría automatizada</i>			
Fosfatasa Alcalina	216.49	U/L	98.00 - 279.00
<i>Método: Fotometría automatizada</i>			
GAMMA GT	21.8	U/L	11.0 - 50.0
<i>Método: Fotometría automatizada</i>			
LDH	222.8	U/L	230.0 - 460.0 a 37°C
<i>Método: Fotometría automatizada</i>			

Validado por: [REDACTED] MSc.

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
TIROIDEAS			
TSH	2.07	uIU/mL	0.27 - 4.20
FT4 LIBRE	1.47	ng/dL	0.93 - 1.70
<i>Método: Electroquimioluminiscencia</i>			

QR Resultados



(**) Los intervalos de referencia de este informe están de acuerdo a edad y sexo del paciente
 La interpretación de los resultados es exclusivo del médico.

QR autorización
ACCESS



ANEXO 3: PRUEBAS INFECCIOSAS.



RUC: 0190339092001
 Rafael Torres Beltrán 4-25 y Francisco Moscoso
 Torres del Yanuncay, Local 14, Planta Baja
 Cuenca 010204 Ecuador
 Teléfono: (07) 407-8281

Paciente	<input type="text"/>	Identificación:	<input type="text"/>
Historia:	<input type="text"/>	Orden/Análisis: 18414	Edad: 23 AÑOS Sexo: Masculino
Dr (a):	MD. TRATANTE		Fec.Nac.: 09/mar/2000
Fecha ingreso / toma de muestra:	20/jul/2023		
Información clínica del paciente:	Información del solicitante de la prueba: Ninguna (NINGUNA)		

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
TIROIDEAS			

Validado por:

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
INFECCIOSAS			
ANTI HIV 1-2 <i>Método: Quimioluminiscencia</i>	0.010	UI/ml	Negativo: <0.9 Borderline: 0.9 - 1 Reactivo: > 1
Toxoplasma IgG <i>Método: Elisa</i>	0.27	UI/mL	Negativo: < 0.9 Borderline: 0.9 - 1.1 Positivo: > 1.1
Toxoplasma IgM <i>Método: Elisa</i>	0.83	UI/ml	Negativo: < 0.9 Borderline: 0.9 - 1.1 Positivo: > 1.1
Citomegalovirus IgG <i>Método: Elisa</i>	1.28	UI/mL	Negativo: < 0.9 Borderline: 0.9 - 1.1 Positivo: > 1.1
Citomegalovirus IgM <i>Método: Elisa</i>	1.03	UI/ml	Negativo: < 0.9 Borderline: 0.9 - 1.1 Positivo: > 1.1
Mononucleosis Infecciosa (EBV-VCA IgG) <i>Método: quimioluminiscencia</i>	>400.0	AUI/ml	REACTIVO > 25
Mononucleosis Infecciosa (EBV-VCA IgM) <i>Método: Quimioluminiscencia</i>	0.21	AUI/ml	REACTIVO > 3

Validado por:

QR Resultados






(**) Los intervalos de referencia de este informe están de acuerdo a edad y sexo del paciente
 La interpretación de los resultados es exclusivo del médico.

QR autorización ACCESS



ANEXO 4: ECOGRAFÍA DE CUELLO.

 <p>medimagen[®] Diagnóstico por Imagen</p>	<p>» RESONANCIA MAGNETICA « Resonancia Magnética • Tomografía Multicorte • Mamografía Densitometría Ósea • Ecografía: Convencional - 3D - 4D Ecocardiografía • Ecografía Doppler de Miembros Radiología Convencional: Dental - Veterinaria • Electrocardiografía Endoscopia Digestiva Alta • Colonoscopia • Audiometría • Espirometría Optometría • Medicina Ocupacional • Laboratorio Clínico</p>
<p>Fecha: 20/07/2023 Paciente: <input type="text"/> Edad: 23 años Solicitado: <input type="text"/></p>	
<p>ECOGRAFIA DE CUELLO</p>	
<p>METODO DE ESTUDIO: Se realiza ultrasonido de cuello con equipo de alta resolución, en tiempo real y escala de grises con transductor lineal de alta frecuencia.</p>	
<p>HALLAZGOS:</p>	
<p>La glándula tiroides tiene tamaño, morfología y situación normal, los bordes son regulares, la ecogenicidad es homogénea sin evidencia de lesiones sólidas o quísticas de sospecha. La vascularidad está conservada a la aplicación de Doppler color. El lóbulo derecho mide 11x35x15 mm, volumen de 3.2 cc. El lóbulo izquierdo mide 12x34x14 mm, volumen de 3.2 cc. Istmo de 2.9 mm.</p>	
<p>Glándulas submaxilares y parótidas normales. Imágenes ganglionares cervicales que conservan morfología, grosor cortical, hilio central, no características de sospecha, en nivel II derecho de 23x8 mm, III derecho de 11x4 mm, II izquierdo de 9x5 mm, III izquierdo de 7x4 mm y V izquierdo de 10x3 mm, 8x3 mm. Estructuras vasculares de trayecto y calibre normal. Piel, tejido subcutáneo y planos musculares sin alteración.</p>	
<p>CONCLUSION:</p>	
<p>1. Ganglios cervicales que conservan morfología</p>	
<p>Atentamente</p>	
<p><input type="text"/> ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGIA Reg. Senescyt 1007-2018-1991359</p>	 <p>medimagen[®] Especialista en Imagenología Reg. Senescyt: 1007-2018-1991359</p>
<p>Principal: Av. Paseo de los Cañaris entre Pumapungo y Pachacámac, (Diagonal al Hospital Vicente Corral Moscoso). Sucursal Clínica España: Av. Gil Ramírez Dávalos 1-33 y Sebastián de Benalcázar. Sucursal Parque María Auxiliadora: Carlos Crespi 10-81 entre General Torres y Padre Aguirre. Teléfonos: 410 9203 / 0994082806 / 0987378276 • E-mail: cjerves@hotmail.com • Cuenca, Ecuador</p>	

ANEXO 5: ECOGRAFÍA ABDOMINO - PÉLVICA.

ESTUDIO:	ECO. ABDOMINOPELVICA	EDAD:	23 AÑOS
NOMBRE:	<input type="text"/>	REMITE:	<input type="text"/>
DOCUMENTO:	<input type="text"/>	SEDE:	AUSTROIMAGENES
FECHA ESTUDIO:	2023-08-02		
ENTIDAD:	N/A		

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

INFORME

Se practica estudio ultrasonográfico de abdomen en tiempo real con transductor de 5 - 2 Mhz encontrando:

Hígado de forma, tamaño (DCC: 117 mm) y contornos normales, con ecogenicidad conservada, textura interna homogénea sin evidencia de lesiones focales ni difusas. No se observa dilatación de vías biliares intra hepáticas y el patrón vascular venoso portal y supra hepático dentro de límites normales.

BAZO: De tamaño, ecoestructura y ecogenicidad normal.

VESÍCULA BILIAR: de paredes finas tamaño normal contenido anecoico, sin imágenes endoluminales.

COLÉDOCO: De amplitud normal

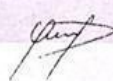
PÁNCREAS: De tamaño, ecoestructura y ecogenicidad normal. Cabeza:19 mm , Cuerpo: 17 mm, Cola:24 mm.

RIÑONES: Se observan ambos riñones en situación anatómica habitual, de forma tamaño y contornos dentro de límites normales, ambos con ecogenicidad del parénquima conservada, sin alteraciones en la relación corteza médula, sin dilatación de los sistemas pielocaliciales.

No líquido libre en cavidad abdominal.

Vejiga urinaria y próstata no muestran alteraciones.

Conclusión: estudio dentro de parámetros normales por el presente método diagnóstico.



Informe firmado electrónicamente por:

MEDICO RADIOLOGO
No. registro: M.S.P Libro 3 "E" Folio 1 N°3
Fecha y hora de firma: 02-08-2023 08:51

ANEXO 6: NUEVO HEMOGRAMA.

767

www.hospitalmontesinai.org

Laboratorio Clínico
monte sinai

Paciente/Patient: C.I. /ID:

RC: Sexo/Sex: Masculino

Dr. (a): F.Nac./Birth Date:

Ingreso /Entry: 02/ago/2023 08:33 AM Edad/Age: 23 AÑOS


Información clínica del paciente: N° Petición: 112745

Número:


HEMATOLOGIA

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
BIOMETRIA HEMATICA			
Glóbulos Blancos (WBC)	4.73	10 ³ /mm ³	4.50 - 10.00
Glóbulos Rojos (RBC)	5.31	10 ⁶ /mm ³	3.70 - 5.48
Hemoglobina	16.30	g/dl	14.00 - 17.50
Hematócrito	46.00	%	42.00 - 54.00
VCM	86.60	fl	80.00 - 98.00
HCM	30.70	pg	27.00 - 32.00
CHCM	35.40	g/dL	30.00 - 36.00
RDW-CV	11.50	%	11.50 - 14.50
PLAQUETAS	194	10 ³ /mm ³	150 - 450
FORMULA LEUCOCITARIA			
Neutrófilos #	2.35	10 ³ /mm ³	2.00 - 8.00
Linfocitos #	1.92	10 ³ /mm ³	1.00 - 4.00
Monocitos #	0.38	10 ³ /mm ³	0.10 - 0.70
Eosinófilos #	0.04	10 ³ /mm ³	0.05 - 0.50
Basófilos #	0.04	10 ³ /mm ³	0.01 - 0.10
Neutrófilos %	49.60	%	55.00 - 65.00
Linfocitos %	40.60	%	20.00 - 45.00
Monocitos %	8.00	%	2.00 - 8.00
Eosinófilos %	0.8	%	1.0 - 4.0
Basófilos %	0.8	%	Menor a 1.0
Granulocito Inmaduros IG#	0.01	10 ³ /ul	Menor a 0.05
Granulocitos Inmaduros IG%	0.20	%	Menor a 0.50

Validado por:

QR Resultados  2 ago 2023 12:38:34

(**) Los intervalos de referencia de este informe están de acuerdo a edad y sexo del paciente
La interpretación de los resultados es exclusivo del médico.


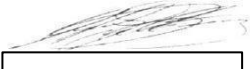
QR autorización ACCESS  Página 1 de 1

LABORATORIO CLÍNICO: Miguel Cordero 6-140 y Av. Solano, Telér. (593-7) 2814813 Ext. 2720 y 2721, (593-7) 2889464
E-mail: gerenciahomi@corpmontesinai.com.ec, http://laboratorioclinico.corpmontesinai.com.ec, Cuenca-Ecuador

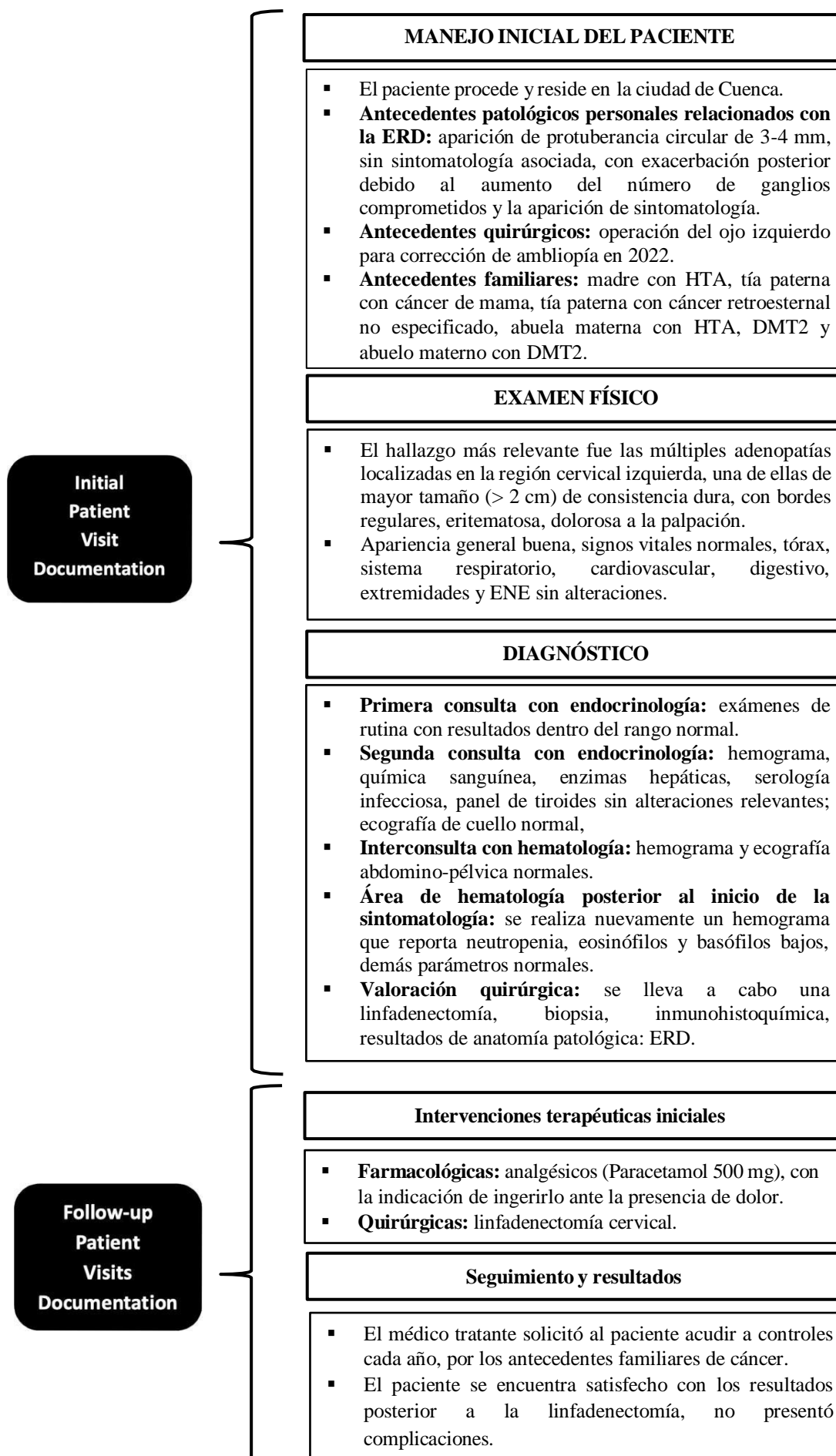
ANEXO 7: LINFADENECTOMÍA CERVICAL

MEDICINA PREPAGADA			
SOLICITUD CREDITO HOSPITALARIO			
CIUDAD <u>Cuenca</u>	FECHA Día	Mes	Año
BROKER / ASESOR <u>Segoralmeida</u>	NEGOCIO I E C MA		
DATOS GENERALES DEL AFILIADO			
EMPRESA: _____	CONTRATO No.: _____		
EMPLEADO: _____	CEDULA: _____		
DIRECCION DE OFICINA: _____	TELF.: _____		
Email: _____	CELULAR: _____		
PACIENTE: _____	PARENTESCO: <u>TLR</u>	EDAD: _____	
ANTECEDENTES MEDICOS-QUIRURGICOS (Exclusivo del Médico)			
HOSPITAL/CLINICA DE ATENCION <u>Hospital Santa Ana</u>	FECHA PROBABLE INGRESO Día <u>03</u> Mes <u>08</u> Año <u>2023</u>		
NOMBRE DEL MEDICO: <u>Luis Ayala</u>	ESPECIALIDAD: <u>Cervicología</u>	TELÉFONO: <u>075263363</u>	
MOTIVO DE LA CONSULTA: <u>Adenopatía en estudio por Hematología.</u>			
<u>INDICACIÓN DE BIOPSIA - GANGLIONAR CERVICAL.</u>			
INICIO DE LA ENFERMEDAD: _____			
EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD: <u>Presencia de Adenopatías cervicales.</u>			
TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS RECIBIDOS (CUANTO TIEMPO) <u>Linfadenectomía cervical</u>			
LA ENFERMEDAD ACTUAL ES CAUSA DE:	ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	CONGENITA <input type="checkbox"/>	
	EMBARAZO <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	<u>Inflamatorio.</u>
SI SE TRATA DE EMBARAZO F.U.M. ^D ^M			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO: <u>Adenopatía cervical (DENSUMGASA)</u>	CODIGO CIE10 <u>R59.0</u>		
TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: <u>Biopsia</u> . <u>03-Agosto-2023.</u>	CODIGO CPT _____		
Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, autorizando la verificación de la misma, junto con los exámenes requeridos e historia clínica complementaria en caso de requerirlo por parte del afiliado o la compañía.			
CIRUGIA GENERAL C.I. 0152147476 Senescyt: 0324159804		FIRMA DEL MEDICO	
		CODIGO DE REGISTRO EN CONESUP _____	
DOCUMENTOS ANEXOS			
EXAMENES:	LABORATORIO <input checked="" type="checkbox"/>	IMAGEN <input type="checkbox"/>	HISTATOLÓGICO <input type="checkbox"/>
EXAMENES DE REGISTRO:		EEG <input type="checkbox"/>	EKG <input type="checkbox"/>
CERTIFICADO MEDICO <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>	DESCRIBALOS _____

ANEXO 8: RESULTADOS DE LA BIOPSIA E INMUNOHISTOQUÍMICA.

www.hospitalmontesinai.org		Anatomía Patológica  monte sinai	
Página 1 de 1			
INFORME No. PAT- 003436-23			
HISTORIA CLINICA		Cédula: <input type="text"/>	
Paciente :	<input type="text"/>		
Médico Solicitante :	<input type="text"/>		
Dpto. Solicitante :	RECEPCION		
Edad :	23 años	Fecha de Solicitud :	03-AGO-2023 12:08
Sexo :	Masculino	Fecha de Resultados :	23-AGO-2023 09:18
Naturaleza de la Pieza:			
MACROSCOPIA			
En formol se recibe un fragmento blanco e irregular de tejido, mide 2 cm de diámetro mayor. Se procesa todo.			
MICROSCÓPICO:			
Los cortes muestran ganglio linfático con su arquitectura parcialmente alterada, por presencia de centros germinativos y folículos linfoides de tamaño variable, con sinusoides dilatados, llenos de mononucleares, algunos linfocitos pequeños, ocasionales células plasmáticas y macrófagos, con fenómeno de emperipolesis.			
DIAGNÓSTICO:			
GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL IZQUIERDO LESION, RESECCION HISTIOCITOSIS SINUSAL ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN.			
INMUNOHISTOQUIMICA COMPLEMENTARIA			
CD3	PRESENTE EN LINFOCITOS T	CD20	PRESENTE EN LIONFOCITOS B
CD10	EXPRESION CENTRO GERMINAL	BCL6	EXPRESION Y DISTRIBUCION USUAL
CD68	POSITIVO EN COMPONENTE HISTIOCITARIO		
NEGATIVO PARA: CD15, CD30			
 <input type="text"/>			
Email: cedapsinai@corpmontesinai.com.ec Cel: 0987597029			
Realizado por: SGENOVEZ	<input type="text"/> ANATOMO PATOLOGO SENESCYT # 1007R-09-5135 CEDAPSINAI LABORATORIOS		
ANATOMÍA PATOLÓGICA: Miguel Cordero 6-140 y Av. Solano, Telef: 07-2814813 Ext: 2720 y 2721, 07-2889464 E-mail: gerenciahomsi@corpmontesinai.com.ec / recepcion2pat@corpmontesinai.com.ec Cuenca Ecuador			

ANEXO 9: DIAGRAMA DE FLUJO.



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Lisbeth Karola Durán Heras portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º 1401145378. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación **“Enfermedad de Rosai Dorfman: Reporte de caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 02 de septiembre de 2025.



Firmado electrónicamente por:
**LISBETH CAROLA
DURAN HERAS**

F:

Lisbeth Karola Durán Heras

C.I. 1401145378