

## **Enfermedad de Still del Adulto con Disfunción Orgánica Múltiple: Desafío Diagnóstico y Terapéutico**

**Arlette López Esturillo, Int. Esteban Forray Olivares, Gonzalo Fuentes Dahl<sup>1</sup>  
Dra. Erika Dahl Bravo, Dr. Pietro Corrado Algarra<sup>2</sup>**

**1: Universidad de Chile; 2: Hospital San José**

La Enfermedad de Still de inicio en el adulto es una enfermedad inflamatoria con afectación multisistémica de baja prevalencia, que constituye un desafío diagnóstico, usualmente en el contexto de un síndrome febril prolongado. A continuación se presenta un caso atendido en la unidad de paciente crítico (UPC) del Hospital San José que ilustra la dificultad diagnóstica de una presentación grave de esta entidad.

Paciente de 35 años de nacionalidad haitiana, sin antecedentes mórbidos. Consulta por 2 semanas de evolución de fiebre mayor a 39°, artralgias simétricas en carpos y metacarpofalángicas y epigastralgia. Ingresa al servicio de urgencias febril y taquicárdica, destacando al examen físico crepitaciones bibasales y poliadenopatías. Del laboratorio de ingreso hemoglobina 10.9 g/dL (VCM 78, HCM 27), leucocitos 22500/mm<sup>3</sup>, plaquetas 521.000/mm<sup>3</sup>, proteína C reactiva 410 mg/L, VHS 112. Función renal y pruebas hepáticas normales, sin trastornos hidroelectrolíticos. Hemo y urocultivos negativos. Se interpreta como sepsis de foco pulmonar, iniciándose cobertura con levofloxacino, ceftriaxona, oseltamivir. Persiste febril tras 48 horas, escalándose antibioterapia a imipenem vancomicina, y extendiéndose estudio. Sin respuesta a terapia, evoluciona con fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida que asocia congestión pulmonar, por la que se traslada a UPC. Responde favorablemente a cardioversión con amiodarona.

Se realiza tomografía computada de cuello, tórax, abdomen y pelvis. Evidencia derrame pleural leve-moderado, poliadenopatías cervicales, axilares y supraclaviculares, y hepatomegalia. Se descartan focos de condensación o compromiso de parénquima pulmonar, abscesos o enfermedad tromboembólica. Estudio de anemia con índice reticulocitario 0,7 y ferritina 36650. En orina hematuria microscópica dismórfica y proteinuria, IPC 1,4. Se solicita ecocardiograma, muestra función y estructura ventricular izquierda conservada, pero hipertensión pulmonar severa (PSAP 56 mmHg) e insuficiencia tricuspídea moderada.

Para descarte factor reumatoideo positivo en título débil (20 UI/mL). ANA, anti-dsDNA, anti-ENA, ANCA, anticardiolipinas negativos. Complemento normal. Paciente cumple con criterios de Yamaguchi para enfermedad de Still. Se inicia tratamiento con corticoides y desestima antibioterapia. Paciente en condiciones de egreso de UPC tras optimización de terapia esteroidal.

Sin embargo, tras una semana estable presenta brusco deterioro clínico, febril sobre 38°C, taquicárdica e hipotensa refractaria a volemicización. Probable shock séptico en contexto de inmunosupresión, con componente cardiogénico. Requiere vasoactivos (noradrenalina + dobutamina) en dosis altas y ventilación mecánica invasiva.

Si bien luego de estudio extendido se completan criterios para Enfermedad de Still del Adulto, la patología infecciosa se debe tener siempre presente en pacientes reumatológicos como diagnóstico diferencial, puesto que impacta en su sobrevida.

