



Enfermedad de still del adulto, a propósito de un caso

Still's disease of the adult, on the subject of a case

Andrés Kang¹  Shirley Galeano² 

RESUMEN

La Enfermedad de Still afección inflamatoria multisistémica con compromiso articular. Puede manifestarse como síndrome febril prolongado. El diagnóstico se realiza por exclusión, lo cual implica desafíos para el internista y paciente. Paciente masculino, 30 años de edad, Procedencia zona urbana del departamento Central, Médico. Extabaquista. Sensación febril. Refiere que 35 días antes de la consulta presentó sensación febril vespertina con escalofríos y tos ocasionales. Dos semanas antes persistía la sensación febril, Una semana antes, cefalea holocraneana, disfagia y odinofagia. Cuatro días antes, lesiones puntiformes, eritematosas y pruriginosas generalizada, en todas las extremidades cuando aparecían los picos febriles. Dos días antes, mialgias invalidantes. Pérdida de peso, 3kg en una semana, Leucocitos 13100, neutrófilos 74%, Proteína C reactiva 24mg/l. leve aumento de enzimas hepáticas. Ecografía abdominal con esteatosis hepática. Espirometría con prueba broncodilatadora normal. GeneXpert para micobacteria, sin hallazgos laboratoriales relevantes, Se inicia prednisona 75mg/d con descenso gradual y suspensión en 3 meses. Evolución favorable. Hasta la actualidad no existe certeza de la causa, se sospecha como desencadenante a las causas infecciosas, la cual deben descartarse. Es frecuente en jóvenes de 16 a 35 años sin predominancia sobre el sexo. No existen marcadores serológicos para diagnóstico ni pronóstico. Buen pronóstico en general.

Palabras Clave: Enfermedad, Still, fiebre

ABSTRACT

Still's disease multisystemic inflammatory condition with joint involvement. It can manifest as a prolonged febrile syndrome. The diagnosis is made by exclusion, which implies challenges for the internist and patient. Male patient, 30 years old, from an urban area of the Central department, Doctor. Ex-smoker. Feverish feeling He reports that 35 days before the consultation he presented with an afternoon feverish sensation with chills and occasional cough. Two weeks before the feverish sensation persisted, One week before, holocranial headache, dysphagia and odynophagia. Four days earlier, generalized erythematous and pruritic punctate lesions on all extremities when feverish peaks appeared. Two days before, disabling myalgias. Weight loss, 3kg in a week, L3100 leukocytes, 74% neutrophils, C-reactive protein 24mg /l. slight increase in liver enzymes. Abdominal ultrasound with hepatic steatosis. Spirometry with normal bronchodilator test. GeneXpert for mycobacteria, without relevant laboratory findings, prednisone 75mg / d is started with gradual decrease and suspension in 3 months. Favorable evolution. Until now there is no certainty of the cause, it is suspected as a trigger for infectious causes, which must be ruled out. It is frequent in young people from 16 to 35 years old without predominance over sex. There are no serological markers for diagnosis or prognosis. Good overall prognosis.

Keywords: Disease, Still, Fever

Fecha de recepción: octubre 2021; fecha de aceptación: noviembre 2021

¹ Hospital de Clínicas. Cátedra y Servicio de Neumología, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo. Paraguay.

² Carrera de Medicina. Universidad Privada María Serrana. Asunción. Paraguay.

Autor de correspondencia: Shirley Galeano. Email: greynal88@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Still del adulto, afección inflamatoria multisistémica con compromiso articular, con una prevalencia de 1 por 100 000 a 1 000 000 en población general. Puede manifestarse como síndrome febril prolongado. El diagnóstico se realiza por exclusión, lo cual implica desafíos para el internista y paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 30 años de edad, Procedencia zona urbana del departamento Central, Médico. Ex tabaquista. Alergia a cambios climáticos. Dermatitis. Familiar con Artritis Reumatoide. Recibió la vacuna BCG. Motivo de consulta: sensación febril. Refiere que 35 días antes de la consulta presentó sensación febril vespertina con escalofríos y tos ocasionales. Dos semanas antes persistía la sensación febril sin predominio de horario con empeoramiento de tos de base con expectoración blanquecina-amarillenta, en ocasiones estrías de sangre. Una semana antes, cefalea holocraneana, disfagia y odinofagia. Cuatro días antes, lesiones puntiformes, eritematosas y pruriginosas generalizada, en todas las extremidades cuando aparecían los picos febriles. Dos días antes, mialgias invalidantes. Pérdida de peso, 3kg en una semana. Astenia y anorexia desde el inicio. Ingresa al servicio febril, taquicárdico y taquipneico con mucosa bucal semihúmeda. Leucocitos 13100, neutrófilos 74%, Proteína C reactiva 24mg/l. leve aumento de enzimas hepáticas. Ecografía abdominal con esteatosis hepática. Tomografía axial computarizada contrastada de cabeza, cuello y toracoabdominal, con espleno-megalia leve inespecífica. Espirometría con prueba broncodilatadora normal. GeneXpert para micobacteria negativo, gamma-INF positivo, RK39 negativo, IgG CMV y Epstein Barr positivo. Hepatitis b y c negativo. Dengue IgG positivo. CK MB y total, normal. Reacción en cadena de polimerasa para Ehrlichia negativo. Hemocultivo negativo. Ecocardiograma transtorácico normal. Frotis de sangre negativo a plasmodium falciparum y serie sanguínea normal. Esputo seriado para gérmenes comunes, no comunes, hongos y BAAR, normal. ANCA-p y c negativo, FR negativo, ANA negativo, Anti-DNA negativo, C3 y C4 normal, Ferritina sérica mayor a 2000ng/ml. Aldolasa 8,8 U/l. Salmonella O y H, proteuss, brucella, paratyphi A y B negativo. VDRL y VIH negativo. Beta2microglobulina 2671ng/ml. Proteinograma alfa 1 y 2 aumento leve. Se inicia prednisona 75mg/d con descenso gradual y suspensión en 3 meses. Evolución favorable, ocasionales artralgiás de codos y hombros.

DISCUSIÓN DEL CASO

Hasta la actualidad no existe certeza de la causa, se sospecha como desencadenante a las causas infecciosas, la cual deben descartarse. Es frecuente en jóvenes de 16 a 35 años sin predominancia sobre el sexo.

No existen marcadores serológicos para diagnóstico ni pronóstico. El diagnóstico es por exclusión. Hay criterios diagnósticos, entre los cuales el más usado es el de Yamaguchi con sensibilidad del 93% y Fautrel con mayor especificidad. (Barbadillo et al., 1992; Magadur-Joly et al., 1995; Wakai et al., 1997).

Tratamiento con AINES, corticoides o inmunosupresores según la gravedad y evolución del paciente.

Los cursos evolutivos son inciertos, ninguna de ellas predecibles. Generalmente de buen pronóstico. Se requieren más investigaciones.

REFERENCIAS

- Barbadillo C, Cuende E, Mazzucchelli R, Mulero J, Andreu-Sánchez JL. (1992). Enfermedad de Still del adulto y polimiositis. Una asociación infrecuente. *Med Clinic*, 99. 382-3
- Magadur-Joly G, Billaud E, Barrier JH, Pennec YL, Masson C, Renou P et al. (1995) Epidemiology of adult Still's disease: estimate of the incidence by a retrospective study in west France. *Ann Rheum Dis*, 54 (7), 587-90. doi: 10.1136/ard.54.7.587.
- Wakai K, Ohta A, Tamakoshi A, Ohno Y, Kawamura T, Aoki R et al. (1997), pp. 221-5 Estimated prevalence and incidence of adult Still's disease: findings by a nation wide epidemiological survey in Japan. *J Epidemiol*, 7 (4), 221-5. doi: 10.2188/jea.7.221.

BIOGRAFÍA

Andrés Kang

Profesor y jefe de Residentes de Neumología. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente. Universidad Nacional de Asunción.

 <https://orcid.org/0000-0003-4977-7227>

Shirley Galeano

Coordinadora de Investigación y de Extensión. Universidad Privada María Serrana. Asunción. Paraguay. Especialista en Neumología.

 <https://orcid.org/0000-0001-7347-0650>