

## Enfermedad de Still del adulto, un riesgo materno fetal: A propósito de una reporte de caso

Adult Still's disease, a maternal-fetal risk: A case report

Doença de Still do adulto, um risco materno-fetal: A propósito de um relato de caso

Recibido: 26/12/2025 | Revisado: 30/12/2025 | Aceptado: 30/12/2025 | Publicado: 31/12/2025

**Claudia Bibiana Peñaranda Ospina<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9860-2137>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: [cpenaranda@uceva.edu.co](mailto:cpenaranda@uceva.edu.co)

**Cristhian Camilo Velandia-Mosquera<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1074-1055>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: [cristhian.velandia01@uceva.edu.co](mailto:cristhian.velandia01@uceva.edu.co)

**Stephania Vargas Arrigui<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2191-1962>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: [stephania.vargas01@uceva.edu.co](mailto:stephania.vargas01@uceva.edu.co)

**Nicolás Delgado Garcés<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0918-9771>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: [nicolas.delgado01@uceva.edu.co](mailto:nicolas.delgado01@uceva.edu.co)

**Juan Esteban Grisales Dominguez<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0880-5455>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: [juan.grisales04@uceva.edu.co](mailto:juan.grisales04@uceva.edu.co)

**Valeria Llanos Posso<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3831-2227>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: [valeria.llanos01@uceva.edu.co](mailto:valeria.llanos01@uceva.edu.co)

**Melisa Castaño Rentería<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5394-5528>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: [melisa.castano01@uceva.edu.co](mailto:melisa.castano01@uceva.edu.co)

### Resumen

**Introducción:** La Enfermedad de Still del Adulto (ESA) es una patología autoinflamatoria sistémica poco frecuente y de etiología desconocida que, al presentarse durante el embarazo, supone un reto clínico por el riesgo de complicaciones obstétricas y sistémicas. **Objetivo:** Describir el curso clínico, el abordaje diagnóstico y el manejo multidisciplinario de una gestante con ESA, resaltando las implicaciones maternas y perinatales. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, tipo reporte de caso único, con análisis retrospectivo de la historia clínica electrónica siguiendo la guía CARE, garantizando confidencialidad y consentimiento informado. **Discusión:** La ESA en la gestación plantea retos diagnósticos por su similitud con entidades obstétricas graves; en este caso, la paciente con antecedentes de enfermedad inflamatoria sistémica y anemia hemolítica autoinmune evolucionó favorablemente bajo manejo especializado y seguimiento multidisciplinario, lo que permitió vigilancia estrecha del binomio materno-fetal y un desenlace neonatal positivo pese a parto pretérmino y ruptura prematura de membranas. **Conclusión:** La ESA durante el embarazo exige un alto índice de sospecha, diagnóstico oportuno y manejo interdisciplinario; la individualización terapéutica y la vigilancia continua son esenciales para disminuir la morbilidad materna y fetal.

**Palabras clave:** Enfermedad de Still del adulto; Embarazo; Complicaciones del embarazo; Artritis.

---

<sup>1</sup> Dra. Obstetra-ginecologista Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia.

<sup>2</sup> Médico(a) interno(a). Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia.

### Abstract

**Introduction:** Adult-onset Still's disease (AOSD) is a rare systemic autoinflammatory disorder of unknown etiology that, when it occurs during pregnancy, poses a clinical challenge due to the risk of obstetric and systemic complications. **Objective:** To describe the clinical course, diagnostic approach, and multidisciplinary management of a pregnant woman with AJS, highlighting the maternal and perinatal implications. **Methodology:** A qualitative, descriptive, single-case report study was conducted with retrospective analysis of the electronic medical record following the CARE guidelines, ensuring confidentiality and informed consent. **Discussion:** SLE in pregnancy poses diagnostic challenges due to its similarity to serious obstetric conditions. In this case, the patient with a history of systemic inflammatory disease and autoimmune hemolytic anemia progressed favorably under specialized management and multidisciplinary follow-up, which allowed close monitoring of the mother-fetus pair and a positive neonatal outcome despite preterm delivery and premature rupture of membranes. **Conclusion:** ESA during pregnancy requires a high index of suspicion, timely diagnosis, and interdisciplinary management; individualized therapy and continuous monitoring are essential to reduce maternal and fetal morbidity and mortality.

**Keywords:** Adult Still's disease; Pregnancy; Pregnancy complications; Arthritis.

### Resumo

**Introdução:** A doença de Still do adulto (DSA) é uma patologia autoinflamatória sistêmica pouco frequente e de etiologia desconhecida que, ao se apresentar durante a gravidez, representa um desafio clínico devido ao risco de complicações obstétricas e sistêmicas. **Objetivo:** Descrever o curso clínico, a abordagem diagnóstica e o tratamento multidisciplinar de uma gestante com ESA, destacando as implicações maternas e perinatais. **Metodologia:** Foi realizado um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de caso único, com análise retrospectiva do prontuário eletrônico, seguindo a diretriz CARE, garantindo confidencialidade e consentimento informado. **Discussão:** A AIE na gravidez apresenta desafios diagnósticos devido à sua semelhança com entidades obstétricas graves; neste caso, a paciente com histórico de doença inflamatória sistêmica e anemia hemolítica autoimune evoluiu favoravelmente sob tratamento especializado e acompanhamento multidisciplinar, o que permitiu vigilância estreita da dupla materno-fetal e um desfecho neonatal positivo, apesar do parto pré-termo e da ruptura prematura das membranas. **Conclusão:** A ESA durante a gravidez exige um alto índice de suspeita, diagnóstico oportuno e tratamento interdisciplinar; a individualização terapêutica e a vigilância contínua são essenciais para diminuir a morbimortalidade materna e fetal.

**Palavras-chave:** Doença de Still do adulto; Gravidez; Complicações da gravidez; Artrite.

## 1. Introducción

La Enfermedad de Still del Adulto (ESA) es una patología reumática inflamatoria, cuya etiología es desconocida y clasificada junto a enfermedades autoinflamatorias no hereditarias. Se describió en 1971 por primera vez, como artritis juvenil no específica por el doctor Eric Bywaters además de la patología anatómica de la misma a finales del siglo XIX por el doctor George W. Still en el año 1897. Dicho trastorno es de inicio agudo, presenta fiebre vespertina superior a 39 °C (centígrados) mayor de una semana y se asocia exantema maculopapuloso asalmonado evanescente (87% correspondiente a los casos). Hay presencia de artritis inicialmente migratoria y posteriormente fija, odinofagia, alopecia, mialgias, adenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia, complicaciones pulmonares, manifestaciones cardíacas como pericarditis y otras manifestaciones menos frecuentes tales como lo son los dolores a nivel abdominal, neuropatías, iritis y conjuntivitis asociadas a proteinuria. Hay presencia de complicaciones graves como la coagulación intravascular diseminada (CID) de carácter mortal, el síndrome de activación de macrófagos (SAM) que se evidencia en el (40-50%) de mortalidad si se asocia a la enfermedad de Still del adulto. Por el riesgo de muerte elevado, especialmente en las gestantes, es de interés realizar un seguimiento en el binomio madre e hijo (Olivé et al., 2001; Pan et al., 2003; Gerfaud-Valentin et al., 2014; Hosoya et al., 2021; Kitada et al., 2022; Martínez-King et al., 2023).

Esta enfermedad posee una prevalencia aproximada de 1 caso por cada 100.000 personas (Gerfaud-Valentin et al., 2014). Inicia edades medianas de 36 años, aunque puede aparecer en edades más tempranas como son los menores de 18 años donde se denomina artritis idiopática juvenil (AIJ) y afecta más a hombres en un 50-70% independiente de la raza. Además es poco habitual pacientes que sobrepasan los 50 años (Plaçais et al., 2018; Olivé et al., 2001).

Pese a que no existe una entidad clara que cause la patología, se ha relacionado con un aumento de antígenos del complejo de HLA (DR2, DR4, DR7 y Bw35)(Plaçais L, et al. 2018;Kitada T, et al. 2022), y diversas interleucinas (IL-1b, IL-6, IL-18), factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (FNT $\alpha$ ), disfunción de células natural killer y macrófagos.(Gerfaud-Valentin et al., 2014;Martinez-King et al., 2023) También se consideran las infecciones como desencadenante, pues a menudo el comienzo se acompaña de una reacción inflamatoria intensa y en algunos casos aquellos con AIJ se ha aislado el virus de la rubéola en orina, tejido linfático y líquido sinovial. Además otros como ECHOvirus-7, Citomegalovirus, Virus de Epstein Barr en pacientes con ESA. En la actualidad se desconoce qué impacto tienen las hormonas en la etiopatogenia, pero algunos autores refieren que el embarazo y el puerperio están vinculados con el comienzo de la clínica y la exacerbación de brotes (Kitada et al., 2022).

La ESA puede debutar o exacerbarse en el embarazo, en especial en el segundo trimestre además del puerperio inmediato (incluso hasta dos meses después), esto producto del aumento de la IL-18, lo que podría inferir que la gestación representa un factor de riesgo. La evolución de esta patología puede ser variable con remisión, exacerbación, cuadros monocíclicos y policíclicos. Se identifican tres tipos de brotes: La primera aparición que se asocia al embarazo, con brotes recurrentes en pacientes que tiene diagnóstico previo y exacerbaciones en relación a la gestación. La ESA representa un riesgo materno-fetal importante por complicaciones obstétricas como:ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, preeclampsia, linfocitosis hemofagocítica o muerte materno-fetal en estadios mas graves. Para el diagnóstico se tienen en cuenta las diferentes características de la ESA, los criterios de Fautrel y Yamaguchi, un aumento en la ferritina y de la aldolasa (descartando HELLP, AFLP, infecciones, neoplasias u otras enfermedades interferentes o reumáticas). Aunque no hay un tratamiento claramente definido, es significativo tener un manejo multidisciplinar desde obstetricia, pediatría y reumatología, aplicando un seguimiento más educación para reducir riesgos y proteger la organización materno-fetal (Olivé et al., 2001; Pan et al., 2003; Gerfaud-Valentin et al., 2014; Hosoya et al., 2021; Kitada et al., 2022; Martinez-King et al., 2023).

El propósito es analizar y describir el curso clínico, las características diagnósticas pero también los manejos multidisciplinarios de una gestante con una patología huérfana : Enfermedad de Still del Adulto, así como sus repercusiones maternas, fetales y perinatales, mediante este reporte de caso.

## 2. Metodología

Se realizó una investigación cualitativa y descriptiva (Pereira et al., 2018), bajo el diseño específico de estudio de caso único (Yin, 2015; Toassi & Petry, 2021), con análisis retrospectivo de la información clínica. El estudio se elaboró conforme a los estándares internacionales para la publicación de reportes de caso, siguiendo los lineamientos de la Guía CARE, asegurando la transparencia y exhaustividad del informe.

El análisis se efectuó de manera retrospectiva utilizando la información consignada en la historia clínica electrónica de la paciente, incluyendo notas médicas de evolución, registros de signos vitales, interconsultas, reportes quirúrgicos, resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas. Para garantizar la confidencialidad, todos los datos identificables fueron anonimizados antes de su revisión y análisis.

La recolección de la información se realizó de manera sistemática, abarcando:

- Datos demográficos;
- Antecedentes personales y obstétricos;
- Manifestaciones clínicas iniciales;
- Hallazgos del examen físico;
- Pruebas complementarias;

- Intervenciones terapêuticas;
- Evolución materna y perinatal.

Los hallazgos cualitativos se organizaron en una línea de tiempo clínica que permitió describir la progresión del cuadro. Los resultados de laboratorio se sistematizaron en tablas con el fin de evidenciar su variación durante la estancia hospitalaria y su relación temporal con las intervenciones instauradas. El análisis se centró en relacionar los cambios clínicos y paraclínicos con las decisiones terapéuticas y su impacto en el desenlace materno-fetal.

En cuanto a los aspectos éticos, se obtuvo consentimiento informado por parte de la paciente para el uso académico y científico de la información clínica. El protocolo fue aprobado por el comité de ética institucional, respetando los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y las normas de confidencialidad vigentes.

### 3. Caso clínico

Paciente femenina con antecedentes de anemia hemolítica autoinmune desde los 8 años, diagnosticada por aspirado de médula ósea y biopsias ganglionares, con episodios a lo largo de su vida caracterizados por fiebre recurrente, artralgias inflamatorias y adenopatías cervicales e inguinales, con inmunologías no concluyentes. A estudio presenta el antecedente de Enfermedad de Still del Adulto por parte de medicina interna y reumatología, la paciente refiere suspensión de inmunosupresores desde abril de 2023 por criterio propio no médico e identifica su estado de embarazo a las 6 semanas, fue valorada por medicina fetal el 31 de agosto de 2023 con EG 11.3 semanas, presenta bajo peso materno e inflamación por sospecha de artritis, por lo que se pactó seguimiento. El 2 de septiembre de 2023 fue hospitalizada en una institución de alto nivel de la región por hallazgo de trombocitopenia donde reumatología descartó hallazgos ecográficos relevantes (únicamente hepatomegalia) y solicitó valoración por hematología y genética. Hematología consideró artritis seronegativa o enfermedad inflamatoria sistémica, sin malignidad, a EG 17.1 semanas se evidenció anemia normocítica leve y genética solicitó un examen clínico completo. A las 26.1 semanas fue revisada por medicina fetal, encontrándose asintomática; reumatología dio el diagnóstico clínico probable de enfermedad de Still del adulto, fundamentado en fiebre recurrente, anemia hemolítica con Coombs positivo, artralgias y adenopatías persistentes, sin hallazgos malignos en estudios previos. La paciente recibió Tocilizumab el cual fue suspendido por cefalea y presentó mejoría parcial sobre la trombocitopenia. Finalmente, a las 34.1 semanas, la paciente refirió contracciones irregulares sin signos de alarma; ecografía obstétrica mostró biometría fetal normal y se programó cesárea electiva por presentación podálica junto con método de planificación definitivo tipo Pomeroy, manteniéndose manejo expectante por parte de las especialidades tratantes.

#### Antecedentes de interés

##### Ginecobstetricos

- No realizó control preconcepcional;
- Realizó 8 controles prenatales por medicina general;
- Embarazo de 34,2 semanas por ecografía y fecha de última regla (FUR);
- Embarazo único, sin alteraciones estructurales destacadas;
- Perfil biofísico fetal (BPP) 8/8 con un Doppler dentro de la normalidad;

#### Antecedentes patológicos

- Enfermedad de Still del adulto (ESA);
- Anemia hemolítica autoinmune;
- Artritis reumatoide (AR);

- Migraña;
- Vaginositis bacterianas a repetición.

#### Antecedentes Quirúrgicos

- Extirpación de ganglios a nivel del cuello y pulmón.

#### Antecedentes Farmacológicos

- Leflunomida y Tofacitinib (suspendidas para el embarazo).

#### Evolución

Signos vitales de ingreso: presión arterial de 130/90 milímetros de mercurio (mmHg), frecuencia cardíaca (FC) 95 latidos por minuto (Lpm), frecuencia respiratoria (FR) 18 respiraciones por minuto (Rpm) y una temperatura (T°) de 36° centígrados(C).

Examen físico de ingreso: Paciente alerta orientada la cual deambula por sus propios medios, con salida de líquido amniótico claro no maloliente, sin sangrado activo. Feto en presentación podálica, dorso Izquierdo.

La Tabla 1 a continuación presenta información de los paraclínicos de ingreso:

**Tabla 1 - Paraclínicos de ingreso.**

Examen	Valor	Valor de referencia	Unidades
Hemoglobina	***11.7	12.0 - 16.0	g/dL
Hematocrito	36.2	36% - 46%	%
Plaquetas	312,000	150,000 - 400,000	/μL
Leucocitos	11,940	4,000 - 10,000	/μL
Creatinina sérica	***1.07 (ligeramente elevada)	0.6 - 1.1	mg/dL
Proteína C reactiva	***41.36	< 5	mg/L
Tiempo de protrombina	12.52 (INR 0.92)	11 - 13.5 (INR 0.8 - 1.2)	Segundos
Uroanálisis	Normal	Sin alteraciones	N/A

Fuente: Datos de investigación (2025).

**Descripción.** Gramos por decilitro (g/dL). Porcentaje (%), Células por microlitro (/μL). Miligramos por decilitro (mg/dL) Miligramos por litro (mg/L). Tiempo de protrombina: Segundos (s).

Tras la evolución inicial, se diagnóstico una ruptura prematura de membranas (RPM) en embarazo pretérmino con una presentación podálica; Se decidió realizar una cesárea de emergencia debido al trabajo de parto activo con una dilatación cervical de 4 cm y el riesgo de complicaciones materno fetales.

### Hallazgo quirúrgico

Producto femenino vivo pretérmino de 34,2 ss con un peso de 2,225 gramos(gr), talla de 45 centímetros (cm) y un apgar de 8/9; circular de cordón umbilical además de oligohidramnios; Uterotónico e involucionado, sin sangrado o hemorragia activa; Ovarios y trompas de Falopio con morfología normal.

### Postoperatorio inmediato

La paciente evolucionó estable, tolerando vía oral, con adecuada diuresis y sin signos de infección o complicaciones post quirúrgicas, los loquios fueron de carácter hemáticos y escasos sin evidenciar atonía uterina. Se le indicó manejo integral profiláctico con antibióticos, analgesia y vigilancia estrecha durante la estancia hospitalaria.

### Evolución final

Signos vitales de ingreso: TA 100/90 mmHg, FC 79 Lpm, FR 19 Rpm, T° 36°C.

Examen físico de ingreso: Herida quirúrgica limpia seca, útero involucionado a nivel infraumbilical, loquios hemáticos escasos, extremidades sin edema, llenado capilar menor de 2 segundos.

La Tabla 2 a continuación presenta información de los paraclínicos de egreso:

**Tabla 2** - Paraclínicos de egreso.

Examen	Valor	Valor de referencia	Unidades
Hemoglobina	***11.5	12.0 - 16.0	g/dL
Leucocitos	9,800	4,000 - 10,000	/μL
Creatinina sérica	0,9	0.6 - 1.1	mg/dL
Proteína C reactiva	20	< 5	mg/L

Fuente: Datos de investigación (2025).

**Descripción.** Gramos por decilitro (g/dL). Células por microlitro (/μL). Miligramos por decilitro (mg/dL). Miligramos por litro (mg/L).

La paciente se mantuvo estable durante la estancia hospitalaria, los cambios que se observaron en los paraclínicos de laboratorio dejan en evidencia una evolución favorable hacia la resolución del proceso inflamatorio.

La Tabla 3 a continuación presenta información comparativa de la ESA y la AR:

**Tabla 3** - Características clínicas comparativas entre ESA y la AR.

	Enfermedad de Still del adulto	Artritis reumatoide
<b>Síntomas iniciales</b>	Fiebre alta, erupción cutánea evanescente y dolor articular generalizado	Dolor e inflamación articular simétrica y rigidez matutina prolongada.
<b>Causa</b>	Desconocida	Enfermedad autoinmune
<b>Evolución</b>	Puede ser episódica o crónica	Crónica con posibilidad de deformidades articulares si no se trata adecuadamente
<b>Influencia en el embarazo</b>	Influencia poco clara en el embarazo, con reportes de abortos espontáneos y partos prematuros	Tiende a mejorar durante el embarazo debido a cambios inmunológicos que promueven tolerancia

Fuente: Datos de investigación (2025).

**Descripción.** Resumen comparativo entre las características clínicas más relevantes que ayudan al diagnóstico diferencial entre AR y ESA. (Fernández-Ávil, et al. 2018; Valls Roc et al., 2003; Piñel-Pérez et al., 2021).

#### 4. Discusión

La Enfermedad de Still del Adulto (ESA) es una patología autoinflamatoria sistémica infrecuente caracterizada por fiebre elevada, artritis inflamatoria, exantema evanescente y marcada activación de citocinas proinflamatorias como IL-1 $\beta$ , IL-6 e IL-18 (Gerfaud-Valentin et al., 2014; Feist et al., 2018). Durante el embarazo, los cambios inmunológicos y hormonales propios de la gestación pueden favorecer tanto el debut como la exacerbación de la enfermedad, generando un escenario clínico complejo que implica riesgo para la madre y el feto.

El caso descrito evidencia los retos diagnósticos que plantea la ESA en gestantes, debido a la superposición clínica y paraclínica con entidades obstétricas potencialmente graves, tales como síndrome HELLP, preeclampsia, hígado graso agudo del embarazo e infecciones sistémicas. En concordancia con lo señalado por Yamaguchi et al. (1992) y Fautrel et al. (2002), el diagnóstico continúa siendo de exclusión y requiere un alto índice de sospecha, especialmente en mujeres con antecedentes de enfermedad inflamatoria sistémica o síntomas recurrentes compatibles.

La literatura señala que la ESA suele tener una evolución policíclica y que el parto pretérmino constituye una de las complicaciones obstétricas más frecuentes, alcanzando hasta 50 % de los casos descritos (Remaud et al., 2014; De Carolis et al., 2019). El presente caso coincide con este patrón clínico, dado que la paciente presentó ruptura prematura de membranas y parto pretérmino a las 34,2 semanas, hallazgos ampliamente descritos en mujeres con enfermedad autoinflamatoria activa durante la gestación.

El tratamiento de la ESA en el embarazo continúa representando un desafío por la falta de guías estandarizadas y la limitada evidencia sobre la seguridad de los fármacos en esta población. Los corticosteroides sistémicos siguen siendo el tratamiento más empleado, con prednisona en dosis de 0,5–1 mg/kg, aunque su uso sostenido se asocia con complicaciones como hipertensión y diabetes gestacional (Efthimiou et al., 2006; Andreoli et al., 2017).

En la última década, terapias biológicas dirigidas contra IL-1 e IL-6, como anakinra y tocilizumab, han emergido como alternativas en casos refractarios. En particular, el uso de tocilizumab durante el embarazo ha mostrado resultados alentadores; una revisión de 610 gestaciones expuestas no evidenció incremento de malformaciones congénitas ni efectos teratogénicos superiores a los de la población general (Jorgensen & Lapinsky, 2022), lo que respalda su utilización en contextos seleccionados y bajo estricta vigilancia multidisciplinaria.



En la paciente presentada, la ESA no debutó durante la gestación; sin embargo, la suspensión de inmunosupresores como leflunomida y tofacitinib —contraindicados en el embarazo por su potencial teratogénico, especialmente leflunomida— condicionó ajustes terapéuticos relevantes (Andreoli et al., 2017). Este escenario ilustra la necesidad de individualizar el tratamiento y reforzar la consejería preconcepcional en mujeres en edad fértil con ESA.

Desde la perspectiva fisiopatológica, la ESA se asocia a mayor riesgo de preeclampsia, parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino por el incremento sostenido de citocinas proinflamatorias como IL-1, IL-6 y TNF- $\alpha$ , implicadas en disfunción endotelial y alteraciones de la perfusión placentaria (Gerfaud-Valentin et al., 2014). En este caso, la paciente presentó cifras diastólicas elevadas compatibles con hipertensión gestacional, sin criterios de preeclampsia, complicación descrita aunque menos frecuente en esta enfermedad.

Si bien la restricción del crecimiento intrauterino y la ruptura prematura de membranas se reportan con menor frecuencia —alrededor del 9,09 % en algunas series—, el recién nacido presentó peso menor de 2500 g pero adecuado para la edad gestacional, lo cual sugiere que el seguimiento multidisciplinario oportuno contribuyó a preservar el bienestar fetal. No obstante, la relación causal directa entre ESA y ruptura prematura de membranas permanece incierta y representa una limitación de este reporte y de la literatura disponible, aún escasa.

Finalmente, la evolución posparto fue favorable y sin exacerbaciones. Sin embargo, se han descrito recurrencias posparto de hasta 63,16 % y brotes en 36,36 % de pacientes después del embarazo, incluso en mujeres previamente estables (De Carolis et al., 2019). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un seguimiento estrecho durante el puerperio y de vigilancia neonatal, considerando la experiencia acumulada en patologías autoinmunes relacionadas.

## 5. Conclusión

La Enfermedad de Still del Adulto durante la gestación representa un desafío clínico relevante debido a su baja frecuencia, la inespecificidad de sus manifestaciones iniciales y la superposición con complicaciones obstétricas potencialmente graves. El diagnóstico oportuno y basado en criterios clínicos bien establecidos, junto con la exclusión sistemática de diagnósticos diferenciales, resulta esencial para orientar una terapéutica segura.

Este caso resalta la importancia del seguimiento estrecho del binomio materno-fetal y del abordaje multidisciplinario que involucre obstetricia, reumatología, medicina interna, hematología y neonatología, lo cual permite reducir riesgos y favorecer desenlaces favorables. Asimismo, evidencia la necesidad de individualizar las decisiones terapéuticas en gestantes con enfermedades autoinflamatorias, particularmente ante la suspensión o ajuste de fármacos potencialmente teratogénicos.

Finalmente, este reporte contribuye a la literatura existente al describir la evolución clínica de una gestante con ESA, enfatizando la pertinencia de establecer estrategias de vigilancia y seguimiento en el embarazo y puerperio, así como la relevancia de continuar generando evidencia que permita fortalecer las recomendaciones clínicas en esta población.

## Agradecimientos

Agradecemos profundamente a nuestra paciente, a su esposo e hija, quienes, con generosidad, confianza y valentía, permitieron que su historia clínica fuera compartida con fines académicos y científicos. Su testimonio no solo enriquece el conocimiento médico sobre una enfermedad poco frecuente en el contexto del embarazo, sino que también inspira el compromiso por una atención más humana, compasiva y basada en la evidencia. Este trabajo es, en gran parte, gracias a ellos.



## Referencias

- Andreoli, L., Bertsias, G. K., Agmon-Levin, N., Brown, S., Cervera, R., Costedoat-Chalumeau, N., Doria, A., Fischer-Betz, R., Forger, F., Moraes-Fontes, M. F., Nelson-Piercy, C., Piette, J. C., Ramsey-Goldman, R., Ruiz-Irastorza, G., Shoenfeld, Y., Stagnaro-Green, A., Tincani, A., Ugarte, A., & Mosca, M. (2017). EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(3), 476–485. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209770>
- CARE. (2025). case report guidelines [Internet]. CARE Case Report Guidelines. <https://www.care..statement.org/>
- De Boysson, H., Jamilloux, Y., & Sève, P. (2020). Biologic therapies in adult-onset Still's disease. *Rheumatology*, 59(8), 1739–1748. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez587>
- De Carolis, S., Cianci, F., Del Sordo, G., Botta, A., Salvi, S., Garofalo, S., Lanzone, A., & De Carolis, M. P. (2019). Adult-onset Still's disease and pregnancy. *Autoimmunity Reviews*, 18(9), 102356. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2019.102356>
- Efthimiou, P., Paik, P. K., & Bielory, L. (2006). Diagnosis and management of adult onset Still's disease. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 65(5), 564–572. <https://doi.org/10.1136/ard.2005.042143>
- Fautrel, B., Zing, E., Golmard, J. L., et al. (2002). Proposal for a new set of classification criteria for adult-onset Still disease. *Medicine*, 81(3), 194–200. <https://doi.org/10.1097/00005792-200205000-00003>
- Feist, E., Mitrovic, S., & Fautrel, B. (2018). Mechanisms, biomarkers and targets for adult-onset Still's disease. *Nature Reviews Rheumatology*, 14(10), 603–618. <https://doi.org/10.1038/s41584-018-0081-x>
- Gerfaud-Valentin M, Hot A, Huissoud C, Durieu I, Broussolle C, Seve P. Adult-onset Still's disease and pregnancy: about ten cases and review of the literature. *Rheumatol Int*. 2014;34(6):867–71. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00296-013-2765-5>
- Hosoya S, Sadatsuki M, Izuka S, et al. A case of recurrence of adult-onset Still's disease in the third trimester: a case report and literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21:163. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03648-1>
- Jorgensen, S. C. J., & Lapinsky, S. E. (2022). Tocilizumab for coronavirus disease 2019 in pregnancy and lactation: A narrative review. *Clinical Microbiology and Infection*, 28(1), 51–57. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.08.016>
- Kitada T, Kadoba K, Watanabe R, Koyama T, Nakayama Y, Taki M, et al. Listeriosis presenting with fever, arthralgia, elevated liver enzymes, and hyperferritinaemia in pregnancy: a critical mimicker of adult-onset Still's disease. *Scand J Rheumatol*. 2022;51(1):78–80. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/03009742.2021.1923149>
- Martinez-King C, Chung SH, McCartney SA. Adult-onset Still's disease in pregnancy: Lessons learned and an approach to subsequent pregnancies. *Reprod Sci*. 2023;30(12):3515–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s43032-023-01296-8>
- Olivé A, Holgado S, Valls M. Enfermedad de Still del adulto. *Rev Esp Reumatol*. 2001;28(1):32–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-enfermedad-still-del-adulto-15194>
- Piñel-Pérez, Carlos Santiago, Gómez-Roso Jareño, María José, Caliendo, Constanza Gabriela, Steinberg-Contreras, Gizelle Helena, & López-Galián, Juan José. (2020). Artritis reumatoide y embarazo. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecología y obstetricia de México*, 88(11), 806-814. Epub 18 de octubre de 2021. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412020001100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020001100007&lng=es&tlng=es)
- Pan V. Newly diagnosed adult-onset Still disease in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2003;101(5):1112–6. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(03\)00065-6](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(03)00065-6)
- Plaçais L, Mekinian A, Bornes M, Poujol-Robert A, Bigé N, Maury E, et al. Adult onset Still's disease occurring during pregnancy: case-report and literature review. *Semin Arthritis Rheum*. 2018;47(4):575–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.07.003>
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM.
- Remaud, A., Riviere, S., Lavigne, C., et al. (2014). Pregnancy outcome in adult-onset Still's disease. *Arthritis Care & Research*, 66(7), 1098–1104. <https://doi.org/10.1002/acr.22240>
- Toassi, R. F. C. & Petry, P. C. (2021). Metodologia científica aplicada à área da saúde. (2ed). Editora da UFRGS.
- Yin, R. C (2015). O estudo de caso. Editora Bookman.
- Yamaguchi, M., Ohta, A., Tsunematsu, T., et al. (1992). Preliminary criteria for classification of adult Still's disease. *The Journal of Rheumatology*, 19(3), 424–430.