

Medicina Interna General

General Internal Medicine

MI-1

¿SE ASOCIA LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES CON DEMORA EN EL INICIO DE UNA CIRUGÍA DE URGENCIA?

CAMARGO CLAUDIA, MONTES FR, ALVARADO P, NOVOA D, ORTIZ N, SIERRA D, VILLAR JC.

Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia.

Introducción. En pacientes sometidos a cirugía no cardíaca, tanto los procedimientos de urgencia, como la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son factores de riesgo para mortalidad. Nuestro grupo documentó que el tiempo entre el ingreso y el inicio de la cirugía (TIIC) se asocia positivamente con la incidencia de complicaciones postoperatorias (1). El objetivo de este estudio es determinar si la presencia ECNT se encuentra asociada al aumento del TIIC en pacientes sometidos a cirugía ortopédica u abdominal de urgencia.

Diseño. Casos y controles anidado en una cohorte retrospectiva.

Métodos. Cohorte constituida por pacientes mayores de 45 años de edad sometidos a cirugía ortopédica y abdominal de urgencia (enero 2012 - junio 2015), con un muestreo representativo de la población, más una sobre muestra del subgrupo con estancia hospitalaria superior al percentil 90 (proporción 60/40). Los casos fueron aquellos intervenidos ≥ 48 horas (percentil ≥ 75 TIIC). Se extrajeron de historias clínicas variables sociodemográficas y factores de riesgo conocidos para mortalidad a 30 días (2). Se desarrolló un modelo de regresión logística para identificar la asociación entre ECNT y el tiempo ingreso-inicio cirugía.

Resultados. En 450 pacientes de la cohorte (edad promedio 65, DE 12.7 años, 52% sexo masculino) se identificaron 218 casos y 232 controles. Se encontraron ECNT en 80% (n=176) casos y 59% (n=137) controles ($p < 0.001$); estos tienen 2.9 (IC 95% 1.89-4.45) más riesgo de aumento de TIIC. Se encontró que los factores asociados a la demora de inicio de cirugía fueron: Enfermedad arterial coronaria 1.98 (IC 95% 1.03-3.8), diabetes mellitus 1.85 (IC 95% 1.14-2.98) y cáncer activo 4.8 (IC 95% 2.7-8.5).

Conclusión. La presencia de ECNT en pacientes sometidos a cirugía de urgencia, explica parcialmente el retardo en el inicio del procedimiento. Medidas que mejoren su conocimiento, control y tratamiento oportuno podrían mejorar los resultados al reducir este tiempo.

MI-2

ANGIOEDEMA AISLADO DE LA ÚVULA POS COCAÍNA

VARGAS DIANA, BOHÓRQUEZ L, BAUTISTA D, DUARTE C, ROJAS N.

Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.

Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá, Colombia.

Introducción. El angioedema aislado de la úvula es una rara condición de edema de la vía aérea superior, que puede presentarse en casos hereditarios o de forma aislada posterior a trauma o exposición a tóxicos o algunos medicamentos. El espectro clínico es variable, puede cursar asintomático o presentarse con obstrucción severa de la vía aérea.

Diseño y Métodos. Estudio descriptivo del tipo reporte de caso

Resultado. Paciente masculino de 26 años con cuadro clínico de 3 horas de evolución de odinofagia y sensación de cuerpo extraño. Refirió consumo de alcohol, marihuana, popper (alquilnitritos) y cocaína 2 horas previas al inicio de los síntomas. Primer episodio, sin historia de alergias ni otros antecedentes de importancia. En el examen físico, se encontró un paciente en buenas condiciones generales, sin dificultad respiratoria, con edema aislado de la úvula, resto del examen físico normal. Recibió manejo con corticoide y epinefrina, con resolución de los síntomas 3 horas posterior al ingreso.

Conclusión. El angioedema aislado de la úvula o enfermedad de Quincke es una rara condición, caracterizada por edema y palidez de la úvula, sin compromiso de otras estructuras adyacentes de la orofaringe.

Su fisiopatología ha sido relacionada con una reacción de hipersensibilidad tipo I por degranulación de mastocitos, aunque se ha propuesto que también pueda ser por lesión térmica directa o mecánica. Se han reportado casos asociados con exposición a tóxicos como la cocaína; medicamentos como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antiinflamatorios no esteroideos; traumático pos intubación orotraqueal; sarcoidosis y casos hereditarios.

Es fundamental su reconocimiento y tratamiento temprano. El manejo farmacológico incluye el uso de antihistamínicos, corticoides y epinefrina.

MI-3

PREVALENCIA DE SÍNDROME CARDIORENAL EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DEL SURORIENTE COLOMBIANO, 2013-2015

AVILA-RODRIGUEZ LESDY VANEZA, MONTERO O, TORO J, MONDRAGON-CARDONA Á, JIMÉNEZ-CANIZALES CE.

Departamento de Medicina Interna, Universidad Surcolombiana. Hospital Universitario Hernando Moncaleano, Departamento de Medicina Interna, Neiva, Colombia.

Introducción. Las enfermedades cardíacas, renales y su coexistencia vienen en aumento a nivel mundial, cerca del 50% de los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen disfunción renal y aproximadamente el 25% de los pacientes con enfermedad renal crónica son diagnosticados con insuficiencia cardíaca.

Objetivo. Prevalencia síndrome cardiorenal en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, injuria renal aguda y enfermedad renal crónica.

Diseño. Estudio de corte transversal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva, de pacientes con diagnósticos de insuficiencia renal y cardíaca aguda y crónica 2013-2015.

Metodos. Las variables se clasificaron en sociodemográficas, clínicas y comorbilidades se determinó depuración de creatinina, tasa de filtración glomerular, injuria renal aguda, enfermedad renal crónica, clasificación funcional de insuficiencia cardíaca, clasificación estructural de insuficiencia cardíaca, concentraciones de hemoglobina y tipo de síndrome cardiorenal.

Resultados. Se obtuvieron 632 pacientes con diagnósticos de falla cardíaca y/o falla renal crónica o aguda, 142 (22,46%) tenían diagnóstico de síndrome cardiorenal, 61,27% (87) eran hombres, 32,29% (46) eran entre los 71 y 80 años, la distribución de síndrome cardiorenal fue 54,93%(78) tipo II y 26,76% (38) tipo IV, 70,71% (99) tenían valores de creatinina entre 0-3 mg/dl, 50,70%(72) tenían una tasa de filtración glomerular (TFG) entre 20-40ml/min/1.73m², 45,07% (64) tenían una media de fracción de eyección ventricular izquierda de 32%. Conclusiones: La prevalencia de diagnóstico de síndrome cardiorenal fue del 22,46% inferior a otros estudios, la prevalencia de mortalidad es alta, el deterioro de la TFG y anemia empeoran el pronóstico.

Palabras clave: Síndrome cardiorenal; prevalencia; injuria renal aguda, insuficiencia cardíaca aguda; enfermedad renal crónica; insuficiencia cardíaca crónica; Colombia.

MI-4

DIMENHIDRATO COMO CAUSA DE SINDROME DE STEVENS JOHNSON

PALENCIA B. ANGÉLICA, WHITAKER BRITT M, ROJAS-C C, VILLALOBOS-M W.

Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.

Introducción. El síndrome de Stevens Johnson, es una reacción muco-cutánea caracterizada por un erupción macular en cara y tronco, con presencia de fiebre los primeros días, culminando con formación de bulas y presencia del signo de Nikolski como resultado de un desacoplamiento de la epidermis y la dermis. Se asocia a infecciones virales y con mayor frecuencia al uso de medicamentos, mejorando con el diagnóstico oportuno y la suspensión inmediata del medicamento desencadenante.

Diseño. Reporte de caso.

Métodos. Se plantea el reporte de un caso de una paciente con Síndrome de Steven Johnson asociado a uso Dimenhidrato

Caso clínico. Mujer de 67 años, con cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en aparición de placas eritematosas, confluentes, descamativas en áreas foto expuestas (cara, cuello y brazos), calor y dolor local, con compromiso de mucosa oral asociado a uso de Dimenhidrato por antecedente de Vértigo periférico.

Resultados. El tratamiento consistió en la suspensión inmediata del Dimenhidrato, la administración de glucocorticoide sistémico (Hidrocortisona) y humectación cutánea, presentando mejoría de sintomatología clínica a los 2 días de inicio de manejo.

Antecedentes relevantes Vértigo Periférico en tratamiento con Dimenhidrato.

Se realizo biopsia piel de clavícula derecha:

Los cortes muestran piel con ortoqueratosis, epidermis esencialmente usual, en la dermis papilar y reticular superficial se observa infiltrado linfocitario e histiocitario con eosinófilos que rodean vasos capilares ectásicos. No hay alteración de las paredes vasculares. El aspecto histológico favorece el diagnóstico de eritema multiforme en resolución Diagnóstico anatomopatológico: Eritema Multiforme en resolución.

Se evaluaron los antecedentes de la paciente quien previamente había presentado de reacciones de hipersensibilidad a penicilina y ASA, se considero relación causal con el inicio de uso repetido de dimehidrato, una semana antes y la presencia de las lesiones cutáneas y de mucosas, considerando la posibilidad de presentación eritema multiforme mayor asociado al dimenhidrato, se encontró reportada en la literatura la asociación poco frecuente al uso de este medicamento

Conclusiones. El dimenhidrato es un antiemético, antihistamínico, usado para el manejo del vertigo periférico, esta constituido 1:1 de difenhidramina, etanolamina y 8-cloroteofilina, desencadena una reacción de hipersensibilidad tipo IV – C, lo que conlleva toxicidad directa, desencadenando necrosis celular e inducción de la expresión de proteínas promotoras de la apoptosis de los queratinocitos.

MI-5

ANEMIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ARTERITIS DE TAKAYASU

DIANA VARGAS, CALDERÓN M, LABRADOR C, MARTÍNEZ G.

Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá, Colombia.

Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.

Introducción. La Arteritis de Takayasu conocida como enfermedad de los pulsos disminuidos, tromboartritis ocluyente, es una vasculitis de grandes vasos crónica inflamatoria estenótica que genera panarteritis de los grandes vasos y afecta especialmente la aorta y sus ramas principales. Puede causar vasculopatía sistémica que progresa y causa isquemia de órganos vitales.

Es una enfermedad rara, más común en Japón, Sur Este de Asia, India y México. Durante la fase temprana de la enfermedad puede presentar varios síntomas inespecíficos como anemia, fiebre, mialgias, malestar general. Requiere sospecharla clínicamente para orientar los estudios complementarios como hemograma, biomarcadores inflamatorios y según hallazgos clínicos considerar la realización de CT o MRA para confirmar y evaluar las complicaciones y extensión de la enfermedad.

Diseño y Métodos. Estudio descriptivo del tipo reporte de caso

Resultado. Paciente femenina de 28 años con cuadro clínico de 2 años de mareo asociado a cefalea global moderada. Historia de anemia, con antecedente de transfusión, manejo con ácido fólico y sulfato ferroso sin mejoría. Presentaba además pérdida de peso, odinofagia y carotidinia.

Ingresó con FC 78 lpm FR 17 rpm T 36°C Peso: 52 Kg TA MSI 80/50mmHg MSD 100/60 mmHg, TA MII 99/65 mmHg MID 109/72 mmHg, palidez generalizada, soplo carotídeo y subclavio bilateral, de predominio izquierdo. Ruidos cardíacos y pulmonares normales. Los pulsos periféricos eran de baja intensidad, con asimetría de los pulsos radiales y marcada disminución del pulso radial izquierdo.

Paraclínicos iniciales con anemia normocítica normocrómica homogénea, trombocitosis y leucocitos normales; PCR 99.92 mg/l y VSG 27 mm/hr elevadas, radiografía de tórax, ecocardiograma y ecografía de abdomen normales.

Dúplex carotídeo con importante engrosamiento endointimal de las carótidas comunes bilateral sin evidencia de arterioesclerosis, y angiotac que evidenció engrosamiento mural de las paredes de la carótida común bilateral desde su nacimiento hasta la bifurcación, de predominio izquierdo, con estenosis mayor del 50% de la carótida externa. Hallazgos confirmados con angiografía.

Perfil inmunológico con ANAS (+) 1/80, anti DNA, ANCAs y ENAs negativos, complemento normal. El diagnóstico de arteritis de Takayasu fue confirmado aplicando los criterios del ACR, cumpliendo 5/6 criterios, se inició tratamiento con prednisolona 50mg VO/día con seguimiento al mes asintomática, PCR y VSG normales, hemograma normal, sin anemia.

Conclusión. La arteritis de Takayasu, es una enfermedad rara, más común en Japón, Sur Este de Asia, India y México. La mayor incidencia ocurre en Japón 30 casos por millón comparado con 2.6 casos por millón por año en Europa y Norte América. Es más común en mujeres, entre 15-40 años, con una relación mujer a hombre en América 3:1.

Se manifiesta inicialmente con fiebre, diaforesis, pérdida de peso, hiporexia, artralgias, fatiga y anemia, síntomas inespecíficos. La fase ocluyente, ocurre tardíamente, con disminución o ausencia de los pulsos, soplos e hipertensión.

La presentación inespecífica y los resultados variables de laboratorio contribuyen al diagnóstico tardío y retraso en el tratamiento. El retraso en el diagnóstico varía de 10 meses a 4.9 años, predisponiendo a injuria arterial severa. De acuerdo a los criterios de ACR propuestos en 1990, el diagnóstico se realiza con criterios clínicos e imagenológicos. El hemograma muestra anemia normocítica normocrómica en 50% de los pacientes como lo fue el caso de nuestra paciente, leucocitosis y trombocitosis.

La arteriografía es el gold standard para el diagnóstico permite evaluar la extensión de la enfermedad pero se reserva para la realización de procedimientos de revascularización. CTA o MRA la han reemplazado para el estudio de lesiones lumbales y murales de la aorta y sus principales ramas en la fase temprana.

El objetivo del tratamiento es disminuir la inflamación activa y prevenir potenciales complicaciones. Los esteroides son el tratamiento de primera línea, sin embargo su eficacia es variable y depende del estadio y extensión. Pacientes con falla clínica, deben considerarse para terapia inmunomoduladora con metotrexate, azatioprina, micofenolato, ciclofosfamida y hay algunos estudios que soportan el uso de agentes biológicos con infliximab y etanercept.

MI-6

ENFERMEDAD DE QUINCKE

DIANA VARGAS, LABRADOR C, MARTÍNEZ G, AGUIRRE H, OSPINA M.

Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.

Clínica Universitaria, Bolivariana, Medellín, Colombia.

Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colombia.

Introducción. Angioedema uvular o enfermedad de Quincke es una presentación rara de angioedema de la vía aérea superior, fue descrita por primera vez por Quincke en 1882. Presentamos un caso posterior a intubación orotraqueal.

Diseño y Métodos. Estudio descriptivo del tipo reporte de caso

Resultado. Masculino de 64 años, politraumatizado en accidente de tránsito requirió manejo quirúrgico ortopédico presentando evolución clínica pos operatorio favorable; 24 horas pos extubación refirió odinofagia asociado a sensación de masa en la úvula, al examen de cavidad oral se aprecia edema de la úvula, sin eritema, sin disnea se dio tratamiento con esteroide y adrenalina con lo que logró mejoría clínica a la hora y resolución completa a las 6 horas. El paciente no tenía historia familiar de episodios previos ni de historia familiar de angioedema.

Conclusión. Angioedema uvular o enfermedad de Quincke, es generalmente causada por reacción de hipersensibilidad tipo I inmediata, puede ocurrir por exposición a un estimulante inmunológico y no inmunológico, como medicamentos, tóxicos (cocaína), trauma (frío, intubación orotraqueal).

Es importante reconocerlo y tratarlo tempranamente porque puede causar obstrucción de la vía aérea y dificultad respiratoria. El diagnóstico diferencial debe hacerse con uvulitis, la cual es infecciosa y frecuentemente está asociado con epiglotitis.

MI-7

RABDOMIOLISIS POR ESTATINAS: IMPACTO EN SU IDENTIFICACION Y TRATAMIENTO OPORTUNO

SALDARRIAGA RIVERA LINA MARÍA, RIVERA TOQUICA F, RIVERA GARCÍA LA.

Clínica Los Rosales S.A, Pereira, Colombia.

Introducción: Los síndromes miopáticos asociados con la terapia de estatinas van desde mialgias con miositis hasta rabdomiólisis, la cual está asociada con insuficiencia renal aguda. Siendo una patología infrecuente estimada en 1.5 sobre 10 millones de prescripciones medicas.

Caso Clínico. Masculino 76 años, con antecedente de HTA, DM2 y dislipidemia, con cuadro clínico de 1 mes de evolución con debilidad proximal progresiva en cintura pélvica y escapular. Refería consumo de atorvastina 40mg/noche, siendo suspendido cuando comenzó con mialgias. Ingres a hospitalización presentando elevación de enzimas musculares CPK total (>10veces pero <50veces valor normal), Transaminasas elevadas 5 veces su valor normal, elevación de la creatinina:7.98, proteinuria 24h:345mg, mioglobina sérica elevada, electromiografía: patrón miopático proximal y distal en las 4 extremidades, reactantes de fase aguda (VSG-PCR) normales. Se realiza diagnóstico diferencial descartándose polimialgia reumática y miopatía inflamatoria autoinmune tipo polimiositis. El paciente recibe manejo con líquidos, suspensión de atorvastatina, fisioterapia, disminuyendo diariamente niveles de CPK y transaminasas hasta su normalización después de 20 días de tratamiento.

Discusión. La rabdomiolisis por estatinas es un evento adverso medicamentoso infrecuente que en muchos casos puede ser fatal. La CPK es el indicador más sensible y precoz para la detección de este evento, considerándose patológico si aumenta hasta 50 veces su valor normal. Es importante considerar que un diagnóstico y tratamiento oportuno de esta condición impacta en el pronóstico y la sobrevida. Un tratamiento inicial conservador con adecuada respuesta es indicador de buen pronóstico.

MI-8

SEGUIMIENTO A UN MODELO DE ATENCIÓN DE HOSPITAL DÍA POLIVALENTE EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN, 2014 – 2016.

DÍAZ CORONADO JUAN CAMILO, PINEDA TAMAYO R, RODRÍGUEZ DE, QUINTERO M.

Artmedica, Medellín, Colombia.

Introducción. Los modelos de atención domiciliaria son alternativas seguras y eficaces para del cuidado médico de los pacientes. Los hospitales día brindan atención especializada y tratamientos dirigidos con adecuados estándares de calidad, que por diferentes mediciones logran llenar las expectativas del paciente y sus familias. Sin embargo este modelo no ha sido lo suficientemente explorado en Colombia.

Con este estudio se quiere determinar la seguridad y eficacia en términos de mortalidad, reingresos hospitalarios y eventos adversos en el seguimiento de un modelo de hospital día polivalente en medicina interna en la ciudad de Medellín, durante el año 2014 a 2016.

Diseño y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de fuentes secundarias, del registro de historias clínicas de 3419 pacientes atendidos en programa de altas tempranas entre junio de 2014 y Mayo de 2016 en la ciudad de Medellín, procedentes de salas de hospitalización de medicina interna y urgencias de instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad, y servicios ambulatorios. Se realiza análisis univariado a través de proporciones y tasas para determinar mortalidad, reingresos hospitalarios y eventos adversos en paquete estadístico epidat versión 4,1

Resultados. Edad promedio 62,6 años (ds 18,3). El 66% eran mujeres. Las primeras 3 patologías fueron Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (16%), Diabetes (11,32%), Infección de vías urinaria (9,7%). La tasa de reingresos fue 2,6% por el mismo diagnóstico que ingreso al programa, una tasa de eventos de 0,66% y una tasa de mortalidad de 0,87%.

Conclusiones. Este análisis retrospectivo del modelo de hospital día en medicina interna, único reportado hasta el momento en literatura de Latinoamérica, nos permite demostrar su seguridad y eficacia clínica en la atención de los pacientes adultos.

MI-9

ANÁLISIS INSTRUMENTAL DEL PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CON METAS TEMPRANAS EN PACIENTES CON SEPSIS GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

LONDOÑO JESSICA, NIÑO C, VALENCIA M, PERDOMO M, CÁRDENAS D, VALLEJO C, ARCHILA A, MONCAYO G, HINCAPIÉ C, TIBADUIZA MF, RESTREPO C, ASCUNTAR J, LEÓN A, JAIMES F.

Universidad de Antioquia, Hospital Pablo Tobón Uribe, IPS Universitaria-Clínica León XIII, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín, Colombia. Financiación Instituto Colombia.no para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (COLCIENCIAS – Convenio 1115-56933-3362).

Introducción. se sugiere una disminución en la mortalidad intrahospitalaria con la implementación de un protocolo de “reanimación con metas tempranas” (RMT) en sepsis, pero su implementación es controversial. Este estudio pretende determinar el efecto de cada una de las estrategias que componen la RMT en la mortalidad intrahospitalaria.

Diseño. Cohorte prospectiva en 3 hospitales universitarios.

Métodos. Pacientes admitidos por urgencias con diagnóstico de infección y presencia de choque (presión sistólica < 90) o lactato > 4 mmol/L. Para estimar el efecto de cada intervención se realizó un análisis de variables instrumentales, tomando como variable instrumental la Institución en la cual se atiende al paciente.

Resultados. Se evaluaron 1972 pacientes, 690 cumplían criterios de inclusión. La mortalidad de fue de 17% (n=117). En el análisis univariado no se obtuvieron diferencias significativas para la mortalidad con la solicitud de lactato y de hemocultivos, la administración de 1500 cc de LEV en la primera hora o el inicio de antibióticos en las primeras 6 horas. Con respecto a estos últimos, se encontró una reducción no significativa (p=0,15) del 4,4 % en la mortalidad (19,8% vs. 15,4%). Con el uso de catéter venoso central se encontró una diferencia de mortalidad del 21,6% entre los que no tenían catéter vs los que sí (13,5% vs 35,1%, p=0,000). Luego del análisis ajustado con la variable instrumental, se encontró una reducción de mortalidad del 20,5% (p=0,027) con la administración de antibióticos y un aumento no significativo en la mortalidad del 25% (p=0.705) con el uso de catéter venoso.

Conclusiones. Entre los pacientes que ingresan a urgencias con infección y criterios de choque o hipoperfusión, no se encontró asociación entre la mayoría de intervenciones y la mortalidad. Sin embargo, la administración temprana de antibióticos parece ser la estrategia más asociada con un pronóstico favorable en estos pacientes.

MI-10

REPORTE DE CASO CLINICO. DIAGNOSTICO DIFICIL EN UNA ENFERMEDAD POCO COMUN. ENFERMEDAD DE STILL

LOPEZ MORA OM, GASTELBONDO JA.

Hospital Santa Clara, Bogotá, Colombia.

Introducción. La enfermedad de Still, es una patología inflamatoria poco común de origen desconocido, con pocos casos reportados y con una incidencia a nivel mundial entre 1 a 34 casos por millón de habitantes, principalmente descritos en Europa y Japón, inicialmente diagnosticado en niños pero los síntomas se presentan en personas adultas. Los rasgos característicos de la enfermedad son las articulaciones dolor o la artritis, el salmón erupción de color y la fiebre de alto grado.

Presentación de caso. Una paciente de 22 años de edad, ingresa al hospital de Santa Clara, por cuadro clínico de cuadros de amigdalitis a repetición, asociado a fiebre cuantificada de 39-40°, y dolores poliarticulares. Durante estancia hospitalaria, paciente presenta cuadro de dolor abdominal, en fosa iliaca derecha, considerándose posible cuadro de apendicitis, fue valorada por servicio de Cirugía general, descartándose dicha patología.

Paraclínicos mostraron durante toda hospitalización leucocitosis variable, se descarta patologías de origen viral (VIH, virus hepatofros negativos), persiste fiebre de predominio nocturno completando mas de 2 semanas, posteriormente aparecen lesiones cutáneas en miembros inferiores, dorso, y abdomen [Fig, 1], dada persistencia de fiebre se decide inicio de corticoide sistémico, con resolución de fiebre y desaparición de lesiones dermatológicas, se solicita ferritina, encontrándose elevada, se realiza diagnostico final de Enfermedad de Still

Discusión. La enfermedad de Still es una patologia a tener en cuenta en los casos de fiebre de origen desconocido, donde el diagnostico es dificil y se han excluidos otras causas descritas en la literatura, convirtiendose en un gran reto diagnostico para el clinico