

Caso clínico

Poliserositis y trastornos endocrinos en una paciente con anorexia nerviosa: a propósito de un caso

Aura María Salazar Solarte¹, Wilfredo Antonio Rivera-Martínez², Cristina Vernaza Obando¹,
Jose Mauricio González Murillo³, Yesit Bolaños Moreno⁴, Alin Abreu Lomba²

¹Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

²Clínica Imbanaco, Cali, Colombia

³Universidad Libre, Cali, Colombia

⁴Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia

Cómo citar: Salazar Solarte AM, Rivera-Martínez WA, Vernaza Obando C, González Murillo JM, Bolaños Moreno Y, Abreu Lomba A. Poliserositis y trastornos endocrinos en una paciente con anorexia nerviosa: a propósito de un caso. Rev Colomb Endocrinol Diabet Metab. 2026;13(2):e967. <https://doi.org/10.53853/encr.13.2.967>

Recibido: 1/Julio/2025

Aceptado: 05/Marzo/2026

Publicado: 26/Mayo/2026

Resumen

Introducción: la anorexia nerviosa es un trastorno psiquiátrico con serias consecuencias somáticas, incluida la afectación endocrina y cardiovascular. Entre sus manifestaciones más infrecuentes y graves se encuentra la poliserositis, que requiere un abordaje clínico oportuno.

Objetivo: describir un caso de anorexia nerviosa con poliserositis y compromiso endocrino severo, destacando su diagnóstico, manejo multidisciplinario y evolución clínica.

Presentación del caso: adolescente de 17 años con historia de pérdida de peso progresiva, amenorrea, intolerancia al frío y síntomas autonómicos. Ingresó por un episodio sincopal con signos de shock (hipotensión, bradicardia y caquexia). El ecocardiograma evidenció derrame pericárdico moderado a severo con compromiso hemodinámico, requiriendo pericardectomía y drenaje. Se documentó también derrame pleural exudativo. Las pruebas reumatológicas y oncológicas fueron negativas. El perfil endocrino reveló hipogonadismo hipogonadotrópico, supresión de la C-somatomedina (IGF-1), aumento de la hormona de crecimiento y síndrome de T3 baja, en contexto de desnutrición severa. Se instauró un plan nutricional progresivo con ganancia ponderal semanal de 600 g, que permitió la normalización del perfil hormonal y la resolución clínica.

Discusión: la poliserositis en anorexia nerviosa es una presentación rara, pero potencialmente mortal. Su fisiopatología incluye desnutrición prolongada, disfunción neuroendocrina y alteraciones cardiovasculares. La evaluación debe excluir causas infecciosas, neoplásicas y autoinmunes, e integrar un enfoque multidisciplinario.

Destacados

- La poliserositis es una presentación inusual y potencialmente fatal de la anorexia nerviosa, que, concomitante a las alteraciones hormonales secundarias, requiere de una detección y un manejo precoz.
- Las complicaciones cardiovasculares en la anorexia nerviosa, como los signos de shock asociados a taponamiento cardíaco, se han relacionado con factores de cronicidad y afectación de múltiples ejes hormonales.
- La base del tratamiento es la recuperación progresiva y monitorizada del peso.
- Los trastornos de la alimentación en pacientes pediátricos requieren un enfoque de manejo multidisciplinario.

Correspondencia: Aura María Salazar Solarte, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, calle 67 N.º 53-108, Medellín, Colombia. Correo-e: auram.salazars@udea.edu.co

Conclusión: este caso resalta la necesidad de considerar la anorexia nerviosa como causa subyacente de poliserositis en adolescentes con desnutrición severa. El tratamiento nutricional monitorizado y el abordaje multidisciplinario son fundamentales para la recuperación clínica y hormonal.

Palabras clave: anorexia nerviosa, derrame pericárdico, derrame pleural, trastornos de la alimentación y de la ingesta, enfermedades del sistema endocrino, adolescente.

Polyserositis and endocrine disorders in a patient with anorexia nervosa: A case report

Abstract

Introduction: Anorexia nervosa is a psychiatric disorder that entails serious somatic sequelae, including endocrine and cardiovascular involvement. One of its rarest and most severe manifestations is polyserositis, which demands prompt clinical management.

Objective: To describe a case of anorexia nervosa complicated by polyserositis and profound endocrine dysfunction, emphasizing the diagnostic process, multidisciplinary management, and clinical evolution.

Case presentation: A 17-year-old female adolescent presented with a 10-month history of progressive weight loss, amenorrhea, cold intolerance, and autonomic symptoms. She was admitted after a syncopal episode with signs of shock—hypotension, bradycardia, and cachexia. Transthoracic echocardiography revealed a moderate-to-severe pericardial effusion with hemodynamic compromise, necessitating pericardiectomy and drainage. An exudative pleural effusion was also documented. Rheumatologic and oncologic work-ups were negative. Endocrine assessment showed hypogonadotropic hypogonadism, suppressed insulin-like growth factor-1 (IGF-1), elevated growth hormone levels, and dysregulation of the thyrotropic axis, all in the context of severe malnutrition. A progressive nutritional rehabilitation program was instituted, achieving a weekly weight gain of 600 g, which led to normalization of the hormonal profile and complete clinical resolution.

Discussion: Polyserositis in anorexia nervosa is a rare yet potentially life-threatening presentation. Its pathophysiology involves prolonged malnutrition, neuroendocrine dysfunction, and cardiovascular alterations. The diagnostic evaluation must rule out infectious, neoplastic, and autoimmune etiologies and should be conducted within a multidisciplinary framework.

Conclusion: This case underscores the need to consider anorexia nervosa as an underlying cause of polyserositis in severely malnourished adolescents. Monitored nutritional rehabilitation and a coordinated multidisciplinary approach were pivotal to achieving clinical and hormonal recovery.

Keywords: Anorexia nervosa, Pericardial effusion, Pleural effusion, Feeding and eating disorders, Endocrine system diseases, Adolescent.

Highlights

- Polyserositis is an unusual and potentially fatal presentation of anorexia nervosa, which, along with secondary hormonal alterations, requires early detection and management.
- Cardiovascular complications in anorexia nervosa, such as signs of shock associated with cardiac tamponade, have been linked to chronicity and the involvement of multiple hormonal axes.
- The cornerstone of treatment is gradual and closely monitored weight restoration.
- Pediatric feeding disorders require a multidisciplinary management approach.

Introducción

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se presenta con un peso corporal anormalmente bajo, relacionado con un miedo intenso a engordar y una imagen distorsionada o autopercepción negativa de la figura corporal, así como un impulso exagerado a mantenerse delgado (1). Dadas las implicaciones de no tener un soporte nutricional adecuado, esta entidad se presenta con desregulación neuroendocrina, inmune y del sistema nervioso autónomo, además de complicaciones cardiovasculares en hasta el 80 % de los pacientes, con una mortalidad del 30 % (2).

La mayor tasa de incidencia incluye adolescentes de 15 a 19 años, que representan cerca del 40 % de todos los casos identificados (3). Las indicaciones de hospitalización están relacionadas con la descompensación metabólica, la cual puede llevar a hipotensión, deshidratación, anomalías electrolíticas graves y arritmias, incluyendo bradicardia persistente. Frecuentemente, presenta comorbilidad con otras condiciones de origen psiquiátrico, como depresión, ideación suicida, ansiedad y trastornos del sueño (4).

Según la literatura, el 35 % de los pacientes con anorexia nerviosa pueden presentar derrame pericárdico, el cual suele ser leve y sin repercusión hemodinámica (5). Es infrecuente que se presente con signos de shock asociado a taponamiento cardíaco o con un grado de severidad que requiera drenaje, y se ha relacionado con factores de cronicidad como un índice de masa corporal muy bajo, déficit proteico prolongado, alteraciones del perfil tiroideo y del factor de crecimiento similar a la insulina-1; no suele requerir intervenciones mayores distintas de la recuperación progresiva y monitorizada del peso (6).

A continuación, se presenta un caso de anorexia nerviosa complicada por poliserositis que requirió tratamiento invasivo por deterioro cardiovascular.

Presentación del caso

Adolescente femenina de 17 años de edad, con historia de 10 meses de evolución de pérdida

de peso progresiva, amenorrea, caída continua del cabello, aumento del vello corporal, astenia, malestar general, intolerancia al frío, diarrea, escalofríos, polidipsia, poliuria, nicturia y palidez mucocutánea.

Presentó un episodio sincopal e ingresó al servicio de urgencias con hipotermia, hipotensión, bradicardia (temperatura [T]: 36,3 °; presión arterial [PA]: 75/52 mmHg; frecuencia cardíaca [FC]: 54 latidos/minuto; frecuencia respiratoria: 14 respiraciones/minuto); llamó la atención la caquexia, con índice de masa corporal de 13 Kg/m² (desnutrición severa), con ruidos cardíacos rítmicos de baja intensidad (se documentó clínicamente tríada de Beck, por lo que se consideró derrame pericárdico), sin soplos, ruidos respiratorios disminuidos en las bases, sin agregados, extremidades hipotróficas, palidez generalizada e hirsutismo con predominio en el dorso torácico.

Reporte de ecocardiograma con evidencia de derrame pericárdico moderado a severo, que presentaba signos de inestabilidad hemodinámica, requiriendo soporte con atropina. Dado el deterioro cardiovascular, requirió drenaje por toracoscopia y pericardectomía amplia, obteniéndose 350 cc de líquido pericárdico. Los estudios realizados no mostraron evidencia de componente infeccioso y el análisis anatomopatológico fue negativo para malignidad.

Presentaba además derrame pleural izquierdo (figura 1); dada su repercusión hemodinámica, se realizó toracocentesis, cuyo estudio informó un exudado. Tras haberse descartado un componente infeccioso, oncológico y reumatológico, pero evidenciarse una afectación del eje neurohormonal, el caso se abordó como sospecha de trastorno de la conducta alimentaria. La paciente fue valorada por psiquiatría, encontrando además antecedentes de trastorno de ansiedad, sin seguimiento clínico ni tratamiento farmacológico.



Figura 1. Radiografía de tórax en proyección anteroposterior

Nota. Evidencia de efusión pericárdica y pleural (tomado de la historia clínica).

Análisis de líquido pleural con criterios de Light, mostrando un exudado, sin aislamiento microbiológico y con un estudio de patología que no reporta hallazgo de malignidad.

Fuente: elaboración propia.

En los laboratorios complementarios, se observaron pruebas reumatológicas con un C4 bajo, de 0,123 g/L (rango normal 0,9–1,9 g/L), con C3 normal, de 0,547 g/L (0,1–0,4 g/L), función hepática normal con alanina aminotransferasa de 22 U/L y aspartato aminotransferasa de 20 U/L, relación de proteínas totales en el límite inferior, de 6,6 g/dL (rango normal de 6,6–8,7 g/dL), hipoalbuminemia de 3,2 g/dL (3,4 a 5,4 g/dL), leucopenia de 3690 mm³, con tendencia a neutropenia de 1370 mm³. Fue evaluada por reumatología y hematología, considerándose una paciente con depleción nutricional, lo cual puede explicar el C4 consumido con C3 normal y hallazgos en el hemograma sin formas patológicas inmaduras u otros datos que requieran mayor estudio. Se consideraron excluyentes enfermedades reumatológicas

como lupus, artritis reumatoide, esclerodermia y Behcet; además se solicitaron ANAS (anticuerpos antinucleares) y factor reumatoideo, los cuales fueron negativos.

En un contexto de desnutrición, se indicaron estudios endocrinológicos (tabla 1) que mostraron síndrome de T3 baja, el cual podría explicar los hallazgos cardiovasculares; hipogonadismo hipogonadotrópico, con niveles de LH y FSH consistentes con la supresión hipotalámica inducida por la restricción calórica severa, que explicaría el estado de amenorrea referido al ingreso; además, se evidenció una alteración del eje somatotrópico dado por supresión de la C-somatomedina (IGF-1) y aumento de la hormona de crecimiento, en relación con un estado catabólico persistente con resistencia asociada.

Tabla 1. Reporte de seguimiento de perfil hormonal

Estudio	Primera valoración	Seguimiento a 8 semanas de inicio de tratamiento	Valores de referencia
ACTH	69,02 pg/mL	52 pg/mL	7,2–63,3 pg/mL
TSH	2,63 mUI/L	2,56 μ UI/ml	0,6–4,84 μ UI/ml
T3 total	26 ng/dL	26 ng/dL	80–200 ng/dL
T4 Libre	1,36 ng/dL	1,22 ng/dL	0,93–1,7 ng/dL
LH	<0,3 mUI/mL	4,2 mUI/mL	2,4–12,6 mUI/mL
FSH	0,30 mUI/mL	5,6 mUI/mL	2,5–12,5 mUI/mL
Estradiol	6,93 pg/mL	34 pg/mL	Percentil 5 (26,7 pg/mL)
Somatomedina-C	85 ng/dL	234 ng/dL	112–499 ng/dL
GH	15,77 ng/mL	7,5 ng/mL	0,126–9,66 ng/mL
Vitamina D	21,1 ng/mL	26,5 ng/mL	>30 ng/mL
Cortisol a. m.	31,4 mcg/dL	18 mcg/dL	5–25 mcg/dL
Vitamina B12	812 pg/mL	–	>400pg/mL
HCG	Negativo	–	Negativo

ACTH: hormona adrenocorticotrópica; TSH: hormona estimulante de la tiroides; T3: triyodotironina; T4: tiroxina; LH: hormona luteinizante; FSH: hormona foliculoestimulante; GH: hormona del crecimiento; HCG: gonadotropina coriónica humana.

Fuente: elaboración propia.

El cortisol matutino elevado, que se ha relacionado con estados de saciedad permanente que sostienen en el tiempo la falta de apetito en pacientes con trastorno alimentario tipo anorexia, permite considerar que esta condición es la causa del estado metabólico y de las alteraciones cardiovasculares evidenciadas en la paciente.

Durante su estancia, se llevó a cabo un plan de recuperación nutricional lento y progresivo

durante 12 semanas, con el que ganó 600 g por semana (para una ganancia total de peso de 7,2 kg) y normalizó su perfil hormonal sin requerir suplementación, según la evaluación bioquímica tras el inicio del tratamiento (tabla 1), lo que apoya que el desequilibrio estaba asociado a un factor nutricional. Al alta, se encontraba asintomática, bajo tratamiento ambulatorio del trastorno de alimentación y del estado de ánimo.

Discusión

La anorexia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica crónica con consecuencias somáticas potencialmente graves de tipo metabólico, con repercusiones endocrinológicas y riesgo de mortalidad dado el componente cardiovascular relacionado. Su prevalencia varía entre el 0,9 y el 3 % en mujeres y entre el 0,16 y el 0,3 % en varones, siendo más frecuente en la adolescencia (7). Esta paciente presentaba un índice de masa corporal en rango de desnutrición; su evaluación por psiquiatría, con hallazgos en la exploración mental, permitió el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y ansiedad de larga evolución relacionada.

La anorexia nerviosa también provoca alteraciones en múltiples ejes neuroendocrinos y péptidos que regulan los requerimientos calóricos (8–9). Los pacientes con esta afección presentan respuestas fisiológicas adaptativas a la inanición crónica, con síntomas neuropsiquiátricos sostenidos, todos ellos reversibles tras el restablecimiento del peso (6, 9). Los cambios hormonales incluyen resistencia a la hormona de crecimiento, con niveles bajos de factor de crecimiento similar a la insulina-1 o somatomedina; hipogonadismo hipogonadotrópico e hipercortisolemia, esta última debido a una activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, con hipersecreción de CRH (hormona liberadora de corticotropina), lo cual contribuye a la amenorrea (por inhibición de la GnRH [hormona liberadora de gonadotropina]) y a la pérdida ósea. Adicionalmente, se pueden observar cambios en las hormonas reguladoras del apetito y la saciedad (4). Todos estos hallazgos, observados en la paciente y dentro de la evaluación realizada, indican un estado crónico de la patología en ausencia de manejo multidisciplinario.

Como hallazgo cardiovascular, es habitual encontrar bradicardia e hipotensión hasta en el 95 % de los pacientes con anorexia nerviosa, posiblemente debido a un aumento del tono vagal (2). El derrame pericárdico se produce entre el 20 y el 70 % de los pacientes. Hanachi y colaboradores (10) realizaron un estudio que incluyó a 124 pacientes con una edad media de 30 ± 11 años, e informaron que 34 pacientes (27 %) tenían derrame pericárdico, el cual se asoció significativamente, en el estudio de biocomposición corporal, con

un índice de masa libre de grasa disminuido ($p < 0,036$). El taponamiento cardíaco ha sido reportado en algunos casos clínicos publicados (11), pero esta complicación continúa siendo infrecuente, lo que hace importante reportar estos casos para facilitar la sospecha y el manejo integral oportuno.

El hallazgo clínico–radiológico de derrame pleural y pericárdico obliga a descartar la presencia de neoplasia maligna primaria y metastásica, observada en una proporción importante de los casos en los que se presenta poliserositis; asimismo, es pertinente descartar trastornos metabólicos como hipotiroidismo, uremia y anorexia nerviosa, como pudo determinarse en este caso tras el análisis de la historia clínica y los reportes del perfil endocrinológico (12). Otras condiciones, como trauma cardíaco, procedimientos o enfermedad cardíaca subyacente, son una causa probable, pero con una evolución clínica diferente (8).

A nivel bioquímico, se encontró que el análisis del líquido pleural y pericárdico reportó un exudado, descartando inicialmente causas infecciosas, principalmente bacterianas, y considerando excluir enfermedades reumatológicas como lupus, artritis reumatoidea, esclerodermia y Behcet, que en este caso no fueron consideradas al encontrar un perfil reumatológico sin hallazgos sugestivos de enfermedades autoinmunes (9). Según lo reportado en la literatura (5), existe la posibilidad de no encontrar una etiología filiada entre el 20–50 % de los pacientes, por lo que el análisis del paciente debe realizarse siempre de manera multidisciplinaria, descartando patologías de origen mental que suelen iniciarse en la infancia o la adolescencia temprana (2).

El tratamiento de la anorexia nerviosa se basa en la recuperación nutricional progresiva, lenta y monitorizada, ya que, si se realiza de forma rápida, con elevadas cantidades de agua, electrolitos y proteínas, dará lugar al síndrome de realimentación, en el que se produce fallo cardiopulmonar, trastornos hidroelectrolíticos, arritmias, rabdomiólisis y compromiso neurológico (5). Como se logra evidenciar en esta paciente, una intervención multidisciplinaria permite llegar al diagnóstico, disminuyendo el riesgo de complicaciones y la mortalidad asociada. Se sugiere una mayor atención primaria de las enfermedades

mentales, ya que, sin seguimiento y tratamiento, pueden ser devastadoras.

Contribución de los autores

Aura María Salazar-Solarte: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, escritura (borrador original); Cristina Vernaza Obando: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, escritura (borrador original); Wilfredo Antonio Rivera-Martínez: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, escritura (borrador original); José Mauricio González Murillo: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, escritura (borrador original), escritura (correcciones del arbitraje y de edición); Yesit Bolaños-Moreno: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, escritura (borrador original); Alin Abreu Lomba: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, escritura (borrador original).

Declaración de fuentes de financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación.

Implicaciones éticas

Los autores declaran seguir los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 y la Declaración de Helsinki para la escritura y publicación de este manuscrito; se anexó el consentimiento informado.

Conflictos de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés para la escritura y publicación de este manuscrito.

Declaración de datos

Los autores declaran que no existen datos disponibles publicados en acceso abierto en repositorios. Para cualquier consulta o solicitud relacionada con el artículo, se debe contactar al autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial (IA)

Los autores declaran no haber utilizado IA para la conceptualización, el análisis ni la escritura de este trabajo.

Referencias

- [1] Mitchell JE, Peterson CB. Anorexia nervosa. *N Engl J Med*. 2020;382(14):1343–1351. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1803175>
- [2] Giovinazzo S, Sukkar SG, Rosa GM, Zappi A, Bezante GP, Balbi M, et al. Anorexia nervosa and heart disease: A systematic review. *Eat Weight Disord*. 2019;24(2):199–207. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0567-1>
- [3] Chidiac CW. An update on the medical consequences of anorexia nervosa. *Curr Opin Pediatr*. 2019;31(4):448–453. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000755>
- [4] Puckett L, Grayeb D, Khatri V, Cass K, Mehler P. A comprehensive review of complications and new findings associated with anorexia nervosa. *J Clin Med*. 2021;10(12):2555. <https://doi.org/10.3390/jcm10122555>
- [5] Gibson D, Workman C, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(2):263–274. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.009>
- [6] Marín BV, Rybertt V, Briceño AM, Abufhele M, Donoso P, Cruz M, et al. Trastornos de la conducta alimentaria: alteraciones cardiovasculares al ingreso y evolución a 3 meses. *Rev Med Chil*. 2019;147(1):47–52. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100047>
- [7] Chew KK, Temples HS. Adolescent eating disorders: Early identification and management in primary care. *J Pediatr Health Care*. 2022;36(6):618–627. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2022.06.004>
- [8] Sachs KV, Harnke B, Mehler PS, Krantz MJ. Cardiovascular complications of anorexia nervosa: A systematic review. *Int J Eat*

- Disord. 2016;49(3):238–248. <https://doi.org/10.1002/eat.22481>
- [9] James RM, O’Shea J, Micali N, Russell SJ, Hudson LD. Physical health complications in children and young people with avoidant restrictive food intake disorder (ARFID): A systematic review and meta-analysis. *BMJ Paediatr Open*. 2024;8(1):e002595. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2024-002595>
- [10] Robatto AP, Cunha CM, Moreira LAC. Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2024;100(Suppl 1):S88–S96. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2023.12.001>
- [11] Adams KN, Hovel E. Eating disorders: All that a pediatrician should know. *Adv Pediatr*. 2024;71(1):69–86. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2024.02.005>
- [12] Aulinas A, Marengi DA, Galbiati F, Asanza E, Slattery M, Mancuso CJ, et al. Medical comorbidities and endocrine dysfunction in low-weight females with avoidant/restrictive food intake disorder compared to anorexia nervosa and healthy controls. *Int J Eat Disord*. 2020;53(4):631–636. <https://doi.org/10.1002/eat.23261>