



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

**MODALIDAD DE TITULACIÓN: ANÁLISIS DE CASOS
“POLISEROSITIS”**

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentado para optar al grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTORA: GORDILLO CASTRO ZOILA MARILU

DIRECTOR: Dra. EIDA ORTIZ

Riobamba-Ecuador

2019

@ 2019; Zoila Marilu Gordillo Castro

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, ZOILA MARILU GORDILLO CASTRO, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autora asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; El patrimonio intelectual generado por la misma pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 15 de agosto de 2019

Zoila Marilú Gordillo Castro

CI: 020205330-2

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

El Tribunal del trabajo de la titulación certifica que: El trabajo de titulación: Tipo Análisis de Casos, “**POLISEROSITIS**”, realizado por la señorita **ZOILA MARILU GORDILLO CASTRO**, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, el mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

FIRMA

FECHA

Dr. Edwin Hinojosa

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Eida Ortiz Zayas

DIRECTOR DEL TRABAJO DE

TITULACIÓN

Dra. Nilvia Serrano

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo primero a Dios porque Él lo es todo y todo es para EL, por su fidelidad, por su presencia en mi vida, y por qué ha sido el quien me ha dado sabiduría y la fuerza durante todo este reto que ha sido para mí esta carrera.

A mis padres y mis hermanos quienes han sido una pieza clave durante mi vida académica, y quienes me han brindado su apoyo durante toda mi vida académica y me han enseñada que un desliz o una caída solo me ayudan a tomar impulso y con amor y ejemplo ha impregnado en mi vida valores, amor y sobre todo a no rendirme hasta alcanzar todas y cada una de las metas.

También dedico este trabajo a mis Pastores quienes se han convertido en personas importantes y especiales, por su guía por cada consejo y apoyo incondicional.

Marilú

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios, por su fidelidad y sobre todo por su gran amor y misericordia, porque me ha sostenido y levantado, cada día para continuar y lograr culminar con éxito esta carrera y alcanzar cada una de mis metas planteadas.

A mis padres, mis hermanos, mis sobrinos y mis cuñados por que han sido un pilar fundamental, porque gracias a su apoyo y ejemplo he podido mantenerme firme, gracia a su amor incondicional me han infundio ánimo y aun en los momentos más difíciles hemos podido continuar.

Quiero agradecer también a mis Pastores y amigos, gracias por su guía, sus consejos por enseñarme a no rendirme y por continuar para alcanzar mis metas con honestidad y por enseñarme a ser una mejor persona cada día.

Marilú

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	xii
SUMMARY	xiii
CAPITULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Generalidades	1
1.2. Etiopatogenia	2
1.3. Clínica.....	4
1.4. Diagnóstico	4
1.4.1. Laboratorio.....	5
1.2.1. Examen de imagen	5
1.5. Tratamiento.....	6
1.6. Complicaciones	7
CAPITULO II	8
2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.....	8
2.1. Anamnesis	8
2.2. Hábitos.....	8
2.3. Motivo de consulta	8
2.4. Enfermedad actual	9
2.5. Revisión de aparatos y sistemas	9
2.6. Examen físico	10
2.6.1. Signos vitales	10
Medidas antropométricas	10
2.7. Diagnóstico sindrómico	13
2.8. Diagnóstico diferencial.....	13
2.9. Impresión diagnóstica.....	13
2.10. Exámenes complementarios	14

2.11.	Exámenes laboratorio al ingreso	14
2.11.1.	Exámenes de imagen.....	14
2.12.	Diagnóstico definitivo.....	15
2.13.	Intervención terapéutica al ingreso	15
2.14.	Evolución del paciente en hospitalización	16
2.15.	Seguimiento de la paciente en el ministerio de salud publica	23
2.16.	Perspectiva del paciente	23
CAPITULO III.....		25
3.	HALLAZGOS	25
3.1.	Discusión	25
CONCLUSIONES		27
BIBLIOGRAFÍA		28
ANEXOS		31

INDICE DE TABLAS

Tabla 1-2: Resultados de biometría hemática al ingreso	14
Tabla 2-2: Resultados de glucosa y creatinina al ingreso	14
Tabla 3-2: Perfil De Electrolitos al ingreso	14
Tabla 4-2: Resultados de biometría hemática	17
Tabla 5-2: Resultados de glucosa y creatinina.....	17
Tabla 6-2: Resultados de tiempos de coagulación	18
Tabla 7-2: Resultados de transaminasas y bilirrubinas	18
Tabla 8-2: Enzimas cardiacas	18
Tabla 9-2: Resultados de glucosa y creatinina.....	19
Tabla 10-2: Perfil de electrolitos.....	19
Tabla 11-2: Resultados de tiempos de coagulación	19
Tabla 12-2: Resultados de biometría hemática	20
Tabla 13-2: Citoquímico y bacteriológico del líquido pleural	20
Tabla 14-2: Perfil de electrolitos.....	21
Tabla 15-2: Anticuerpos	21
Tabla 16-2: Resultados de biometría hemática	22
Tabla 17-2: Resultados de glucosa y creatinina.....	22
Tabla 18-2: Resultados de biometría hemática.	23

INDICE DE FIGURAS

Figura 1-1: Electrocardiograma 1

17

ABREVIATURAS

LES Lupus Eritematoso Sistémico

°C Grados centígrados.

TAC: Tomografía axial computarizada.

UCI: Unidad de cuidados intensivos.

IMC: Índice de masa corporal

MMHG: Milímetros de mercurio.

ECG: Electrocardiograma.

RX: Radiografía.

LDH: Lactato deshidrogenasa

ANA: Anticuerpos antinucleares.

LE: Lupus eritematoso.

ML: Mililitros.

KG: Kilogramos.

CM: centímetros.

SOMA: Sistema osteomioarticular.

NA: Sodio.

K: Potasio.

Cl: Cloro.

MG/DL: Miligramos/decilitro.

mmol/L: Milimol/litro.

MG: Miligramos.

TGO: Transaminasa Glutámico oxalacética

TGP: Transaminasa Glutámico pirúvica

U/L: Unidades por litro.

CK-MB: Creatina quinasa-MB

ANCA: Anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos

DL: Decilitro.

RESUMEN

En este trabajo de titulación se presenta el estudio de una paciente de 49 años con poliserositis, la misma que fue hospitalizada por cuadro clínico de disnea de pequeños esfuerzos, tos intensa seca, fiebre y astenia de varios días de evolución además de sensación de distensión abdominal, al realizar TAC de tórax y ecografía abdominal se obtiene imágenes que indican la presencia de derrame pericárdico, derrame pleural y ascitis. Se inició tratamiento empírico (Amoxicilina más ácido clavulánico) posteriormente se realizó toracocentesis, pericardiocentesis, con estudio de líquidos respectivamente, además exámenes inmunológicos con los que se llegaron al diagnóstico definitivo de una colagenopatía, posterior a lo cual se añade al tratamiento corticoides, la paciente presenta evolución favorable. La clínica con la que se presenta esta enfermedad es muy variada, inespecífica y depende de algunos factores como la enfermedad de base, la velocidad de instauración de los derrames y la edad del paciente. La confirmación de la patología se basa en pruebas de imagen donde se puede identificar la presencia del derrame pleural, pericárdico, así como la ascitis, siendo de elección la ecografía abdominal, el ecocardiograma y la tomografía axial computarizada. El tratamiento está basado en la resolución de la patología de base tomando en cuenta la necesidad de procedimientos como la toracocentesis, pericardiocentesis y la paracentesis dependiendo del grado de derrame que presente, además del uso antibióticos tempranamente para evitar complicaciones. Se concluye que esta entidad se presenta formando parte de la clínica de algunas enfermedades de base con manifestaciones muy inespecíficas, dependiendo de las membranas que se encuentren afectadas, lo que dificulta su diagnóstico. Su tratamiento definitivo se basa en la resolución de la patología que la origina.

Palabras claves; <POLISEROSITIS>, <PATOLOGIA>, <DERRAME PLEURAL>, <DERRAME PERICARDICO>, <ASCITIS>.

SUMMARY

The present clinical case studied a 49-year-old patient with polyserositis, who was hospitalized due to a clinical picture of dyspnea of small efforts, intense dry cough, fever and asthenia of several day of evolution, in addition to a sensation of abdominal distention, when computed axial tomography and abdominal ultrasound images were obtained, these indicated the presence of pericardial effusion, pleural effusion and ascites. Empirical treatment (Amoxicillin plus clavulanic acid) was initiated. Thoracentesis, pericardiocentesis was subsequently performed, with fluid studies respectively was reached, after the patient was added to the corticosteroid treatment. It presented favorable evolution. The clinic with which this disease occurs is very varied, nonspecific and depends on some factors such as the underlying disease, the speed of establishment of effusions and the age of the patient. Confirmation of the pathology is based on imaging tests where the presence of pleural, pericardial effusion, as well as ascites can be identified, through abdominal ultrasound, echocardiogram and computed axial tomography being of choice. The treatment is based on the resolution of the underlying pathology taking into account the need for procedures such as thoracentesis, pericardiocentesis and paracentesis depending on the degree of effusion that occur, in addition to using antibiotics early to avoid complication. It is concluded that this entity is present as part of the clinic of some basic diseases with very nonspecific manifestation, depending on the membranes that are affected, which makes diagnosis difficult. Its definitive treatment is based on the resolution of the pathology that originates it.

Keywords; <POLISEROSITIS>, <PATHOLOGY>, <PLEURAL EFFUSION>, <PERICARDIC EFFUSION>, <ASCITES>.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La poliserositis es una condición poco frecuente caracterizada por la “inflamación de varias membranas serosas” (Lomardero, 2016), presentando de manera simultánea, pleuritis la misma que se manifiesta como un derrame pleural, pericarditis con derrame pericárdico y la ascitis. Se presenta en la mayoría de los casos como manifestación de una patología de base, siendo difícil establecer el diagnóstico etiológico, hasta en el 30% de los casos (Losada, y otros, 2016, pág. 448).

Las membranas serosas son aquellas que está constituidas por una fina capa de células epiteliales y otra capa de tejido conjuntivo. Estas membranas tapizan las cavidades corporales y recubren los órganos que se encuentran en ellas, además de secretar líquido que reduce la fricción y lubrica en el roce entre los distintos elementos de esa cavidad.

La poliserositis se presenta como parte de múltiples patologías, como la tuberculosis, hepatitis c, enfermedades del colágeno, neoplasias, alteraciones congénitas, entre otras, se ha relacionado también con el uso de medicamentos, principalmente con psicofármacos. Esta entidad se presenta como parte del cuadro clínico de dichas patologías, pero como manifestación temprana se ha reportado en muy pocos pacientes, los cuales han sido diagnosticados de colagenopatías, considerándose como manifestación temprana, al debut de la enfermedad con poliserositis o la aparición de la misma antes del año de haber sido diagnosticada la patología de base.

1.1. Generalidades

La poliserositis es inflamación simultánea de varias membranas serosas, pleura, pericardio y peritoneo, produciendo; pleuritis que se manifiesta con derrame pleural, pericarditis con derrame pericárdico y la ascitis.

La pleuritis es la inflamación de la pleura visceral y parietal que en el caso de la poliserositis se manifiesta siempre con derrame pleural, el mismo que consiste en la acumulación de líquido en el espacio pleural por encima de su valor normal (0.1-0.2ml/kg). En la formación de dicho derrame pueden intervenir varios mecanismos, como un aumento de la permeabilidad de la membrana pleural, un aumento de la presión capilar, disminución de la presión intrapleural, disminución de la presión oncótica y obstrucción linfática. (S.Pérez-Galera, 2018)

La pericarditis es la inflamación del pericardio, que puede presentarse con efectos hemodinámicos adversos, trastornos del ritmo y derrame pericárdico. Se denomina derrame pericárdico a la presencia de 50 mL o más de líquido dentro del saco pericárdico, el mismo que puede ser seroso, serohemático, hemático, purulento o quiloso (Orihuela-Rodríguez y Carmona-Ruiz 2019, p. 2).

La ascitis es la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal, su causa más frecuente a nivel mundial es hipertensión portal, otras causas comunes son además malignidades y falla cardíaca. El tratamiento depende de un diagnóstico exitoso con respecto a su causa. (Edgar Majluf Gómez,2016).

1.2. Etiopatogenia

La poliserositis se ha presentado principalmente como sintomatología de varias enfermedades, es decir que posee diferentes etiologías, pero aun en la actualidad en un tercio de los casos la causa sigue siendo desconocida.

Con frecuencia puede aparecer como la principal manifestación clínica de las neoplasias, diagnosticándose en casi un tercio de los casos, seguido de las enfermedades infecciosas y autoinmunes. (Journal 1018)

Dentro de las enfermedades de tipo infecciosa se encuentra en la tuberculosis, donde se define como poliserositis tuberculosa por la coexistencia de tuberculosis pleural, peritoneal y

pericárdica, siendo una complicación infrecuente de la tuberculosis de tipo miliar. Las colagenopatías constituyen causas frecuentes de poliserositis tanto por mecanismo intrínseco, como complicaciones secundarias al estado de inmunodepresión o durante el tratamiento farmacológico que en ellas se utilizan (Acta medica 2017).

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y la Artritis reumatoide constituyen las dos patologías del colágeno más comúnmente relacionadas con la poliserositis. Es frecuente encontrar en los pacientes con LES, durante el transcurso de la patología, la afectación de las membranas serosas, especialmente de la pleura y el pericardio. La afectación pleural se presenta con derrame en donde el líquido más frecuentemente encontrado es un exudado linfocitario, o puede ser de predominio polimorfonuclear en las fases iniciales. En los ancianos y los pacientes con lupus inducido por drogas, es más frecuente la afectación de estas membranas, sin embargo, la presencia de poliserositis como modo de presentación del LES, o como manifestación temprana es poco frecuente, considerándose como manifestación temprana a la aparición de la misma antes del primer año de diagnóstico de dicha patología. La aparición temprana constituye un marcador clínico de actividad de la enfermedad, lo que hace necesario la instauración de un tratamiento precoz y agresivo, además de una amplia vigilancia con el objetivo de detectar de manera precoz la afectación renal o de otros órganos.

En la Artritis Reumatoide al igual que en LES, la pleuritis con derrame plural y la pericarditis son las manifestaciones torácicas más comunes, se encuentran con mayor frecuencia en pacientes mayores de 45 años de edad, que presentan compromiso articular extenso además de nódulos subcutáneos. La mayoría de los casos no amerita drenaje del derrame ya que su resolución es espontánea, se ha observado que hasta un 50% de los casos tardará un período que va de 7 meses a 5 años.

En las patologías autoinmunitarias la inflamación de las membranas seromas y el ascitis, derrame pericárdico y derrame pleural son producido tanto por la inflamación de las membranas en como por el incremento de la permeabilidad de la microcirculación ocasionada por los mediadores de la inflamación, lo que conlleva al aumento del líquido en las cavidades pericárdica, pleural y peritoneal.

La Poliserositis se ha presentado también como una complicación poco frecuente durante el uso de psicofármacos, sobre todo de la clozapina, cuya etiopatogenia no está aún clara, la sintomatología que presenta puede resolverse en 1 a 2 semanas luego de suspendido dicho medicamento. (Farm Hosp. 2016).

Se ha descrito también casos de poliserositis cuya etiología es congénita, causada por una alteración en el gen MEFV del cromosoma 16, el mismo que codifica a la proteína pirina (reguladora de la inflamación), su defecto se liga a la activación y migración de neutrófilos principalmente en serosas lo que desencadena la denominada “poliserositis familiar recurrente”.

1.3. Clínica

La presentación clínica de la poliserositis está determinada por el incremento de la presión intrapericárdica, intrapleurales e intraabdominal, debido a la presencia de los derrámenes y va a depender de varios factores como son: la enfermedad de base, la edad del paciente, la velocidad de instalación del derrame y del grado de derrames que se presente, el 25% de los casos puede ser asintomática.

Los principales síntomas descritos en un paciente con esta afectación son: disnea, dolor pleurítico, dolor precordial, tos seca, taquicardia, fiebre, distensión abdominal, roce pericárdico, taquipnea, entre otros. (Lomardero, 2016, pág. 448). Se ha relacionado también con la presencia de artritis, cerca del 25% de las personas afectadas por esta patología pueden presentar inflamación de las grandes articulaciones, (rodillas, tobillos y caderas). (Kontzias, 2017).

En la poliserositis familiar recurrente se presenta con frecuencia crisis de dolor abdominal que van acompañadas de fiebre de hasta 40 °C este dolor está causado por la peritonitis recurrente que se presenta en dicha patología.

1.4. Diagnóstico

El diagnóstico de la poliserositis se basa en algunos parámetros como la clínica, el examen físico y se ayuda con estudios de imagen que contribuye a la confirmación del mismo.

El examen físico es un pilar importante dentro del proceso diagnóstico, de acuerdo al grado de los derrames podemos encontrar signos como taquipnea, disminución o abolición del murmullo vesicular, disminución de las vibraciones vocales, matidez en el área del derrame, frotos pericárdicos y matidez en el área cardíaca. El signo más común en la ascitis es la matidez a la percusión en flancos cuando se examina al paciente en posición supina, la cual se desplaza con la rotación del paciente a la derecha o a la izquierda. Si la ascitis es severa se puede encontrar el signo de la onda u oleada ascítica.

1.4.1. Laboratorio

No existen pruebas de laboratorio sistémicas que sean útiles para el diagnóstico definitivo por sí mismas, pero pueden ayudar para establecer un análisis y descartar patologías. Por lo que se considera necesario solicitar; hemograma, pruebas de coagulación, química sanguínea (glucemia, perfil renal, lactato deshidrogenasa (LDH), proteína C reactiva, proteínas plasmáticas y procalcitonina), y gasometría arterial o venosa.

Los análisis de sangre mas específicos y direccionados pueden identificar los genes anómalos que causan la poliserositis familiar. (Kontzias, 2017)

En el análisis del líquido pleural, el hallazgo de anticuerpos antinucleares (ANA), y/o células LE, se consideran diagnóstico de LES. Los niveles bajos de complemento son altamente sugestivos, pero no específicos, de LES debido a que pueden encontrarse también en el derrame pleural causados por artritis reumatoidea, a pesar de que en esta patología es sumamente frecuente los niveles disminuidos de glucosa, lo que no suele presentarse en el LES.

1.2.1. Examen de imagen

1.4.1.1. Radiografía

La radiografía es un estudio de imagen de mucha utilidad para el diagnóstico de la poliserositis, en la RX de tórax un hallazgo radiológico importante es el borramiento del seno costofrénico, lo que indica la presencia de un derrame pleural, suele mostrar además un borde bien delimitado, cóncavo hacia arriba entre el pulmón y el espacio pleural, lo que se conoce con el nombre de «signo del menisco», el aumento de la silueta cardíaca, cuando el derrame pericárdico es mayor a 250 CC. La radiografía simple de abdomen es de utilidad para el diagnóstico de ascitis cuando existe una cantidad importante de líquido, se pueden detectar signos sugerentes de ascitis, como son el borramiento de las líneas del psoas y/o la separación importante de las asas intestinales.

1.4.1.2. Electrocardiograma

En pacientes con poliserositis que presentan derrame pericárdico, el ECG puede reportar alteraciones de la repolarización ventricular con desnivel ST e inversión de la onda T.

1.4.1.3. Ecografía

El ecocardiograma constituye el principal instrumento diagnóstico para el derrame pericárdico, para cuantificar la cuantía del líquido, e identificar la presencia de tabicaciones. La ecografía abdominal es el método de imagen con mayor rentabilidad para el diagnóstico de ascitis mediante la cual se pueden detectar cantidades menores de líquido entre 100 y 200 ml.

1.4.1.4. Tomografía computarizada

Es un estudio de imagen muy sensible en la detección de derrame pleural, derrame pericárdico generalizado o lobulado, así como para la detección de líquido libre en la cavidad abdominal.

1.5. Tratamiento

El tratamiento de la poliserositis está enfocado principalmente en tratar la patología de base, puede realizarse además técnicas que ayudaran al drenaje de los derrames como la toracocentesis que permite el drenaje del derrame pleural, la pericardiocentesis que tiene una función similar al procedimiento descrito anteriormente.

En la poliserositis familiar recurrente el tratamiento es realizado generalmente con colchicina para reducir del dolor, y para reducir el “riesgo de insuficiencia renal debido a la amiloidosis”. El 85 % de las personas que presentan esta patología y toman colchicina han manifestado una reducción considerable del dolor abdominal. Si esto no resultase efectivo, se recomienda administración de canakinumab, anakinra o rilonacept, de aplicación subcutánea, para modificar el funcionamiento del sistema inmunitario y reducir la inflamación(Kontzias, 2017). Es importante que existan suplementos de vitaminas y minerales para fortalecer el sistema inmunológico para evitar infecciones y se pueda absorber de manera adecuada el calcio.

La poliserositis causada por colagenopatías suele responder favorablemente a dosis moderadas de prednisona, se ha demostrado también la utilidad de los antipalúdicos en el tratamiento de la poliserositis en pacientes con LES. No se dispone en el momento actual de suficientes datos acerca del tratamiento con otros inmunosupresores, pero parece que la azatioprina puede ser útil en el tratamiento de la afectación pleural, sobre todo en casos corticorresistentes o corticodependientes.

1.6. Complicaciones

Existen múltiples complicaciones de la poliserositis en función a la patología en la que se presenta y el grado de derrame pleural, derrame pericárdico y así mismo el grado de ascitis.

Así tenemos que, en la poliserositis hereditario familiar, de no existir un tratamiento adecuado, pueden presentarse complicaciones infecciosas relacionadas a la aparición de amiloidosis a nivel renal, y en muchos casos, es difícil esclarecer ciertos cuadros con los que han fallecido pacientes en estas condiciones(Chalem & Iglesias, 1997).

CAPITULO II

2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

2.1. Anamnesis

Paciente de 49 años, sexo femenino, mestiza, estado civil soltera, instrucción superior completa, ocupación empleada pública, procede y reside en Guano, religión católica. antecedentes patológicos personales: No refiere, dentro de los antecedentes quirúrgicos refiere colecistectomía laparoscópica hace 10 meses. Antecedentes gineco-obstétricos: Menarquia a los 14 años, ciclos regulares, no refiere gestas, partos, ni abortos. Antecedentes patológicos familiares: Madre y hermana con Diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. No refiere alergias.

2.2. Hábitos

- **Alimentación:** 3 veces al día.
- **Micción:** 4 veces al día
- **Defecatorios:** 3 veces al día
- **Alcohol:** No consume
- **Drogas:** No consume.

2.3. Motivo de consulta

- Alza termina
- Dificultad respiratoria

2.4. Enfermedad actual

Paciente acude el 01 de enero del 2019 al Hospital Provincial General Docente de Riobamba, por presentar desde hace 5 días y sin causa aparente disnea a los medianos esfuerzos que se ha exacerbado progresivamente hasta convertirse en disnea a los pequeños esfuerzos, la cual se incrementa con el decúbito, refiere que durante 4 días presenta tos seca, de aparición brusca y de moderada intensidad, además alza térmica no cuantificada de inicio insidioso de 3 días de evolución y astenia generalizada de gran intensidad que no se modifica con el reposo, razón por la cual acude a médico particular quien envía tratamiento farmacológico que no especifica además solicita exámenes de laboratorio y una tomografía simple de tórax, el cuadro se intensifica con el paso de los días, motivo por el cual la paciente decide acudir al servicio de emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba con resultados de TAC simple de tórax. Durante su estancia en la sala de emergencia refiere además sensación de distensión abdominal, que no se acompaña de ningún otro síntoma, no tiene relación con la micción ni la defecación, se solicita ecografía de abdomen, decidiendo su ingreso al servicio de medicina interna.

2.5. Revisión de aparatos y sistemas

- **Nervioso:** Sin patología aparente
- **Cardiopulmonar:** Lo referido en la enfermedad actual
- **Digestivo:** Lo referido en la enfermedad actual.
- **Osteomioarticular:** Sin patología aparente
- **Genitourinario:** Sin patología aparente
- **Endocrino metabólico:** Sin patología aparente.
- **Hemolinfopoyetico:** Sin patología aparente.

2.6. Examen físico

2.6.1. Signos vitales

- Presión arterial: 110/80 mmHg
- Frecuencia Cardíaca: 90 latidos por minuto
- Frecuencia Respiratoria: 26 respiraciones por minuto
- Temperatura: 39.3 grados centígrados
- Saturación de oxígeno: 79 %

Examen físico general

Medidas antropométricas

- **Peso:** 59 Kg
- **Talla:** 1.55 cm
- **IMC:** 24.6

Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, semihidratada, álgica, biotipo: mesomorfo.

- **Piel:** Normo coloreada, diaforética, lisa, turgencia, elasticidad conservada, con buena higiene y sin presencia de lesiones.
- **Mucosas:** semihúmedas.
- **Faneras:** Cabello natural de color negro, cantidad, textura y distribución normales de acuerdo al sexo edad y raza, buena higiene. Uñas, de forma, configuración y color normal.

Examen físico regional

- **Cabeza:** Normocefálica, cabello de implantación normal de acuerdo a su edad y sexo.
Ojos: Pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y acomodación.
Nariz: Fosas nasales permeables.
Boca: Mucosas orales semihúmedas, piezas dentales en regular estado.

- **Cuello:** De forma, tamaño y movilidad normales, no tumoraciones visibles ni palpables, no ingurgitación yugular, tiroides no visible ni palpable.
- **Tórax:** Normoconfigurado. Piel y partes blandas normales.
Mamas: No tumoraciones, pezones y areolas normales, sin alteraciones
- **Abdomen:** Ligeramente distendido, ruidos hidroaéreos conservados, suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio, no visceromegalias.
- **Extremidades:** Simétricas, tono, fuerza y sensibilidad conservadas, pulsos distales presentes

Examen físico por aparatos y sistemas

SOMA:

Sin alteración aparente.

Sistema respiratorio

Inspección: Disminución de los movimientos respiratorios.

Palpación: Disminución de la expansibilidad torácica y del frémito táctil bilateral.

Percusión: Matidez en ambas bases pulmonares.

Auscultación: Abolición del murmullo vesicular bibasal.

Aparato cardiovascular

- Percusión: No realizado
- Auscultación: Ruidos cardiacos rítmicos, hipofonéticos, no se auscultan soplos, ni roces.
- Frecuencia cardiaca: 90 latidos por minuto.
- Tensión arterial: 110/80 mmHg

Aparato digestivo

Boca: Labios, comisuras labiales y mucosa yugal normales.

Lengua semihúmeda.

Hígado: Borde inferior: No rebasa el reborde costal.

Tacto Rectal: Esfínter tono normal.

Sistema urogenital

Fosas lumbares: sin alteraciones.

Riñones: No palpables ni peloteables.

Puntos Pielorenoureterales, Posteriores: Costovertebrales y costumusculares: no dolorosos.

Anteriores: Superior y medio no dolorosos.

Sistema hemolinfopoyetico

Bazo no palpable ni percutible, ni adenopatías.

Sistema nervioso

Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, con memoria retrógrada y anterógrada conservadas, con lenguaje claro y coherente.

Facies, actitud de pie y en el lecho y marcha, no características de proceso neurológico.

Taxia: estática y dinámica: Sin alteraciones.

Praxia: Actos transitivos, intransitivos e imitativos: sin alteraciones.

Motilidad: Activa voluntaria sin alteraciones.

Fuerza muscular conservada. Pasiva: Tono y trofismo conservados. Involuntaria: Ausente.

Reflectividad:

Reflejos osteotendinosos: Bicipital, tricipital, patelar y aquileo, presentes y normales.

Reflejos cutáneomucosos: Corneal, faríngeo, cutáneos-abdominales (superior, medio e inferior) y cutáneo-plantar, presentes y normales.

Sensibilidad:

Superficial: Táctil, térmica y dolorosa conservadas.

Profunda: Barestesia, barognosia, batiestesia, palestesia y estereognosia, conservadas.

Pares Craneales:

I Par: Olfatorio: Normal

II Par: Optico: Agudeza visual, perimetría, campimetría y visión de colores normales.

III Par: Porción extrínseca: Normal

Porción intrínseca: Pupilas y reflejos fotomotor, consensual, acomodación y convergencia normales

IV Par: (Patético) normal

V Par: (Trigémico)

Porción Sensitiva: Sensibilidad táctil, térmica y dolorosa normal.

- Reflejos: Corneal presentes y normales.
Porción Motora: Tono y fuerza de los músculos masticatorios normal.
- VI Par: (Motor ocular externo) normal.
- VII Par: Función motora: Facial superior e inferior normal
Función sensorial: Gusto 2/3 anteriores de la lengua normal.
- VIII Par: Rama coclear: Otoscopia, audición normal.
Rama vestibular: No nistagmo, resto normal.
- IX Par: Gusto 1/3 posterior de la lengua normal
Reflejo faríngeo normales
- X, XI y XII Pares: normales

2.7. Diagnóstico sindrómico

- **Síndrome Febril:** Fiebre.
- **Síndrome doloroso abdominal:** Distensión abdominal, dolor a la palpación.
- **Síndrome respiratorio de interposición líquida:** Por la presencia de tos no productiva, disnea a los medianos esfuerzos que evoluciona a disnea a pequeños esfuerzos, al examen físico matidez en bases pulmonares, disminución de la expansibilidad bilateral hacia las bases.
- **Síndrome pericárdico.** Presenta disnea, fiebre, tos seca, ruidos hipofonéticos.

2.8. Diagnóstico diferencial

- **Neumonía:** Se descarta por la ausencia de crepitantes, tos productiva, leucocitosis, escalofríos.
- **Hemotórax:** Se descarta por la ausencia de taquicardia, signos de hipovolemia,
- **Neumotórax:** se descarta por la ausencia de dolor torácico unilateral, sudoración excesiva, palidez, timpanismo hacia las bases pulmonares
- **Enfermedad tipo influenza:** se descarta por ausencia, escalofríos, cefalea, fatiga y debilidad, congestión nasal.

2.9. Impresión diagnóstica.

- Derrame pericárdico.

- Derrame pleural bilateral

2.10. Exámenes complementarios

2.11. Exámenes laboratorio al ingreso

Tabla 1-2: Resultados de biometría hemática al ingreso

Fecha	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Hemoglobina	Hematocrito
2019/01/01	7.00 [^] 3/ul	63.1%	31.6%	13.50g/dl	40.2%
Valor Referencial	4.32 -10.42	55.0 – 65.0	25 – 35	12.70 – 16.20	37.9 – 47.0

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

Tabla 2-2: Resultados de glucosa y creatinina al ingreso

Fecha	Glucosa	Creatinina
2019/01/01	105.0 mg/dl	1.71 mg/dl
Valor de referencia	70 – 100 mg/dl	0.60 – 1.10 mg/dl

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

Re realiza el cálculo de la tasa del filtrado glomerular según peso talla y se obtiene un filtrado de 37.06 (estadio III).

Tabla 3-2: Perfil De Electrolitos al ingreso

FECHA	Sodio (Na)	Potasio (K)	Cloro (Cl)
2019/01/01	135.0 mmol/L	4.30 mmol/L	99.0 mmol/L
Valor de Referencia	135.0 – 145.0	3.50 – 5.10	96.0 – 107.0

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

2.11.1. Exámenes de imagen

TAC de tórax

Reporte: Derrame pleural bilateral de predominio derecho, con densidad de 2.8 a 7UH.
En base pulmonar derecha se observa patrón de vidrio deslustrado.
Ligero desplazamiento de la tráquea a la derecha.
Taquea y bronquios principales permeables y de calibre normal.
Derrame pericárdico de 1 a 7UH
Hilios pulmonares de dimensión y configuración normales.
Conclusión: Derrame pleural bilateral, derrame pericárdico, descartar neumonía.

ECOGRAFIA ABDOMINAL: Reporta líquido libre en la cavidad de aproximadamente 100ml

Análisis:

El cuadro clínico del ingreso en conjunto con el examen físico, en donde se obtiene, taquipnea, ruidos cardiacos hipofonéticos, disminución de los movimientos respiratorios, matidez bases pulmonares, abolición del murmullo vesicular bibasal, más el análisis de los exámenes de imagen los mismos que reportan: TAC de tórax en donde, se evidencia derrame pleural bilateral más derrame pericárdico y ecografía abdominal que reporta líquido libre en la cavidad de aproximadamente 100ml lo que nos indica que nos encontramos frente a una paciente con cuadro de poliserositis de causa desconocida.

2.12. Diagnóstico definitivo

POLISEROSITIS

2.13. Intervención terapéutica al ingreso

- Dieta blanda más líquidos
- Cuidados de enfermería
- Control de signos vitales cada 6 horas
- Familiar permanente
- Curva térmica
- Bajar temperatura por medios físicos.
- Posición semifowler
- Control de ingesta y excreta

- Fisioterapia respiratoria.
- Oxígeno por cánula nasal para saturar más de 90%
- Cloruro de sodio al 0.9%, 1000 mililitros pasar intravenoso a 80 mililitros/ hora
- Ampicilina más sulbactam 1.5 gramos pasar intravenoso cada 6 horas.
- Ranitidina, 50 miligramos intravenoso cada día.
- Ibuprofeno 400 miligramos vía oral cada 8 horas.
- Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, química sanguínea, electrolitos.

2.14. Evolución del paciente en hospitalización

DIA DEL INGRESO HOSPITALARIO: (01 enero 2019)

Paciente, orientada, asténica, diaforética, piel caliente, húmeda, con oxígeno por cánula nasal, tórax sin abombamiento ni retracciones, corazón rítmico hipofonético, pulmones murmullo vesicular abolido en bases pulmonares, abdomen doloroso a la palpación a nivel de epigastrio, en el servicio de medicina interna, previo análisis de TAC con los que acudió, se confirma diagnóstico de derrame pleural y derrame pericárdico.

DIA 2-4 (02-04 enero del 2019)

Paciente que es valorada por cirugía cardiotorácica con TAC de tórax revela imágenes compatibles con derrame pleural y pericárdico y por médico internista con ecografía abdominal en donde reporta líquido libre en la cavidad de aproximadamente 100ml

Se inicia tratamiento con ceftriaxona 1 gramo más amikacina 500 mg intravenosa cada 12 horas, oseltamivir 75mg vía oral cada 12 horas, fisioterapia respiratoria con insentivometro. La paciente refiere dolor torácico de leve intensidad, retro esternal por lo que se realiza electrocardiograma y administra paracetamol 1 gramo intravenoso tras lo cual presenta edema de párpados de aparición brusca por lo que se suspende esta medicación y se administra dexametasona 8mg intravenoso, clemastina 2mg, metamizol 1g. intravenoso en ese momento.

Se solicita exámenes de función hepática y se recibe resultados de biometría hemática, glucosa y creatinina que reporta.

Electrocardiograma

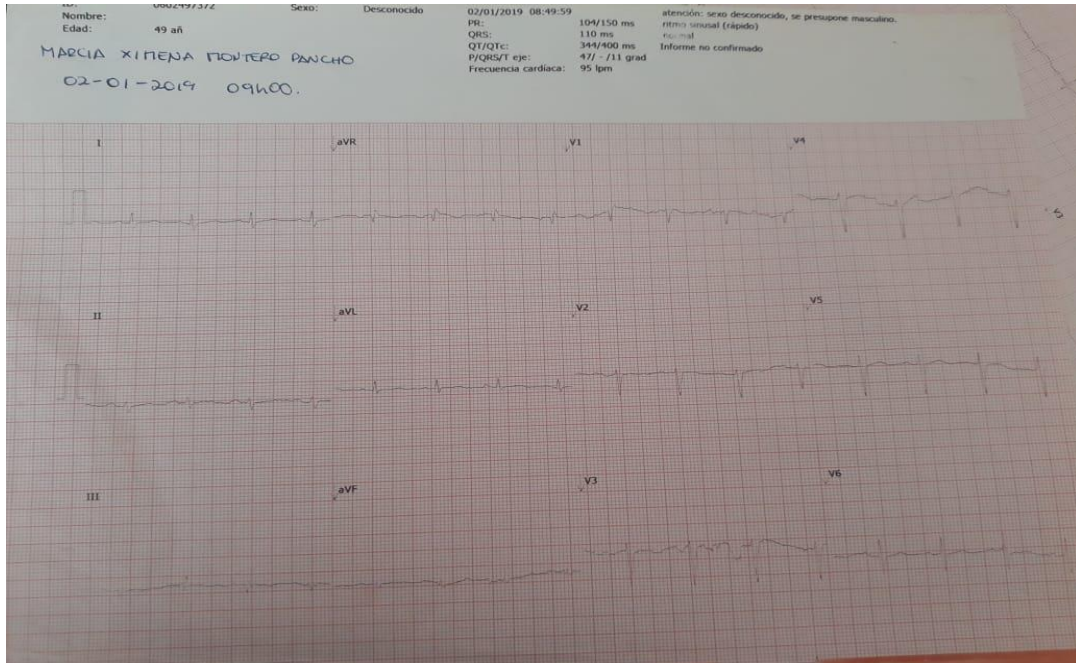


Figura 1-1: Electrocardiograma 1

Fuente: Historia Clínica

Elaborado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

Tabla 4-2: Resultados de biometría hemática

Fecha	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Hemoglobina	Hematocrito
2019/01/04	4.4 ^ 3/ul	55.4%	36.4%	13.30g/dl	39.7%
Valor Referencial	4.32 -10.42	55.0 – 65.0	25 – 35	12.70 – 16.20	37.9 – 47.0

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

INTERPRETACIÓN: Ligera elevación de los linfocitos, leucocitos disminuidos en relación a los valores del ingreso, pero se mantiene dentro de parámetros normal.

Tabla 5-2: Resultados de glucosa y creatinina

Fecha	Glucosa	Creatinina
2019/01/04	93.0 mg/dl	0.72 mg/dl

Valor de referencia	70 – 100 mg/dl	0.60 – 1.10 mg/dl
----------------------------	----------------	-------------------

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

INTERPRETACIÓN: Creatinina disminuida en relación al valor del ingreso, presentándose dentro de parámetros normales.

Día 5-7 (5-7 de enero de 2019)

Se realiza chequeo prequirúrgico, previo análisis de exámenes de laboratorio emitiendo Goldman II/III, cirugía cardiorádica planifica cirugía mientras la paciente se mantiene con antibiótico terapia y terapia respiratoria. Se solicita y recibe resultados de exámenes de laboratorio.

Tabla 6-2: Resultados de tiempos de coagulación

FECHA	TP	TTP	INR
2019/01/05	13.40 segundos	26.30 Segundos	1.26%
Valor De referencia	10.00 – 13.50 segundos	20 – 45 segundos	%

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

INTERPRETACIÓN: Valores dentro de parámetros normales

Tabla 7-2: Resultados de transaminasas y bilirrubinas

FECHA	TGO	TGP	BILIRRUBINA TOTAL	BILIRRUBINA DIRECTA	BILIRRUBINA INDIRECTA
2019/01/06	37.0 U/L	40.0 U/L	0.9 mg/dl	0.1 mg/dl	0.45
Valor de Referencia	15 – 37 U/L	14 – 59 U/L	0.20 -1.00 mg/dl	0.0-0.40 mg/dl	0.10 – 0.60

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019.

INTERPRETACIÓN: Valores dentro de parámetros normales

Tabla 8-2: Enzimas cardiacas

FECHA	TROPONINA	CK MB
2019/01/06	Menor a 0.20	5.00

VALOR DE REFERENCIA	0.000 – 0.320	7-25
----------------------------	---------------	------

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica
Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

INTERPRETACIÓN: Valores dentro de parámetros normales

Día 8-14 (08-14 de enero del 2019)

Se realiza chequeo preanestésico en donde sugiere interconsulta por la unidad de terapia intensiva (UCI) para traslado de la paciente posterior a la intervención quirúrgica. Se mantiene en espera la cirugía por ausencia de espacio físico en UCI.

Tabla 9-2: Resultados de glucosa y creatinina

Fecha	Glucosa	Creatinina
2019/01/08	93.0 mg/dl	0.63 mg/dl
Valor de referencia	70 – 100 mg/dl	0.60 – 1.10 mg/dl

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica
Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

INTERPRETACIÓN: Valores dentro de parámetros normales

Tabla 10-2: Perfil de electrolitos

FECHA	Sodio (Na)	Potasio (K)	Cloro (Cl)
2019/01/10	137.0 mmol/L	3.30 mmol/L	98.0 mmol/L
Valor de Referencia	136.0 – 145.0	3.50 – 5.10	96.0 – 107.0

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica
Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

INTERPRETACIÓN: Hipopotasemia leve.

Tabla 11-2: Resultados de tiempos de coagulación

FECHA	TP	TTP	INR
2019/01/14	13.00 Segundos	25.10 Segundos	1.18%
Valor De referencia	10.00 – 13.50 segundos	20 – 45 segundos	%

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica
Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019.

INTERPRETACIÓN: Valores dentro de parámetros normales

Día 15 (15 de enero de 2019)

Paciente con evolución estacionaria, es intervenida quirúrgicamente, se realiza toracotomía para colocación de tubos torácicos más ventana pericárdica en donde se reporta como hallazgos: pericardio de aproximadamente 1cm de espesor, derrame pericárdico de 150ml, derrame pleural bilateral con presencia de líquido seroso claro.

Posterior a la intervención es trasladada a la Unidad de Cuidados intensivos en donde permanece 24 horas en condición estable sin requerimiento de ventilación mecánica, ni vasoactivos por lo que se decide su traslado al servicio de medicina interna para seguimiento y tratamiento.

Tabla 12-2: Resultados de biometría hemática

Fecha	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Hemoglobina	Hematocrito
2019/01/15	6.30 [^] 3/ul	83.2%	26.8%	12.90g/dl	38.4%
Valor Referencial	4.32 -10.42	55.0 – 65.0	25 – 35	12.70 – 16.20	37.9 – 47.0

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

INTERPRETACIÓN: Neutrofilia.

Tabla 13-2: Resultados de gasometría arterial

Fecha	PH	PCO2	PO2	HCO3
2019/01/15	7.44	45.1	70.3	26.0
Valor Referencial	7.35 a 7.45	35 a 45 mmHg	80 a 100	22 a 28 mEq/L

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

INTERPRETACIÓN: Disminución de la PO2

Tabla 13-2: Citoquímico y bacteriológico del líquido pleural

FECHA: 2019/01/15	RESULTADOS
GLUCOSA	77
PROTEINAS	4.20 mg
COAGULASA	POSITIVO
GLOBULOS ROJO	4500
GLOBULOS BLANCOS	1760
GRAM	COCOS GRAM POSITIVOS 6-8 POR CAMPO

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica
Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

Día 16 (16 de enero de 2019)

Paciente que reingresa al servicio de medicina interna, con tubos torácicos, salida de líquido serohemático, se recibe resultados de anticuerpos que reporta anticuerpos antinucleares (ANA) y anticuerpos DNA (doble cadena) positivo, lo que revela una colagenopatía, como posible etiología de la poliserositis presentada por la paciente.

Tabla 14-2: Perfil de electrolitos

FECHA	Sodio (Na)	Potasio (K)	Cloro (Cl)
2019/01/16	136.0 mmol/L	4.30 mmol/L	100.0mmol/L
Valor de Referencia	136.0 – 145.0	3.50 – 5.10	96.0 – 107.0

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica
Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

INTERPRETACIÓN: Perfil de electrolitos dentro de parámetros normales.

Tabla 15-2: Anticuerpos

FECHA	ANTICUERP OS ANTINUCLE ARES (ANA)	ANTICUER POS DNA (DOBLE CADENA)	ANCA C	ANCA P	COMPLEMEN TO C	COMPLEMEN TO C4

2019/01/16	8.5	200.0	1.3	1.1	133.7	33.4
VALOR DE REFERENCIA	POSITIVO >1.2	POSITIVO >20	0.0-5.0	0.0-5.0	90- 180.0	10.0 – 40.0

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019.

INTERPRETACIÓN: Anticuerpos antinucleares (ANA) y anticuerpos DNA (doble cadena) positivo

Día 17-18 (17-18 de enero de 2019)

La paciente se mantiene álgica, con temperaturas de 38°C. Drenaje por tubos torácicos de líquido seroso 300ml en el derecho. 500 ml en el izquierdo. Se administra metamizol 1g intravenoso, además se inicia corticoterapia como tratamiento para la colagenopatía, con prednisona 40 miligramos vía oral en la mañana y 20 miligramos vía oral en la noche, se continúa con terapia respiratoria.

Se recibe resultado de anatomía patológica que reporta: Muestra: pericardio, tejido fibroconectivo engrosado y tejido adiposo maduro con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y polimorfonuclear, con vasos sanguíneos congestivos y áreas de necrosis focal, concluyendo en pericarditis aguda.

Tabla 16-2: Resultados de biometría hemática

Fecha	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Hemoglobina	Hematocrito
2019/01/17	8.80 [^] 3/ul	86.1%	29.2%	13.20g/dl	39.3%
Valor Referencial	4.32 -10.42	55.0 – 65.0	25 – 35	12.70 – 16.20	37.9 – 47.0

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

INTERPRETACIÓN: Neutrofilia.

Tabla 17-2: Resultados de glucosa y creatinina

Fecha	Glucosa	Creatinina
2019/01/17	70.0 mg/dl	0.59 mg/dl

Valor de referencia	70 – 100 mg/dl	0.60 – 1.10 mg/dl
----------------------------	----------------	-------------------

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

INTERPRETACIÓN: Se mantiene dentro de parámetros normales

Día 19-20 (19-20 de enero de 2019)

Paciente levemente álgida, ruidos cardiacos hipofonéticos, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares levemente disminuidos en bases, tubos torácicos sin drenaje de líquido.

Día 21-22(21-22 de enero del 2019)

Paciente con evolución favorable, remisión de la sintomatología, ausencia de producción de líquido por tubos torácicos por lo que se decide retirar dichos tubos. Alta hospitalaria con referencia al hospital Eugenio espejo para control por reumatología.

Tabla 18-2: Resultados de biometría hemática.

Fecha	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Hemoglobina	Hematocrito
2019/01/21	5.00 [^] 3/ul	67.3%	26.7%	13.50g/dl	42.7%
Valor Referencial	4.32 -10.42	55.0 – 65.0	25 – 35	12.70 – 16.20	37.9 – 47.0

Fuente: Exámenes de laboratorio de historia clínica

Realizado por: Gordillo Castro Zoila Marilú; 2019

INTERPRETACIÓN: Ligera elevación de neutrófilos.

2.15. Seguimiento de la paciente en el ministerio de salud publica

Una vez que la paciente es dada de alta del Hospital General Docente de Riobamba, se tramita a través de trabajo social para valoración por especialista en reumatología en la ciudad de Quito en donde se realizaría los controles posteriores de su patología hasta la actualidad.

2.16. Perspectiva del paciente

Posterior al alta hospitalaria la paciente es enviada con corticoterapia para tratamiento de su patología de base hasta su posterior valoración por medico reumatólogo, tratamiento que lo ha cumplido estrictamente, la paciente refiere que el cuadro clínico se desaparecido paulatinamente, no ha presentado recidivas de la sintomatología ni empeoramiento del cuadro, actualmente se realiza controles en el hospital del IEES de la ciudad de Quito.

CAPITULO III

3. HALLAZGOS

3.1. Discusión

La poliserositis, es una patología que se caracteriza por la afección de dos o más membranas serosas de carácter inflamatorio, se produce inflamación de la pleura pulmonar y manifiesta como derrame pleural, pericarditis y se manifiesta como derrame pericárdico y con ascitis. Se puede presentar como parte de la clínica de varias enfermedades, entre ella las enfermedades del colágeno. Pero en muy pocos casos el debut de dicha patología está dada por la presencia de Poliserositis.

En el caso de la Poliserositis ocasionada por enfermedades auto inflamatorias se presenta una inflamación de las membranas seromas y se manifiesta con ascitis, derrame pericárdico y derrame pleural los mismos que van a ser producido tanto por la inflamación des membranas en como por el incremento de la permeabilidad de la microcirculación que es ocasionada por los mediadores de la inflamación, lo que conlleva al aumento del liquido en las cavidades pericárdica, pleural y peritoneal.

En cuanto a la clínica, esta es muy variable e inespecífica y va a depender del grado de derrame que presente, siendo los principales síntomas, disnea, dolor torácico, dificultad respiratoria, fiebre, y distención abdominal. Al final todos estos síntomas son muy inespecíficos, por lo que para su diagnóstico es fundamental la ayuda de exámenes de imagen.

En el caso anteriormente expuesto, la clínica por la que acudió la paciente fue muy poco específica, alza termina y dificultad respiratoria acompañada de tos no productiva con incremento progresivo de la intensidad de los síntomas, al examen físico se encontró ruidos cardiacos hipo fonéticos, murmullo vesicular abolido en bases pulmonares, suave, depresible, doloroso a la

palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio, con los exámenes de imagen; TAC y ecografía abdominal se confirma el diagnóstico de la poliserositis, y el análisis de sangre de anticuerpos antinucleares positivos confirman el diagnóstico de una enfermedad autoinmunitaria como la patología de base.

Al formar parte de otras patologías, es necesario el diagnóstico de las mismas para la implementación del tratamiento adecuado. Dependiendo del tamaño de los derrames y de la cantidad de líquido ascítico puede ser necesario la intervención con procedimientos como la toracotomía, toracocentesis y/ o paracentesis para el drenaje de los mismo. Pero el tratamiento definitivo será siempre la resolución de la patología de base.

CONCLUSIONES

Se concluye que la poliserositis es la inflamación simultánea de varias membranas serosas y puede presentarse en relación a varias patologías e incluso se relaciona con el uso de psicofármacos. Se presenta con un cuadro clínico muy inespecífico dependiendo de las membranas que se encuentren afectadas y el grado de derrame que se presenta. Los estudios de imagen como la Rx de tórax, la tomografía axial computarizada, así como la ecografía abdominal constituyen los estudios de imagen de mayor utilidad para el diagnóstico de la misma. El tratamiento dependerá de la patología de base, aunque se puede utilizar otros métodos en dependencia del grado de derrame y el nivel del líquido ascítico, para su drenaje como la toracocentesis, pericardiocentesis y la paracentesis que contribuirá para la disminución de los síntomas producidos por dichos derrames.

BIBLIOGRAFÍA

AGUILERA-PICKENS, G. y ABUD-MENDOZA, C., 2018. Manifestaciones pulmonares en lupus eritematoso sistémico: afección pleural, neumonitis aguda, enfermedad intersticial crónica y hemorragia alveolar difusa. *Reumatología Clínica*, vol. 14, no. 5, pp. 294-300. ISSN 1699-258X. DOI 10.1016/j.reuma.2018.03.012.

BARAHONA-LÓPEZ, D.M., SÁNCHEZ-SIERRA, L.E., MATUTE-MARTÍNEZ, C.F., BARAHONA-LÓPEZ, I.A., PERDOMO-VAQUERO, R., ERAZO-TRIMARCHI, G., BARAHONA-LÓPEZ, D.M., SÁNCHEZ-SIERRA, L.E., MATUTE-MARTÍNEZ, C.F., BARAHONA-LÓPEZ, I.A., PERDOMO-VAQUERO, R. y ERAZO-TRIMARCHI, G., 2017. Hospitalización en lupus eritematoso sistémico: causas, actividad lúpica y evolución. *Medicina interna de México*, vol. 33, no. 6, pp. 730-738. ISSN 0186-4866. DOI 10.24245/mim.v33i6.1336.

BRANCE, M.L., COLOCCINI, R.A., SEVERINI, J.M., JACOBO, M.L., GROSSI, G.P. y MILJEVIC, J.N., 2008. DIAGNÓSTICO DE DERRAME PLEURAL EN ADULTOS. , pp. 13.

CANDELARIO, R.V., 2019. Derrame pericárdico como forma de debut del lupus eritematoso sistémico. *Revista Cubana de Medicina Militar*, vol. 48, no. 2, pp. 238-244. ISSN 1561-3046.

CHALEM, P. y IGLESIAS, A., 1997. Descripción de un grupo de pacientes con poliserositis como manifestación temprana de lupus eritematoso sistémico. *Acta médica colombiana*, vol. 22, no. 2, pp. 78-84. ISSN 0120-2448.

EYMIN L, G., ANDRESEN H, M., GODOY F, J. y RADA G, G., 2005. Síndrome neuroléptico maligno y poliserositis en paciente usuaria de clozapina: una asociación infrecuente. *Revista médica de Chile* [en línea], vol. 133, no. 10. [Consulta: 21 agosto 2019]. ISSN 0034-9887. DOI 10.4067/S0034-98872005001000012. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005001000012&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

GÓMEZ, E.M., 2005. ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON ASCITIS. , pp. 5.

KONTZIAS, A., 2019. Poliserositis familiar recurrente - Salud infantil. *Manual MSD versión para público general* [en línea]. [Consulta: 21 agosto 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/s%C3%ADndromes-hereditarios-de-fiebre-peri%C3%B3dica/poliserositis-familiar-recurrente>.

LOMBARDERO PIN, M., 2016. Poliserositis en paciente con hepatitis C en tratamiento con los nuevos antivirales. *FARMACIA HOSPITALARIA*, no. 5, pp. 447-448. ISSN 1130-6343. DOI 10.7399/fh.2016.40.5.10475.

LOMBARDERO PIN, M., OTERO VILLALUSTRE, C., NUCETE GALLEGO, B., MATEOS EGIDO, E., GARCÍA REINA, L., SANTOS MORÍN, L. y DÍEZ DEL PINO, A., 2016. [Poliserositis in a patient with hepatitis C under treatment with new antivirals]. *Farmacia Hospitalaria: Organó Oficial De Expresión Científica De La Sociedad Española De Farmacia Hospitalaria*, vol. 40, no. 5, pp. 447-448. ISSN 2171-8695. DOI 10.7399/fh.2016.40.5.10475.

LÓPEZ, I.L., MORENO, J.G., SOLDEVILLA, Y.B., PUCHALT, N.R., AGUILÓ, L.V., GASALLA, M.G. y CIFRE, A.P., [sin fecha]. POLISEROSITIS: UN RETO DIAGNÓSTICO. , pp. 2.

LOSADA, I., GONZÁLEZ MORENO, J., RODA, N., VENTAYOL, L., BORJAS, Y., JAVIER DOMÍNGUEZ, F., FERNÁNDEZ VACA, V., GARCÍA-GASALLA, M. y PAYERAS, A., 2018. Polyserositis: a diagnostic challenge: Polyserositis diagnosis is challenging. *Internal Medicine Journal*, vol. 48. DOI 10.1111/imj.13966.

MYRIAM, R.G., 2017. RETO TERAPÉUTICO EN BACTERIEMIA POR SAMR. , vol. 42, pp. 31.

NARANJO, L.A.G., 2011. Síndromes Reumáticos Paraneoplásicos. *Iatreia*, vol. 24, no. 1, pp. 65-75. ISSN 2011-7965.

ORIHUELA-RODRÍGUEZ, O. y CARMONA-RUIZ, H., 2019. Prevalencia de derrame pericárdico en enfermedades sistémicas. *Gaceta de México* [en línea], vol. 155, no. 3. [Consulta: 29 septiembre 2019]. ISSN 0016-3813. DOI 10.24875/GMM.19004444. Disponible en: http://gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=303.

PÉREZ-GALERA, S., GIRÓN-ORTEGA, J.A., PÉREZ CORTÉS, S. y GIRÓN GONZÁLEZ, J.A., 2018. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las infecciones pleurales. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, vol. 12, no. 54, pp. 3231-3234. ISSN 0304-5412. DOI 10.1016/j.med.2018.04.008.

TAJER, C.D., LOWENSTEIN, J., INVESTIGACIONES, C., LUCAS, L., GIMENO, G., ARGERICH, H., BUCHHOLZ, B. y ARIAS, A., 2016. Consenso Enfermedades del Pericardio SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA. , pp. 55.

VARELA, M.E., 2019. *POLISEROSITIS* [en línea]. 2019. S.l.: REVISTA MEDICA HONDUREÑA. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RMH/pdf/1933/pdf/A3-2-1933-2.pdf>.

LLORENTE GARCÍA J, FERRERO SANZ C, AGUIRRE ALASTUEY E, SARDIÑA GONZÁLEZ C, MOSTAZA FERNÁNDEZ JL. POLISEROSITIS EN EL POSPARTO. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SARCOIDOSIS. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2016 (Dic); 1(1): 27-28.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de consentimiento Informado

Yo... Marcia Ximena Montano Panscho..... doy mi consentimiento para que la información sobre mí / mi hijo o pupilo / mi pariente (círculo según el caso) que se publicará en... Exude sobre Politicas de
Chimborazo - Escuela de medicina
.....
.....

Entiendo que la información se publicará sin mi / mi hijo o pupilo del / de mi pariente (círculo como apropiado nombre) unida, pero que el anonimato completo no puede ser garantizada. Entiendo que el texto y las imágenes o videos publicados en el artículo estarán disponibles gratuitamente en Internet y puede ser visto por el público en general. Las imágenes, videos y texto también pueden aparecer en otros sitios web o en la impresión, puede ser traducido a otros idiomas o utilizado con fines educacionales.

Se me ha ofrecido la oportunidad de leer el manuscrito.
La firma de este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad.

Nombre... Marcia Ximena Montano Panscho
Fecha... 12 de Mayo del 2019
Firmado... 
Nombre del autor... Carillo Castro Zula Maritó
Fecha... 12 de Mayo del 2019
Firma... 

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS Y RECURSOS PARA
EL APRENDIZAJE Y LA INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS
REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA

Fecha de entrega: 23 / 10 / 2019

INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)
Nombres – Apellidos: ZOILA MARILU GORDILLO CASTRO
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
Facultad: SALUD PÚBLICA
Carrera: MEDICINA
Título a optar: POLISEROSITIS
f. Analista de bibliotecas responsable: RAFAEL INTY SALTO HIDALGO