



## REPORTE DE CASO

# Misleading and dangerous dyspeptic disorders

## Los trastornos dispépticos engañosos y peligrosos

José González Molina<sup>1</sup>  , Rosibery Samón Marrero<sup>1</sup> , Yanila Savon Robert<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Guantánamo, Cuba.

**Citar como:** González Molina J, Samón Marrero R, Savon Robert Y. Misleading and dangerous dyspeptic disorders. Health Leadership and Quality of Life. 2024; 3:.665. <https://doi.org/10.56294/hl2024.665>

Enviado: 15-06-2024

Revisado: 02-09-2024

Aceptado: 08-12-2024

Publicado: 09-12-2024

Editor: PhD. Prof. Neela Satheesh 

Autor para la correspondencia: José González Molina 

### ABSTRACT

Ovarian cancer is often fatal because it is usually advanced when diagnosed. It mainly affects perimenopausal and postmenopausal women. The average age at diagnosis is 63 years. The risk of ovarian cancer increases with a history of ovarian cancer in a first-degree relative, nulliparity, delayed childbearing, early menarche, delayed menopause, personal or family history of endometrial, breast or colon cancer. Most ovarian cancers develop from epithelial cells; the rest (germ cell tumors, sex cord stromal tumors) develop from other types of ovarian cells). Evaluation usually includes ultrasound, computed tomography or magnetic resonance imaging, biopsy and measurement of tumor markers. Treatment requires hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, chemotherapy, cytoreduction. Ovarian cancer may be asymptomatic or symptoms may be nonspecific (e.g. dyspepsia, early satiety, bloating, changes in bowel habits, urinary frequency) which may lead to misdiagnosis of other conditions and death of the patient.

**Keywords:** Ovarian Cancer; Nonspecific Symptoms; Dyspepsia; Misdiagnosis; Death.

### RESUMEN

El cáncer de ovario suele ser mortal porque suele estar avanzado cuando se diagnostica. Afecta principalmente a mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas. La edad media en el momento del diagnóstico es de 63 años. El riesgo de cáncer de ovario aumenta con antecedentes de cáncer de ovario en un familiar de primer grado, nuliparidad, retraso en la maternidad, menarquia precoz, menopausia retrasada, antecedentes personales o familiares de cáncer de endometrio, mama o colon. La mayoría de los cánceres de ovario se desarrollan a partir de células epiteliales; el resto (tumores de células germinales, tumores del estroma de los cordones sexuales) se desarrollan a partir de otros tipos de células ováricas). La evaluación suele incluir ecografía, tomografía computarizada o resonancia magnética, biopsia y medición de marcadores tumorales. El tratamiento requiere histerectomía, salpingooforectomía bilateral, quimioterapia, citorreducción. El cáncer de ovario puede ser asintomático o los síntomas pueden ser inespecíficos (p. ej., dispepsia, saciedad temprana, hinchazón, cambios en los hábitos intestinales, frecuencia urinaria) que pueden conllevar al diagnóstico erróneo de otras afecciones y provocar la muerte de la paciente.

**Palabras clave:** Cáncer De Ovario; Síntomas Inespecíficos; Dispepsia; Diagnostico Erróneo; Muerte.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores de ovario constituyen un importante problema en la morbilidad y mortalidad de la población femenina a escala mundial, que cursa de forma asintomática o con pobres manifestaciones clínicas, de manera

que en muchas ocasiones se diagnostican en etapas tardías, donde la extensión fuera de los ovarios ya se ha producido trayendo como consecuencia un pronóstico de vida sombrío.<sup>(1,2,3,4,5)</sup>

El cáncer de ovario se propaga fundamentalmente por diseminación peritoneal y otras formas son por extensión directa, linfática y hematogena. El crecimiento del cáncer epitelial de ovario es inicialmente de forma local, invade la cápsula, el mesoovario y desprende células a la cavidad abdominal, de manera que afecta órganos adyacentes o metastiza en ganglios; también puede producir, excepcionalmente, metástasis hematogenas. La diseminación peritoneal o siembra peritoneal es la forma más común. Ha sido clásicamente una enfermedad de difusión serosa, que afecta a todas las superficies peritoneales y raramente invade a los órganos.

La diseminación directa o por contigüidad se produce al romper la cápsula, lo cual puede provocar daño locorregional a todas las estructuras vecinas y afecta generalmente a las serosas de estos órganos; la linfática, altera con más frecuencia los ganglios paraórticos. La obstrucción tumoral del drenaje linfático diafragmático contribuye a la aparición de ascitis.<sup>(4)</sup> Por su parte, la diseminación hematogena del cáncer de ovario es excepcional, se presenta en fase tardía y afecta fundamentalmente hígado, hueso y pulmón. En la mayoría de las pacientes con cáncer epitelial de ovario (75- 85 %), el diagnóstico se realiza cuando la enfermedad ya ha progresado a la cavidad peritoneal.

Los tumores metastásicos de ovario pueden ser de útero, trompas, mama o del aparato digestivo (tumor de Krukenberg). El cáncer metastásico en estos casos constituye de 1 - 1,5 % de todos los tumores de ovario. Entre los datos clínicos de sospecha figuran: crecimiento lento del abdomen, síntomas compresivos, dolor abdominal agudo o subagudo, sobre todo cuando se complican por torsión (frecuente en los benignos), rotura, hemorragia o infección, rara vez datos indirectos de actividad especial endocrina o metabólica, tales como: pubertad precoz, hemorragia uterina disfuncional, amenorrea, hirsutismo, tirotoxicosis, síndrome de Cushing, galactorrea, policitemia, hipoglucemia e hipercalcemia, por citar algunos.

Por lo general, los síntomas que más refieren las pacientes incluyen cierto malestar abdominal, seguido de distensión abdominal, a causa de la presencia de ascitis o una masa tumoral que paulatinamente aumenta de tamaño, así como también síntomas gastrointestinales (como náuseas, dispepsias, saciedad precoz y constipación); los urinarios son menos frecuentes, al igual que la metrorragia. Estos síntomas tardíos ocurren con más frecuencia en mujeres premenopáusicas.<sup>(3,5)</sup> Es difícil de diagnosticar en etapas tempranas, pues las manifestaciones clínicas son escasas y fácilmente se confunden con las de otras afecciones, además, no es fácil crear un sistema de detección precoz (tamizaje).

El tratamiento quirúrgico depende del estadiaje del tumor incluyendo histerectomía, salpingooforectomía bilateral, lavados pélvicos y biopsia peritoneal) y cirugía citoreductiva seguida por quimioterapia (ejemplo carboplatino, paclitaxel y bevacizumab).<sup>(6,7,8,9,10)</sup>

## PRESENTACIÓN DE CASO Y DISCUSIÓN

Se trata de una paciente de 69 años de edad con antecedentes de ser hipertensa, fumadora, bebedora ocasional y cuya profesión era dependiente en un centro gastronómico de la ciudad de Guantánamo. Un mes antes del primer ingreso comenzó con trastornos digestivos dados por náuseas, vómitos en ocasiones, intolerancia a algunos alimentos como las carnes, sensación de plenitud posprandial, pérdida de peso, dolor epigástrico de ligera a moderada intensidad que se irradiaba a hemiabdomen superior y no se aliviaba con los analgésicos habituales ni con los antiácidos. Se decidió ingresar en el servicio de medicina interna del hospital Agostinho Neto donde se le realizaron estudios de laboratorio que informaron hemoglobina en 118 g/l, hematocrito en 0,36 l/l, conteo global de leucocitos  $7.5 \times 10^9/l$ , segmentados 0,62, linfocitos 0,38. coagulograma tiempo de sangramiento 1 segundo, tiempo de coagulación 9 segundos, conteo de plaquetas  $200 \times 10^9/l$ .

Química sanguínea: glicemia 5,4 mmol/l, creatinina 82  $\mu\text{mol/l}$ , ácido úrico 403 mmol/l, triglicéridos 0,7 mmol/l, TGO 37 U/L, TGP 35U/L, Bilirrubina total 10 mmol/l, directa 5 mmol/l. Fosfatasa alcalina 240 U/l, GGT135 U/l, antígeno de superficie, anticuerpo C, VIH, VDRL negativas respectivamente.

Se le realizó en el servicio de medicina interna ultrasonido abdominal que informa hígado cuyo lóbulo derecho mide 141 mm con ecogenicidad conservada y ecotextura heterogénea con tendencia a la granulación fina, no nódulos. Vesícula con pared engrosada en 5 mm ocupada por bilis espesa y presencia de microlitiasis sin dilatación de vías biliares intra ni extra hepáticas, no edema perivesicular, páncreas, bazo y ambos riñones sin alteraciones ecográficas. Ascitis de moderada a gran cuantía a predominio de hemiabdomen superior hacia subfrénico derecho y peri esplénico, subhepático e hipogastrio, claro y sin tabiques. El ultrasonido Doppler hepático informo hígado con textura granular, lóbulo caudado en 37 mm, vena porta hepática 10 mm, flujo hepático VSA 18,3 cm/s. IR 0,67. La arteria hepática IR 0,64 mide 2mm, vena esplénica 4mm con escasa circulación colateral. Bazo de tamaño normal con textura heterogénea.

Se concluyó como una hepatopatía con ligeros signos de hipertensión portal. Posteriormente, la paciente se egresa con el diagnóstico de una cirrosis hepática de etiología etílica con tratamiento con furosemida, aldactone y propranolol.

Ante la no mejoría del cuadro clínico la paciente se ingresa en el servicio de terapia intermedia, donde se le realizó TAC de tórax y abdomen que informo ateromatosis de la aorta y sus ramas. Cardiomegalia a expensas del ventrículo izquierdo. Permeabilidad de la luz traqueobronquial. Se observan gruesos trazos de fibrosis a nivel del lóbulo medio y base pulmonar izquierda. Discreto edema intersticial bibasal. No adenomegalias mediastinales. No imagen nodular. Cambios osteodegenerativos de la columna dorsal con presencia de osteofitos anteriores y posteriores. No lesión de tipo metastásica, derrame pleural izquierdo de moderado calibre. En los cortes de abdomen se identifica marcado líquido ascítico en cavidad abdominal. Vesícula con imagen hiperdensa sugestiva de cálculos. Hígado, bazo, páncreas y ambos riñones sin alteraciones. Hernia inguinal bilateral, la de mayor tamaño del lado derecho. Ateromatosis de la aorta iliaca. Cambios osteoartrosis en segmentos vertebrales lumbosacro con fenómeno de exvacuo y pelvis ósea. Pequeñas adenopatías profundas. Útero de tamaño normal no DIU. En proyección anexial izquierda se observa imagen tumoral mixta a predominio hiperdenso que mide 4,4 por 4 cm con densidad de 56 UH con zonas de necrosis en su interior de aspecto de tumor de ovario izquierdo. Vejiga de contornos regulares, sin alteraciones en su interior. No lesión ósea metastásica.

Se realizó estudio citológico del líquido ascítico que informo hipercelular con numerosas células inflamatorias, células mesoteliales reactivas con algunos grupos de mórulas papiloides con atipia y anaplasia, células binucleadas. Dicho estudio positivo a células neoplásicas y probable adenocarcinoma papilar. No se realizaron marcadores tumorales por la no disponibilidad de los mismos en la institución. Se efectuó una discusión del caso en colectivo de especialistas de Imagenología, Ginecología, Oncología y se decidió realizar laparotomía exploratoria, en la cual se evidencio hígado de aspecto normal, con abundante cantidad de líquido ascítico claro sin tabiques, adenopatías en toda la cavidad, metástasis en el mesenterio y se corrobora la presencia del tumor con la impresión de una pelvis congelada que hacía irresecable la neoplasia, por lo se cerró la cavidad y se comenzó quimioterapia con cisplatino que se extendió por 5 meses hasta el fallecimiento de la paciente. Hubo negativa familiar para la realización de la necropsia.

El caso en cuestión tiene gran importancia clínica quirúrgica diagnóstica y terapéutica ya que permite a los profesionales de la salud reconocer que un determinado síntoma de un sistema de órganos en particular puede estar en relación con una enfermedad de otro sistema de órganos y evita diagnósticos errados que dificultan el tratamiento, ponen en peligro la vida del paciente y por ende empeoran la calidad de vida de los mismos, por lo que se recomienda que a las pacientes con trastornos dispépticos se le haga un estudio exhaustivo del aparato ginecológico, para descartar neoplasias de ovario y no atribuir solamente los trastornos dispépticos a causas digestivas.

### CONCLUSIONES

Los trastornos dispépticos no solamente están relacionados con el aparato digestivo y pueden ser síntomas de otras enfermedades que pueden amenazar la vida de los pacientes. El tumor de ovario es un ejemplo de lo anteriormente señalado. Las pacientes con dispepsia deben ser estudiadas minuciosamente en busca de enfermedades extradigestivas relacionadas con estos síntomas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RodríguezReigosa JE, Guerrero García LP, Esperón Noa RP, Linchenat Lambert A, Silveira Pablos JM, Díaz Ortega I, et al. Cáncer de ovario en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba: 2001 a 2005. *Rev Cubana Cir.* 2009 [citado 8 Feb 2012]; 48 (1). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol48\\_1\\_09/cir08109.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol48_1_09/cir08109.htm)
2. Moreno Antunes A, Haliberto Armenteros B, Morán Piñero R, Anderson Crowel Ch. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario en el Hospital "Vladimir Ilich Lenin". *Correo Científico Médico de Holguín.* 2008 [citado 15 May 2011]; 12 (3). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123ori7.pdf>
3. Jiménez Hernández Y. Cáncer de ovario. Prevalencia, diagnóstico y tratamiento. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2258/1/Cancer-de-ovario-Prevalencia-diagnostico-y-tratamiento.html>
4. M, Rosenberg H. Lecciones de anatomía patológica [citado 23 Agos 2011]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/anatomiapatologica/indice>.
5. National cancer institute's surveillance, epidemiology and end results program: cancer stat facts:ovariacáncer. Accessed July 14 2023.
6. Kurnit KC, Fleming GF, Lengyel E: updates and new options in advanced epithelial ovarian cancer treatment. *Obstetric gynecol* 137(1): 108-121, 2021 do:10. 1097/ AOG000000000004173

7. Shi T, Zhu J, Feng Y, et al. Secondary cytoreduction followed by chemotherapy versus chemotherapy alone in platinum sensitive relapsed ovarian cancer. *Lancet oncol* 22(4): 439- 449, 2021.

8. Zciros E, Lynam S, Attwood KM, et al: efficacy and safety of pembrolizumab in combination with bevacizumab and oral metronomic cyclophosphamide in the treatment of ovarian cancer. *JAMA oncol* 78( 1): 78- 85, 2021.

9. Menon U, Gentry maharaj A, Burnell m, et al: ovarian cancer population screening and mortality after long term follow- up in the uk collaborative trial of ovarian cancer screening: a randomized control trial. *Lancet* 397( 10290):2182- 2193, 2021.

10. Coleman RL, Fleming GF, Brady MF, et al. Veliparib with first- line chemotherapy as a maintenance therapy in ovarian cancer. *NEngl J Med* 381(25): 2483- 2485, 2019.

#### **FINANCIACIÓN**

Ninguna.

#### **CONFLICTO DE INTERESES**

No existen conflictos de intereses en relación con la investigación realizada.

#### **CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA**

*Conceptualización:* José González Molina, Rosibery Samón Marrero, Yanila Savon Robert.

*Investigación:* José González Molina, Rosibery Samón Marrero, Yanila Savon Robert.

*Redacción - borrador inicial:* José González Molina, Rosibery Samón Marrero, Yanila Savon Robert.

*Redacción - revisión y edición:* José González Molina, Rosibery Samón Marrero, Yanila Savon Robert.