

## GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

# SÍNDROME DE MEIGS Y PSEUDO MEIGS: CORRELACIÓN CON TUMORES OVÁRICOS

Silvia Marcela Barrantes Rodríguez\*

## SUMMARY

Meigs syndrome is the association of a benign ovarian tumor with ascites and pleural effusion, there is also a false Meigs syndrome is the result of the union of the same manifestations of ascites and effusion but along with other types of ovarian tumors or malignancies. From the clinical point of view and to a patient with ascites, pleural effusion and pelvic mass, it is important to consider the possibility that in the case of a syndrome Meigs, because despite a suspected malignancy to sometimes even striking elevation CA-125, we will face a completely different

picture than simply resolved with removal of the tumor.

## INTRODUCCIÓN

Se describe según la historia que desde aproximadamente 1866-1887 se dieron las primeras aportaciones de Spigelberg, Cullinworth y Demmons sobre varios casos de pacientes con algún tipo de quiste o tumor de ovario, asociado a ciertas manifestaciones clínicas como ascitis e hidrotórax, las cuales resolvían con la resección del tumor.<sup>(8)</sup> Posteriormente, Joe Vincent Meigs, profesor de Ginecología de la universidad de

Harvard, inició una descripción de ciertos casos que había valorado y estudiado en un libro denominado “tumores de los órganos pélvicos femeninos”; donde se asociaban unos tipos de tumores ováricos, especialmente fibromas, a diversas manifestaciones ya antes descritas, que igual resolvían tras la intervención. Sin embargo, Meigs pensó que había que redefinir el síndrome y limitarlo para ciertos tipos de tumores, por lo tanto se trataría de tumores de ovarios benignos fibrosos, sólidos y duros (incluían fibromas, tecomas, tumores de células de la granulosa y tumor de Brenner) junto con las características

\* Médico General – Universidad de Iberoamérica.

de ascitis y derrame pleural; llamándose síndrome de Meigs.<sup>(8,10)</sup> Además se definió lo que sería el falso síndrome de Meigs como la asociación de los mismos hallazgos con otros tumores de ovario benignos como teratomas, quistes, papiloma de la trompa, tumores malignos (cistoadenoma papilar, tumor de Krukenberg, carcinoma, fibrosarcoma) e incluso con leiomiomas uterinos.<sup>(8)</sup>

## DEFINICIÓN

El síndrome de Meigs consiste en la asociación de un tumor benigno de ovario, como los fibromas, tecomas, de células de la granulosa o tumor de Brenner con ascitis y derrame pleural, donde estas manifestaciones resuelven tras la extracción del tumor.<sup>(1,2)</sup> Por el contrario, en el caso del síndrome de Pseudo Meigs consiste generalmente en un tumor de ovario maligno, al que se añaden la ascitis y derrame pleural; las cuales también resuelven posterior a la resección del tumor.<sup>(4,8)</sup>

## FISIOPATOLOGÍA

A pesar de que este síndrome se conoce hace muchos años, su fisiopatología no está del todo clara; se han propuesto teorías para explicar el origen de la ascitis y el hidrotórax tanto en el síndrome

de Meigs como el pseudo Meigs.<sup>(7)</sup> La causa de la ascitis, según Meigs, puede ser por la presión ejercida por el propio tumor sobre los ganglios linfáticos, lo que provocaría el escape de fluido a través de los mismos y que éste se acumule en la cavidad peritoneal. También puede ser por el edema en el estroma tumoral que produce trasudación del líquido al peritoneo.<sup>(3,4,8)</sup> El derrame pleural se formaría por la difusión del líquido ascítico al espacio pleural por el diafragma a través de los linfáticos o de los intersticios entre las células, puede ser unilateral o bilateral, y ocurre con más frecuencia del lado derecho.<sup>(4,6,8)</sup> Se han realizado estudios que sugieren también la participación de diversas citoquinas y factores de crecimiento en la patogenia del síndrome, los cuales al aumentar la permeabilidad capilar, también contribuyen a la formación de ascitis y al derrame pleural.<sup>(8)</sup> Los valores de interleucina, factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) y de los fibroblastos (FGF) y el factor de necrosis tumoral generalmente se encuentran elevados en el plasma de las pacientes con síndrome de Meigs.<sup>(8)</sup>

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La presentación clínica del Síndrome de Meigs depende

de cada paciente y del grado de afectación al momento del diagnóstico, se basa en sus 3 componentes principales y cada uno puede producir diversas características clínicas.

### - FIBROMA

Los fibromas son tumores benignos de los cordones sexuales frecuentes en el ovario, hormonalmente inactivos, se presentan generalmente en edad reproductiva y el 90% son unilaterales, el 40% presenta ascitis y en ocasiones asociados a derrame pleural.<sup>(1,5)</sup> Estas tumoraciones varían de tamaño, se observan sólidos, duros, con una superficie de corte blanquecina y ondulada, de forma infrecuente se ven áreas de edema y ocasionales formas quísticas. El síntoma principal producido por dichas tumoraciones es el dolor pélvico moderado y en algunas ocasiones irregularidad menstrual.<sup>(6)</sup>

### - ASCITIS

La ascitis es presencia de líquido seroso en el espacio que existe entre el peritoneo visceral y el peritoneo parietal. En el síndrome de Meigs esta manifestación aparece como resultado de la secreción de líquido por los tumores o por sustancias vasoactivas relacionadas con el mismo.<sup>(3)</sup> En general, si la acumulación del líquido en el abdomen es escasa, no se

producen síntomas, pero puede provocar distensión abdominal y acidez estomacal, indigestión y dolor en la espalda baja entre L2; L5, además de las dificultades respiratorias como la disnea.<sup>(2)</sup>

### - DERRAME PLEURAL

Consiste en la acumulación patológica de líquido en el espacio pleural; es el resultado de un desequilibrio entre la formación y la reabsorción de líquido a este nivel.<sup>(2)</sup> En el síndrome de Meigs y pseudo Meigs el derrame se explica por el paso de líquido ascítico por los conductos linfáticos transdiafragmáticos y/o defectos del diafragma.<sup>(7)</sup> En el caso de las pacientes con derrame pleural pueden presentar dolor torácico, tos, taquipnea y disnea; todo dependiendo del grado de derrame que posean. La disnea es una manifestación clínica que puede acompañar a muchas patologías y no tiende a relacionarse en primera instancia a un síndrome de Meigs, primero se descartan las causas más comunes; sin embargo, cabe considerarse que se deba a un derrame pleural. Cuando este síntoma es producido en pacientes con el síndrome de Meigs se puede explicar por el derrame pleural de cierta magnitud, o por la hipertensión abdominal secundaria al progresivo incremento de volumen de la masa pélvica y la ascitis.<sup>(3)</sup>

## DIAGNÓSTICO

En el síndrome de Meigs lo ideal es que se realice un diagnóstico preoperatorio, basado en la sintomatología y su historia clínica, en asociación con ecografía y tomografía axial computarizada, aunque rara vez van a sugerir dicho diagnóstico por su poca frecuencia. El diagnóstico oficial va ser postoperatorio dado el análisis anatomopatológico del tumor, para descartar el falso síndrome de Meigs.<sup>(3)</sup> Ante la sospecha de malignidad, aparte de los exámenes de laboratorio rutinarios, se envían marcadores tumorales como el CA-125. Se sugiere que la irritación peritoneal, el derrame pleural y la producción de ascitis podrían contribuir a aumentar los niveles séricos de dicho marcador.<sup>(3)</sup> En términos generales, un gran aumento en los valores de un marcador tumoral sugiere malignidad, aunque no debe olvidarse que también existen algunas patologías benignas (endometriosis, EPI, tumores benignos) que cursan con irritación mesotelial, presentando también elevaciones del CA-125.<sup>(8)</sup> La etiología de de la elevación del CA-125 no está del todo clara, se ha dicho que la expresión del marcador se localiza en el omento y peritoneo, más que en el propio tumor; por lo tanto las células mesoteliales serían las responsables de la producción

de antígeno.<sup>(8)</sup> El diagnóstico se confirma cuando, tras extirpar el tumor o neoplasia primaria, la ascitis y el derrame pleural se resuelven y se normalizan los niveles del CA-125. El derrame pleural desaparece entre 3-14 días tras la intervención, las ascitis dura unos pocos días más y el CA-125 se normaliza en aproximadamente un mes, debido a la hiperplasia mesotelial producida.<sup>(3,8)</sup>

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debido a las manifestaciones clínicas presentadas en este síndrome, se debe sospechar de patologías cardíacas, pulmonares y hepáticas, así como los diferentes tumores abdominales, hiperplasias estromales, fibrosarcomas, fibromatosis, edema masivo de ovario, entre otros.<sup>(2,6)</sup>

## TRATAMIENTO

El tratamiento en el síndrome de Meigs y pseudo Meigs es quirúrgico en todos los casos; la extirpación electiva es el tratamiento habitual, tanto para la confirmación histológica y por el bajo potencial de malignidad de estas lesiones. Las manifestaciones clínicas resuelven posterior a la extracción del tumor. En el caso de un tumor de ovario maligno se

debe analizar las circunstancias y probabilidades de las pacientes para la asociación de algún otro tipo de terapia.<sup>(3,6)</sup>

## CONCLUSIÓN

Es importante tener en cuenta que ante una paciente con ascitis, derrame pleural y masa pélvica debemos sospechar que se trate de un síndrome de Meigs. Los resultados de un tumor de ovario, ascitis y líquido pleural generalmente se interpretan como indicadores de malignidad ovárica, con metástasis pleural y peritoneal. El reconocimiento temprano de estos casos, que aunque atípicos, su diagnóstico a tiempo puede evitar la muerte de la paciente.

## RESUMEN

El síndrome de Meigs consiste en la asociación de un tumor benigno de ovario con ascitis y derrame pleural, también existe un falso síndrome de Meigs que es el resultado de la unión de las mismas manifestaciones de ascitis y derrame pero junto con otro tipo de tumoraciones ováricas o neoplasias malignas.

A pesar de que este síndrome se conoce hace muchos años, su fisiopatología no está del

todo clara, el tumor sólido de ovario puede irritar la superficie peritoneal, condicionando la producción de ascitis, y el derrame pleural se debe principalmente al paso de ese líquido ascítico a la cavidad pleural por los conductos linfáticos y defectos del diafragma. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica por la presentación de ascitis y derrame pleural en una paciente que se le ha detectado una masa ovárica, es necesario realizar ecografía y tomografía para determinar el tipo probable de tumor; sin embargo, la confirmación se realiza en el postoperatorio con el análisis anatomopatológico y la característica típica de resolución de la ascitis y derrame posterior a la extirpación quirúrgica de la tumoración. La extirpación quirúrgica es el tratamiento habitual para el síndrome de Meigs y falso síndrome de Meigs. Desde el punto de vista clínico y ante una paciente con ascitis, derrame pleural y masa pélvica, es importante tener en cuenta la posibilidad de que se trate de un síndrome de Meigs, puesto que, a pesar de la sospecha de una patología maligna, a veces incluso la elevación llamativa del CA-125, nos encontraremos ante un cuadro totalmente distinto que se resolverá simplemente con la

extracción del tumor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Berek J. Ginecología Berek y Novak. 15 edición
2. Brunicardi C. Schwarts principios de cirugía. 9 a Edición. McGraw-Hill.
3. Calvo R, Aparicio J, Frías G, García A, Montero J. Síndrome de Meigs como causa inusual de disnea en el servicio de urgencias. 2010; 22, 206-208.
4. Custodio A, Marinho C, Díaz M, De Oliveira C. Síndrome de Meigs. A propósito de un caso clínico. Revista de Ginecología y Obstetricia.
5. DeCherney A. Diagnóstico y tratamiento ginecobstétrico. 9 a Edición
6. González M, Sánchez R, Rodríguez A. Fibroma de Ovario. Presentación de caso y revisión. 2011; 78 (1): 50-52
7. Herráiz M, Elorz C, Idoate M. Síndrome de Pseudomeigs en paciente con tumor de Krukenberg. Revista médica Universidad de Navarra. Vol. 51, N3, 2007, 19-22.
8. Losa E, Villar M, Pascual A, Gómez T. Síndrome de Meigs y pseudo Meigs. Clínica de investigación Ginecobstétrica. 2006; 33 (1) 25-34.
9. Lurie S. Síndrome de Meigs: historia del epónimo. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española) 2001; 1: 115-120
10. Olliu H, Castillo N, Pérez J, Domínguez E. Síndrome de Meigs y torsión de anexo uterino izquierdo. IntraMed journal. Disponible en: [www.intramed.net](http://www.intramed.net)