



Nota clínica

Síndrome de pseudo-Meigs

José Patricio Novelo-Pérez^{a,*} y Alejandro Cano-Verdugo^b^a Residente de segundo año Medicina Interna, Hospital de Especialidades No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León, México^b Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2021

Aceptado el 12 de marzo de 2021

On-line el 18 de abril de 2021

Palabras clave:

Síndrome pseudo-Meigs

Dispepsia

Carcinoma de ovario

Pronóstico

Salud pública

RESUMEN

El síndrome de pseudo-Meigs se caracteriza por la tríada de neoplasia maligna de ovario, derrame pleural y ascitis. Los signos y síntomas son inespecíficos, enmascarando esta entidad con un proceso gastrointestinal y/o urinario; un tumor anexial ginecológico podría pasar inadvertido, retrasando el abordaje diagnóstico y el inicio del tratamiento adecuado.

Paciente mujer de 40 años, con historia de distensión abdominal y plenitud posprandial, que desarrolló dolor abdominal y aumento del esfuerzo ventilatorio. Los estudios de imagen evidenciaron derrame pleural unilateral izquierdo y ascitis; se extrajeron ambos líquidos, lo cual mejoró la condición clínica. Se encontraron valores elevados de CA-125, se realizó laparotomía exploradora etapificadora de ovario citoreductora más evacuadora, y el resultado de histopatología fue compatible con malignidad ovárica.

El síndrome de pseudo-Meigs es una entidad infradiagnosticada, con una amplia variedad de características clínicas a la presentación, y suele comenzar con síntomas no ginecológicos. En mujeres jóvenes en edad fértil con sintomatología atípica se debe sospechar de enfermedades gineco-oncológicas.

© 2021 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pseudo-Meigs' syndrome

ABSTRACT

Pseudo-Meigs' syndrome is a triad characterized by malignant neoplasm of the ovary, pleural effusion and ascites. The signs and symptoms are nonspecific, masking this entity with a gastrointestinal or urinary process; a gynecological adnexal tumor could be unnoticed, delaying the diagnostic approach and the initiation of appropriate treatment.

A 40-year-old woman, with a history of abdominal distension and postprandial fullness developed abdominal pain and increment of ventilatory effort. The imaging studies showed unilateral pleural effusion and ascites, both liquids were extracted enhancing clinic condition. Significant values of CA-125 was found, exploratory laparotomy ovary staging cytoreductive plus evacuating was performed, the histopathology result was compatible with ovarian malignancy.

Pseudo-Meigs' syndrome is an underdiagnosed entity that has a wide variety of presenting clinical features, it often appears with non-gynecological symptoms. Young age fertile women with atypical symptomatology, gynecological diseases should be suspected.

© 2021 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En la primera mitad del siglo XIX Blin asoció el fibroma ovárico con la ascitis; posteriormente, la Sociedad Quirúrgica de París

publicó una serie de 50 pacientes mujeres con quistes ováricos, de las cuales nueve se curaron de la ascitis y del derrame pleural con la extirpación tumoral, y en el año 1937 Joe Vincent Meigs (1892-1963), un profesor norteamericano de la Escuela de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina en la Universidad de Harvard, conceptualizó y agrupó dichos datos clínicos, recopilados en siete casos con la presencia de fibroma ovárico, derrame pleural y ascitis¹.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pato.novelo92@gmail.com (J.P. Novelo-Pérez).

En 1945 se definió este síndrome con la presencia de neoplasia maligna de ovario, derrame pleural y ascitis, más la característica de resolución clínica con la extirpación quirúrgica. Sin embargo, 45 años más tarde, Martin y colaboradores reportaron un caso atípico del síndrome de Meigs con derrame pleural bilateral hemorrágico sin ascitis con la presencia de un tumor de células de la granulosa^{2,3}. Se definió el síndrome de pseudo-Meigs o falso Meigs por la presencia de otros tumores, como carcinomas, teratomas, quistes, papiloma de la trompa, cistoadenoma papilar, tumor de Krukenberg, fibrosarcoma y leiomiomas uterinos⁴.

Debido a los signos y síntomas no específicos de síndrome, un tumor anexial podría pasar inadvertido, tergiversando la sospecha clínica por síntomas gastrointestinales o urinarios inespecíficos que pudieran sugerir otra entidad, retrasando un diagnóstico oportuno⁵.

Caso clínico

Paciente mujer de 40 años de edad que acudió a la consulta externa por dispepsia en estudio. Presentaba antecedentes de importancia. Familiares: padre fallecido por cáncer de estómago, abuelo paterno fallecido por cáncer de próstata; ginecoobstétricos: menarquia a los 12 años, previamente los ciclos menstruales regulares de 27 días con 5 días de sangrado hasta amenorrea de un año de evolución, inicio de vida sexual activa a los 18 años, 4 años con dispositivo intrauterino (DIU) de cobre como método de planificación familiar, gesta 5 con 5 partos sin aparentes complicaciones; personales: pérdida de peso de manera no intencionada de más de 10 kg (peso previo 65 kg, peso a la presentación 50 kg) en un año.

Inició su padecimiento actual con distensión abdominal y plenitud posprandial de 6 meses de evolución, se automedicó con metoclopramida, trimebutina, butilhioscina con metamizol sódico, sin mejoría. Tres meses después se agregó dolor abdominal tipo cólico generalizado fluctuante, ardor epigástrico no relacionado con la ingesta de alimentos más percepción del aumento gradual del perímetro abdominal. Durante el interrogatorio se documentó disnea al formular frases cortas y diaforesis profunda.

A la exploración física inicial destacó una frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto con uso de musculatura accesoria de la ventilación y saturación del 90% al aire ambiente mediante pulsioximetría. Resaltó la presencia de hipoventilación basal izquierda con mate a la percusión y disminución de la transmisión de la voz en el hemitórax izquierdo de aproximadamente el 70%, abdomen globoso con dolor leve a moderado a la palpación en todos los cuadrantes, peristalsis no audible, presencia de signo de la ola con una hernia umbilical retráctil de aproximadamente 5 × 5 cm, adenomegalia inguinal bilateral no dolorosa a la palpación, y se decidió su ingreso hospitalario para el estudio del derrame pleural izquierdo más ascitis.

Durante sus primeras horas de hospitalización se realizaron estudios de gabinete, como una radiografía simple de tórax, que demostró derrame pleural izquierdo. Los resultados de laboratorio demostraron anemia hipocrómica microcítica moderada, trombocitosis moderada e hipoalbuminemia moderada; la tomografía axial computarizada simple y contrastada toraco-abdomino-pélvica (figs. 1 y 2) confirmó la afectación a nivel pulmonar y abdomino-pélvico, sugiriendo actividad maligna. Con estos hallazgos se realizó una toracocentesis evacuadora y diagnóstica, y se obtuvo un litro de líquido pleural serohemático con citoquímica compatible tipo exudado mediante los criterios de Light. Posteriormente se realizó una paracentesis evacuadora y diagnóstica, y se obtuvieron cinco litros de líquido ascítico serohemático con citoquímica de predominio monocítico con un gradiente albúmina suero-ascitis de -2,7 (sugestivo de etiología no relacionada con hipertensión



Figura 1. Tomografía contrastada de tórax en corte coronal que demuestra colapso pulmonar izquierdo con derrame pleural masivo.

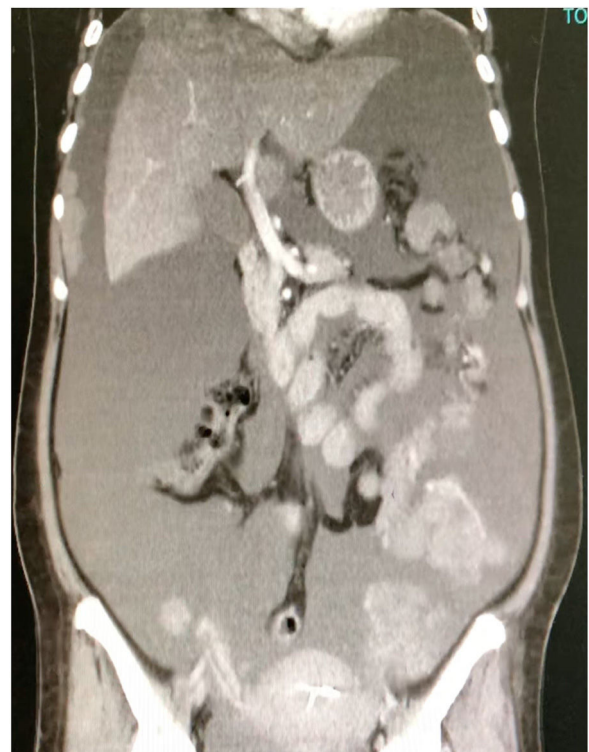


Figura 2. Tomografía contrastada abdomino-pélvica en corte coronal que demuestra ascitis masiva, implantes peritoneales, anexos lobulados, mal definidos con densidad heterogénea quística; se aprecia un DIU instalado.

Tabla 1
Resultados de histopatología

Carcinoma de ovario seroso papilar bilateral de alto grado
Extensión tumoral a salpinges, endometrio, miometrio y cérvix
Múltiples implantes de carcinoma en el epiplón
Implante de carcinoma seroso en apéndice cecal
Líquido ascítico con células inflamatorias, células epiteliales con binucleación y atipia citológica
Líquido pleural con células atípicas de predominio linfocítico

portal). Al término de ambos procedimientos se disminuyó el trabajo ventilatorio, logrando una saturación al aire ambiente del 96% mediante pulsioximetría. Los estudios de tinción Gram, bacilo ácido-alcohol resistente, hidróxido de potasio, citología y cultivo fueron negativos. Se solicitaron marcadores tumorales para continuar el abordaje diagnóstico sugestivo de malignidad, se registró CA-125 con 5.121 U/ml (valor normal <35 U/ml). Con estos resultados se solicitó una valoración por el servicio de ginecología oncológica por sospecha de síndrome de pseudo-Meigs.

Se realizó una laparotomía exploradora etapificadora de ovario citorreductora más evacuadora, omentectomía total, histerosalpingooforectomía bilateral simple más apendicectomía, se drenaron ocho litros de líquido de ascitis de característica macroscópica previamente descrita y las piezas quirúrgicas se enviaron al servicio de anatomía patológica para su estudio.

Posteriormente retornó a hospitalización para cuidados posquirúrgicos, la cual cursó de manera favorable, manteniendo signos vitales y parámetros bioquímicos estables. El estudio de histopatología resultó positivo para un proceso maligno (tabla 1). Con estos resultados se concluyó el diagnóstico de síndrome de pseudo-Meigs y se dio de alta a la paciente con posterior envío a la consulta externa de oncología médica para su seguimiento.

Discusión

El cáncer de ovario es la sexta neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial. México es la segunda región con mayor frecuencia de cáncer de ovario en el mundo, representando a nivel nacional el 5,3% de los diagnósticos de tumores en todos los grupos de edad y el 21% de todas las neoplasias ginecológicas. Su diagnóstico es tardío: se documenta en etapas clínicamente avanzadas (III y IV) aproximadamente en el 75% de la población^{3,6}.

Un estudio mexicano con 100 pacientes con cáncer de ovario en estadio avanzado con tratamiento a base de esquemas convencionales (cirugía y quimioterapia) en un periodo de 6 años demostró, en 86 pacientes que tuvieron seguimiento, que únicamente 19 (22%) alcanzaron 30 meses sin evidencia de enfermedad⁷.

Se decidió comunicar este caso por la presentación clínica atípica, debido a que debutó con síntomas gastrointestinales inespecíficos, conduciendo a realizar otros diagnósticos fuera del abordaje ginecológico. Recientemente, en una publicación india, Dubey et al.⁸ describieron a una mujer de 26 años que presentó inicialmente dolor abdominal leve con distensión abdominal progresiva de 3 meses de evolución, y se concluyó posteriormente síndrome de pseudo-Meigs.

La paciente del estudio comenzó con plenitud posprandial, saciedad precoz y dolor abdominal tipo cólico de larga evolución, síntomas que integran un amplio diagnóstico diferencial, como la enfermedad ácido-péptica, la dispepsia funcional y la enfermedad por reflujo gastroesofágico, entre otros⁹. Por lo anterior, se resalta la importancia de una sospecha diagnóstica temprana para la canalización adecuada de estas pacientes para su correcto abordaje clínico.

Conclusión

El síndrome de pseudo-Meigs es una entidad infradiagnosticada que condiciona un aumento en la morbilidad debido a que se detecta y se diagnostica en estadios clínicamente avanzados. Se debe sospechar de procesos oncológicos aun en mujeres jóvenes en edad fértil con presentación clínica no ginecológica de inicio, un escrutinio temprano y un adecuado abordaje integral para una mayor calidad de vida en este grupo de pacientes.

Financiación

Los autores no recibieron apoyo financiero para esta contribución.

Autoría

El primer autor escribió el artículo completo, investigó la literatura, evaluó esta literatura en la discusión y escribió la tabla. El coautor ha leído el artículo y proporcionó sugerencias para la corrección. Ninguna otra persona estuvo involucrada.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Saha S, Robertson M. Meigs' and Pseudo-Meigs' syndrome. *Australas J Ultrasound Med* 2012;15:29–31. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2205-0140.2012.tb00140.x>.
- Modesto-dos Santos V, Correa-Trindade M, Lemes-Duarte M, Manabu-Yano V, Ferreira-Dutra MV, Borges-Viana FGM. Pseudo-Meigs' syndrome due to high-grade serous ovarian carcinoma. *Neumol Cir Torax* 2017;76:107–10. <http://dx.doi.org/10.35366/73387>.
- Sánchez-Torres D, Díaz-Murillo R, Kazlauskas S, de Santiago J, Zapardiel I. Síndrome de Meigs por fibroma ovárico bilateral parecido al cáncer de ovario. *Ginecol Obstet Mex* 2016;84:122–5.
- Barrantes-Rodríguez S. Síndrome de Meigs y pseudo Meigs: Correlación con tumores ováricos. *Rev Med Costa Rica Centroam* 2015;616:659–62.
- Novoa-Vargas A. Historia natural del cáncer de ovario. *Ginecol Obstet Mex* 2014;82:613–22.
- Cuarto Consenso Nacional de Cáncer de Ovario. Factores de riesgo, factores protectores y etapificación. *GAMO* 2018;17:1–62. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.M18000155>.
- Torres-Lobatón A, Cifuentes G, Oliva-Posada JC, Torres-Rojas A, Morales-Palomares MA, Morgan-Ortiz F. Cáncer de ovario avanzado (Etapas clínicas IIIc). Resultados del tratamiento quirúrgico en 100 pacientes. *GAMO* 2013;12:24–31.
- Dubey S, Goel P, Pandey N, Pavithra HN. Pseudo-Meigs syndrome: A rare presentation of pedunculated fibroid. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2020;9:3052–4. <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20202756>.
- Van den Houde K, Carbone F, Tack J. Postprandial distress syndrome: Stratification and management. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2019;13:37–46. <http://dx.doi.org/10.1080/17474124.2019.1543586>.