
Casos clínicos

300 C. Ceamanos
M. García-Manero
M.A. Idoate^a
J.L. Alcázar
J.A. Mínguez
M.J. Galán
I. Pombo
G. Castillo

Departamentos de Obstetricia y Ginecología y ^aAnatomía Patológica.
Clínica Universitaria de Navarra. Facultad de Medicina.
Universidad de Navarra.

Síndrome de Meigs asociado a tumor paraovárico

Meigs' syndrome associated with paraovarian tumor

Correspondencia:
Dra. C. Ceamanos Montañés.
Departamento de Obstetricia y Ginecología.
Clínica Universitaria de Navarra.
Avenida Pío XII, 36. 31008 Pamplona.
Correo electrónico: cceamanos@unav.es

Fecha de recepción: 20/11/01
Aceptado para su publicación: 20/2/02

C. Ceamanos, M. García-Manero, M.A. Idoate, J.L. Alcázar, J.A. Mínguez, M.J. Galán, I. Pombo, G. Castillo. Síndrome de Meigs asociado a tumor paraovárico.

RESUMEN

Se presentan dos casos de síndrome de Meigs caracterizado por la asociación de tumor ovárico (fibroma, tecoma, tumor de células de la granulosa, tumor de Brenner) con ascitis e hidrotórax. Ambos casos mostraron elevación de CA-125.

Se destaca la importancia de considerar la naturaleza benigna del proceso cuando la tomografía computarizada muestra ausencia de implantes peritoneales.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Meigs. Pseudomeigs. Hidrotórax. CA-125.

SUMMARY

We present two cases of Meigs' syndrome. This syndrome is characterized by ovarian tumor (fibroma, thecoma, granulosa cell tumors and Brenner's tumor) together with ascites and hydrothorax. Both cases presented elevated CA125 levels. We stress the importance of considering the benign nature of the process when computerized axial tomography shows the absence of peritoneal implants.

KEY WORDS

Meig's syndrome. Pseudomeigs. Hidrothorax. CA-125.

INTRODUCCIÓN

Se denomina síndrome de Meigs al cuadro clínicopatológico consistente en la asociación entre fibroma ovárico, derrame pleural y ascitis¹⁻³. La peculiaridad del caso que presentamos es que el síndrome de Meigs está en relación con un fibroma paraovárico en una paciente joven que presentó un derrame pleural, que resolvió de forma diferida, así como elevación de los marcadores tumorales.

Se han revisado las publicaciones del síndrome de Meigs desde el año 1980 hasta la actualidad y sólo existe un caso descrito de asociación con fibroma paraovárico⁴, dato que, añadido a otras características, nos parece interesante para su publicación.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 23 años fue remitida por el servicio de urgencias, al que acudió por presentar febrícula acompañada de astenia, tos y disnea desde hace 2 semanas. Se diagnosticó una de tumoración abdominopélvica de probable origen ginecológico.

Los antecedentes personales de la paciente carecían de interés. Sus antecedentes ginecológicos eran: menarquia a los 14 años, FM: 30/5; FUR 30 de noviembre de 2001; G0, A0, P0. En el momento del ingreso la paciente presentaba febrícula y ligera disnea. En el examen pelviano se apreció una masa de consistencia dura, irregular y móvil que se extendía desde hipogastrio hasta dos traveses de dedo por debajo del apéndice xifoides. La ecografía abdominal confirmó la existencia de una masa tumoral de 20 cm, localizada por encima del cuerpo uterino, que comprimía las asas intestinales, de carácter sólido, aunque con áreas centrales hipoeocoicas, escasamente vascularizada y bien delimitada. Se observó, además, líquido en el fondo del saco de Douglas y en ambos senos diafrágmáticos. El estudio mediante TAC torácica y abdominal confirmó los hallazgos anteriores (fig. 1) y descartó la presencia de nódulos pulmonares y de adenopatías en las cadenas linfáticas torácicas y abdominopélvicas. Los marcadores tumorales fueron negativos (CA 19,9: 40,1 U/ml; CEA: 0,7 ng/ml; β-HCG: < 5 U/l; alfafetoproteína: < 5 U/ml), excepto el CA-125, que estaba muy elevado (1.764,6 U/ml). En el resto de la analítica destacó leucocitosis (17,7/pl) y neutrofilia (81,7%).

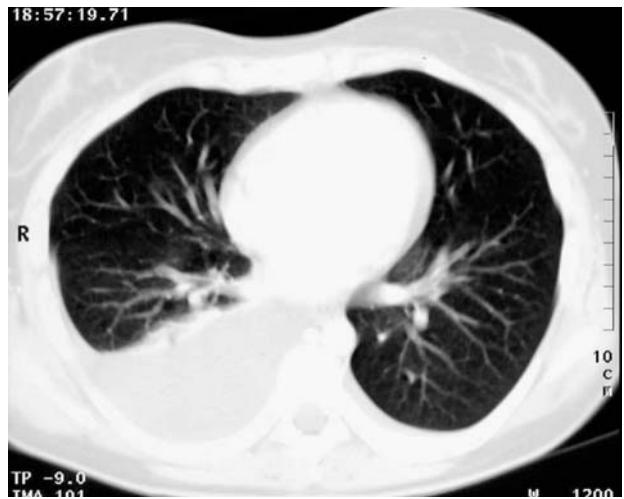


Figura 1. TC torácica: se aprecia la existencia de derrame pleural bilateral.

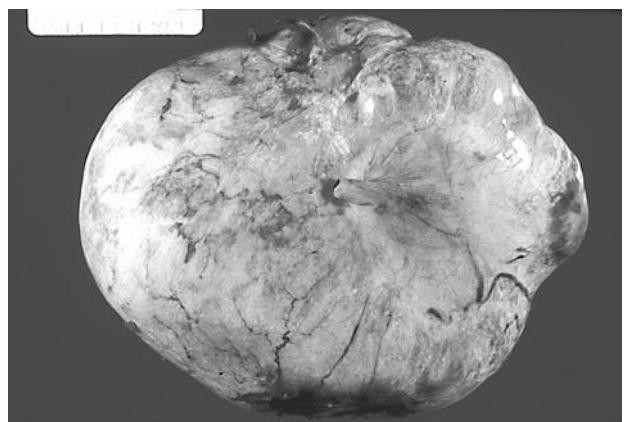


Figura 2. Aspecto macroscópico de la superficie externa de la tumoración paraovárica. La tumoración estaba provista de una cápsula fina con una rica red de vasos subcapsulares. Nótese la presencia de un pedículo central.

Se practicó laparotomía exploradora y se encontró una tumoración de gran tamaño, de superficie lisa y brillante, con áreas necróticas y hemorrágicas, localizada en la plica vesicouterina con un pedículo de conexión con el ovario derecho, que era de características macroscópicas normales. Existían adherencias intraperitoneales. El ovario izquierdo y el útero presentaban características macroscópicas normales. Se realizó extirpación de la lesión con conservación del ovario. El postoperatorio cursó satisfactoriamente. Se realizó un estudio citológico del

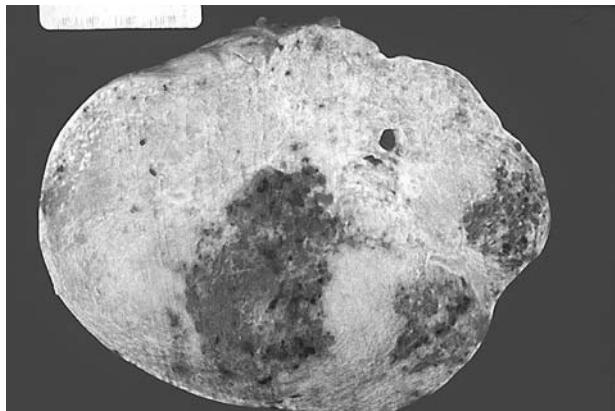


Figura 3. Superficie de corte del fibroma paraovárico. El tumor era de consistencia fibrosa, carácter fasciculado, con áreas de necrosis y hemorragia.

derrame peritoneal y de la pleura, así como toma de biopsias pleurales y peritoneales.

En la anatomía patológica se halló un tumor encapsulado, de superficie lisa y brillante (fig. 2), de $16,5 \times 15 \times 7,5$ cm de diámetros máximos y 1.540 g de peso, provisto de un pedículo fibroso central de 1 cm de longitud y 0,5 cm de diámetro. El tumor era predominantemente sólido, de color blanco y carácter fasciculado, con áreas hemorrágicas y necróticas (fig. 3). Histológicamente se trataba de una tumoreación mesenquimal benigna homogénea, moderadamente celular, constituida por un crecimiento en sábana de células fusiformes, monomorfas, de aspecto fibroblástico y sin atipia (fig. 4). La estroma tumoral era heterogénea, con áreas edematosas o mixoides que se alternaban con otras marcadamente collagenizadas. En ocasiones las células tumorales se disponían en empalizada en torno a estas áreas collagenicas, lo que le confería un cierto carácter rosetoide. La necrosis tumoral era de tipo isquémico y estaba en relación con vasos ectásicos trombosados o con marcada fibrosis de la íntima. No se observaron figuras mitóticas. No se reconoció tejido ovárico acompañante. En el estudio inmunohistoquímico destacó una intensa inmunorreactividad citoplasmática de las células tumorales para la vimentina y focal para la inhibina e inmunonegatividad frente a la proteína S-100 y la actina muscular específica.

Por otro lado, en el estudio citológico del derrame peritoneal y pleural se apreció hiperplasia mesotelial, y en el de los implantes pleurales se obser-

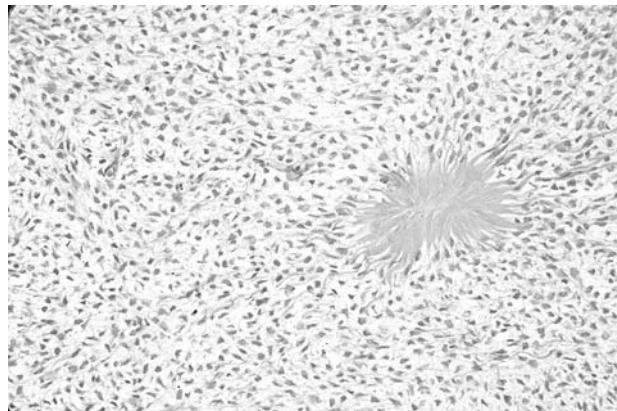


Figura 4. Tumor densamente celular constituido por una población de células fusiformes monomorfas de aspecto fibroblástico. Destaca la presencia de una estructura rosetoide caracterizada por un core central de estroma collagenizado y una corona de células tumorales dispuestas en empalizada (H-E, $\times 200$).

vó hiperplasia mesotelial acompañada de un marcado infiltrado inflamatorio linfomacrocítico.

El cuadro clínico persistió, con tos y disnea ligera, evidenciándose radiológicamente la persistencia del derrame pleural bilateral y en la analítica leucocitosis y elevación del CA-125 (> 500). Se realizaron estudios inmunológicos sin que se apreciaran alteraciones. A los 3 meses del inicio del cuadro, el derrame pleural bilateral se resolvió espontáneamente y se normalizaron los valores de CA-125.

DISCUSIÓN

El síndrome de Meigs se define como la asociación de un fibroma ovárico³, ascitis y derrame pleural^{1,2}. A su vez se describe como seudosíndrome de Meigs la asociación del derrame peritoneal y pleural con un tumor ovárico de características histológicas diferentes de la descripción clásica^{4,5} (tecoma ovárico⁶, tumor de Brenner⁷ y el carcinoma endometrioides de útero) o extraovárico, benigno o maligno, mesenquimal o epitelial, entre los que cabe citar los tumores colo-rectales⁸, el leiomioma uterino⁹ o ligamentoso¹⁰ y el adenocarcinoma primario de trompa¹¹. También se clasifica como seudosíndrome de Meigs la detección de células tumorales⁸, mientras que en el síndrome de Meigs se observa hiperplasia mesotelial.

En el caso descrito llama la atención la asociación con un fibroma paraovárico, cuyas características histológicas coinciden con las descritas para el síndrome de Meigs, que sugiere el posible origen en un ovario supernumerario.

En cuanto a la epidemiología, el síndrome de Meigs se presenta clínicamente en mujeres de edad media, comprendida entre los 40 y los 60 años^{1,2}, sin que esto signifique que no pueda aparecer en edades inferiores como, por ejemplo, en el caso presentado.

La causa del derrame pleural y peritoneal puede ser la hiperreactividad mesotelial, responsable de la producción de exudado con posterior difusión al espacio pleural por medio de los vasos linfáticos o a través del agujero de Bochdalek^{2,12}. Otros autores confieren más importancia a otros factores de tipo alérgico. Es muy posible que todos los autores tengan parte de razón y que la suma de todos estos factores invocados (permeación de los linfáticos subdiafragmáticos, reacción alérgica, efecto mecánico) dé como resultado el síndrome comentado.

El síndrome de Meigs se manifiesta clínicamente por tos, dificultad respiratoria o aumento del perímetro abdominal derivados del derrame. Otros síntomas pueden deberse a la compresión de órganos por el tumor ovárico. Para el diagnóstico temprano de la masa pelviana es imprescindible realizar una exploración física adecuada, así como la utilización de técnicas de imagen que lleven al diagnóstico. Se

extirpará la masa tumoral pelviana para evitar la reactualización de toracocentesis repetidas¹³.

En el síndrome de Meigs se debe efectuar estudio de marcadores tumorales, de los que el más útil es el CA-125, que puede llegar a alcanzar valores elevados¹⁷. Es característico del síndrome de Meigs que los valores del CA-125 permanezcan elevados durante 3 o 4 meses después de la exérésis del tumor, probablemente debido a la hiperplasia mesotelial acompañante.

El tratamiento consiste en la resección de la masa pélvica mediante laparoscopia, cuando es posible, o laparotomía.

La resolución del derrame pleural o peritoneal se produce generalmente en un plazo máximo de 7 días tras la cirugía⁵. La recidiva del derrame, tanto pleural como peritoneal, es muy infrecuente¹². En cambio, la disminución del valor sérico del CA-125 ocurre tras 3 o 4 meses¹⁴⁻¹⁶. En nuestro caso llama la atención la anormal persistencia del derrame pleural durante 3 meses, lo que obligó a descartar la existencia de un proceso inmunológico o infeccioso asociado.

En resumen, el síndrome de Meigs es una entidad nosológica poco frecuente cuya fisiopatología es desconocida. El tratamiento definitivo es quirúrgico y la frecuencia de recidiva es baja. El caso descrito tiene especial interés por la edad de aparición, por el origen extraovárico de la tumoración y por lo inusual del retraso en la resolución del derrame pleural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lurie S. Meigs' syndrome: the history of the eponym. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;92:199-204.
2. López García G, Ara JL. Aportación al síndrome de Meigs. *Rev Med Univ Navarra* 1969;XIII:65.
3. Giannacopoulos K, Giannacopoulou Ch, Matalliotakis I, Neonaki M, Koumantakis E. Pseudo-Meigs' syndrome caused by paraovarian fibroma. *Eur J Gynaecol Oncol* 1998;19:389-90.
4. Kazanov L, Ander DS, Enriquez E, Jaggi FM. Pseudo-Meigs syndrome. *Am J Emergen Med* 1998;16:404-5.
5. Novoa-Vargas A, Tenorio-González F, Gómez-Pedroso, J, Torres-Martínez A. Meigs' syndrome. A clinical case and review of the literature. *Ginecol Obstet Mex* 1994;62:217-21.
6. Hopkins M, Malviya VK, Nunez C. Meigs's syndrome and ovarian thecoma in pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1986;31:198-202.
7. Aoshima M, Tanaka H, Takahasi M, Nakamura K, Makiro J. Meigs syndrome due to Brenner tumor mimicking lupus peritonitis in a patient with systemic lupus erythematosus. *Am J Gastroenterol* 1995;90:657-8.
8. Nagakura S, Shirai Y, Hatakeyama K. Pseudo-MEIGS syndrome caused by secondary ovarian tumors from gastrointestinal cancer. A case report and review of the literature. *Dig Surg* 2000;17:418-9.
9. Terada S, Suzuki N, Uchide K, Akasofu K. Uterine leiomyoma associated with ascitis and hidrotorax. *Gynecol Obstet Invest* 1992;33:54-8.
10. Buckshee K, Dhond AJ, Mittal S, Bose S. Pseudo-Meigs' syndrome secondary to broad ligament leiomyoma: a case report. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol* 1990;16:201-5.
11. Chen FC, Fink RL, Jolly H. Meigs' syndrome in association with a locally invasive adenocarcinoma of the fallopian tube. *Aust N Z J Surg* 1995;65:761-2.
12. Santopaolo O, Rotondo A, Alfe M, Canciello P, Rito-Marcone G, Cusati B. Meigs syndrome with bilateral hidrotorax. *Minerva Ginecol* 1993;45:263-6.
13. Kolaczkowska M, Bielecki M, Mlynarczyk W, Piorunek T, Stanczyk J, Debniaik B. Meigs syndrome -diagnostic difficulties. *Pol Arch Med Wewn* 1997;98:53-8.
14. Santangelo M, Battaglia M, Vescio G, Sammarco G, Gallelli G, Vetere A, et al. Meigs' syndrome: its clinical picture and treatment. *Ann Ital Chir* 2000;71:115-9.
15. Timmerman D, Moerman P, Vergote I. Meigs' syndrome with elevated serum CA-125 levels: two case reports and review of the literature. *Gynecol Oncol* 1995;59:405-8.
16. Dunn JS, Anderson CD, Method MW, Brost BC. Hydropic degeneration leiomyoma presenting as Pseudo-Meigs syndrome with elevated CA-125. *Obstet Gynecol* 1998;92:648-9.