



Síndrome de Meigs por fibroma ovárico bilateral parecido al cáncer de ovario

Sánchez-Torres DA¹, Díaz-Murillo R¹, Kazlauskas S², de Santiago J¹, Zapardiel I¹

Resumen

El síndrome de Meigs se caracteriza por ascitis y derrame pleural asociados con alguna neoplasia benigna de ovario, que en algunos casos puede confundirse con un proceso maligno.

CASO CLÍNICO: paciente de 55 años de edad con un tumor pélvico de origen ovárico, de aspecto heterogéneo, con ascitis y elevadas concentraciones de marcadores tumorales sospechoso de malignidad. Después de la histerectomía total con anexectomía bilateral, el estudio histológico reveló un fibroma ovárico bilateral y líquido ascítico no tumoral. La concentración elevada de CA125 en una mujer posmenopáusica, con masas sólidas anexiales y ascitis sugiere, en primera instancia, un tumor maligno de ovario; sin embargo, en los casos de síndrome de Meigs, las manifestaciones clínicas desaparecen totalmente después de la resección quirúrgica del tumor ovárico, por lo que se considera el tratamiento de elección en estos casos.

PALABRAS CLAVE: síndrome de Meigs, ascitis, CA125, fibroma ovárico.

Ginecol Obstet Mex. 2016 feb;84(2):122-125.

Meigs' syndrome caused by bilateral ovarian fibroma mimicking ovarian cancer.

Sánchez-Torres DA¹, Díaz-Murillo R¹, Kazlauskas S², de Santiago J¹, Zapardiel I¹

Abstract

Meigs' syndrome is defined as the triad of benign ovarian tumor, ascites and pleural effusion. In some cases it could be confused with a malignant disease.

CASE REPORT: We report the case of a 55-year-old patient who presented a pelvic mass, ascites and elevated serum CA125. Suspecting a malignant process she underwent surgery and a total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy was performed. Pathologic report revealed a bilateral ovarian fibroma and non-tumoral ascites. The presence of elevated serum CA125 levels in a postmenopausal woman with a pelvic mass and ascites suggest an ovarian malignant disease. However, in case of Meigs' syndrome, all symptoms will disappear after removal of the pelvic tumor, so a fast surgical management of the patients is mandatory.

KEYWORDS: Meigs' syndrome; Ascites; CA125; Ovarian fibroma

¹Unidad de Ginecología Oncológica.

²Servicio de Ginecología.

Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid, España.

Recibido: diciembre 2014

Aceptado: julio 2015

Correspondencia

Dr. Ignacio Zapardiel

Paseo de la Castellana 261

28040, Madrid España.

ignaciozapardiel@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Sánchez-Torres DA, 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 feb;84(2):122--125.



ANTECEDENTES

El cáncer de ovario es la sexta neoplasia más frecuente en mujeres y el responsable del mayor número de muertes al año por cáncer del aparato reproductor femenino. La mortalidad es elevada porque el diagnóstico suele establecerse en estadios avanzados.¹ Es una enfermedad que afecta sobre todo a mujeres posmenopáusicas, con una mediana de edad al diagnóstico de 60 años.² En México el cáncer de ovario representa 5.3% de los diagnósticos de tumores en todos los grupos de edad y 21% de todas las neoplasias ginecológicas.³

El síndrome de Meigs, descrito por Joe Vincent Meigs en 1937,⁴ se manifiesta con ascitis e hidrotórax en pacientes con algún tumor benigno de ovario. Esta enfermedad se asocia, principalmente, con ciertos tipos de tumores como: fibroma, tecoma y tumor de Brenner⁵ o, bien, teratomas o tumores de células de la granulosa.⁶

Los síntomas de la enfermedad fueron señalados parcialmente por Spiegelberg y otros autores desde 1866⁷ y durante el siglo XX.⁸⁻¹⁶ En realidad, Meigs y Cass despertaron el interés y le dieron importancia al síndrome en 1937, para que finalmente fuera denominado "síndrome de Meigs" por Rhodes y Terrell en ese mismo año.

El conocimiento del síndrome de Meigs tiene importancia clínica considerable porque un tumor de ovario, con ascitis y líquido pleural, sugiere malignidad y puede resultar en metástasis peritoneal y pleural. Cuando estos signos aparecen asociados con una masa pélvica no ovárica, la enfermedad se denomina pseudosíndrome de Meigs.¹⁷

El objetivo de este estudio es informar un caso de síndrome de Meigs con elevadas concentraciones de marcadores tumorales.

CASO CLÍNICO

Paciente de 55 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés para el padecimiento actual. En la exploración clínica se identificó dolor abdominal y una masa pélvica, por lo que fue enviada a la consulta de ginecología oncológica. El estudio ecográfico reportó: masa sólido-quística de 157 x 86 x 107 mm de diámetro, con probable origen ovárico derecho, y líquido libre en el espacio de Douglas. En la resonancia magnética pélvica con medio de contraste para delimitar la formación se observó compresión y desplazamiento de las asas intestinales y la vejiga, sin asegurar la infiltración de estas estructuras. El ovario izquierdo se visualizó con una formación quística de 2 cm. La tomografía tóraco-abdomino-pélvica detectó la misma masa anexial de 141 mm y un tumor contralateral de 49 mm (Figura 1), con aparente afectación peritoneal asociada con ascitis perihéptica y periesplénica; también se observó derrame pleural en la base derecha (Figura 2). La determinación de marcadores tumorales fue normal, excepto el CA125 con concentración de 176 U/mL.

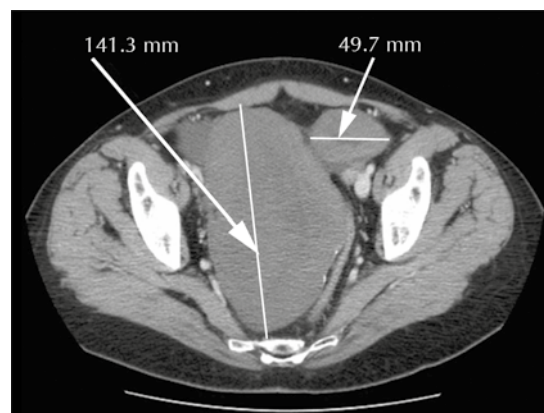


Figura 1. Tomografía abdominal que muestra los tumores bilaterales en ambos ovarios, de 141 y 49 mm de diámetro máximo, respectivamente.

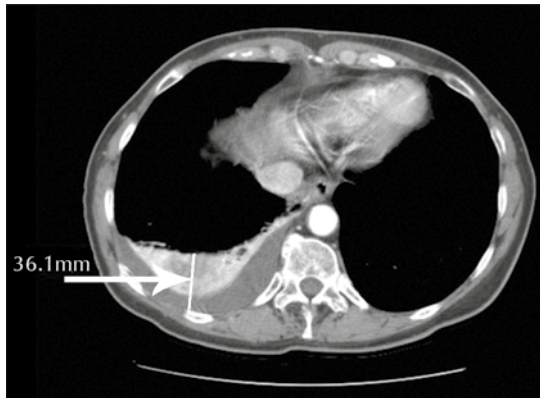


Figura 2. Tomografía de tórax que muestra el derrame pleural en la base pulmonar derecha de 36 mm.

Con la sospecha de cáncer de ovario decidió realizarse laparotomía exploradora, con la intención de citorreducción primaria completa del tumor. Durante la intervención quirúrgica se observó un tumor sólido ovárico bilateral con escaso líquido ascítico; el resto del aparato genital se observó sin alteraciones, ni hallazgos anormales adicionales en la exploración de la cavidad. Se realizó histerectomía total con doble anexectomía, por imposibilidad intraoperatoria de establecer el diagnóstico definitivo. El estudio histológico final reportó fibroma ovárico bilateral, con resultado negativo de células malignas en el líquido ascítico. Después de la cirugía se aliviaron completamente los síntomas de la paciente y hasta el momento no ha tenido complicaciones.

DISCUSIÓN

Aunque el síndrome de Meigs se parece a un tumor maligno y avanzado, su pronóstico es excelente si se realiza el tratamiento adecuado, incluso la esperanza de vida es igual al de la población general después de la extirpación quirúrgica del tumor; por lo tanto, es importante diferenciar a estas pacientes de las afectadas por

un cáncer de ovario.¹⁸ La evaluación preoperatoria rara vez sugiere síndrome de Meigs. La ascitis aparece en 10 a 15% de los fibromas de ovario, que tan solo suponen 2 a 5% de las piezas resecadas por tumor ovárico, por lo que su frecuencia es muy baja.¹⁹ La fisiopatología de la ascitis en el síndrome de Meigs aún no se conoce; sin embargo, se han propuesto distintos mecanismos como: irritación e inflamación del peritoneo por una masa ovárica dura, presión en las venas y los vasos linfáticos de la cavidad peritoneal, estimulación hormonal y liberación de mediadores desde el tumor que aumentan la permeabilidad capilar, aunque este dato sigue investigándose. El derrame pleural es más frecuente en el lado derecho y parece originarse por el paso de líquido ascítico a través del diafragma o de los vasos linfáticos.²⁰

La incidencia de pacientes con síndrome de Meigs y elevadas concentraciones de CA125 varía de 12 a 60%,²¹ aunque no se ha descrito una correlación clara entre el volumen de la ascitis, la concentración de CA125 y el tamaño o número de masas ováricas.²⁰ Debe sospecharse síndrome de Meigs en pacientes con derrame pleural y ascitis, con o sin elevación de CA125, citología negativa de células malignas en el líquido ascítico y ausencia de implantes peritoneales en la tomografía. El caso aquí reportado ilustra la importancia de realizar una cirugía exploradora correcta para la confirmación histológica del proceso, pues algunas pacientes expresan un origen benigno de la ascitis y del derrame pleural asociado con la masa pélvica (quienes padecen síndrome de Meigs), incluso con elevación de CA125.²² Estas pacientes no se beneficiarán de la extirpación completa del cáncer de ovario, porque la morbilidad es más elevada comparada con la extirpación simple. A la paciente de este estudio también se le realizó histerectomía total, debido al tiempo quirúrgico menor y la sospecha de malignidad inicial, aunque quizá fue un sobretratamiento a tenor del resultado histopatológico final.



CONCLUSIÓN

Debe sospecharse un proceso maligno en pacientes con algún tumor ovárico, ascitis y derrame pleural, con o sin elevadas concentraciones de los marcadores tumorales, además de considerar el diagnóstico histopatológico definitivo, pues en algunos casos la naturaleza de las lesiones es benigna y constituye el síndrome de Meigs, una enfermedad con excelente pronóstico y curación completa de los síntomas después de la extirpación quirúrgica de las masas ováricas.

REFERENCIAS

1. Permuth-Wey J, Sellers TA. Epidemiology of ovarian cancer. *Methods Mol Biol* 2009;472:413-37.
2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005;55:74-108.
3. Rivas-Corchado L, González-Geroniz M, Hernández-Herrera RJ. Perfil epidemiológico del cáncer de ovario. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(9):558-564.
4. Meigs JV, editor. Tumors of the female pelvic organs. New York: Macmillan, 1934:262-3.
5. Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Danforth's obstetrics and gynecology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1990;1082-95.
6. Meigs JV. Pelvic tumors other than fibromas of the ovary with ascites and hydrothorax. *Obstet Gynecol* 1954;3:471-86.
7. Spiegelberg O. Fibrom des eierstockes von enormer groesse. *Monatschr Geburtsh Frauenk (Berl)* 1866;28:415-25.
8. Cullingworth CJ. Fibroma of both ovaries. *Trans Obstet Soc Lond* 1879;21:276-88.
9. Demons A. Epanchements pleuretiques compliquant les kystes de l'ovaire. *Bull Soc Chirurg (Paris)* 1887;13:771-6.
10. Pascale P. L'idrotorace nelle cisti del l'ovario. *Arch Soc Ital Chir (Naples)* 1888;5:291.
11. Teriere MF. Fibrome de l'ovaire droit. *Prog Med (Paris)* 1888;1:466.
12. Tait RL. On the occurrence of pleural effusion in association with disease of the abdomen. *Med Chir Trans* 1892;75:109-18.
13. Demons A. Discussion of Rocher. M. Loouis. *Rev Mens Gynecol Obstet Paediatr (Bordeux)* 1900;2:274.
14. Hoon MR. Fibroma of the ovary. *Surg Gynecol Obstet* 1923;36:247.
15. Leo C. Processo essudativo ribelle guarito in patient a laparotomia per tumore ovarico. *Med Prat* 1926;11:422.
16. Salmon UJ. Benign pelvic tumors associated with ascites and pleural effusion. *J Mount Sinai Hosp* 1934;1:169-72.
17. Kazanov L, Ander DS, Enriquez E, Jaggi FM Pseudo-Meigs' syndrom. *Am J Emerg Med* 1998;16(4):404-5.
18. Macciò A, Madeddu C, Kotsonis P, Pietrangeli M, Paoletti AM. Large twisted ovarian fibroma associated with Meigs' syndrome, abdominal pain and severe anemia treated by laparoscopic surgery. *BMV Surg* 2014;14:38.
19. Mongkol B, Somsak L, Pattama C, Suthi S, Boonlert V. Atthapong J Meigs' syndrome with elevated serum 125:case report and review of literatura. *Case Rep Oncol* 2009;2:61-66.
20. Loué VA, Gbary E, Kouï S, Akpa B, Kouassi A. Bilateral ovarian fibrothecoma associated with ascites, bilateral pleural effusion, and marked elevated serum Ca-125. *Case Rep Obstet Gynecol* 2013;2013:189072.
21. Pastner B. Meigs síndrome and "false positive" preoperative serum Ca125 levels: analysis of ten cases. *Eur J Gynaecol Oncol* 2000;21:362-3.
22. Morán-Mendoza A, Alvarado-Luna G, Calderillo-Ruiz G, Serrano-Olvera A, López-Graniel CM, Gallardo-Rincón D. Elevated Ca 125 level associated with Meigs' syndrome: case report and review of the literatura. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16(Suppl 1):315-8.