

SINDROME DE MEIGS (MEIGS SYNDROME)

* Silvia Marcela Barrantes Rodríguez

RESUMEN

Es importante tener en cuenta que un paciente con ascitis, derrame pleural y masa pélvica debemos sospechar en el síndrome de Meigs. Es muy importante conocer los síntomas, ya que comúnmente este conjunto de signos y síntomas puede interpretarse como malignidad ovárica, con metástasis peritoneal y pulmonar. Aunque el síndrome de Meigs puede aparecer como un tumor maligno avanzado, el pronóstico es excelente si se diagnostica temprano, ya que el reconocimiento precoz puede prevenir la muerte del paciente.

DESCRIPTORES

Ascitis, derrame pleural, masa pélvica, meigs, malignidad ovárica.

SUMMARY

It is important to bear in mind that a patient with ascites, pleural effusion and pelvic mass we should suspect in Meigs syndrome. It is very important to know the symptoms, since commonly this set of signs and symptoms can be interpreted as ovarian malignancy, with peritoneal and pulmonary metastases. Although Meigs syndrome may appear as an advanced malignant tumor, the prognosis is excellent if it is early diagnosed, since the early recognition can prevent the death of the patient.

KEYWORDS

Ascites, pleural effusion, pelvic mass, meigs, ovarian malignancy.

*Médico General.
Universidad de
Iberoamérica (UNIBE). San
José- Costa Rica.

INTRODUCCION

Según nos revela la historia, 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 (incluían fibromas, tecomas, tumores de células de la granulosa y tumor de Brenner) a diversas manifestaciones como ascitis y derrame

pleural, las cuales resolvían tras la intervención quirúrgica y resección del tumor; llamándose en estos casos la unión de signos y síntomas como síndrome de Meigs .

También 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.

DEFINICION

El síndrome de Meigs consiste en la presencia de ascitis e hidrotórax en asociación con tumores ováricos benignos, principalmente de tipo sólido como los fibromas ováricos, cistoadenomas, tecomas, entre otros.

Es importante mencionar que también existe la asociación de un tumor de ovario maligno, al que se añaden la ascitis y derrame pleural, y que de igual manera éste también resuelve posterior a la resección del tumor, donde la enfermedad se denominaría síndrome de pseudo Meigs.

FISIOPATOLOGIA

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. 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.

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.

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.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas clínicos del Síndrome de Meigs son inespecíficos, existen reporte de casos de pacientes donde su única molestia es la disnea y quienes al ser valorados se documentan otros hallazgos como la ascitis y posteriormente se detecta la tumoración anexial, donde ya son compatibles con el síndrome.

La clínica del Síndrome de Meigs se basa en sus 3 componentes principales y cada uno puede producir diversas características clínicas, existen diversos síntomas relacionados con la ascitis y el derrame pleural, como lo son la fatiga, disnea, el aumento de la circunferencia abdominal, acidez, tos no productiva, edema local, amenorrea en mujeres premenopaúsicas, irregularidad menstrual, entre otros. Por su parte los fibromas pueden producir dolor pélvico moderado e irregularidad menstrual.

Es importante tomar en cuenta que el derrame pleural y la ascitis resuelven en días posteriores a la extracción del tumor, y pese a semejar presentación maligna, la neovascularización, obstrucción linfática y los depósitos metastásicos no se encuentran en el Síndrome de Meigs.

DIAGNOSTICO

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. Sin embargo, el diagnóstico oficial va ser postoperatorio dado el análisis anatomopatológico del tumor, y así descartar el falso síndrome de Meigs.

Ante la sospecha de malignidad, aparte de los exámenes de laboratorio rutinarios, se envían marcadores tumorales como el CA-125, 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.

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.

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.

BIBLIOGRAFIA

- Atención, De la Cruz A, Sucre F. Síndrome de Meigs: consideraciones fisiopatológicas y clínicas. Revista médico científica, volumen 19, número 1: 18-22.
- Berek J. Ginecología Berek y Novak. 15 edición.
- Brunicardi C. Schwarts principios de cirugía. 9 a Edición. McGraw-Hill.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Existen diversas patologías que pueden cursar con sintomatología similar a la que se presenta en el Síndrome de Meigs, como lo son la cirrosis hepática, el cáncer de colon, cáncer de pulmón, insuficiencia cardiaca congestiva, síndrome nefrótico, cáncer de ovario, tuberculosis, adenocarcinoma de colon.

TRATAMIENTO

Se puede realizar algún tipo de manejo médico como la paracentesis y toracocentesis para ayudar con el alivio de los síntomas de la ascitis y la efusión pleural. Sin embargo, el tratamiento definitivo en el síndrome de Meigs y pseudo Meigs es quirúrgico en todos los casos; la extirpación electiva mediante una laparotomía exploratoria con el estadiaje quirúrgico 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.

Existen opciones que se ofrecen usualmente a pacientes jóvenes y en edad reproductiva, como la resección en cuña del ovario y la salpingooforectomía unilateral, en la postmenopausia se suelen asociar a histerectomía total.

- 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.
- Custodio A, Marinho C, Díaz M, De Oliveira C. Síndrome de Meigs. A propósito de un caso clínico. Revista de Ginecología y Obstetricia.
- DeCherney A. Diagnostico y tratamiento ginecobstétrico. 9 a Edición
- González M, Sánchez R, Rodríguez A. Fibroma de Ovario. Presentación de caso y revisión. 2011; 78 (1): 50-52
- 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.
- Losa E, Villar M, Pascual A, Gómez T. Síndrome de Meigs y pseudo Meigs. Clínica de investigación Ginecobstétrica. 2006; 33 (1) 25-34.
- Lurie S. Síndrome de Meigs: historia del epónimo. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española) 2001; 1: 115-120
- Olliu H, Castillo N, Pérez J, Domínguez E. Síndrome de Meigs y torsión de anexo uterino izquierdo. IntraMed journal. Disponible en: www.intramed.net.

Recepción: 30 Febrero de 2017

Aprobación: 10 Marzo de 2017