

## **Síndrome de Meigs: reporte de caso desde una perspectiva radiológica.**

Dr. Luis Eduardo Marín Zapata.\*

Dra. Diana Ayup García.\*

\*Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana. Cuba.

### **Resumen**

**Introducción:** El síndrome de Meigs hace referencia a tumor benigno de ovario (tipo fibroma) asociado a ascitis e hidrotórax, puede haber o no elevación del antígeno de cáncer 125 - ca 125, todo lo anterior se resuelve una vez se realice la resección del tumor. El médico radiólogo deberá realizar diagnóstico diferencial con síndrome de pseudo-Meigs, el cual se comporta clínicamente de forma similar, sin embargo, está asociado a tumores malignos del ovario (tumor de las células de la granulosa, cistoadenoma papilar, carcinoma, fibrosarcoma).

**Objetivo:** Este estudio de caso se desarrolla por la connotación poco común de dicho síndrome en el ámbito médico, en Cuba se han reportado dos casos de síndrome de Meigs.

**Caso clínico:** Exponemos el caso de una paciente de 59 años quien cursó con pérdida de peso, sensación de masa abdominal y edema de miembros inferiores, con diagnóstico clínico y radiológico de síndrome de Meigs, fue atendida en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras de La Habana, Cuba entre los meses de noviembre y diciembre en el año 2022.

**Conclusión:** La paciente fue intervenida satisfactoriamente, se le realizó histerectomía total, ooforectomía bilateral, apendicectomía y omentomía, con

adecuada evolución clínica. Actualmente se encuentra a la espera del resultado histopatológico.

Palabras clave: síndrome de Meigs; síndrome de pseudo-Meigs; fibroma de ovario.

## **Introducción**

Joe Vincent Meigs fue un gineco/obstetra estadounidense, graduado de la Universidad de Harvard, quien en 1934 describe la triada de tumor benigno de ovario, hidrotórax y ascitis. Sin embargo, hay descripciones del síndrome por varios autores en el siglo XIX y XX <sup>(1)</sup>.

Se desconoce con exactitud la fisiopatología de la entidad, Meigs sugirió que la irritación del peritoneo por la compresión de una masa sólida ovárica, podía estimular la secreción de líquido peritoneal, además propuso secreción por parte del fibroma debido a que suele ser edematoso. Otros mecanismos descritos, son la presión directa de los vasos linfáticos y las venas, estimulación hormonal y la torsión tumoral. Adicionalmente, se ha propuesto que el fluido de las ascitis es transferido vía transdiafragmática por conductos linfáticos <sup>(2)</sup>.

El ca 125 puede estar o no elevado ante el síndrome de Meigs, sin embargo, siempre se debe sospechar de malignidad ante la presencia de este. Los niveles séricos de ca 125 vuelven a su normalidad después de la cirugía <sup>(3,4,5,6)</sup>.

Los fibromas de ovarios son los tumores derivados del estroma más frecuente con tejido predominantemente fibrosos. Al ultrasonido se comporta como masa anexial hipocogénica con sombra posterior que puede simular un mioma uterino pediculado. En la Tomografía Axial Computarizada podemos encontrar una masa hipodensa que puede mostrar escaso realce tras la administración de contraste, pueden presentar calcificaciones. La imagen por Resonancia Nuclear Magnética

muestra hipointensidad en T1 y T2, pueden presentar degeneración quística (focos hiperintensos en T2) (7).

Existen otros tumores benignos de ovario que están relacionados al síndrome de meigs como lo son el teratoma, quiste y papiloma de la trompa (8). El diagnóstico diferencial está relacionado con el síndrome de pseudo-Meigs, el cual se comporta de similares características, pero su causa es un tumor maligno de ovario (9). Otra entidad llamada síndrome de pseudo pseudo Meigs, basada en ascitis, hidrotórax, ausencia de tumor de ovario asociado a lupus eritematoso sistémico y ca 125 elevado (4).

### **Caso clínico**

Paciente femenina de 59 años con antecedente patológico de insuficiencia venosa, menarquia a los 13 años, menopausia a los 50 años, antecedente de parto vaginal sin complicaciones. Hospitalizada por cuadro clínico de 2 meses de evolución consistente en pérdida de peso, aproximadamente 14 kilogramos asociado a sensación de masa en abdomen y edema de miembros inferiores.

Al examen físico, adecuadas condiciones generales, con tensión arterial: 110/680mmHg, a la auscultación pulmonar destaca murmullo vesicular disminuido en ambas bases pulmonares, a nivel abdominal se palpaba gran masa hacía la región pélvica no dolorosa, móvil. Edema grado II de miembros inferiores.

Laboratorios: leucocitos: 4.600, neutrófilos: 67 %, linfocitos: 29,3 %, hemoglobina: 12,6 g/dl, plaquetas: 239.000, tiempo de protrombina: 15,3, inr: 1,2, tiempo de trombolastina: 39,9 y ca 125: 416,9 U/ml.

En el mes de diciembre del año 2022, se llevo a cabo el proceder quirúrgico, histerectomía total, ooforectomía bilateral, apendicectomía y omentomía, procedimiento del cual la paciente tuvo una adecuada recuperación.

## Radiografía de PA y lateral izquierdo de tórax:

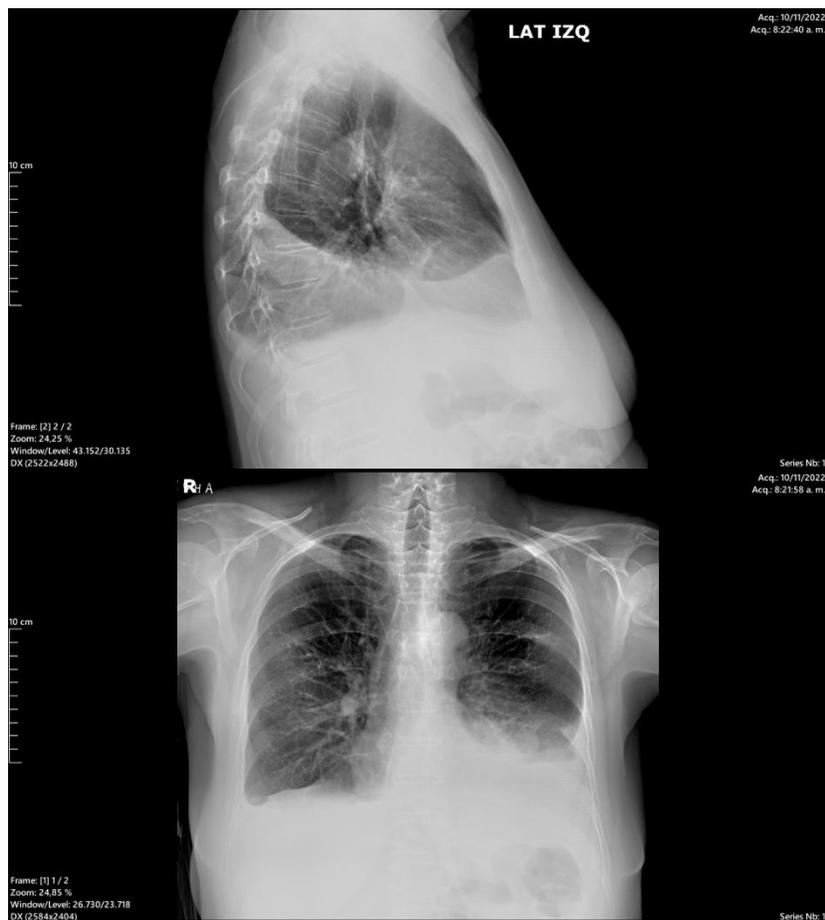


Figura No. 1.

Borramiento de los ángulos cardiofrenicos derecho e izquierdo y ángulos costofrenicos derecho e izquierdo secundario a derrame pleural de predominio izquierdo.

## Ultrasonido abdominal:

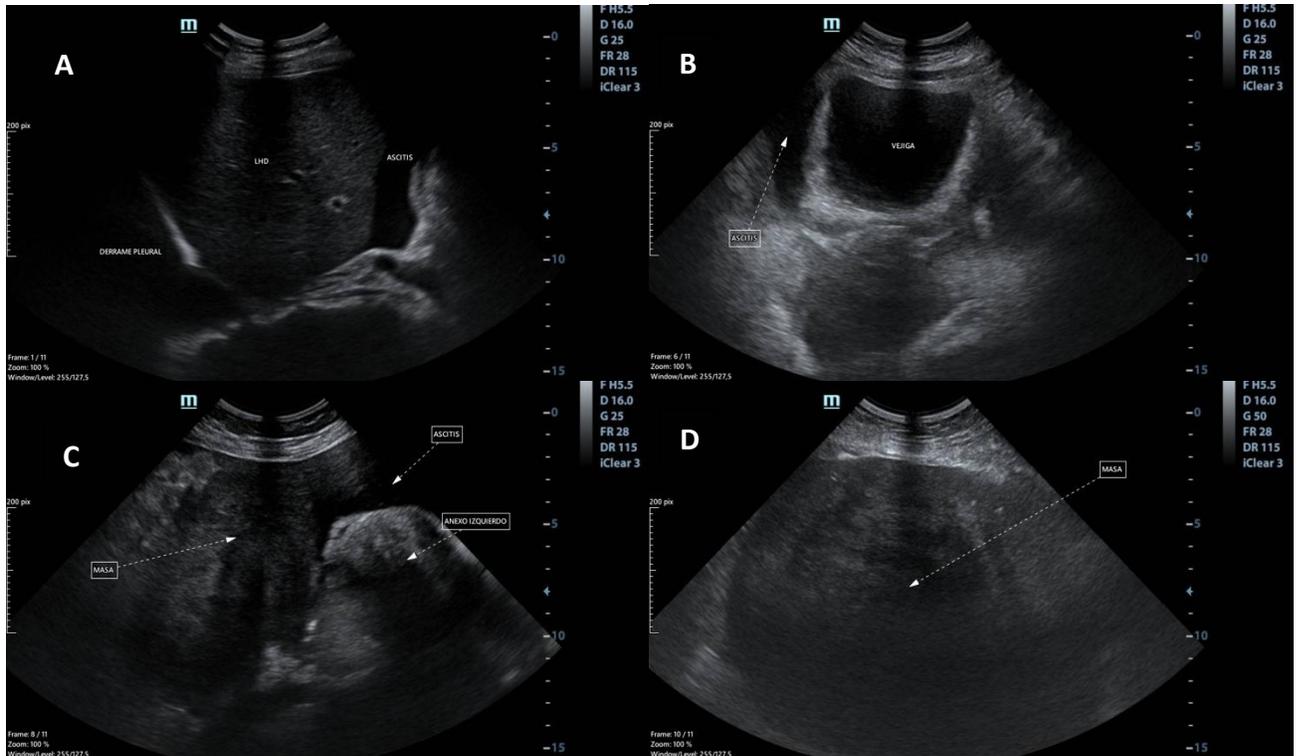


Figura No. 2

A: Hígado de forma y tamaño normal, con aumento de la ecorrefrigencia portal, derrame pleural derecho y ascitis. B: Presencia de ascitis de moderada cuantía. C y D: A nivel del mesogastrio hasta hipogastrio se encuentra una masa de (149 x 165) mm, hipocóica con tractos fibrosos y pequeñas áreas ecolúcidas en su interior.

## Tomografía toracoabdominal con contraste iodado endovenoso (cortes axiales):

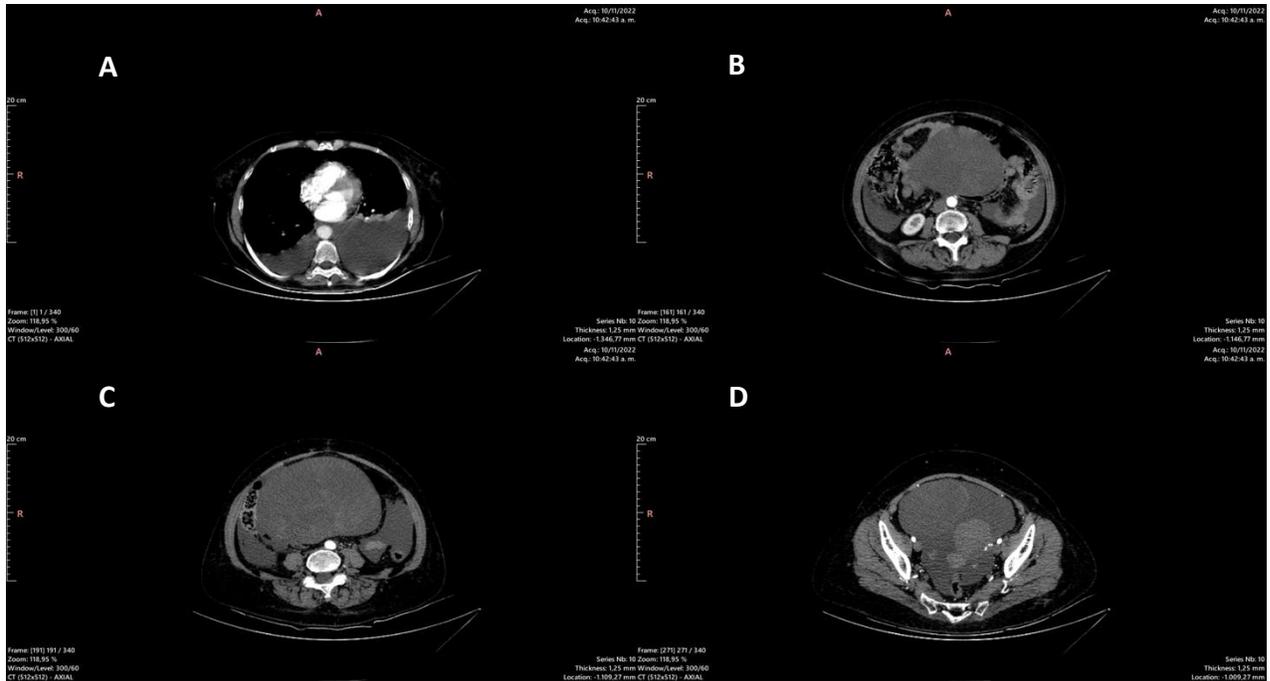


Figura No. 3

Tomografía toracoabdominal con contraste iodado endovenoso (cortes axiales). A: derrame pleural bilateral predominantemente izquierdo de moderada cuantía. B, C, D: imagen heterogénea predominantemente hipodensa que mide (128 x 198 x 192) mm aproximadamente, lobulada, que impresiona depender del ovario izquierdo con poca vascularización, asociado a ascitis de ligera a moderada cuantía.

## **Discusión**

En las pacientes postmenopáusicas que estén cursando por un tumor benigno de ovario, ascitis e hidrotórax se debe sospechar de síndrome de meigs, en los casos donde el ca 125 este elevado tendremos que realizar diagnóstico diferencial con síndrome de pseudo meigs <sup>(10)</sup>. Todas las sospechas se confirmarán con hallazgos histopatológicos del tumor <sup>(3,4,5,6-11)</sup>.

El fibroma de ovario es el tumor de tejido conjuntivo mas frecuente, representa el 3-5 % de los tumores ováricos. Forma parte del grupo tecoma-fibroma que abarca un espectro continuo, donde se incluyen tumores compuestos enteramente por fibroblastos productores de colágeno y tumores donde predominan células de la teca <sup>(12)</sup>. La mayoría afecta a mujeres perimenopáusicas, aunque pueden aparecer en cualquier edad <sup>(11)</sup>.

Específicamente en Cuba, se han documentado dos casos de síndrome de meigs, el primer caso reportado por el Dr. Manuel Álvarez Jacinto y Dr. Manuel Álvarez Guin en el año 1968 <sup>(13)</sup>. El segundo caso reportado en el hospital Carlos Manuel de Céspedes Bayamo en 2016 <sup>(14)</sup>.

## **Conclusión**

El médico especialista en radiología podrá realizar un diagnóstico certero y rápido del síndrome de Meigs por medio del cuadro clínico y ayudas diagnósticas tales como radiografía, ultrasonido y tomografía, el mayor reto será considerar diagnósticos diferenciales como síndrome de pseudo-Meigs y síndrome de pseudo pseudo-Meigs, así como sus múltiples causas.

El caso aquí documentado, está a la espera del resultado histopatológico para confirmar el diagnóstico.

## Bibliografía

1. Lurie S. Meigs' syndrome: the history of the eponym. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000 Oct; 92(2);199-204.
2. Atencio N, De La Cruz A, Sucre F. Síndrome de Meigs: consideraciones fisiopatológicas y clínicas. Revista Médico Científica; 2006;19(1); 18-22.
3. Losa EM, Villar M, Pascual A, Gómez T, González de Merlo G. Caso Clínico Síndrome de Meigs y pseudo-Meigs. Revista Elsevier. 2006 Ene; 33(1);25–34.
4. Torres A, Solís E, Céspedes A, Zeferino M, Rojas E, Sánchez B. Caso Clínico Síndrome de Tjalma (pseudo-pseudo meigs) como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil. Revista Reumatología Clínica; 2019 Sept-Oct; 15(5);41–43.
5. Mohammed SA, Kumar A. Meigs Syndrome. StatPearls Publishing; 2022 Jan.
6. López J, Terrádez J, Navarro P. Síndrome de Meigs y falso síndrome de Meigs: sendos casos. Revista Elsevier; 2000 Abr; 27(4);40–146.
7. Pereda J, Oliva C, Fernández C, Lobo M, Fernández V, González J. Lesiones ováricas más frecuentes. Un reto por imagen. Sociedad Española de Radiología Médica; 2018 Nov; 1-30.
8. Moreno G, Topete R, Niebla D, Audifred J. Presentacion atipica del síndrome de Meigs: reporte de caso y revision de la literatura. Revista medica cubana scielo; 2022 Sep;36(1).

- 9.** Ayala D. Caso Clínico Síndrome de pseudo-Meigs por tumor de células de la granulosa. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia versión On-line ISSN 2304-5132; 2020 Jul – Sept.
- 10.** Sánchez A. Actualización del síndrome de Meigs: manejo en mujeres con deseo gestacional no cumplido. Universidad Católica de Valencia; 2022 Mar.
- 11.** Mateo C, González N, Cusine L, Pons Ferre L, Rubio del Caño M, Pla J. Caso clínico: fibroma ovárico torsionado. Revista Servier; 2016 Jul; 49(7).
- 12.** Santos B, Pacheco N, Rocha B, De Sousa F, Barreto I, Cássia G, et al. Síndrome de Meigs. Brazilian journals; 2022.
- 13.** Álvarez M, Álvarez M. Síndrome de Meigs reporte de un caso. Revista Cubana de Medicina; 1968;7(1).
- 14.** Virelles A, Guerra C, Batista C, Proenza J, Santiesteban R. Caso clínico: síndrome de Meigs. Presentación de un caso y revisión de la entidad. Revista Médica Multimed; 2016;20(5).