



Revista Venezolana de Oncología

SÍNDROME DE MEIG

DR. GUSTAVO ENRIQUE SOTO MÉNDEZ*, DR. BYRON CASTRO GONZÁLEZ**

RESUMEN: El Síndrome de Meig se define como un tumor pélvico con ascitis e hidrotórax, que se resuelve con la extracción del tumor. Este caso concierne a una mujer de 29 años que acudió al Departamento de Emergencia con dificultad para respirar. Se palpaba una tumoración abdominopélvica, móvil, al examen pélvico bimanual. La evaluación mediante tomografía axial computarizada abdominopélvica demostró ascitis y una tumoración sólida que se extendía desde la pelvis hasta el riñón derecho. Al practicarse la laparotomía, el diagnóstico fue de fibroma de ovario. El derrame pleural se resolvió completamente en el postoperatorio. Se discute la importancia clínica de este síndrome.

Palabras claves: síndrome de Meig, ascitis, hidrotórax, obesidad, mórbida.

INTRODUCCIÓN

En 1937 se reportó por primera vez al Síndrome de Meig como un fibroma de ovario asociado con ascitis y derrame pleural⁽¹⁾. Posterior a la descripción original de Meig, se reportaron otros tumores benignos, diferentes al fibroma de ovario, asociados con ascitis y derrame pleural. Este síndrome se denominó pseudo Meig^(2-4,5). En este artículo se reporta una paciente obesa mórbida con síndrome de Meig.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una mujer de 29 años acude a la emergencia del Hospital Universitario de Maracaibo, con dificultad para respirar. Negó otros síntomas como dolor torácico o abdominal. La paciente había tenido

anteriormente un episodio de tensión arterial elevada sin medicación. Actualmente no recibía ningún medicamento, pero refirió el uso de pastillas anticonceptivas durante 3 años debido a tumor de ovario a la edad de 12 años, seguido ecográficamente y posteriormente resuelto. Su ciclo menstrual era normal y no presentaba sangrado genital. La paciente pesó 102.8 kg, y su altura era de 1.50 metros. El índice de masa corporal (IMC) era de 45.6 kg/m². Había disminución de los sonidos respiratorios en el tercio inferior del pulmón derecho. Se palpaba tumoración abdominopélvica, móvil, no dolorosa. La radiografía del tórax confirmó un derrame pleural derecho (Figura 1). La toracocentesis extrajo 600 ml de líquido y subsiguiente mejoría de los síntomas respiratorios. Toracocentesis repetidas extrajeron 1400 cc de líquido amarillento que contenía células mesoteliales reactivas sin evidencia de malignidad en la revisión citológica. La coloración ácido alcohol resistente se reportó como negativa. Los estudios de laboratorio incluyeron

* Residente de Cirugía General. Hospital Universitario de Maracaibo.

** Médico Adjunto de Cirugía Oncológica. Hospital Universitario de Maracaibo.

hematología completa, perfil hepatorenal, los cuales estaban dentro de los límites normales. La proteína sérica era de 6.6 gr/100 ml y la albúmina 4.0 gr/100 ml. La tomografía axial computarizada abdominopélvica demostró ascitis y una tumoración que medía 17 x 16 cm sin calcificaciones, ocupando desde la pelvis hasta el riñón derecho (Figura 2). Se practicó laparotomía exploratoria bajo anestesia general. Los hallazgos incluyeron 1 litro de líquido ascítico, una tumoración sólida en el ovario derecho que medía 28 x 20 x 15 cm y el ovario izquierdo, trompas y

útero de aspecto y configuración normal. No se palparon ganglios pélvicos ni para aórticos. El corte por congelación del ovario derecho reportó un fibroma de ovario. Se llevó a cabo una salpingo-ooforectomía derecha sin dificultades. El reporte histológico final reveló un fibroma de ovario. El líquido ascítico fue negativo para células malignas. La paciente tuvo un postoperatorio sin inconvenientes y fue dada de alta al cuarto día de la intervención quirúrgica. El seguimiento posterior demostró ausencia de ascitis y de líquido pleural.

Figura 1
Radiografía de Torax que demuestra Derrame Pleural derecho

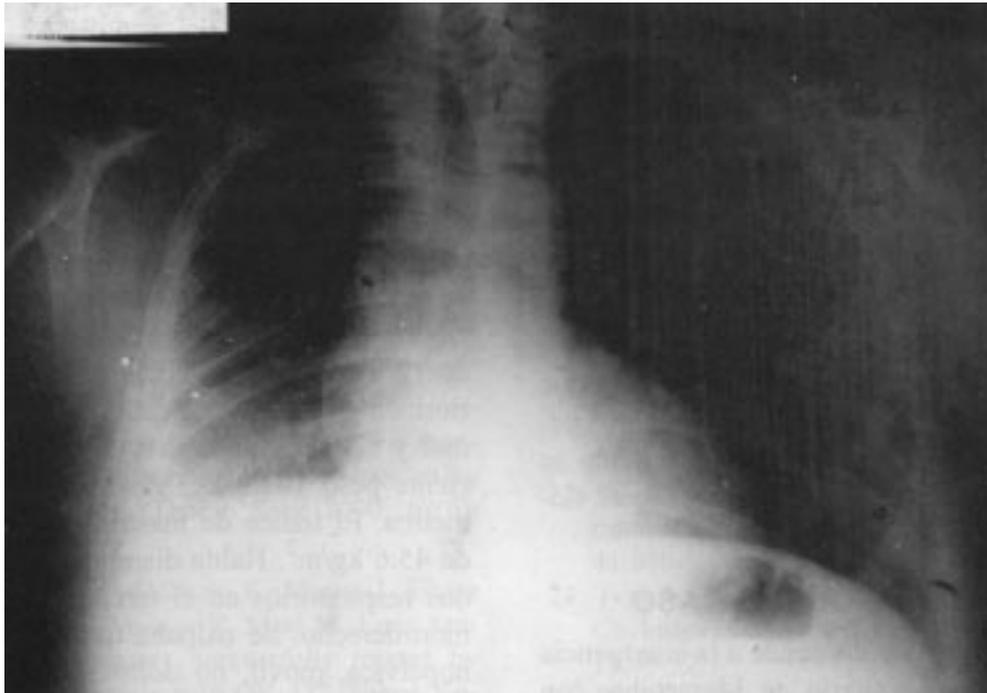
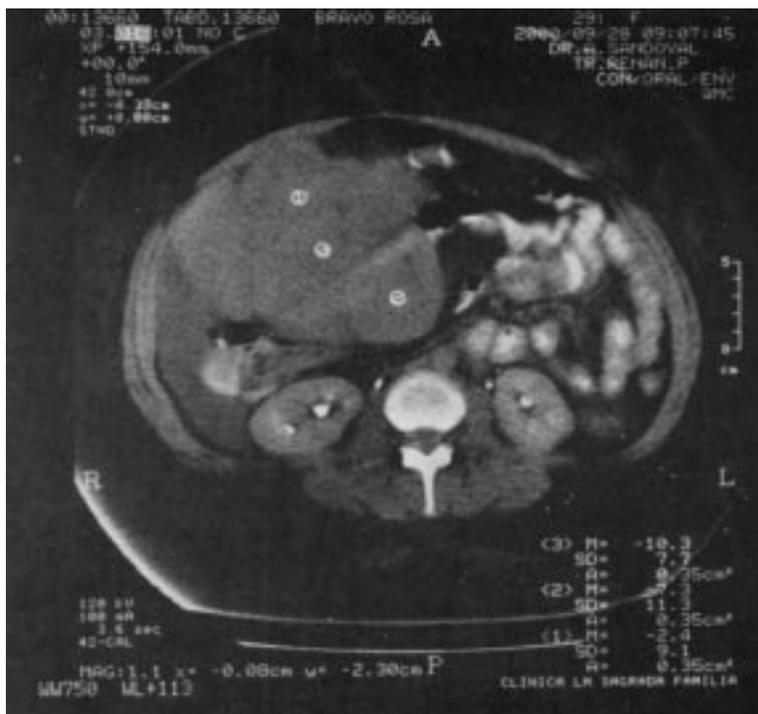


Figura 2
La Tomografía Axial Computarizada Abdomino-Pélvica demuestra Ascitis y Tumoración excediéndose hasta el Riñón derecho



DISCUSIÓN

El síndrome de Meig es una condición en la cual ciertos tumores benignos de ovario se asocian con ascitis e hidrotórax, semejando a un tumor maligno con metástasis⁽⁶⁾. La tumoración de ovario reportada por Meig fue un Fibroadenoma o un tecoma⁽⁷⁾. Este síndrome es infrecuente; para 1967, sólo se habían reportado 129 casos en la literatura⁽⁸⁾.

La etiología del líquido ascítico es objeto de controversias. Meig sugirió que el tumor sólido de ovario podía irritar la superficie peritoneal, condicionando la producción de ascitis⁽⁷⁾. Otro posible mecanismo señalaba la obstrucción de los linfáticos peritoneales por el tumor o el incremento de la permeabilidad de la neovasculatura con salida de proteínas⁽¹⁾. Sin embargo, la neovascularización, la obstrucción linfática

y los depósitos metastásicos del tumor no se encuentran en el síndrome de Meig. Giannacopoulos reportó que posiblemente el fibroma genera acumulación de líquido en la cavidad peritoneal en los pacientes con síndrome de Meig debido a la filtración de líquido intersticial peritoneal a través de la cápsula y la difusión al espacio pleural a través de los vasos linfáticos del diafragma y el foramen de Bochdalek⁽⁴⁾. La conexión entre el tumor pélvico y la ascitis se confirma con la rápida resolución del líquido pleural y abdominal al remover el tumor⁽²⁾.

La obesidad mórbida está relacionada con muchas patologías. Sin embargo no se había reportado hasta ahora un síndrome de Meig en una paciente obesa mórbida, en la cual debido a su condición, es más difícil la detección al examen físico, de la tumoración pélvica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lin J, Ángel C, Sickel J. Meigs Syndrome with Elevated Serum Ca 125. *Obstet Gynecol* 1992; 80:563-6.
2. Dunn J, Anderson C, Method M, Brost B. Hydropic Degenerating Leiomyoma Presenting as Pseudo-Meigs Syndrome with Elevated Ca 125. *Obstet Gynecol* 1998; 92:648-9.
3. Gal -D, Buchsbaum H, Voet R, Forney P. Massive ascites with uterine leiomyomas and ovarian vein thrombosis. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144:729-31.
4. Giannacopoulos K, Giannacopoulos Ch, Matalliotakis I, Neonaki M, Papanicolau N, Koumantakis E. Pseudo-Meigs syndrome caused by paraovarian fibroma. *Eur J Gynaecol Oncol* 1998; 19:389-90.
5. Kazanov L, Ander D, Enríquez E. Pseudo-Meigs Síndrome. *Am J Emerg Med* 1998; 16:404-5.
6. Solomon S, Farrer S, Caruso L. Meigs Syndrome-Or Meigs-Salomon? *JAMA* 1971; 216:1036-7.
7. Meigs JV, Cass JW. Fibroma of the ovary with ascities and hydrothorax: With a report of seven cases. *Am J Obstet Gynecol* 1937; 33:249-67.
8. Hammouda AA. Case of Demons-Meigs syndrome. *BMJ* 1967; 1:414