

SÍNDROME DE MEIGS. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Dr. Fermín Fontecha Mínguez**

■ RESUMEN

Se presenta un caso de Síndrome de Meigs típico: asociación de ascitis, hidrotórax y fibroma de ovario, tal como lo describió en su día el autor, con la desaparición del hidrotórax tras la extirpación de la tumoración.

Igualmente se hacen comentarios sobre Seudosíndromes de Meigs y las posibles desorientaciones pronósticas y terapéuticas.

■ INTRODUCCIÓN

El haber observado recientemente a un paciente, portadora del llamado Síndrome de Meigs: ascitis, hidrotórax y neoplasia benigna de ovario (fibroma), tal como lo describió el autor, junto con otros, con la típica evolución del cuadro y siendo, no obstante, el mismo muy poco frecuente, a pesar de figurar aún de pasada en todos los textos de ginecología, es lo que nos mueve a la publicación del mismo, luego de consultar la bibliografía al respecto.

* Jefe de Sección Centro Maternal de la Seguridad Social de Jaén. Jefe de Servicio Dr. Pío Aguirre.

El cuadro clínico que asocia hidrotórax, ascitis y tumor benigno de ovario, fue conocido desde antiguo. Así, por orden cronológico, en 1866 SPIEGELBERG y CULLINGWORTH en 1879, ya señalaban tumores de ovario con derrames en las serosas peritoneal y pleural.

En 1887 DESMONS fue quien hace la primera comunicación, aportando más casos durante los años 1902 y 1903.

Siguiendo en el tiempo, MEIGS y CASS, en 1937, comunicaron ocho casos, difundiéndose desde entonces este síndrome, publicando MEIGS posteriormente nuevos casos.

No obstante, en la clínica diaria, la asociación de ambos derrames aparece no sólo en tumores benignos del ovario, como los describieron los autores mencionados, sino que también se asocian a tumores malignos e incluso a tumoraciones uterinas, como en un caso de Solomon, junto a un mioma uterino.

En la actualidad aún no se conoce el mecanismo de la aparición del derrame pleural en los casos de tumoraciones genitales, malignas o no, teniendo el derrame el carácter de trasudado y sin implantaciones metastásicas, que justificarían la aparición de dicho derrame, desapareciendo el mismo en todos los casos tras la extirpación de la tumoración genital.

Como dice MEIGS en sus publicaciones, parece probable que el líquido ascítico encuentre su camino hacia la pleura por permeación, a través de los linfáticos subdiafragmáticos, hecho ya demostrado mediante las inyecciones intraperitoneales de tinta china, pues parece existir una dirección de abdomen a tórax a través de los linfáticos.

Otros autores han argumentado un proceso alérgico o de irritación (poco claro) como mecanismo de la producción del hidrotórax.

Existiendo, pues, una etiología distinta, aunque quizás una patogenia común, LIENHARD y POLANCINO clasifican este síndrome en varios grupos:

Grupo I: Por tumor benigno de ovario.

Grupo II: Por tumor maligno de ovario.

Grupo III: Por otros tumores genitales.

Grupo IV: Iatrógeno, por administración de gonadotrofinas, clomifeno, etc...

Otros autores denominan sólo Síndrome de Meigs cuando la neoplasia es benigna, calificando de Seudósíndrome de Meigs cuando la neoplasia

genital no es ovárica, es de carácter maligno o se produce por iatrogenia, es decir, incluye los grupos II, III, y IV de LIENHARD y POLANCINO.

La casuística mundial de la literatura recogida por HAMMOUDA, en cuanto se refiere a tumores benignos y concretamente a fibromas ováricos (nuestro caso) es de 106 casos, habiéndose publicado igualmente 12 casos de tecomas existiendo gran parecido microscópico entre el fibroma y el tecoma.

El fibroma perteneciente a las neoformaciones de tipo conectivo-muscular presenta ya un interés particular, por su escasa frecuencia respecto al resto de los tumores que afectan a dicho origen. Existe gran disparidad de cifras, en los autores consultados, respecto a su frecuencia, así GRASOLA da un 1'9 %, MEIGS 2'5 % y HALPERT 6 %.

En nuestra patria, ROMEO aporta cinco casos de fibroma ovárico, en una recopilación de pacientes de la Ciudad Sanitaria de Zaragoza, de 6 años, representando un 6'2 % de las tumoraciones ováricas. En tres casos de los seis, apareció líquido ascítico y en un caso se asoció con hidrotórax bilateral.

El fibroma a veces alcanza gran tamaño, pesando hasta 20 kg. o más. En estas neoplasias voluminosas desaparece la estructura del ovario. Por otro lado, son más corrientes los fibromas más pequeños, bien presentes en la superficie del ovario en forma de tumores polipoides o bien en el parenquima del órgano, como módulos duros y blanquecinos.

Por causa de su peso y dureza es fácil que sufran torsión y con frecuencia la circulación venosa de retorno es dificultada o bloqueada, lo que lleva consigo a un aumento de la trasudación del plasma a partir de las vénulas, y no es de extrañar que la ascitis acompañe a veces a estos tumores.

El corte del fibroma confirma la dureza del mismo, en algunos casos se observan cavidades pseudoquísticas de aspecto gelatinoso que contienen en su interior líquido seroso de color rojo intenso.

Microscópicamente se observa una neoformación mesodérmica constituida por fibroblastos fusiformes o asteriformes, que se ordenan siguiendo la dirección de los haces colágenos y que constituyen la materia intercelular.

Los vasos sanguíneos no son muy abundantes, existiendo focos de hialinización y no existiendo atipias.

STERBERG comenta que el fibroma podría ser un tecoma «agotado».

Hay autores que efectúan el diagnóstico de fibroma en los casos que no existe actividad hormonal, siempre y cuando no se observe combinación con estructuras granulosas o de luteinización (VARELA NÚÑEZ).

■ CASO CLÍNICO

Paciente E. V. V. de 47 años, que acude a nuestro servicio el día 27-3-79, por presentar ligeras y vagas molestias en hipogastrio y palpase en dicha zona una tumoración evidenciada por su médico de cabecera, que es el que nos la remite.

Antecedentes familiares: Sin interés clínico.

Antecedentes personales: Sin interés, en la actualidad presenta episodios de jaquecas.

Antecedentes genitales: Menarquía a los 11 años. Fórmula menstrual: 4-5/28. Cuatro partos espontáneos, el tercero gemelar, muriendo uno de los gemelos a los 21 días, no sabe de qué. Último parto hace 14 años. Anticoncepción: Ogino. Última regla 21-3-79.

Enfermedad actual: Vagas molestias en hipogastrio, estreñimiento discreto de siempre, disuria intermitente e hipermenorrea hace un año.

Exploración ginecológica: Paciente con buen estado general, ligera palidez de piel, no de mucosas.

Abdomen obeso, por palpación se aprecia tumoración e hipogastrio, de consistencia dura central, del tamaño de una gestación de unas 16 semanas.

Vulva de multipara.

Especuloscopia: Vagina larga, trófica. Cuello uterino grueso, apreciándose por orificio cervical externo una masa polipoidea del tamaño de una uva.

Se efectúa triple toma de Wied, para estudio citológico standar.

Colposcopia: Cuello con pseudoerosión a las doce. Múltiples Nabot en labio posterior. Pólipo de base endocervical, cuya superficie presenta zonas con reepitelización abierta.

Tacto bimanual: vagina normal de amplitud, elástica, fondos vaginales libres y formados. Cuello uterino móvil, la movilización parece transmitirse ligeramente a la masa tumoral.

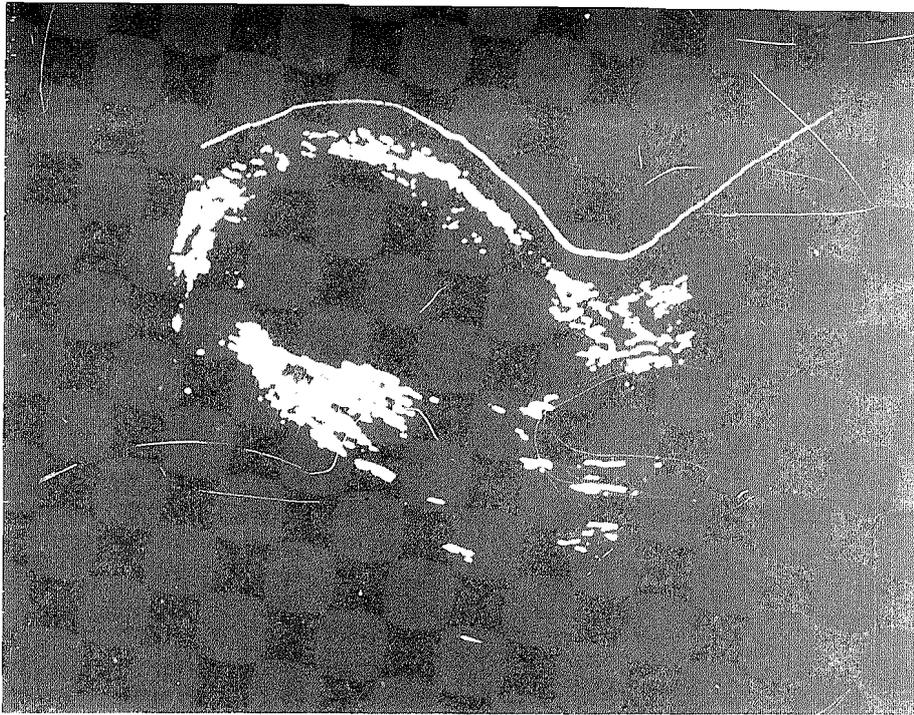


Figura 1. Corte longitudinal, donde se aprecia la tumoración, apreciándose en la parte inferior derecha la cúpula vesical y debajo la formación correspondiente a útero.

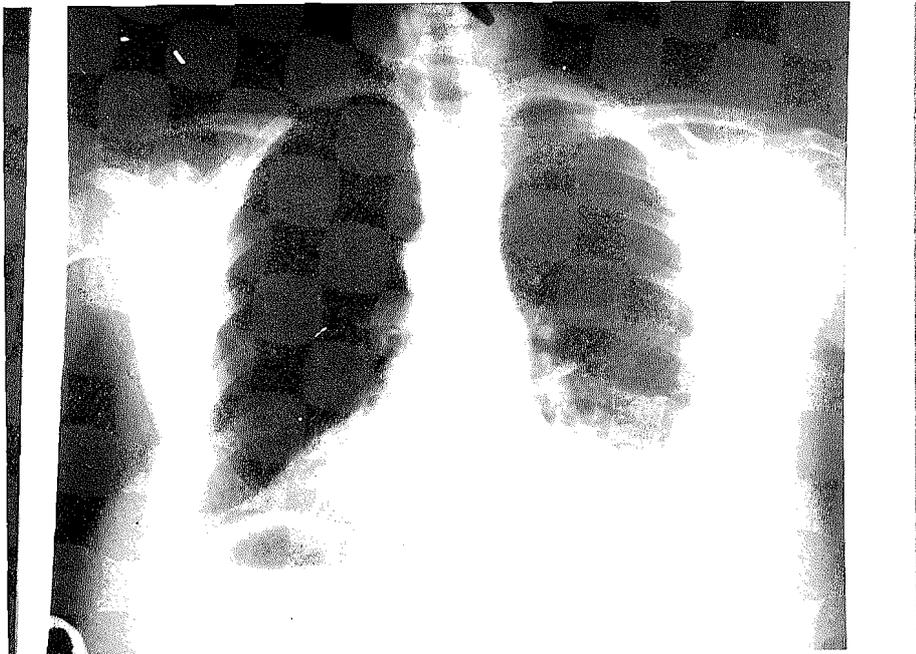


Figura 2. Imagen radiográfica del derrame pleural derecho de la paciente, sin sintomatología subjetiva (29-3-79).



Figura 3. Pieza operatoria, en la que se aprecia la tumoración del ovario derecho y el cuello uterino hipertrófico, con el pólipo endocervical.

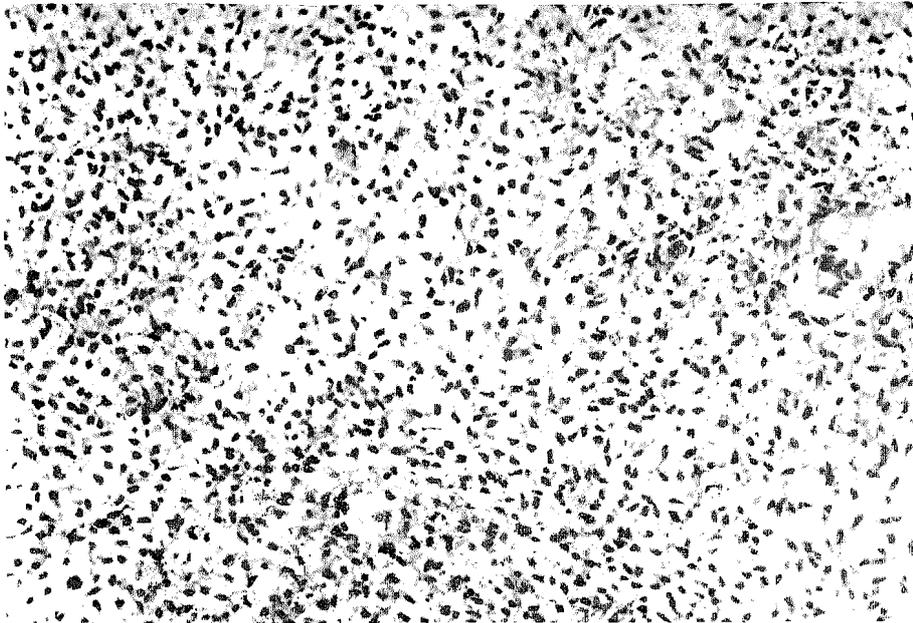


Figura 4. Sección del tumor, mostrando las células fusiformes.

Exploración mamaria: Mamas normales a la inspección y a la palpación. No se aprecian adenopatías regionales. No efectuamos termo ni mamografías.

Ecografía (con replección vesical): Formación central de 17 x 12 x 9 cms., de paredes bien delimitadas. La pared posterior algo gruesa, con ecos internos muy escasos. En la zona del Douglas se visualiza formación de 4 x 5 cms. compatible con útero. Diagnóstico ecográfico: Tumoración anexial sólida.

Datos analíticos:

Estudio citológico: 450/79: Extendido hemorrágico con abundantes leucocitos en todos los campos. El frotis está compuesto por células de estrato intermedio y superficiales, algunas con Halos perinucleares y anofilias citoplasmáticas. Diagnóstico citológico: Displasia leve, inflamación.

Sangre: 4.710.000 hematíes. Hemoglobina: 14'5 gr. Hematocrito: 43'5. Leucocitos: 6.900. Eosinófilos: 2. Segmentados: 68. Linfocitos: 30. V. de S.: 1.º: 11, 2.º: 18 I. de Katz: 10.

Glucemia basal: 1'02 (Ortotoluidina). Uremia: 0'42. Proteínas totales: 7'2.

Orina: Normal.

Estudio de coagulación: Tiempo de hemorragia: 3'49". Plaquetas 300.000. Tiempo de coagulación: 7'28". Tiempo de Protombina: 100 %. Tiempo de cefalina en PDP: 23". Cibrinógeno 3'40 gr.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal normal.

Radiografía de tórax: Derrame pleural derecho (figura 2).

Intervención (19-4-79). Laparotomía media infraumbilical. Tras la apertura de la cavidad abdominal, apreciamos una tumoración lisa, del tamaño de una cabeza fetal, correspondiente a un tumor sólido del ovario derecho, que está adherido a peritoneo parietal con grandes adherencias muy vascularizadas.

Existe un derrame ascítico, no apreciable clínicamente, de color sero-sanguíneo, que evaluamos en unos 100 cc., ocupando el Douglas. Anejo izquierdo normal. Útero de tamaño normal, en posición media retrouterina.

Se efectúa histerectomía total con anexectomía doble, según técnica habitual, cerrando totalmente la cúpula vaginal con puntos entrecortados.

Sutura continua y peritoneo parietal con aguja atraumática en la zona de las adherencias con la tumoración.

Sutura por planos con catgut números 0 para serosas, plano muscular y celular subcutáneo, Dexon en aponeurosis y puntos en U de seda en piel.

Curso postoperatorio normal. El día 26-4-79 se retiran puntos de sutura y es dada de alta la paciente.

Estudio anatomopatológico: (Dr. Carazo Tirao).

Descripción macroscópica: Pieza de histerectomía total con ambos anejos. El útero pesa 150 gr. y mide 10 x 6 x 4 cms. A nivel de cuello se aprecia la salida de una formación polipoidea de 1'5 cms. de diámetro máximo que se implanta en el canal endocervical. El endometrio se muestra hiperémico y mide 0'3 cms. de espesor. Miometrio de 1'2 cms. El ovario derecho se encuentra sustituido por una tumoración que mide 16 x 12 x 7 cms. y pesa 850. La tumoración muestra color blanco-grisáceo y se encuentra encapsulada. A la sección muestra áreas quísticas, las mismas contienen líquido serohemorrágico y cuyos diámetros oscilan entre 2'5 y 0'5 cms. El anejo izquierdo no presenta alteraciones macroscópicas.

Descripción microscópica: A nivel de cuello encontramos formación poliposa revestida por epitelio de tipo endocervical con núcleos en situación basal y citoplasma amplio y claro no existiendo alteraciones citológicas.

A nivel de la mucosa endometrial no se han visto alteraciones. El miometrio tampoco presenta patología.

El tumor descrito en el ovario corresponde a una neoformación constituida por gran cantidad de células fusiformes y pequeñas, que con tinciones específicas demuestran la presencia de gran formación de colágeno. También existen células con vacuolas intracitoplasmáticas. Todas las células que constituyen la neoformación ovárica suelen ser isomorfas y no se han visto atipias celulares.

Diagnóstico Anatomopatológico: Pólipo endocervical. Fibroma de ovario derecho.

La paciente vuelve, según nuestras indicaciones, a las tres semanas de intervención, efectuándosele nueva radiografía de tórax, la cual demuestra la total desaparición del hidrotórax derecho.

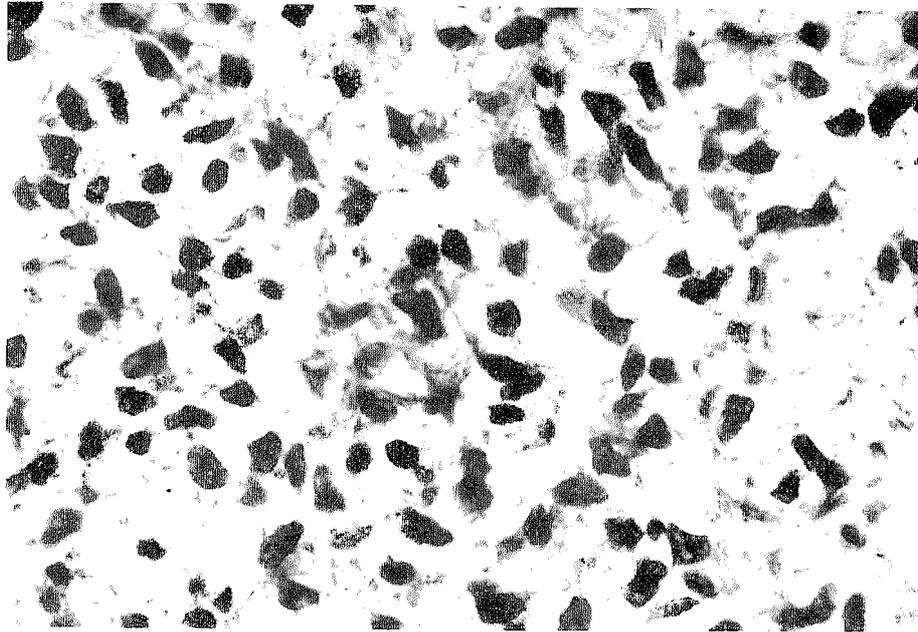


Figura 5. Imagen a mayor aumento demostrando las características celulares.

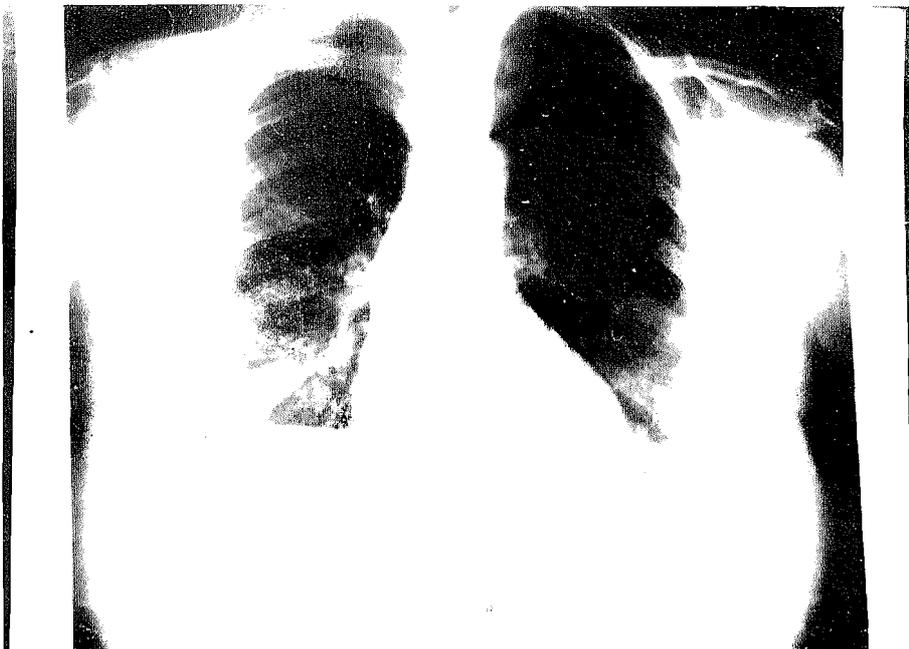


Figura 6. Imagen radiológica que demuestra la normalidad, tras la intervención quirúrgica.

■ COMENTARIOS

El caso clínico descrito corresponde a un típico Síndrome de Meigs, en el que primariamente se efectuó el diagnóstico de tumoración ovárica, de naturaleza sólida, no siendo objetivable clínicamente la presencia de ascitis ni del hidrotórax.

Al efectuar la exploración rutinaria preoperatoria fue cuando se halló el dato radiológico de derrame pleural derecho, que tampoco acusaba subjetivamente la paciente. El volumen tumoral, así como las características de movilidad, buen estado general de la paciente y la normalidad de los datos analíticos nos dieron motivo para conceptualizar dicha tumoración como benigna, y durante el acto operatorio el hallazgo del último componente de la triada: la ascitis, que existía no en gran cantidad, nos confirmó el síndrome.

Como con el estudio citológico practicado sistemáticamente, no encontramos atipias celulares, no efectuamos en este caso punción del Douglas, que efectuamos en pacientes con discretas anomalías del volumen ovárico, sobre todo en menopáusicas o en pacientes con ascitis franca.

Desde ya hace años, es bien sabido que ante un tumor anexial, sobre todo sólido asociado o no ascitis, con o sin derrame pleural, siempre que el estado de la paciente lo permita y casi siempre es posible, se debe efectuar la parotomía exploradora, seguida de la exéresis de la neoplasia lo más radical posible, aun en el caso de malignidad, ya que siempre la supervivencia es mayor, en los casos que no logremos la curación.

Con esta conducta activa, casos de Síndrome de Meigs, etiquetados como cuadros de neoplasia maligna, con metástasis, en pacientes con mal estado general, a veces originado por el gran hidrotórax existente, bilateral en algunos casos y con insuficiencia respiratoria a que da lugar, se van a solucionar con la intervención quirúrgica.

Igualmente en casos de patología maligna la aparición de un derrame pleural no contraindica la intervención quirúrgica, ya que puede tratarse de un hidrotórax pudiendo, aun en el caso de ser metastásico, mejorar tras la extirpación genital y facilitar el tratamiento complementario subsiguiente:

Finalmente, los internistas y neumólogos, ante cuadros con derrame pleural, deben tener presente este síndrome y en su protocolo de exploración incluir una consulta con el Servicio de Ginecología, para exploración genital.

BIBLIOGRAFÍA

1. CULLINGWORTH, C. J., *Trat. Obst. Soc.* London, 21, 276 (1879).
2. DESMONS, A., *Bull. Soc. Chir. París*, 13, 771 (1887).
3. DESMONS, A., *V. Cong. Chir. París*, 15, 739 (1902).
4. GARCÍA HERNÁNDEZ, A., *Toko-Gine. Prác.* 33, 349 (1974).
5. GARCÍA PASTOR, R., *Toko-Gine. Prác.* 194, 451 (1961).
6. HAMMOUDA, A. A., *British. Med. J.*, 1, 414 (1967).
7. LIENHARD, C. y POLANCINO, J., *Acta Gine.* 21, 805 (1970).
8. LIENHARD, C. y NARA, E., *Acta Gine.* 18, 165 (1967).
9. MEIGS, J. V., *Tumors of the female pelvic organs* N. y Ed. MacMillan (1934).
10. MEIGS, J. V., CASS, V. W., *Am. J. Obst. Gine.* 33, 249 (1937).
11. MEIGS, J. V., *Annals Surg.* 110, 731 (1939).
12. MEIGS, J. V., *Am. J. Obst. Gine.* 46, 19 (1943).
13. MEIGS, J. V., *Obs. and Gine.*, 3, 471 (1954).
14. NOVAK, E., *Trat. Gine Obst.*, pág. 439.
15. ROMEO, P., *Rev. Esp. Obst. y Gine.*, 33, 643 (1974).
16. SOLOMON, S., *Arch. Intern. Med.*, 127, 307 (1971).
17. SPIEGELBERG, O., *M Schr. Geburts. Gynak.* 28, 415 (1866).
18. VALERA NÚÑEZ, A., *Toko-Gine Práct.* 23, 439 (1974).