

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA. CIUDAD DE LA HABANA

## **Cistoadenocarcinoma de ovario con ascitis e hidrotórax: una variante de síndrome de Meigs clásico: Informe de un caso**

Por los Dres.:

ALINA CHALONS GUTIERREZ\*, ANTONIO SOLER VICTORERO\*\* y JESUS DIEGUEZ PEREZ\*\*\*

Chalons Gutiérrez, A. y otros. *Cistoadenocarcinoma de ovario con ascitis e hidrotórax: una variante del síndrome de Meigs clásico: Informe de un caso*. Rev Cub Med 20; 2,1981.

Se realiza una revisión del síndrome clásico descrito por *Meigs* y le evolución conceptual de la entidad a través de los años; se estudian someramente los carcinomas ováricos especialmente los cistoadenocarcinomas. Se presenta un caso de cistoadenocarcinoma papilar de ovario con ascitis e hidrotórax intervenido quirúrgicamente con desaparición evolutiva de los derrames pleural y peritoneal después de la exéresis del tumor. Se acompaña de ilustraciones del estudio histico del tumor.

Con el nombre de síndrome de Meigs conocemos, según las descripciones originales de este autor en 1936 y un informe de siete casos publicados por el mismo en 1937, un cuadro clínico caracterizado por fibroma ovárico con ascitis e hidrotórax.<sup>1</sup>

Ya anteriormente en 1897, 1902 y 1903 *Demons* había informado casos de tal asociación, por lo que *Meigs* en 1954 al realizar una revisión extensa de la literatura, sugiere que se designe como síndrome de *Demons-Meigs*.

\* Especialista en medicina interna. Hospital Psiquiátrico de La Habana.

\*\* Especialista en cardiología. Hospital Psiquiátrico de La Habana.

\*\*\* Especialista en cirugía. Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Actualmente sabemos que el síndrome puede producirse por cualquier clase de tumor de ovario y así algunos autores han descrito casos de tumor de la granulosa con derrame peritoneal y pleural- y otros autores lo han hallado en tecomas,<sup>1</sup> teratomas (estruma),<sup>4,5</sup> fibrotecoma, tumor de Brenner y carcinomas.

La mayoría de los autores aceptan que todos los tumores de ovario benignos, sólidos o quísticos, asociados con ascitis e hidrotórax que desaparezcan después de la extracción del tumor constituyen un síndrome de Meigs; otros autores han ampliado este concepto a todos los tumores pélvicos, benignos o malignos, asociados con ascitis e hidrotórax que igualmente desaparezcan

después de la extracción del tumor, aunque tal criterio no ha sido aceptado por todos.<sup>5</sup>

Hemos considerado interesante la presentación de este caso, que aunque presentaba un adenocarcinoma papilar quístico de ovario presentó derrame pleural y peritoneal no metastásico, que no recidivó después de la extracción del tumor y que, por tanto, puede ser considerado un síndrome de Meigs.

#### Presentación del caso

HC: 18457, de 54 años de edad, de la raza negra, soltera, que presentaba epilepsia, Ingresada en la sala Malberty.

Hace aproximadamente un año (1975), se detecta al examen físico un tumor hipogástrico redondeado, por lo que es consultado al cirujano, el cual le realiza tacto rectal constatando un tumor que toma cuerpo con el útero, redondeado, de aproximadamente 8 centímetros de diámetro, que se desplaza lateralmente, no doloroso, que impresiona como un fibroma uterino, el cual no se considera quirúrgico por la edad y ser asintomático. Tiene realizado en aquella ocasión hemograma que refleja una moderada anemia de 10,4 g% de Hb y 38 vol% de Hto. Con anterioridad se le había realizado una citología vaginal que se informó como inflamatorio flora III, no alteraciones celulares de malignidad.

La paciente conserva buen estado general, mantiene el tumor abdominal descrito en las evoluciones periódicas que se le realizan en su sala.

El día 14/10/76 se refleja en la evolución marcada pérdida de peso, astenia y abdomen globuloso fluctuante con matidez percutoria, por lo que es consultado nuevamente al cirujano y se detecta tumor abdominal que parece corresponder con quiste de ovario, es remitida, al servicio de medicina (sala de intercurencias) para intentar mejorar su estado general.

*Evolución:* una vez ingresada en la sala Jacobsen, se le realiza historia clínica completa y se le constata al examen físico como datos positivos: pliegue cutáneo de deshidratación, no edemas, mucosas normocoloreadas, no ictericia, temperatura axilar de 36°C.

Aparato respiratorio: submatidez en la base pulmonar derecha con disminución del murmullo vesicular en dicha base. No se auscultan estertores. No disnea ni cianosis. F.R. 20/minuto.

Cardiovascular: R.C.R. Reforzamiento del primer ruido en foco mitral, taquicardia moderada, F.C. 108/minuto, T.A. 140/70. No signo de descompensación miocárdica.

Abdomen: signos de onda líquida y matidez desplazable. Se palpa tumoración en fosa ilíaca derecha, hipogastrio y flanco derecho con matidez percutoria a ese nivel. No hepatoesplenomegalia.

Resto del examen esencialmente negativo.

#### Impresión diagnóstica

1. Síndrome encefálico crónico convulsivante.
2. Desnutrición.
3. Deshidratación moderada.
4. Tumor de ovario maligno con carcinomatosis peritoneal y derrame pleural metastásico.
5. ¿Síndrome de Meigs?

*Exámenes paraclínicos realizados* Rx Esófago: normal.

Rx Tórax: opacidad de la mitad inferior del pulmón derecho de bastante densidad y opacidad en velo por encima de cisura interlobar. El aspecto radiológico puede corresponder a derrame pleural y posiblemente condensación del parénquima. Area cardioaórtica normal. En pulmón izquierdo se observa imagen de superposición de tumor de partes blandas (figura 1).

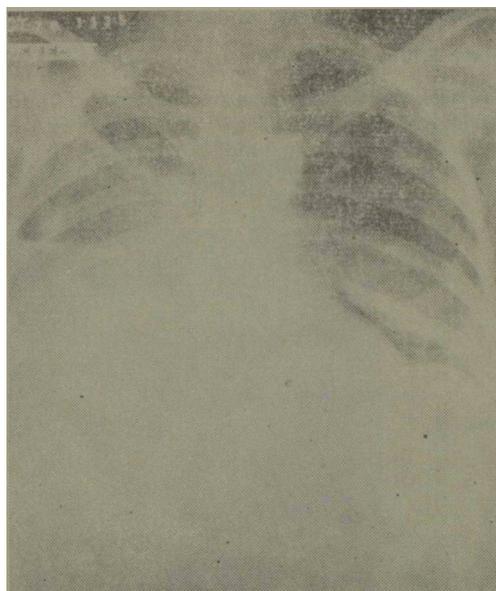


Figura 1. Rayos X de tórax. Opacidad de la mitad inferior del pulmón derecho de bastante densidad y opacidad en velo por encima de cisura interlobar. El aspecto radiológico puede corresponder a derrame pleural y posible condensación del parénquima. Area cardioaórtica normal. En pulmón izquierdo se observa imagen de superposición de tumores de partes blandas.

E. C.G. Trazado dentro de límites normales.  
 Hemograma con diferencial: Hb: 11,6 g% Hto: 35 vol%.  
 Leucocitos 14150/nm<sup>8</sup>. Diferencial: Stab 1% Seg 79% Mono 08%.  
 Eo. 01% Linfo 11%.  
 Glicemia: 100 mg% Uréa: 17,5 mg% Coleste- rol: 310 mg%.  
 fonograma: Cl 92 mEq/l Na 136 mEq/l R.A. 20 mEq/l K 3,7 mEq/l.  
 Creatínina: 1,36 mg%.  
 Proteínas totales: 7,3 g% (albúmina: 3,6% globulinas: 3,7%).  
 Bilirrubinemia total: 0,63 mg% (directa: 0,47 mg% indirecta: 0,16 mg%).  
 Transaminasa glutámico-pirúvica: 56 U/cc.  
 Fosfatasa alcalina: 1,9 U/B.  
 P.F.H. Floculación: Takata-Ara, Hanger, flocu- lación del timol y floculación de Sellek-Frade Negativos.  
 Mac Lagan turbidez: 1,24 U.  
 Sellek-Frade turbidez: 2,24 U.  
 Parcial de orina normal.  
 Heces fecales: tricocéfalos.  
 Lee White: 8' 30" Duke 2' Coágulo retráctil.  
 Aparece en hemograma preoperatorio (19/10/ 76) una anemia de 8,35 g% de Hb, con Hto 29 vol%. Se decide transfundirla para poderle realizar intervención quirúrgica.

Se traslada para la sala de cirugía y es operada el 26/10/76.

Se realiza histerectomía con salpingooferto- mía bilateral según las normas establecidas para estos casos. Se realiza extracción de líquido ascítico de color amarillo. Se realiza toracocentesis y se evacúa el derrame pleural derecho.

Estudio bacteriano de líquido ascítico y pleural: no se obtuvo crecimiento bacteriano.

Estudio citológico de líquido ascítico y pleural: no se observan células neoplásicas.

Informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica: adenocarcinoma papilar quístico de ovario (figuras 2, 3, 4 y 5).

La paciente evoluciona favorablemente en el posoperatorio. Se le realiza Rx de tórax 10 días después de la Intervención (5/11/76) donde no se observan alteraciones pleuropulmonares ni cardioaórticas (figura 6) y hemograma evolutivo con Hb 10,9 g% y Hto 37 vol% con un leuco- grama normal.

Se traslada para su sala de Psiquiatría el 15/ 11/76 (20 días después de operada) con buenas condiciones generales.

Nuevamente es vista por nosotros 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> mes del acto operatorio realizándole Rx de Tórax (10/12/76) donde se observa que no ha recidivado el derrame (figura 7); hemograma evolutivo normal (HB: 11,6 g% Hto: 40 vol%, eritro- sedimentación de 62 mm; leucograma normal) no existen signos de ascitis al examen físico.

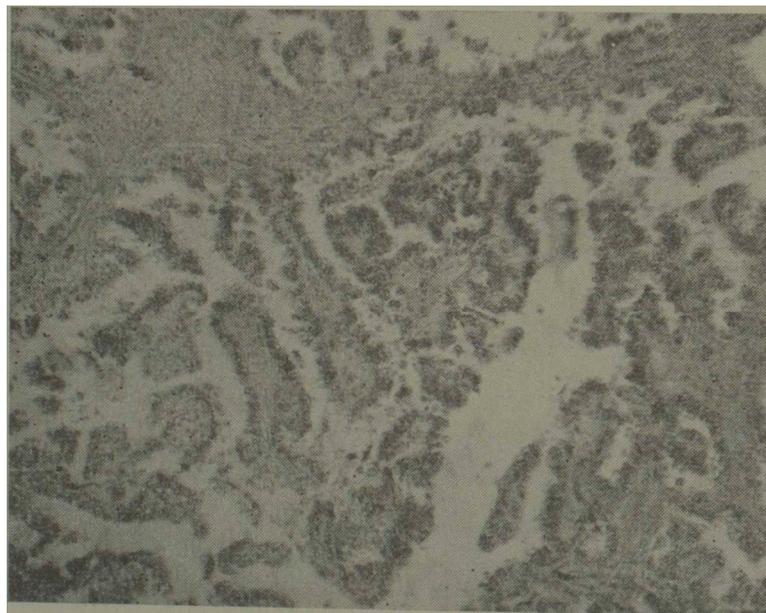


Figura 2. Cistoadenocarcinoma papilar seroso. Aspecto a pequeño aumento de una zona de formaciones papilares con eje estromal y una capa de células con sólo moderadas irregularidades.

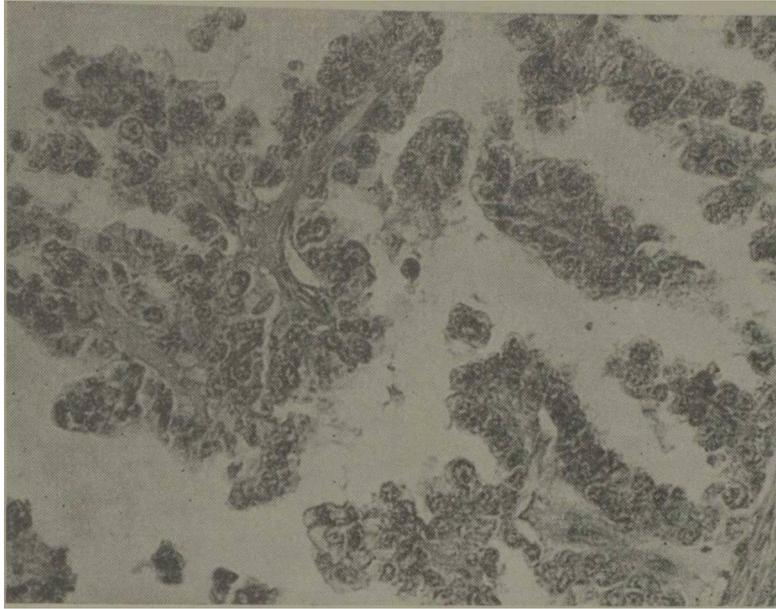


Figura 3. Zonas a mayor aumento con papilas de más de una capa de células que tienen un moderado pleomorfismo.

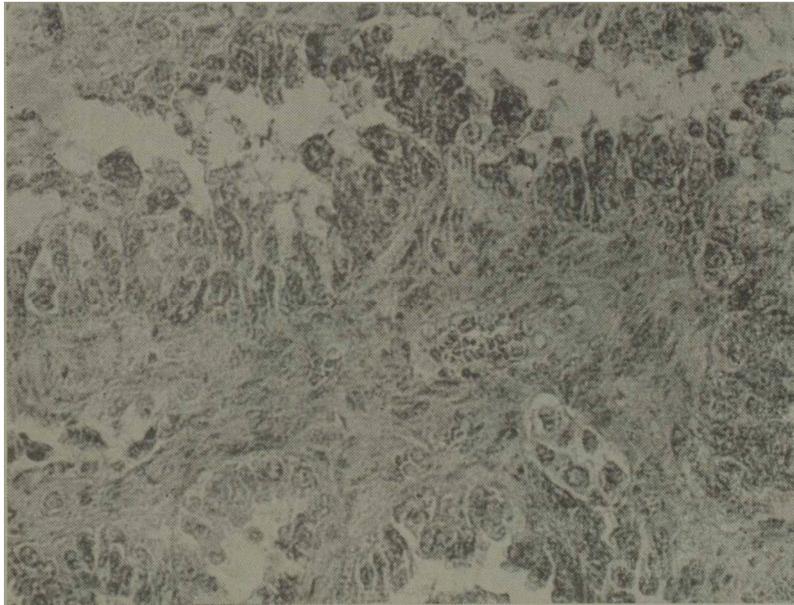


Figura 4. Otro aspecto en el que se observa la poliestratificación de las células y la relativa irregularidad de éstas.

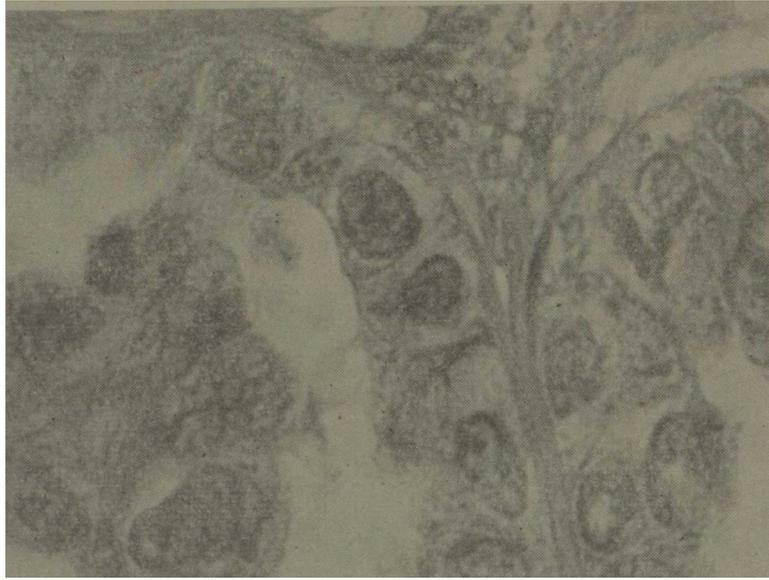


Figura 5. Aspecto a mayor aumento en el que se observa junto con células epiteliales más homogéneas, otras con núcleos grandes, irregulares e hipercrómicas.

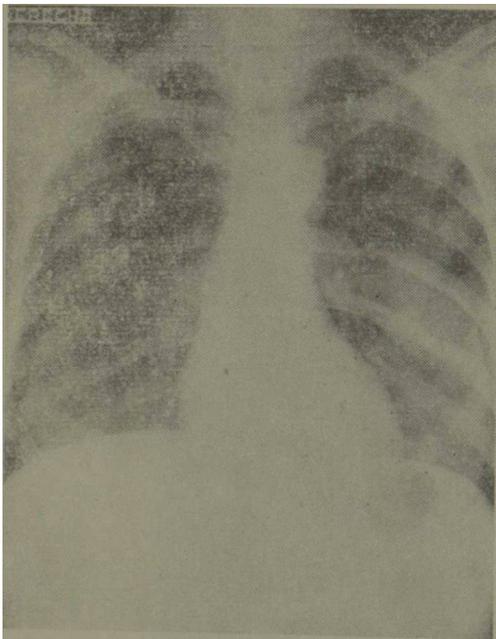


Figura 6. Rayos X de tórax. No se observan alteraciones pleuropulmonares.

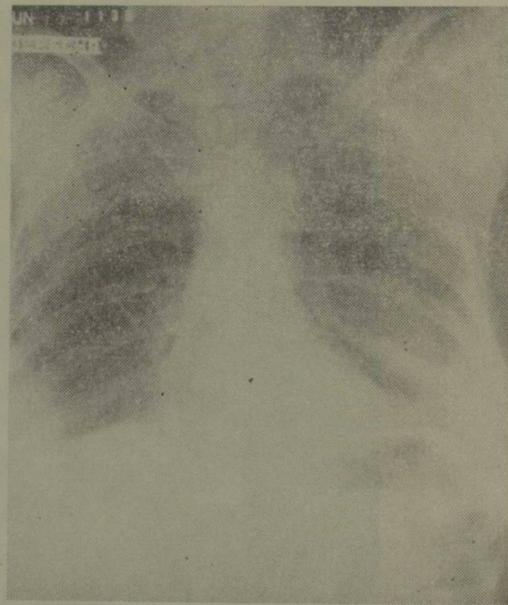


Figura 7. Rayos X de tórax. No existe recidiva del derrame pleural.

## DISCUSION

El ovario es el órgano más frecuentemente afectado, después del útero, en lo que se refiere a cáncer del aparato genital femenino. El carcinoma de ovario constituye uno de los grupos más numerosos de tumores ováricos."

Dentro del grupo de las neoplasias malignas epiteliales (o sea, aquellos que provienen del epitelio germinativo celómico) pueden ser considerados dos subgrupos constituidos por los adenocarcinomas sólidos primarios y los adenocarcinomas quísticos o cistadenocarcinomas<sup>7</sup> siendo estos últimos los más frecuentes, en proporción de 2:1." Clínicamente el carcinoma de ovario resulta difícil de diagnosticar debido a que en las primeras etapas de su desarrollo no produce síntomas, siendo el dolor uno de los primeros en aparecer, pero cuando lo hace es probable que exista ya una difusión metastásica.

En más de la mitad de los casos se observa agrandamiento abdominal causado por ascitis o por el tumor. Según las estadísticas de *Shands* y *Clarke*, la proporción de tumores ováricos que sufren transformación maligna en mujeres menores de 40 años sólo fue del 2,7% en pacientes entre los 40 y 50 años de 14,3% y en los de más de 50 años la cifra se eleva al 69%.<sup>B</sup>

Los cistadenocarcinomas se dividen a su vez en dos variedades, el seroso y el pseudomucinoso. Es indiscutible que muchos de los tumores malignos quísticos provienen de un cistadenoma benigno, resultando algunos tumores primariamente malignos.<sup>8</sup> Los cistadenocarcinomas serosos son más frecuentes y son los que con mayor incidencia sufren transformación maligna, hallándose en un número elevado de casos tumores quísticos bilaterales con papilas externas e internas y siembras difusas en todo el abdomen.

Desde el punto de vista histico y clínico estas neoplasias recorren toda una gama desde los patentemente benignos hasta los que tienen caracteres malignos inconfundibles, no existe una divi

sión neta entre estos dos grupos y resultando conveniente considerar a las variantes intermedias cánceres poco activos, designados como "cistadenocarcinomas serosos proliferantes".<sup>7</sup>

El síndrome clásico descrito por *Meigs* está dado por un fibroma ovárico con ascitis e hidrotórax derecho; como habíamos dicho anteriormente este concepto ha variado con el transcurso de los años y así vemos cómo diferentes autores han venido informando casos de este síndrome en la evolución de neoplasias benignas y malignas de ovario teniendo siempre en cuenta que el acúmulo de líquido pleural y peritoneal se produce sin la existencia de metástasis en pleura y peritoneo respectivamente.

No ha sido todavía completamente dilucidado la patogenia de la ascitis, que se ha atribuido teóricamente a la congestión pélvica y el estasis linfático concomitante,<sup>7</sup> existe actualmente una convicción cada vez mayor de que es el propio tumor el que produce el líquido por trasudación desde su superficie,<sup>7,9</sup> ya que estos tumores presentan siempre edema celular segregando líquido a través de sus linfáticos y mostrando su cubierta, del grosor de una célula, áreas de transformaciones quísticas y necróticas producidas por la presión ejercida desde el interior, que permiten filtrar el líquido del tumor y segregarlo a la cavidad peritoneal. En ocasiones la cantidad de líquido ascítico es tan pequeña que resulta inadvertido al examen; no existe relación alguna entre el tamaño del tumor y la magnitud de la ascitis.

El hidrotórax generalmente se presenta en el lado derecho, si bien se han informado casos con derrame bilateral y en casos excepcionales derrame pleural únicamente izquierdo. Han sido enunciadas diversas teorías para explicar el mecanismo de producción del hidrotórax pero actualmente la más aceptada es la teoría de *Efskind* enunciada en 1940 y por *Meigs* y *Hamilton* en 1943, la cual explica que el acúmulo de líquido que se produce en la cavidad pleural está determinado por el paso a través de los

linfáticos transdiafragmáticos del líquido acumulado en la cavidad peritoneal, habiendo sido demostrada tal teoría experimentalmente, mediante la inyección intraperitoneal de tinta china y la aparición ulterior en la cavidad torácica de partículas del colorante, así como la demostración histórica del mismo en los linfáticos transdiafragmáticos.<sup>78</sup> Se ha señalado además que estudiando las características citoquímicas de ambos líquidos, pleural y peritoneal, se encuentra que poseen igual densidad específica, resultando el contenido de proteínas y la distribución electroforética de las mismas similar, considerándose pues que se trata de trasudados que tienen un origen común.

Para explicar la mayor frecuencia del derrame en el lado derecho se señala que como la cara convexa del hígado está adosada íntimamente al hemidiafragma derecho, por acción de la capilaridad el líquido del canal peritoneal derecho es atraído llegando al espacio subdiafragmático derecho, lo cual permite que pase por los vasos linfáticos que a su vez se encuentran en mayor cantidad en esta zona.

Este caso que ha sido presentado por nosotros reviste la particular característica de que se trata de un carcinoma ovárico y no un tumor benigno, con presencia de ascitis e hidrotórax no metastásico como lo asevera la ausencia de células tumorales en el estudio de los líquidos obtenidos por toracocentesis y en la laparotomía exploradora realizada a la paciente, así como la ausencia de recidiva del derrame pleural y peritoneal dos meses después de realizada la exéresis quirúrgica del tumor ovárico. Nuestra opinión es que esta paciente presentaba un carcinoma benigno-

zado y que tuvo características clínicas como un síndrome de *Meigs*.

El no tener presente esta entidad puede conducir a errores diagnósticos e inclusive plantearse la posibilidad de una poliserositis tuberculosa o una pleuresía serofibrinosa, ya que frecuentemente resulta más evidente el hidrotórax en la sintomatología clínica fundamentalmente en etapas iniciales en que el tumor ovárico es aún de pequeño tamaño y no está dando síntomas abdominales. En otras ocasiones el predominio de una ascitis con hidrotórax puede hacer pensar en una hepatopatía crónica del tipo de las cirrosis hepáticas. Igualmente, cuando se detecta el tumor suele valorarse a esta edad un carcinoma de ovario con metástasis pleural y peritoneal utilizando sólo medidas paliativas con toracocentesis y paracentesis repetidas, que traumatizan al enfermo, cuando la exéresis quirúrgica del tumor tiene la eliminación definitiva del acúmulo de líquido en estas cavidades, hasta que por la historia natural de la neoplasia puedan aparecer manifestaciones realmente metastásicas a otro nivel de la economía.

Puede concluirse por tanto que actualmente el concepto del síndrome descrito por *Meigs* ha variado debiéndose considerar y englobar dentro del mismo aquellos casos con las siguientes características:

1. Presencia de tumor ovárico benigno o maligno de cualquiera de las variedades históricas aceptadas con:
  - presencia de ascitis o hidrotórax no metastásico.
  - ausencia de recurrencia de ambos derrames después de la extirpación del tumor.

#### SUMMARY

Chalons Gutiérrez, A. et al. *Ovarian cystadenocarcinoma with ascites and hydrothorax: a varying Meigs' classic syndrome*. Rev Cub Med 20: 2, 1981.

A review of the classic syndrome described by Meigs and the conceptual evolution of this entity through the years is performed; the ovarian carcinomas, specially the cysto-adenocarcinomas, are superficially studied. An ovarian papillary cystadenocarcinoma case with ascites and hydrothorax being surgically treated and pleural and peritoneal effusion evolutive occultation after tumoral exeresis is presented.

## RÉSUMÉ

Chalons Gutiérrez, A. et al. *Cystoadénocarcinome ovarien avec ascite et hydrothorax: une variante du syndrome de Meigs classique: a propos d'un cas.* Rev Cub Med 20: 2, 1981.

Le syndrome classique décrit par *Meigs* est révisé, ainsi que l'évolution conceptuelle de l'entité au cours des années; on étudie sommairement les carcinomes ovariens, notamment les cystoadénocarcinomes. Un cas de cystoadénocarcinome papillaire de l'ovaire avec ascite et hydrothorax, intervenu chirurgicalement, avec disparition évolutive des épanchements pleural et péritonéal après exérèse de la tumeur est présenté.

## PE3KME

^aj i oHC ryTfceppec, A, a np. UncToaji eHOKapmi HOMa OTMHMKa c ac mi TOM b pí ;mpoTopaKooM: BapaaHT i macch^eckoro cumi poMa Meí fcra. í i H^op^ai ni H cmHoro cjiysafi. Rev cub Mea 201 2, 1981.

Il poB00TTCH o03op fuacc0^eckoro c0HÉpoi via, omicami oro MeftrOM 0 KOHnenTyai i BHafi sBOJi Bi ma 3a0oji eBaHHH Ha npOTHxeH00 Heckcui bKOx - JieT. OCHOBaTeJi bHO OCCJie^yBTCH Kapix0HOMK HHHHKA 0, b nepByio one pe.m>, UOCToai!, eHOKapi í 0HOMH. B HacTonmeñ pafioTe npezicTabJi HeTCfl 0H\$opMarHfl oó o^hom cjiyqae namuiflpHoñ iiBCToaueHOKapuHHOMe c - ácunTOM 0J10 r0ja.p0TopaKCOM, Óhjio oPoBe^eHo x0pypr0^4eckoe BMeuja- Teji BCTBO, b pe3y^BTaTe KOToporo Haójncwa^oci 9BOJiiou00HHoe wcneb HOBeHue npeBpaJi BHoro 0 opioumHHoro 03jmHKafi nocjie yn,aji eHi LH ony-XOJEH. K paOoTe npaji arai oTCí i rOCTOHeCKHe aHapa3u onyxojm.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Alvarez Jacinto, M.; M. Alvarez Guin.* Síndrome de Meigs. Reporte de un caso. Rev Cub Med 7: 69-74, enero-febrero, 1968.
2. *Botella Llusía, J.* Tratado de Ginecología 7ma. ed., tomo III, pág. 581, Ediciones Revolucionarias, La Habana, 1966.
3. *Combemale, B. et al.* Citado por *Alvarez Jacinto.* Rev Cub Med 7: 69-74, enero-febrero, 1968.
4. *Christophor, H.* Tratado de Patología Quirúrgica 6ta. ed., tomo II, pp. 935, 939, Editorial Interamericana, México, 1958.
5. *Flores Espinosa, J. et al.* Igual al 3.
6. *Lemming, fi.* Meigs' syndrome and pathogenesis of pleuresy and polyserositis. Acta Med Scand 168: 197-204, Nov., 1960.
7. *Meigs, J.V.; J.W. Cass.* Fibroma of ovary with ascitis and hydrothorax with report of 7 cases. Am J Obstet Gynecol 33: 249, 1937.
8. *Robbins, S.L.* Tratado de Patología. 3ra. edición, pp. 589, 1037, 1044, Ediciones Revolucionarias, Instituto Cubano del Libro, La Habana, 1968.
9. *Itubin, H.; M. Rubin.* Enfermedades del Tórax. Citado por *Alvarez Jacinto.* Rev Cub Med 7: 69-74, enero-febrero, 1968.

Recibido: julio 1, 1979.  
Aprobado: agosto 20, 1980.

Dra. *Alina Chalons Gutiérrez* Hospital  
Psiquiátrico La Habana Ave. Independencia,  
Municipio Boyeros.