

## *Síndrome de Meigs*

### *Reporte de un caso*

Por los Dres.:

Manuel Álvarez Jacinto, Manuel Álvarez Guin

La enfermedad a que nos referimos en este trabajo fue dada a conocer en el año 1936 por *Meigs* y *Cass*, quienes, un año después, publicaron un reporte de siete casos. En la misma época *Rhoads* y *Terrell* la designaron como Síndrome de Meigs, pero en 1954, con una revisión extensa de la literatura, el propio *Meigs* sugirió como nombre más correcto el de Síndrome de *Demons-Meigs*, ya que *Demons* había reportado casos en 1897, 1902 y 1903. Fue *Meigs*, sin embargo, quien hizo la mayor contribución a la recapitulación y búsqueda de esta entidad.

La mayoría de los autores aceptan que todos los tumores del ovario benignos, sólidos o quísticos, asociados con ascitis e hidrotórax que desaparezcan después de la extracción del tumor, constituyen un Síndrome de Meigs. Otros han querido ampliar este concepto a todos los tumores pélvicos, benignos o malignos, asociados con ascitis e hidrotórax que desaparezcan igualmente después de la extracción del tumor, aunque tal concepto no es aceptable.

El criterio para el diagnóstico del síndrome en cuestión se basa en:

1. Presencia de un tumor de ovario sólido y benigno, ya sea fibroma, tecoma, teratoma (estruma), tumor de célula granulosa u otro similar;
2. Presencia de ascitis e hidrotórax.
3. Desaparición del líquido, sin recurrencia, después de la extirpación del tumor.

En la revisión de la literatura llevada a cabo por nosotros, desde 1937 hasta 1967, encontramos 132 casos registrados, que incluimos el siguiente cuadro:

Tumores Ováricos	No.
Fibroma .....	106
Tumor de célula de teca .....	12
Tumor de célula granulosa . . . .	6
Tumor de Brenner .....	2
Fibrotecomá .....	1
Estruma de ovario .....	3
No clasificados .....	2

Como habíamos señalado, estos tumores se acompañan de ascitis e hidrotórax. En lo que respecta al origen de la primera, ha habido una convicción creciente de que es el propio tumor el que produce el líquido por trasudación desde su superficie, como bien señalaran *Gt'ibel, Millar y Rubín*, e, igualmente, *Lemming*. La explicación es la siguiente: estos tumores, que siempre presentan edema en sus células, debido a su naturaleza segregan líquido a través de sus propios linfáticos. Su cubierta, del grosor de una célula, muestra áreas de cambios quísticos y necróticos debidos a una presión ejercida desde el interior, la cual puede filtrar el líquido del tumor y segregarlo así a la cavidad peritoneal.

La ascitis puede presentarse en cantidad variable sin que ello dependa del tamaño del tumor. Algunas veces puede ser tan insignificante que pase desapercibida en el examen clínico, mientras que al mismo tiempo se halle líquido pleural en grandes cantidades.

En cuanto a la etiopatogenia del hidrotórax, se han enunciado varias teorías, pero la más acertada es la emitida por *Efskind* en 1940, y posteriormente por *Meigs y Hamilton* en 1943. Al respecto debemos señalar que *Lemming*, en 1960, redactó un trabajo muy completo sobre este particular, donde refiere que el hidrotórax no es más que el líquido ascítico que ha pasado al tórax a través de los linfáticos transdiafragmáticos. Se ha demostrado experimentalmente que la tinta china inyectada intraperitonealmente puede pasar a la cavidad torácica siguiendo la corriente linfática, del peritoneo al tórax.

El hidrotórax es mucho más frecuente en el lado derecho, aunque se han reportado casos en que el derrame existe bilateralmente, y algunos, excepcionales, en que éste se presenta sólo en el lado izquierdo. La preferencia del lado derecho se explica por la contigüidad con el hígado, así como por la mayor cantidad de linfáticos que recorren esta región.

Debemos hacer notar que los líquidos pleural y peritoneal poseen igual densidad específica, idéntico contenido en proteínas y la misma distribución en el estudio de su electroforesis, lo que demuestra que ambos trasudados tienen un origen común.

#### PRESENTACION DE UN CASO

Una mujer soltera, de 47 años de edad, de la raza blanca, menopáusica, ingresa en nuestro servicio con fecha 14 de diciembre de 1967, por presentar crisis de diarrea acompañada de cólicos abdominales de diez días de evolución, temperatura normal, pérdida de peso, astenia, anorexia, así como ligera disnea que se agudiza al esfuerzo.

Al realizar el examen físico se observa un abdomen distendido ligeramente, doloroso y con matidez a la percusión en ambos flancos, sin que exista en este momento hepato-esplenomegalia.

En el examen del tórax hallamos matidez en el hemitórax derecho, abolición de las vibraciones vocales y ausencia de murmullo vesicular, lo que nos hace suponer que estamos en presencia de un derrame pleural.

En el resto del examen físico encontramos un pulso regular, aunque ligeramente taquicárdico, una presión arterial de 135/90, así como un discreto edema de los miembros inferiores.

Ya en estas condiciones verificamos mediante examen radiográfico el gran derrame del hemitórax derecho (Fig. 1), por lo que estimamos encontrarnos ante una pleuresía serofibrinosa, y realizamos entonces una toracocentesis (Fig. 2) con extracción de 1200 cc. de un líquido de coloración amarillo-pajiza, el cual, practicado el examen químico (Ribalta), presenta todas las características de un trasudado. El examen citológico es negativo de células neoplásicas, y el líquido, estéril en cultivo.

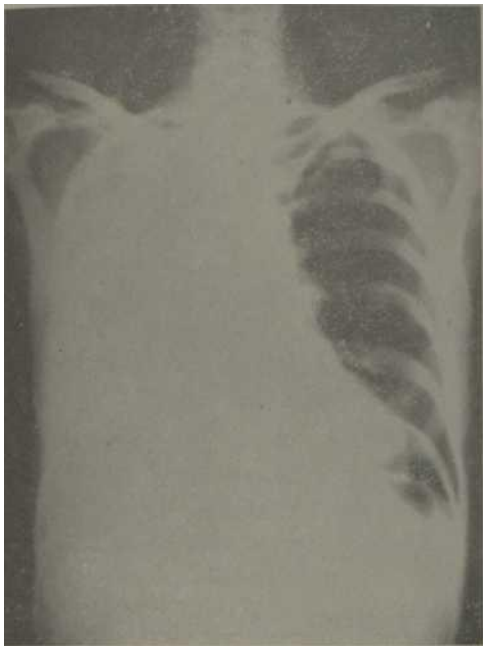


Fig. 1.—Rayos X de tórax donde se observa una opacidad total del hemitórax derecho, por el hidrotórax.

Días después la paciente muestra un aumento en el volumen del abdomen, con los signos de una ascitis, y se le practica una punción abdominal, mediante la cual se extrae un líquido con los mismos caracteres químicos citológicos y bacteriológicos del líquido pleural.

Es fácilmente eliminada la posibilidad de una cirrosis hepática puesta que las pruebas funcionales son normales, inclusive una electroforesis de las proteínas y una bromosulfaleína. El estudio radiográfico de las vías digestivas es normal.

Frente a un caso con ascitis e hidrotórax, eliminadas las afecciones señaladas anteriormente, y siendo la paciente menopáusica, concluimos que se trata de

un síndrome de Meigs, y por lo tanto se le practica a la enferma un examen bimanual por vía rectal, el que revela un tumor pélvico de gran tamaño, de consistencia dura, originado probablemente en el ovario derecho.

Al practicarse una laparotomía se extraen 3000 mi. de líquido de color amarillo pajizo y se verifica que el ovario derecho está constituido por una tumoración de 7 por 5 por 4.5 cms., sólida, de aspecto fibromatoso, y con una superficie externa polilobulada con algunas zonas quísticas. El ovario izquierdo, de 1.5 por 2, es de aspecto escleroatrófico; el útero tiene una apariencia normal (Fig. 3). Se lleva a cabo la histerectomía total y la salpingo-ooforectomía bilateral. Más tarde el examen histológico del tumor revela que se trata de un estruma del ovario sin evidencias de malignidad.



Fig. 2.—Rayos X de tórax, donde se observa una disminución notable de la opacidad, después de practicada la toracocentesis.



Fig. 3.—En la parte superior se puede apreciar la gran tumoración del ovario derecho; en el inferior, el ovario izquierdo, pequeño reabsorción total del hidrotórax. y escleroatrófico, y el útero, normal.

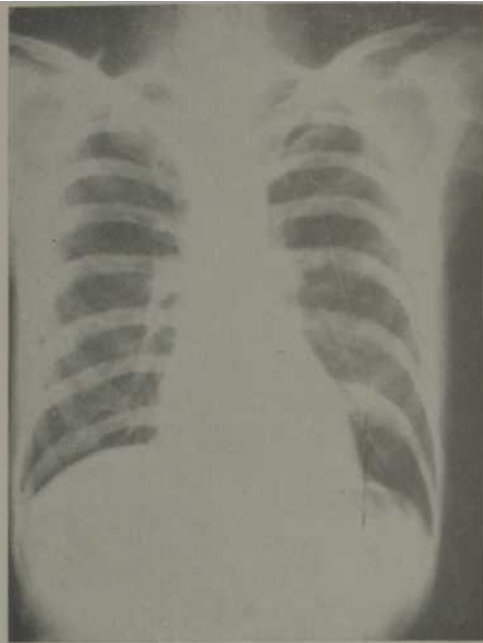


Fig. 4.—Rayos X de tórax, practicados doce días después de la operación, donde se observa extremo reabsorción total del hidrotórax. y escleroatrófico, y el útero, normal.

El postoperatorio transcurre sin complicaciones. El examen de rayos X efectuado doce días después de la operación muestra una reabsorción completa del hidrotórax (Fig. 4). la paciente es dada de alta tres días después, y en un chequeo hecho a los dos meses de la operación se halla asintomática y con aumento de peso.

#### DISCUSION

A pesar de que este síndrome es poco frecuente, resulta de gran importancia pues representa la curación total de la paciente, una vez que se ha extraído el tumor ovárico.

El desconocimiento de esta afección puede conducir a muchos errores, y así vemos como en las primeras etapas puede hacerse el diagnóstico de una pleuresía serofibrinosa o de una poliserositis tuberculosa, por predominar el hidrotórax.

En otras ocasiones es fácil confundirla con una cirrosis hepática, o bien, una vez descubierto el tumor, con una lesión maligna. Por otra parte, otros casos se pierden al no realizarse el examen pélvico.

En realidad, cualquier mujer que presente un hidrotórax con las características de un trasudado debería levantar la sospecha de un caso de Síndrome de Meigs.

De todo lo anterior se desprende lo esencial del conocimiento de esta entidad.

#### SUMARIO

Se presenta un caso de Síndrome de Meigs, entidad constituida por la tríada de: 1—presencia de un tumor de ovario sólido y benigno, ya sea fibroma, tecoma, teratoma (estruma), tumor de célula granulosa u otro similar; 2—presencia de

ascitis e hidrotórax y 3— desaparición del líquido, sin recurrencia, después de la extirpación del tumor.

Se destaca la importancia del diagnóstico, dada por la curación de la enferma una vez extraído el tumor.

Se hace una breve reseña histórica de este síndrome, así como un estudio detallado de cada uno de los aspectos que lo componen, y se insiste en la búsqueda del mismo en toda mujer que presente hidrotórax con las características de un trasudado.

En el caso presentado por nosotros el tumor es una estruma del ovario, de los que sólo hemos encontrado tres reportados en la literatura.

Por último, insistimos en la gran importancia que para los internistas y cirujanos debe tener el conocimiento de esta entidad, ya que en muchas ocasiones se confronta el problema de ascitis no explicada, y a veces considerada como maligna, error en el que se persiste al detectarse un tumor en la pelvis.

Este error puede resultar fatalmente en la muerte de la paciente, al considerársela inoperable e inexorablemente condenada, cuando todo se habría solucionado favorablemente con la extracción de un simple tumor de ovario.

#### SUMMARY

A case of Meigs' syndrome is presented and described as an entity constituted by the triad of: 1—presence of a tumor of the ovarv, solid and benign (a fibroma, thecomateratoma —struma—, a granulosa-cell tumor or the like) ; 2—presence of ascitis and hydrothorax and 3—resolution of the fluid, without recurrence, after the removal of the tumor.

A brief historical approach is made, as well as a detailed study of every one of the aspects which compose this entity; and the

necessity of its research in every woman presenting a hydrothorax with the characteristics of a transudate is emphasized.

In the case presented in this paper the tumor is a struma of the ovary, of which we have only found three others reported in literature.

Finally we insist on the importance that the knowledge of this entity has for internist and surgeons, since very often we confront the problem of a nonexplained ascitis, sometimes considered as malignant, error which persists when a pelvic tumor is detected.

Such an error may result fatally in the death of the patient, if she is considered inoperable and inexorably deemed' while everything could have been favorably solved with the removal of a simple tumor of the ovary.

#### SOMMAIRE

Un cas de syndrome de Meigs est présenté et décrit comme une entité constituée par la triade de: 1—présence d'une tumeur de l'ovaire, solide et bénigne, soit un fibrome, un thécome, tératome (strume), une tumeur de cellule granulose ou un autre similaire; 2—présence d'ascite et d'hydrothorax et 3—disparition du liquide, sans récurrence, après l'extirpation de la tumeur.

On fait un résumé historique et une étude détaillée de chacun des aspects qui composent cette entité, et l'on indique la nécessité de la chercher chez les femmes présentant un hydrothorax avec les caractéristiques d'une transsudation.

Dans le cas présenté par nous la tumeur est un strume de l'ovaire dont nous en avons trouvé seulement quatre dans la littérature.

Finalement nous insistons sur l'importance que la connaissance de ce syndrome a pour les internistes et pour les gynécologues, car tres seuvant nous

affrentens le probleme d'une ascite non expliquée et parfois même considérée comme maligne, erreur dans laquelle en persiste quand une tumeur pelvique est détectée.

Une telle erreur peut, fatalement, provoquer la mort de la patiente, si alie est considérée inoperable et inexorablement condamnée, tandis que tout aurait été favorablement résolu par l'extraction d'une simple tumeur d'ovaire.

#### BIBLIOGRAFIA

1. —*Caouette, M.*: Meigs' syndrome. *Laval Med.* 33: 765-8, Dec. 1962. (Fr.)
2. —*Cómbemele, B. et al.*: Demons-Meigs syndrome caused by thecoma of the ovary without endocrine syndrome manifested by a subocclusive state. *Bull. Fed. Gynec. Obstet. Franc.* 17: 55-6, Jan-Mar., 1965. (Fr.)
3. —*Domarus, A. V.*: *Medicina Interna.*
4. —*Flores Espinosa, J. et al.*: Struma ovarii and Meigs' syndrome. *Rev. Med. Hosp. Gen. (Mex.)* 24: 491-9, Nov.-Dec. (Sp), 1961.
5. —*García Pastor, R.*: Considerations on a case of complete Meigs' syndrome. *Toko-ginec. Pract.* 20: 451-7, (Sp), 1961.
6. —*Gautier, C. et al.*: Demons-Meigs' syndrome. *Bull. Fed. Gynec. Obstet. Franc.* 15: 70-2, Jan-Mar., 1963. (Fr.)
7. —*Hammounda, A. A.*: Case of Demons-Meigs' syndrome. *Brit. Med. J.* 1: 414, 16 Feb. 1967.
8. —*Lemming, R.*: Meigs' syndrome and pathogenesis of pleuresy and polyserositis. *Acta Med. Scand.* 168: 197-204, Nov., 1960.
9. —*Majzlin, G. et al.*: Meigs' syndrome. Case report and review of literature. *J. Int. Cell. Surg.* 42: 625-30, Dec., 1964.
10. —*Meigs, J. V. and Cass, J. W.*: Fibroma of the ovary with ascitis and hydrothorax: report of seven cases. *Am. J. Obst. and Gynec.* 33: 249, 1937.
11. —*Pullen, R. L.*: *Enfermedades de los pulmones.*
12. —*Rubin, H. y Rubin, M.*: *Enfermedades del Tórax.*
13. —*Soleymani, S. et al.*: Meigs' syndrome: report of a case and review of the literature. *W. Virginia. Med. J.* 61: 51-5, Mar., 1965.