

SÍNDROME DE MEIGS: LA IMPORTANCIA DE SU SOSPECHA

Servicio de Diagnóstico por Imágenes H.I.G.A. Prof. Dr. R. Rossi La Plata



Juan Manuel CANEDO Santiago CASTILLA Gonzalo Matías MECHURA



PRESENTACIÓN CLÍNICA

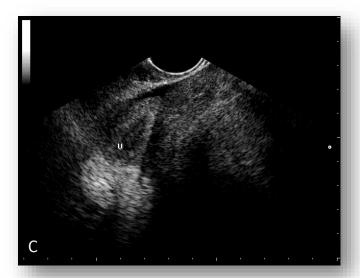
Paciente mujer de 50 años de edad que ingresa al servicio de guardia por presentar dolor abdominal difuso de 3 días de evolución. Al examen físico se objetiva formación pétrea en hipogastrio; por lo que se le solicita ecografía abdominal y ginecológica.







Ecografía endovaginal. A) Útero de tamaño y características ecográficas conservadas. B) Formación redondeada, de ecorrespuesta heterogénea (sólida), hipoecogénica de 13 cm de diámetro máximo.



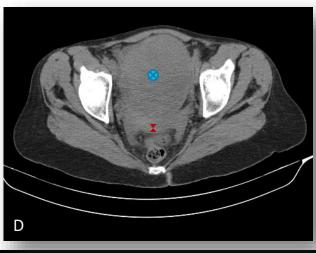
Ecografía endovaginal, corte transversal. C) Se visualiza formación hipoecogénica, en íntimo contacto con el útero (U).

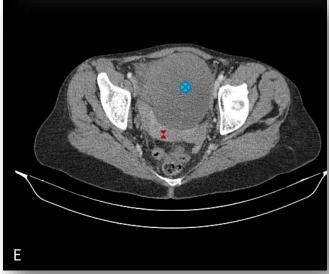




Ecografía endovaginal (Video): Al ser un estudio dinámico ofrece la ventaja de realizar ligera compresión, demostrando de esta manera, que la formación no corresponde al útero. Se visualiza ascitis moderada.







TC sin y con contraste e.v (D y E). En relación a la cara anterior del útero se reconoce formación de densidad de partes blandas, heterogénea, de aproximadamente 14cm de DL x 10cm de DT x 10cm de DAP, con discreto realce heterogéneo luego de la administración de contraste.

Sermación. ■ Útero.





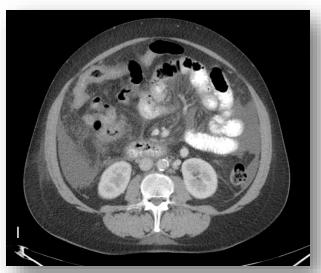


TC con contraste oral y e.v. Corte axial (F) y coronal (G). **Solution** Solution S





H) TC de abdomen y pelvis sin contaste – corte axial: Derrame pleural bilateral a predominio derecho.



I) TC de abdomen y pelvis con contraste e.v. – corte axial: Ascitis moderada.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Se continua el estudio con laboratorio.

Como único valor de interés en relación a los hallazgos antes descriptos se obtiene

CA 125: 20U/ml.

Finalmente se realiza extirpación quirúrgica de dicha formación y el estudio anatomo-patológico arroja como resultado

Fibroma del ovario derecho.



El Síndrome de Meigs fue descrito en 1937 por Joe Vincent Meigs y se define, en la actualidad, como una tríada compuesta por un tumor benigno de ovario, ascitis y derrame pleural con remisión de estos signos luego de la extirpación quirúrgica.



El fibroma ovárico corresponde al 4% de todos los tumores benignos de ovario y tiene un pico de incidencia a los 50 años. Es el tumor que más frecuentemente se asocia al Síndrome de Meigs, aunque tan sólo está presente en 1% de los fibromas. Las lesiones menos frecuentes corresponden a los tumores de Brenner, de células de la granulosa y tecomas.



La fisiopatogenia de la ascitis sigue siendo poco conocida: Se han propuesto distintos mecanismos como irritación e inflamación peritoneal, compresión venosa y linfática, entre otros. El derrame pleural se origina por el paso de líquido ascítico a través del diafragma o de los vasos linfáticos, siendo más frecuente del lado derecho.

Cabe destacar que el Síndrome de Meigs puede cursar con aumento de CA 125, y no por ello indicar malignidad.



La importancia de reconocer este síndrome radica en que, la mera presencia de ascitis y derrame pleural, no indica necesariamente que la formación pélvica corresponda a un proceso maligno en estadío avanzado y se requiera resección quirúrgica radical.

El estudio citológico del líquido ascítico resulta un pilar fundamental en el diagnóstico.

Si bien la ecografía y la TC carecen de sensibilidad para confirmar el diagnóstico de Síndrome de Meigs, hacen un gran aporte al detectar signos de malignidad como la carcinomatosis peritoneal.



CONCLUSIÓN

A pesar de que el Síndrome de Meigs tiene un excelente pronóstico, al ser poco frecuente y con hallazgos imagenológicos y analíticos inespecíficos, se puede interpretar erróneamente con un proceso maligno.

El diagnóstico preoperatorio de esta entidad es dificultoso: Para ello resulta fundamental su sospecha clínica, la ausencia de signos de carcinomatosis peritoneal en las imágenes y de células malignas en el líquido ascítico.

La detección oportuna permite evitar tratamientos agresivos innecesarios.



BIBLIOGRAFÍA

Iwasaki, K., et al. (2016). "Meigs Syndrome Superimposed on Gorlin Syndrome in a 14-Year-Old Girl." J Pediatr Adolesc Gynecol **29**(5): e75-e77.

Shanbhogue, A. K., et al. (2010). "Clinical syndromes associated with ovarian neoplasms: a comprehensive review." <u>Radiographics</u> **30**(4): 903-919.

Vijayaraghavan, G. R. and D. Levine (2007). "Case 109: Meigs syndrome." Radiology 242(3): 940-944.