

PSEUDO-SÍNDROME DE MEIGS EN PACIENTE CON EPOC DE BASE TIPO ENFISEMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pastor Conesa M.; Corbalán Biyang, S.; García Teruel MP.; Garre Alcazar MC; Gazabat Barbado E.; Jiménez Díaz S.; López Martínez, C.; Madrid Gómez de Mercado MD., Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Meigs se define como: *a)* fibroma o tumor fibroso de ovario; *b)* tecoma, células de la granulosa, Brenner; *c)* ascitis; *d)* derrame pleural, unilateral o bilateral, y *e)* desaparición de la ascitis y del derrame pleural tras extirpar el tumor, oscilando entre 3 días y 2 semanas (Meigs) y hasta 2 meses. El falso síndrome de Meigs o síndrome de pseudo-Meigs incluye ascitis e hidrotórax, asociado a cualquier otro tumor de ovario, benigno o maligno, y otras entidades, como quiste de ovario, tumores de células germinales, leiomiomas de ovario, hemangiomas, cistoadenomas, edema masivo de ovario, papilomas de la trompa, leiomiomas uterinos, cáncer de ovario, fibrosarcomas de ovario, metástasis de cáncer en ovarios. Los fluidos son serosos o serohemáticos. La distinción entre síndrome de Meigs verdadero y falso no es más que una división académica y no influye en los aspectos terapéuticos de problema.

CASO CLÍNICO

Paciente de 54 años, menopausia a los 51, G1P1. Entre sus antecedentes personales: Tiroidectomía, apendicectomizada, tabaquismo activo.

Es valorada en consultas de ginecología por sangrado cuya etiología se relacionó finalmente con hemorroides externas. Durante la revisión ginecológica nos encontramos, como hallazgo incidental, un útero atrófico desplazado por quiste de 9 x 12mm que ocupa Douglas.

-Pruebas complementarias: Ca 125:67,4 U/mL.

TAC : Lesión en área anexial izquierda de 10,2x8,7x11cm de densidad líquida y pared fina y bien definida que desplaza útero y vejiga, pequeña cantidad de líquido libre en pelvis. Derrame pleural bilateral con atelectasias basales bilaterales e infiltrado pseudonodular basal derecho.

-Se programa para HTA + DA con biopsia intraoperatoria (que informó de benignidad) y toracocentesis previa a intervención.

-Resultados: AP: Cistoadenoma seroso benigno de OI, resto sin malignidad. Toracocentesis: exudado pleural de predominio mononuclear.

-Evolución: Paciente asintomática. Mejoría parcial de derrame pleural en las primeras semanas postintervención por probable EPOC enfisematoso basal.

Se intenta biopsia pleural sin poder llevarse a cabo por escasa cámara de seguridad. Las imágenes pulmonares son sugestivas de atelectasias por contacto probable con asbesto.

Se decide control ambulatorio en consultas de neumología.

CONCLUSIONES

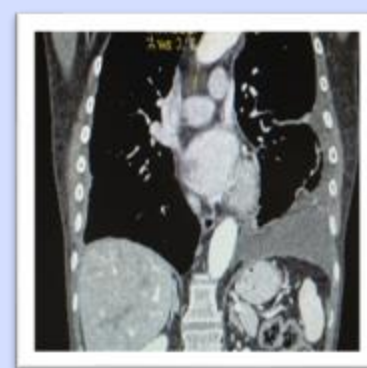
-Ante una paciente con ascitis, derrame pleural y masa pélvica debemos sospechar que se trate de un síndrome de Meigs.

-El diagnóstico diferencial principal del SM debe realizarse con el cáncer de ovario en estadio IV.

-En el caso de presentado la resolución del derrame pleural está siendo más tórpida de lo habitual ante la situación sobreañadida de EPOC enfisematoso en paciente fumadora activa y antecedente de exposición a asbesto.



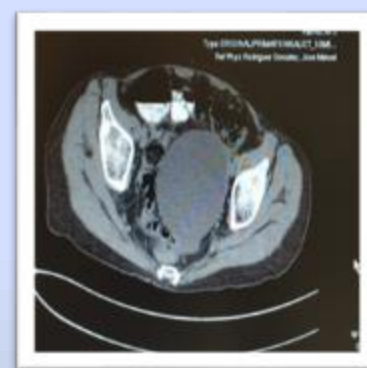
Rx tórax: derrame pleural



TAC: derrame pleural



TAC: derrame pleural



TAC: tumoración ovárica

Bibliografía

-Síndrome de Meigs y falso síndrome de Meigs: sendos casos. J. López-Olmos, JJ. Terrádez, P. Navarrol. Elsevier 27. Núm. 4. Abril 2000 páginas 110-151.

-Síndrome de Meigs y Pseudo Meigs: correlación con tumores ováricos. Silvia Marcela Barrantes Rodríguez. Revista médica de Costa Rica y Centroamerica LXXI (616) 659 - 662, 2015 .