
NOTA CLÍNICA

Síndrome de Meigs como causa inusual de disnea en el servicio de urgencias

RAFAEL CALVO RODRÍGUEZ, JULIO FRANCISCO APARICIO SÁNCHEZ, GABRIEL FRÍAS TEJEDERAS, AMELIA GARCÍA OLID, FRANCISCO JAVIER MONTERO PÉREZ, LUIS JIMÉNEZ MURILLO

Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, España.

CORRESPONDENCIA:

Rafael Calvo Rodríguez
Pasaje José Manuel Rodríguez
López, 7, 1^ª-1^ª
14005 Córdoba, España.
E-mail: rafa-calvo@hotmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN:

11-3-2008

FECHA DE ACEPTACIÓN:

1-4-2008

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

La disnea es uno de los síntomas con el que más frecuentemente se enfrenta el *urgenciólogo*. Las causas respiratorias y cardiacas son las más frecuentes. Se presenta un caso de disnea que resultó ser originada por una causa bastante infrecuente. Un caso de síndrome de Meigs (presencia de un tumor ovárico benigno acompañado de ascitis y derrame pleural), con hipertensión abdominal crónica que motivó que la disnea fuera uno de los síntomas de presentación más relevantes. La paciente fue inicialmente diagnosticada de insuficiencia cardíaca descompensada, y posteriormente se llegó al diagnóstico y tratamiento definitivos. [Emergencias 2010;22:206-208]

Palabras clave: Síndrome de Meigs. Disnea. Tumor ovárico.

Introducción

Uno de los síntomas más frecuentes ante los que se enfrenta el *urgenciólogo*, es la disnea. Presentamos un caso que, a la peculiaridad de tratarse de un proceso relativamente infrecuente, el síndrome de Meigs (caracterizado por la triada ascitis, derrame pleural y presencia de un tumor ovárico benigno), se añade que el síntoma de presentación fue insólito: la disnea. El caso diagnosticado en nuestro servicio y con el que se pretende no sólo recordar las similitudes clínicas que puede tener este proceso con la insuficiencia cardíaca descompensada, sino además señalar la relevancia que tiene aún hoy en día la clínica en la sospecha diagnóstica de urgencias.

Caso clínico

Mujer de 64 años, sin antecedentes de interés, con ingreso previo hacía un mes en el servicio de cardiología de nuestro hospital por disnea a moderados esfuerzos de un mes de evolución, sin otros datos clínicos. Además refería aumento del perímetro abdominal y edemas de miembros inferiores. En la exploración física se detectó ingurgi-

tación yugular, reflujo hepatoyugular, semiología de derrame pleural derecho, hepatomegalia no dolorosa, ascitis no a tensión y edemas pretibiales. En la radiografía de tórax se objetivó un derrame pleural derecho (Figura 1); la ecocardiografía mostró un ventrículo izquierdo no dilatado con función sistólica hiperdinámica, con movimiento anómalo septal y datos característicos de constricción pericárdica. La velocidad de llenado mitral con déficit de relajación, sin alteración a movimientos respiratorios. La dilatación de aorta fue ascendente. El derrame pericárdico y pleural fueron mínimos. En la tomografía computerizada (TC) torácica no se objetivaron otros hallazgos significativos. Presentaba una hernia hiato esofágica con contenido gástrico. Esófago aumentado de calibre con engrosamiento de pared. Ascitis. Se realizó una biopsia endomiocárdica y un estudio hemodinámico derecho, y la paciente fue diagnosticada al alta de insuficiencia cardíaca diastólica por miocardiopatía restrictiva vs pericarditis constrictiva.

Al mes acude de nuevo a urgencias por empeoramiento clínico a pesar del tratamiento diurético, se evidenció a la palpación abdominal una masa en fosa ilíaca derecha, sugestiva de tumoración ovárica. La analítica básica (hemograma y bioquímica sanguínea básica incluidas amilasa, AST, ALT,



Figura 1. Radiografía póstero-anterior de tórax que muestra un derrame pleural derecho.

GGT y FA) fue normal. La nueva radiografía de tórax fue similar a la anterior (Figura 1). El electrocardiograma no mostró alteraciones y los valores de gasometría arterial fueron de una pO_2 71 mmHg, pCO_2 36 mmHg y pH 7,35. Se realizó una ecografía abdominal en la que se observó una tumoración pélvica, sólida, que dependía del ovario derecho. Se procedió a interconsulta con el servicio de ginecología ante la sospecha de síndrome de Meigs. Se completó el estudio con la realización de una resonancia magnética abdominal (Figura 2) donde se apreció una tumoración derecha que ocupaba el estrecho superior de la pelvis, de origen anexial, sugestivo de fibroma ovárico. También se realizó urografía iv que mostró compresión uréterovesical por el tumor sin signos de infiltración.

Tras un diagnóstico preoperatorio de fibroma ovárico se practicó una laparotomía exploradora, en la que se comprobó una masa ovárica derecha de características macroscópicas benignas, y se le realizó una histerectomía con anexectomía bilateral. Tras el tratamiento quirúrgico se produjo una mejoría clínica progresiva, con desaparición del hidrotórax, de la ascitis y normalización de los valores séricos del antígeno CA 125 y de la alfafetoproteína (inicialmente elevados) en las semanas posteriores. El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue de fibroma ovárico.

Discusión

El síndrome de Meigs fue descrito por primera vez por Meigs y Cass en 1937¹. Consiste en la presencia de un tumor ovárico benigno (fibroma, tcoma, tumores de células de la granulosa y tumor

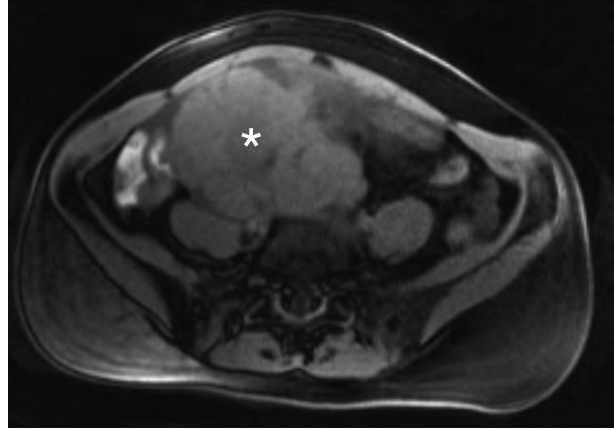


Figura 2. Resonancia magnética abdominal que muestra una tumoración derecha de origen anexial, sugestivo de un fibroma ovárico. (asterisco)

de Brenner) acompañado de ascitis y derrame pleural, que se resuelven tras la extirpación quirúrgica del tumor ovárico. El derrame pleural es en el 70% de los casos unilateral derecho y en el 20% bilateral; a veces, cuando éste es masivo, la disnea es la señal de alarma. Aunque su patogenia no es completamente conocida, se piensa que el derrame pleural se debe al paso de líquido ascítico peritoneal a la cavidad pleural por los vasos linfáticos o por defectos congénitos del diafragma, que son más comunes en el lado derecho². La ascitis aparece como resultado de la secreción de líquido por los tumores o por sustancias vasoactivas relacionadas con el mismo³ (citoquinas inflamatorias, crecimiento de fibroblastos y factor endotelial vascular⁴). El término seudosíndrome de Meigs se utiliza cuando el tumor es maligno^{5,6}. En 1981, Bast et al⁷ asociaron la presencia de niveles séricos elevados del CA-125 con el carcinoma ovárico. Aunque la elevación de los niveles séricos de CA-125 en mujeres postmenopáusicas con masas anexiales, ascitis y derrame pleural son altamente sugestivos de tumores ováricos malignos, Jones et al⁸, en 1989, publicaron un caso de síndrome de Meigs con niveles elevados de CA-125. Se sugiere que la irritación peritoneal, el derrame pleural y la producción de ascitis podrían contribuir a aumentar los niveles séricos del antígeno CA-125⁹. El diagnóstico es fundamentalmente preoperatorio mediante la ecografía y la TC abdominales. El tratamiento es quirúrgico en todos los casos⁹. El diagnóstico se confirma cuando, tras extirpar la neoplasia primaria, la ascitis y el derrame pleural se resuelven¹¹ y se normalizan los niveles séricos del CA-125 en ulteriores semanas¹².

La presentación del síndrome de Meigs con el síntoma disnea había sido descrito previamente¹³.

La disnea puede ser explicada por el derrame pleural de cierta magnitud, o por la hipertensión abdominal (HTAB) secundaria al progresivo incremento de volumen de la masa pélvica y de las ascitis¹³. La HTAB aparece por el incremento de volumen del contenido abdominal, que inicialmente compensa la elasticidad de la pared abdominal, pero finalmente es insuficiente para mantener esta presión en el rango normal (< 12 mmHg)¹⁴⁻¹⁵. Existen 2 formas de instauración de la HTAB: aguda (trauma abdominal, hemoperitoneo, pancreatitis aguda, peritonitis, o complicaciones postoperatorias) y la crónica, de desarrollo en meses o años (embarazo, tumores abdominales, ascitis, etc.)^{14,15}. Tanto una como otra pueden conducir al síndrome compartimental abdominal (presión intra-abdominal \geq 20 mmHg), una emergencia quirúrgica. El diagnóstico más preciso de la HTAB se basa en una combinación de hallazgos clínicos y monitorización de la presión intravesical, aunque por razones obvias la mayor parte de las veces se realiza sólo clínicamente. El desarrollo de HTAB crónica puede sospecharse por la presencia de circulación venosa colateral cava-cava: flujo desde la vena cava inferior comprimida hacia la vena cava superior, a través de las venas mamarias internas y epigástricas. La frecuencia miccional indica disminución progresiva de la vejiga causada por compresión directa por masas intrapélvicas y el lento incremento de la presión abdominal¹³. En esta paciente, no se registraron estos datos clínicos, aunque la compresión urétero-vesical objetivada en el estudio urológico apoya este diagnóstico.

Por tanto, la HTAB por la masa ovárica y la ascitis concurrentes en el síndrome de Meigs es, en algunos casos como el aquí descrito, la causa de la disnea de estos pacientes, si bien lo más frecuente es debido al derrame pleural, que en nuestro caso fue mínimo. El síndrome de Meigs por tanto, debe ser considerado como una de las raras causas de

disnea que se puede presentar en un servicio de urgencias. Este caso, en nuestra opinión, enfatiza la importancia de la visión integral del *urgenciólogo* para la correcta orientación diagnóstica de los pacientes, especialmente de aquellos casos en los que los síntomas y signos pertenecen a múltiples órganos y sistemas, y en los que el síntoma guía puede inducir inicialmente a una errónea catalogación del proceso que aqueja al paciente.

Bibliografía

- 1 Meigs JV, Cass JW. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax: With a report of seven cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1937;33:249-67.
- 2 Agranoff D, May D, Jameson C, Knowles GK. Pleural effusion and a pelvic mass. *Postgrad Med J.* 1998;74:265-7.
- 3 Abad A, Cazorla E, Ruiz F, et al. Meigs' syndrome with elevated CA 125: case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol. Reprod Biol* 1999;82:97-9.
- 4 Abramov Y, Anteby SO, Fasouliotis SJ, Barak V. The role of inflammatory cytokines in Meigs' syndrome. *Obst Gynecol* 2002;99:917-9.
- 5 Meigs JV. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax; Meigs' syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1954;67:962-85.
- 6 Kazanov L, Ander DS, Enriquez E, Jaggi FM. Pseudo-Meigs' Syndrome. *Am J Emerg Med.* 1998;16:404-5.
- 7 Bast RC, Feeney M, Lazarus H, Nadler LM, Colvin RB, Knapp RC. Reactivity of monoclonal antibody with human ovarian carcinoma. *J Clin Invest.* 1981;68:1331-7.
- 8 Jones OW, Surwit EA. Meigs syndrome and elevated CA 125. *Obstet Gynecol.* 1989;73:520-1.
- 9 Niloff JM, Knapp RC, Schaetzl E, Reynolds C, Bast RC. CA 125 antigen levels in obstetric and gynecologic patients. *Obstet Gynecol.* 1984;64:703-7.
- 10 Santangelo M, Battaglia M, Vescio G, Sammarco G, Gallelli G, Vetere A, et al. Meigs' syndrome: its clinical picture and treatment. *Ann Ital Chir.* 2000;71:115-9.
- 11 Moran Mendoza A, Alvarado Luna G, Calderillo Ruiz G, Serrano Olvera A, Lopez Graniel CM, Gallardo Rincon D. Elevated CA 125 level associated with Meigs' syndrome: case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer.* 2006;16 (Supl 1) 3:15-8.
- 12 Peparini N, Matteo FM, Silvestri A, Caronna R, Chirletti P. Abdominal hypertension in Meigs' syndrome. *Eur J Surg Oncol.* 2008;34:938-42.
- 13 Malbrain MLNG, Cheatham ML, Kirkpatrick A, et al. Results from the international conference of experts on intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. I. Definitions. *Intensive Care Med* 2006;32:1722-32.
- 14 Ivatury RR. Abdominal compartment syndrome: a century later, isn't it time to accept and promulgate? *Crit Care Med.* 2006;34:2494-5.
- 15 Kimball EJ, Rollins MD, Mone MC, Baraghoski GK, Johnson C, Day ES, et al. Survey of intensive care physicians on the recognition and management of intraabdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. *Crit Care Med.* 2006;34:2340-8.

Meigs syndrome: an unusual cause of dyspnea in an emergency department

Calvo Rodríguez R, Aparicio Sánchez J, Frías Tejederas G, García Olid A, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L

Breathlessness is among the most common complaints mentioned to physicians in an emergency department. Respiratory and heart diseases are the most frequent causes. We report a case of dyspnea due to a rare disease, Meigs syndrome, or the presence of a benign ovarian tumor with ascites and pleural effusion. Chronic abdominal hypertension led to breathlessness, which was one of the most important presenting symptoms. The patient was initially diagnosed with decompensated heart failure. Later, Meigs syndrome was diagnosed and treated. [*Emergencias* 2010;22:206-208]

Key words: Meigs syndrome. Dyspnea. Ovarian tumor.