

## Síndrome De Meigs A Propósito De Um Caso Clínico

Custódio A.S.\*, Marinho C.\*\*, Dias M.\*\*\*, De Oliveira C.F.\*\*\*\*

### RESUMO

O síndrome de Meigs é um síndrome raro, definido como a presença de derrame pleural e/ou ascite associado a um tumor benigno do ovário com resolução espontânea do quadro clínico logo após remoção do tumor. A fisiopatologia deste síndrome é ainda pouco conhecida.

Os autores descrevem um caso clínico de um síndrome de Meigs referente a uma mulher de 53 anos internada no Serviço de Ginecologia em Maio de 2004 para estudo de formação anexial associada a derrame pleural tipo exsudato. Esta foi submetida a laparotomia exploradora, anexectomia esquerda com estudo extemporâneo seguido de histerectomia total e anexectomia direita. O estudo histológico definitivo da peça operatória revelou tratar-se de um fibrotecoma do ovário esquerdo e de uma fibrotecomatose do ovário direito. Houve regressão total do derrame pleural e ascite após remoção do tumor, confirmando o excelente prognóstico do síndrome de Meigs com cura definitiva após cirurgia.

**Palavras-chave:** síndrome de Meigs; Fibrotecoma

### ABSTRACT

Meig's syndrome is defined as presence of pleural effusion and ascites associated with a benign ovarian tumor, and it spontaneously resolves soon after the tumor is removed. This pathophysiology remains unknown.

In this report, we present the case of a 53-year-old woman, admitted for a large adnexal mass with pleural effusion. The patient underwent exploration laparotomy with left salpingo-oophorectomy then hysterectomy and contralateral salpingo-oophorectomy. The histological study reveals benign left ovarian thecofibroma. Ablating the ovarian tumor leads to a quick recovery.

**Keywords:** Meigs' syndrome; Thecofibroma

### INTRODUÇÃO

O síndrome de Meigs é um síndrome raro, descrito pela primeira vez em 1866 por Spiegelberg. Mas foi Demons em 1903 e Meigs em 1937 que o descreveram de forma mais completa e despertaram a comunidade científica para a importância desta entidade clínica devido à sua benignidade e diagnóstico diferencial com

\*Interna da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, Serviço de Ginecologia, H.U.C., Coimbra

\*\*Interna da especialidade de Anatomia Patológica, Serviço de Anatomia patológica, H.U.C., Coimbra

\*\*\*Professora auxiliar de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

\*\*\*\*Professor Catedrático de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

os tumores malignos do ovário cujo quadro clínico pode ser muito parecido com o do síndrome de Meigs mas cujo tratamento e prognóstico são muito diferentes<sup>1</sup>. O síndrome de Meigs é definido como a presença de derrame pleural e/ou ascite associado a um tumor benigno do ovário, sendo o fibroma e o tecomoma os tipos histológicos mais frequentes, com resolução espontânea do quadro clínico logo após remoção do tumor. Outros tumores do ovário foram associados ao síndrome de Meigs: cistadenoma mucinoso, adenofibroma, tumor de Brenner e quistos dermóides. O síndrome pseudo-Meigs é uma entidade clínica com semelhanças clínicas e evolutivas com o verdadeiro síndrome de Meigs mas associado a tumores malignos<sup>2</sup>.

### CASO CLÍNICO

Trata-se de uma mulher de 53 anos, caucasiana, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, transferida do Serviço de Pneumologia para o Serviço de Ginecologia em Maio de 2004 para estudo de formação anexial associada a derrame pleural tipo exsudato.

A doente recorreu ao Serviço de Urgência do H.U.C por quadro clínico de tosse seca e dispneia com 15 dias de evolução. Ao exame objectivo apenas se salienta murmúrio vesicular diminuído nos dois terços inferiores do hemitorax direito à auscultação pulmonar. A radiografia do tórax revelou derrame pleural à direita. A toracocentese revelou tratar-se de um exsudato cujo estudo imunológico, bacteriológico e citológico foi negativo. A TAC torácica confirmou a presença de derrame pleural livre à direita sem outras alterações. A broncofibroscopia e o estudo do lavado bronco-alveolar foram igualmente negativos. A toracoscopia e as biópsias pleurais só mostraram sinais inflamatórios inespecíficos. A ecografia abdominopélvica foi fundamental para a orientação deste caso clínico revelando uma volumosa formação sólida com 14 cm a nível do anexo direito, bem delimitada e heterogénea acompanhada de ascite ligeira.

Ao exame ginecológico a doente apresentava, na dependência da região anexial direita, uma volumosa formação dura, pouco móvel, melhor definida pela

ecografia transvaginal que revelou uma formação predominantemente sólida com 130 x 108 x 90 mm sem vascularização ao estudo Doppler. O doseamento sérico do marcador tumoral CA125 foi de 115,0U/ml.

A doente foi submetida a uma laparotomia exploradora no dia 20-05-04 que revelou formação tumoral sólida com cerca de 15x10 cm com origem no ovário esquerdo. Procedeu-se a anexectomia esquerda, cujo estudo extemporâneo revelou provável fibrotecoma do ovário esquerdo, seguido de histerectomia total e anexectomia direita. O estudo histológico definitivo da peça operatória revelou tratar-se de um fibrotecoma do ovário esquerdo e de uma fibrotecomatose do ovário direito. Houve regressão total do derrame pleural e ascite no primeiro dia de pós-operatório e normalização do doseamento sérico do CA125, confirmando o excelente prognóstico do síndrome de Meigs com cura definitiva após cirurgia.

### DISCUSSÃO

Este quadro clínico de derrame pleural associado à fibrotecoma do ovário com cura após remoção tumoral é um exemplo típico de síndrome de Meigs.

Apesar do primeiro caso ter sido descrito por Spiegelberg em 1866, a fisiopatologia deste síndrome é ainda pouco conhecida (a origem da acumulação rápida de líquido no 3º espaço e a sua dupla localização - ascite e derrame pleural)<sup>3</sup>.

Em relação à dupla localização, já Meigs sugeria o papel dos troncos linfáticos transdiafragmáticos, ainda hoje uma teoria aceite.

Em relação à origem, existem várias teorias sendo as mais aceites:

#### ● Teorias secretórias:

- ◆ Irritação mecânica do peritoneu pelo tumor com secreção de factores vasoactivos.
- ◆ Existência de um epitélio secretório que revestiria o tumor com secreção de factores vasoactivos com capacidade de aumentar a permeabilidade vascular, como o factor de crescimento do endotélio vascular, o factor de crescimento dos fibroblastos, a interleucina 6

(outras moléculas foram estudadas como a interleucina 1 $\beta$ , 8, o factor de necrose tumoral  $\alpha$  e a leptina). Estes fatores já foram associados igualmente à formação de ascite e derrame pleural em outras entidades patológica do foro ginecológico como no síndrome de hiperestimulação ovárica e no carcinoma do ovário<sup>4,5,6,7</sup>.

#### • Teorias endócrinas:

- ◆ Alteração endócrina tipo hiperestrogenismo ativando a hipófise anterior por via nervosa (simpático) e/ou por via hormonal alterando o metabolismo hidro-electrolítico. Este hiperestrogenismo pode ser devido em alguns casos à presença de um tumor secretor - tecoma ou ilhéus de proliferação de células da teca encontrados em alguns tumores benignos associados ao síndrome de Meigs (fibroma).

O síndrome de Meigs entra no diagnóstico diferencial do tumor maligno do ovário com metastização peritoneal e pleural devido às semelhanças clínicas entre estas duas entidades. No entanto, o tratamento e prognóstico são muito diferentes. O doseamento sérico pré-operatório do marcador tumoral, o CA-125, verificou-se estar aumentado em vários casos de síndrome de Meigs. Esta elevação do valor do CA125 parece estar relacionado com a quantidade de líquido ascítico e não com o tamanho do tumor, sofrendo normalização após tumorrectomia<sup>8</sup>.

## CONCLUSÃO

O síndrome de Meigs é uma patologia rara sendo a sua etiologia e fisiopatologia ainda pouco conhecidas. O critério mais importante deste síndrome é o seu óptimo prognóstico, ou seja a sua benignidade, com cura definitiva após remoção do tumor.

## BIBLIOGRAFIA

1. Lurie S.; Meigs' syndrome: The history of the eponym; *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 92/199-204 (2000)
2. Feldman E.D., Hughes M.S., Stratton P., Schrupp D.S., Alexander Jr. H.R.; Pseudo-Meigs' syndrome secondary to isolated colorectal metastasis to ovary: a case report and review of the literature; *Gynecologic Oncology* 93/248-251 (2004)
3. Maíga B., Dolo A., Dembele M., Traore H.A., Leroy P., Pichard E.; Le syndrome de Demons-Meigs: à propos d'un cas; *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 31/240-242 (2003)
4. Ishiko O., Yoshida H., Sumi T., Hirai K., Ogita S.; Vascular endothelial growth factor levels in pleural and peritoneal fluid in Meigs' syndrome; *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 98/129-130 (2001)
5. Abramov Y., Anteby S.O., Fasouliotis S.J., Barak V.; The role of inflammatory cytokines in Meigs' syndrome; *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 99/917-919 (2002)
6. Abramov Y., Anteby S.O., Fasouliotis S.J., Barak V.; Markedly elevated levels of vascular endothelial growth factor, fibroblast growth factor, and interleukin 6 in Meigs' syndrome; *Am. J. Obstet. Gynecol.* 184/354-355 (2001)
7. Abramov Y., Anteby S.O., Fatum M., Fasouliotis S.J., Barak V.; The Kinetics of Leptin in Meigs' syndrome; *Gynecologic Oncology* 83 / 316-318 (2001)
8. Patsner B.; Meigs' syndrome and "false positive" preoperative serum CA-125 levels: analysis of ten cases; *Eur. J. Gynaec. Oncol.* 21/362-363 (2000)