

## Síndrome de Meigs: Relato de caso

### Meigs Syndrome: Case Report

DOI:10.34119/bjhrv4n5-273

Recebimento dos originais: 05/09/2021

Aceitação para publicação: 13/10/2021

**Anelise Molinari Parreira**

**Dandara Ferreira de Almeida Oliveira**

**Fernando de Sousa Neto**

**Luísa Oliveira Carneiro**

**Maria Carolina Padovani Guerra**

**Laryssa Augustinho dos Santos**

**Brunna Michelly da Silva Sousa**

**Enzo Cardoso de Faria**

**Maria Antonia Morais de Melo**

**Maria Eduarda Costa Naves**

**Maria Luiza Angelo Leal Campos**

**Maria Consolmagno Silveira**

**Vergílio Pereira Carvalho**

#### RESUMO

**Introdução:** A síndrome de Meigs é uma condição clínica rara que corresponde ao quadro de tumor ovariano benigno, associado a ascite e derrame pleural, onde marcadamente os sinais e sintomas clínicos apresentados pelos indivíduos com a condição se resolvem após a ressecção tumoral. **Apresentação do caso:** Paciente EES, de 51 anos de idade, sexo feminino, natural e procedente de Goiânia, Goiás, com queixa de aumento volumétrico abdominal. Foi solicitado tomografia de abdome total que evidenciou tumor ovariano benigno, associado a ascite e derrame pleural fechando os critérios diagnósticos para a síndrome de Meigs. **Discussão:** Descrita pela primeira vez em 1937, a síndrome de Meigs possui fisiopatologia multifatorial, onde acredita-se que a maior parte das alterações clínicas observadas decorrem de mecanismos de irritação peritoneal, associados a alterações de permeabilidade vascular. Trata-se de uma condição que entra no diagnóstico diferencial dos carcinomas ovarianos, pela possibilidade de cursar com aumento nos

níveis séricos de CA-125, e cujo diagnóstico é sugerido pela associação de quadro clínico típico e alterações sugestivas em exames de imagem de avaliação anexial. O tratamento da síndrome, consiste na remoção cirúrgica do tumor ovariano responsável pela condição, o que é feito por meio de cirurgia videolaparoscópica ou laparotomia, realizando-se a ooforectomia do anexo onde o tumor se desenvolveu. **Conclusão:** A divulgação de um caso de síndrome de Meigs é importante por promover uma maior facilidade de identificação de casos suspeitos na prática clínica, além de auxiliar no diagnóstico diferencial de massas pélvicas que cursam com ascite e derrame pleural.

**Palavras-chave:** Meigs, Tumor ovariano, Ascite, Derrame pleural.

## ABSTRACT

**Introduction:** Meigs syndrome is a rare clinical condition that comprehends ovarian benign tumor, associated with ascites and pleural effusion, in which the clinical signs and symptoms presented by the individuals markedly resolve themselves right after tumor resection. **Discussion:** Meigs syndrome was first described in 1937 and it presents a multifactorial pathophysiology. It is generally assumed that the vast majority of clinical alterations presented derive from mechanisms of peritoneal irritation, along with changes in vascular permeability. In fact, this clinical condition is part of the differential diagnoses of ovarian cancer, inasmuch as it can show higher serum CA-125 values, and its presence is suggested by typical clinical manifestation associated with imaging exams exhibiting compatible findings. Meigs syndrome treatment involves surgical tumor resection through laparoscopy or laparotomy, in which an oophorectomy of the tumor is performed. **Conclusion:** Reporting a Meigs syndrome case is therefore of most importance to facilitate the work of identifying suspicious cases in ordinary clinical practice, in addition to improving differential diagnosis of pelvic masses displaying ascites and pleural effusion.

**keywords:** Meigs, Ovarian tumour, Ascites, Pleural effusion.

## 1 INTRODUÇÃO

A síndrome de Meigs corresponde ao quadro de tumor ovariano benigno, associado a ascite e derrame pleural. Essa síndrome apresenta como característica marcante o fato dos sinais e sintomas clínicos apresentados pelos indivíduos com a condição se resolverem após a ressecção tumoral<sup>3,5,6</sup>. Trata-se de uma síndrome clínica rara, na qual frequentemente ocorre o aumento dos níveis séricos do marcador tumoral CA-125 e que, portanto, só pode ser diagnosticada após a possibilidade de carcinoma de ovário ter sido descartada<sup>6,7</sup>. Logo, a síndrome de Meigs é uma condição clínica com relevância histórica e epidemiológica, pois estabeleceu que nem toda massa pélvica associada a ascite e derrame pleural corresponde a uma neoplasia maligna<sup>3,6</sup>.

## 2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente EES, de 51 anos de idade, sexo feminino, natural e procedente de Goiânia, Goiás, com queixa de aumento volumétrico abdominal. Foi solicitado tomografia de abdome total que evidenciou tumor ovariano benigno, associado a ascite e derrame pleural fechando os critérios diagnósticos para a síndrome de Meigs.

### 3 DISCUSSÃO

Os cânceres de ovário são tumores raros, correspondendo ao oitavo tipo de neoplasia mais comum em mulheres no Brasil<sup>1</sup>. Entretanto, esses cânceres apresentam o maior coeficiente de letalidade entre todas as neoplasias ginecológicas<sup>1</sup>. Esse fato justifica-se pelo frequente diagnóstico tardio, principalmente pela falta de métodos de rastreio para esses tumores<sup>2</sup>. Entre os diferentes tipos de neoplasias ovarianas, os tumores benignos são os mais comuns, correspondendo a aproximadamente 80% dos casos observados<sup>1</sup> e, embora apresentem características biológicas favoráveis, como baixo potencial de invasão e disseminação, podem ocasionar o surgimento de síndromes clínicas relevantes, como a síndrome de Meigs.

A síndrome de Meigs foi descrita pela primeira vez em 1937, quando Meigs e Cass relataram sete casos de fibromas ovarianos associados a ascite e derrame pleural, onde os sinais e sintomas apresentados pelas pacientes se resolveram após a remoção do tumor<sup>3</sup>. Porém, foram Rhoads e Terrell que, após relatar outro caso de tumor ovariano associado a ascite e derrame pleural, denominaram esse espectro de apresentações clínicas de síndrome de Meigs<sup>5</sup>.

A fisiopatologia da ascite pode ser ocasionada por irritação peritoneal proveniente da compressão do tumor ovariano, estimulando a produção de líquido peritoneal, ou pela secreção de líquido pelo tumor. Considera-se que o aumento da permeabilidade capilar promovida por um fator vascular endotelial ou a transferência via transdiafragmática de líquido ascítico por vasos linfáticos originam o derrame pleural. Como a dispneia, a fadiga e a perda de peso são sintomas comuns de apresentação, uma proporção significativa dos pacientes pode ser inicialmente encaminhada para clínicos gerais ou cirurgiões torácicos. A ressecção da tumoração ovárica, tão somente, é suficiente para resolução espontânea da síndrome.

Os tumores ovarianos benignos associados à síndrome de Meigs são em geral os fibromas e os fibrotecomas, que correspondem a 4% de todas as neoplasias ovarianas<sup>3,5,6</sup>. Porém, os tumores das células da granulosa e os tumores de Brenner também podem se relacionar a essa síndrome clínica, embora em menor frequência<sup>6</sup>. A associação de ascite

e derrame pleural a outros tumores ovarianos benignos (teratomas, cistos ovarianos, papiloma superficial de ovário, etc...), à tumores ovarianos malignos (cistadenoma papilar de ovário, tumor de Krukenberg, carcinoma, fibrossarcoma, etc...) e até mesmo à leiomiomas uterinos é denominada de síndrome de pseudo-Meigs<sup>6,7</sup>.

O tumor também pode estar associado ao aumento do marcador CA-125, podendo mimetizar um carcinoma ovariano. Contudo, outras doenças, como endometriose, leiomioma e doença inflamatória pélvica, também podem elevar o nível deste marcador. Apenas 14 casos de Síndrome de Meigs com aumento de CA-125 foram descritos na literatura. Os tipos histológicos mais relatados foram fibroma celular (4 casos), fibroma tecoma (3 casos), fibroma (3 casos), tecoma (3 casos) e tumor de célula granulosa (1 caso).

O diagnóstico da Síndrome de Meigs é sugerido com base na sintomatologia, história clínica, exames de imagem, como ultrassonografia transvaginal (USG-TV), tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RNM) de abdome e pelve, e citologia do líquido pleural e ascítico. Essa última ajuda na detecção dos níveis de CA-125 no sangue, que, quando aumentados, sugerem neoplasia maligna, porém podem aumentar em algumas patologias benignas como na endometriose. Logo, o diagnóstico definitivo é pós-operatório através do estudo histopatológico do tumor primário ou da neoplasia retirada, e, como consequência, temos normalização dos níveis de CA-125 e resolução da ascite e derrame pleural.

O tratamento da síndrome é feito por meio de cirurgia videolaparoscópica ou laparotomia, realizando-se sempre a ooforectomia. A opção preferencial é a cirurgia videolaparoscópica, levando em conta que essa é considerada diagnóstica e terapêutica, apresentando assim vantagens significativas em relação à laparotomia. Além disso, também limita a agressão parietal e tem melhor resultado estético, menor permanência hospitalar, menores custos e rápida recuperação pós-operatória. Por fim, é importante lembrarmos que, frente a quadros de tumores ovarianos, após a retirada cirúrgica, o tumor sempre deve ser encaminhado para estudo anatomopatológico. Isto se justifica para que possa ser feito um diagnóstico acurado, de modo que se possa realizar o diagnóstico diferencial entre as neoplasias benignas e as malignas, o que é essencial para os pacientes, tanto do ponto de vista de prognóstico como de terapêutica.

#### **4 CONCLUSÃO**

Conhecer a Síndrome de Meigs é de suma importância para o diagnóstico diferencial de massas pélvicas que cursam com ascite e derrame pleural, haja vista que o quadro clínico de patologias benignas e malignas confunde-se na prática médica. Apesar de raros, os cânceres de ovário são os mais letais entre todas as neoplasias ginecológicas, e, portanto, um diagnóstico acurado influencia diretamente o tratamento e a sobrevivência dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. INCA. Câncer de ovário. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso: maio 2021. 2. Freitas F. et al. Rotinas em Ginecologia. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
3. Meigs JV, Cass J. Fibroma of ovary with ascites and hydrothorax. *Am J Obstet Gynecol*, n. 33, p. 249–267, 1937.
4. Lurie S. Meigs' syndrome: the history of the eponym. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, n. 92, p. 199-204, 2000.
5. Meigs JV. Pelvic tumors other than fibromas of the ovary with ascites and hydrothorax. *Obstet Gynecol*, n. 3, p. 471–486, 1954.
6. Barrantes SM. Síndrome de Meigs. *Rev Med Sinergia*, n. 2, p. 8-11, 2017.
7. Barrantes SM. Síndrome de Meigs y pseudo Meigs: correlación con tumores ováricos. *Rev Med Costa Rica Centroam*, n. 71, p.659-662, 2015.
8. Saha S, Robertson M. Meigs' and pseudo-Meigs' syndrome. *AJUM*, n.15, p. 29-31, 2012.
9. Bayod MJ, Carlan ME, Idoate MA. Pseudo Meig's syndrome in patient with Krukenberg's tumor. *Med Univ Navarra*
10. Niloff JM, Knapp RC, Schaetzel E, Reynolds C, Bast RC. CA125 antigen levels in obstetric and gynecologic patients. *Obstet Gynecol*, n. 64, p. 703-7, 1984.
11. 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*, n. 82, p. 97-9, 1999.
12. RODRÍGUEZ SM. Síndrome de Meigs. *Revista Médica Sinergia*, v. 2, n. 4, p. 8-11, 2017.
13. ATENCIO N, DE LA CRUZ A, SUCRE F. Síndrome de Meigs: consideraciones fisiopatológicas y clínicas. *Revista médico científica*, v. 19, n. 1, 2006.
14. Tarcoveanu E, Dimofte G, Niculescu D, et al. Ovarian fibroma in the era of laparoscopic surgery: a general surgeon's experience. *Acta Chir Belg*, v. 6, n. 107, p. 664-9, 2006.