



## ***Caracterización clínica, diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Meigs. Una revisión sistemática.***

Josah Alejandra Melo Segovia <sup>1</sup>, Juan José Torres Espinosa <sup>2</sup>, Ricardo Alejandro Sauhing Alarcón<sup>3</sup>, Génesis Kelly Márquez de la Plata Gamboa <sup>4</sup>, Francisco Xavier Samaniego Moyano <sup>5</sup>.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n5p1317-1328>

Artigo recebido em 13 de Abril e publicado em 23 de Maio de 2025

### **ARTÍCULO DE REVISIÓN**

#### **RESUMEN**

**Introducción:** El Síndrome de Meigs es una condición rara caracterizada por un tumor ovárico benigno, ascitis y derrame pleural, con remisión de síntomas tras la extirpación tumoral. Afecta principalmente a mujeres posmenopáusicas y puede ser confundido con malignidades ováricas .

**Objetivo:** Identificar y analizar las manifestaciones clínicas del SM y las estrategias de diagnóstico y tratamiento más efectivas. **Metodología:** Se empleó una metodología cualitativa siguiendo el modelo PRISMA, revisando 11 estudios relevantes publicados entre 2020 y 2024 en bases de datos como PubMed, ScienceDirect y Scopus. **Resultados:** Además de la triada clásica, se destacan manifestaciones como disnea, tos seca, y distensión abdominal, comúnmente presentes en pacientes que son diagnosticados con este síndrome. A menudo, los pacientes presentan elevación en el marcador CA-125, confundándose con malignidades ováricas. Pruebas de imagen como la tomografía computarizada y la resonancia magnética son esenciales, aunque la confirmación del diagnóstico se logra mediante histopatología postoperatoria. **Conclusión:** El manejo del SM se centra en la extirpación quirúrgica del tumor ovárico, lo que resuelve los síntomas rápidamente. Este enfoque debe ser individualizado, especialmente para pacientes con deseos de preservar la fertilidad.

**Palabras clave:** Síndrome de Meigs, tumor ovárico, manifestaciones clínicas.

# Clinical Characterization, Diagnosis, and Treatment of Meigs' Syndrome: A Systematic Review.

## ABSTRACT

**Introduction:** Meigs' Syndrome is a rare condition characterized by a benign ovarian tumor, ascites, and pleural effusion, with remission of symptoms following tumor removal. It primarily affects postmenopausal women and can be mistaken for ovarian malignancies. **Objective:** To identify and analyze the clinical manifestations of Meigs' Syndrome and the most effective diagnostic and treatment strategies. **Methodology:** A qualitative methodology was employed, following the PRISMA model, reviewing 11 relevant studies published between 2020 and 2024 in databases such as PubMed, ScienceDirect, and Scopus. **Results:** In addition to the classic triad, manifestations such as dyspnea, dry cough, and abdominal distention, are commonly present in patients diagnosed with this syndrome. Patients often present with elevated CA-125 marker levels, leading to confusion with ovarian malignancies. Imaging tests like computed tomography and magnetic resonance imaging are essential; however, the diagnosis is confirmed through postoperative histopathology. **Conclusion:** Management of Meigs' Syndrome focuses on the surgical removal of the ovarian tumor, which rapidly resolves symptoms. This approach should be individualized, especially for patients desiring to preserve fertility.

**Keywords:** Meigs' Syndrome, ovarian tumor, clinical manifestations.

**Instituição afiliada:** Pontificia Universidad Católica del Ecuador <https://orcid.org/0009-0005-9978-3651><sup>1</sup>, Universidad Central del Ecuador <https://orcid.org/0000-0001-7901-7910><sup>2</sup>, Universidad Católica Santiago de Guayaquil <https://orcid.org/0009-0002-9187-8179><sup>3</sup>, Universidad Católica Santiago de Guayaquil <https://orcid.org/0009-0005-9670-7215><sup>4</sup>, Pontificia Universidad Católica del Ecuador <https://orcid.org/0009-0004-8084-1412><sup>5</sup>.

**Autor correspondente:** Melo Segovia Josah Alejandra [josimelo688@gmail.com](mailto:josimelo688@gmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## INTRODUCCIÓN.

El síndrome de Meigs (SM) es una entidad poco común, caracterizada por la tríada de tumor ovárico benigno, ascitis y derrame pleural, que remiten tras la extirpación del tumor<sup>(1,2)</sup>. Este fue descrito por primera vez por Joe Vincent Meigs en 1937<sup>(3)</sup>, quien documentó su resolución postoperatoria en un conjunto de casos con tumores de tipo fibroma<sup>(4)</sup>. Este síndrome representa menos del 1% de los casos de tumores ováricos<sup>(3,5)</sup>, pero su presentación clínica puede ser fácilmente confundida con malignidades ováricas<sup>(1,2)</sup>, lo cual complica su diagnóstico y manejo<sup>(5,6)</sup>.

Epidemiológicamente, el SM es raro, afectando predominantemente a mujeres posmenopáusicas<sup>(7)</sup>. Las manifestaciones clínicas pueden variar, pero los síntomas comunes incluyen disnea, tos seca y distensión abdominal dolorosa<sup>(8)</sup>. Además, en pacientes jóvenes, el síndrome puede estar asociado con condiciones genéticas como el síndrome de Gorlin, lo que añade una capa adicional de complejidad diagnóstica<sup>(5)</sup>.

A lo largo de los años, los criterios diagnósticos para el SM han sido refinados, enfatizando principalmente en la presencia de un tumor ovárico benigno, ascitis, y derrame pleural, con la desaparición de estos síntomas tras la extracción tumoral<sup>(7)</sup>. Sin embargo, la comprensión completa de la etiología del síndrome continúa siendo un área de investigación. Se han propuesto varias teorías que incluyen el bloqueo linfático y la permeabilidad capilar aumentada mediada por factores de crecimiento endotelial<sup>(4)</sup>.

Además, existe el pseudo-síndrome de Meigs, una condición que presenta una clínica similar pero que no se asocia exclusivamente con tumores ováricos benignos<sup>(3,7)</sup>. Este pseudo-síndrome ha sido documentado en relación con diferentes tipos de tumores abdominales malignos y benignos, como los leiomiomas uterinos, masas ováricas o incluso con condiciones metastásicas<sup>(7,9)</sup>.

La identificación del SM requiere una evaluación detallada que incluye historia clínica, examen físico y herramientas de imagen avanzada como tomografías computarizadas<sup>(6,10)</sup>. También es fundamental realizar estudios de laboratorio para descartar otras condiciones clínicas parecidas<sup>(3,11)</sup>. La obtención de biopsias durante la cirugía es esencial para confirmar la naturaleza benigna del tumor ovárico y asegurar la resolución del edema y la ascitis tras la intervención quirúrgica<sup>(10)</sup>.

El tratamiento principal para el SM es la intervención quirúrgica dirigida a la extracción

del tumor ovárico. En mujeres jóvenes, se opta por procedimientos conservadores para preservar la fertilidad, mientras que las opciones más radicales como la histerectomía total se reservan para la población posmenopáusica<sup>(6)</sup>. Opciones paliativas como la paracentesis y toracocentesis pueden ser empleadas en pacientes no aptos para cirugía, aunque el manejo sintomático no brinda una solución definitiva<sup>(7)</sup>.

El presente trabajo tiene como objetivo principal identificar y analizar las manifestaciones clínicas del SM mediante una revisión de la literatura de los casos documentados, evaluar los métodos diagnósticos y su efectividad en el diagnóstico diferencial, así como revisar y comparar las opciones de tratamiento más relevantes para esta condición clínica.

## **METODOLOGIA.**

Se llevó a cabo una revisión utilizando un enfoque cualitativo basado en el modelo PRISMA, con el objetivo de caracterizar las manifestaciones clínicas asociadas con el Síndrome de Meigs. El procedimiento se organizó meticulosamente siguiendo las fases de identificación, selección, inclusión y análisis de resultados.

La pregunta de investigación estuvo enfocada en la identificación y el análisis de las manifestaciones clínicas del SM a partir de casos documentados en la literatura médica. Luego, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas reconocidas, como PubMed, ScienceDirect. Los artículos incluidos debían haber sido publicados entre 2020 y 2024, en inglés o español, para garantizar la actualidad de la información. Se eligieron minuciosamente los términos de búsqueda, incluyendo frases clave como "Meigs syndrome", "clinical manifestations", y "ovarian tumor", combinadas mediante operadores booleanos como AND y OR.

Durante la fase de identificación, se recopilaron un total de 1052 registros, distribuidos entre PubMed (870) y ScienceDirect (182). Antes del cribado, se eliminaron múltiples registros utilizando diferentes filtros. Se excluyeron por año 915 registros. Además, se aplicaron herramientas de automatización que permitieron la depuración de 70 registros más. Luego se identificaron y eliminaron 3 archivos duplicados. Esto dejó un total de 64 registros seleccionados para un cribado más minucioso.

En la siguiente fase del proceso, se excluyeron 21 publicaciones debido a la falta de acceso completo al texto. De esta manera, 43 registros completos fueron evaluados para determinar su elegibilidad. Sin embargo, durante esta evaluación, 32 artículos fueron excluidos tras un análisis

de su título y resumen, ya que no se ajustaban al enfoque del estudio propuesto.

Finalmente, se incluyeron 11 estudios en el análisis final. Estos documentos fueron examinados para evaluar su metodología, calidad de la evidencia y su relevancia directa con la pregunta de investigación. La síntesis de los hallazgos se presenta de forma estructurada, respaldada por un diagrama de flujo PRISMA que facilita la comprensión y valoración del tema de estudio.

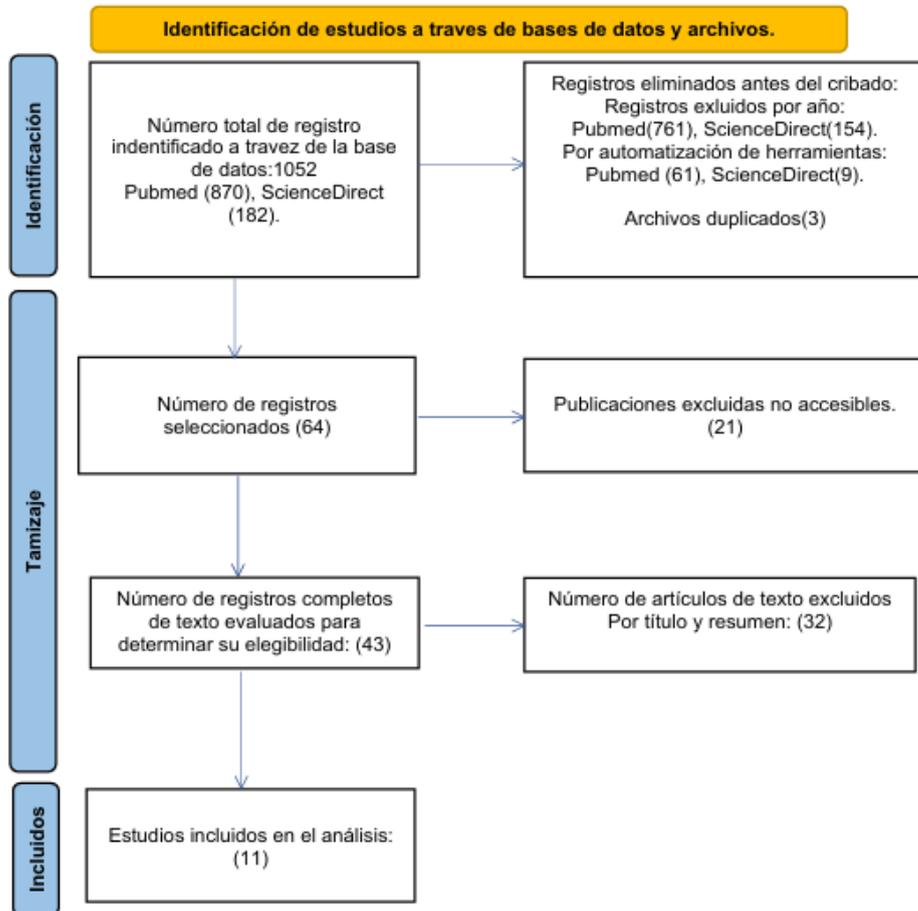


Figura 1 Flujograma de proceso de selección de estudios.

Fuente: Elaborado por el autor.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En esta revisión de literatura, se examinaron once estudios de casos, que analizan las particularidades clínicas del SM<sup>(1,4-6,8,10-15)</sup>. Los pacientes presentaron edades que van desde los 30 hasta los 92 años, lo que evidencia que este síndrome puede manifestarse tanto en mujeres jóvenes como en adultas mayores, en la tabla 1 se plantean los datos principales.

**Tabla 1 Descripción de análisis de artículos seleccionados.**

Artículo.	Edad (años).	Síntomas.	Volumen Ascitis.	Hidrotórax (lado, volumen).	Nivel de CA-125 (UI/ml).	Tamaño/Pequeño del Tumor.	Tratamientos.	Seguimiento.
Wang et al 2024 <sup>(12)</sup>	92	Dolor abdominal, distensión abdominal	no observado	Izquierda, bilateral, incremento postoperatorio	-	Ovario izquierdo, 24.9 x 13.4 x 29.8 cm	Laparotomía y extracción de tumor	Bienestar después de 8 meses
Guelzim et al 2024 <sup>(10)</sup>	43	Dolor abdominopélvico persistente	750 mL	Derecho, bilateral más pronunciado	775 U/mL	Ovario izquierdo 30 x 26 x 13 cm	Laparotomía exploratoria, anexectomía izquierda	Sin complicaciones
Iavarone et al. 2023 <sup>(1)</sup>	61	Dolor abdominal, distensión abdominal, disnea	1800 ml	Derecho, 1200 ml	1644.5 UI/ml	13 x 8 x 4 cm ovario, 5 cm trompa	Salpingooforectomía derecha unilateral	Remisión, niveles de CA-125 normales un mes después
Li et al. 2023 <sup>(13)</sup>	80	Dolor abdominal sordo, especialmente en el abdomen inferior izquierdo, dolor al rebote, sonidos respiratorios ausentes en la base del pulmón derecho	3000 mL	Derecho, 1200 mL	253.15 U/mL	no describe dimensiones	Cirugía electiva	Sin complicaciones tras 7 días; 1 mes de seguimiento sin anomalías
Gianarakis et al 2023 <sup>(14)</sup>	56	Malestar abdominal, disnea, sonidos cardíacos distantes	Pequeña cantidad	Moderado, sin especificar lado ni volumen.	5.9 U/mL	Masa anexa derecha de 7.3 x 6.2 x 4.5 cm	sin intervención quirúrgica debido a la esquizofrenia aguda que requería tratamiento hospitalario	Rechazó la hospitalización; síntomas empeoraron; ingreso en urgencias.
Tan et al. 2022 <sup>(6)</sup>	46	Distensión abdominal, dolor, náuseas, vómito, pérdida de peso	-	-	56.5 U/mL	Ambos ovarios: aprox. 8 x 6 x 4 cm y 7 x 5 x 2 cm	Cirugía laparoscópica con gastrectomía subtotal, gastrojejunostomía, exclusión duodenal distal, enterólisis compleja, extirpación bilateral de anexos e histerectomía	Fallecimiento postoperatorio a los 3 días
Bahall et al. 2022 <sup>(15)</sup>	30	Menorragia, dismenorrea, distensión abdominal, disnea de esfuerzo, saciedad precoz	1400 ml	derecho, más de 3500 ml	70 U/ml	Masa anexal izquierda de 6 cm	Miomectomía, adhesiolisis, cistectomía ovárica izquierda, omentectomía	Seguimiento postoperatorio a los 10 días, 6 semanas y 3 meses. Resolución completa de síntomas

Yang et al. 2021 <sup>(4)</sup>	56	Manchado vaginal continuo, distensión abdominal	300 ml (ascitis sanguinolenta)	Bilateral, no especificado	297.0 U/ml	19 × 12 × 4 cm, tumor ovárico izquierdo	Extirpación de tumor ovárico izquierdo, tratamiento con agonista GnRH y bevacizumab	Libre de enfermedad
Palmieri et al. 2021 <sup>(5)</sup>	64	Distensión abdominal incrementada, EPOC, masa pélvica palpable	4900 mL	Bilateral, 1200 mL	2124 U/mL	ovario derecho: 25 cm/3378 g; ovario izquierdo: 7 cm	histerectomía total abdominal, salpingooforectomía bilateral	Resolución de ascitis e hidrotórax.
Dellaportas et al 2021 <sup>(11)</sup>	46	Distensión abdominal, masa palpable, dificultad respiratoria	4000 ml	Derecho, gran volumen	938 IU/mL	ovario derecho 24 x 18 x 16 cm / 4,546 gr	histerectomía abdominal total, omentectomía, salpingooforectomía bilateral	Libre de enfermedad a 6 meses
Murayama et al. 2020 <sup>(8)</sup>	85	Disnea, edema bilateral en las piernas	Trivial	Derecho, 1240 mL	382 U/mL	masa ovárica derecha reseca mide 13 × 8 × 8 cm y pesa 643 g. Der., derecha.	Salpingooforectomía bilateral	Resolución espontánea del hidrotórax a los 7 días, recuperación completa

**Fuente:** Elaborado por el autor.

### **Manifestaciones clínicas características del Síndrome de Meigs.**

El SM es una condición clínica que se caracteriza por la presencia triádica de un tumor de ovario benigno, generalmente un fibroma, ascitis y derrame pleural, sin evidencia de malignidad tanto en el tumor como en los fluidos pleurales y peritoneales<sup>(5,10)</sup>, con rápida resolución de los síntomas tras la extirpación del tumor ovárico<sup>(8,15)</sup>. Este síndrome se observa con mayor frecuencia en mujeres postmenopáusicas, aunque también se ha reportado en premenopáusicas y en contextos de tumores estromales del cordón sexual<sup>(8,15)</sup>. Clínicamente, se presenta a menudo con distensión y dolor abdominal debido a la ascitis, asociada a disnea secundaria al derrame pleural, predominando en el lado derecho<sup>(12)</sup>. A menudo, los pacientes exhiben síntomas respiratorios que se resuelven rápidamente después de la resección quirúrgica del tumor ovárico, lo que caracteriza la naturaleza reversible del síndrome<sup>(11,13)</sup>.

Entre las manifestaciones clínicas más comunes, además de los síntomas respiratorios mencionados, se encuentran la distensión abdominal significativa y la presencia de una masa pélvica palpable<sup>(4)</sup>. En casos más raros, el síndrome se presenta con variantes atípicas como la recurrencia transitoria del derrame pleural postquirúrgico<sup>(12)</sup>. Por otro lado, se ha documentado que los tumores asociados al síndrome no siempre son los tradicionales fibromas, ya que, en

algunos casos, los tumores estromales del cordón sexual como los fibrotecomas también pueden inducir el síndrome<sup>(10,14)</sup>. La presentación clínica del síndrome debe evaluarse cuidadosamente para diferenciarlo de condiciones malignas, dado que la presentación clásica puede imitar el cáncer ovárico avanzado<sup>(5,11)</sup>.

### **Métodos diagnósticos utilizados para el Síndrome de Meigs.**

Para avanzar en el diagnóstico, las pruebas de imagen como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) son fundamentales, pues permiten identificar masas pélvicas y verificar el desbordamiento de fluidos<sup>(6,10)</sup>. La CT define tanto el origen como la naturaleza de las masas y verifica la presencia de ascitis y derrame pleural, mientras que la RM aporta una caracterización más detallada de las masas ováricas al diferenciar mejor entre sólidas y quísticas<sup>(6,10)</sup>. No obstante, debido a su falta de especificidad, la confirmación patológica postquirúrgica sigue siendo el estándar de oro<sup>(14)</sup>.

El marcador tumoral CA-125 se utiliza frecuentemente en el proceso diagnóstico. Sin embargo, aunque su elevación puede sugerir malignidad, se ha documentado que también puede aumentar en condiciones benignas como el fibroma ovárico, endometriosis y enfermedades hepáticas<sup>(8,14)</sup>. Los resultados elevados de CA-125 deben interpretarse con precaución, especialmente en combinación con imágenes que sugieren masas pélvicas malignas<sup>(5,8)</sup>. Ejemplos incluyeron un nivel de CA-125 de 2124 U/mL que inicialmente sugería malignidad, pero la histopatología post-cirugía reveló un tumor benigno<sup>(13)</sup>.

El análisis de fluidos pleurales y ascíticos medido según los criterios de Light refuerza el diagnóstico al mostrar generalmente resultados negativos para células malignas, un indicativo que apoya más un diagnóstico de Meigs que de una enfermedad maligna primaria<sup>(8,11)</sup>. Normalmente, los fluidos del cumplan con los criterios de exudados, el hallazgo de la negatividad citológica juega un rol crítico en el diagnóstico diferencial, distinguiendo entre SM y carcinomatosis peritoneal<sup>(15)</sup>.

En algunos casos, la intervención quirúrgica, con posterior análisis histopatológico, establece finalmente el diagnóstico. Este enfoque no solo confirma la benignidad del tumor ovárico, sino que también es terapéutico, ya que la resección del fibroma ovárico o fibrotecoma resuelve el síndrome<sup>(1,5)</sup>.

### **Tratamiento.**

El manejo del SM está centrado principalmente en la resolución de sus síntomas

característicos, particularmente la ascitis y el derrame pleural, mediante la extirpación quirúrgica del tumor ovárico subyacente<sup>(14)</sup>. La salpingooforectomía, junto con la histerectomía cuando es necesario, se ha destacado como el procedimiento estándar debido a su efectividad para lograr la remisión casi inmediata de los síntomas postquirúrgicos<sup>(5,11)</sup>. Además, la cirugía de reducción citorreductora puede ser eficaz en casos con sospecha de malignidad<sup>(6,8)</sup>.

Para el manejo preoperatorio, se utilizan drenajes torácicos o paracentesis con el fin de aliviar síntomas respiratorios y la distensión abdominal, brindando mejoras en la comodidad del paciente aunque no resuelven de manera definitiva la condición<sup>(13,15)</sup>. Un enfoque multidisciplinario en el que intervienen ginecología, oncología y otras especialidades quirúrgicas permitirá lograr un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo<sup>(10,12)</sup>.

Posteriormente, la monitorización postoperatoria es esencial para asegurar que no haya complicaciones ni recurrencia de los síntomas<sup>(14,15)</sup>. La elección del abordaje quirúrgico y el tipo de intervención dependen de factores individuales del paciente, como la edad y el estado de salud general<sup>(4,5)</sup>. Estos factores determinan la necesidad de cuidados postoperatorios especiales y el posible empleo de procedimientos menos invasivos en ciertos pacientes, como aquellos que desean preservar la fertilidad<sup>(4,5)</sup>.

Los análisis intraoperatorios, como las secciones congeladas, son valiosos para evaluar la naturaleza del tumor y ajustar la estrategia quirúrgica de ser necesario<sup>(4,5)</sup>. Además, el monitoreo del antígeno CA-125 post-cirugía puede servir para confirmar la remisión completa, aunque su uso en el contexto del SM está aún en debate<sup>(11,15)</sup>.

## **CONCLUSION.**

El SM se presenta como un trastorno caracterizado principalmente por la triada de tumor ovárico benigno, ascitis y derrame pleural, que requiere un diagnóstico diferencial cuidadoso debido a su similitud con condiciones malignas. Las pruebas de imagen, en conjunto con el marcador tumoral CA-125 y el análisis de fluidos, son vitales para determinar el diagnóstico, aunque la confirmación final se logra mediante análisis histopatológico postoperatorio. El tratamiento estándar, la extirpación quirúrgica del tumor, resuelve eficazmente los síntomas, destacando la naturaleza reversible del síndrome. El enfoque terapéutico debe ser individualizado, especialmente en pacientes con factores de riesgo adicionales. La implicación de equipos multidisciplinarios es crítica para el manejo óptimo de los casos y planificación quirúrgica, especialmente en situaciones complejas. Se debe seguir investigando para mejorar

las técnicas diagnósticas y terapéuticas, garantizando resultados positivos en el manejo de este síndrome clínico inusual.

## REFERENCIAS.

1. Iavarone I, Padovano M, Pasanisi F, Della Corte L, La Mantia E, Ronsini C. Meigs Syndrome and Elevated CA-125: Case Report and Literature Review of an Unusual Presentation Mimicking Ovarian Cancer. *Medicina (Kaunas)*. 19 de septiembre de 2023;59(9):1684.
2. Mohammed SA, Kumar A, Cue L. Meigs Syndrome. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 29 de abril de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559322/>
3. Zou L, Lou J, Huang H, Xu L. Pseudo-Meigs syndrome caused by a rapidly enlarging hydropic leiomyoma with elevated CA125 levels mimicking ovarian malignancy: a case report and literature review. *BMC Womens Health*. 7 de agosto de 2024;24:445.
4. Yang ST, Cheng M, Lai CR, Shen SH, Lee WL, Wang PH. Meigs' syndrome and adult-type granulosa cell tumor. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 de noviembre de 2021;60(6):1116-20.
5. Palmieri A, ElSahwi K, Hicks V. Meigs syndrome presenting with severely elevated CA-125 level. *BMJ Case Rep*. 2 de marzo de 2021;14(3):e238931.
6. Tan N, Jin K yuan, Yang X rong, Li C fang, Yao J, Zheng H. A case of death of patient with ovarian fibroma combined with Meigs Syndrome and literature review. *Diagn Pathol*. 17 de octubre de 2022;17:83.
7. Omori G, Arihara Y, Abe T, Takada K, Suzuki N, Shibuya R, et al. Atypical Pseudo-Meigs' Syndrome without Pleural Effusion Due to Ovarian Metastasis from Sigmoid Colon Cancer. *Intern Med*. 15 de mayo de 2023;62(10):1487-93.
8. Murayama Y, Kamoi Y, Yamamoto H, Isogai J, Tanaka T. Meigs' syndrome mimicking heart failure with preserved ejection fraction: a case report. *BMC Cardiovasc Disord*. 7 de octubre de 2020;20:436.
9. Lin X, Zhang B. Anticoagulation therapy for a rare case of pseudo-Meigs' syndrome complicated by massive ascites in the postpartum period. *J Int Med Res*. 18 de octubre de 2024;52(10):03000605241285316.
10. Guelzim Y, Bennasser A, Marrakchi S, Houssaini AS, Idoubba S, Boujida I, et al. Demonstrating Meigs syndrome caused by a giant ovarian fibroma: A case report. *Radiology Case Reports*. 1 de julio de 2024;19(7):2585-9.
11. Dellaportas D, Kollia D, Myoteri D, Nastos C, Gkiokas G, Carvounis E, et al. Giant Ovarian Thecoma Associated with Meigs Syndrome: A Striking Case. *Chirurgia (Bucur)*. agosto de 2021;116(eCollection):1-5.



12. Wang H, Wang J, Yu J, Han X. Giant adult granulosa cell tumor and “atypical” Meigs syndrome: A case report. *Asian Journal of Surgery*. 1 de julio de 2024;47(7):3229-30.
13. Li H, Guo G, Wang Z, Lang B, Zhang Y, Li R. Anesthesia management of a patient with Meigs’ syndrome: A case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*. 1 de septiembre de 2023;110:108660.
14. Gianarakis M, Verma B, Verma N, Marwaha C, Pollard R, Kondapaneni M, et al. Rare Variant of Meigs Syndrome Associated With Pericardial Effusion. *JACC: Case Reports*. 19 de julio de 2023;18:101927.
15. Bahall V, De Barry L, Singh K. Thoracic endometriosis masquerading as Meigs’ syndrome in a young woman: A case report and literature review. *Case Reports in Women’s Health*. 1 de octubre de 2022;36:e00452.